



ประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคลา  
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลให้ส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ  
ระดับชำนาญการพิเศษ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๕ ลงวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๗ กำหนดให้  
อ.ก.พ. กรม กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง  
ที่ไม่ใช่ตำแหน่งระดับควบ ตำแหน่งว่างทุกกรณี และตำแหน่งที่ผู้ครองตำแหน่งเดิมอยู่ระดับต้องพ้นจากราชการ  
ไปกรณีเกษียณอายุ และลาออกจากราชการ ซึ่ง อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด  
หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคล ตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  
ที่ สธ ๐๒๐๘.๑๐/ว ๖๕๐๕ ลงวันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๗ โดยมอบให้คณะกรรมการการประเมินบุคคล  
ที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขแต่งตั้ง เป็นผู้พิจารณาประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมิน  
ผลงานตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด นั้น

คณะกรรมการประเมินบุคคลา ในการประชุมครั้งที่ ๕/๒๕๖๘ เมื่อวันที่ ๗ มีนาคม ๒๕๖๘  
มีมติให้ข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ  
ระดับชำนาญการพิเศษ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน ๕ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ผ่านการประเมินฯ	ส่วนราชการ
๑.	นายบุญถือ พุ่มจันทร์	สาธารณสุขอำเภอ (นักวิชาการสาธารณสุข) ชำนาญการพิเศษ	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโขงเจียม
๒.	นางพรสิริ มณฑา	นักวิชาการสาธารณสุข (ด้านบริการทางวิชาการ) ชำนาญการพิเศษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
๓.	นายประพนธ์ บุญไชย	นักวิชาการสาธารณสุข (ด้านบริการทางวิชาการ) ชำนาญการพิเศษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ
๔.	นายวิชิต พุ่มจันทร์	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ชำนาญการพิเศษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มงานสุขภาพดิจิทัล
๕.	นางศิรยา จันทะโคตร	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล (นักวิชาการสาธารณสุข) ชำนาญการพิเศษ	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขพิบูลมังสาหาร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้าน ห้วยแดง ตำบลดอนจิก

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

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

ประกาศ ณ วันที่ ๑๘ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

ลงชื่อ



(นายธีระพงษ์ แก้วอมร)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี  
ประธานคณะกรรมการประเมินบุคคล

บัญชีรายละเอียดแบบทำயประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล  
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ  
ระดับชำนาญการพิเศษ ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ได้รับคัดเลือก	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
๑	นายบุญถือ พุ่มจันทร์	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภออุบลรัตน์ กลุ่มงานบริหารงานทั่วไป นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านบริการทางการแพทย์)	๗๗๕๑๐	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโขงเจียม สาธารณสุขอำเภอ (นักวิชาการสาธารณสุข) ชำนาญการพิเศษ	๒๙๕๓๐	เลื่อนระดับ  ๑๐๐%
๒	นางพรสิริ มณฑา	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านบริการทางการแพทย์)	๗๘๐๙๘	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (ด้านบริการทางการแพทย์)	๗๕๘๙๑	เลื่อนระดับ  ๑๐๐%

ผลงานวิชาการที่ส่งประเมิน เรื่อง "รูปแบบการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเพื่อความรู้ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี"  
ข้อเสนอแนะแนวคิดเรื่อง "การพัฒนารูปแบบการนิเทศงานสาธารณสุขแบบผสมผสานที่มีความสอดคล้องเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ระดับจังหวัด"

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี  
รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แบบทำยประกาศ"

  
(นายธีระพงษ์ แก้วภมร)  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี



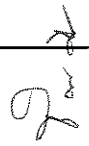
บัญชีรายชื่อวิทยากรที่ส่งประเมินแบบทำประเมินภาคคณะกรรมการประเมินบุคคล  
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ  
ระดับชำนาญการพิเศษ ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ได้รับคัดเลือก	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
๓	นายประพนธ์ บุญไชย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านบริการทางการแพทย์)	๗๒๖๕๒	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (ด้านบริการทางการแพทย์)	๗๕๔๙๖	เลื่อนระดับ  ๑๐๐%
๔	นายวิจิต พุ่มจันทร์	ผลงานวิชาการที่ส่งประเมิน เรื่อง "การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรค ของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) และหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ จังหวัดอุบลราชธานี" ข้อเสนอแนะแนวคิดเรื่อง "การพัฒนาการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคที่ใช้เลือดออก ตามมาตรฐานการ ๓ - ๓ - ๑ จังหวัดอุบลราชธานี " รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แบบทำประเมินภาค"  สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มงานประกันสุขภาพ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านบริการทางการแพทย์)	๗๒๕๘๘	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มงานสุขภาพจิต นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ	๗๕๔๘๐	เลื่อนระดับ  ๑๐๐%




(นายธีระพงษ์ แก้วภมร)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี



**บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล**  
**เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ**  
**ระดับชำนาญการพิเศษ ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี**

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ได้รับคัดเลือก	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
๕	นางศรียา จันทะโคตร	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพิบูลมังสาหาร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนจิก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (นักวิชาการสาธารณสุข) ระดับชำนาญการ	๗๗๕๑๗	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพิบูลมังสาหาร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวฝายแดง ตำบลดอนจิก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (นักวิชาการสาธารณสุข) ระดับชำนาญการพิเศษ	๗๗๕๕๕	เลื่อนระดับ
	ผลงานวิชาการที่ส่งประเมิน เรื่อง " โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนจิก อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี โดยมีส่วนร่วมและแรงทางสนับสนุนข้อเสนอแนะแนวคิดเรื่อง " การพัฒนาระบบบริการหน่วยปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลางสำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วย โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง" รายละเอียดเค้าโครงผลงาน " แบบทำยาประกาศ"			  (นายธีระพงษ์ แก้วอมร) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี		7 on 24

**ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)**

๑. เรื่อง การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กในชุมชนที่อายุยังไม่ถึงเกณฑ์เข้า ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลยางใหญ่ อำเภอท้ายเหมือง จังหวัดอุบลราชธานี

๒. ระยะเวลาดำเนินการ เดือนสิงหาคม ๒๕๖๗ ถึง เดือนธันวาคม ๒๕๖๗

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

การทำงานต้องใช้ความรู้ ความสามารถ ทักษะ และประสบการณ์ในการปฏิบัติงานสูง ทั้งด้านการบริหาร บริการวิชาการ ระเบียบวิธีวิจัย การประสานและกำกับติดตาม การบริหารจัดการงานให้บรรลุเป้าหมาย องค์ความรู้ที่จำเป็นในการศึกษาข้อมูล ประกอบด้วย

๑. ข้อมูลทั่วไป เช่น จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย เกี่ยวกับความครอบคลุมในการคัดกรองพัฒนาการ ข้อมูลการเฝ้าระวังพฤติกรรมสงสัยล่าช้าของพัฒนาการเด็ก

๒. การใช้เครื่องมือในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual; DSPM) ทั้ง ๕ ด้าน พัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว (Gross Motor) พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (Fine Motor) พัฒนาการ ด้านการเข้าใจภาษา (Receptive Language) พัฒนาการด้านการใช้ภาษา (Expressive Language) และพัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม (Personal and Social)

๓. การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก คือการจัดประสบการณ์ที่เหมาะสมสำหรับเด็ก โดยการจัดสภาพแวดล้อม ให้เด็กได้มีโอกาสทำกิจกรรมต่างๆ ตามห้วงเวลาที่เหมาะสม โดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมพัฒนาการ ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สติปัญญา การใช้ภาษา และสังคม

๔. การเฝ้าระวังพัฒนาการเด็ก คือ กระบวนการจัดเก็บ วิเคราะห์และแปลผลข้อมูลอย่างเป็นระบบ สม่่าเสมอต่อเนื่อง รวมถึงการนำข้อมูลที่วิเคราะห์ไปเผยแพร่และใช้ให้เกิดประโยชน์ ในด้านการวางแผน การกำหนดมาตรการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการได้ทันเวลา

๕. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังพัฒนาการและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

**๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน**

**๔.๑ สรุปสาระสำคัญ**

**ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา**

“เด็กปฐมวัย” เป็นวัยที่มีความสำคัญเป็นอย่างมาก หรือจะเรียกว่าเป็นวัยทองสำหรับเด็กก็ได้ การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่สมวัยเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาที่ยั่งยืนที่เป็นเป้าหมายสำคัญของรัฐบาลมาอย่างต่อเนื่อง ตามยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - พ.ศ. ๒๕๘๐) ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ มีเป้าหมายการพัฒนาที่สำคัญเพื่อพัฒนาคนในทุกมิติและในทุกช่วงวัยให้เป็นคนดี เก่ง และมีคุณภาพ มีความพร้อมทั้งกาย จิตใจ สติปัญญา มีพัฒนาการที่ครบถ้วน ซึ่งการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาคนในทุกช่วงวัยนั้น จะต้องเริ่มพัฒนาตั้งแต่ช่วงปฐมวัยหรือ ๖ ปีแรกของชีวิต ในช่วงวัยนี้เป็นวัยที่สำคัญสำหรับพัฒนาการทางร่างกาย สังคม อารมณ์ รวมทั้งสติปัญญา เป็นช่วงที่เด็กต้องได้รับการดูแลจากพ่อแม่หรือผู้ดูแลเด็ก ซึ่งเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการของเด็กในทุกๆ ด้าน การพัฒนาบทบาทความเป็นพ่อแม่ในการอบรมเลี้ยงดูเด็ก พ่อแม่และผู้ดูแลเด็กทุกคนต้องได้รับการ พัฒนาความรู้ในการเลี้ยงดูเด็กและมีทักษะในการส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย รวมถึงการเฝ้าระวังและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย จากสถิติองค์การอนามัยโลกพบว่า ร้อยละ ๑๕ - ๒๐ ของเด็กทั่วโลก มีพัฒนาการที่ผิดปกติและจากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าเด็กอายุน้อยกว่า ๕ ปี กว่า ๑ ใน ๔ มี ปัญหาพัฒนาการล่าช้าระดับปานกลางถึงรุนแรง ด้านการเคลื่อนไหว ภาษา ความฉลาด ด้านสังคมและการปรับตัว กรมอนามัยได้ผลักดันให้มีการเฝ้าระวัง และคัดกรองพัฒนาการเด็กในสถานบริการสุขภาพของรัฐทุกแห่ง และผลักดันให้มีการเฝ้าระวังและ

ส่งเสริมพัฒนาเด็กปฐมวัยในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านการใช้ มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ซึ่งจะช่วยให้เด็กได้รับการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการตั้งแต่เริ่มต้นและต่อเนื่องอย่างสม่ำเสมอในทุกช่วงวัย เมื่อมีความผิดปกติเกิดขึ้นก็จะสามารถค้นพบและแก้ไขได้ทันท่วงที (สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ, ๒๕๖๖) ดังที่กล่าวมาแล้วเด็กปฐมวัยเป็นช่วงระยะเวลาที่เด็กเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วมาก เป็นช่วงเวลาสำคัญที่สุดของการสร้างรากฐานชีวิตและจิตใจของมนุษย์นอกจากร่างกายจะเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วแล้ว สมอของเด็ก็เจริญเติบโตสูงสุดในช่วงวัยนี้และพัฒนาการหลายด้านก็พัฒนาเกือบเต็มที่ โดยเฉพาะวัยทารกเป็นวัยที่มีอัตราการพัฒนาการและการเจริญเติบโตทั้งด้านร่างกายและสติปัญญา ฉะนั้นเด็กปฐมวัย คือ “โอกาสทอง” ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่เหลือทั้งหมดของมนุษย์แต่ละคนและส่งผลต่ออนาคตของสังคม หากเด็กไม่ได้รับการเลี้ยงดูและพัฒนาหรือส่งเสริมพัฒนาการอย่างถูกต้องเหมาะสมเมื่อพ้นวัยนี้ไปแล้ว โอกาสทองของการพัฒนาก็จะไม่หวนกลับมาอีก หากเด็กได้รับการกระตุ้นส่งเสริมพัฒนาการ ทั้งทางด้านร่างกายสติปัญญา อารมณ์ สังคมและจริยธรรมที่เหมาะสม ก็จะเป็นพื้นฐานในการ พัฒนาไปสู่เด็กวัยเรียนและวัยรุ่นอย่างมีคุณภาพต่อไป

สำหรับสถานการณ์เด็กปฐมวัยในช่วงอายุแรกเกิดถึง ๕ ปี จังหวัดอุบลราชธานี ในปีพ.ศ.

๒๕๖๖ จำนวนเด็กปฐมวัยในช่วงอายุ ๐-๕ ปี มีจำนวน ๘๓,๙๙๖ คน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ได้ดำเนินงานเกี่ยวกับการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก โดยกำหนดเกณฑ์ตัวชี้วัด ให้เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ ๘๕ ของจำนวนเด็กทั้งหมด พบว่า จังหวัดอุบลราชธานีเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ ๘๕.๗๙ และ อำเภอน้ำยืนเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ ๘๘.๑๗ (ระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๖) แต่หากวิเคราะห์ในเชิงคุณภาพ การดำเนินงานในเด็กที่อยู่ในชุมชนที่อายุไม่ถึงเข้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ผู้ปกครองยังขาดความตระหนักและไม่ให้ความสำคัญในการพัฒนาเด็กปฐมวัย ในยุคสังคมที่มีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี สื่อ สารสนเทศและสื่อนวัตกรรมด้านการศึกษาและการเลี้ยงดู ที่เอื้อต่อการพัฒนาเด็กปฐมวัย แต่เมื่อวิเคราะห์เชิงลึกพบว่า ครอบครัวขาดความรู้และทักษะในการเลี้ยงดูลูก พ่อแม่มีความจำเป็นไปทำงานที่อื่นไม่สามารถเลี้ยงลูก ทั้งภาระให้ผู้สูงอายุ อันเป็นผลมาจากภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว และแรงกดดันจากกระแสวัตถุนิยมทำให้ครอบครัวต้องการวัตถุสิ่งของในการดำรงชีพเพิ่มมากขึ้น หลายครอบครัวมีรายได้ไม่เพียงพอต่อความต้องการ มีแหล่งอบายมุขเกิดขึ้นในชุมชนหลากหลายรูปแบบ ไม่มีองค์กรหรือสถาบันที่เป็นแบบอย่างที่ดี ให้กับเด็ก และขาดการบูรณาการของหน่วยงานรับผิดชอบ

สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยในพื้นที่ตำบลยางใหญ่ อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี จากการประเมินและคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยใช้แบบประเมินคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิดจนถึง ๕ ปี พบว่า เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ ๙๑.๗๖ พัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ ๓๖.๕๑ โดยช่วงอายุที่พบสงสัยล่าช้ามากที่สุดคือช่วงอายุ ๖๐ เดือน รองลงมาคือ อายุ ๔๒ เดือน อายุ ๓๐ เดือน อายุ ๙ เดือน และอายุ ๑๘ เดือน ตามลำดับ (ระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๖) เมื่อเปรียบเทียบผลการประเมินและคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยในพื้นที่ตำบลยางใหญ่กับค่าตัวชี้วัดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จะเห็นได้ว่า เด็กปฐมวัยในพื้นที่ตำบลยางใหญ่ มีพัฒนาการสมวัยสูงกว่าเกณฑ์ตัวชี้วัดที่กำหนด ซึ่งเด็กปฐมวัยส่วนใหญ่ที่มีพัฒนาการล่าช้าอยู่ในชุมชนที่อายุยังไม่ถึงเกณฑ์เข้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก รวมถึงการประเมินพัฒนาการมีความครอบคลุมยังไม่ถึง ๘๐ % ของเด็กที่อยู่ในชุมชน

จากสภาพปัญหาและความสำคัญที่กล่าวมาแล้วนั้นการดำเนินงานด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัยในพื้นที่ตำบลยางใหญ่ พบว่ากิจกรรมการคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยยังไม่ครอบคลุมในเด็กกลุ่มเป้าหมาย กิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการและกิจกรรมการกระตุ้นพัฒนาการโดยพ่อ แม่ ผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็ก ยังได้รับการสนับสนุนเครื่องมือในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance

and Promotion Manual; DSPM) ไม่เพียงพอและกิจกรรมการติดตามและส่งต่ออย่างขาดการเชื่อมโยงข้อมูลในระดับบุคคลและหน่วยงาน รวมไปถึงการปฏิเสธการเข้ารับบริการของพ่อแม่ ผู้ปกครองที่ดูแลเด็ก ทั้งนี้การดำเนินงานด้านพัฒนาการเด็กในพื้นที่ตำบลยางใหญ่ พบว่าการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องตามรูปแบบที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดยังไม่ต่อเนื่อง ส่งผลให้การดำเนินงานถึงจะบรรลุตามตัวชี้วัด แต่ยังมีกลุ่มเด็กที่อยู่ในชุมชนที่อายุยังไม่ถึงเกณฑ์เข้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ยังไม่ได้รับการคัดกรองและดูแลพัฒนาการเท่าที่ควร ส่งผลกระทบต่อเด็กปฐมวัย โดยเฉพาะการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่เหมาะสมตามช่วงวัย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเพื่อค้นหารูปแบบการดำเนินงานในพื้นที่เพื่อการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชนที่อายุยังไม่ถึงเกณฑ์เข้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก แบบบูรณาการการดำเนินงานร่วมกัน ของผู้มีหน้าที่ในการเลี้ยงดูและดูแลเด็กปฐมวัยนี้ ซึ่งเป็นกระบวนการที่สำคัญในการแก้ปัญหาของพื้นที่อย่างตรงประเด็นและเกิดประโยชน์ในการพัฒนาต่อไป

### ปัญหาในการวิจัย

การพัฒนาารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กในชุมชนที่อายุยังไม่ถึงเกณฑ์เข้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในพื้นที่ตำบลยางใหญ่ อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี โดยความร่วมมือของเครือข่ายในพื้นที่ เพื่อให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐานพัฒนาการสมวัย เป็นอย่างไร

#### นิยามศัพท์เฉพาะของการวิจัย

๑.เด็กปฐมวัย หมายถึง เด็กที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิดถึงอายุ ๒ ปี ที่อยู่ในชุมชนนอกศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเขตพื้นที่ ตำบลยางใหญ่ อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี

๒.จิตอาสาพัฒนาการเด็ก หมายถึง บุคคลที่มีจิตอาสาในการดูแลเด็กและผ่านการอบรมพัฒนาการเด็ก

๓.การเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริม พัฒนาการเด็กปฐมวัย ตามแนวทางการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ๕ ด้าน ด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual; DSPM)

๔.การพัฒนาารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่อยู่ในชุมชนนอกศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก หมายถึง องค์ประกอบของกระบวนการดำเนินงานการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย แบบบูรณาการของผู้มีบทบาทหน้าที่ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการคือ มารดาหรือบิดาหรือผู้เลี้ยงดูเด็กที่บ้าน อสม. จิตอาสาพัฒนาการเด็กและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เริ่มตั้งแต่การจัดระบบการดำเนินงานร่วม การผสมผสานการดำเนินงานเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการและการดำเนินงานต่อเนื่องด้วยระบบติดตามการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการ เพื่อให้เด็กปฐมวัยที่อยู่ในชุมชนนอกศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้รับการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการทุกคน เด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการโดยเร็ว และเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าหรือผิดปกติได้รับการดูแลรักษาทันที

#### ๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ใช้ระยะเวลา ๑๖ สัปดาห์ ตั้งแต่เดือน กันยายน ๒๕๖๗ ถึง เดือนธันวาคม ๒๕๖๗ ในการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้กำหนดขั้นตอนดังนี้

##### ขั้นที่ ๑ ขั้นการวางแผน (Planning)

กิจกรรมที่ ๑ การศึกษาบริบท ประกอบด้วย

๑) ศึกษาบริบททั่วไปของชุมชน

๒) ศึกษากระบวนการดำเนินงานเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กปฐมวัยเดิม ในส่วนของการคัดกรอง การส่งเสริม การกระตุ้น การติดตาม และการส่งต่อ จากฐานข้อมูลสุขภาพของพื้นที่ ทั้งในส่วนของโรงพยาบาล



ส่งเสริมสุขภาพตำบลขนาดใหญ่ การดำเนินงานในชุมชน รวมถึงบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อการ  
เฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

๓) ศึกษาทรัพยากรและสิ่งสนับสนุนที่เป็นปัจจัยเบื้องต้นในการเฝ้าระวังและส่งเสริม  
พัฒนาการเด็กปฐมวัย (Input) เพื่อวางแผนพัฒนารูปแบบ

กิจกรรมที่ ๒ คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้เข้าร่วมวิจัย ได้แก่กลุ่มที่ ๑  
กลุ่มผู้บริหารท้องถิ่นและเครือข่ายในพื้นที่ที่เป็นผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องกลุ่มที่ ๒ ตัวแทนภาคประชาชนและ  
ผู้ปกครองหรือผู้แทนผู้ปกครองและกำหนดบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานหรือกิจกรรมอย่างชัดเจน และเก็บ  
รวบรวมข้อมูล ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณ และข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการพิจารณาแผนงาน  
โครงการโดยมีรายละเอียดดังนี้เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็ก  
ปฐมวัย เจตคติต่อระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย พฤติกรรมการเฝ้าระวังและการส่งเสริม  
พัฒนาการเด็กปฐมวัย การรับรู้การดำเนินงานเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย การมีส่วนร่วม และ  
ความพึงพอใจ ในประชากรการวิจัย โดยใช้แบบสอบถาม แบบทดสอบ และแบบประเมิน เก็บรวบรวมข้อมูล  
เชิงคุณภาพ ประกอบด้วย คือ ระบบเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กปฐมวัย ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน แนว  
ทางการแก้ไข ปัจจัยแห่งความสำเร็จ การมีส่วนร่วม ความพึงพอใจ โดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth  
Interview) และการประชุมกลุ่มย่อย (Focus Group Discussion) ในกลุ่มตัวแทนผู้ปกครองและเก็บรวบรวม  
ข้อมูลจากการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัย คือ ร้อยละของเด็ก  
ปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย เพื่อประกอบการวิเคราะห์สถานการณ์และเป็นฐานข้อมูลในการศึกษาวิจัย

กิจกรรมที่ ๓ การวิเคราะห์และการกำหนดแผนปฏิบัติการประกอบด้วย

๑) ประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อทบทวนข้อมูลบริบททั่วไปของพื้นที่และบริบทการ  
ดำเนินงานวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุของปัญหา และทบทวนกระบวนการดำเนินงานการดูแลเด็กปฐมวัยใน  
ชุมชนที่อายุยังไม่ถึงเกณฑ์เข้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลขนาดใหญ่ อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี ตาม  
องค์ประกอบของตัวชี้วัดและแนวทางการดำเนินงานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ในกลุ่มในกลุ่มผู้บริหารท้องถิ่น  
และเครือข่ายในพื้นที่และกลุ่มตัวแทนประชาชนและตัวแทนผู้ปกครอง

๒) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อกำหนดแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ในการพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กปฐมวัยในชุมชนที่อายุยังไม่ถึงเกณฑ์เข้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโดยการมีส่วนร่วมของภาคี  
เครือข่ายตำบลขนาดใหญ่ อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี โดยการประชุมประกอบไปด้วยกลุ่มเป้าหมายทั้ง ๒  
กลุ่ม ในกลุ่มผู้บริหารท้องถิ่นและเครือข่ายในพื้นที่ที่เป็นผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้อง และกลุ่มตัวแทนภาคประชาชนและ  
ผู้ปกครองหรือผู้แทนผู้ปกครองโดยการดำเนินกิจกรรมในการขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยนำเสนอการดำเนินงานใน  
กิจกรรมที่ ๑ - ๒ และผลการวิเคราะห์ข้อมูลให้ที่ประชุมรับทราบ โดยกลุ่มเป้าหมายร่วมแลกเปลี่ยนแสดง  
ความคิดเห็นในการวางแผนการดำเนินงาน และกำหนดแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ในการพัฒนารูปแบบการเฝ้า  
ระวังและส่งเสริมพัฒนาการที่เหมาะสมตามช่วงวัยและเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ซึ่งแผนปฏิบัติการ (Action  
Plan) ระบุถึงรายละเอียดโครงการ กิจกรรม บทบาทหน้าที่การดำเนินงานของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง อันได้แก่  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้ปกครองเด็กปฐมวัย จิตอาสาพัฒนาการเด็ก อาสาสมัครสาธารณสุข และ  
องค์การบริหารส่วนตำบลขนาดใหญ่

ขั้นที่ ๒ ขั้นปฏิบัติ (Action)

๑. ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ที่ได้จากขั้นที่ ๑ ประกอบด้วย  
โครงการที่ ๑ อบรมเพิ่มศักยภาพจิตอาสาพัฒนาการเด็กและอาสาสมัครสาธารณสุขในการเฝ้าระวังและ  
ส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ตำบลขนาดใหญ่ โครงการที่ ๒ อบรมเชิงปฏิบัติการ การเฝ้าระวังและส่งเสริม  
พัฒนาการเด็กปฐมวัยตำบลขนาดใหญ่ และโครงการที่ ๓ ส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ดี เก่ง สุข ตำบล  
ใหญ่

๒.ติดตามผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการโดยใช้แบบบันทึกในการติดตามผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ

ขั้นที่ ๓ ขั้นสังเกต (Observation)

๑.ติดตาม สนับสนุนการดำเนินงานโดยรายงานและบันทึกผลทุกขั้นตอน  
๒.สังเกตผลการดำเนินงาน ผู้วิจัยทำการสังเกตในทุกกิจกรรมระหว่างการดำเนินการและหลังการดำเนินการ พร้อมบันทึกผล

๓.ประเมินผล

๑) ประเมินระดับการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมาย ๒ กลุ่ม ในกลุ่มผู้บริหารท้องถิ่นและเครือข่ายในพื้นที่และกลุ่มตัวแทนผู้ปกครองต่อการพัฒนารูปแบบ

๒) ประเมินความพึงพอใจต่อระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

๓) ประเมินการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ

๔) ประเมินระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา

๕) ประเมินความรู้ เจตคติ พฤติกรรม การรับรู้หลังดำเนินกิจกรรม

ขั้นที่ ๔ ขั้นสะท้อนผล (Reflection)

๑) สรุปผลของกิจกรรม โครงการ และการดำเนินงาน

๒) สะท้อนปัญหา อุปสรรค ข้อจำกัดในการดำเนินงาน

๓) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ถอดบทเรียนและหาแนวทางการแก้ไข

๔) คัดลอกข้อมูลผลการดำเนินงานแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

๕) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมกำหนดแนวทางการแก้ไขและการดำเนินงาน

#### ๔.๓ เป้าหมายของงาน

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ เคมีมิส และ แมกแทกการ์ด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

๑. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชนที่อายุยังไม่ถึงเกณฑ์เข้าสู่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลยางใหญ่ อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี

๒. วัตถุประสงค์เฉพาะ

๒.๑ เพื่อศึกษาบริบทและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชนที่อายุยังไม่ถึงเกณฑ์เข้าสู่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลยางใหญ่ อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี

๒.๒ เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชนที่อายุยังไม่ถึงเกณฑ์เข้าสู่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลยางใหญ่ อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี

๒.๓ เพื่อศึกษาผลของกระบวนการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชนที่อายุยังไม่ถึงเกณฑ์เข้าสู่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลยางใหญ่ อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี

๒.๔ เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชนที่อายุยังไม่ถึงเกณฑ์เข้าสู่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลยางใหญ่ อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี

## ๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

### ๕.๑ ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ก่อนการพัฒนาการ เด็กปฐมวัยในชุมชนที่ต้องได้รับการประเมินพัฒนาการด้วยคู่มือ DSPM จำนวน ๖๑ คน พบพัฒนาการสมวัยจากการคัดกรอง ครั้งแรก ร้อยละ ๗๕.๔๑ พัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ ๓๐.๔๔ ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการและการติดตาม ร้อยละ ๑๐๐.๐๐ ไม่พบการส่งต่อในระดับทุติยภูมิและไม่พบการรวบรวมข้อมูลในการส่งเสริมพัฒนาการ และหลังการพัฒนา เด็กปฐมวัยในชุมชนได้รับการรองรับพัฒนาการ ร้อยละ ๑๐๐.๐ พบพัฒนาการสมวัยจากการคัดกรองตามช่วงอายุเดิม พบว่าเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ ๗๘.๖๙ พัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ ๒๑.๓๑ และมีการกระตุ้นและติดตามพัฒนาการในรายที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าทุกคน หลังการกระตุ้นพัฒนาการแล้วเด็กมีพัฒนาการสมวัย ไม่มีการส่งต่อในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ และพบว่ามี การส่งเสริมพัฒนาการทั้งใน ครอบครัว ชุมชน และสถานบริการเพิ่มขึ้น เป็น ร้อยละ ๑๐๐.๐

### ๕.๒ ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

จากการสนทนากลุ่มเพื่อถอดบทเรียนในการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริม พัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชน ตำบลยางใหญ่ อำเภอ น้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี สามารถสรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จ ได้ดังนี้

๑) มีการสร้างภาคีเครือข่ายชุมชนในการเข้ามามีส่วนร่วม ในด้านการส่งเสริม พัฒนาการเด็กปฐมวัย ให้มีความรู้ ความเข้าใจ รับผิดชอบต่อหน้าที่ การให้ความสำคัญในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย การรับรู้สภาพปัญหา แนวทางการแก้ไขปัญหา ตระหนักถึงความรับผิดชอบ ร่วมกันในการเฝ้าระวังและส่งเสริม พัฒนาการเด็กปฐมวัย และการบูรณาการทำงานร่วมกันของ หน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ให้มีแนวทางการปฏิบัติงานที่สอดคล้องในทิศทางเดียวกันในทุกมิติ

๒) มีการกำกับ ติดตาม และประเมินผล การดำเนินงานด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ในพื้นที่อย่างสม่ำเสมอ เพื่อเป็นการกระตุ้นการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับ บริบทของชุมชน โดยมีการคืนข้อมูลแก่ผู้เกี่ยวข้องเป็นระยะ เพื่อให้การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยมี พัฒนาการสมวัย เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน

๓) การออกแบบกิจกรรม ตลอดจนแนวทางในการดำเนินงานการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่ปรับให้มีความเหมาะสมกับบริบท ส่งผลให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเข้ามามี บทบาทในการดำเนินกิจกรรมอย่างชัดเจน

## ๖. การนำไปใช้ประโยชน์ / ผลกระทบ

ผลการศึกษาทำให้ทราบสถานการณ์การเฝ้าระวังมาวางแผนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่อยู่ในชุมชนที่อายุยังไม่ถึงเกณฑ์เข้าสู่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลยางใหญ่ อำเภอ น้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี โดยสามารถนำไปใช้ประโยชน์ดังนี้

๑. นำข้อมูลจากผลการเฝ้าระวังมาวางแผนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่อยู่ในชุมชนที่อายุยังไม่ถึงเกณฑ์เข้าสู่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลยางใหญ่ อำเภอ น้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี

๒. ทำให้ทราบแนวทางในการดำเนินงานการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชนที่ปรับให้มีความเหมาะสมและเข้ากับบริบทของพื้นที่

๓. เป็นข้อมูลเสนอต่อผู้บริหารระดับอำเภอ/จังหวัด และผู้เกี่ยวข้องนำไปใช้ปรับรูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชนให้มีความเหมาะสมและเข้ากับบริบทของพื้นที่ต่อไป

## ๗. ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ

การวิจัยครั้งนี้ ต้องใช้ความวิริยะอุตสาหะอย่างมากในการทบทวนวรรณกรรมและดำเนินการวิจัย มีความซับซ้อนและหลากหลายกิจกรรม

๑. ต้องใช้ความวิริยะอุตสาหะอย่างมากในการค้นคว้าตำรา และแนวทางการดำเนินงาน

๒. ต้องประยุกต์ใช้ความรู้ ทักษะและประสบการณ์อย่างสูงในทางวิชาการเฉพาะด้าน ในการเข้าถึง ความเข้าใจ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้การศึกษาค้นคว้าต้องใช้ระเบียบวิธีวิจัย การรวบรวม วิเคราะห์และแปลผลข้อมูลให้ถูกต้องและน่าเชื่อถือแบบสอบถาม มีปัญหาเรื่องสายตา หนังสือตัวเล็กอ่านไม่ออกต้องได้สัมภาษณ์

๓. การเฝ้าระวังและการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ต้องประสานงานกับบุคลากรในพื้นที่จำนวนมาก เป็นงานที่ต้องอาศัยความร่วมมือในการเฝ้าระวังและการเก็บรวบรวมข้อมูลจากหน่วยงานทั้งภาครัฐ และภาคประชาสังคม จิตอาสาที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายบางกลุ่มติดตามครอบครัวไปทำงานไม่อยู่ในพื้นที่ ภาคประชาสังคมมีความสำคัญอย่างยิ่งในการร่วมดำเนินการเพื่อให้เข้าถึงกลุ่มประชากรที่ถูกต้อง ทั้งในการประสานและชี้สถานที่ของกลุ่มเป้าหมายซึ่งมีหลากหลายรูปแบบ

## ๘. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ

๘.๑ การเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงยากและปกปิดข้อมูล ทำให้ใช้เวลานาน  
๘.๒ การเก็บข้อมูลผ่านสมาร์ตโฟนมีปัญหาที่สัญญาณอินเทอร์เน็ตไม่ดีหลุดบ่อยทำให้ต้องเริ่มทำใหม่  
๘.๓ การเก็บข้อมูลในกลุ่มผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็ก ในการทำแบบสอบถาม บางคนไม่ถนัดการใช้เทคโนโลยีในการตอบ

๘.๔ ขาดงบประมาณในการจ่ายค่าตอบแทนให้กลุ่มตัวอย่าง

## ๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ ส่งเสริมให้ผู้ปกครองหรือผู้เลี้ยงดู ผู้ดูแลเด็ก จิตอาสาพัฒนาการเด็ก และอสม.มีศักยภาพพร้อมในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชน โดยจากผลการวิจัยพบว่าหลังจากผู้ปกครอง หรือผู้เลี้ยงดู ผู้ดูแลเด็ก จิตอาสาพัฒนาการเด็ก และอสม.ได้รับการเพิ่มศักยภาพแล้วส่งผลให้เด็กปฐมวัยได้รับการส่งเสริมพัฒนาการที่มีประสิทธิภาพ

๙.๒ ควรบันทึกผลการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเป็น ฐานข้อมูลที่จะนำมาใช้วิเคราะห์และสรุปผล

๙.๓ การมีนโยบายสนับสนุนการดำเนินงานถือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการ ขับเคลื่อนกระบวนการต่างๆ ไปสู่ความสำเร็จ

๙.๔ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนที่เข้มแข็ง ก่อให้เกิดเป็นพลังใน การดำเนินงานหรือขับเคลื่อนกระบวนการต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

๙.๕ การเปิดโอกาสให้กลุ่มผู้บริหารท้องถิ่น กรรมการบริหารศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จิตอาสาพัฒนาการเด็ก และอสม. เข้ามามีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย เป็นการสร้างความคุ้นเคยก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี เพื่อความร่วมมือกันในการแก้ไขปัญหา

๙.๖ ควรมีการกำหนดเวลาแผนในการออกติดตามประเมินพัฒนาการเด็กที่ชัดเจน และจำนวนบุคลากรที่ออกประเมินควรตรงต่อเวลาเพื่อให้เด็กได้รับการประเมินตามช่วงอายุจริงและเด็กที่มีพัฒนาการไม่สมวัยได้รับกระตุ้นพัฒนาการที่รวดเร็วและเหมาะสม

## ๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

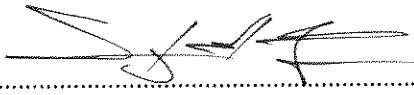
- อยู่ระหว่างดำเนินการ

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ) ๑๐๐.๐%

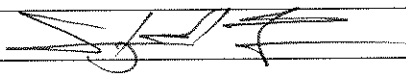
๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

- ๑) นายบุญถือ พุ่มจันทร์ .สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐๐  
๒) .....สัดส่วนของผลงาน.....(ระบุร้อยละ)  
๓) .....สัดส่วนของผลงาน.....(ระบุร้อยละ)

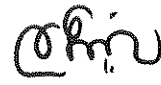
ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ


(ลงชื่อ)   
( นายบุญถือ พุ่มจันทร์ )  
(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  
(วันที่) ๑๓ / กุมภาพันธ์ / ๒๕๖๘  
ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นายบุญถือ พุ่มจันทร์	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)   
( นายอานนท์ หนูนชู )  
(ตำแหน่ง) นายอำเภอโขงเจียม  
(วันที่) ๑๓ / กุมภาพันธ์ / ๒๕๖๘  
ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)   
( นายธีระพงษ์ แก้วอมร )  
(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี  
(วันที่) ..... / ๒๘ ก.พ. ๒๕๖๘  
ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

## แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง : การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กในชุมชนที่อายุยังไม่ถึงเกณฑ์เข้า ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ที่ยังไม่มีหน่วยงานใดเป็นหลักในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการ อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี

### ๒. หลักการและเหตุผล

#### ๒.๑ ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

“เด็กปฐมวัย” เป็นวัยที่มีความสำคัญเป็นอย่างมาก หรือจะเรียกว่าเป็นวัยทองสำหรับเด็กก็ได้ การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่สมวัยเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาที่ยั่งยืนที่เป็นเป้าหมายสำคัญ ของรัฐบาลมาอย่างต่อเนื่อง ตามยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - พ.ศ. ๒๕๘๐) ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ มีเป้าหมายการพัฒนาที่สำคัญเพื่อพัฒนาคนในทุกมิติและในทุกช่วงวัยให้ เป็นคนดี เก่ง และมีคุณภาพ มีความพร้อมทั้งกาย จิตใจ สติปัญญา มีพัฒนาการที่ครบด้าน ซึ่งการบรรลุ เป้าหมายการพัฒนาคนในทุกช่วงวัยนั้น จะต้องเริ่มพัฒนาตั้งแต่ช่วงปฐมวัยหรือ ๖ ปีแรกของชีวิต ในช่วงวัยนี้ เป็นวัยที่สำคัญสำหรับพัฒนาการทางร่างกาย สังคม อารมณ์ รวมทั้งสติปัญญา เป็นช่วงที่เด็กต้องได้รับการดูแล จากพ่อแม่หรือผู้ดูแลเด็ก ซึ่งเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการของเด็กในทุกๆ ด้าน การพัฒนาบทบาทความเป็นพ่อแม่ในการอบรมเลี้ยงดูเด็ก พ่อแม่และผู้ดูแลเด็กทุกคนต้องได้รับการ พัฒนาความรู้ในการเลี้ยงดูเด็กและมีทักษะในการส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย รวมถึงการเฝ้าระวังและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย จากสถิติองค์การอนามัยโลกพบว่า ร้อยละ ๑๕ - ๒๐ ของเด็กทั่วโลก มีพัฒนาการที่ผิดปกติและจากการศึกษา ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าเด็กอายุน้อยกว่า ๕ ปี กว่า ๑ ใน ๔ มี ปัญหาพัฒนาการล่าช้าระดับปานกลางถึงรุนแรง ด้านการเคลื่อนไหว ภาษา ความฉลาด ด้านสังคมและการปรับตัว กรมอนามัยได้ผลักดันให้มีการเฝ้า ระวัง และคัดกรองพัฒนาการเด็กในสถานบริการสุขภาพของรัฐทุกแห่ง และผลักดันให้มีการเฝ้าระวังและ ส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านการใช้ มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ซึ่งจะช่วยให้ เด็กได้รับการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการตั้งแต่เริ่มต้นและต่อเนื่องอย่างสม่ำเสมอในทุกช่วงวัย เมื่อมีความ ผิดปกติเกิดขึ้นก็จะสามารถค้นพบและแก้ไขได้ทันที่ (สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ, ๒๕๖๖) ดังที่ กล่าวมาแล้วเด็กปฐมวัยเป็นช่วงระยะเวลาที่เด็กเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วมาก เป็นช่วงเวลาสำคัญที่สุดของการ สร้างรากฐานชีวิตและจิตใจของมนุษย์นอกจากร่างกายจะเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วแล้ว สมองของเด็กก็เจริญเติบโต สูงสุดในช่วงวัยนี้และพัฒนาการหลายด้านก็พัฒนาเกือบเต็มที่ โดยเฉพาะวัยทารกเป็นวัยที่มีอัตราการ พัฒนาและการเจริญเติบโตทั้งด้านร่างกายและสติปัญญา ฉะนั้นเด็กปฐมวัย คือ “โอกาสทอง” ที่ส่งผลต่อ คุณภาพชีวิตที่เหลือทั้งหมดของมนุษย์แต่ละคนและส่งผลต่ออนาคตของสังคม หากเด็กไม่ได้รับการเลี้ยงดูและ พัฒนาหรือส่งเสริมพัฒนาการอย่างถูกต้องเหมาะสมเมื่อพ้นวัยนี้ไปแล้ว โอกาสทองของการพัฒนาก็จะไม่หวน กลับมาอีก หากเด็กได้รับการกระตุ้นส่งเสริมพัฒนาการ ทั้งทางด้านร่างกายสติปัญญา อารมณ์ สังคมและ จริยธรรมที่เหมาะสม ก็จะเป็นพื้นฐานในการ พัฒนาไปสู่เด็กวัยเรียนและวัยรุ่นอย่างมีคุณภาพต่อไป

สถานการณ์เด็กปฐมวัยในช่วงอายุ ๐-๕ ปี ของประเทศไทย สถานการณ์พัฒนาการเด็ก

ปฐมวัย สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย ปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๕ มีแนวโน้มการคัดกรองและมีพัฒนาการสมวัย เพิ่ม สูงขึ้น แต่ปลายปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๔ มีการระบาดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ มีมาตรการเว้นระยะห่างและงด กิจกรรมที่ต้องสัมผัสระหว่างกัน ส่งผลกระทบให้การเข้าถึงระบบคัดกรองลดลง และการที่เด็กปฐมวัยเข้ารับ บริการน้อยทำให้ การค้นพบเด็กที่มีพัฒนาการสมวัยได้น้อย ขณะที่ในปี ๒๕๖๕ การเข้าถึงระบบคัดกรองและ พัฒนาการสมวัยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากมีการผ่อนคลายมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส

โคโรน่า ๒๐๑๙ แต่ยังคงพบว่าเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการต่ำกว่าเป้าหมาย (ค่าเป้าหมายร้อยละ ๙๐) จากการสุ่มตรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัย ทุกๆ ๓ ปีพบว่า เด็กมีพัฒนาการสมวัยมีแนวโน้มลดลง (ปี ๒๕๖๐ ร้อยละ ๗๖.๗๘ ปี ๒๕๖๓ ร้อยละ ๕๓.๑) สถานการณ์เด็กปฐมวัยในช่วงอายุ ๐-๕ ปี ของประเทศไทยในปี พ.ศ.๒๕๖๖ ความครอบคลุมในการคัดกรองพัฒนาการเด็กเท่ากับ ร้อยละ ๘๒.๓ เด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ ๒๓.๔ เด็กที่สงสัยล่าช้าติดตามได้ภายใน ๓๐ วัน เท่ากับ ๘๗.๙ ส่วนการส่งต่อเด็ก พัฒนาการล่าช้า ได้รับการคัดกรองด้วย TIDA๔1 หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น ส่วนใหญ่เด็กมีพัฒนาการทาง ภาษาล่าช้า ทั้งการใช้ ภาษาและการเข้าใจภาษา และส่งต่อกรมสุขภาพจิต จำนวน ๑,๐๑๘ ราย เพื่อเข้าสู่การ กระตุ้นพัฒนาการด้วย TIDA๔1 และส่งเสริมพัฒนาการเด็กและสร้างวินัยเชิงบวกโดยใช้ โปรแกรม Triple-p : Preschool Parenting Program ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมต่อไป การขับเคลื่อนงานพัฒนาการเด็กปฐมวัย ระดับเขตในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ พบว่า ทุกเขตมีผลการดำเนินงานด้านความครอบคลุมของการคัดกรอง การติดตามและพัฒนาการ สมวัยต่ำกว่าเป้าหมาย โดยแนวโน้มผลการดำเนินงานลดต่ำลงในทุกเขต เนื่องจาก เป็นผลจากการถ่ายโอน รพ.สต. ซึ่งมีภารกิจด้านการส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์ฯปกครองส่วนท้องถิ่น ส่งผลให้ การดำเนินงานขับเคลื่อน พัฒนาการเด็กปฐมวัยและการเข้าถึงการคัดกรองพัฒนาการของเด็กปฐมวัยลดลง (สถาบันพัฒนาอนามัยเด็ก แห่งชาติ, ๒๕๖๖)

สำหรับสถานการณ์เด็กปฐมวัยในช่วงอายุแรกเกิดถึง ๕ ปี จังหวัดอุบลราชธานี ในปีพ.ศ.

๒๕๖๖ จำนวนเด็กปฐมวัยในช่วงอายุ ๐-๕ ปี มีจำนวน ๘๓,๙๙๖ คน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อุบลราชธานี ได้ดำเนินงานเกี่ยวกับการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก โดยกำหนดเกณฑ์ตัวชี้วัด ให้เด็ก ปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ ๘๕ ของจำนวนเด็กทั้งหมด พบว่า จังหวัดอุบลราชธานีเด็กปฐมวัยมี พัฒนาการสมวัย ร้อยละ ๘๕.๗๙ และ อำเภอเขื่องในเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ ๘๘.๑๗ (ระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๖) แต่หากวิเคราะห์ในเชิงคุณภาพ การดำเนินงาน ในเด็กที่อยู่ในชุมชนที่อายุไม่ถึงเข้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ผู้ปกครองยังขาดความตระหนักและไม่ให้ความสำคัญใน การพัฒนาเด็กปฐมวัย ในยุคสังคมที่มีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี สื่อ สารสนเทศและสื่อนวัตกรรมด้าน การศึกษาและการเลี้ยงดู ที่เอื้อต่อการพัฒนาเด็กปฐมวัย แต่เมื่อวิเคราะห์เชิงลึกพบว่า ครอบครัวขาดความรู้ และทักษะในการเลี้ยงดูลูก พ่อแม่มีความจำเป็นไปทำงานที่อื่นไม่สามารถเลี้ยงลูก ทั้งภาระให้ผู้สูงอายุ อันเป็น ผลมาจากภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว และแรงกดดันจากกระแสวัตถุนิยมทำให้ครอบครัวต้องการวัตถุสิ่งของ ในการดำรงชีพเพิ่มมากขึ้น หลายครอบครัวมีรายได้ไม่เพียงพอต่อความต้องการ มีแหล่งอบายมุขเกิดขึ้นใน ชุมชนหลากหลายรูปแบบ ไม่มีองค์กรหรือสถาบันที่เป็นแบบอย่างที่ดี ให้กับเด็ก และขาดการบูรณาการของ หน่วยงานรับผิดชอบ

สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยในพื้นที่ อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี จากการ ประเมินและคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยใช้แบบประเมินคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิดจนถึง ๕ ปี พบว่า เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ ๗๑.๕๑ พัฒนาการ สงสัยล่าช้า ร้อยละ ๒๖.๔๙ โดยช่วงอายุที่พบสงสัยล่าช้ามากที่สุดคือช่วงอายุ ๖๐ เดือน รองลงมาคือ อายุ ๔๒ เดือน อายุ ๓๐ เดือน อายุ ๙ เดือน และอายุ ๑๘ เดือน ตามลำดับ (ระบบHealth Data Center กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๘) เมื่อเปรียบเทียบผลการประเมินและคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยในพื้นที่ อำเภอโขงเจียมกับค่าตัวชี้วัดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จะเห็นได้ว่า เด็กปฐมวัยในพื้นที่ อำเภอโขงเจียมมีพัฒนาการสมวัยต่ำกว่าเกณฑ์ตัวชี้วัดที่กำหนด รวมถึงการประเมินพัฒนาการมีความ ครอบคลุมต่ำเพียงร้อยละ ๕๙.๒๓

จากสภาพปัญหาและความสำคัญที่กล่าวมาแล้วนั้นการดำเนินงานด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัยในพื้นที่ตำบลยางใหญ่ พบว่ากิจกรรมการคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยยังไม่ครอบคลุมในเด็กกลุ่มเป้าหมาย กิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการและกิจกรรมการกระตุ้นพัฒนาการโดยพ่อ แม่ ผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็ก ยังได้รับการสนับสนุนเครื่องมือในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual; DSPM) ไม่เพียงพอและกิจกรรมการติดตามและส่งต่อยังขาดการเชื่อมโยงข้อมูลในระดับบุคคลและหน่วยงาน รวมไปถึงการปฏิเสธการเข้ารับบริการของพ่อ แม่ ผู้ปกครองที่ดูแลเด็ก ทั้งนี้การดำเนินงานด้านพัฒนาการเด็กในพื้นที่ตำบลยางใหญ่ พบว่าการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องตามรูปแบบที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดยังไม่ต่อเนื่อง ส่งผลให้การดำเนินงานถึงจะบรรลุตามตัวชี้วัด แต่ยังมีกลุ่มเด็กที่อยู่ในชุมชนที่อายุยังไม่ถึงเกณฑ์เข้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ยังไม่ได้รับการคัดกรองและดูแลพัฒนาการเท่าที่ควร ส่งผลกระทบต่อเด็กปฐมวัย โดยเฉพาะการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่เหมาะสมตามช่วงวัย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเพื่อค้นหารูปแบบการดำเนินงานในพื้นที่เพื่อการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชนที่อายุยังไม่ถึงเกณฑ์เข้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก แบบบูรณาการการดำเนินงานร่วมกัน ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและผู้ดูแลเด็กปฐมวัยนี้ ซึ่งเป็นกระบวนการที่สำคัญในการแก้ปัญหาของพื้นที่อย่างตรงประเด็นและเกิดประโยชน์ในการพัฒนาต่อไป

## ๒.๒ วัตถุประสงค์

### ๒.๒.๑ วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชนที่อายุยังไม่ถึงเกณฑ์เข้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี

### ๒.๒.๒ วัตถุประสงค์เฉพาะ

- ๑) เพื่อศึกษาบริบทและปัจจัยที่เกี่ยวกับระบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชนที่อายุยังไม่ถึงเกณฑ์เข้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี
- ๒) เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชนที่อายุยังไม่ถึงเกณฑ์เข้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี
- ๓) เพื่อศึกษาผลของกระบวนการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชนที่อายุยังไม่ถึงเกณฑ์เข้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี
- ๔) เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชนที่อายุยังไม่ถึงเกณฑ์เข้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี

## ๓ บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

### ๓.๑ บทวิเคราะห์

ตามยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - พ.ศ. ๒๕๘๐) ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ มีเป้าหมายการพัฒนาที่สำคัญเพื่อพัฒนาคนในทุกมิติและในทุกช่วงวัยให้เป็นคนดี เก่ง และมีคุณภาพ มีความพร้อมทั้งกาย จิตใจ สติปัญญา มีพัฒนาการที่รอบด้าน ซึ่งการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาคนในทุกช่วงวัยนั้น จะต้องเริ่มพัฒนาตั้งแต่ช่วงปฐมวัยหรือ ๖ ปีแรกของชีวิต ในช่วงวัยนี้ เป็นวัยที่สำคัญสำหรับพัฒนาการทางร่างกาย สังคม อารมณ์ รวมทั้งสติปัญญา เป็นช่วงที่เด็กต้องได้รับการดูแลจากพ่อแม่หรือผู้ดูแลเด็ก ซึ่งเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการของเด็กในทุกๆ ด้าน การพัฒนาบทบาทความเป็นพ่อแม่ในการอบรมเลี้ยงดูเด็ก พ่อแม่และผู้ดูแลเด็กทุกคนต้องได้รับการ พัฒนาความรู้ในการเลี้ยงดูเด็กและมีทักษะในการส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย รวมถึงการเฝ้าระวังและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย จากสถิติองค์การอนามัยโลกพบว่า ร้อยละ ๑๕ - ๒๐ ของเด็กทั่วโลก มีพัฒนาการที่ผิดปกติและจากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าเด็กอายุน้อยกว่า ๕ ปี กว่า ๑ ใน ๔ มี ปัญหาพัฒนาการล่าช้าระดับปานกลางถึง



รุนแรง ด้านการเคลื่อนไหว ภาษา ความฉลาด ด้านสังคมและการปรับตัว กรมอนามัยได้ผลักดันให้มีการเฝ้าระวัง และคัดกรองพัฒนาการเด็กในสถานบริการสุขภาพของรัฐทุกแห่ง และผลักดันให้มีการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาเด็กปฐมวัยในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านการใช้ มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ซึ่งจะช่วยให้เด็กได้รับการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการตั้งแต่เริ่มต้นและต่อเนื่องอย่างสม่ำเสมอในทุกช่วงวัย เมื่อมีความผิดปกติเกิดขึ้นก็จะสามารถค้นพบและแก้ไขได้ทันเวลาที่ (สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ, ๒๕๖๖) ดังที่กล่าวมาแล้วเด็กปฐมวัยเป็นช่วงระยะเวลาที่เด็กเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วมาก เป็นช่วงเวลาสำคัญที่สุดของการสร้างรากฐานชีวิตและจิตใจของมนุษย์นอกจากร่างกายจะเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วแล้ว สมรรถนะของเด็กก็เจริญเติบโตสูงสุดในช่วงวัยนี้และพัฒนาการหลายด้านก็พัฒนาเกือบเต็มที่ โดยเฉพาะวัยทารกเป็นวัยที่มีอัตราการพัฒนาการและการเจริญเติบโตทั้งด้านร่างกายและสติปัญญา ฉะนั้นเด็กปฐมวัย คือ “โอกาสทอง” ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่เหลือทั้งหมดของมนุษย์แต่ละคนและส่งผลต่ออนาคตของสังคม หากเด็กไม่ได้รับการเลี้ยงดูและพัฒนาหรือส่งเสริมพัฒนาการอย่างถูกต้องเหมาะสมเมื่อพ้นวัยนี้ไปแล้ว โอกาสทองของการพัฒนาจะไม่หวนกลับมาอีก หากเด็กได้รับการกระตุ้นส่งเสริมพัฒนาการ ทั้งทางด้านร่างกายสติปัญญา อารมณ์ สังคมและจริยธรรมที่เหมาะสม ก็จะเป็นพื้นฐานในการ พัฒนาไปสู่เด็กวัยเรียนและวัยรุ่นอย่างมีคุณภาพต่อไป

### ๓.๒ แนวความคิด

#### แนวคิดการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชน

การเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชน เน้นการขยายขอบเขตการเฝ้าระวังออกจากสถานบริการสาธารณสุข ทั้งเชิงรับและเชิงรุกในชุมชน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่รวดเร็วครบถ้วนยิ่งขึ้น ส่งผลให้ข้อมูลทางวิชาการดีขึ้น ความครอบคลุมมากขึ้น ตรวจจับได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น อันจะนำไปสู่การแก้ปัญหาตั้งแต่เริ่มต้น ซึ่งเรื่องพัฒนาการเด็กนั้นมีช่วงเวลาทองจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องขาดไม่ได้ และเพื่อความสำเร็จชุมชนก็ต้องมีแนวคิดการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง พัฒนาการเด็กในชุมชนเป็นแนวคิดเพื่อชุมชน โดยความร่วมมือระหว่างชุมชน ท้องถิ่นและภาครัฐ ประกอบด้วยภาคีเครือข่ายสำคัญ ๓ ภาคส่วนได้แก่ ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น(อปท.) และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จากสภาพปัญหาและความสำคัญที่กล่าวมาแล้วนั้นการดำเนินงานด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัยในพื้นที่ พบว่ากิจกรรมการคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยยังไม่ครอบคลุมในเด็กกลุ่มเป้าหมาย กิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการและกิจกรรมการกระตุ้นพัฒนาการโดยพ่อแม่ ผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็ก ยังได้รับการสนับสนุนเครื่องมือในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual; DSPM) ไม่เพียงพอและกิจกรรมการติดตามและส่งต่อยังขาดการเชื่อมโยงข้อมูลในระดับบุคคลและหน่วยงาน รวมไปถึงการปฏิเสธการเข้ารับบริการของพ่อแม่ ผู้ปกครองที่ดูแลเด็ก ทั้งนี้การดำเนินงานด้านพัฒนาการเด็กในพื้นที่ พบว่าการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องตามรูปแบบที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดยังไม่ต่อเนื่อง ส่งผลให้การดำเนินงานยังไม่บรรลุตามตัวชี้วัด ยังมีกลุ่มเด็กที่อยู่ในชุมชนที่อายุยังไม่ถึงเกณฑ์เข้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ยังไม่ได้รับการคัดกรองและดูแลพัฒนาการเท่าที่ควร ส่งผลกระทบต่อเด็กปฐมวัย โดยเฉพาะการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่เหมาะสมตามช่วงวัย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเพื่อค้นหารูปแบบการดำเนินงานในพื้นที่เพื่อการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชนที่อายุยังไม่ถึงเกณฑ์เข้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแบบบูรณาการการดำเนินงานร่วมกัน ของผู้มีหน้าที่ในการเลี้ยงดูและดูแลเด็กปฐมวัยนี้ ซึ่งเป็นกระบวนการที่สำคัญในการแก้ปัญหาของพื้นที่อย่างตรงประเด็นและเกิดประโยชน์ในการพัฒนาต่อไป

ชุมชน คนเป็นองค์ประกอบหลัก แต่ละชุมชนประกอบด้วยกลุ่มบุคคลหลากหลาย ต่างอาชีพต่างฐานะ ต่างวัย การทำงานร่วมกับชุมชน จึงต้องมีความเชื่อพื้นฐานว่าประชาชนแต่ละคนแต่ละกลุ่มมีเอกลักษณ์และอัตลักษณ์ มีสิทธิเต็มกำหนดวิถีดำรงชีวิตของตน สามารถเรียนรู้และพัฒนาขีดความสามารถในการรับผิดชอบต่อตนเองและชุมชน มีความคิดริเริ่ม มีความเป็นผู้นำการพัฒนาขีดความสามารถของชุมชนเป็นสิ่งพึงปรารถนาและสำคัญอย่างยิ่ง ทั้งต่อคน ต่อชุมชน ต่อรัฐ หากประชาชนทุกกลุ่มในชุมชนเข้ามามีส่วน

ร่วม คือ ร่วมคิด ร่วมลงขัน ร่วมลงแรง ร่วมประเมิน ร่วมรับประโยชน์ การดำเนินการใดโดยอ้อมประสบผลสำเร็จ การเฝ้าระวังโรคในชุมชนจะเกิดได้ ชุมชนควรเข้าใจว่าประโยชน์จากการเฝ้าระวังในระยะเวลาอันใกล้คืออะไร การเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งช่วยปกป้องชุมชนให้ปลอดภัยและอันตรายต่อสุขภาพได้อย่างไร เนื่องจากความหลากหลายของกลุ่มบุคคลที่อยู่ร่วมกันในชุมชน กล่าวคือ มีทั้งผู้นำชุมชน คณะกรรมการหมู่บ้าน ครู แม่บ้านประชาชนทั่วไป รวมทั้ง จิตอาสา อสม. จำเป็นต้องมีระบบบริหารจัดการให้เกิดการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนในการเฝ้าระวัง รับรู้ข้อมูล ปัญหาสุขภาพและอันตรายต่อสุขภาพ คิดหาวิธีใช้ประโยชน์จากทรัพยากรภายในและภายนอกชุมชน แสวงหาแหล่งทุน จากภายในและภายนอกเพื่อใช้ในการดำเนินงาน จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในหมู่บ้าน สร้างระบบการสื่อสารเตือนภัยผ่านสื่อชุมชน ทั้งนี้เพื่อบรรลุเป้าหมายในระดับชุมชน คือ มีเครือข่ายเฝ้าระวังโรค/ภัยสุขภาพ โดยชุมชน

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) บทบาทหนึ่งที่เกิดจากนโยบายกระจายอำนาจการปกครองประเทศให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คือ การบริหารจัดการ การบริการสาธารณะ อันหมายรวมถึงงานดูแลสุขภาพ และการนำกฎหมายที่ปรับจากพระราชบัญญัติสำคัญหลายฉบับมาใช้เป็นประกาศและข้อกำหนดท้องถิ่น เพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นอปท. จึงมีบทบาทอย่างมากในการสร้างนโยบายสุขภาพภาคประชาชนระดับท้องถิ่น สนับสนุนให้มีแผนเฝ้าระวังควบคุมโรคของชุมชน มีและใช้ข้อบัญญัติในการควบคุมโรคที่เป็นปัญหาในพื้นที่ จัดสรรทรัพยากรเพื่อการเฝ้าระวัง ดูแล ส่งเสริมสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม และมีส่วนร่วมวางแผนและดำเนินการเฝ้าระวังดูแล ส่งเสริมสุขภาพ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ต้องปรับบทบาทเป็นผู้ประสาน ร่วมงาน สนับสนุนชุมชน ในการพัฒนารูปแบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กให้สอดคล้องวิถีชีวิตเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้ชุมชนรู้ปัญหาสุขภาพอย่างรวดเร็ว ร่วมคิดหาแนวทางแก้ปัญหาในท้องถิ่น จึงต้องอาศัยการสร้างเครือข่ายเฝ้าระวังในชุมชนจากทุกภาคส่วนผ่านกระบวนการร่วมคิดร่วมทำในขั้นตอนต่างๆ

- เฝ้าระวังอะไร ส่งเสริมอะไร เช่น พัฒนาการเด็กเป็นสิ่งสำคัญหากพัฒนาการไม่สมวัยอาจส่งผลต่อสุขภาพ และอนาคตอย่างไร
- จัดระบบแจ้งข่าวคืนข้อมูลสุขภาพโดยเครือข่าย เช่น จิตอาสา อสม. เป็นแกนหลักในการดำเนินการ อบต. และผู้นำชุมชนให้ความสำคัญและเป็นผู้นำในการดำเนินงาน รวมถึงกลุ่มพลังอื่นๆ ในชุมชน เช่น กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มอาชีพ
- รวบรวมและจัดทำฐานข้อมูลข่าวสารสถานการณ์พัฒนาการเด็กให้ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเหตุการณ์ พร้อมวิเคราะห์ แล้วคืนข้อมูลไปยังชุมชนให้รับทราบและใช้ประโยชน์อย่างต่อเนื่อง ทุกเดือน
- ประสานและสนับสนุนการสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กในชุมชน
- ติดตาม กำกับ ประเมินผลเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง

### ๓.๓ ข้อเสนอ

#### ด้านโครงสร้าง

๑. กำหนดบทบาทหน้าที่และการสร้างความร่วมมือระหว่างบุคลากรสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จิตอาสา ภาคประชาชน ในการขับเคลื่อนงานเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชน อย่างชัดเจน
๒. บูรณาการแผนงานโครงการภาครัฐแต่ละหน่วยงานเพื่อขับเคลื่อนงานเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กในชุมชน

๓. คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ จะต้องวางแนวทางการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กในชุมชนในรูปของแผนงานโครงการระดับอำเภอเพื่อใช้เป็นกรอบแนวทางการแก้ไขในทุกพื้นที่

๔. บุคลากรกระทรวงสาธารณสุขสนับสนุนด้านวิชาการ และการพัฒนารูปแบบและเทคนิคการทำงานด้านการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กในระดับพื้นที่

#### ด้านระบบ

๑. จัดการฐานข้อมูลในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กในชุมชน ของสถานบริการสุขภาพทุกระดับ ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย นำมาซึ่งการกำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหาให้ตรงประเด็น

๒. การสื่อสารเพื่อขับเคลื่อนการทำงานตามรูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชนเพื่อให้เด็กปฐมวัยในชุมชนได้รับการคัดกรองและส่งเสริมสุขภาพครอบคลุมทุกคน

#### ด้านเครือข่าย

๑. พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย การมีส่วนร่วมของ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรบริหารส่วนตำบล จิตอาสาพัฒนาการเด็ก อสม. รวมทั้งภาคองค์กรภาคประชาสังคมให้มีส่วนร่วม ในการดำเนินงานเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชน

๒. ออกแบบกลไกในการพัฒนาการทำงานของคณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอในการกำกับ ติดตามประเมินผล และนำข้อมูลกลับมาใช้พัฒนางานต่อเนื่อง

#### ๓.๔ ข้อจำกัดหรือปัญหาที่อาจเกิดขึ้น

๑. คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ ยังขาดความเชื่อมโยงในการวางแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคในระดับพื้นที่และเชื่อมลงสู่ชุมชน

๒. งบประมาณที่ได้รับสนับสนุนในการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายในการเฝ้าระวัง ส่งเสริมพัฒนาการเด็กไม่เพียงพอ

๓. งบประมาณที่ได้รับสนับสนุนอุปกรณ์การเฝ้าระวัง ส่งเสริมพัฒนาการเด็กไม่เพียงพอ

#### ๓.๕ แนวทางแก้ไข

๑. ขอรับสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานเอกชน องค์กรประชาสังคมในการขับเคลื่อนงานเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กในชุมชน

๓. ใช้ระบบการรายงานพัฒนาการเด็กในชุมชนในรูปแบบดิจิทัล ฐานข้อมูลในการขับเคลื่อนงานเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กในชุมชน

#### ๔ ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑. มีระบบเฝ้าระวัง ส่งเสริมพัฒนาการเด็กในระดับของพื้นที่อย่างชัดเจน และครอบคลุม

๔.๒. ระดับไอคิวสูงกว่าค่ามาตรฐาน

#### ๕ ตัวชี้วัดความสำเร็จ

##### ๕.๑ ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ

๑. การคัดกรองพัฒนาการเด็ก และติดตามการกระตุ้นพัฒนาการที่สงสัยล่าช้าครอบคลุมทุกคน


๒. เด็กปฐมวัยในชุมชนชุมชน มีพัฒนาการสมวัยมากกว่าร้อยละ ๙๐

##### ๕.๒ ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ

๑. มีรูปแบบการเฝ้าระวังการและส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่มีส่วนร่วมของชุมชน

๒. การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการด้านงบประมาณ และอุปกรณ์ในการเฝ้าระวังการและส่งเสริมพัฒนาการเด็กของชุมชน

๓. มีระบบฐานข้อมูลการเฝ้าระวังการและส่งเสริมพัฒนาการเด็กในรูปแบบดิจิทัลที่มีคุณภาพ  
ถูกต้อง ครบถ้วน และพร้อมใช้งาน

(ลงชื่อ)  .....

(นายบุญถือ พุ่มจันทร์)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

(วันที่) ๑๓ / กุมภาพันธ์ / ๒๕๖๘

ผู้ขอประเมิน

**ส่วนที่ ๒** ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง...รูปแบบการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี.....
๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ....มกราคม - ธันวาคม ๒๕๖๗.....
๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
  - ๓.๑ ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพประชาชน ในเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ตลอดจนการคุ้มครองผู้บริโภคในด้านอาหารและยา
  - ๓.๒ ความชำนาญในการวิเคราะห์ ประเมิน ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ อันเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจ ในการพิจารณาเขียนแผนงาน โครงการ การใช้แนวทางในการสื่อสารและสื่อประชาสัมพันธ์ให้สอดคล้องกับบริบทในพื้นที่และข้อจำกัดในการดำเนินงาน
  - ๓.๓ ความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ที่ส่งผลกระทบต่อประชาชนและความเสี่ยงต่อการสื่อสารที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพ
  - ๓.๔ ความชำนาญเกี่ยวกับการทำวิจัยและพัฒนางานสาธารณสุข
  - ๓.๕ มีประสบการณ์ในการบริหารจัดการการสื่อสารให้ความรู้แก่ประชาชนให้เกิดความรู้ด้านสุขภาพ
  - ๓.๖ มีประสบการณ์วางแผนการดำเนินงานเพื่อให้ประชาชนเกิดความรู้ด้านสุขภาพ
๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

กระทรวงสาธารณสุขกำหนดในยุทธศาสตร์การพัฒนา เพื่อการยกระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนทั้งหมด ๔ ด้าน คือ การส่งเสริมสุขภาพของตนเอง การป้องกันโรคด้วยตนเอง การคัดกรองและเลือกรับผลิตภัณฑ์สุขภาพ และการจัดบริการสุขภาพ โดยกรมควบคุมโรค มีจุดเน้นเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพได้ สนับสนุนการร่วมตัดสินใจ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีความรู้ด้านสุขภาพ พัฒนาข้อมูลและระบบสื่อสารความเสี่ยงเรื่องโรคและภัยสุขภาพผ่านช่องทางที่เหมาะสมกับประชาชน กลุ่มเป้าหมาย การสร้างการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายด้านการป้องกันควบคุมโรคเพื่อยกระดับความรู้ทุกกลุ่มวัย ทราบระบบป้องกันโรคด้วยตนเองบุคคลที่ได้รับการสร้างเสริมให้มีความรู้ทางสุขภาพ(Health Literacy) จะสามารถจัดการตนเองครอบครัว และชุมชนด้านการป้องกันควบคุมโรคได้อย่างเชี่ยวชาญและมีประสิทธิภาพ โดยการสนับสนุนทางวิชาการ องค์ความรู้ และเทคโนโลยีจากหน่วยงานสาธารณสุขที่มีมาตรฐาน ดังนั้นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จึงจำเป็นต้องพัฒนาความสามารถในการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ การแสวงหาและเข้าถึงข้อมูลความรู้แนวทางปฏิบัติที่จำเป็นทางสุขภาพ เพื่อสร้างความเข้าใจและประเมินข้อมูลข่าวสารความรู้ที่ได้รับรวมทั้งสังเกตความเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมและสุขภาพอยู่เสมอ โดยปีพ.ศ.๒๕๖๔ ได้เน้นภารกิจการพัฒนาข้อมูลและบูรณาการประเด็นความรู้ที่สำคัญสำหรับประชาชนแต่ละกลุ่มเป้าหมาย เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจ เพื่อให้มีพฤติกรรมป้องกันควบคุมโรคที่ถูกต้อง มีความรู้ด้านสุขภาพ มีการสื่อสารอย่างเหมาะสม รู้เท่าทัน สามารถตัดสินใจในสถานการณ์ต่างๆ ได้ดีและนำแนวทางการปฏิบัติตัวไปใช้พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง โดยบูรณาการและสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานและภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข

ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐ แนวนโยบายแห่งรัฐ มาตรา ๗๑ รัฐพึงเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวอันเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญของสังคมจัดให้ ประชาชนมีที่อยู่อาศัย

อย่างเหมาะสมส่งเสริมและพัฒนาการสร้างสรรค์สุขภาพเพื่อให้ประชาชน มีสุขภาพที่แข็งแรงและมีจิตใจเข้มแข็ง และพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ให้เป็นพลเมืองที่ดีมีคุณภาพ และความสามารถสูงขึ้นรัฐพึงให้ความช่วยเหลือเด็ก เยาวชนสตรี ผู้สูงอายุคนพิการผู้ยากไร้ และผู้ด้อยโอกาสให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพและคุ้มครองป้องกัน มิให้บุคคลดังกล่าวถูกใช้ความรุนแรงหรือปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมรวมถึงให้การบำบัด ฟื้นฟู และเยียวยา ผู้ถูกกระทำการดังกล่าวในการจัดสรรงบประมาณรัฐพึงคำนึงถึงความจำเป็นและความต้องการที่แตกต่างกันของ เพศ วัยและสภาพของบุคคลทั้งนี้เพื่อความเป็นธรรมตามพระราชบัญญัติกำหนด(พระครุสมุห์จรัส วัชรโฑ, ๒๕๖๔) ปัญหาโรคและภัยสุขภาพเป็นปัญหาที่สำคัญ และมีแนวโน้มที่จะทวีความรุนแรงมากขึ้นอันเนื่องมาจาก สภาพเศรษฐกิจและสังคมที่มีการแข่งขันกันสูงรวมถึงสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ปัจจุบันจากสถานการณ์การ ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ ๒๐๑๙ ที่มีการระบาดในวงกว้าง ในสาธารณรัฐประชาชนจีน ตั้งแต่เดือน ธันวาคม ๒๕๖๒ เป็นต้นมา ซึ่งมีผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตเป็นจำนวนมากรวมถึงประเทศไทยประกอบกับองค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้เป็นภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ และประกาศให้เป็นการระบาดใหญ่ (Pandemic) จากนั้นประเทศไทย ได้พัฒนานโยบายต่างๆ ขึ้นอย่างรวดเร็ว กระทรวงสาธารณสุขประเทศไทยได้ เปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินและเตรียมพร้อมรับภัยคุกคามที่อาจเกิดขึ้นทุกพื้นที่ควรมีการดำเนินงานระดับ วิทยาที่มีประสิทธิภาพ และมาตรฐาน โดยต้องมีข้อมูลที่ถูกต้อง รวดเร็ว และทันเวลา สามารถนำไปสู่การตัดสินใจ ได้ทันท่วงที(จินดารัตน์ เคลิ้มกระโทก, ๒๕๖๔) ประเทศไทยได้รับการยอมรับจากต่างประเทศทั่วโลก แต่ยังคงพบว่ามี จุดอ่อนที่ต้องพิจารณาแก้ไขข้อบกพร่องคือ ประเด็นยุทธศาสตร์กำลังคนด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค และภัยสุขภาพรวมถึงการพัฒนากำลังคนด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค ตามนัยของกฎอนามัย ระหว่าง ประเทศและวาระความมั่นคงด้านสุขภาพโลก การบริหารจัดการบุคลากรในสาขาขาดแคลนพิเศษ ควรให้ ความสำคัญกับแรงจูงใจ และค่าตอบแทนที่เหมาะสม พิจารณาค่าเสี่ยงภัยและเงินเยียวยาในกรณีที่ผู้ปฏิบัติงาน ด้านการป้องกันควบคุมโรคประสบเหตุติดเชื้อหรือประสบภัยในขณะปฏิบัติหน้าที่ให้เหมาะสม

จากที่กล่าวมาข้างต้นผู้วิจัยในฐานะนักวิชาการสาธารณสุข จึงมีความสนใจที่จะศึกษาและสร้างรูปแบบ การดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี และ เพื่อเป็นนวัตกรรมในการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานีให้สูงขึ้นและเป็นข้อมูลสารสนเทศสำหรับผู้บริหาร นักวิชาการสาธารณสุขและหน่วยงานที่ เกี่ยวข้องสำหรับนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ด้านสุขภาพของสำนักงาน สาธารณสุขให้มีประสิทธิผลและ เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการพัฒนาการดำเนินงานสื่อสารเพื่อความรู้ด้าน สุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้และมีคุณภาพตาม มาตรฐานของสำนักงานสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขต่อไป

### คำถามของการวิจัย

๑. องค์ประกอบการทำงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ด้านสุขภาพของสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีมีอะไรบ้าง
๒. รูปแบบการทำงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานีมีลักษณะเป็นอย่างไร

๓. ผลการทดลองใช้การดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีมีผลเป็นอย่างไร

๔. ผลการประเมินการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีมีผลเป็นอย่างไร

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

๑. เพื่อสังเคราะห์องค์ประกอบการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๒. เพื่อสร้างและตรวจสอบรูปแบบการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๓. เพื่อทดลองใช้รูปแบบการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๔. เพื่อประเมินการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

#### ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นฐานในการกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย ซึ่งขอเสนอเป็นลำดับดังนี้

๑. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับรูปแบบ

๒. แนวคิดเกี่ยวกับการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผล

๓. แนวคิดเชิงระบบ

๔. แนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบหลักของการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๕. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ

๖. นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

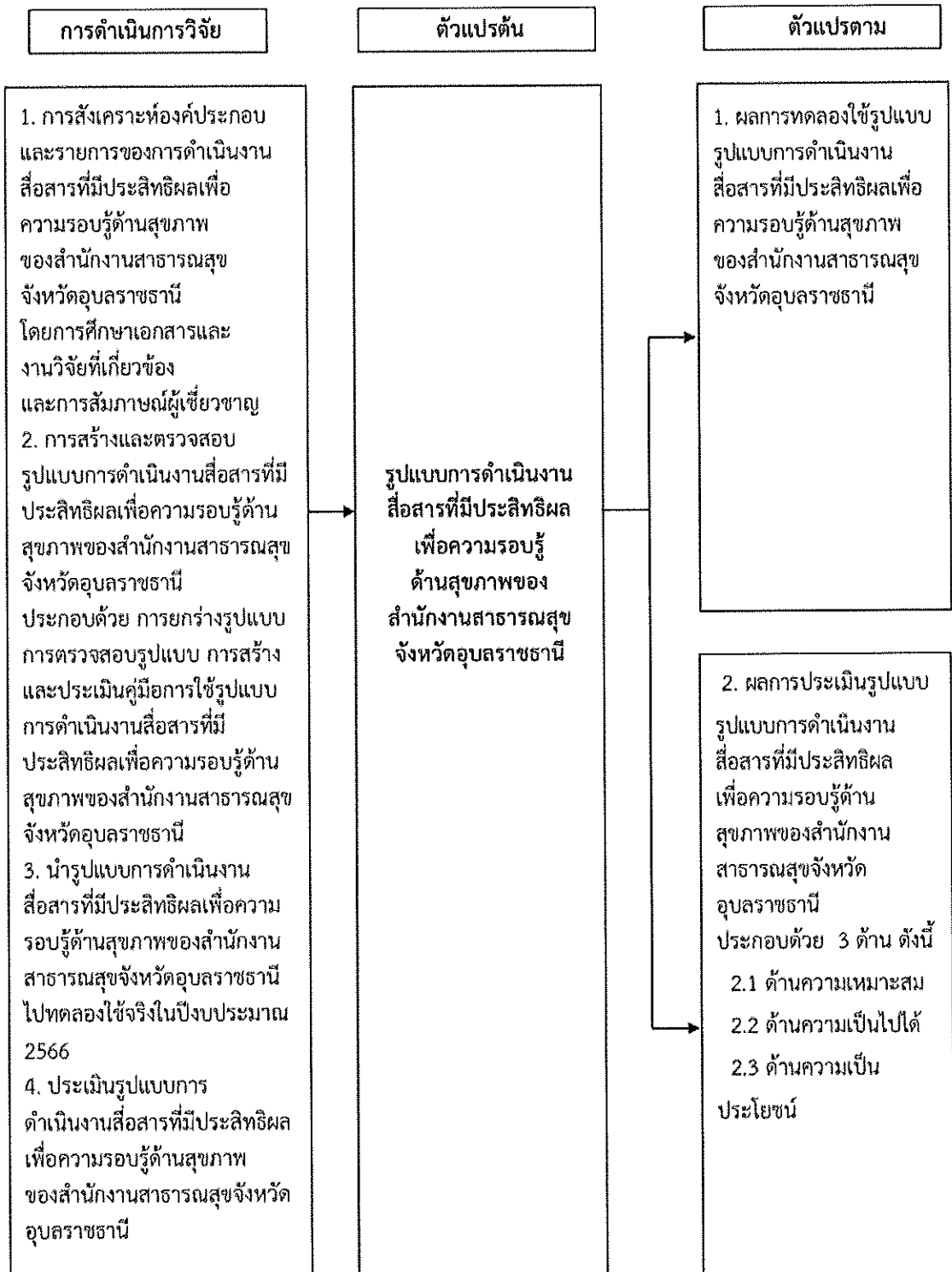
๗. กลยุทธ์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๘. ข้อมูลพื้นฐานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๙. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการสร้างรูปแบบการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยมุ่งศึกษาในขอบเขตเนื้อหาและองค์ประกอบของการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีโดยการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี หลักการต่างๆ จากเอกสาร ตำรา บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยดังภาพที่ ๑



ภาพที่ ๑ กรอบแนวคิดในการวิจัย



## ขอบเขตของการวิจัย

ผู้วิจัยกำหนดขอบเขตการวิจัยตามขั้นตอนการวิจัย ๔ ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ ๑ การสังเคราะห์องค์ประกอบการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๑.๑ การสังเคราะห์องค์ประกอบและรายการของการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผล เพื่อความรู้ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีโดยการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

๑.๑.๑ ขอบเขตเนื้อหา คือ การสังเคราะห์องค์ประกอบและรายการของการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีโดยการศึกษาและสังเคราะห์เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องอย่างหลากหลาย

๑.๑.๒ ขอบเขตด้านแหล่งข้อมูล คือ ข้อมูลหลักประกอบด้วย แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับรูปแบบ แนวคิดเกี่ยวกับการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผล แนวคิดเชิงระบบ แนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบหลักของการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ นโยบายกระทรวงสาธารณสุข กลยุทธ์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ข้อมูลพื้นฐานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เอกสารรายงาน บทความจากหน่วยงานองค์กรต่าง ๆ และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ เพื่อให้ได้กรอบความคิดและข้อมูลเบื้องต้นของการวิจัย

๑.๑.๓ ขอบเขตด้านตัวแปรที่ศึกษา คือ องค์ประกอบและรายการของการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๑.๒ การสังเคราะห์องค์ประกอบและรายการของการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีโดยการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ

๑.๒.๑ ขอบเขตของเนื้อหา คือ องค์ประกอบและรายการของการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีที่เป็นผลมาจากการศึกษาขั้นย่อยที่ ๑.๑ และนำมากำหนดเป็นประเด็นในการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ

๑.๒.๒ ขอบเขตด้านแหล่งข้อมูล คือ กลุ่มผู้ให้ข้อมูล จำนวน ๕ คน แบ่งออกเป็น ๒ กลุ่ม ได้มาโดยใช้วิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก (In Depth- Interview) ประกอบด้วย

๑) ผู้เชี่ยวชาญด้านการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ด้านสุขภาพหรือด้านการสอนหรือการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ด้านสุขภาพซึ่งเป็นผู้บริหารระดับสูงในกระทรวงสาธารณสุขหรืออาจารย์ในระดับอุดมศึกษาและจบการศึกษาระดับปริญญาเอก มีประสบการณ์ไม่น้อยกว่า ๕ ปี จำนวน ๒ คน

๒) ผู้เชี่ยวชาญด้านการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ด้านสุขภาพในเขตสุขภาพหรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่เป็นแบบอย่างในการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีหรือได้รับตำแหน่งทางวิชาการผู้เชี่ยวชาญหรือจบการศึกษาระดับปริญญาเอก มีประสบการณ์ไม่น้อยกว่า ๕ ปี จำนวน ๓ คน

๑.๒.๓ ขอบเขตด้านตัวแปรที่ศึกษา คือ องค์ประกอบและรายการของการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๑.๒.๔ ขอบเขตด้านระยะเวลา ผู้วิจัยได้กำหนดระยะเวลาในการสังเคราะห์องค์ประกอบการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ - ๒๕๖๖

ขั้นตอนที่ ๒ การสร้างและตรวจสอบรูปแบบการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผล เพื่อความรู้ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๒.๑ การยกร่างรูปแบบการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี นำผลการสังเคราะห์องค์ประกอบและรายการของรูปแบบการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีในขั้นตอนที่ ๑ มายกร่างรูปแบบ

๒.๒ การตรวจสอบรูปแบบการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบรูปแบบโดยการสนทนากลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (Focus Group Discussion) ดังนี้

๒.๒.๑ ขอบเขตของเนื้อหา คือ มุ่งตรวจสอบความเหมาะสม (Propriety) และตรวจสอบความเป็นไปได้ (Feasibility) ของรูปแบบการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๒.๒.๒ ขอบเขตด้านแหล่งข้อมูล คือ ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน ๗ คน แบ่งออกเป็น ๓ กลุ่ม ได้มาโดยใช้วิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วย

๑) ผู้เชี่ยวชาญด้านการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุข ซึ่งเป็นผู้บริหารในระดับกระทรวงสาธารณสุขหรือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๒ คน

๒) ผู้เชี่ยวชาญด้านการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ด้านสุขภาพหรือด้านการสอนหรือด้านการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ด้านสุขภาพซึ่งเป็นอาจารย์ในระดับอุดมศึกษาและจบการศึกษาระดับปริญญาเอก มีประสบการณ์ ไม่น้อยกว่า ๕ ปี จำนวน ๒ คน

๓) ผู้เชี่ยวชาญด้านการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่เป็นแบบอย่างหรือเป็นต้นแบบการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ด้านสุขภาพหรือได้รับตำแหน่งทางวิชาการเชี่ยวชาญหรือจบการศึกษาระดับปริญญาเอก มีประสบการณ์ไม่น้อยกว่า ๕ ปี จำนวน ๓ คน

๒.๒.๓ ขอบเขตด้านตัวแปรที่ศึกษา คือ ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๒.๒.๔ ขอบเขตด้านระยะเวลา ผู้วิจัยได้กำหนดระยะเวลาในการสร้างและตรวจสอบรูปแบบการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีในปีงบประมาณ ๒๕๖๗

๒.๓ การสร้างคู่มือการใช้รูปแบบการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยนำรูปแบบการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จากผลการตรวจสอบของผู้เชี่ยวชาญมาปรับประยุกต์

สร้างเป็นคู่มือการใช้รูปแบบการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๒.๔ การประเมินคู่มือการใช้รูปแบบการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยนำคู่มือเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญให้ประเมิน ความเหมาะสม (Propriety) โดยมีการดำเนินการ ดังนี้

๒.๔.๑ ขอบเขตของเนื้อหา คือ มุ่งประเมินคู่มือการใช้รูปแบบการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีโดยการสอบถามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

๒.๔.๒ ขอบเขตด้านแหล่งข้อมูล คือ ผู้เชี่ยวชาญจำนวน ๗ คน มีวิธีการคัดเลือกโดยวิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดียวกับผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบรูปแบบการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีที่ผู้วิจัยคัดเลือกมาจากทั้ง ๓ กลุ่ม จำนวน ๗ คน

๒.๔.๓ ขอบเขตด้านตัวแปรที่ศึกษา คือ ความเหมาะสมของคู่มือการใช้รูปแบบการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๒.๔.๔ ขอบเขตด้านระยะเวลา ผู้วิจัยได้กำหนดระยะเวลาในการสร้างและประเมินคู่มือการใช้รูปแบบการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีในปีงบประมาณ ๒๕๖๖

ขั้นตอนที่ ๓ การทดลองใช้รูปแบบการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๓.๑ ขอบเขตของเนื้อหา คือ รูปแบบการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีและคู่มือการใช้รูปแบบการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีโดยการประชุมปฏิบัติการ การนิเทศ กำกับ ติดตามครู และคุณภาพของประชาชน

๓.๒ ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย ประชาชนในจังหวัดอุบลราชธานี

๓.๓ ขอบเขตด้านตัวแปรที่ศึกษา คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในจังหวัดอุบลราชธานีที่เกิดขึ้นก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๓.๔ ขอบเขตด้านระยะเวลา ผู้วิจัยได้กำหนดระยะเวลาในการทดลองใช้รูปแบบการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีในปีงบประมาณ ๒๕๖๗

ขั้นตอนที่ ๔ การประเมินรูปแบบการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๔.๑ ขอบเขตของเนื้อหา คือ เนื้อหา ได้แก่ รูปแบบการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผล เพื่อความรู้ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

#### ๔.๒ ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

๔.๒.๑ ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยประชาชนในจังหวัดอุบลราชธานี ผู้บริหารเขตสุขภาพที่ ๑๐ ผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๔.๒.๒ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย ประชาชนในจังหวัดอุบลราชธานี ผู้บริหารเขตสุขภาพที่ ๑๐ ผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางของเครจซี่ และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, ๑๙๗๐: ๖๐๘) ในกรณีประชากรมีจำนวนไม่ตรงกับที่ปรากฏในตารางใช้หลักของบัญญัติไตรยางศ์คำนวณกลุ่มตัวอย่าง (บุญชม ศรีสะอาด, ๒๕๕๓: ๔๔-๔๕)

๔.๓ ขอบเขตด้านตัวแปรที่ศึกษา คือ ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความเป็นประโยชน์ของรูปแบบการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๔.๔ ขอบเขตด้านระยะเวลา ผู้วิจัยได้กำหนดระยะเวลาในการประเมินรูปแบบการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีในปีงบประมาณ ๒๕๖๗

#### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ต้องค์ประกอบการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๒. ได้รูปแบบการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๓. ได้ทราบผลการทดลองใช้รูปแบบการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๔. ได้ทราบผลการประเมินรูปแบบการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๕. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีมีการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ด้านสุขภาพเป็นที่ยอมรับของผู้เกี่ยวข้อง

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัย เรื่อง รูปแบบการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กระบวนการวิจัย และพัฒนา (Research and Development) ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยแบ่งเป็น ๔ ขั้นตอน ดังนี้

๑. การสังเคราะห์องค์ประกอบของรูปแบบการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผล เพื่อความรู้ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๒. การสร้างและตรวจสอบรูปแบบการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๓. การทดลองใช้รูปแบบการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๔. การประเมินรูปแบบการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ซึ่งสามารถสรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัยได้ดังภาพที่ ๒



ภาพที่ ๒ สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

## ๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๑. ผลการสังเคราะห์องค์ประกอบการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีพบว่า ได้องค์ประกอบหลัก จำนวน ๕ องค์ประกอบ องค์ประกอบย่อย จำนวน ๑๒ องค์ประกอบ และรายการการบริหารจัดการ จำนวน ๒๒ รายการ แยกเป็น ๓ กลุ่ม คือ กลุ่มปัจจัยนำเข้า (Inputs : I) จำนวน ๒๔ รายการ กลุ่มกระบวนการ (Process : P) จำนวน ๒๔ รายการและกลุ่มผลผลิต (Outputs : O) จำนวน ๑๔ รายการ สำหรับใช้เป็นข้อมูลในการยกย่องรูปแบบการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๒. ผลการสร้างและตรวจสอบรูปแบบการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีพบว่า ได้รูปแบบการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ชื่อ ว่า ๕ A ประกอบด้วย องค์ประกอบหลัก ๕ องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบหลักที่ ๑ (A๑ : Assembly Administration: การบริหารจัดการแบบร่วมทำ) มี ๔ องค์ประกอบย่อย องค์ประกอบหลักที่ ๒ (A๒ : Appointment and assignment combine: การกำหนดนโยบายแบบรวมใจ) มี ๒ องค์ประกอบ องค์ประกอบหลักที่ ๓ (A๓ : Arranging the syllabus in integration: การทำงานแบบบูรณาการ) มี ๒ องค์ประกอบย่อย องค์ประกอบหลักที่ ๔ (A๔ : Acquire simulation with virtue: การทำงานคู่คุณธรรม) มี ๒ องค์ประกอบย่อย องค์ประกอบหลักที่ ๕ (A๕ : Alteration of the environment : การพัฒนาสภาพแวดล้อม) มี ๒ องค์ประกอบย่อย และผลการตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบและคู่มือการใช้รูปแบบการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า รูปแบบและคู่มือการใช้รูปแบบการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีมีความเหมาะสมคิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ สามารถนำไปทดลองใช้จริงในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีได้

๓. ผลการทดลองใช้รูปแบบการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีพบว่า หลังการใช้รูปแบบการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๔. ผลการประเมินรูปแบบการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี (๕A) พบว่า รูปแบบการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีโดยรวมมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด ความเป็นไปได้ อยู่ในระดับมากที่สุด และ ความเป็นประโยชน์อยู่ในระดับมากที่สุดทุกองค์ประกอบ โดยองค์ประกอบหลัก และ องค์ประกอบย่อย และรายการการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีมีความเหมาะสม ความเป็นไปได้ ความเป็นประโยชน์เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

## ๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

ผู้วิจัยและหน่วยงานได้นำผลการวิจัยรูปแบบการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีไปใช้ และส่งผลต่อการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อ

ความรู้ ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีอย่างมีคุณภาพและได้มาตรฐาน ประชาชนมีความรู้และทักษะของบุคคลที่จำเป็นสำหรับการเข้าถึง เข้าใจ ประเมินและตัดสินใจด้านสุขภาพของตนเองและคนรอบข้างได้อย่างเหมาะสม อาจเป็นเพราะรูปแบบการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นได้ผ่านการสร้างและตรวจสอบรูปแบบอย่างมีระบบเชื่อถือได้ และองค์ประกอบหลักทั้ง ๕ องค์ประกอบ องค์ประกอบย่อย ทั้ง ๑๒ องค์ประกอบ รายการการบริหารจัดการ ๖๒ รายการ มีความชัดเจนสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการในการทำงานของกลุ่มบริหารงาน ผู้บริหารมีการบริหารจัดการที่ดีมีประสิทธิภาพ โดยใช้การมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย มีกระบวนการนิเทศ กำกับติดตาม และมีการสะท้อนผลงานให้ออกมาเป็นรูปธรรมเพื่อการพัฒนาปรับปรุงกระบวนการทำงานให้ดียิ่งขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดประสิทธิผลตามมา นอกจากนี้อาจเป็นเพราะ คู่มือการใช้รูปแบบมีความเหมาะสมนำไปสู่การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ตามองค์ประกอบตามได้ชัดเจนเป็นรูปธรรม ผู้เกี่ยวข้องสามารถดำเนินงานได้ตามรูปแบบการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โดยประยุกต์ใช้แนวคิดเชิงระบบ ดังนั้นจึงส่งผลให้ผู้เกี่ยวข้อง ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีความรู้ ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

#### ๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลทั้งผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ สำหรับการสังเคราะห์องค์ประกอบการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

#### ๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลของประชากรกลุ่มเป้าหมาย สำหรับการทดลองใช้และประเมินรูปแบบการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีมีความล่าช้าส่งผลต่อขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย

#### ๙. ข้อเสนอแนะ

##### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

๑. ก่อนนำรูปแบบการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีไปใช้ ผู้บริหาร และผู้เกี่ยวข้องควรศึกษาคู่มือการใช้รูปแบบโดยละเอียด และสามารถปรับประยุกต์องค์ประกอบหลัก องค์ประกอบย่อยและรายการปฏิบัติกิจกรรมของรูปแบบให้สอดคล้องกับบริบทของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตามความเหมาะสม

๒. จากผลการวิจัยที่พบว่า รูปแบบการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อความรู้ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีส่งผลต่อคุณภาพของประชาชนกลุ่มเป้าหมายทั้งด้านความรู้และทักษะของบุคคลที่จำเป็นสำหรับการเข้าถึง เข้าใจ ประเมินและตัดสินใจด้านสุขภาพของตนเองและคนรอบข้างได้อย่างเหมาะสมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอื่นควรนำข้อค้นพบนี้ไปพิจารณาในการวางแผน การจัดกระบวนการของ

รูปแบบเพื่อนำไปใช้ในการดำเนินงานสื่อสารเพื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้อย่างมีประสิทธิภาพสำหรับการยกระดับคุณภาพของประชาชนกลุ่มเป้าหมายให้สูงขึ้น บรรลุตามเป้าหมายที่ทางกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำหนดไว้เป็นที่ยอมรับและพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้องต่อไป

๓. จากผลการวิจัยที่พบว่า ผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรานศึกษาเป็นผู้มีส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนให้การดำเนินการตามรูปแบบการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเพื่อความรอบรู้ ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีประสบผลสำเร็จ ดังนั้นการนำรูปแบบดังกล่าวไปใช้ผู้บริหารควรตระหนักและให้ความสำคัญต่อการดำเนินการตามรูปแบบอย่างจริงจังและเป็นรูปธรรม ควรมีการเตรียมบุคลากรให้พร้อม การมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกคน มีแนวทางการดำเนินการกำกับ ติดตาม และประเมินผลอย่างเป็นระบบ

#### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

๑. ควรมีการดำเนินการวิจัยต่อยอดในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเพื่อความรอบรู้ ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีเพื่อหาวิธี กระบวนการในการพัฒนาโรงเรียนอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

๒. ควรมีการทำวิจัยเชิงสถิติเกี่ยวกับปัจจัยการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเพื่อความรอบรู้ ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีเพื่อให้ได้ข้อมูลในการกำหนดแนวทาง องค์ประกอบของการดำเนินงานสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเพื่อความรอบรู้ ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพและบรรลุเป้าหมายต่อไป

#### ๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

.....อยู่ระหว่างการเผยแพร่ผลงาน.....  
 .....

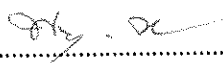
#### ๑๑. สักส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ).....

.....นางพรสิริ มณฑา จัดทำด้วยตนเองร้อยละ ๑๐๐.....  
 .....

#### ๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

- ๑) ..... สักส่วนของผลงาน..... (ระบุร้อยละ)  
 ๒) ..... สักส่วนของผลงาน..... (ระบุร้อยละ)  
 ๓) ..... สักส่วนของผลงาน..... (ระบุร้อยละ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... 

(...นางพรสิริ มณฑา.....)

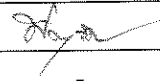
(ตำแหน่ง) ...นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ....

(วันที่) .....๑๔.../กุมภาพันธ์.../๒๕๖๘.....

ผู้ขอประเมิน



ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางพรสิริ มณฑา	
-	-
-	-

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)  .....

(.....นางอุษณีย์ เกิดมี.....)

(ตำแหน่ง) นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ

(วันที่) ....๑๔.../..กุมภาพันธ์ ..../๒๕๖๘.....

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)  .....

(.....นายธีระพงษ์ แก้วภมร.....)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

(วันที่) ..... ๒๘ กพ ๒๕๖๘ .....

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑ โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน  
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนารูปแบบการนิเทศงานสาธารณสุขแบบผสมผสานที่มีความสอดคล้องเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๒. หลักการและเหตุผล

๒.๑ หลักการและเหตุผล

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ได้ดำเนินการขับเคลื่อนการพัฒนางานสาธารณสุขภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข สอดคล้องยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน และสอดคล้องกับนโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ในการทำงานของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี “ระบบบริการสุขภาพได้มาตรฐาน บริหารจัดการอย่างโปร่งใส ร่วมใจภาคีเครือข่าย มุ่งหมายสุขภาวะประชาชน” ซึ่งได้กำหนดนโยบายมุ่งเน้น 20 ประเด็น โดยได้มีการทบทวนยุทธศาสตร์ และปฏิรูปกลไกการพัฒนางานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปสู่การจัดทำแผนปฏิบัติการด้านสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โดยความร่วมมือร่วมของบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ ซึ่งได้ร่วมกันกำหนดทิศทางการพัฒนา “เป็นองค์กรหลักชั้นนำด้านสุขภาพที่มีคุณภาพ รวมถึงสังคม เพื่อประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ภายในปี พ.ศ.2570” และมีการถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติ จัดพิธีลงนามคำรับรองการปฏิบัติราชการ และให้เครือข่ายบริการสุขภาพจัดทำแผนปฏิบัติการประจำปี 2568 เป็นแผน Single Plan และได้กำหนดแนวทางการควบคุม กำกับ ติดตาม การดำเนินงานเป็นประจำทุกเดือนในการประชุมกรรมการวางแผนและประเมินผล (กวป.) รวมทั้งการนิเทศผสมผสานปีละ 2 ครั้ง และกำหนดให้มีการประเมินผล ( Ranking) ในห้วงเดือนมีนาคม และเดือนสิงหาคม (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๑)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ได้มีนโยบายในการพัฒนางานสาธารณสุข เพื่อมุ่งหวังให้ประชาชนจังหวัดอุบลราชธานี มีสุขภาพดี ได้รับบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ครอบคลุมตามสิทธิประโยชน์โดยใช้กระบวนการพัฒนาสุขภาพ ที่มุ่งเน้นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขสู่ความเป็นเลิศ ๔ ด้าน (๔ Excellence) ภายใต้แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๗๙) ได้แก่ ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP & P Excellence) ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) และ เศรษฐกิจสุขภาพ(Health Economic Excellence)ภายใต้รอบ ๑๒ แผนงาน ๒๘ โครงการ ๓๕ ตัวชี้วัด โดยให้ความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ นโยบายรัฐบาล แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ นโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข นโยบายรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข นโยบายปลัดกระทรวงสาธารณสุข นโยบายเขตตรวจราชการและนโยบายนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่ มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล (สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๘)

การนิเทศงานเป็นระบบงานที่จำเป็นของการบริหารทางสาธารณสุขเนื่องจากผู้บริหารทางการสาธารณสุขมีบทบาทในการเป็นคนกลางของการสื่อสารเพื่อนำนโยบายขององค์กรสู่การปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลตามมาตรฐานคุณภาพของวิชาชีพ นอกจากนี้ ผู้บริหารทางสาธารณสุขเป็นผู้ประสานประโยชน์ ผู้สร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ผู้ให้คำแนะนำปรึกษา ผู้เสริมพลังและเป็นแหล่งความรู้ทางการบริหารสาธารณสุข ดังนั้น การนิเทศงานจึงเป็นบทบาทที่สำคัญของหัวหน้ากลุ่มงาน/ฝ่าย/งาน/ศูนย์ฯ ซึ่งเป็นผู้บริหารระดับต้น มีหน้าที่ในการนิเทศช่วยเหลือ สนับสนุน และส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพได้มีการพัฒนาความรู้ ความสามารถและทักษะการปฏิบัติงาน ตลอดจนใช้กระบวนการคิดเพื่อพัฒนาปรับปรุงการปฏิบัติงานของตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้นิเทศจะส่งเสริมการเรียนรู้ใหม่ ๆ จากสถานการณ์จริงแล้วมาปรับใช้จนเกิดความรู้และทักษะในการปฏิบัติงาน (สุพิศ กิตติรัชดา และวารีย์ วัฒนปัญญผล, ๒๕๕๒) การนิเทศงานสาธารณสุขผสมผสานระดับจังหวัด จึงถูกกำหนดขึ้น เพื่อติดตามกำกับทิศทางในการขับเคลื่อนกลไกการพัฒนาสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุดเป็นกลไกการพัฒนาหรือสื่อกลางในการนำนโยบาย แผนงาน ยุทธศาสตร์การพัฒนาสาธารณสุข ของรัฐบาล กระทรวงสาธารณสุข และจังหวัดสู่การปฏิบัติ ติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงานสาธารณสุข สร้างขวัญ กำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ ตลอดจนชี้แนะแนวทางการทำงาน รับผิดชอบต่อปัญหา และร่วมกันแก้ไขอุปสรรคที่เกิดขึ้นให้สามารถบรรลุผลตามที่กำหนดไว้ โดยใช้เครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการวัดและประเมินผล (สุชาติ อนันตะ, ๒๕๖๓)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีในฐานะที่เป็นส่วนราชการภูมิภาคประจำจังหวัด ซึ่งตามกฎหมายกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๐ มีหน่วยงานในกำกับ ประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์ ๑ แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป ๔ แห่ง โรงพยาบาลชุมชน ๒๑ แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ๒๕ แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๒๓๗ แห่ง โดยกำหนดอำนาจหน้าที่ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพในเขตพื้นที่จังหวัด การกำกับ ดูแล ประเมินผล และสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่จังหวัด เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามกฎหมาย มีการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและมีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ รวมถึงการส่งเสริม สนับสนุน และประสานงานเกี่ยวกับงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่จังหวัดให้เป็นไปตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดยการนิเทศครั้งที่ ๑ มีวัตถุประสงค์หลัก เพื่อติดตามแนวทางการดำเนินงานตามนโยบายหลัก และสภาพปัญหาเพื่อกำหนด แนวทางแก้ไขปัญหาในพื้นที่การนิเทศครั้งที่ ๒ มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อกำกับ ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานตามนโยบาย และปัญหา/ อุปสรรคที่อาจส่งผลกระทบต่อการทำงาน แต่จากข้อมูลการประเมินการนิเทศงานสาธารณสุขผสมผสานระดับจังหวัดครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ พบว่า ๑) การประเมินความต้องการของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอต่อการนิเทศงานไม่ครอบคลุม ๒) ผู้นิเทศขาดศักยภาพการนิเทศงาน ๓) รูปแบบการนิเทศงานไม่ชัดเจน มีการปรับเปลี่ยนทุกปี ขาดความต่อเนื่อง ผลจากการนิเทศงานไม่สามารถนำไปพัฒนาเพื่อรองรับการนิเทศงานในครั้งถัดไปได้ เนื่องจากรูปแบบการนิเทศงานแบบเดิมนั้น เป็นการประเมินจากผลลัพธ์จากตัวชี้วัดการดำเนินงาน (Performance agreement : PA) ในแต่ละปีงบประมาณ และวัดผลตามเกณฑ์นิยามของตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยไม่คำนึงถึงสภาพบริบทการดำเนินงานของแต่ละอำเภอและจะใช้แนวคิด PDCA หรือ Deming Cycle ของ W. Edwards Deming มาวิเคราะห์เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานในแต่ละตัวชี้วัด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, ๒๕๖๗)

จากผลการนิเทศงานสาธารณสุขผสมผสานระดับจังหวัดดังกล่าว เพื่อให้การดำเนินการนิเทศของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เป็นไปตามพันธกิจตามที่กฎกระทรวงกำหนด และสอดคล้องกับยุทธศาสตร์การพัฒนาตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี รูปแบบของการนิเทศงานสาธารณสุขแบบผสมผสานที่มีความสอดคล้องเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เป็นนวัตกรรมที่มีเป้าหมายและการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ตามที่กำหนดไว้อย่างเคร่งครัด มีการดำเนินงานที่ชัดเจน สามารถปรับกลวิธีการดำเนินงานให้สอดคล้องกับบริบทในจังหวัดอุบลราชธานี จะช่วยทำให้ทราบจุดอ่อน จุดแข็ง จุดที่ควรพัฒนา หน่วยงานสาธารณสุขในสังกัด สามารถปรับปรุง พัฒนางานของตนเองให้ก้าวหน้าทันสมัยและทันต่อการเปลี่ยนแปลงที่เข้ามาอย่างรวดเร็วได้ ส่งผลให้เกิดการพัฒนาการนิเทศงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล รวมทั้งสามารถช่วยให้ผู้บริหารมีข้อมูลสารสนเทศที่เป็นประโยชน์ต่อการการบริหารงานได้อย่างมีระบบและได้มาตรฐาน (สำนักงานศึกษาธิการจังหวัดแพร่, ๒๕๖๒) ดังนั้น ข้าพเจ้าในฐานะเป็นผู้รับผิดชอบงานนิเทศงานสาธารณสุขผสมผสานระดับจังหวัดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จึงมีความสนใจที่จะศึกษาและพัฒนาารูปแบบการนิเทศงานสาธารณสุขแบบผสมผสานที่มีความสอดคล้องเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อเป็นข้อมูลสารสนเทศในการพัฒนาการนิเทศงานสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด

## ๒.๒ วัตถุประสงค์

### ๒.๒.๑ วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบการนิเทศงานสาธารณสุขแบบผสมผสานที่มีความสอดคล้องเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

### ๒.๒.๒ วัตถุประสงค์เฉพาะ

๑) เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหา และความต้องการของการนิเทศงานสาธารณสุขแบบผสมผสานที่มีความสอดคล้องเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๒) เพื่อสร้างและตรวจสอบรูปแบบการนิเทศงานสาธารณสุขแบบผสมผสานที่มีความสอดคล้องเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๓) เพื่อทดลองใช้รูปแบบการการนิเทศงานสาธารณสุขแบบผสมผสานที่มีความสอดคล้องเหมาะสม ตามบริบทของพื้นที่ระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๔) เพื่อประเมินรูปแบบการการนิเทศงานสาธารณสุขแบบผสมผสานที่มีความสอดคล้องเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

## ๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

### ๓.๑ บทวิเคราะห์

การนิเทศงานเป็นระบบงานที่จำเป็นของการบริหารทางสาธารณสุขเนื่องจากผู้บริหารทางการสาธารณสุขมีบทบาทในการเป็นคนกลางของการสื่อสารเพื่อนำนโยบายขององค์กรสู่การปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลตามมาตรฐานคุณภาพของวิชาชีพ นอกจากนี้ ผู้บริหารทางสาธารณสุขเป็นผู้ประสานประโยชน์ ผู้สร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ผู้ให้คำแนะนำปรึกษา ผู้เสริมพลังและเป็นแหล่งความรู้ทางการบริหารสาธารณสุข

ดังนั้น การนิเทศงานจึงเป็นบทบาทที่สำคัญของหัวหน้ากลุ่มงาน/ฝ่าย/งาน/ศูนย์ฯ ซึ่งเป็นผู้บริหารระดับต้น มีหน้าที่ในการนิเทศช่วยเหลือ สนับสนุน และส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพได้มีการพัฒนาความรู้ ความสามารถและทักษะการปฏิบัติงาน ตลอดจนใช้กระบวนการคิดเพื่อพัฒนาปรับปรุงการปฏิบัติงานของตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้นิเทศจะส่งเสริมการเรียนรู้ใหม่ ๆ จากสถานการณ์จริงแล้วมาปรับใช้จนเกิดความรู้และทักษะในการปฏิบัติงาน (สุพิศ กิตติรัชดา และวารีย์ วณิชปัญญาผล, ๒๕๕๒) การนิเทศงานสาธารณสุขผสมผสานระดับจังหวัด จึงถูกกำหนดขึ้น เพื่อติดตามกำกับทิศทางในการขับเคลื่อนกลไกการพัฒนาสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุดเป็นกลไกการพัฒนาหรือสื่อกลางในการนำนโยบาย แผนงาน ยุทธศาสตร์การพัฒนาสาธารณสุข ของรัฐบาล กระทรวงสาธารณสุข และจังหวัดสู่การปฏิบัติ ติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงานสาธารณสุข สร้างขวัญกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ ตลอดจนชี้แนะแนวทางการทำงาน รับทราบปัญหา และร่วมกันแก้ไขอุปสรรคที่เกิดขึ้นให้สามารถบรรลุผลตามที่กำหนดไว้ โดยใช้เครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการวัดและประเมินผล (สุชาติ อนันตะ, ๒๕๖๓)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีในฐานะที่เป็นส่วนราชการภูมิภาคประจำจังหวัด ซึ่งตามกฎหมายกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๐ มีหน่วยงานในกำกับ ประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์ ๑ แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป ๔ แห่ง โรงพยาบาลชุมชน ๒๑ แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ๒๕ แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๒๓๗ แห่ง โดยกำหนดอำนาจหน้าที่ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพในเขตพื้นที่จังหวัด การกำกับ ดูแล ประเมินผล และสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่จังหวัด เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามกฎหมาย มีการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและมีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ รวมถึงการส่งเสริม สนับสนุน และประสานงานเกี่ยวกับงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่จังหวัดให้เป็นไปตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดยการนิเทศครั้งที่ ๑ มีวัตถุประสงค์หลัก เพื่อติดตามแนวทางการดำเนินงานตามนโยบายหลัก และสภาพปัญหาเพื่อกำหนด แนวทางแก้ไขปัญหาในพื้นที่การนิเทศครั้งที่ ๒ มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อกำกับ ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานตามนโยบาย และปัญหา/ อุปสรรคที่อาจส่งผลต่อการดำเนินงาน แต่จากข้อมูลการประเมินการนิเทศงานสาธารณสุขผสมผสานระดับจังหวัดครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ พบว่า ๑) การประเมินความต้องการของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอต่อการนิเทศงานไม่ครอบคลุม ๒) ผู้นิเทศขาดศักยภาพการนิเทศงาน ๓) รูปแบบการนิเทศงานไม่ชัดเจน มีการปรับเปลี่ยนทุกปี ขาดความต่อเนื่อง ผลจากการนิเทศงานไม่สามารถนำไปพัฒนาเพื่อรองรับการนิเทศงานในครั้งถัดไปได้ เนื่องจากรูปแบบการนิเทศงานแบบเดิมนั้น เป็นการประเมินจากผลลัพธ์จากตัวชี้วัดการดำเนินงาน (Performance agreement : PA) ในแต่ละปีงบประมาณ และวัดผลตามเกณฑ์นิยามของตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยไม่คำนึงถึงสภาพบริหารการดำเนินงานของแต่ละอำเภอและจะใช้แนวคิด PDCA หรือ Deming Cycle ของW. Edwards Deming มาวิเคราะห์เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานในแต่ละตัวชี้วัด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, ๒๕๖๗)

รูปแบบของการนิเทศงานสาธารณสุขแบบผสมผสานที่มีความสอดคล้องเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เป็นนวัตกรรมที่มีเป้าหมายและการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ตามที่กำหนดไว้อย่างเคร่งครัด มีการดำเนินงานที่ชัดเจน สามารถปรับกลวิธีการดำเนินงานให้สอดคล้องกับบริบทในจังหวัดอุบลราชธานี จะช่วยทำให้ทราบจุดอ่อน จุดแข็ง จุดที่ควรพัฒนา หน่วยงานสาธารณสุขในสังกัด สามารถปรับปรุง พัฒนางานของตนเองให้ก้าวหน้าทันสมัยและทันต่อการเปลี่ยนแปลงที่เข้ามาอย่างรวดเร็วได้ ส่งผลให้เกิด

การพัฒนาการนิเทศงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล รวมทั้งสามารถช่วยให้ผู้บริหารมีข้อมูลสารสนเทศที่เป็นประโยชน์ต่อการการบริหารงานได้อย่างมีระบบและได้มาตรฐาน (สำนักงานศึกษาธิการจังหวัดแพร่, ๒๕๖๒)

### ๓.๒ แนวความคิด

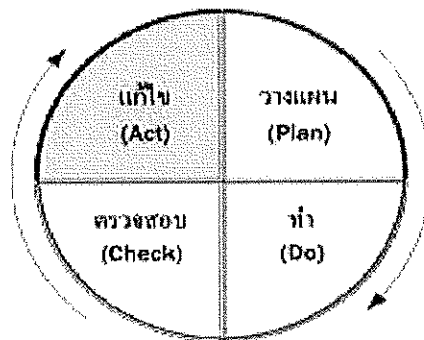
แนวคิดในการพัฒนารูปแบบของการนิเทศงานสาธารณสุขแบบผสมผสานที่มีความสอดคล้องเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีครั้งนี้ ประกอบด้วย

๓.๒.๑ แนวคิดทฤษฎีระบบ (System Theory) เป็นกระบวนการขั้นตอนการทำงานที่เป็นระบบ ประกอบด้วย (อำนาจ อีระวนิช, ๒๕๕๓)

- ๑) ปัจจัยนำเข้า (Input)
- ๒) กระบวนการ (Process)
- ๓) ผลผลิต (Output)
- ๔) ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback)

๓.๒.๒ แนวคิดวงจรคุณภาพเดมมิง (Demming Circle) หรือโดยทั่วไปนิยมเรียกกันว่า P-D-C-A ซึ่งเป็นวงจรควบคุมคุณภาพมาปรับใช้ในการดำเนินการนิเทศ โดยมีขั้นตอนที่สำคัญ ๔ ขั้นตอน คือ

- ๑) การวางแผน (P-Planning)
  - ๒) การปฏิบัติตามแผน (D-Do)
  - ๓) การตรวจสอบ/ประเมินผล (C-Check)
  - ๔) การปรับปรุงแก้ไข (A-Act)
- สรุปเป็นแผนภูมิได้ ดังนี้



แผนภาพที่ ๑ วงจรควบคุมคุณภาพ

ที่มา : สุชาติ อนันตะ. (๒๕๖๓).

จากแผนภูมิกระบวนการ PDCA แต่ละขั้นตอนมีกิจกรรมสำคัญนำไปสู่การนิเทศงานสาธารณสุขแบบผสมผสานที่มีความสอดคล้องเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ดังนี้

๑. การวางแผน (P-Plan)
  - ๑.๑ การจัดระบบข้อมูลสารสนเทศ

- ๑.๒ การกำหนดจุดพัฒนาการนิเทศ
- ๑.๓ การจัดทำแผนการนิเทศ
- ๑.๔ การจัดทำโครงการนิเทศ
๒. การปฏิบัติงานตามแผน (D-Do)
  - ๒.๑ การปฏิบัติตามขั้นตอนตามแผน/โครงการ
  - ๒.๒ การกำกับติดตาม
  - ๒.๓ การควบคุมคุณภาพ
  - ๒.๔ การรายงานความก้าวหน้า
  - ๒.๕ การประเมินความสำเร็จเป็นระยะ ๆ
๓. การตรวจสอบและประเมินผล (C-Check)
  - ๓.๑ กำหนดกรอบการประเมิน
  - ๓.๒ จัดทำ/สร้างเครื่องมือประเมิน
  - ๓.๓ เก็บรวบรวมข้อมูล
  - ๓.๔ วิเคราะห์ข้อมูล
  - ๓.๕ สรุปผลการประเมิน
๔. การนำผลการประเมินมาปรับปรุงงาน (A-Act)
  - ๔.๑ จัดทำรายงานผลการนิเทศ
  - ๔.๒ นำเสนอผลการนิเทศและเผยแพร่
  - ๔.๓ พัฒนาต่อเนื่อง

๓.๒.๓ แนวคิดการนิเทศแบบมีส่วนร่วม แต่ละขั้นตอนมีกิจกรรมสำคัญนำไปสู่การนิเทศงาน สาธารณสุขแบบผสมผสานที่มีความสอดคล้องเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานีประกอบด้วย ๔ ขั้นตอน ดังนี้ (จตุรงค์ ธนะสีลังกูร, ๒๕๖๕), (ดิษณ์กร สิงห์ยะเมือง, ๒๕๖๗)

ขั้นตอนที่ ๑ การฝึกอบรมเพื่อเตรียมความพร้อมบุคลากรในโรงเรียนก่อนการนิเทศ (Training)

ขั้นตอนที่ ๒ การวางแผนการนิเทศแบบมีส่วนร่วม (Planning)

ขั้นตอนที่ ๓ ปฏิบัติการนิเทศโดยใช้กระบวนการชุมชนแห่งการเรียนรู้ทางวิชาชีพ (Implementing)

ขั้นตอนที่ ๔ ประเมินผลการนิเทศ (Evaluating)

### ๓.๓ ข้อเสนอ

ในการพัฒนารูปแบบของการนิเทศงานสาธารณสุขแบบผสมผสานที่มีความสอดคล้องเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น ควรมีขั้นตอนในการดำเนินการ ดังนี้

๑) การวิเคราะห์สภาพปัจจุบันและวางแผนพัฒนา (Analyze to Plan) ประกอบด้วย กระบวนการพัฒนา คือ

๑.๑) ศึกษาสภาพปัจจุบันปัญหาของหน่วยงาน วิเคราะห์ผลการประเมินการนิเทศตามมาตรฐาน/ตัวชี้วัด อย่างน้อย ๓ ปีงบประมาณขึ้นไปโดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูล

๑.๒) จัดทำสารสนเทศด้านผลการประเมินการนิเทศของหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย ๓ ปีงบประมาณขึ้นไปโดยใช้ ICT

๑.๓) นำผลการวิเคราะห์มาตรฐานตัวชี้วัดที่ต้องปรับปรุงเร่งด่วน มาหาแนวทางการแก้ไขปัญหาและการพัฒนาคุณภาพ

๑.๔) กำหนดค่าเป้าหมายในแต่ละกลุ่มงาน

๑.๕) จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพในหน่วยงานและแผนยกระดับสัมฤทธิ์ผลของการปฏิบัติงานที่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ มาตรฐานและตัวชี้วัด

๑.๖) จัดทำสื่อและเครื่องมือการนิเทศ กำกับ ติดตาม และประเมินผล

๑.๗) จัดทำปฏิทินการนิเทศ ติดตามการยกระดับสัมฤทธิ์ผลของการปฏิบัติงานที่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ มาตรฐานและตัวชี้วัด

๒) การสร้างความตระหนักเพื่อความเป็นเอกภาพ (Awareness to Homogeneity) ประกอบด้วยกระบวนการพัฒนา ได้แก่

๒.๑) นำกระบวนการชุมชนแห่งการเรียนรู้ทางวิชาชีพ (Professional Learning Community: PLC) และการจัดการความรู้ (Knowledge Management: KM) มาประยุกต์ใช้ในการสร้างความตระหนักในการยกระดับสัมฤทธิ์ผลของการปฏิบัติงานของหน่วยงาน

๒.๒) จัดตั้งคณะกรรมการ Supervisor Teams ระดับจังหวัดได้จัดอบรมปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพผู้นิเทศโดยการเชิญวิทยากรที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการยกระดับสัมฤทธิ์ผลของการปฏิบัติงานมาให้ความรู้เกี่ยวกับการนิเทศงานสาธารณสุขแบบผสมผสานที่มีความสอดคล้องเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีที่มีประสิทธิภาพ

๒.๓) จัดตั้งคณะนิเทศ Coaching Teams แต่ละทีม จัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้แก่ผู้รับการนิเทศหน่วยงานในสังกัด

๓) การร่วมมือร่วมใจดำเนินการนิเทศแบบโค้ช (Relationship to Coach) ประกอบด้วยกระบวนการพัฒนา ได้แก่

๓.๑) ดำเนินการนิเทศตามแผนที่วางไว้ ได้แก่ การเยี่ยมหน่วยงาน การสังเกตการปฏิบัติงาน การฟัง การชม การสะท้อนคิด การแลกเปลี่ยน แนะนำช่วยเหลือกันอย่างมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

๓.๒) การทำงานอย่างมีส่วนร่วม และบูรณาการในการวางแผนปรับปรุงและพัฒนา และร่วมรับผิดชอบต่อผลการปฏิบัติงานครอบคลุมหน่วยงานภาครัฐ เอกชน ชุมชน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

๓.๓) ใช้กระบวนการนิเทศภายใน : ผู้รับการนิเทศโค้ชผู้รับการนิเทศ (Peer Coaching) ใช้เทคนิคการโค้ช Coaching ๑:๑ หรือ Coaching Teams

๓.๔) ขับเคลื่อนการทำงานตามวงจร PDCA ประเมินติดตามผลเป็นระยะ ๆ

P: วิเคราะห์บริบทของหน่วยงาน เลือกวิธีการโค้ช

D : ดำเนินการโค้ชตามบริบทของหน่วยงาน

C : การวิเคราะห์และสะท้อนผลการโค้ช



## A : การประเมินและวางแผนการโค้ชครั้งต่อไป

๔) การเชื่อมโยง ชื่นชม เสริมแรง (Attach to Admire) ประกอบด้วยกระบวนการพัฒนา

ดังนี้

๔.๑) จัดนิทรรศการ นำเสนอผลการประเมินการนิเทศงานโดยใช้สื่อ ICT

๔.๒) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ชื่นชมความสำเร็จ และข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงาน โดยใช้ KM/PLC/AAR ฯลฯ

๔.๓) ยกย่องเชิดชูเกียรติแก่ผู้รับการนิเทศที่มีผลการพัฒนางานสูงขึ้นโดยมีเกียรติบัตร โล่รางวัลระดับจังหวัด

๔.๕) การสนับสนุนดูแลจากเครือข่ายองค์กรเอกชน/ภายนอก

๕) การประเมินผลเพื่อพัฒนา เผยแพร่ (Evaluation for development to share) ประกอบด้วยกระบวนการพัฒนา ดังนี้

๕.๑) รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล สังเคราะห์ผลการนิเทศ

๕.๒) ประเมินผลการนิเทศ ให้ผลป้อนกลับแก่ผู้รับการนิเทศ หากไม่ผ่านเกณฑ์ต้องทำการปรับปรุงและพัฒนา โดยย้อนกลับไปวิเคราะห์กระบวนการแรก

๕.๓) สรุปและจัดทำรายงานผลการนิเทศ กำกับ ติดตาม และประเมินผล

๕.๔) เผยแพร่ผลการปฏิบัติที่ดี (Best Practice) สู่อาจารย์ผ่านเว็บไซต์ เพจและสื่อ ICT

### ๓.๔ ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น

๑) ความตระหนักรับรู้เกี่ยวกับรูปแบบการนิเทศงานสาธารณสุขแบบผสมผสานที่มีความสอดคล้องเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีสูงขึ้น

๒) ความรู้ ความเข้าใจและทักษะของรูปแบบการนิเทศงานสาธารณสุขแบบผสมผสานที่มีความสอดคล้องเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๓) ภาระงานที่มีทับซ้อนในเรื่องของห้วงเวลาของรูปแบบการนิเทศงานสาธารณสุขแบบผสมผสานที่มีความสอดคล้องเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๔) ระยะเวลาในการทดลองการใช้รูปแบบและคู่มือการใช้รูปแบบการนิเทศงานสาธารณสุขแบบผสมผสานที่มีความสอดคล้องเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีไม่เพียงพอ

๕) การสร้างความยั่งยืนของรูปแบบการนิเทศงานสาธารณสุขแบบผสมผสานที่มีความสอดคล้องเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

### ๓.๕ แนวทางแก้ไข

๑) มีการสร้างความตระหนักรับรู้เกี่ยวกับรูปแบบการนิเทศงานสาธารณสุขแบบผสมผสานที่มีความสอดคล้องเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีด้วยวิธีการที่หลากหลายและต่อเนื่อง

๒) มีการให้ความรู้ ความเข้าใจและพัฒนาทักษะของผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศตามรูปแบบการนิเทศงานสาธารณสุขแบบผสมผสานที่มีความสอดคล้องเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีด้วยวิธีการที่หลากหลายและต่อเนื่อง

๓) วางแผน ปรับปรุง พัฒนาและมีการบูรณาการงานให้มีความสอดคล้องและบริหารจัดการให้บรรลุตามตัวชี้วัดที่กำหนด

๔) บริหารจัดการเพื่อขอความร่วมมือในการทดลองการใช้รูปแบบและคู่มือการใช้รูปแบบการนิเทศงานสาธารณสุขแบบผสมผสานที่มีความสอดคล้องเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีให้เป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนดไว้

๕) กำหนดให้การนำรูปแบบการนิเทศงานสาธารณสุขแบบผสมผสานที่มีความสอดคล้องเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีเป็นนวัตกรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

#### ๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

##### ๔.๑ ผลเชิงคุณภาพ

๔.๑.๑ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีได้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับสภาพปัจจุบัน ปัญหาและความต้องการของการนิเทศงานสาธารณสุขแบบผสมผสานที่มีความสอดคล้องเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๔.๑.๒ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีได้รูปแบบและคู่มือประกอบการใช้รูปแบบการนิเทศงานสาธารณสุขแบบผสมผสานที่มีความสอดคล้องเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีมาประกอบการวางแผนส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนางานด้านสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสมมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด

๔.๑.๓ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีได้ทราบผลการทดลองใช้รูปแบบการนิเทศงานสาธารณสุขแบบผสมผสานที่มีความสอดคล้องเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๔.๑.๔ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีได้ทราบผลการประเมินรูปแบบการนิเทศงานสาธารณสุขแบบผสมผสานที่มีความสอดคล้องเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๔.๑.๕ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีมีการนิเทศงานสาธารณสุขแบบผสมผสานที่มีความสอดคล้องเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีที่มีประสิทธิผลเป็นที่ยอมรับของผู้เกี่ยวข้อง

๔.๑.๖ ผู้นิเทศมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบการนิเทศงานสาธารณสุขแบบผสมผสานที่มีความสอดคล้องเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๔.๑.๗ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีมีข้อมูลสารสนเทศเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้องที่มีต่อรูปแบบการนิเทศงานสาธารณสุขแบบผสมผสานที่มีความสอดคล้องเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

#### ๔.๒ ผลเชิงปริมาณ

๔.๒.๑ ร้อยละ ๘๐ ของผู้รับการนิเทศมีสภาพปัจจุบัน และปัญหาของการนิเทศงานสาธารณสุขแบบผสมผสานที่มีความสอดคล้องเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย ๒.๕๑ ขึ้นไป

๔.๒.๒ ร้อยละ ๘๐ ของผู้นิเทศมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบการนิเทศงานสาธารณสุขแบบผสมผสานที่มีความสอดคล้องเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีสูงขึ้น

๔.๒.๓ ร้อยละ ๘๐ ของผู้รับการนิเทศมีความต้องการรูปแบบของการนิเทศงานสาธารณสุขแบบผสมผสานที่มีความสอดคล้องเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีอยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ย ๓.๕๑ ขึ้นไป

๔.๒.๔ ร้อยละ ๙๐ ของผู้เชี่ยวชาญเห็นว่ารูปแบบและคู่มือการนิเทศงานสาธารณสุขแบบผสมผสานที่มีความสอดคล้องเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี มีความเหมาะสมสามารถนำไปทดลองใช้จริงในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีได้

๔.๒.๕ ร้อยละ ๘๐ ของผู้รับการนิเทศมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการนิเทศงานสาธารณสุขแบบผสมผสานที่มีความสอดคล้องเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีอยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ย ๓.๕๑ ขึ้นไป

๔.๒.๖ รูปแบบการนิเทศงานสาธารณสุขแบบผสมผสานที่มีความสอดคล้องเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีโดยรวมมีความเหมาะสมและมีความเป็นประโยชน์อยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ย ๓.๕๑ ขึ้นไป

#### ๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

##### ๕.๑ ตัวชี้วัดความสำเร็จเชิงคุณภาพ

๕.๑.๑ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีได้รูปแบบและคู่มือประกอบการใช้รูปแบบการนิเทศงานสาธารณสุขแบบผสมผสานที่มีความสอดคล้องเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีที่มีความเหมาะสม มีความเป็นประโยชน์สามารถนำไปใช้จริงเพื่อพัฒนาการนิเทศงานสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุดเป็นที่ยอมรับของผู้เกี่ยวข้อง

๕.๑.๒ ผู้นิเทศมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบการนิเทศงานสาธารณสุขแบบผสมผสานที่มีความสอดคล้องเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๕.๑.๓ ผู้รับการนิเทศมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการนิเทศงานสาธารณสุขแบบผสมผสานที่มีความสอดคล้องเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

##### ๕.๒ ตัวชี้วัดความสำเร็จผลเชิงปริมาณ

๕.๒.๑ ร้อยละ ๘๐ ของผู้รับการนิเทศมีสภาพปัจจุบัน และปัญหาของการนิเทศงานสาธารณสุขแบบผสมผสานที่มีความสอดคล้องเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย ๒.๕๑ ขึ้นไป

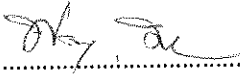
๕.๒.๒ ร้อยละ ๘๐ ของผู้รับการนิเทศมีความต้องการรูปแบบของการนิเทศงานสาธารณสุขแบบผสมผสานที่มีความสอดคล้องเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีอยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ย ๓.๕๑ ขึ้นไป

๕.๒.๓ ร้อยละ ๘๐ ของผู้เชี่ยวชาญเห็นว่ารูปแบบและคู่มือการนิเทศงานสาธารณสุขแบบผสมผสานที่มีความสอดคล้องเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี มีความเหมาะสมสามารถนำไปทดลองใช้จริงในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีได้

๕.๒.๔ รูปแบบการนิเทศงานสาธารณสุขแบบผสมผสานที่มีความสอดคล้องเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีโดยรวมมีความเหมาะสมและมีความเป็นประโยชน์อยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ย ๓.๕๑ ขึ้นไป

๕.๒.๕ ร้อยละ ๘๐ ของผู้นิเทศมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบการนิเทศงานสาธารณสุขแบบผสมผสานที่มีความสอดคล้องเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีสูงขึ้น

๕.๒.๖ ร้อยละ ๘๐ ของผู้รับการนิเทศมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการนิเทศงานสาธารณสุขแบบผสมผสานที่มีความสอดคล้องเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีอยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ย ๓.๕๑ ขึ้นไป

(ลงชื่อ) .....  .....

(.....นางพรสิริ มณฑา.....)

(ตำแหน่ง) .....นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ.....

(วันที่) .....๑๔.../..กุมภาพันธ์.../..๒๕๖๘.....

ผู้ขอประเมิน

**ส่วนที่ ๒** ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรค ของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT)

และหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) ระดับอำเภอ จังหวัดอุบลราชธานี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ระหว่างเดือน มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๖ ถึงเดือน มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๖

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว และหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอ จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยได้นำหลักการป้องกันควบคุมโรคซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสาธารณสุขที่รัฐพึงจัดให้กับประชาชนเป็นกรอบแนวทางในการพัฒนารูปแบบ กระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบายให้มีทีมเฝ้าระวังสอบสวนโรค (SRRT) ทั้งในระดับอำเภอ ระดับจังหวัด ระดับเขต และส่วนกลาง มีการจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) ตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ ในขณะที่ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว เกิดขึ้นตาม พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ และการปฏิรูประบบราชการ พ.ศ. ๒๕๔๕ กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมควบคุมโรค กำหนดเกณฑ์มาตรฐานการทำงานของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว และมีการดำเนินการออกติดตามประเมินมาตรฐานอย่างต่อเนื่องทุก ๓ ปี การศึกษาวิจัยนี้ได้ใช้แนวคิดกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart มี ๔ ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) การสะท้อนผล (Reflection) PAOR เป็นกระบวนการทำงานที่เป็นวงจรในการพัฒนารูปแบบ ผู้วิจัยได้นำองค์ความรู้เรื่องแนวคิดเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค แนวคิดเกี่ยวกับทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) แนวคิดเกี่ยวกับหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบและการพัฒนารูปแบบ แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) และทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาใช้เป็นความรู้และข้อมูลวิชาการในการพัฒนารูปแบบ เพื่อให้เกิดรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วและหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อที่มีประสิทธิภาพ เหมาะสม สอดคล้องกับสภาพปัญหา รวมถึงเป็นการเตรียมการด้านการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่และรองรับการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อไป ปัจจัยที่มีผลต่อการประสิทธิผลการดำเนินงาน ได้แก่ การพัฒนาความรู้และแนวทางปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง การติดตามการดำเนินงานเป็นระยะๆ จะส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานได้มีส่วนร่วมในการทบทวนการดำเนินงาน และปรับปรุงการดำเนินงานให้เป็นไปตามมาตรฐาน และการทำงานให้เกิดทักษะและความเชี่ยวชาญที่ได้จากประสบการณ์ในการลงมือปฏิบัติงานจริง ทำให้เกิดการเรียนรู้มากขึ้น รวมถึงมีความมั่นใจในการดำเนินงานและการมีส่วนร่วมของเครือข่าย และแกนนำในระดับชุมชนอีกด้วย

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

**หลักการและเหตุผล**

การป้องกันควบคุมโรคเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสาธารณสุขที่รัฐพึงจัดให้กับประชาชน เดิมเป็นภารกิจที่กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการผ่านทางกรมควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต่อมา พ.ร.บ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ ได้กำหนดให้การป้องกันโรคและระงับโรคติดต่อ เป็นหน้าที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องดำเนินการ และภายหลังการปฏิรูประบบราชการ พ.ศ. ๒๕๔๕ กระทรวงสาธารณสุขได้ปรับบทบาททำหน้าที่กำหนดยุทธศาสตร์ ควบคุมกำกับ และสนับสนุนวิชาการ โดยให้ทุกหน่วยงานรวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีงานด้านป้องกันควบคุมโรค ๒ ลักษณะ ดังนี้ ๑) งานควบคุมโรคและภัยสุขภาพ เป็นการดำเนินมาตรการและกลวิธีต่างๆ เพื่อป้องกัน ควบคุมการเกิดโรคและภัยสุขภาพให้อยู่ในระดับปกติและดำเนินการควบคุมการระบาด เมื่อมีการเกิดโรคและภัยสุขภาพที่เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ๒) งานระบาดวิทยาทำหน้าที่เฝ้าระวังและตรวจจัดการเกิดโรค/ภัยที่ฉุกเฉินผิดปกติ สอบสวนหาสาเหตุ และร่วมควบคุมการระบาดขั้นต้น ในการปฏิบัติงานโดยเฉพาะเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุขหลายครั้งมีความรุนแรง จำเป็นต้อง

มีผู้ร่วมปฏิบัติงานจำนวนมากหรือใช้ความรู้ความสามารถหลายด้าน มีกำลังคนเพียงพอ และสามารถออกปฏิบัติงานได้รวดเร็วทันการณ์ จึงให้มีการจัดตั้ง “ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team : SRRT)” ซึ่งกระทรวงสาธารณสุข กำหนดนโยบายให้มีทีม SRRT ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๔๘ ทั้งในระดับอำเภอ ทีมระดับจังหวัด ทีมระดับเขต และทีมส่วนกลาง รวม ๑,๐๓๐ ทีม และกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีม SRRT ดังนี้ ๑) เฝ้าระวังโรคติดต่อที่แพร่ระบาดรวดเร็วรุนแรง โดยการรวบรวมข้อมูลทั้ง data base และ event base มาวิเคราะห์ข้อมูล แปรผลข้อมูลต่อเนื่อง และเป็นระบบ ๒) ตรวจจับภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (Public health emergency) ทราบถึงสถานการณ์ การเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติ รวมถึงลักษณะการเกิดโรคที่เปลี่ยนไป ๓) สอบสวนโรคอย่างมีประสิทธิภาพทันสถานการณ์ ค้นหาข้อเท็จจริงของสาเหตุปัจจัยการระบาดตามการเปลี่ยนแปลงของบุคคล เชื้อโรคและสิ่งแวดล้อม ๔) ควบคุมโรคขั้นต้น (containment) พื้นที่ ๕) แลกเปลี่ยนข้อมูลเฝ้าระวังโรคและร่วมมือกันเป็นเครือข่ายทั้งภายในและต่างประเทศ ผ่านจุดประสานงาน กฎอนามัยระหว่างประเทศ โดยใช้รูปแบบการรายงานตามที่กรมควบคุมโรคกำหนด แต่เนื่องจากกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ ได้มีการบัญญัติและบังคับใช้มานานแล้ว อาจยังไม่เหมาะกับสถานการณ์ปัจจุบันซึ่งมีความเสี่ยงในการเกิดสถานการณ์การระบาดของโรคอุบัติใหม่และโรคติดต่ออุบัติซ้ำ ประกอบกับประเทศไทย ได้ให้การรับรองและดำเนินการตามข้อกำหนดของกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. ๒๕๔๘ ในการพัฒนาและปรับปรุงมาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวกับการเฝ้าระวัง การป้องกัน และการควบคุมโรคติดต่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันและข้อกำหนดของกฎอนามัยระหว่างประเทศ จึงมีการตราพระราชบัญญัติควบคุมโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ ขึ้น พระราชบัญญัติฉบับนี้ได้กำหนดให้มีเจ้าพนักงานและมีอำนาจหน้าที่ตามที่กฎหมายกำหนด และให้ผู้ว่าราชการจังหวัดจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อขึ้นในทุกอำเภออย่างน้อย อำเภอละ ๑ หน่วย เพื่อทำหน้าที่ในการเฝ้าระวัง สอบสวนโรค ป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออันตรายหรือโรคระบาด โดยต้องประกอบไปด้วยเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ ๑ คน เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และการสาธารณสุข ๒ คน และ/หรือแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือหน่วยงานภาคเอกชน ตามที่ผู้ว่าราชการจังหวัดเห็นสมควร นอกจากนี้ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วมีบทบาทเป็นเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานด้านการเฝ้าระวัง สอบสวนโรค ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่ระดับอำเภอ ยังมีการจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) ตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรคติดต่อ ๒๕๕๘ ในขณะที่ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วเกิดขึ้นตาม พ.ร.บ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ และการปฏิรูประบบราชการ พ.ศ. ๒๕๔๕ ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วจึงเป็นโครงสร้างการทำงานด้านการควบคุมป้องกันโรคติดต่อในสภาวะปกติทั่วไป ซึ่งมีจุดเด่นที่สำคัญคือ มีความคล่องตัวและฉับไวในการปรับเปลี่ยนบุคลากรได้ทันที (กรมควบคุมโรค, ๒๕๖๔) ในการดำเนินงานของจังหวัดอุบลราชธานีได้มีการมอบอำนาจให้สาธารณสุขอำเภอ หรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนสามารถใช้ดุลยพินิจในการพิจารณาคัดเลือกบุคคลเข้าร่วมปฏิบัติการในทีม โดยเสนอคำสั่งแต่งตั้งให้นายอำเภอพิจารณาลงนามจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ซึ่งถูกประกาศเป็นโรคติดต่ออันตราย ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๖๓ การดำเนินงานด้านการสอบสวน ควบคุมโรคติดต่อ มีการนำกฎหมายที่เกี่ยวข้องมาบังคับใช้อย่างเต็มที่ซึ่งมีผลทำให้ภารกิจของทีม SRRT ในการตอบสนองเหตุการณ์ เน้นการเฝ้าระวัง หยุดหรือจำกัดการแพร่ระบาดของโรคโดยเร็ว แต่ไม่ได้มีภารกิจในการควบคุมโรคจนเสร็จสมบูรณ์ เจ้าหน้าที่ประจำหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อถูกกำหนดให้เป็นหน่วยปฏิบัติการ (operation) ตามโครงสร้างของระบบบัญชาการเหตุการณ์ในขณะเกิดสถานการณ์ฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขและการตอบโต้เหตุฉุกเฉิน กรณีเกิดการระบาดเป็นกลุ่มก้อนจำนวนมาก เป็นหน่วยปฏิบัติการภาคสนามหน่วยหนึ่งในโครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุข ซึ่งต้องประกอบด้วยเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่ออย่างน้อย ๑ คน เป็นหัวหน้าทีม ซึ่งมีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมาย พ.ร.บ. ควบคุมโรคติดต่อ ๒๕๕๘ โดยเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรค มีบทบาทหน้าที่สำคัญ ได้แก่ ๑) ปฏิบัติการควบคุมสถานการณ์ในภาวะฉุกเฉินในพื้นที่ ๒) กำหนดมาตรการความปลอดภัยของบุคลากร ผู้ปฏิบัติงาน ๓) ประเมินขนาด ความรุนแรง การกระจายของปัญหา (rapid assessment) และสรุปผลแจ้ง

ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (situation awareness team) เพื่อรายงานสถานการณ์ และปัญหาอุปสรรค หรือร้องขอรับการสนับสนุนเพิ่มเติมกับศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินผ่าน Situation Awareness Team รายงานผลการปฏิบัติงานและประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างเป็นปัจจุบัน ให้ผู้บัญชาการเหตุการณ์ทราบและต้องดำเนินการต่อเนื่องในด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันโรคติดต่อในพื้นที่รับผิดชอบของแต่ละทีม ซึ่งเป็นภารกิจที่ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องเป็นประจำในพื้นที่ ซึ่งเป็นลักษณะงานที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องมีการดำเนินการตาม พ.ร.บ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒

นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมควบคุมโรค ยังคงกำหนดเกณฑ์มาตรฐานการทำงานของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว และมีการดำเนินการออกติดตามประเมินมาตรฐานอย่างต่อเนื่องทุก ๓ ปี (กรมควบคุมโรค, ๒๕๖๓) จังหวัดอุบลราชธานี มีทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ที่มีคำสั่งแต่งตั้งโดยนายอำเภอเป็นผู้ลงนามออกคำสั่ง จัดทีม/คณะทำงานตามบริบทพื้นที่ (รวมหน่วยงานนอกกระทรวงสาธารณสุข เช่น เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองหรือผู้นำชุมชน และ อสม.) ทุกอำเภอ แต่ทั้งนี้ยังไม่มีคุณสมบัติแต่งตั้งเป็น CDCU มีจำนวนทั้งสิ้น ๑๒๗ คน และมีเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ มีคุณสมบัติและถูกแต่งตั้งโดยผู้ว่าราชการจังหวัด มีจำนวนทั้งสิ้น ๓๖๔ คน เพื่อดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค ในการบริหารสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ของจังหวัดอุบลราชธานี จากการติดตามนิเทศงานด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในระดับอำเภอ พบว่า ๑) การจัดโครงสร้างบุคลากรและออกคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงาน มีความหลากหลายและไม่มีความชัดเจนในการกำหนดบทบาทหน้าที่ตามภารกิจ ๒) บุคลากรในทีมยังไม่เข้าใจ หรือเข้าใจคลาดเคลื่อนในการดำเนินงานเกี่ยวกับระบบการตรวจสอบข่าว และการรายงานเหตุการณ์ผิดปกติ ๓) ในระดับอำเภอส่วนใหญ่ไม่ได้ดำเนินการโดยใช้เกณฑ์การตรวจสอบข่าว และเกณฑ์การสอบสวนโรคตามบริบทพื้นที่อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร ๔) การนำเสนอสถานการณ์ หรือการแจ้งเตือนภัยขาดความต่อเนื่อง หรือไม่เท่าทันต่อสถานการณ์ ๕) การซักซ้อมบทบาทการทำงานของทีม SRRT ยังไม่ครอบคลุมถึงเหตุสาธารณสุขอื่นๆ เช่น น้ำท่วมขังที่มีการแพร่ระบาดของโรค ๖) อำเภอส่วนใหญ่ยังไม่มีการส่งรายงานการสอบสวนโรค หรือนำเสนอในเวทีวิชาการ โดยเฉพาะพื้นที่ที่ผ่านการประเมินมาตรฐานเป็นระยะเวลา มากกว่า ๓ ปี ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว และหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอในจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน โดยคัดเลือกตัวแทนอำเภอที่ผ่านการประเมินมาตรฐานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ จังหวัดอุบลราชธานี แล้วเกิน ๓ ปี โดยพิจารณาคัดเลือกจากอำเภอที่จะประเมินมาตรฐานจำนวน ๖ อำเภอ ได้แก่ อำเภอบุณทริก อำเภอม่วงสามสิบ อำเภอดอนมดแดง อำเภอโพธิ์ไทร อำเภอโขงเจียม และอำเภอสว่างวีระวงศ์ เพื่อให้เกิดรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว และหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อที่มีประสิทธิภาพ เหมาะสม สอดคล้องกับสภาพปัญหา รวมถึงเป็นการเตรียมการด้านการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่และรองรับการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อไป

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

##### วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) และหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) ระดับอำเภอ จังหวัดอุบลราชธานี

##### วัตถุประสงค์เฉพาะ

๑. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการการป้องกันและควบคุมโรคของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) และหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) ระดับอำเภอ จังหวัดอุบลราชธานี
๒. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) และหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) ระดับอำเภอ จังหวัดอุบลราชธานี

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยมุ่งเน้นการศึกษาพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) และหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) ระดับอำเภอ จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการวิจัยไว้ดังนี้

### ขอบเขตด้านเนื้อหา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นพื้นที่ที่ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยใช้แบบสอบถามการมีส่วนร่วม แบบสัมภาษณ์ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานและแบบบันทึกการจัดกิจกรรมซึ่งมีขอบเขตด้านเนื้อหา ดังนี้

- ด้านทบทวนปัญหาและวิเคราะห์สถานการณ์ เป็นการทบทวนวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ และปัญหาอุปสรรคของการป้องกันและควบคุมโรคของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว และหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอ จังหวัดอุบลราชธานี เช่น ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อทบทวนและวิเคราะห์ข้อมูล สรุปการวิเคราะห์ข้อมูลและสถานการณ์ในจังหวัดและอำเภอ เป็นต้น

- ด้านวางแผนปฏิบัติการ เป็นการวางแผนพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว และหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ ระดับอำเภอ จังหวัดอุบลราชธานี โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว และหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอ จังหวัดอุบลราชธานี เป็นต้น

- ด้านนำแผนสู่การปฏิบัติ เป็นการนำกิจกรรมในขั้นแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนาการป้องกันและควบคุมโรคของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) และหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ ระดับอำเภอ จังหวัดอุบลราชธานี มาดำเนินการ เช่น การทดลองการพัฒนาการป้องกันและควบคุมโรคของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว และหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอ จังหวัดอุบลราชธานี ทบทวนระหว่างการทำงาน ปรับปรุงรูปแบบการดำเนินงานและสรุปขั้นตอนการพัฒนาการป้องกันและควบคุมโรคของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว และหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอ จังหวัดอุบลราชธานี เป็นต้น

- ด้านการประเมินผลการดำเนินงานเป็นการเก็บข้อมูล เช่น การมีส่วนร่วม ในการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนาการป้องกันและควบคุมโรคของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว และหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอ จังหวัดอุบลราชธานี เป็นต้น

- ด้านการสะท้อนผล เป็นการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงาน เช่น การสนทนากลุ่มย่อย การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และสรุปผลการวิเคราะห์ปัจจัย เป็นต้น

### ขอบเขตด้านประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาจำนวนทั้งหมด ๑๔๙ คน ประกอบด้วย

๑. ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ประกอบไปด้วยเจ้าหน้าที่ในทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว อำเภอบุณฑริก อำเภอม่วงสามสิบ อำเภอดอนมดแดง อำเภอโพธิ์ไทร อำเภอโขงเจียม และอำเภอสว่างวีระวงศ์ จำนวน ๖๓ คน

๒. หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอ (CDCU) ประกอบไปด้วยเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ อำเภอบุณฑริก อำเภอม่วงสามสิบ อำเภอดอนมดแดง อำเภอโพธิ์ไทร อำเภอโขงเจียม และอำเภอสว่างวีระวงศ์ จำนวน ๘๖ คน

ขอบเขตด้านระยะเวลา ทำการศึกษาตั้งแต่ เดือนมกราคม พ.ศ. ๒๕๖๖ ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๖  
ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้รูปแบบวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ซึ่งมีขั้นตอนการวิจัยปฏิบัติการประกอบด้วย ๑) การทบทวนปัญหาและวิเคราะห์สถานการณ์ (problem analysis) ๒) การวางแผนพัฒนารูปแบบ (planning) ๓) การนำไปสู่การปฏิบัติ (action) ๔) การประเมินผลการดำเนินงาน (observation) และ (๕) การสะท้อนผล (reflection) อย่างรอบคอบเป็นระบบนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติงานและมีการสะท้อนกลับไปสู่กระบวนการวางแผนตามขั้นตอน ดังนี้



ขั้นตอนที่ ๑ การทบทวนปัญหาและวิเคราะห์สถานการณ์ (problem analysis) ประกอบด้วย การประชุมเชิงปฏิบัติการทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว และหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอ เพื่อทบทวนวิเคราะห์ข้อมูล และสรุปสถานการณ์ปัจจุบัน เพื่อนำไปสู่การวางแผนเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ

ขั้นตอนที่ ๒ การวางแผน (planning) ประกอบด้วย การประชุมระดมสมองของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว และหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอ เพื่อวางแผนการเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ โดยใช้เทคนิควางแผนแบบมีส่วนร่วมและคัดเลือกแผนที่จะนำไปปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ ๓ การนำแผนสู่การปฏิบัติ (action) ประกอบด้วย การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว และหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอ ไปปฏิบัติและประชุมเชิงปฏิบัติการทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว และหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอ เพื่อทบทวนระหว่างการทำงาน และปรับปรุงรูปแบบการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว และหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอ

ขั้นตอนที่ ๔ การประเมินผลการดำเนินงาน (observation) ประกอบด้วย การเก็บข้อมูลผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว และหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว และหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอ

ขั้นตอนที่ ๕ การสะท้อนผล (refraction) ประกอบด้วย การเก็บข้อมูลของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว และหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอ โดยใช้แบบสัมภาษณ์การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานและปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงาน เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว และหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอ เก็บข้อมูลการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อการดำเนินงานของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว และหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอ และการจัดประชุมถอดบทเรียน เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาสรุปปัญหาและข้อเสนอแนะ

#### เป้าหมายของการพัฒนารูปแบบ

การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) และหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอ จังหวัดอุบลราชธานี มีเป้าหมายเพื่อให้ได้รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วและหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วและหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอได้อย่างชัดเจน ซึ่งจะส่งผลให้การดำเนินงานในพื้นที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

#### ๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

จากการวิจัยศึกษาการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) และหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) ระดับอำเภอ จังหวัดอุบลราชธานี มีผลการวิจัย ดังนี้

๕.๑ รูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว และหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอ พบว่า ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว และหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอ มีรูปแบบการดำเนินงาน ประกอบไปด้วย ๔ ขั้นตอน ได้แก่ ๑) การเฝ้าระวังโรคในพื้นที่ ๒) การตรวจสอบข่าวหรือสอบสวนโรค ๓) การรายงานทางระบาดวิทยา และ ๔) การตอบโต้ระงับเหตุหรือควบคุมโรคในพื้นที่ที่มีความต่อเนื่องและวงจร โดยอาศัยกลไกการเชื่อมโยงการทำงานด้านการเฝ้าระวังโรคติดต่อในระดับอำเภอและตำบล หน่วยปฏิบัติการย่อยและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

๕.๒ ผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว และหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอ จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนการพัฒนารูปแบบพบว่า ค่าเฉลี่ยการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาในแต่ละด้านพบว่า การป้องกันและควบคุมโรคด้านความพร้อมอยู่ในระดับปานกลาง ด้านความเป็นทีมอยู่ในระดับปานกลาง ด้านความสามารถอยู่ในระดับสูง ด้านผลงานอยู่ในระดับปานกลาง หลังการพัฒนาในรูปแบบพบว่า การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคในภาพรวมเพิ่มมากขึ้นอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาในแต่ละด้านพบว่า การป้องกันและควบคุมโรคด้านความพร้อมอยู่ในระดับสูง ด้านความเป็นทีมอยู่ในระดับปานกลาง ด้านความสามารถอยู่ในระดับสูง และด้านผลงานอยู่ในระดับสูง

ผู้วิจัยได้กำหนดขั้นตอนการวิจัยประกอบด้วย การทบทวนปัญหาและวิเคราะห์สถานการณ์ (problem analysis) การวางแผนพัฒนารูปแบบ (planning) การนำไปสู่การปฏิบัติ (action) การประเมินผลการดำเนินงาน ( observation) และการสะท้อนผล (reflection) และได้จัดกิจกรรม ได้แก่ การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อทบทวนและวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปการวิเคราะห์ข้อมูลและสถานการณ์ การประชุมระดมสมอง ทำแผนปฏิบัติการโดยใช้เทคนิควางแผนแบบมีส่วนร่วมและคัดเลือกแผนที่จะนำไปสู่การปฏิบัติ การปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการหรือกิจกรรมที่ได้รับคัดเลือก การประเมินผลการดำเนินงานและการประชุมถอดบทเรียนศึกษา ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการดำเนินงาน ปัญหาและข้อเสนอแนะโดยใช้ข้อมูลจากการถอดบทเรียนและผลของการพัฒนามาใช้ในการแก้ไขปัญหา

๕.๒.๑ การทบทวนปัญหาและวิเคราะห์สถานการณ์ (problem analysis) ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว และหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอ จังหวัดอุบลราชธานี หลังจากการพัฒนาพบว่า กระบวนการระดมสมองโดยการประชุมเชิงปฏิบัติการทำให้ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว และหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอ จังหวัดอุบลราชธานี มีส่วนร่วมในการทบทวนและวิเคราะห์ข้อมูล สถานการณ์ครอบคลุมมิติและนำไปสู่การปฏิบัติ

๕.๒.๒ การวางแผนปฏิบัติการ (Planning) ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว และหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว และหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอ จังหวัดอุบลราชธานี ได้นำข้อมูลจากการวิเคราะห์สถานการณ์และการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน จัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค ได้แก่ ๑) แผนพัฒนาบุคลากรในหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อในระดับอำเภอ ๒) แผนพัฒนาศักยภาพทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ด้านการรวบรวม จัดเก็บ การวิเคราะห์ และการรายงานทางระบาดวิทยา โดยการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยี ๓) แผนการพัฒนาพี่เลี้ยง (coach) ติดตามการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคในระดับตำบลและพื้นที่ และได้มีการกำหนดแผนปฏิบัติการและผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจน

๕.๒.๓ การนำแผนสู่การปฏิบัติ (Action) ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว และหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอ จังหวัดอุบลราชธานี ดังนี้

๑) การดำเนินงานตามแผนพัฒนาบุคลากรในหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อในระดับอำเภอ โดย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนและสาธารณสุขอำเภอ

๒) การดำเนินงานตามแผนพัฒนาศักยภาพทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ด้านการรวบรวม จัดเก็บ การวิเคราะห์ และการรายงานทางระบาดวิทยา โดยการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยี โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๓) การดำเนินงานตามแผนการพัฒนาพี่เลี้ยง (coach) ติดตามการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคในระดับตำบลและพื้นที่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน และสาธารณสุขอำเภอ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๕.๒.๔ การประเมินผลการดำเนินงาน (Observation) ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคของ تیمเผ่าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว และหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคระดับอำเภอ จังหวัดอุบลราชธานี

๑) ผลการพัฒนาบุคลากรในหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อในระดับอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนและสาธารณสุขอำเภอ

๒) ผลการพัฒนาศักยภาพทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ด้านการรวบรวม จัดเก็บการวิเคราะห์และการรายงานทางระบาดวิทยาโดยการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยี

๓) ผลการพัฒนาพี่เลี้ยง (coach) ติดตามการดำเนินงาน ป้องกันและควบคุมโรคในระดับตำบลและพื้นที่

๕.๒.๕ การสะท้อนผล (Reflection) ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคของ تیمเผ่าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว และหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค ระดับอำเภอของ تیمเผ่าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว และหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องจังหวัดอุบลราชธานี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อร่วมกันวิเคราะห์บทเรียนกระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น วิเคราะห์ผลสำเร็จที่ทำได้ดี ปัจจัยที่สนับสนุนให้เกิดความสำเร็จของงาน และข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อไป

## ๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

การพัฒนาารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคของ تیمเผ่าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) และหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) ระดับอำเภอ จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบไปด้วย ๔ ขั้นตอน ได้แก่ ๑) การเผ่าระวังโรคในพื้นที่ ๒) การตรวจสอบข่าวหรือสอบสวนโรค ๓) การรายงานทางระบาดวิทยา และ ๔) การตอบโต้ระงับเหตุหรือควบคุมโรคในพื้นที่ที่มีความต่อเนื่องและวงจร โดยอาศัยกลไกการเชื่อมโยงการทำงานด้านการเผ่าระวังโรคในระดับอำเภอและตำบล หน่วยปฏิบัติการย่อยและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค มีขั้นตอนการพัฒนาารูปแบบประกอบด้วย ๑) การทบทวนปัญหาและวิเคราะห์สถานการณ์ (Problem analysis) ๒) การวางแผนพัฒนาารูปแบบ (Planning) ๓) การนำไปสู่การปฏิบัติ (Action) ๔) การประเมินผลการดำเนินงาน (Observation) และ ๕) การสะท้อนผล (Reflection) นำไปสู่การปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติงานที่มุ่งเน้นการค้นหาสาเหตุ ความต้องการ การวางแผนและดำเนินการ การตัดสินใจ การปฏิบัติการ การประเมินผล ส่งผลให้ تیمเผ่าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว และหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอ ได้ทราบสถานการณ์และทบทวนแนวทางการปฏิบัติเพื่อให้สามารถกำหนดเป้าหมายในการปรับปรุงและพัฒนาางานให้เป็นไปตามมาตรฐานและแนวทางปฏิบัติงานร่วมกัน พร้อมทั้งจัดทำแผนการดำเนินงานที่มีความสอดคล้องกับสถานการณ์ และเชื่อมโยงตามบทบาทภารกิจที่มีแนวทางชัดเจน เพื่อพัฒนาแนวทางการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ ส่วนปัจจัยแห่งความสำเร็จต่อการดำเนินงาน พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการประสิทธิภาพการดำเนินงาน ได้แก่ การพัฒนาความรู้และแนวทางปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง การติดตามการดำเนินงานเป็นระยะๆ จะส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานได้มีส่วนร่วมในการทบทวนการดำเนินงาน และปรับปรุงการดำเนินงานให้เป็นไปตามมาตรฐานและการทำงานให้เกิดทักษะและความเชี่ยวชาญที่ได้จากประสบการณ์ในการลงมือปฏิบัติงานจริง ทำให้เกิดการเรียนรู้มากขึ้น รวมถึงมีความมั่นใจในการดำเนินและการมีส่วนร่วมของเครือข่ายการทำงานและแกนนำในระดับชุมชน

## ๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การดำเนินงานในการพัฒนาารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค ของ تیمเผ่าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) และหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) ระดับอำเภอ มีความยุ่งยากและซับซ้อน ซึ่งต้องใช้ความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์ และความชำนาญงานด้านระบาดวิทยา การเผ่าระวังสอบสวนและควบคุมโรค ต้องตัดสินใจและแก้ไขปัญหาที่ยาก และซับซ้อน โดยแยกเป็นด้านๆ ดังนี้

๑. ด้านปฏิบัติการ มีระบบการควบคุม กำกับติดตาม ตรวจสอบ ประเมินผลการปฏิบัติงานของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) และหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) ระดับอำเภอ ให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และมีประประเมินรับรองมาตรฐานทีม SRRT จากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ จังหวัดอุบลราชธานี ทุก ๓ ปี อีกทั้งมีการใช้ทฤษฎีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ PAOR เป็นกระบวนการทำงาน ที่เป็นวงจรตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) และยังมีการติดตาม กำกับ ประเมินผลงานของการดำเนินการพัฒนาระบบ เพื่อให้ผลการดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมายด้วย

๒. ด้านการวางแผน มีการวางแผนและร่วมดำเนินการวางแผนกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอื่นๆ ทั้งในโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงาน และติดตามประเมินผล เพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด

๓. ด้านการประสานงาน ผู้วิจัยได้ประสานงานขอความร่วมมือจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยมีการชี้แนะ และกระตุ้นให้ทีมงานเกิดความร่วมมือร่วมใจ เพื่อให้ทุกคนได้เรียนรู้ร่วมกันและสามารถแก้ไขปัญหาได้

๔. ด้านการบริการ ผู้วิจัยได้ดำเนินการชี้แจง ให้คำแนะนำ โดยมีการค้นคว้า ใช้ข้อมูลอ้างอิงจากมาตรฐานการดำเนินงานทีม SRRT และบทบาท CDCU ในการเฝ้าระวังสอบสวนป้องกันควบคุมโรค ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ เพื่อให้แต่ละทีมมีความรู้ความเข้าใจ สามารถปฏิบัติงานตามมาตรฐานได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

#### ๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน มีดังนี้

๑. ในช่วงที่มีระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานภารกิจสอบสวนโรคไม่เพียงพอ เนื่องจากบุคลากรสาธารณสุขต้องมีบทบาทสอบสวนโรคในหลายพื้นที่ โดยเฉพาะพื้นที่ที่พบการระบาดเป็นกลุ่มก้อนซึ่งต้องมีการะกิกการตรวจคัดกรอง ATK แยกกักผู้ป่วยและผู้สัมผัส อีกทั้งในช่วงเดียวกันมีการระบาดของโรคไข้เลือดออกในบางพื้นที่

๒. อุปกรณ์ในการสอบสวนและควบคุมโรค ได้แก่ ชุดตรวจ ATK ชุดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลไม่เพียงพอเนื่องจากมีผู้รับบริการจำนวนมาก

๓. มีการเปลี่ยนแปลงข้อกำหนด มาตรการ แนวทางการปฏิบัติในช่วงที่มีระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ หลายครั้ง ส่งผลให้การรับรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติไม่สอดคล้องกับสถานการณ์

#### ๙. ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้

๑. ควรมีการนำรูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว และหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอดังกล่าว ไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว และหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคระดับตำบล และส่งเสริมให้มีการประสานกับผู้ที่มีเกี่ยวข้องในทุกมิติ ทั้งภาครัฐและชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในขั้นตอนต่างๆ

๒. การนำรูปแบบการพัฒนาการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว และหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอ ควรทำเป็นระยะๆ ให้สอดคล้องและสอดคล้องกับสถานการณ์การระบาดของโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

๑. ควรมีการศึกษาและพัฒนาการมีรูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว และหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อระดับตำบล ในกรณีที่มีการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

๒. ควรมีการศึกษาและพัฒนาการมีรูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว และหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อในเขตเมือง

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี) อยู่ระหว่างดำเนินการ

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ) ๑๐๐%


๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

- ๑) นายประพนธ์ บุญไชย สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐% (ระบุร้อยละ)
- ๒)..... สัดส่วนของผลงาน..... (ระบุร้อยละ)
- ๓) ..... สัดส่วนของผลงาน..... (ระบุร้อยละ)


ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....  
 (นายประพนธ์ บุญไชย)  
 (ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  
 (วันที่)..... 7 / กุมภาพันธ์ / ๒๕๖๕  
 ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นายประพนธ์ บุญไชย	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....  
 (นายวิโรจน์ เขมรมณี)  
 รก.นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ)  
 (ตำแหน่ง).....  
 (วันที่)..... 7 / กุมภาพันธ์ / ๒๕๖๕  
 ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล  
  
 (ลงชื่อ).....  
 (นายธีระพงษ์ แก้วภมร)  
 (ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี  
 (วันที่)..... ๒๘ ก.พ. ๒๕๖๕  
 ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑

โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

## แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนาการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ตามมาตรการ ๓ - ๓ - ๑ จังหวัดอุบลราชธานี

### ๒. หลักการและเหตุผล

สถานการณ์โรคไข้เลือดออกในประเทศไทย ในปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๗ มีรายงานผู้ป่วยไข้เลือดออก จำนวน ๗๑,๒๙๒, ๙,๙๕๖, ๔๕,๑๔๕, ๑๕๘,๖๒๐ และ ๑๐๕,๒๕๐ ราย คิดเป็นอัตราป่วย ๑๐๗.๔, ๑๕.๐๓, ๖๘.๒, ๒๓๘.๑ และ ๑๕๙.๑ ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ โดยมีผู้ป่วยไข้เลือดออกเสียชีวิต ๕๑, ๖, ๒๙, ๑๘๑ และ ๙๐ ราย คิดเป็นอัตราป่วยตายร้อยละ ๐.๐๗, ๐.๐๖, ๐.๐๖, ๐.๘๒ และ ๐.๐๙ ตามลำดับ ซึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี มีรายงานผู้ป่วยไข้เลือดออก ในปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๗ จำนวน ๒,๔๖๓, ๒๒๙, ๑,๑๐๕, ๔,๗๘๑ และ ๓,๘๕๙ ราย คิดเป็นอัตราป่วย ๑๓๑.๕, ๑๓๓.๓, ๕๙.๑, ๒๒๕.๘ และ ๑๘๖.๕ ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ โดยมีผู้ป่วยเสียชีวิต ในปี ๒๕๖๓ และ ๒๕๖๖ ปีละ ๑ ราย และในปี ๒๕๖๗ จำนวน ๓ ราย คิดเป็นอัตราป่วยตายร้อยละ ๐.๐๔, ๐.๐๒ และ ๐.๐๘ ตามลำดับ จากข้อมูลจะเป็นได้ว่าโรคไข้เลือดออก เป็นโรคติดต่อที่ยังปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ยังมีอัตราป่วยสูงโดยมีการระบาดปีเว้นปี หรือปีเว้นสองปีสลับกัน ยังมีจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตสูงในปีที่มีการระบาดอย่างต่อเนื่อง และในจังหวัดอุบลราชธานี ก็มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกสอดคล้องกับสถานการณ์ของประเทศไทย มีการระบาดปีเว้นปี และยังมีผู้ป่วยเสียชีวิตอีกด้วย

มาตรการในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก กระทรวงสาธารณสุขได้เน้นให้สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งในประเทศไทย มีระบบการรายงานโรคทันที และการสอบสวนควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพในทุกพื้นที่ เพื่อให้สามารถควบคุมการระบาดให้อยู่ในพื้นที่จำกัด ป้องกันการระบาดเป็นวงกว้าง โดยได้กำหนดมาตรการในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ให้หน่วยงานสาธารณสุขร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการตามมาตรการ ๓ - ๓ - ๑ ดังนี้

มาตรการ ๓ : หากพบผู้ป่วยสงสัยหรือผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ให้สถานบริการรายงานโรคให้หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ (รพ.สต.) รับทราบภายใน ๓ ชั่วโมง

มาตรการ ๓ : เจ้าหน้าที่ในพื้นที่ที่พบผู้ป่วย (รพ.สต.) ออกพ่นสเปรย์กำจัดยุงลายพาหะในบ้านผู้ป่วย และกำจัดลูกน้ำยุงลายในบ้านผู้ป่วยพร้อมสอบสวนโรคภายใน ๓ ชั่วโมง

มาตรการ ๑ : ทิมควบคุมโรคจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ อสม. ออกพ่นเคมีกำจัดยุงลายพาหะนำโรค พร้อมกำจัดลูกน้ำยุงลายอย่างน้อยรัศมี ๑๐๐ เมตรจากบ้านผู้ป่วยภายใน ๑ วัน และพ่นเคมีซ้ำใน วันที่ ๓, ๗ และทุก ๗ วัน จนกว่าจะไม่พบผู้ป่วยในชุมชนติดต่อกันเกิน ๒๘ วัน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ได้นำมาตรการการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ตามมาตรการ ๓ : ๓ : ๑ เริ่มใช้ดำเนินการในทุกพื้นที่ ตั้งแต่ปี ๒๕๖๓ โดยได้ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานให้ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ระดับอำเภอในทุกพื้นที่ และออกนิเทศติดตามผลการดำเนินงานตามมาตรการในทุกปี โดยในปี ๒๕๖๖ ทีมประเมินมาตรการการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ได้ลงประเมินมาตรการดังกล่าวในพื้นที่ และยังพบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานมาตรการ ได้แก่ การรายงานโรคตามมาตรการ ๓ แรกของหน่วยบริการสาธารณสุข ทั้งโรงพยาบาลรัฐและเอกชน รายงานภายใน ๓ ชั่วโมงหลังพบผู้ป่วยได้ร้อยละ ๘๕ เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ออกพ่นสเปรย์กำจัดยุงลายในบ้านผู้ป่วยพร้อมสอบสวนโรค ได้ภายใน ๓ ชั่วโมง ร้อยละ ๗๕ และหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและทีมควบคุมโรคในหมู่บ้าน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถออกพ่นเคมีกำจัดยุงลายพาหะนำโรคในหมู่บ้าน พร้อมกำจัดลูกน้ำยุงลาย รัศมีอย่างน้อย ๑๐๐ เมตร จากบ้านผู้ป่วย ได้ภายใน ๑ วัน คิดเป็นร้อยละ ๗๒

จากข้อมูลดังกล่าว จะพบว่ามาตรการการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ตามมาตรการ ๓ - ๓ - ๑ ยังไม่ได้ครบ ๑๐๐ % ทุกมาตรการ ซึ่งส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการรายงานโรค การควบคุมโรคล่าช้า และยังมีประสิทธิภาพไม่เพียงพอที่จะสามารถควบคุมการระบาดของโรคได้ในทุกพื้นที่ ผู้ศึกษาจึงมี

แนวคิดที่จะการพัฒนาการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ตามมาตรการ ๓ - ๓ - ๑ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรายงานโรค การเฝ้าระวัง การสอบสวน และการควบคุมการระบาดของโรคในพื้นที่ต่อไป

### ๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

จากมาตรการ ๓ : ๓ : ๑ ที่ใช้ในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ของกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้นำมาใช้ในการดำเนินงานในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี ตั้งแต่ปี ๒๕๖๓ ดังนี้

๑. มาตรการ ๓ : หากพบผู้ป่วยสงสัยหรือผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ให้สถานบริการรายงานโรคให้หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ (รพ.สต.) รับทราบภายใน ๓ ชั่วโมง

๒. มาตรการ ๓ : เจ้าหน้าที่ในพื้นที่ที่พบผู้ป่วย (รพ.สต.) ออกพ่นสเปรย์กำจัดยุงลายพาหะในบ้านผู้ป่วยและกำจัดลูกน้ำยุงลายในบ้านผู้ป่วยพร้อมสอบสวนโรคภายใน ๓ ชั่วโมง

๓. มาตรการ ๑ : ทีมควบคุมโรคจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ อสม. ออกพ่นเคมีกำจัดยุงลายพาหะ นำโรค พร้อมกำจัดลูกน้ำยุงลายอย่างน้อยรัศมี ๑๐๐ เมตรจากบ้านผู้ป่วยภายใน ๑ วัน และพ่นเคมีซ้ำใน วันที่ ๓, ๗ และทุก ๗ วัน จนกว่าจะไม่พบผู้ป่วยในชุมชนติดต่อกันเกิน ๒๘ วัน

โดยในปี ๒๕๖๖ ทีมประเมินมาตรการการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ได้ลงประเมินมาตรการดังกล่าวในพื้นที่ พบว่าผลการดำเนินงานตามมาตรการมี ดังนี้

มาตรการ ๓ : หน่วยบริการสาธารณสุข ทั้งโรงพยาบาลรัฐและเอกชน รายงานภายใน ๓ ชั่วโมงหลังพบผู้ป่วยได้ร้อยละ ๘๕

มาตรการ ๓ : เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ออกพ่นสเปรย์กำจัดยุงลายในบ้านผู้ป่วยพร้อมสอบสวนโรคได้ภายใน ๓ ชั่วโมง ร้อยละ ๗๕

มาตรการ ๑ : หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและทีมควบคุมโรคในหมู่บ้าน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถออกพ่นเคมีกำจัดยุงลายพาหะนำโรคในหมู่บ้าน พร้อมกำจัดลูกน้ำยุงลายรัศมีอย่างน้อย ๑๐๐ เมตร จากบ้านผู้ป่วย ได้ภายใน ๑ วัน คิดเป็นร้อยละ ๗๒

#### บทวิเคราะห์

จากข้อมูลดังกล่าว จะเห็นได้ว่าในมาตรการที่ ๑ เรื่องการรายงานโรคภายใน ๓ ชั่วโมงแรกหลังพบผู้ป่วยไข้เลือดออกได้เพียงร้อยละ ๘๕ (เป้าหมายร้อยละ ๙๕) มีสาเหตุดังนี้

๑. บุคลากรผู้รับผิดชอบในโรงพยาบาลซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ระดับวิทยา ยังขาดการวางระบบการรายงานในโรงพยาบาลจากแผนกต่างๆ ทั้งตักผู้ป่วยใน ตักผู้ป่วยนอก ห้องฉุกเฉิน ยังไม่ได้กำหนดเป็นโรคเร่งด่วนที่ต้องรายงานทันทีหากแพทย์พบผู้ป่วย

๒. ผู้รับผิดชอบงานระดับวิทยาในโรงพยาบาล ไม่ได้ตรวจสอบโปรแกรม HIS ของโรงพยาบาลทุกวัน บางแห่งส่งออกข้อมูลทุกสัปดาห์ เนื่องจากมีภาระงานมาก ออกพื้นที่ เข้าประชุมในต่างอำเภอ ทำให้ไม่ทราบว่าผู้ป่วย จึงรายงานล่าช้า

๓. ในบางโรงพยาบาลไม่มีระบบการแจ้งเตือนทางไลน์ กลุ่มไลน์รายงานโรคเร่งด่วน (DHF Alert) เมื่อแพทย์วินิจฉัยโรค เจ้าหน้าที่ระดับวิทยาจึงไม่ทราบและไม่ได้รายงานโรคทันที

๔. สถานบริการไม่ได้จัดเวรเฝ้าระวังสอบสวนโรคในโรงพยาบาลในวันหยุดราชการ ส่งผลให้ไม่ได้รายงานโรคในวันหยุดราชการ

ในมาตรการ ๓ เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ออกพ่นสเปรย์กำจัดยุงลายในบ้านผู้ป่วยพร้อมสอบสวนโรคได้ภายใน ๓ ชั่วโมง ร้อยละ ๗๕ (เป้าหมายร้อยละ ๙๕) มีสาเหตุจากสถานบริการ (รพ.สต.) ไม่ได้จัดทำแผนจัดซื้อสเปรย์กระป๋องกำจัดยุงไว้ให้พร้อมตั้งแต่ต้นปี ทำให้เมื่อเกิดโรคไม่มีวัสดุควบคุมโรคใช้ในการดำเนินงาน

มาตรการ ๑ หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและทีมควบคุมโรคในหมู่บ้าน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถออกพ่นเคมีกำจัดยุงลายพาหะนำโรคในหมู่บ้าน พร้อมกำจัดลูกน้ำยุงลาย รัศมีอย่างน้อย ๑๐๐ เมตร จากบ้านผู้ป่วย ได้ภายใน ๑ วัน คิดเป็นร้อยละ ๗๒ มาตรการนี้เป็นมาตรการสำคัญในการควบคุมการระบาดของโรค เน้นการกำจัดลูกน้ำยุงลายควบคู่กับการพ่นเคมีกำจัดยุงลายพาหะในวันที่ ๑, ๓, ๗ และทุก ๗ วันจนกว่าจะไม่พบผู้ป่วยในชุมชนต่อเนื่องติดต่อกัน ๒๘ วัน ซึ่งยังทำได้ไม่ครอบคลุม มีสาเหตุจาก

๑. ทีมองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นบางแห่งยังขาดการเตรียมการ ทั้งทีมพ่นเคมี น้ำมัน เคมีภัณฑ์ในการควบคุมโรค การเบิกจ่ายซ้ำทำให้การพ่นล่าช้าไม่ทันภายใน ๑ วัน บางแห่งยังให้ภารกิจนี้เป็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งหมด

๒. การพ่นเคมียังไม่ถูกต้องตามวิธีการพ่นหมอกควัน การผสมน้ำยาเคมี การเลือกใช้สารเคมี

๓. คุณภาพการกำจัดลูกน้ำยุงลายโดย อสม. ยังขาดประสิทธิภาพ ดัชนีความชุกลูกน้ำยุงลายยังเกินร้อยละ ๑๐ ในหมู่บ้านที่เกิดโรค ทำให้ควบคุมโรคไม่ได้

๔. การพ่นเคมีควบคุมโรคไม่เป็นไปตามกำหนด คือพ่นหลังจากรับรายงานในวันที่ ๑, ๓, ๗ หลังพบผู้ป่วยบางพื้นที่พ่นได้ ๑ หรือ ๒ ครั้ง เนื่องจากขาดงบประมาณ ทำให้เกิดการระบาดต่อเนื่อง

๕. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้โอนย้ายไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานีรวม ๗๕ แห่ง ซึ่งบางแห่งได้เปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคติดต่อ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานยังขาดองค์ความรู้ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคใช้เลือดออก

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นได้

๑. จำนวนบุคลากรที่เป็นเจ้าหน้าที่ระบาดวิทยาในโรงพยาบาล 'ไม่เพียงพอ มีภารกิจในแต่ละวันมาก เข้าประชุม ออกนิเทศงานทำให้ขาดบุคลากรในการเฝ้าระวังและรายงานโรค ซึ่งสามารถแก้ไขด้วยการพัฒนาระบบ DHF Alert จากโปรแกรมตรวจโรงพยาบาล ให้ Alert เข้าไลน์ผู้รับผิดชอบงานทันที

๒. องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ไม่ได้ตั้งงบประมาณในการป้องกันควบคุมโรคใช้เลือดออกไว้ตั้งแต่ต้นปี ทำให้ไม่มีงบประมาณควบคุมโรค เสนอให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ร่วมจัดทำแผน ประสานแผนและให้ข้อเสนอแนะตั้งแต่ต้นปี ในทุกๆ ปี

๓. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ที่ย้ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัด มีเจ้าหน้าที่ใหม่ขาดองค์ความรู้ด้านการเฝ้าระวังป้องกันโรคใช้เลือดออก เสนอแนะให้ทีม SRRT ระดับอำเภอและจังหวัด จัดอบรมฟื้นฟูความรู้ให้ทุกปี

๔. ประชาชนยังขาดความรู้ด้านสุขภาพ ด้านการป้องกันควบคุมโรคใช้เลือดออกจึงขาดความร่วมมือในการป้องกันโรค เสนอวิธีแก้ไขโดยเน้นการสื่อสารความเสี่ยงให้ทั่วถึง โดยเฉพาะในช่วงมีการระบาด เพื่อให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคมมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน

การดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคใช้เลือดออก ต้องได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน แต่ละหน่วยงานจะต้องเข้าใจบทบาทหน้าที่ของหน่วยงาน และมีการวางแผนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และมีความพร้อมรับสถานการณ์การระบาดของโรคใช้เลือดออกในทุกเดือน ทั้งหน่วยงานสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วยโรงพยาบาลทุกแห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องซึ่งมีหน้าที่ในการป้องกันควบคุมโรคได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล รวมถึงโรงเรียน วัด ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข อีกด้วย

ดังนั้น เพื่อการพัฒนาการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคใช้เลือดออกมีประสิทธิภาพมากขึ้น จึงให้ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานดังนี้

มาตรการที่ ๑ เรื่องการรายงานโรคภายใน ๓ ชั่วโมง

๑. ประชุมผู้รับผิดชอบงานใช้เลือดออกระดับอำเภอ และจัดให้โรงพยาบาลทุกแห่งทั้งรัฐและเอกชน มีระบบแจ้งเตือน DHF Alert หากแพทย์วินิจฉัยใช้เลือดออกในฐานข้อมูลโรงพยาบาล ให้ส่งข้อความเข้าไลน์



ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยา เพื่อสอบสวนและรายงานโรครายใน ๓ ชม. ซึ่งจะครอบคลุมรายงานทั้งในและนอกเวลาราชการ

๒. โรงพยาบาลจัดเจ้าหน้าที่ระบาดวิทยาชั้นเวรสอบสวนโรคในวันหยุดราชการ มีหน้าที่รายงานและสอบสวนโรค ตามมาตรฐานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว

๓. โรงพยาบาลจัดเจ้าหน้าที่ระบาดวิทยาตรวจสอบฐานข้อมูลทุกวัน เพื่อส่งข้อมูลรายงานโรคเข้าระบบ DDS ของกองระบาดวิทยา

มาตรการ ๓ ที่สอง เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ออกพ่นสเปรย์กำจัดยุงลายในบ้านผู้ป่วยพร้อมสอบสวนโรคได้ภายใน ๓ ชั่วโมง

๑. โรงพยาบาล และรพ.สต. ทุกแห่ง จัดทำแผนระดับอำเภอและตำบล จัดซื้อสเปรย์กำจัดยุงให้เพียงพอ สำหรับใช้ในมาตรการนี้ พร้อมจัดเตรียมให้ อสม. สามารถดำเนินการฉีดพ่นยุงในบ้านผู้ป่วย

๒. จัดอบรมทบทวนความรู้วิธีการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกให้ ผู้นำชุมชน อสม. วิธีการสำรวจและกำจัดลูกน้ำยุงลาย วิธีการพ่นเคมีที่ถูกต้อง

มาตรการ ๑ หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและทีมควบคุมโรคในหมู่บ้าน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถออกพ่นเคมีกำจัดยุงลายพาหะนำโรคในหมู่บ้าน พร้อมกำจัดลูกน้ำยุงลายรัศมีอย่างน้อย ๑๐๐ เมตร จากบ้านผู้ป่วย ได้ภายใน ๑ วัน

๑. ประชุมผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อชี้แจงบทบาทหน่วยงานในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก เน้น ให้จัดทีมควบคุมโรค วัสดุเคมีภัณฑ์ คน ให้พร้อมออกควบคุมโรคทั้งปี

๒. อบรมหลักสูตรระบาดวิทยาหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ ๒๐ ชั่วโมง ให้ผู้รับผิดชอบควบคุมโรคไข้เลือดออก ใน รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดให้ครบทุกคน เพื่อให้มีความรู้เรื่องการควบคุมโรคไข้เลือดออก

๓. อบรมฟื้นฟูความรู้เรื่องการพ่นเคมีควบคุมโรคไข้เลือดออก การดูแลเครื่องพ่นเคมี ให้ทีมควบคุมโรคของ อบต. เทศบาล ให้ครบทุกแห่ง และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขออกร่วมดำเนินการในพื้นที่เกิดโรคเพื่อให้คำแนะนำเทคนิคการดำเนินงาน

๔. จัดกิจกรรมกำจัดลูกน้ำยุงลายในชุมชนในทุกวันศุกร์ ทุกพื้นที่ โดยกำหนดให้ อสม. รายงานคำดัชนีความชุกลูกน้ำยุงลายตลอดทั้งปี

๕. มีกิจกรรมสื่อสารความเสี่ยงการป้องกันโรคไข้เลือดออก ให้ประชาชนรับทราบวิธีการป้องกันควบคุมโรค โดยเฉพาะคำแนะนำในการปฏิบัติตัวในช่วงระบาดในฤดูฝน

#### ๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ในพื้นที่ มีระบบในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกที่มีประสิทธิภาพ ตามมาตรการ ๓ : ๓ : ๑

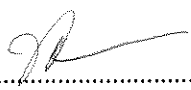
๒. หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต./เทศบาล) จัดทีมควบคุมโรคและวัสดุอุปกรณ์เคมีภัณฑ์ในการควบคุมโรคไข้เลือดออกให้พร้อม และสามารถออกปฏิบัติงานควบคุมโรคได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดภายใน ๑ วันหลังรับรายงานผู้ป่วยไข้เลือดออก

๓. เกิดภาคีเครือข่ายและสร้างความร่วมมือในที่ดี ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกระหว่างหน่วยงานสาธารณสุข กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน และภาคประชาชนในชุมชน ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก และสามารถดำเนินกิจกรรมนี้ในชุมชนของตนเองได้

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ผลการประเมินมาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ตามมาตรการ ๓ : ๓ : ๑ ผ่านเกณฑ์การประเมิน ทั้ง ๓ มาตรการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๕

๒. ร้อยละของหมู่บ้านที่ควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออกได้ไม่เกิน ๒๘ วัน ( ๒ Generation) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๕

(ลงชื่อ).....

(นายประพนธ์ บุญไชย)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

(วันที่)..... 7 / ..... สิงหาคม ๒๕..... ๖๖.....

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

1. เรื่อง การพัฒนารูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) สื่อสาร ในการดำเนินงาน

สาธารณสุขมูลฐานและสุขภาพภาคประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี

The Development of the Model for Village Health Volunteers to Convey

in the Primary Health Care Operation in Ubon Ratchathani

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ มีนาคม 2566 – กุมภาพันธ์ 2567

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

การศึกษาวิจัย การพัฒนารูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) สื่อสาร ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและสุขภาพภาคประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยได้รวบรวมทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งก่อให้เกิดเป็นความรู้ ความชำนาญ หรือ ความเชี่ยวชาญ พร้อมทั้งประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน ตามลำดับดังนี้ 1)แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบ 2)แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพ 3)แนวคิดการสื่อสาร 4)แนวคิดการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน และสุขภาพภาคประชาชน 5)งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 32 เรื่อง 6)ประสบการณ์การทำงานใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 8 ปี ประสบการณ์ในการทำงานใน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 12 ปี ประสบการณ์การทำงานใน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 12 ปี และ 7)ได้สังเคราะห์องค์รู้และประสบการณ์ ดังกล่าว เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการศึกษาวิจัย การออกแบบเครื่องมือในการเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอผลการศึกษา อภิปรายผล จนนำไปสู่ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติการ และข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป เป็นต้น โดยได้ยกตัวอย่างเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้

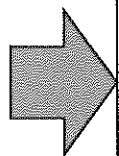
กรอบแนวคิดในการวิจัย

การพัฒนารูปแบบ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) สื่อสาร ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและสุขภาพภาคประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาการพัฒนารูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) สื่อสาร ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและสุขภาพภาคประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี ในภาวะปัจจุบัน

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) สื่อสาร ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและสุขภาพภาคประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินการพัฒนารูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) สื่อสารในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและสุขภาพภาคประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี



การพัฒนารูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)สื่อสารในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและสุขภาพภาคประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)

#### 4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

##### ส่วนที่ 1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

##### 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กระบวนการสาธารณสุขมูลฐาน หรือการสาธารณสุขมูลฐาน ได้มีการเริ่มขึ้นตามมติที่มีการประชุมกันที่ เมือง อัลมา-อตา (Alma-Ata) ประเทศรัสเซีย (ในสมัยก่อนที่ยังไม่ได้แยกประเทศ) ในปี พ.ศ.2521 โดยมีใจความว่าประเทศที่เป็นสมาชิกองค์การอนามัยโลก จะร่วมสนับสนุนและขับเคลื่อนให้มีการสาธารณสุขมูลฐาน หรือการสาธารณสุขพื้นฐาน เพื่อสุขภาพอนามัยของประชาชนทั่วโลก ในระยะแรก องค์ประกอบการสาธารณสุขมูลฐาน มีไม่ถึง 10 องค์ประกอบ ต่อมาภายหลังเห็นความสำคัญและความจำเป็น จึงได้เพิ่มเป็น 14 องค์ประกอบ ในด้านความหมายของการสาธารณสุขมูลฐาน หมายถึง กลวิธีกลวิธีการสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นจากระบบรัฐ ซึ่งมีอยู่ในระบบตำบลและในหมู่บ้าน เป็นการจัดบริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน ทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่ดำเนินการโดยประชาชน ซึ่งประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินการและการประเมินผล โดยได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐในด้านวิชาการ ข้อมูล วัสดุอุปกรณ์ การให้การศึกษา อบรม และระบบส่งต่อ โดยอาศัยทรัพยากรท้องถิ่นที่มีอยู่เป็นหลัก ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาชุมชน เพื่อให้ประชาชนแก้ปัญหาด้วยตนเอง และสามารถช่วยตนเองได้ด้วยการสาธารณสุข ในการผสมผสานในการพัฒนาด้านอื่นๆ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ,2557)

ในประเทศไทย เริ่มมีการดำเนินการประกาศใช้แผนงานสาธารณสุขมูลฐานแห่งชาติ เมื่อปี พ.ศ.2522 และหลังจากนั้น ปีต่อมา ก็มีการตั้งสำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐานแห่งชาติ (เจาะลึกระบบสุขภาพ ,2557) เพื่อเป็นหน่วยงานในการขับเคลื่อนการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทยและมีการขับเคลื่อนมาตั้งแต่ทศวรรษที่ 1 (พ.ศ. 2520 – 2529) อยู่ในช่วงระหว่างแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 4 – 6 ช่วงครึ่งแรก เป็นการจัดโครงสร้างพื้นฐานของการสาธารณสุขมูลฐาน ฝึกอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นครูฝึกสาธารณสุขมูลฐาน คัดเลือกและอบรมผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสข.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อทำหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้าน ให้ครอบคลุมหมู่บ้านทั่วประเทศ ช่วงครึ่งหลังพัฒนาเชิงคุณภาพของโครงสร้างพื้นฐานที่สำคัญ เช่น การจัดตั้งกองทุนต่างๆในชุมชน และการดำเนินงานตามความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ทศวรรษที่ 2 (พ.ศ. 2530 – 2539) อยู่ในช่วงระหว่างแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 6 – 7 มีการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) เกิดความก้าวหน้าของกองทุนพัฒนาหมู่บ้าน และกองทุนบัตรสุขภาพ ผสข.ยกระดับขึ้นมาเป็น อสม. ทั้งหมด และจัดตั้งชมรม อสม. ระดับต่างๆ ทศวรรษที่ 3 (พ.ศ. 2540 – 2549) อยู่ในช่วงแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 9 ช่วงครึ่งแรก เร่งรัดการพัฒนาเพื่อให้บรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า ใช้สาธารณสุขมูลฐาน เป็นศูนย์กลางของการพัฒนาสุขภาพโดยมี อสม.เป็นผู้ปฏิบัติ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้สนับสนุน ปัญหาสาธารณสุขลดลง ประชาชนส่วนใหญ่มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตดีขึ้น ครึ่งหลังมีการปฏิรูประบบราชการส่งผลให้หน่วยงานที่รองรับภารกิจต้องปรับจาก “สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน” เป็น “กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน” สร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ส่งผลให้สาธารณสุขมูลฐานเป็นส่วนหนึ่งของสุขภาพภาคประชาชน เน้นเรื่องหมู่บ้านจัดการสุขภาพ พัฒนา อสม. ทศวรรษที่ 4 (พ.ศ. 2550 – 2557) อยู่ในช่วงแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 10-11 ปรับกระบวนการพัฒนากิจกรรมการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน มุ่งเน้นการบริหารจัดการ เสริมพลังชุมชน สร้างเครือข่าย สร้างการมีส่วนร่วม พัฒนาศักยภาพ อสม.

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)

#### 4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

จากนักพัฒนาเป็นนักจัดการสุขภาพชุมชน พัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ตำบลจัดการสุขภาพ เชื่อมระบบบริการปฐมภูมิและเครือข่ายระดับอำเภอ (ณฐนนท บิริสุท,2563)

หลังจากนั้น ในปี 2561 มีการประชุมระดับโลกด้านการสาธารณสุขมูลฐาน: จากปฏิญญาอัลมา-อตาสู่การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC) และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ณ เมืองอัสตานา สาธารณรัฐคาซัคสถาน พ.ศ. 2561 การรับรองข้อความในพันธะสัญญาตามความปรารถนาแห่งปฏิญญาอัลมา-อตา เมื่อปี พ.ศ. 2521 และเพื่อให้บรรลุ SDGs และ UHC ซึ่งได้จัดทำเป็นปฏิญญาฉบับนี้ขึ้น มองภาพในอนาคตว่าภาครัฐและสังคมจะต้องให้ความสำคัญในการส่งเสริม คุ้มครองสุขภาพและสุขภาวะของประชาชน การสาธารณสุขมูลฐานและบริการด้านสุขภาพจะต้องมีคุณภาพสูง ปลอดภัย ครอบคลุม เข้าถึงบริการง่าย และราคาเหมาะสม บุคลากรมีทักษะชำนาญ กระจือรื้อร้น ประชาชนและชุมชนจะต้องได้รับการเสริมพลังและมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ ภาควิชาเครือข่ายและผู้เกี่ยวข้องจะต้องให้การสนับสนุนที่ต่อเนื่องนโยบายยุทธศาสตร์การพัฒนาและแผนการดำเนินงานของประเทศ ตามปฏิญญาอัสตานา พ.ศ. 2561 (ณฐนนท บิริสุท,2563)

นอกจากการดำเนินงานการสาธารณสุขมูลฐานแล้ว ยังมีการพัฒนาด้านสุขภาพและสาธารณสุขยกระดับด้านสุขภาพหรือต่อเนื่องเชื่อมโยงกันในระดับเบื้องต้นในพื้นที่ชุมชน เรียกว่าการจัดการบริการสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งภายหลังได้มีกฎหมาย หรือพร.สุขภาพปฐมภูมิ เมื่อปี 2562 โดยให้ความหมาย บริการสุขภาพปฐมภูมิ ว่าบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มุ่งหมายดูแลสุขภาพของบุคคลในเขตพื้นที่รับผิดชอบในลักษณะองค์รวมตั้งแต่แรก ต่อเนื่องและผสมผสาน ครอบคลุม ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยมีกลไกและกระบวนการในการประสานความร่วมมือเพื่อจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ มีหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งเชื่อมโยงกับครอบครัว ชุมชน โดยการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาชน รวมทั้งการส่งต่อผู้รับบริการ และการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพ ความเป็นธรรม มีคุณภาพและมีมาตรฐาน รวมทั้งมวลก่อให้เกิดเป็นระบบสุขภาพปฐมภูมิ (พรบ.สุขภาพปฐมภูมิ,2562) ซึ่งในระบบสุขภาพปฐมภูมิได้กล่าวถึงบุคลากรสุขภาพหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่จะมาให้บริการในระบบบริการปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ออกนโยบาย 3 หมอ เพื่อรองรับเตรียมการและสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ดังกล่าว

นโยบาย 3 หมอ เริ่มจากกระทรวงสาธารณสุขได้มีแนวความคิดพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็ง มีคุณภาพ ทั้งถึง ยั่งยืน และบรรลุเป้าหมายทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนให้ใกล้ชิดกับประชาชนมากยิ่งขึ้น เน้นการเสริมสร้างสุขภาพและความรู้ด้านสุขภาพ การดูแลสุขภาพองค์รวมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม มุ่งให้เกิดผลลัพธ์กับประชาชนทั้งด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิต ในความ สุขกาย สุขใจ สุขสามัคคี และปลอดภัยจากโรคโควิด19 ในวิถีชีวิตใหม่อย่างเป็นรูปธรรมได้จริง จากการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของประชาชน 3 หมอ หรือคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน คือการประสานการทำงานดูแลสุขภาพที่บ้านและชุมชนแบบ “ดูแลใกล้ตัว ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” เพิ่มความครอบคลุมให้ได้รับบริการต่อเนื่อง ลดการเดินทาง ลดความแออัดของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เน้นการส่งเสริมสุขภาพ

## ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)

### 4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพในโรคซับซ้อนยุ่งยาก โดยหมอคนที่ 1 หมอประจำบ้าน หมอคนที่ 2 หมอสาธารณสุข และหมอคนที่ 3 หมอครอบครัว โดยมีวัตถุประสงค์ให้คนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน เน้นการดูแลที่บ้านและชุมชน หมอคนที่ 1 หมอประจำบ้าน คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือ อสม. ทำหน้าที่เยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำ คัดกรอง ติดตาม และดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น โดยหมอประจำบ้าน 1 คนดูแลประชาชน 10-20 หลังคาเรือน หมอคนที่ 2 หมอสาธารณสุข คือ บุคลากรในสถานบริการปฐมภูมิ ทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือ รพ.สต. คลินิกหมอครอบครัว ศูนย์บริการสาธารณสุข ครอบคลุมบุคลากรทุกสาขาวิชาชีพ ทั้งพยาบาล เกษษกร นักสาธารณสุขชุมชน และวิชาชีพอื่นๆ ทำหน้าที่ให้การดูแลส่งเสริมสุขภาพ ประสานงานระหว่างหมอคนที่ 1 และหมอคนที่ 3 คัดกรองเพื่อระบุสาเหตุ ยืนยันความผิดปกติและส่งต่อผู้ป่วย โดยหมอสาธารณสุข 1 คนดูแลประชาชน 1,250 – 2,500 คน หมอคนที่ 3 หมอครอบครัว คือ แพทย์ในโรงพยาบาล เป็นผู้มอบการรักษาดูแลให้คำปรึกษา ประสานและส่งต่อการรักษาพิเศษ โดยหมอครอบครัว 1 คน ดูแลประชาชน 8,000 – 12,000 คน นโยบายคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน ของกระทรวงสาธารณสุข เป็นการมุ่งสร้างระบบสาธารณสุขทั่วถึง เพื่อให้ประชาชนดูแลสุขภาพและมีที่ปรึกษาเมื่อเวลาเจ็บป่วย เน้นการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกันของ 3 หมอ เพื่อให้การช่วยเหลือ ดูแล รักษาและส่งต่อประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของตนเอง (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2564) เมื่อพิจารณาองค์ประกอบของนโยบาย 3 หมอ แล้ว หมอคนที่ 1 คือ อสม. หมอประจำบ้าน เป็นหมอที่อยู่ด้านหน้า ทำงานใกล้ชิดกับประชาชน หนึ่งคนดูแล 10-20 หลังคาเรือน ซึ่งมีเป็นจำนวนมาก ทั่วประเทศมีถึงประมาณ 1 ล้าน 4 หมื่นคน จึงมีคำถามว่าหมอคนที่ 1 มีความพร้อมในการปฏิบัติงาน ทั้งด้านความรู้ ทักษะ รวมทั้งประสบการณ์มากน้อยเท่าไร การพัฒนาศักยภาพ อสม. จึงเป็นเรื่องสำคัญและน่าสนใจ ตั้งแต่อดีตที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบันและจะออกแบบหลักสูตร อสม. หมอคนที่ 1 หรือ อสม. หมอประจำบ้านอย่างไร

การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) หรือ อสม. หมอคนที่ 1 ตั้งแต่ยุคเริ่มต้น การเกิดขึ้นของการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care : PHC) เมื่อปี ค.ศ.1978 ที่เมืองอัลมา-อตา (Alma-Ata) องค์การอนามัยโลก ได้ประกาศ เน้นว่างานสาธารณสุขมูลฐานควรถูกบูรณาการให้ เข้ากับระบบสุขภาพของประเทศ ร่วมกับการพัฒนาทั้งในด้านเศรษฐกิจและสังคม (Lawn, et al., 2008) การสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care : PHC) เป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพที่มีความสำคัญ เนื่องจากเป็นบริการที่ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยมุ่งเน้นความต้องการของประชาชน ให้สามารถเข้าถึงการบริการที่มีคุณภาพได้อย่างเท่าถึงและเป็นธรรมด้วยวิธีการผสมผสานบริการ สร้างศักยภาพของบุคลากรตามบริบท การทำงานจริงอย่างต่อเนื่องและการมีส่วนร่วมของชุมชน (World Health Organization, 2008)

เครื่องมือที่จะช่วยประเทศต่างๆทั่วโลก ให้ประชาชนมีสุขภาพอนามัยที่ดี หรือสุขภาพดีถ้วนหน้า (Health for All by 2000) หลังจากประเทศไทยได้รับแนวทางการขับเคลื่อนการสาธารณสุขมูลฐานแล้ว เครื่องมือที่จะช่วยให้การสาธารณสุขมูลฐาน ประสบความสำเร็จประการหนึ่ง คือการให้กำเนิดอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) และผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) ซึ่งอยู่ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติแผน 4 (พ.ศ.2520-2524) โดยการอบรมให้ความรู้ หรือพัฒนาศักยภาพ ให้ความรู้ เป็นสื่อกลาง การถ่ายทอดความรู้ไปสู่ประชาชนเพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้ รวมทั้งจัดให้มีแบบเรียนด้วยตนเองใน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)

#### 4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

การพัฒนาศักยภาพ เกือบ 50 เรื่อง ให้ ผสส. 1 คน ดูแลหลังคาเรือน 8-15 หลังคาเรือน ส่วน อสม. มีหมู่บ้านละ 1 คน ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติแผน 5 (พ.ศ.2525-2529) ได้ขยาย ผสส. และ อสม.ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่พร้อมพัฒนาศักยภาพ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติแผน 6 (พ.ศ.2530-2534) เน้นเรื่องคุณภาพการฟื้นฟู อบรม อสม. ผสส. ในส่วนที่พื้นสภาพและขยายต่อมาแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติแผน 7 (พ.ศ.2535-2539) ได้ยกระดับ ผสส. เป็น อสม. ทั่วประเทศ ตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน(ศสมช.) เป็นที่ปฏิบัติงาน อสม. (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐานแห่งชาติ, 2540) หลังจากนั้น การพัฒนาศักยภาพ อสม. ช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติแผน 8-12 (พ.ศ.2540-2564) กียกระดับการพัฒนาศักยภาพ อสม. เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ

การพัฒนา อสม.ในจังหวัดอุบลราชธานี ที่ผ่านมา ในด้านข้อมูลทั่วไป แบ่งเขตการปกครองเป็น 25 อำเภอ 219 ตำบล 2,884 ชุมชน/หมู่บ้าน 403,546 หลังคาเรือน มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทั้งหมด จำนวน 34,681 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, 2563) การพัฒนา อสม.หรือผู้นำ อสม. ที่ผ่านมาส่วนใหญ่ได้ดำเนินการตามนโยบายกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข โดยมี การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตั้งแต่ปี 2556 ดังนี้ การพัฒนาอสม.เชี่ยวชาญ 10 สาขา (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ,2556) อสม.นักจัดการสุขภาพตามกลุ่มวัย (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ :2557) การพัฒนาศักยภาพ อสม.ด้านการเฝ้าระวังป้องกันปราบปรามการทุจริต อสม.นักจัดการบริการปฐมภูมิ ระดับชุมชนตามกลุ่มวัย (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ,2558) อสม.นักจัดการสุขภาพตามกลุ่มวัย (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2560) การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสด.) (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ,2561) การพัฒนาศักยภาพ อสม. สู่ อสม.4.0 (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ,2562) การพัฒนาศักยภาพ อสม. เป็น อสม.หมอประจำบ้าน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2563) นอกจากนั้น ยังมีการอบรมหรือพัฒนา ศักยภาพ อสม. ตามหลักสูตรต่างๆเป็นการเฉพาะ ซึ่งการพัฒนาศักยภาพ อสม.ดังกล่าวที่ผ่านมามีแล้วมาจาก นโยบายจากส่วนกลางในกระทรวงสาธารณสุข หรือกรม กองที่เกี่ยวข้อง หรือภาคีเครือข่ายองค์กรต่างๆ อยากรให้ อสม. มีบทบาทช่วยสนับสนุนงานตนเอง อย่างไรบ้าง

การพัฒนาศักยภาพ อสม. ที่จะแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพปัญหาของพื้นที่ ไม่ค่อยมีการดำเนินการ แต่ในปี 2562 ธรรมนูญ อสม. จังหวัดอุบลราชธานี เป็นธรรมนูญ อสม.แห่งแรกของประเทศไทยได้กำหนดให้มีการขับเคลื่อน อสม. สื่อสาร หมู่บ้านละ 1 คน เพื่อเป็นแกนนำที่จะสื่อสารข้อมูลต่างๆ ให้ อสม.และประชาชนในการ สนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพภาคประชาชน โดยมีการพัฒนาศักยภาพ อสม. โดยใช้ งบประมาณจากธรรมนูญ อสม. ในปี 2563 และมีการพัฒนาศักยภาพ อสม.สื่อสาร ในปี 2564 ใช้งบประมาณ จากการบูรณาการงบการวิจัยของ โครงการประเมินผลการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ของมหาวิทยาลัย อุบลราชธานี และมีการขับเคลื่อนมีผลงานที่เกี่ยวข้องหลายประการแต่ยังไม่มีการประเมินผล และถอดบทเรียน เพื่อพัฒนาในการขับเคลื่อนต่อไปอย่างเป็นรูปธรรม (ธรรมนูญ อสม.จังหวัดอุบลราชธานี, 2562)

ดังนั้น เพื่อให้การขับเคลื่อนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สื่อสาร มีการต่อยอด มี คุณภาพ และการดำเนินการที่ต่อเนื่อง ผู้วิจัยในฐานะผู้ดูแลงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพภาค ประชาชน จึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาแบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สื่อสาร ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและสุขภาพภาคประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี และเพื่อประเมินพร้อมทั้ง

**ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)**

#### **4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)**

การพัฒนารูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สื่อสาร ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน และสุขภาพภาคประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี ในระยะต่อไป

##### **1.2 คำถามการวิจัย**

การพัฒนารูปแบบ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สื่อสารในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและสุขภาพภาคประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี เป็นอย่างไร

##### **1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย**

1) เพื่อศึกษาการพัฒนาแบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)สื่อสารในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและสุขภาพภาคประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี ในภาวะปัจจุบัน

2) เพื่อพัฒนาแบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)สื่อสารในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและสุขภาพภาคประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี

3) เพื่อประเมินการพัฒนาแบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)สื่อสารในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและสุขภาพภาคประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี

##### **1.4 ขอบเขตการศึกษา**

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาแบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สื่อสารในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและสุขภาพภาคประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยผสมผสาน (Mixed methods) ทั้งเชิงปริมาณ (Quantitative) และเชิงคุณภาพ (Qualitative) ประกอบด้วย 4 ตอนดังนี้ 1)การศึกษาสภาพปัจจุบัน 2)การพัฒนาแบบ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) สื่อสารในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและสุขภาพภาคประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี 3) การประเมินการพัฒนาแบบด้านความเที่ยงตรง ของการพัฒนาแบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สื่อสารในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและสุขภาพภาคประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี 4)การประเมินการพัฒนาแบบด้านความเหมาะสมการนำไปใช้ของการพัฒนาแบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สื่อสารในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและสุขภาพภาคประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี การเก็บข้อมูลใช้หลายวิธี ได้แก่ การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ทรงคุณวุฒิ (In-depth interview) ผู้บริหาร ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับตำบล การประชุมกลุ่มย่อย (Focus Group) กลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้อง ผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขมูลฐานระดับอำเภอ ประธานอสม. ระดับอำเภอ และ ผอ.รพ.สต. การตอบแบบสอบถาม (Questionnaire) ของ อสม.และ อสม.สื่อสาร แล้วนำผลการศึกษาทั้งหมด มาสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นการพัฒนาแบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) สื่อสาร ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและสุขภาพภาคประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี ดำเนินงานระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2566–20 กุมภาพันธ์ 2567

##### **1.5 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการศึกษา**

คำอธิบาย อสม.สื่อสาร หมายถึง อสม.ที่ได้รับคัดเลือกหรือสรรหาในระยะแรกหมู่บ้าน หรือชุมชน ละ 1 คน ระยะต่อมาอาจพัฒนาเพิ่มเติมตามความเหมาะสมมาทำหน้าที่สื่อสารภารกิจนโยบายการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพภาคประชาชน ให้ อสม.ด้วยกันได้เข้าใจและนำแนวทางดังกล่าวไปปฏิบัติให้เกิดผลต่อประชาชน รวมทั้งสื่อสารให้ประชาชนในเขตรับผิดชอบได้มีการดำเนินงานตามแนวทางการสาธารณสุขมูลฐาน และระบบสุขภาพภาคประชาชน



ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)

#### 4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพภาคประชาชน หมายถึง การขับเคลื่อนการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน และระบบสุขภาพภาคประชาชน ซึ่งเป็นกลวิธีการดำเนินงานสาธารณสุขขั้นพื้นฐานในหมู่บ้านชุมชนผสมผสาน ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน และควบคุมโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น และการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยมีหลักการสำคัญ 1)การมีส่วนร่วมของประชาชน 2)การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม 3)การให้บริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน 4)การประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้ง งานสุขภาพภาคประชาชน งานสมัชชาสุขภาพ ธรรมนูญสุขภาพ นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม เป็นต้น

การพัฒนารูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สื่อสาร ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน และสุขภาพภาคประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี หมายถึง กระบวนการ ขั้นตอน การประชาสัมพันธ์ การสรรหาคัดเลือก อสม. สื่อสาร การพัฒนาหลักสูตร การพัฒนาศักยภาพ การสื่อสาร การสนับสนุน การใช้เทคโนโลยี ระบบข้อมูล การรายงาน การติดตาม การประเมินผล การสร้างแรงจูงใจ หรือ กิจกรรม ปัจจัยอื่นๆ ที่จะสนับสนุนการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน และระบบสุขภาพภาคประชาชน

##### 1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบการพัฒนารูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)สื่อสารในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน และสุขภาพภาคประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี ในภาวะปัจจุบัน
2. ได้พัฒนารูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) สื่อสารในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและสุขภาพภาคประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี
3. ทราบผลการประเมินการพัฒนารูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) สื่อสารในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและสุขภาพภาคประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี

#### ส่วนที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินการ

##### 2.1 วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ มีวิธีการศึกษา ประกอบด้วย 4 วิธี ได้แก่ 1) การทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง 2) การสนทนากลุ่ม(Focus group) 3)การสัมภาษณ์เชิงลึก(In-depth interview) 4) การตอบแบบสอบถาม (Questionnaire) มีรายละเอียดประชากร และกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

2.1.1 การทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง(Review Literature) ได้แก่ ธรรมนูญ อสม.จังหวัดอุบลราชธานี ที่เกี่ยวกับการบัญญัติให้มีการสร้าง อสม.สื่อสาร การพัฒนาศักยภาพ อสม.สื่อสาร บูรณาการ กับ การวิจัย ความรอบรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด19 ของ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ผลการดำเนินงาน อสม.สื่อสาร ที่ผ่านมา รวมทั้ง แนวคิดทฤษฎีงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1.2 การสนทนากลุ่ม(Focus group) กลุ่มประชากร ในการสนทนากลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาศักยภาพ อสม. และการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพภาคประชาชน ในระดับจังหวัด อำเภอและระดับตำบล ประกอบด้วย 1)ฝ่ายสาธารณสุขมูลฐาน/ผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพภาคประชาชนในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 2)ประธาน อสม.ระดับอำเภอ 3) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรือ ผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพภาคประชาชน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จากเป็นผู้นำแต่ละกลุ่มตามความพร้อมและความสมัครใจให้ข้อมูล กลุ่มละประมาณ 3-5 คน รวมอย่างน้อยประมาณ 9-15 คน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)

#### 4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

2.1.3 การสัมภาษณ์เชิงลึก(In-depth interview) สำหรับผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิ โดยได้คัดเลือก ผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่มีความรู้ และประสบการณ์ในการพัฒนาศักยภาพ อสม.รวมทั้ง ผู้บริหารที่เกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบาย ในระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับตำบล รวมอย่างน้อย จำนวน 10-15 ท่าน ประกอบด้วย ผู้แทนผู้บริหารระดับจังหวัด ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ผู้บริหารระดับอำเภอในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน ผู้แทนฝ่ายสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพภาคประชาชน ในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผู้แทนฝ่ายเวชปฏิบัติในโรงพยาบาลชุมชน ผู้แทนประธาน อสม.ระดับอำเภอ และผู้แทน รพ.สต.

#### 2.1.4 การตอบแบบสอบถาม (Questionnaire) สอบถาม

##### 1) กลุ่ม อสม.สื่อสาร (หมู่บ้านละ 1 คน /2,704 )

จำนวน 500 คน โดยการคำนวณ ใช้สูตร TARO YAMANE

$$\text{สูตร } n = \frac{N}{1+N(e)^2} \quad n = \text{ขนาดกลุ่มตัวอย่าง } N = \text{จำนวน อสม.สื่อสาร ทั้งหมด}$$

$e = \text{ความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้น(0.05)}$

แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{2,704}{1+2,704 (0.05)^2} = 405.39$$

ในการเก็บข้อมูลวิจัยครั้งนี้ เพื่อความครอบคลุม ใช้ขนาดตัวอย่างที่เป็นตัวแทน อสม.เป็น คือ 500 คน

##### วิธีสุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนที่ 1 หาขนาดตัวอย่างแต่ละตำบลตามสัดส่วนประชากรของแต่ละตำบล ซึ่งขนาดตัวอย่างของแต่ละตำบลรวมกันแล้วจะได้ขนาดตัวอย่างทั้งหมด 500 ตัวอย่าง

ขั้นตอนที่ 2 กระจายโควตาให้ระดับอำเภอๆ 20 คน 25 อำเภอ

ขั้นตอนที่ 3 แต่ละอำเภอสุ่มจำนวน อสม.ตามโควตาที่ได้รับกระจายไปยัง ตามจำนวนตำบลหมู่บ้าน ให้กระจายอย่างทั่วถึง แล้วเก็บข้อมูล จาก อสม.สื่อสาร

##### 2) กลุ่มอสม.ในจังหวัดอุบลราชธานี

จำนวน 800 คน โดยการคำนวณ ใช้สูตร TARO YAMANE

$$\text{สูตร } n = \frac{N}{1+N(e)^2} \quad n = \text{ขนาดกลุ่มตัวอย่าง } N = \text{จำนวน อสม.ทั้งหมด}$$

$e = \text{ความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้น(0.05)}$

แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{34,681}{1+34,681 (0.05)^2} = 395$$

ในการเก็บข้อมูลวิจัยครั้งนี้ เพื่อความครอบคลุม ใช้ขนาดตัวอย่างที่เป็นตัวแทน อสม.เป็น 2 เท่า คือ 800 คน

##### วิธีสุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนที่ 1 หาขนาดตัวอย่างแต่ละตำบลตามสัดส่วนประชากรของแต่ละตำบล ซึ่งขนาดตัวอย่างของแต่ละตำบลรวมกันแล้วจะได้ขนาดตัวอย่างทั้งหมด 800 ตัวอย่าง

**ส่วนที่ 2** ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)

#### 4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ขั้นตอนที่ 2 กระจาย โควตา ให้ระดับอำเภอๆ 80 คน 25 อำเภอ

ขั้นตอนที่ 3 แต่ละอำเภอ สุ่มจำนวน อสม.ตามโควตาที่ได้รับ กระจายไปยัง ตามจำนวนตำบล หมู่บ้าน ให้กระจายอย่างทั่วถึง แล้วเก็บข้อมูล จาก อสม.

#### 2.2 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพัฒนา รูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สื่อสาร ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและสุขภาพภาคประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยผสมผสาน(Mixed methods) ทั้งเชิงปริมาณ(Quantitative)และเชิงคุณภาพ(Qualitative) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้

##### 2.2.1 การศึกษาสภาพปัจจุบัน

1) การเก็บข้อมูล จากศึกษาเอกสาร แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2) การประชุมสนทนากลุ่ม (Focus Group) ได้แก่ กลุ่มที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาศักยภาพ อสม. และการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพภาคประชาชน ในระดับจังหวัด อำเภอ และระดับตำบล ประกอบด้วย (1)ฝ่ายสาธารณสุขมูลฐาน/ผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพภาคประชาชน ในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (2)ประธาน อสม.ระดับอำเภอ (3)ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรือผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพภาคประชาชน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จากเป็นผู้นำแต่ละกลุ่ม ตามความพร้อมและความสมัครใจให้ข้อมูล กลุ่มละประมาณ 3-5 คน รวมอย่างน้อย ประมาณ 9-15 คน

3) การใช้แบบสอบถาม อสม.(Questionnaire) สอบถาม อสม.ในจังหวัดอุบลราชธานี มีจำนวน 34,681 สุ่มตัวอย่าง ตามสูตร ใช้สูตร TARO YAMANE ได้จำนวน 395 คน เพื่อความครอบคลุม ได้เก็บเป็น 2 เท่า จำนวน 800 คน กระจายโควตาให้ระดับอำเภอๆ 80 คน 25 อำเภอ แต่ละอำเภอ สุ่มจำนวน อสม.ตามโควตาที่ได้รับ กระจายไปยังตามจำนวนตำบล หมู่บ้าน ให้กระจายอย่างทั่วถึง แล้ว เก็บข้อมูล จาก อสม. และ สอบถาม อสม.สื่อสาร ในจังหวัดอุบลราชธานี มีจำนวน 2,704 คน (หมู่บ้าน/ชุมชนละ 1 คน) สุ่มตัวอย่าง ตามสูตร ใช้สูตร TARO YAMANE ได้จำนวน 405 คน เพื่อ ความครอบคลุม ครอบคลุม ได้เก็บเป็น จำนวน 500 คน กระจาย โควตา ให้ระดับอำเภอๆ 20 คน 25 อำเภอ แต่ละอำเภอสุ่มจำนวน อสม.ตามโควตาที่ได้รับ กระจายไปยัง ตามจำนวนตำบล หมู่บ้าน ให้กระจายอย่างทั่วถึง แล้ว เก็บข้อมูล จาก อสม.สื่อสาร

4) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) สำหรับ ผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิ โดยได้คัดเลือก ผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่มีความรู้และประสบการณ์ในการพัฒนาศักยภาพ อสม.รวมทั้ง ผู้บริหารที่เกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบาย ในระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับตำบล รวมอย่างน้อย จำนวน 10-15 ท่าน ประกอบด้วย ผู้แทน ผู้บริหาร ระดับจังหวัด ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ผู้บริหารระดับอำเภอในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน ผู้แทนฝ่ายสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพภาคประชาชน ในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผู้แทน ฝ่ายเวชปฏิบัติ ในโรงพยาบาลชุมชน ผู้แทน ประธาน อสม.ระดับอำเภอ และผู้แทน รพ.สต.

**ส่วนที่ 2** ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)

#### 4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

2.2.2 การพัฒนารูปแบบ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) สื่อสาร ในการดำเนินงาน สาธารณสุขมูลฐานและสุขภาพภาคประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี โดยการนำผลการศึกษา จาก 1)การเก็บ ข้อมูล จากศึกษาเอกสาร แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 2)การประสนทนากลุ่มย่อย(Focus Group) กลุ่มที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาศักยภาพ อสม. และการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพ

ภาคประชาชน ในระดับจังหวัด อำเภอ และระดับตำบล 3)การตอบแบบสอบถาม(Questionnaire) ของ อสม. และ อสม.สื่อสาร 4)การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ทรงคุณวุฒิ(In-depth interview) ผู้บริหารระดับจังหวัดระดับอำเภอ แล้วนำผลการศึกษาทั้งหมดมาวิเคราะห์(Analysis) มาสังเคราะห์(Synthesis) เป็นการพัฒนาารูปแบบ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) สื่อสาร ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและสุขภาพภาค ประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี

2.2.3 การประเมินการพัฒนารูปแบบด้านความเที่ยงตรง ของการพัฒนารูปแบบอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) สื่อสาร ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและสุขภาพภาคประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี โดยประเมินจากศึกษาความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิ โดยได้คัดเลือก ผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่มีความรู้ และประสบการณ์ในการพัฒนาศักยภาพ อสม.รวมทั้ง ผู้บริหารที่เกี่ยวข้อง ในการกำหนดนโยบาย ในระดับจังหวัด และระดับอำเภอ และระดับตำบล รวมอย่างน้อย จำนวน 10-15 ท่าน ประกอบด้วย ผู้แทน ผู้บริหาร ระดับจังหวัด ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ผู้บริหารระดับอำเภอ ในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน ผู้แทนฝ่ายสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพภาค ประชาชน ในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผู้แทนฝ่ายเวชปฏิบัติในโรงพยาบาลชุมชน ผู้แทนประธาน อสม.ระดับ อำเภอ และผู้แทน รพ.สต.

2.2.4 การประเมินการพัฒนารูปแบบด้านความเหมาะสมการนำไปใช้ ของ การพัฒนารูปแบบ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) สื่อสาร ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและสุขภาพภาค ประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี โดยประเมินความเหมาะสมในการนำไปใช้ จากการศึกษาความคิดเห็น ของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) หรือ อสม.สื่อสาร ในจังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้แบบสอบถาม ความคิดเห็น แล้วนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุง การพัฒนารูปแบบต่อไป

### 2.3. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ชุด คือ

1) แนวคำถามในการประสนทนากลุ่ม (Focus Group) ใช้ในการสนทนา กลุ่มบุคลากร ที่เกี่ยวข้อง ในการพัฒนาศักยภาพ อสม. และการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพภาคประชาชน ในระดับ จังหวัด อำเภอ และระดับตำบล มีทั้งหมด 5 ข้อ

2) แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ทรงคุณวุฒิ(In-depth interview) ผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิ โดยได้คัดเลือก ผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่มีความรู้ และประสบการณ์ในการพัฒนาศักยภาพ อสม.รวมทั้ง ผู้บริหารที่เกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบาย ในระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับตำบล มีทั้งหมด 5 ข้อ

3) แบบสอบถามใช้สำหรับสอบถาม อสม.และ อสม.สื่อสาร มีทั้งหมด 5 ส่วน

**ส่วนที่ 2** ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)

#### 4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

##### 2.4 วิธีการสร้างเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ได้ดำเนินการสร้างตามขั้นตอนจากกรอบแนวคิด ทฤษฎีและการทบทวนวรรณกรรม เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1) วิเคราะห์นโยบาย ทิศทางการพัฒนาศักยภาพ อสม.กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข และนโยบายของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี

2) ศึกษางานวิจัยต่างๆ บทความ ที่เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบ การพัฒนาศักยภาพ การพัฒนาศักยภาพ อสม. การพัฒนาอสม.สื่อสาร ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพภาคประชาชน เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถาม

3) วิเคราะห์ และสังเคราะห์ ข้อมูล จาก ข้อ 1 และ ข้อ 2 มาจัดทำข้อคำถาม แนวทางในการ การสนทนากลุ่ม(Focus group) และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก สำหรับผู้เชี่ยวชาญ /ผู้ทรงคุณวุฒิ

4) นำแนวทางในการสนทนากลุ่ม(Focus group) และ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก สำหรับ ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่สร้างขึ้น ให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ แล้วนำมาปรับปรุงตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

5) นำผลการ การสนทนากลุ่ม(Focus group) กลุ่มบุคลากร ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาศักยภาพ อสม. และ การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพภาคประชาชน ในระดับจังหวัด อำเภอ และระดับตำบล มา วิเคราะห์ สังเคราะห์ ร่วมกับ ข้อที่ 1 และ ข้อ 2 เป็น มาสร้างเป็นข้อคำถามในแบบสอบถาม อสม. และ อสม.สื่อสาร

6) นำแบบสอบถาม มาให้ ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ แล้ว ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญและวิเคราะห์หาค่าความสอดคล้องหรือดัชนีของความสอดคล้องกันระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับจุดประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence หรือ IOC)

7) นำแบบสอบถาม ทั้ง ชุด อสม. และ อสม.สื่อสาร ไปทดลองใช้กับกลุ่ม อสม. ในเขต อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 30 คน เพื่อดูความเข้าใจในข้อคำถาม แล้วนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไข ให้มีความถูกต้อง เหมาะสม วิเคราะห์หาความเที่ยง โดยวิธีการของ ครอนบาค (Cronbach Method) ชุด อสม. ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient of Alpha) เท่ากับ 0.922 และ ชุด อสม.สื่อสาร ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient of Alpha) เท่ากับ 0.900

##### 2.5. การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ตรวจสอบความสมบูรณ์ของเครื่องมือทุกฉบับ

2) ตรวจสอบและให้คะแนนแบบสอบถาม ที่สมบูรณ์แล้วลงในแบบรายการของแบบสอบถาม

##### 2.6 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้สถิติ ดังต่อไปนี้

- สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย จำนวน ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าต่ำสุด (Minimum) ค่าสูงสุด (Maximum) และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)

#### 4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

##### ส่วนที่ 3 สรุปผลการวิจัย

##### 3.1. ผลการศึกษาสภาพปัจจุบัน

3.1.1 การประชุมสนทนากลุ่ม(Focus Group) ได้ผลสรุปการสนทนากลุ่ม แนวทางการพัฒนาารูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) สื่อสาร ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและสุขภาพภาคประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 14 ข้อ ดังนี้ 1)จัดประชุมชี้แจง บทบาทหน้าที่ อสม.สื่อสาร และวางแผนการดำเนินงาน 2)การอบรมพัฒนาศักยภาพ อสม.สื่อสารอย่างต่อเนื่อง 3)จัดเจ้าหน้าที่เป็นที่เลี้ยงในการดำเนินงาน อสม.สื่อสาร และแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการ 4)การพัฒนากระบวนการสื่อสาร 5)อสม.สื่อสารต้องปฏิบัติหน้าที่ความรับผิดชอบ 6)ควรมีการเพิ่มจำนวน อสม.สื่อสาร 7)ส่งเสริมให้เพิ่มกลุ่มเครือข่ายอื่นๆ ในการเป็น อสม.สื่อสาร 8)จัดให้มีศูนย์ประสานงานระดับอำเภอ 9)ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ 10)จัดให้มีโครงการเชื่อมสัมพันธ์ระหว่าง อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และภาคีเครือข่าย 11)ประกาศนโยบาย หรือจัดทำธรรมนูญ อสม.ประเด็นการใช้เทคโนโลยีมาช่วยในการสื่อสารการดำเนินงาน และ 12)การจับคู่บัดดี้ อสม.ให้มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการใช้เทคโนโลยี

3.1.2 การใช้แบบสอบถาม อสม.(Questionnaire) สอบถาม อสม.ในจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่ม อสม.ประชากร 34,681 คน สุ่มตัวอย่าง 800 คน ข้อมูลทั่วไป ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 89.07 การศึกษาระดับ ม.6 ร้อยละ 42.81 อาชีพ เกษตรกร ร้อยละ 79.41 สถานะภาพสมรส ร้อยละ 77.27 ผ่านการอบรม ร้อยละ 87.39 ในด้านรูปแบบ อสม.สื่อสาร พบว่า ด้านที่ 1 นโยบายบริบทและสิ่งแวดล้อม 1.1)ทราบ เข้าใจ และถือปฏิบัติตลอด ร้อยละ 47.54 1.2)เกิดขึ้นจาก นโยบาย 3 หมอ ร้อยละ 55.84 1.3)เป็นนโยบายที่ดีมาก ร้อยละ 54.75 1.4)เป็นนโยบายที่ยกระดับระบบสุขภาพปฐมภูมิ มี อสม.หมอมคนที 1 เป็น ร้อยละ 65.54 1.5)สสอ./ฝ่ายสาธารณสุขมูลฐานอำเภอ สื่อสารให้ดำเนินการร้อยละ 59.03 1.6)สสอ.ประชุมชี้แจงนโยบาย สื่อสาร ร้อยละ 55.42 1.7)มีการประชุมอบรม จนท.และอสม.ในระดับอำเภอ และในรพ.สต. ร้อยละ 37.90 1.8)มีการขับเคลื่อนการใช้แอปสมาร์ท อสม. ร้อยละ 74.86 1.9)มีการกำกับ ติดตาม ประเมินผลทุกครั้ง ร้อยละ 82.01 ด้านที่ 2. ด้านโครงสร้าง และบทบาทหน้าที่ 2.1)รับทราบ เข้าใจ และถือปฏิบัติตลอด เกี่ยวกับ อสม. สื่อสาร หมายถึง ร้อยละ 47.54 2.2)ทราบ เข้าใจ และ ถือปฏิบัติตลอด เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ ร้อยละ 50.66 2.3)ทราบ เข้าใจ และถือปฏิบัติตลอด เกี่ยวกับประเภท อสม.สื่อสาร ร้อยละ 44.82 2.4)ฝ่าย สสม.อำเภอ ส่ง โฉนดไปยัง กลุ่มไลน์ รพ.สต.ทุกแห่ง ร้อยละ 46.38 2.5)อสม.สื่อสาร ช่วงเช้า หากมีการสื่อสาร นโยบาย หรือ ข้อมูลทางไลน์มาช่วงเช้า ร้อยละ 65.43 2.6)อสม. มีการสื่อสาร ขับเคลื่อนประเด็นต่างๆ ตามนโยบาย อสม. สื่อสารพบว่าทำทั้ง ข้อ1 และข้อ 2 แล้วแต่สะดวก ร้อยละ 52.81 ด้านที่ 3.ด้านกระบวนการ 3.1)อสม. ผู้ทำหน้าที่ รับ-ส่ง ข้อมูลข่าวสาร จากงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพภาคประชาชน กลุ่มงานพัฒนา คุณภาพและรูปแบบบริการ สสจ.อุบลฯ พบว่าทำทุกครั้ง ร้อยละ 70.05 3.2)อสม. ผู้ทำหน้าที่รับ-ส่ง ข้อมูล ข่าวสาร จากฝ่ายสาธารณสุขมูลฐานระดับอำเภอ สสอ. พบว่า ทำทุกครั้ง ร้อยละ 67.89 3.3)อสม. ผู้ทำหน้าที่ รับ-ส่ง ข้อมูลข่าวสาร จากฝ่ายปฐมภูมิและองค์กรวม โรงพยาบาลชุมชน พบว่าทำทุกครั้ง ร้อยละ 65.41 3.4) อสม. ผู้ทำหน้าที่ รับ-ส่ง ข้อมูลข่าวสาร จาก ผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุข มูลฐานและระบบสุขภาพภาค ประชาชน รพ.สต. พบว่า ทำทุกครั้ง ร้อยละ 73.55 3.5)อสม. ผู้ทำหน้าที่รับ-ส่งข้อมูลข่าวสาร ประธาน อสม. จังหวัด พบว่าทำทุกครั้ง ร้อยละ 62.67 3.6)อสม. ผู้ทำหน้าที่ รับ-ส่ง ข้อมูลข่าวสาร ประธาน อสม.โซน พบว่า

**ส่วนที่ 2** ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)

**4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)**

ทำทุกครั้ง ร้อยละ 63.97 3.7)อสม.ผู้ทำหน้าที่ รับ-ส่ง ข้อมูลข่าวสารจากประธาน อสม.ตำบล พบว่าทำทุกครั้ง ร้อยละ 72.09 ด้านที่ 4 ด้านเทคโนโลยี 4.1)ท่านมีและใช้อุปกรณ์สื่อสารในการดำเนินงานส่งข้อมูลข่าวสารผ่านระบบโซเชียลต่างๆ ตามนโยบาย อสม.สื่อสาร จังหวัดอุบลราชธานี ส่วนใหญ่มีและใช้โทรศัพท์มือถือ ร้อยละ 87.99 4.2)โทรศัพท์มือถือของท่านมีสเปค สมรรถนะ สามารถใช้ส่งข้อมูลข่าวสารผ่านระบบโซเชียลต่างๆ ตามนโยบาย อสม.สื่อสาร จังหวัดอุบลราชธานี ส่วนใหญ่ใช้ได้ ร้อยละ 98.73 4.3)สัญญาณอินเทอร์เน็ตในโทรศัพท์มือถือในพื้นที่ของท่าน สามารถใช้ส่งข้อมูลข่าวสาร ผ่านระบบโซเชียลต่างๆ ตามนโยบาย อสม.สื่อสาร จังหวัดอุบลราชธานี ส่วนใหญ่ใช้ได้ ร้อยละ 99.06 4.4)ท่านสามารถ เข้าลิงค์และรายงานข้อมูลตอบคำถามกลับในกรู๊ปเฟิร์มที่ทางจังหวัด ส่งทางไลน์กลุ่ม ตามนโยบาย อสม.สื่อสาร จังหวัดอุบลราชธานี ส่วนใหญ่ เข้าได้ทุก ครั้ง และรายงานข้อมูลตอบกลับทุกครั้ง ร้อยละ 84.11 4.5)ท่านได้ใช้สื่อโซเชียลใดบ้าง ในการสื่อสารตามนโยบาย อสม.สื่อสาร จังหวัดอุบลราชธานี ส่วนใหญ่ ใช้ไลน์กลุ่ม ร้อยละ 36.70 รองลงมา ใช้แอป สมาร์ท อสม. ร้อยละ 31.54 ด้านที่ 5 ด้านการตัดสินใจ 5.1 ด้านความรู้ 5.1.1)อสม.ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบาย อสม.สื่อสาร เกิดขึ้นจาก ธรรมนูญ อสม.ปี 2563 พบว่า ใช่ ร้อยละ 92.84 5.1.2)อสม.ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับที่มา อสม.สื่อสารพบว่า ใช่ ร้อยละ 98.00 5.1.3)อสม.ด้านความรู้ความเข้าใจ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี ร่วมกับชมรม อสม.จังหวัดอุบลราชธานี ได้กำหนดให้มี อสม.สื่อสาร ที่ได้กำหนดไว้ใน ธรรมนูญ อสม. พบว่า ใช่ ร้อยละ 97.10 คน) 5.1.4)อสม. ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ นโยบาย อสม. สื่อสาร ลงไปหา อสม.ไม่ครอบคลุม หัวถึง ทำให้ไม่ทราบข้อมูล ไม่สามารถปฏิบัติงานตามนโยบายได้อย่างมีประสิทธิภาพ พบว่า ใช่ ร้อยละ 86.90 5.1.5)อสม. ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบาย อสม.สื่อสาร เป็น นโยบายที่ไม่เกี่ยวข้องกับสัมพันธ์ เชื่อมโยง หนุนเสริม บูรณาการ กับนโยบายอื่นๆ งานกิจกรรมใดๆเลย พบว่า ใช่ ร้อยละ 76.69 5.1.6)อสม. ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบาย อสม.สื่อสาร มี 2 ประเภท คือ ประเภท ผู้นำ อสม.ได้แก่ ประธานอสม.จังหวัด/อำเภอ/ตำบล /รพ.สต./หมู่บ้าน และประเภทที่ไม่ใช่ผู้นำ อสม.ได้แก่ อสม.หมอบริการบ้าน /อสม.แพทย์แผนไทย /อสม.สื่อสาร (ที่อยู่ในกลุ่มไลน์ อสม.สื่อสาร) /อสม.ดีเด่น/อสม.แอมบัสซัด/อสม.วิถีไทยห่างไกลโรค พบว่า ใช่ ร้อยละ 93.24 5.1.7)อสม. ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ นโยบาย อสม.สื่อสาร ประเภท ผู้นำ อสม.สื่อสาร จะสื่อสารไปยังประธาน อสม.แต่ละระดับตามลำดับ ตั้งแต่ จังหวัด /โซน/ อำเภอ / ตำบล/ รพ.สต./หมู่บ้าน/ชุมชน พบว่า ใช่ ร้อยละ 97.01 5.1.8)อสม. ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบาย อสม.สื่อสาร ประเภทไม่ใช่ ผู้นำ อสม. ให้สื่อสาร อสม.ในหมู่บ้านของตนเอง หรือ ภาควิชาหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พบว่า ใช่ ร้อยละ 85.86 5.1.9)อสม.ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบาย อสม. สื่อสาร อสม.เมื่อสื่อสารเสร็จ ไม่จำเป็นต้องรายงานผลการสื่อสารในลิงค์ต่างๆ กลับมา พบว่า ใช่ ร้อยละ 75.14 5.1.10)อสม. ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบาย อสม.สื่อสาร สสอ./ฝ่าย สสม.อำเภอ/รพ.สต. ไม่จำเป็นต้องสนับสนุนการสื่อสารลงพื้นที่ระดับอำเภอและระดับตำบล พบว่า ใช่ ร้อยละ 72.66 5.1.11)อสม. ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบาย อสม.สื่อสาร ได้กำหนดไว้อย่างน้อยหมู่บ้านละ 1 คน โดยมีการอบรมไปแล้ว เมื่อปี 2563 ร่วมบูรณาการกับงานวิจัยโควิด-19 ของทางมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี พบว่า ใช่ ร้อยละ 90.01 5.1.12)อสม.สื่อสาร มีบทบาทหน้าที่รับข้อมูลข่าวสาร ในระบบออนไลน์จากจังหวัด อำเภอ และ ระดับ ตำบล ไปสื่อสารให้ อสม. ได้ทราบ เข้าใจ และถือปฏิบัติ อย่างรวดเร็ว ทันต่อสถานการณ์ พบว่า ใช่ ร้อยละ 97.09 5.1.13)จะมีการสื่อสาร นโยบาย /ประเด็นขับเคลื่อน/กิจกรรมต่างๆ ให้ อสม.ทราบและถือปฏิบัติเป็น

**ส่วนที่ 2** ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)

#### 4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

รูปแบบหนังสือสั่งการ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ไปยังสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โดยตรงเท่านั้น พบว่า ไข ร้อยละ 91.51 5.1.14)การรณรงค์การตอบคำถามหรือให้ข้อมูลผ่านลิงค์ เป็นกิจกรรมหลัก ของนโยบาย อสม.สื่อสาร พบว่า ไข ร้อยละ 96.47 5.1.15)สนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ที่สำคัญ ในปีที่ผ่านมา คือ การคัดกรอง ผู้สูงอายุโดยใช้แอป อสม.การขับเคลื่อนนโยบาย 3 หมอ พบว่า ไข ร้อยละ 97.19 5.1.16)เรื่องที่สื่อสาร ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ นโยบายจังหวัด นโยบายนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เรื่องจากชมรม อสม.และประเด็นอื่นๆที่เกี่ยวข้อง พบว่า ไข ร้อยละ 96.40 5.1.17)ห้วงเวลาการสื่อสาร นโยบาย อสม.สื่อสาร จังหวัดอุบลราชธานี ดังนี้ 1)สื่อสารปกติ รอบละ 1-2 สัปดาห์ 2)สื่อสารด่วนเมื่อมีนโยบายเร่งด่วน ตามบริบทพบว่า ไข ร้อยละ 95.13 5.1.18)อสม.สื่อสาร ยังไม่เคยมีการให้รางวัล อสม.สื่อสาร เพื่อที่จะสร้างบรรยากาศ ชื่นชมผู้เข้าร่วมขับเคลื่อนเป็นรางวัล เล็กๆน้อยๆแต่ มากด้วยน้ำใจ เป็นรอบๆตามแต่จะมีผู้สนับสนุน พบว่า ไข ร้อยละ 85.88 5.1.19)อสม.สื่อสาร ขับเคลื่อนการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ปี 2564 (อสม.เคาะประตูบ้าน) ช่วง 22 ธ.ค.2563 - 5 ม.ค. 2564 มีผลงาน อันดับ 1 ของประเทศ พบว่า ไข ร้อยละ 95.65 5.1.20)อสม.คัดกรอง ผู้สูงอายุ โดยสมาร์ท อสม.สามารถคัดกรอง ผู้สูงอายุ มีจำนวนมาก ได้อันดับ 2 ของประเทศ (ณ.24 เมษายน 2566) พบว่า ไข ร้อยละ 95.51

**ด้านทักษะ** 5.2.1)การลงแอปไลน์ในมือ พบว่า ส่วนใหญ่ มีทักษะดี ร้อยละ 59.13 5.2.2) การเปิดไลน์ อ่านข้อความในกลุ่มต่างๆ พบว่า ส่วนใหญ่ มีทักษะดี ร้อยละ 67.13 5.2.3) การพิมพ์ข้อความและส่งเข้ากลุ่ม ไลน์ต่างๆ พบว่า ส่วนใหญ่ มีทักษะดี ร้อยละ 63.39 5.2.4) การเปิดลิงค์ที่มาในกลุ่มไลน์ พบว่า ส่วนใหญ่ มีทักษะดี ร้อยละ 63.15 การกรอกข้อมูลในกลุ่มไลน์ พบว่า ส่วนใหญ่ มีทักษะดี ร้อยละ 56.96

**3.1.3 การสัมภาษณ์เชิงลึก(In-depth interview) สำหรับ ผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิ โดยได้** คัดเลือก ผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่มีความรู้ และประสบการณ์ในการพัฒนาศักยภาพ อสม.รวมทั้ง ผู้บริหารที่เกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายในระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับตำบล มีผลการศึกษา เป็นข้อสรุป แนวทาง การพัฒนารูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)สื่อสาร ในการดำเนินงานสาธารณสุข มูลฐานและสุขภาพภาคประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 12 ข้อ ดังนี้ 1)การสื่อสาร ระหว่าง อสม.สื่อสาร กับ อสม.จะทำให้ อสม.เข้าถึงได้ง่าย เข้าใจได้ดีกว่า เจ้าหน้าที่สื่อสาร 2)ควรสื่อสารในหลากหลายแพลตฟอร์ม เช่น ยูทูป ไลน์ เฟสบุ๊ค และติ๊กต็อก เป็นต้น เพื่อเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ทั่วถึง ตามความชอบของกลุ่มเป้าหมาย 3)การทำแพลตฟอร์ม ต่างๆ ในการสื่อสาร ควรทำให้เข้าถึงได้ง่าย สะดวกผู้ใช้ 4)ข้อความที่สื่อสารควรสั้น กระชับ ไม่ยาวจนเกินไป ติดหู ติดตา โดนใจ ตรงประเด็น และมีการคืนข้อมูล ให้ อสม 5)ให้มีการพัฒนาศักยภาพ อสม.อย่างต่อเนื่อง ทั้งระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล ให้มีความรู้และทักษะ มีความพร้อมในการใช้เครื่องมือสื่อสาร 6)ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรเป็นพี่เลี้ยงสนับสนุนทุกเรื่อง ทั้งเรื่องวิชาการ ความรู้ ด้านดิจิทัล การติดตาม หนุนเสริม การให้รางวัล การชื่นชม ให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง 7)เป็นโครงการนโยบายที่ดีมาก ควรสนับสนุนดำเนินการต่อ และขยายผลให้ดียิ่งขึ้น 8)ควรมีการจัดทำวาระนโยบายเป็นประจำทุกเดือน เพื่อกระตุ้นให้เกิดการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่อง เช่น เดือนธันวาคม รณรงค์เรื่องอุบัติเหตุ การคัดกรอง คนเมาสุรา ในช่วงปีใหม่ หรือเดือนกุมภาพันธ์ วันแห่งความรัก อาจขับเคลื่อนนโยบายส่งเสริมการมีบุตร เป็นต้น 9)ควรส่งเสริมสนับสนุนให้มีรางวัล มีใบประกาศ ชื่นชมในการปฏิบัติงาน อสม.สื่อสาร เพื่อเป็นขวัญกำลังใจและแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน 10)การสื่อสารที่ยกระดับจากการเป็นเอกสารเป็นหนังสือ ให้เป็นรูปไฟล์อิเล็กทรอนิกส์



ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

หรือดิจิทัลให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อความรวดเร็ว ทันต่อสถานการณ์ ในโลกยุคดิจิทัล 11)ส่งเสริมสนับสนุน ให้ อสม.ทุกคน เข้าแพลตฟอร์มต่างๆ ที่มี ให้ครบทุกคน เช่น กลุ่มไลน์โอเพ่นแชท อสม.สื่อสาร เฟสบุ๊คส์ อสม.สื่อสาร ยูทูป อสม.สื่อสาร และแอป สมาร์ท อสม. เป็นต้น 12)ขยายแนวคิด อสม.สื่อสาร จาก จังหวัดอุบลราชธานี ไปสู่ ระดับเขต ระดับภาค และระดับประเทศ

3.2 การพัฒนารูปแบบ โดยการนำผลการศึกษาจากศึกษาเอกสาร แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การประชุมสนทนากลุ่ม (Focus Group) การใช้แบบสอบถาม อสม. (Questionnaire) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) มาวิเคราะห์ (Analysis) มาสังเคราะห์ (Synthesis) ได้รูปแบบ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) สื่อสาร ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและสุขภาพภาคประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี ดังนี้ รูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)สื่อสาร ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและสุขภาพภาคประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี มีแนวทาง 5 ด้าน ดังนี้ 1.ด้าน บริบท และ สิ่งแวดล้อม มีจำนวน 11 ข้อ ดังนี้ 1)มีการดำเนินการสอดคล้องกับนโยบาย 3 หมอ 2) มีการดำเนินการตาม นโยบายสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพประชาชน 3)มีการดำเนินการสอดคล้องกับสภาพ ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ 4)มีการดำเนินการตามหลัก ธรรมนุญ อสม. 5)มีการดำเนินการพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้ เป็น อสม.สื่อสาร 6)มีการดำเนินการให้เป็นนโยบายสำคัญในการปฏิบัติงานของ อสม. 7)เป็นการพัฒนารูปแบบ อสม.สื่อสาร 8)เป็นนโยบายที่จำเป็นด้านสุขภาพ 9)เป็นนโยบายที่เป็นประโยชน์ 10)เป็นนโยบายที่ถือว่าเป็นการพัฒนาศักยภาพ อสม.ร่วมด้วย 11)เป็นนโยบายที่มีความจำเป็นที่ต้องมีการพัฒนาต่อไป 2.ด้านโครงสร้าง 1) อสม.สื่อสาร หมายถึง อสม.ที่นำข่าวสาร นโยบายจากผู้บริหารหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องไปสื่อสารให้ อสม.ได้รับทราบและถือปฏิบัติ 2)อสม.สื่อสาร มี 2 ประเภท คือ (1)ประเภทผู้นำ อสม. ได้แก่ ประธาน อสม.หมู่บ้าน/รพ.สต./ตำบล/อำเภอ/โซน และระดับจังหวัด (2)ประเภทไม่ใช่ผู้นำ อสม. ได้แก่ 1.อสม.หมอบริการบ้าน 2.อสม.สื่อสาร 3.อสม.แพทย์แผนไทย 4.อสม.แอปพันภัย 5.อสม.วิถีไทย ห่างไกลโรค 6.อสม.ดีเด่น ทุกสาขา/ทุกปี หรือ อสม.อื่นๆที่ได้รับมอบหมาย เป็นต้น 3)อสม.สื่อสารประเภทผู้นำ อสม.จะสื่อสารตามลำดับโครงสร้างจาก ประธานจังหวัดไปยังประธานอำเภอ ประธานอำเภอไปยังประธานตำบล ประธานตำบลไปยังประธานหมู่บ้าน ประธานหมู่บ้านไปยัง อสม.ทุกคน 4)อสม.สื่อสารประเภทไม่ใช่ผู้นำ อสม.จะสื่อสารไปเครือข่ายที่เชื่อมโยง ทั้ง แนวราบ แนวตั้งที่รู้จัก และสื่อสารไปยัง อสม.ในหมู่บ้านตนเอง 5)อสม.สื่อสารจะสื่อสารไปยัง อสม.ในหมู่บ้าน ตัวเอง 3.ด้านเทคโนโลยี 1)อสม.สื่อสาร ต้องมีโทรศัพท์มือถือที่มีสมรรถนะใช้แอปต่างๆในการสื่อสาร 2)อสม.สื่อสาร มีความรู้และทักษะในการใช้มือถือ 3)อสม.สื่อสาร มีความรู้และทักษะ ในการแอปต่างๆ ด้านสุขภาพใน มือถือ ในการสื่อสารข้อมูลในโซเชียล เช่น สมาร์ท อสม. อสม.ออนไลน์ เป็นต้น 4)อสม.สื่อสาร มีความรู้และ ทักษะสามารถเข้าใช้โปรแกรม Line 5)อสม.สื่อสารมีความรู้และทักษะสามารถเข้าใช้โปรแกรม Facebook 6) อสม.สื่อสาร มีความรู้และทักษะสามารถเข้าใช้โปรแกรม You tube 7)อสม.สื่อสาร มีความรู้และทักษะสามารถ เข้าใช้ค้นหาข้อมูลความรู้เว็บไซต์ต่างๆได้ 8)อสม.สื่อสาร มีความรู้และทักษะสามารถถ่ายรูป ถ่ายคลิปวิดีโอ และนำเข้าสู่ระบบโซเชียลได้ 9)อสม.สื่อสาร มีความรู้และทักษะสามารถเข้าประชุมสื่อสารในระบบออนไลน์ เช่น ระบบชุม ระบบเวปเอกซ์ เป็นต้น 4.ด้านกระบวนการ สายที่ 1 สื่อสารเครือข่ายเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สายที่ 2 สื่อสารเครือข่าย ประธาน อสม.และ สายที่ 3 สื่อสารเครือข่าย อสม.สื่อสาร 5.ด้านการตัดสินใจ 1)ความรู้ใน การสื่อสาร 2)ทักษะในการสื่อสาร 3)แรงจูงใจในการสื่อสาร

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)

#### 4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

3.3 การประเมินการพัฒนารูปแบบความเที่ยงตรงในด้านความเหมาะสมและเป็นไปได้ โดยได้ประเมินจากศึกษาความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 15 คน มีความสอดคล้องเหมาะสม และเป็นไปได้

3.4 การประเมินการพัฒนารูปแบบด้านความเหมาะสมการนำไปใช้ ของการพัฒนารูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) สื่อสาร ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและสุขภาพภาคประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี โดยประเมินความเหมาะสมในการนำไปใช้ จากการศึกษาความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) จังหวัดอุบลราชธานี จากประชากร 34,681 คน สุ่มตัวอย่าง 800 คน มีผลการศึกษา มีความเหมาะสมภาพรวม ระดับมาก ( $\bar{X}=4.21$ ) และเมื่อจำแนกรายด้าน ทั้ง 6 ด้าน ก็มีความเหมาะสมภาพรวมรายด้านระดับมากทั้งหมด มีรายละเอียด ดังนี้ 1.ด้านบริบท และสิ่งแวดล้อม มีความเหมาะสมภาพรวมรายด้าน ระดับมาก ( $\bar{X}=4.28$ ) ประกอบด้วยข้อย่อย 11 ข้อ 2.ด้านโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ มีความเหมาะสมภาพรวมรายด้าน ระดับมาก ( $\bar{X}=4.30$ ) ประกอบด้วยข้อย่อย 5 ข้อ 3.ด้านเทคโนโลยี มีความเหมาะสมภาพรวมรายด้าน ระดับมาก ( $\bar{X}=4.29$ ) ประกอบด้วยข้อย่อย 9 ข้อ 4.ด้านกระบวนการ มีความเหมาะสมภาพรวมรายด้าน ระดับมาก ( $\bar{X}=4.29$ ) 4.1.1) สายที่ 1 สื่อสารเครือข่ายเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ( $\bar{X}=4.29$ ) 4.1.2) สายที่ 2 สื่อสารเครือข่ายประธาน อสม. ( $\bar{X}=4.31$ ) 4.1.3) สายที่ 3 สื่อสารเครือข่าย อสม.สื่อสาร (ไม่ใช่ประเภทผู้นำ อสม.) ( $\bar{X}=4.28$ ) 5.ด้านการตัดสินใจ มีความเหมาะสมภาพรวมรายด้านระดับมาก ( $\bar{X}=4.25$ ) 5.1ความรู้ในการสื่อสาร ( $\bar{X}=4.25$ ) 5.2 ทักษะในการสื่อสาร ( $\bar{X}=4.27$ ) 5.3 แรงจูงใจในการสื่อสาร ( $\bar{X}=4.23$ ) และ 6 ด้านปัญหา มีความเหมาะสมภาพรวมรายด้านระดับมาก ( $\bar{X}=4.23$ )

#### 5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 ได้ผลสรุปการสนทนากลุ่ม(Focus Group) ในการพัฒนารูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)สื่อสาร ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและสุขภาพภาคประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 14 ข้อ ดังนี้ 1)จัดประชุมชี้แจง บทบาทหน้าที่ อสม.สื่อสารและวางแผนการดำเนินงาน 2)การอบรมพัฒนาศักยภาพ อสม.สื่อสารอย่างต่อเนื่อง 3)จัดเจ้าหน้าที่เป็นที่เล็งในการดำเนินงาน อสม.สื่อสาร และแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการ 4)การพัฒนาระบบการสื่อสาร 5)อสม.สื่อสาร ต้องปฏิบัติหน้าที่ความรับผิดชอบ 6)ควรมีการเพิ่มจำนวน อสม.สื่อสาร 7)ส่งเสริมให้เพิ่มกลุ่มเครือข่ายอื่นๆ ในการเป็น อสม.สื่อสาร 8)จัดให้มีศูนย์ประสานงานระดับอำเภอ 9)ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ 10)จัดให้มีโครงการเชื่อมสัมพันธ์ระหว่าง อสม.เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และภาคีเครือข่าย 11)ประกาศนโยบาย หรือจัดทำธรรมนูญ อสม.ประเด็นการใช้เทคโนโลยีมาช่วยในการสื่อสารการดำเนินงาน และ 12)การจับคู่บัดดี้ อสม.ให้มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการใช้เทคโนโลยี

5.2 ได้ผลสรุปการสัมภาษณ์เชิงลึก(In-depth interview) สำหรับ ผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิ ในการพัฒนารูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)สื่อสาร ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและสุขภาพภาคประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 12 ข้อ ดังนี้ 1)การสื่อสาร ระหว่าง อสม.สื่อสาร กับ อสม. จะทำให้ อสม.เข้าถึงได้ง่าย เข้าใจได้ดีกว่าเจ้าหน้าที่สื่อสาร 2)ควรสื่อสารในหลากหลายแพลตฟอร์ม เช่น ยูทูบ

**ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)**

### 5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ) (ต่อ)

ไลน์ เฟสบุ๊คส์ และติ๊กต็อก เป็นต้น เพื่อเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ทั่วถึง ตามความชอบของกลุ่มเป้าหมาย 3)การทำ แพลตฟอร์ม ต่างๆ ในการสื่อสาร ควรทำให้เข้าถึงได้ง่าย สะดวกผู้ใช้ 4)ข้อความที่สื่อสารควรสั้น กระชับ ไม่ยาวจนเกินไป ติดหู ติดตา โดนใจ ตรงประเด็น และมีการคืนข้อมูลให้ อสม. 5)ให้มีการพัฒนาศักยภาพ อสม.อย่างต่อเนื่อง ทั้งระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล ให้มีความรู้และทักษะ มีความพร้อมในการใช้เครื่องมือสื่อสาร 6)ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรเป็นพี่เลี้ยงสนับสนุนทุกเรื่อง ทั้งเรื่องวิชาการ ความรู้ ด้านดิจิทัล การติดตาม หนุนเสริม การให้รางวัล การชื่นชม ให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง 7)เป็นโครงการนโยบายที่ดีมาก ควรสนับสนุน ดำเนินการต่อ และขยายผลให้ดียิ่งขึ้น 8)ควรมีการจัดทำวาระนโยบายเป็นประจำทุกเดือน เพื่อกระตุ้นให้เกิดการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่อง เช่น เดือนธันวาคม รมรณรงค์เรื่องอุบัติเหตุ การคัดกรองคนเฝ้าสุราในช่วงปีใหม่ หรือ เดือนกุมภาพันธ์ วันแห่งความรัก อาจขับเคลื่อนนโยบายส่งเสริมการมีบุตร การป้องกันการท้องไม่พร้อม เป็นต้น 9)ควรส่งเสริมสนับสนุนให้มีรางวัล มีใบประกาศ ชื่นชมในการปฏิบัติงาน อสม.สื่อสาร เพื่อเป็นขวัญกำลังใจและแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน 10)การสื่อสารที่ยกระดับจากการเป็นเอกสารเป็นหนังสือ ให้เป็นรูปไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ หรือดิจิทัลให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อความรวดเร็ว ทันต่อสถานการณ์ ในโลกยุคดิจิทัล 11)ส่งเสริมสนับสนุน ให้ อสม.ทุกคน เข้าแพลตฟอร์มต่างๆ ที่มี ให้ครบทุกคน เช่น กลุ่มไลน์โอเพ่นแชท อสม.สื่อสาร เฟสบุ๊คส์ อสม.สื่อสาร ยูทูบ อสม.สื่อสาร และแอป สมาร์ท อสม. เป็นต้น 12)ขยายแนวคิด อสม.สื่อสาร จากจังหวัดอุบลราชธานี ไปสู่ ระดับเขต ระดับภาค และระดับประเทศ

5.3 ได้รูปแบบ รูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)สื่อสาร ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและสุขภาพภาคประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี มีแนวทาง 5 ด้าน ดังนี้ 1.ด้านบริบท และ สิ่งแวดล้อม มีจำนวน 11 ข้อ ดังนี้ 1)มีการดำเนินการสอดคล้องกับนโยบาย 3 หมอ 2)มีการดำเนินการตาม นโยบายสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพประชาชน 3)มีการดำเนินการสอดคล้องกับสภาพปัญหาสุขภาพในพื้นที่ 4)มีการดำเนินการตามหลัก ธรรมนุญ อสม. 5)มีการดำเนินการพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้เป็น อสม.สื่อสาร 6)มีการดำเนินการให้เป็นนโยบายสำคัญในการปฏิบัติงานของ อสม. 7)เป็นการพัฒนารูปแบบ อสม.สื่อสาร 8)เป็นนโยบายที่จำเป็นด้านสุขภาพ 9)เป็นนโยบายที่เป็นประโยชน์ 10)เป็นนโยบายที่ถือว่าเป็นการพัฒนาศักยภาพ อสม.ร่วมด้วย 11)เป็นนโยบายที่มีความจำเป็นที่ต้องมีการพัฒนาต่อไป 2.ด้านโครงสร้าง 1)อสม.สื่อสาร หมายถึง อสม.ที่นำข่าวสาร นโยบายจากผู้บริหารหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องไปสื่อสารให้ อสม.ได้รับทราบและถือปฏิบัติ 2)อสม.สื่อสาร มี 2 ประเภท คือ (1)ประเภทผู้นำ อสม. ได้แก่ ประธาน อสม.หมู่บ้าน/รพ.สต./ตำบล/อำเภอ/โซน และระดับจังหวัด (2)ประเภทไม่ใช่ผู้นำ อสม. ได้แก่ 1.อสม.หมอบริการบ้าน 2.อสม.สื่อสาร 3.อสม.แพทย์แผนไทย 4.อสม.แอปพันภัย 5.อสม.วิถีไทย ท่างไกลโรค 6.อสม.ดีเด่น ทุกสาขา/ทุกปี หรือ อสม.อื่นๆที่ได้รับมอบหมาย เป็นต้น 3)อสม.สื่อสารประเภทผู้นำ อสม.จะสื่อสารตามลำดับโครงสร้างจาก ประธานจังหวัดไปยังประธานอำเภอ ประธานอำเภอไปยังประธานตำบล ประธานตำบลไปยังประธานหมู่บ้าน ประธานหมู่บ้านไปยัง อสม.ทุกคน 4)อสม.สื่อสารประเภทไม่ใช่ผู้นำ อสม.จะสื่อสารไปเครือข่ายที่เชื่อมโยง ทั้งแนวราบ แนวตั้งที่รู้จัก และสื่อสารไปยัง อสม.ในหมู่บ้านตนเอง 5)อสม.สื่อสารจะสื่อสารไปยัง อสม.ในหมู่บ้านตัวเอง 3.ด้านเทคโนโลยี 1)อสม.สื่อสาร ต้องมีโทรศัพท์มือถือที่มีสมรรถนะใช้แอปต่างๆในการสื่อสาร 2)อสม.สื่อสาร มีความรู้และทักษะในการใช้มือถือ 3)อสม.สื่อสาร มีความรู้และทักษะ ในการแอปต่างๆ ด้านสุขภาพในมือถือ ในการสื่อสารข้อมูลในโซเชียล เช่น สมาร์ท อสม. อสม.ออนไลน์ เป็นต้น 4)อสม.สื่อสาร มีความรู้และทักษะสามารถ

**ส่วนที่ 2** ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)

**5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ) (ต่อ)**

เข้าใช้โปรแกรม Line 5) อสม. สื่อสารมีความรู้และทักษะสามารถเข้าใช้โปรแกรม Facebook 6) อสม. สื่อสาร มีความรู้และทักษะสามารถเข้าใช้โปรแกรม You tube 7) อสม. สื่อสาร มีความรู้และทักษะสามารถเข้าใช้ค้นหา ข้อมูลความรู้เว็บไซต์ต่างๆได้ 8) อสม. สื่อสาร มีความรู้และทักษะสามารถถ่ายรูป ถ่ายคลิปวิดีโอ และนำเข้าสู่ ระบบโซเชียลได้ 9) อสม. สื่อสาร มีความรู้และทักษะสามารถเข้าประชุมสื่อสารในระบบออนไลน์ เช่น ระบบชม ระบบเวปเอกซ์ เป็นต้น 4. ด้านกระบวนการ สายที่ 1 สื่อสารเครือข่ายเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สายที่ 2 สื่อสาร เครือข่าย ประธาน อสม. และ สายที่ 3 สื่อสารเครือข่าย อสม. สื่อสาร 5. ด้านการตัดสินใจ 1) ความรู้ในการ สื่อสาร 2) ทักษะในการสื่อสาร 3) แรงจูงใจในการสื่อสาร

5.4 ได้ผลการประเมินการพัฒนารูปแบบด้านความเหมาะสมการนำไปใช้ ของการพัฒนารูปแบบ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) สื่อสาร ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและสุขภาพภาค ประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี โดยประเมินความเหมาะสมในการนำไปใช้ จากการศึกษาความคิดเห็นของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) จังหวัดอุบลราชธานี จากประชากร 34,681 คน สุ่มตัวอย่าง 800 คน มีผลการศึกษา มีความเหมาะสมภาพรวม ระดับมาก ( $\bar{X}=4.21$ ) และเมื่อจำแนกรายด้าน ทั้ง 6 ด้าน ก็มีความเหมาะสมภาพรวมรายด้านระดับมากทั้งหมด มีรายละเอียด ดังนี้ 1. ด้านบริบท และสิ่งแวดล้อม มีความเหมาะสมภาพรวมรายด้าน ระดับมาก( $\bar{X}=4.28$ ) ประกอบด้วยข้อย่อย 11 ข้อ 2. ด้านโครงสร้างและบทบาท หน้าที่ มีความเหมาะสมภาพรวมรายด้าน ระดับมาก ( $\bar{X}=4.30$ ) ประกอบด้วยข้อย่อย 5 ข้อ 3. ด้านเทคโนโลยี มีความเหมาะสมภาพรวมรายด้าน ระดับมาก ( $\bar{X}=4.29$ ) ประกอบด้วยข้อย่อย 9 ข้อ 4. ด้านกระบวนการ มีความเหมาะสมภาพรวมรายด้าน ระดับมาก( $\bar{X}=4.29$ ) 4.1.1) สายที่ 1 สื่อสารเครือข่ายเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ( $\bar{X}=4.29$ ) 4.1.2) สายที่ 2 สื่อสารเครือข่ายประธาน อสม. ( $\bar{X}=4.31$ ) 4.1.3) สายที่ 3 สื่อสารเครือข่าย อสม. สื่อสาร (ไม่ใช่ประเภทผู้นำ อสม.) ( $\bar{X}=4.28$ ) 5. ด้านการตัดสินใจ มีความเหมาะสมภาพรวมรายด้านระดับมาก ( $\bar{X}=4.25$ ) 5.1) ความรู้ในการสื่อสาร ( $\bar{X}=4.25$ ) 5.2) ทักษะในการสื่อสาร ( $\bar{X}=4.27$ ) 5.3) แรงจูงใจในการสื่อสาร ( $\bar{X}=4.23$ ) และ 6 ด้านปัญหา มีความเหมาะสมภาพรวมรายด้านระดับมาก ( $\bar{X}=4.23$ )

**6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ**

6.1 การนำรูปแบบ อสม. สื่อสาร ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพภาคประชาชน ไปประยุกต์ ปรับใช้ การดำเนินงาน อสม. สื่อสาร ที่มีการดำเนินงาน ให้ ครบตามแนวทาง ทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ 1. ด้าน บริบทและสิ่งแวดล้อม 2. ด้านโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ 3. ด้านกระบวนการ 4. ด้านเทคโนโลยี และ 5. ด้าน การตัดสินใจ โดยเฉพาะในการพัฒนาความรู้ และ ทักษะ ที่จำเป็นในการสื่อสาร รวมทั้ง แรงจูงใจ ในการ ปฏิบัติงานในหน้าที่ อสม. สื่อสาร

6.2 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ในการนำรูปแบบ อสม. สื่อสาร ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบ สุขภาพภาคประชาชน ไปประยุกต์ ปรับใช้ เพื่อประเมินผล การดำเนินการตามรูปแบบ เพื่อยกระดับรูปแบบ อสม. สื่อสาร ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพภาคประชาชน ให้สามารถปฏิบัติได้จริง เป็นไปตาม วัตถุประสงค์ ของรูปแบบ อสม. สื่อสาร

6.3 การนำรูปแบบ อสม. สื่อสาร ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพภาคประชาชน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)

#### 6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ (ต่อ)

ไปประยุกต์ ยกระดับ อสม.สื่อสาร เป็น อสม.สื่อสารดิจิทัล ซึ่งเป็นการพัฒนาต่อยอด จาก อสม.สื่อสาร ธรรมดา ให้มีความรู้ และ ทักษะ ด้านดิจิทัล มากขึ้น เพื่อตอบสนองการทำงาน ในยุคดิจิทัล

6.4 การนำรูปแบบ อสม.สื่อสาร ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพภาคประชาชน ไปประยุกต์ ยกระดับ บูรณาการ เชื่อมโยง การขับเคลื่อน นโยบายสถานีสสุขภาพชุมชน หรือ Health station ที่มีการขับเคลื่อนในระดับหมู่บ้านชุมชน โดยมี อสม.หมอกคนที่ 1 เป็นศูนย์กลางการขับเคลื่อน

6.5 การนำรูปแบบ อสม.สื่อสาร ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพภาคประชาชน ไปประยุกต์ ยกระดับ อสม.สื่อสาร ให้ เป็น อสม.สื่อสาร ในการขับเคลื่อน ธรรมนูญสุขภาพ ระดับหมู่บ้าน ที่เป็นกลไก ที่จะสร้างความยั่งยืน ในด้านสุขภาพชุมชน ต่อเนื่องเชื่อมโยง กับ สถานีสสุขภาพชุมชน

6.6 การนำรูปแบบ อสม.สื่อสาร ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพภาคประชาชน ไปประยุกต์ ยกระดับ อสม.สื่อสาร ให้ เป็น อสม.สื่อสาร ในการขับเคลื่อน ประเด็นสุขภาพต่างๆที่เป็นนโยบายส่วนกลาง หรือ ในระดับพื้นที่ เช่น อสม.สื่อสาร ทูตสีเขียว ท้องเที่ยวปลอดภัย,อสม.สื่อสารส่งเสริมการพัฒนาการเด็ก,อสม.สื่อสารส่งเสริมการมีบุตร,อสม.สื่อสารเมืองสุขภาพดี,อสม.สื่อสาร,อสม.สื่อสารดิจิทัลสุขภาพ(บัตรประชาชนใบเดียวใช้ทุกที่),อสม.สื่อสารดิจิทัล การแพทย์ปฐมภูมิ,อสม.สื่อสารสุขภาพจิตดี,อสม.สื่อสารต้านยาเสพติด,อสม.สื่อสาร, อสม.สื่อสารรองรับสังคมสูงวัยสถานชีวาภิบาล,อสม.สื่อสารความรู้ด้านสุขภาพ,อสม.สื่อสารอาเซียน เป็นต้น

#### 7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

7.1 การออกแบบงานวิจัยในการพัฒนารูปแบบ ซึ่งไม่มีรูปแบบแน่นอนตายตัว รูปแบบการวิจัย ก็สามารถทำได้ หลากหลายรูปแบบ ทั้งรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action Research) การวิจัยพัฒนา (Develop Research) การวิจัยเชิงคุณภาพ การวิจัยเชิงปริมาณ การวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed Methods) ในด้านแนวคิด ทฤษฎีก็มีความหลากหลาย ขึ้นกับประเด็น หัวข้อที่เกี่ยวข้อง รวมทั้ง ประเด็น รูปแบบที่ศึกษา ยังไม่พบงานวิจัย ที่ศึกษาเชิงระบบ ในรูปแบบ อสม.สื่อสาร ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพภาคประชาชน โดยตรง มีเพียงงานวิจัยที่ใกล้เคียง ที่พัฒนารูปแบบสมรรถนะ อสม.ในด้านการสื่อสาร ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของรูปแบบทั้งระบบเท่านั้น ทำให้ผู้วิจัย ต้องใช้ความพยายามอย่างสูง ในการทบทวนวรรณกรรม ในด้านทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งประสบการณ์ของผู้วิจัย นอกจากนั้น ผู้เกี่ยวข้องกับการวิจัย หรือ ประชากรที่ศึกษา ก็มีหลายกลุ่ม ผู้วิจัยจึงได้ออกแบบงานวิจัยที่หลากหลายวิธีการ มีการเก็บข้อมูล หลากหลายแบบ ให้เข้าถึงกลุ่มประชากรต่างๆ งานวิจัยจึงเหมาะสมในรูปแบบการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed Methods)

7.2 การเก็บข้อมูล กลุ่มประชากร ที่มีจำนวนมาก และมีลักษณะพื้นฐานที่แตกต่างกัน จำเป็นต้องใช้วิธีการหรือ เครื่องมือที่เหมาะสม แต่ละประชากร ทำให้ผู้วิจัยต้องมีการศึกษา กลุ่มประชากร แต่ละกลุ่มว่าควรใช้เครื่องมือไหนที่เหมาะสม กล่าวคือ ประชากร กลุ่มผู้บริหาร กลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ เครื่องมือที่เหมาะสม ได้ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก(In-depth interview) กลุ่มผู้นำปฏิบัติการ ได้แก่ ฝ่าย สสม.อำเภอ ในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผู้แทน กลุ่มงานด้านปฐมภูมิในโรงพยาบาลชุมชน ผู้แทน รพ.สต. ประธาน อสม.ระดับอำเภอ ใช้การสนทนากลุ่ม(Focus group) หรือ ประชุมกลุ่มย่อย กลุ่มผู้ปฏิบัติการ ได้แก่ อสม.ใช้แบบสอบถาม(Questionair) จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 800 คน และ อสม.ที่เป็น อสม.สื่อสารอีกจำนวน 500 คน เป็นต้น

## ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)

### 8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

8.1 การจัดเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจาก ประชากรที่เก็บข้อมูล มีหลายกลุ่ม และ มีลักษณะข้อมูลบุคคลที่แตกต่างกัน วิธีการเก็บข้อมูล เครื่องที่ใช้แตกต่างกัน ผู้วิจัย จำเป็น ต้องมีการวางแผนการจัดเก็บข้อมูลให้เหมาะสมตามบริบท ถึง จะสามารถ เก็บข้อมูล ได้ครบ ตามแผนการวิจัยที่ได้กำหนด ตัวอย่างเช่น กลุ่มผู้บริหาร

กลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิ ต้องมีการประสาน การนัดหมายล่วงหน้า อย่างชัดเจน เพราะ กลุ่มนี้ มีภารกิจการทำงานค่อนข้างมาก มีเวลาที่จะให้พูดคุยไม่มาก บางที ต้องใช้เวลานอกเวลาหลังเลิกงาน หรือ เป็นเสาร์อาทิตย์ หรือ บางที นัดแล้ว มีงานด่วนเข้ามา ก็ไม่สามารถ จัดเก็บข้อมูลได้ จำเป็นต้องแผนสำรอง ในการเก็บเพิ่มเติม หรือ จัดจำนวนเพิ่มเติม กรณีไม่สามารถเก็บข้อมูลได้ตามแผนงาน

8.2 การวิเคราะห์ และ สังเคราะห์ข้อมูล ที่หลากหลาย จากหลายกลุ่มประชากร และหลายเครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล ทั้งข้อมูลเชิงคุณภาพ และ เชิงปริมาณ ทำให้ผู้วิจัย ต้องศึกษา หาวิธีการ วิเคราะห์ข้อมูลที่เหมาะสมรวมทั้ง การสังเคราะห์ข้อมูล ซึ่งจำเป็นต้องใช้ผู้วิจัยเป็นศูนย์กลาง ใช้ประสบการณ์ในการทำงานและเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เชิงปริมาณ ให้มีความสอดคล้อง เหมาะสม น่าเชื่อถือ อาทิเช่น เริ่มต้นจากข้อคำถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มผู้บริหาร กลุ่มผู้นำ กลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิ แล้ว มาสอบถาม คำถาม ในการเก็บข้อมูล สนทนากลุ่ม กับกลุ่มผู้นำปฏิบัติการ หัวหน้ากลุ่มงานด้านปฐมภูมิ โรงพยาบาล หัวหน้าฝ่าย สสม.สสอ. ผู้แทน รพ.สต.และประธาน อสม.ระดับอำเภอ หลังจากนั้น นำข้อสรุป จากการสัมภาษณ์เชิงลึก และ สนทนากลุ่ม มาทำเป็นข้อคำถาม ในแบบสอบถาม กลุ่ม อสม. จึงจะนำมารวบรวม สังเคราะห์ ให้ได้เป็นข้อเสนอในการพัฒนารูปแบบ อสม.สื่อสารที่เหมาะสม ต่อไป

### 9. ข้อเสนอแนะ

9.1 การนำรูปแบบ อสม.สื่อสาร ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพภาคประชาชน ไปประยุกต์ ปรับใช้ การดำเนินงาน อสม.สื่อสาร ที่มีการดำเนินงาน ให้ ครอบคลุมแนวทาง ทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ 1. ด้านบริบทและสิ่งแวดล้อม 2.ด้านโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ 3.ด้านกระบวนการ 4.ด้านเทคโนโลยี และ 5.ด้านการตัดสินใจ โดยเฉพาะในการพัฒนาความรู้ และ ทักษะ ที่จำเป็นในการสื่อสาร รวมทั้ง แรงจูงใจ ในการปฏิบัติงานในหน้าที่ อสม.สื่อสาร

9.2 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ในการนำรูปแบบ อสม.สื่อสาร ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพภาคประชาชน ไปประยุกต์ ปรับใช้ เพื่อประเมินผล การดำเนินการตามรูปแบบ เพื่อยกระดับรูปแบบ อสม.สื่อสาร ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพภาคประชาชน ให้สามารถปฏิบัติได้จริง เป็นไปตาม วัตถุประสงค์ ของรูปแบบ อสม.สื่อสาร

9.2 การวิจัยเชิงทดลองโปรแกรมในการพัฒนาสมรรถนะ อสม.อสม.สื่อสาร ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพภาคประชาชน ตาม รูปแบบ อสม.สื่อสาร ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพภาคประชาชน ที่ได้ตามผลวิจัย

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)

10. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

งานวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) สื่อสาร ในการดำเนินงาน สาธารณสุขมูลฐานและสุขภาพภาคประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี  
ได้ส่งเผยแพร่ ในวารสารวิชาการ สาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช

11. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ) 100 %

12. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

- |                        |                 |       |
|------------------------|-----------------|-------|
| 1) นายวิจิต พุ่มจันทร์ | สัดส่วนของผลงาน | 100 % |
| 2) .....               | สัดส่วนของผลงาน |       |
| 3) .....               | สัดส่วนของผลงาน |       |

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(นายวิจิต พุ่มจันทร์)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

วันที่...../...../.....

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นายวิจิต พุ่มจันทร์	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(นายอุทัย นิปัจการสุนทร)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริหารสาธารณสุข)

(วันที่) 11 / ก.พ. / ๒๕๖๘

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) .....

(นายธีระพงษ์ แก้วภมร)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

(วันที่) ๒๘ ก.พ. ๒๕๖๘

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ 2 และผลงานลำดับที่ 3 (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ 1

โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ :คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้คำรับรองหนึ่งระดับได้

## แบบการเสนอข้อเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

### (ระดับชำนาญการพิเศษ)

1. เรื่อง การพัฒนารูปแบบ อสม.สื่อสารดิจิทัลและบริบท ในการขับเคลื่อน นโยบายNCDs ดีได้ด้วยกลไก อสม. จังหวัดอุบลราชธานี

#### 2. หลักการและเหตุผล

การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ เข้มแข็งมีคุณภาพทั่วถึงยั่งยืนและบรรลุเป้าหมาย ทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว ๓ คน มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนให้ใกล้ชิดกับประชาชนมากยิ่งขึ้น เน้นการเสริมสร้างสุขภาพ และความรู้ด้านสุขภาพการดูแลสุขภาพองค์รวม ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม มุ่งให้เกิดผลลัพธ์ กับประชาชน ทั้งด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิต ในความสุขภาพ สุขใจ สุขสามัคคี และปลอดภัยจากโรคโควิด ๑๙ ในวิถีชีวิตใหม่ อย่างเป็นรูปธรรมได้จริง จากการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของประชาชน ๓ หมอหรือคนไทย ทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว ๓ คน คือ การประสานการทำงานดูแลประชาชนที่บ้านและชุมชนแบบ “ดูแลใกล้ตัว ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” เพิ่มความครอบคลุมให้ได้รับบริการต่อเนื่อง ลดการเดินทาง ลดความแออัด ของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และส่งต่อรักษาในโรคซับซ้อนยุ่งยาก โดยหมอคนที่ ๑ หมอประจำบ้าน หมอคนที่ ๒ หมอสาธารณสุข และหมอคนที่ ๓ หมอครอบครัว โดยมีวัตถุประสงค์ ให้คนไทย ทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว ๓ คน เน้นการดูแลที่บ้านและชุมชน หมอคนที่ ๑ หมอประจำบ้าน คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือ อสม. ทำหน้าที่ เยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำ คัดกรอง ติดตาม และดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น โดยหมอประจำบ้าน ๑ คนดูแลประชาชน ๑๐-๒๐ หลังคาเรือน เมื่อพิจารณาองค์ประกอบของนโยบาย ๓ หมอ แล้ว หมอคนที่ ๑ คือ อสม.หมอประจำบ้าน เป็นหมอที่อยู่ด้านหน้า ทำงานใกล้ชิดกับประชาชน คนหนึ่งดูแล ๑๐-๒๐ หลังคาเรือน ซึ่งมีเป็นจำนวนมาก ทั่วประเทศ มีถึง ประมาณ ๑ ล้าน ๔ หมื่นคน จึงมีคำถามว่า หมอ คนที่ ๑ มีความพร้อมในการปฏิบัติงาน ทั้งด้านความรู้ ทักษะ รวมทั้งประสบการณ์ มากน้อยเท่าไร การพัฒนาศักยภาพ อสม.จึงเป็นเรื่องสำคัญ และน่าสนใจ ตั้งแต่อดีตที่ผ่านมา จนถึงปัจจุบัน และจะออกแบบ หลักสูตร อสม.หมอ คนที่ ๑ หรือ อสม.หมอ ประจำบ้าน อย่างไร

การพัฒนาศักยภาพ อสม. ที่จะแก้ไขปัญหาตามสภาพปัญหาของพื้นที่ หรือ ตามบริบท ไม่ค่อยจะมีการดำเนินการ แต่ในปี ๒๕๖๒ ธรรมนูญ อสม.จังหวัดอุบลราชธานี เป็น ธรรมนูญ อสม.แห่งแรก ของประเทศไทย ได้กำหนดให้มีการขับเคลื่อน อสม. สื่อสาร หมู่บ้านละ ๑ คน เพื่อเป็นแกนนำที่จะสื่อสารข้อมูลต่างๆ ให้ อสม. และประชาชน ในการสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน และระบบสุขภาพภาคประชาชน โดยมีการพัฒนา ศักยภาพ อสม. โดยใช้งบประมาณจากธรรมนูญ อสม. ในปี ๒๕๖๓ และมีการพัฒนาศักยภาพ อสม.สื่อสาร ในปี ๒๕๖๔ ใช้งบประมาณจากการบูรณาการ งบการวิจัยของ โครงการประเมินผลการป้องกันและควบคุมโรคโควิด ๑๙ ของ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี (ธรรมนูญ อสม.จังหวัดอุบลราชธานี,๒๕๖๒) และมีการขับเคลื่อน มีผลงาน โดดเด่น แก้ไขปัญหา ได้ตรงประเด็น จึงทำให้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ได้มีการวิจัย พัฒนารูปแบบ อสม.สื่อสาร เพื่อพัฒนาในการขับเคลื่อนต่อไป อย่างเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น (การพัฒนารูปแบบ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) สื่อสาร จังหวัดอุบลราชธานี,๒๕๖๓) ผลการวิจัย มีทิศทาง และมีแนวทางการพัฒนา อสม.สื่อสาร ประกอบด้วย ๕ ด้าน ได้แก่ ๑) ด้านนโยบายและบริบท ๒) ด้านโครงสร้าง ๓) ด้านกระบวนการ ๔) ด้านเทคโนโลยี และ ๕) ด้านการตัดสินใจแต่ยังขาดการนำรูปแบบดังกล่าวไปทดลองใช้จริง ว่าได้ผลมากน้อยเท่าไร ประกอบกับ สภาพปัญหา และ กระแสการทำงานและวิถีชีวิตในยุคดิจิทัล เป็นสภาพ ปัญหาที่มีอิทธิพลและข้อจำกัดในการทำงานของราชการ ประชาชน รวมทั้ง พี่น้อง อสม. ที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ตามเทคโนโลยี ที่เปลี่ยนแปลงเร็ว ดังนั้น ความรอบรู้ ทักษะ ประสบการณ์ เรื่องดิจิทัล จึงเป็นสิ่งจำเป็น รวมทั้ง สถานการณ์โลกต้องเผชิญปัญหาโรคอุบัติใหม่ อาทิเช่น การระบาดของโรคไวรัสโควิด ๑๙ จนทำให้วิถีชีวิต



ของประชาชน ต้องเปลี่ยนแปลงไปต้องสวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง ไม่ไปในสถานที่คนมารวมกันหรือชุมนุมกัน การทำงานต้องใช้ระบบออนไลน์ หรือ ดิจิทัล มากยิ่งขึ้น รวมทั้ง การทำงานด้านสาธารณสุข ด้านดูแลผู้ป่วยโรคติดต่อเรื้อรัง ที่มีเป็นจำนวนมาก ที่ต้องมารับการตรวจ และ รักษา ที่ โรงพยาบาลชุมชน สถานบริการสุขภาพ ก็ ปรับให้ไปรักษาที่สถานีสุขภาพชุมชน แทน หรือ ที่เรียกว่า Health Station และเป็นนโยบายที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบัน การใช้กลไก อสม.ขับเคลื่อนนโยบายดังกล่าว จึงเป็นเรื่องท้าทาย และ น่าสนใจ ที่จะปรับกลยุทธ์อย่างไร ให้นโยบายดังกล่าว บรรลุตามวัตถุประสงค์ ของกระทรวงสาธารณสุขต่อไป

### 3.บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

สำหรับ นโยบายกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ.๒๕๖๘ ในด้านเกี่ยวกับ อสม.พบว่า จะอยู่ในส่วน นโยบายการสร้างเสริมสุขภาพภาคประชาชน โดยมี ประเด็นนโยบายย่อย ได้แก่ การขับเคลื่อนพรบ.อสม. และการเพิ่มศักยภาพ อสม.ในการให้บริการสาธารณสุขเชิงรุกในชุมชน และมีประเด็น นโยบายคนไทยห่างไกลโรค มีประเด็นย่อยในบทบาทหรือ ประเด็น NCDs ที่ได้ด้วยกลไก อสม. ซึ่งได้กำหนดบทบาท อสม.เป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อน NCDs ได้ด้วยกลไก อสม. จึงมีคำถามว่า อสม.และ กลไก ควรจะมีรูปแบบการขับเคลื่อน หรือ กลยุทธ์การขับเคลื่อนอย่างไรให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย นอกจากนั้นนโยบายภาพใหญ่ คือ นโยบายคนไทยห่างไกลโรคไม่ติดต่อ ซึ่งปฏิเสธไม่ได้ว่าไม่เพียงแต่กลไก อสม. เท่านั้นที่จะขับเคลื่อนให้ได้ตามเป้าหมายของนโยบายได้ ต้องมีกลไก หรือ ปัจจัยอื่นๆ หรือ บริบทอื่นๆ ที่เป็นองค์ประกอบ ให้สำเร็จตามเป้าหมาย

ดังนั้น จากเหตุผล ข้อจำกัด บริบทในสังคม พร้อมทั้งนโยบายที่เกี่ยวข้อง และข้อมูลที่กล่าวมาทั้งหมดที่เชื่อมโยง เป็นเหตุเป็นผล ที่ พยายาม ยกย่อง อสม.สื่อสาร เป็น อสม.สื่อสารดิจิทัล เป็น กลไกหลัก ในการขับเคลื่อน การพัฒนารูปแบบ อสม.สื่อสารดิจิทัล และบริบท ในการขับเคลื่อนนโยบายNCDs ได้ด้วย กลไก อสม. จังหวัดอุบลราชธานี ผู้จัดทำข้อเสนอการพัฒนางาน ในฐานะ หัวหน้ากลุ่มงานปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพ จึงมีความสนใจ ที่จะศึกษา และ จัดทำ ข้อเสนอ ในการพัฒนาการพัฒนารูปแบบ อสม.สื่อสารดิจิทัล และ บริบท ในการขับเคลื่อนนโยบายNCDs ได้ด้วย กลไก อสม. จังหวัดอุบลราชธานี พร้อมทั้ง การนำสู่การขับเคลื่อนการปฏิบัติ อย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ก่อเกิดสุขภาวะต่อพี่น้องประชาชน ต่อไป

### 4.ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1) ทราบและเข้าใจ นโยบาย รัฐบาล กระทรวงสาธารณสุข และ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่เกี่ยวข้อง เชื่อมโยง กับ การพัฒนารูปแบบ อสม.สื่อสารดิจิทัล และ การพัฒนานโยบาย NCDs ได้ด้วย กลไก อสม. จังหวัดอุบลราชธานี

2) ทราบผลการศึกษางานวิจัย การพัฒนารูปแบบ อสม.สื่อสาร จังหวัดอุบลราชธานี และ วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การพัฒนาศักยภาพ อสม.ยุคดิจิทัล ในการขับเคลื่อนนโยบาย NCDs ได้ด้วย กลไก อสม. จังหวัดอุบลราชธานี

3) ได้ข้อเสนอในการขับเคลื่อนนโยบาย NCDs ได้ด้วย กลไก อสม. จังหวัดอุบลราชธานี

### 5.ตัวชี้วัดความสำเร็จ

ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ

1) อสม.คัดกรองสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตนเอง ร้อยละ ๑๐๐

2) ประชาชน อายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ได้รับการคัดกรองสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ร้อยละ ๑๐๐

3) แคนนำสุขภาพมีศักยภาพ ในการขับเคลื่อน นโยบาย NCDs ได้ด้วย กลไก อสม. จังหวัดอุบลราชธานี ได้ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๙๐

ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ

- 1) ได้ข้อเสนอในการพัฒนาการพัฒนารูปแบบ อสม.สื่อสาร ดิจิทัลและบริบท ในการขับเคลื่อนนโยบาย NCDs ที่ได้ด้วย กลไก อสม. จังหวัดอุบลราชธานี จากการศึกษา นโยบาย รัฐบาล กระทรวงสาธารณสุข และ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ที่เกี่ยวข้อง
- 2) ได้ข้อเสนอในการพัฒนาการพัฒนารูปแบบ อสม.สื่อสารดิจิทัลและบริบท ในการขับเคลื่อนนโยบาย NCDs ที่ได้ด้วย กลไก อสม. จังหวัดอุบลราชธานี จาก การศึกษา งานวิจัย การพัฒนารูปแบบ อสม.สื่อสาร จังหวัดอุบลราชธานี
- 3) ได้ข้อเสนอในการพัฒนาการพัฒนารูปแบบ อสม.สื่อสารดิจิทัลและบริบท ในการขับเคลื่อนนโยบาย NCDs ที่ได้ด้วย กลไก อสม. จังหวัดอุบลราชธานี จาก การศึกษา การทบทวนวรรณกรรม งานวิจัย งานวิชาการที่เกี่ยวข้อง
- 4) ได้ข้อเสนอในการพัฒนาการพัฒนารูปแบบ อสม.สื่อสารดิจิทัลและบริบท ในการขับเคลื่อนนโยบาย NCDs ที่ได้ด้วย กลไก อสม. จังหวัดอุบลราชธานี ในภาพรวม ได้อย่างเป็นรูปธรรม มีประสิทธิภาพ และเกิดความยั่งยืน

(ลงชื่อ) .....

( นายวิจิต พุ่มจันทร์ )

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

(วันที่) 11 / ก.พ. / 2568

ผู้ขอประเมิน

### ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

#### ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตอนจิก อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี โดยการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคม

#### ๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ

ระหว่างวันที่ ๕ มิถุนายน ๒๕๖๖ ถึงวันที่ ๒๔ พฤษภาคม ๒๕๖๗ การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi – experimental research) แบบ two group pretest – posttest design

#### ๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ปฏิบัติงานด้านบริหาร/ วิชาการ เน้นการทำงานเชิงรุก การค้นหากลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โดยการออกตรวจสุขภาพประจำปี รัยหมู่บ้าน

๓.๒ การวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ โดยวิเคราะห์จากทั้ง ข้อมูลปฐมภูมิและข้อมูลทุติยภูมิ

๓.๓ ประสบการณ์ทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย เพื่อความสำเร็จของงานตามเป้าหมาย

#### ๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

##### ๔.๑ ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย โดยปี พ.ศ. ๒๕๖๐ พบผู้ป่วยเบาหวาน ๔๒๕ ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. ๒๕๘๘ จะมีผู้ป่วยเบาหวาน เพิ่มขึ้น ๖๒๙ ล้านคน สำหรับประเทศไทยพบว่า วัยผู้ใหญ่ ๑ ใน ๑๑ คนป่วยเป็นโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ ๙.๘ สิ่งที่น่ากังวลคือ มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานวันละ ๒๐๐ ราย หรือประมาณชั่วโมงละ ๘ ราย (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, ๒๐๑๙) จากรายงานสถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทยในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ พบอัตราความชุกร้อยละ ๘๔.๒๖ ในประชากรช่วงอายุ ๓๕ - ๕๙ ปี และร้อยละ ๘.๘๖ ในประชากรช่วงอายุ ๖๐ ปี ขึ้นไป และถ้าไม่มีมาตรการควบคุมโรคที่ดีพอ คาดการณ์ว่าใน พ.ศ. ๒๕๖๔ จะพบคนไทยเป็นโรคเบาหวาน ถึง ๔.๗ ล้านคน

เมื่อกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวานกลายเป็นผู้ป่วยเบาหวานจะก่อให้เกิดผลกระทบหลายประการ เช่น ผลกระทบทางด้านร่างกาย ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดง แข็งตัว เกิดภาวะแทรกซ้อนของตา ไต เท้า (Brownlee M, ๒๐๑๖; วิลโล แสนยาเจริญกุล, ๒๐๑๙; ปาหนัน พิษยภิญโญ, สุนีย์ ละกะปิ่น, ดุสิต สุจิรารัตน์, และวันเพ็ญ แก้วปาน, ๒๕๕๘) ด้านสังคม ทำให้สูญเสียปีสุขภาวะเป็นอันดับ ๓ ในเพศหญิง (ร้อยละ ๘.๗) และเป็นอันดับ ๘ ในเพศชาย (ร้อยละ ๔.๑) (International Health Policy Program Foundation, ๒๐๑๕) ส่วนด้านเศรษฐกิจ โรคเบาหวานทำให้รัฐสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาล ๘๗,๕๙๖ ล้านบาทต่อปี (Institute of Medical Research and Technology Assessment, ๒๐๑๔) แสดงให้เห็นว่าโรคเบาหวานทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง (วิลโล แสนยาเจริญกุล, ๒๐๑๙) ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงเห็นความสำคัญของปัญหาและกำหนดเป้าหมาย โดยการลดอุบัติการณ์ของผู้ป่วยเบาหวาน และควบคุมความชุกของโรคให้คงที่ มีมาตรการคัดกรองโรค และดำเนินกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้แก่กลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวาน (Office of the Permanent Secretary, ๒๐๑๓) ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ซึ่งช่วยลดอุบัติการณ์โรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงลงได้ร้อยละ ๓๑ (p < .๐๓) (Gong Q, ๒๐๑๑) โดยกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวานควรควบคุมการได้รับพลังงานจากอาหารให้สมดุลกับความต้องการใช้พลังงานของร่างกาย เน้นการบริโภคธัญพืชไม่ขัดสี

### ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

#### ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

เพิ่มการบริโภคใยอาหารอย่างน้อย ๑๔ กรัมต่อความต้องการพลังงาน ๑,๐๐๐ กิโลแคลอรีและลดการบริโภคน้ำตาลและเครื่องดื่มที่มีรสหวาน หรือบริโภคน้ำตาลไม่เกินร้อยละ ๕ ของความต้องการพลังงาน ร่างกาย (American Diabetes Association, ๒๐๑๗; ปาหนัน พิษยภิญโญ และคณะ, ๒๕๕๘)

จังหวัดอุบลราชธานีมีแนวโน้มอัตราป่วยที่เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน สูงขึ้นทุกปี ถึงแม้ว่าจะมีอัตราตายด้วยโรคเบาหวานลดลง ในปี พ.ศ. 2562-2564 เท่ากับ 30.82, 29.78 และ 27.56 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ซึ่งถือเป็นพื้นที่หนึ่ง ที่พบโรคเบาหวานเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนจิก อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี มีเขตพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด 9 หมู่บ้าน ได้แก่ บ้านดอนจิก บ้านภูมะหรี บ้านนาดี บ้านม่วงฮี บ้านแก่งยาง บ้านแสง บ้านสมบุญสามัคคี และบ้านทุ่งเทว จำนวนทั้งหมด 1,799 หลังคาเรือน ประชากร 6,476 คน วัด 8 แห่ง 1 สำนักสงฆ์ โรงเรียน 5 แห่ง (ขยายโอกาส 1 แห่ง)และมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 137 คน จากการดำเนินงานคัดกรองค้นหากลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนจิก ในปี พ.ศ. 2563 พบกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน 62 ราย ปี พ.ศ. 2564 จากการคัดกรองความเสี่ยงโรคเบาหวาน พบกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจำนวน 65 ราย และปี พ.ศ. 2565 จากการคัดกรองความเสี่ยงโรคเบาหวาน พบกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจำนวน 59 ราย โดยพบกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานนาดี มากที่สุด จำนวน 12 ราย จากการตรวจสุขภาพประชาชนทั้งหมด 79 ราย ซึ่งการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลดอนจิก อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ที่ผ่านมามีการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคโดยเน้นกลุ่มเสี่ยงเป็นหลัก โดยการอบรมให้ ความรู้ การรณรงค์ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรค แต่ยังคงพบผู้ป่วยรายใหม่เกิดขึ้นทุกๆ ปี จากการสัมภาษณ์ ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้นของกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน (pre-diabetes) ที่เข้ารับการตรวจการคัดกรองโรคเบาหวานในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนจิก พบว่า กลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน (pre-diabetes) มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ทำให้ ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ได้แก่ บริโภคของหวาน และเครื่องดื่มที่มีรสหวาน บริโภคผลไม้รสหวานตามฤดูกาล และบริโภคอาหารประเภทผัด ทอด และอาหารที่มีไขมันสูง อาหารที่นำมาบริโภคส่วนใหญ่จะเป็นอาหารสำเร็จรูปซึ่งหาซื้อได้ตามตลาดทั่วไป เนื่องจากหาซื้อง่าย มีความสะดวก รวดเร็ว และราคาถูก ถึงแม้ว่ากลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน (pre-diabetes) เคยลองปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้วิธีลดปริมาณอาหาร จำกัดปริมาณน้ำตาลในอาหารและหลีกเลี่ยงอาหารที่ปรุงด้วยน้ำมัน หรือกะทิ แต่ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่เกณฑ์มาตรฐานได้ (<126 มก./ดล.) เนื่องจากไม่มั่นใจว่าสิ่งที่ตนเองทำนั้นถูกต้องหรือไม่ ไม่เชื่อมั่นว่าจะสามารถควบคุมอาหารได้ และมีความเชื่อผิด ๆ เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเสริมเพื่อสุขภาพที่โฆษณาตามสื่อต่างๆ ที่จะช่วยให้ลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) โดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว นักบริบาลผู้สูงอายุ (CG) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และบุคลากรทางการแพทย์ จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่า โรคเบาหวานถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญที่จำเป็นต้องเร่งแก้ไข เพื่อลดอุบัติการณ์โรคเบาหวานที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในอนาคต การป้องกันโรคเบาหวานที่ดีที่สุด คือ

### ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

#### ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง นอกจากนี้การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีส่วนสำคัญในการกระตุ้นให้กลุ่มเสี่ยงมีกำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอีกด้วย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงให้ความสำคัญกับปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยง โดยใช้โปรแกรมออกแบบกิจกรรมให้กับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานได้มีส่วนร่วม และตั้งอยู่บนพื้นฐานทางทฤษฎีเกี่ยวกับสุขภาพจะช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ดี และจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่ม (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยแดง, ๒๕๖๕)

#### ๔.๒ คำถามของการวิจัย

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอนจิก อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี โดยการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคม มีประสิทธิผลหรือไม่

#### ๔.๓ วัตถุประสงค์ของการวิจัย

##### ๔.๓.๑ วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอนจิก อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี โดยการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคม

##### ๔.๓.๒ วัตถุประสงค์เฉพาะ

๑) เพื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยเพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทักษะคิดในการป้องกันโรคเบาหวาน แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคเบาหวาน ความตั้งใจในการป้องกันโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

๒) เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทักษะคิดในการป้องกันโรคเบาหวาน แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคเบาหวาน ความตั้งใจในการป้องกันโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

#### ๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/ คุณภาพ)

ผลของการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยแดง ตำบลอนจิก อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังการทดลอง มีความแตกต่างกัน โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทักษะคิดในการป้องกันโรคเบาหวาน แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคเบาหวาน ความตั้งใจในการป้องกันโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมที่สร้างขึ้นสามารถใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอนจิก อย่างมีประสิทธิภาพ

### ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

#### ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

##### ๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ ผลกระทบ

ควรรนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในการสร้างองค์ความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน โดยเน้นการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ครอบคลุมสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอนจิก อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี หรือขยายผลนำไปใช้ในพื้นที่อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี หรือพื้นที่อื่น รวมถึงสามารถนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในการจัดการกับปัญหาสุขภาพอื่นๆ ในชุมชน

##### ๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๗.๑ การให้ความสำคัญของกลุ่มเป้าหมายเป็นปัจจัยหลักในการเข้าร่วมกิจกรรม

๗.๒ การเข้าถึงกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งอยู่นอกเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยแดง จำเป็นต้องอาศัยการประสานงานอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

๗.๓ ความรู้พื้นฐานและการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายแต่ละคนมีความแตกต่างกัน

##### ๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

วิธีการดำเนินชีวิต บริบททางสังคม และวัฒนธรรมของประชากร รวมถึงความทันสมัย เทคโนโลยี ทำให้การเข้าถึงสินค้าหรือบริการ โดยเฉพาะด้านการบริโภค มีความสะดวกสบาย เข้าถึงง่าย รวดเร็ว อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสควบคุมตนเองให้เข้าร่วมตลอดการวิจัยได้ยาก ซึ่งอาจก่อให้เกิดตัวแปรกวน ที่อาจมีผลต่อการทดลองหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างได้

##### ๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการจัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยแดง ตำบลอนจิก อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ควรรนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในการสร้างองค์ความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอนจิก อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ให้ครอบคลุมพื้นที่อื่นทั้งอำเภอพิบูลมังสาหาร หรือ ขยายผลไปในพื้นที่อื่น หรือ ประยุกต์ใช้กับปัญหาอื่น ๆ ในชุมชน

๙.๒ ในการวิเคราะห์รายชื่อด้านกลุ่มตัวอย่างยังมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม เช่น การรับประทานอาหาร ยา การออกกำลังกาย ควรสร้างความรู้ที่ถูกต้อง ปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และการไปพบแพทย์ตามนัด และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานให้ถูกต้องเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

##### ๙.๓ ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

๙.๓.๑ ควรศึกษาเปรียบเทียบโปรแกรมการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยแดง ตำบลอนจิก อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี กับโปรแกรมอื่นเพื่อดูประสิทธิผลของโปรแกรม

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๙.๓.๒ ควรมีการศึกษาหารูปแบบที่เหมาะสมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงแบบผสมผสาน มีส่วนร่วม และ และขยายพื้นที่ในการศึกษาควรทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เพื่อค้นหาว่ามีความจำเป็นหรือไม่ มีแนวทางใดที่ใช้ได้ผลและไม่ได้ผล และหาแนวทางสร้างนวัตกรรม หรือ วิธีการใหม่ ๆ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตอนจิก อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ให้เกิดประสิทธิภาพต่อไป

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ปีที่ ๑๖  
ฉบับที่ ๓ ประจำเดือนกันยายน - ธันวาคม ๒๕๖๗

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน

นางศิริยา จันทะโคตร สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐๐

- ๑) ..... สัดส่วนผลงาน ..... (ระบุร้อยละ)  
๒) ..... สัดส่วนผลงาน ..... (ระบุร้อยละ)  
๓) ..... สัดส่วนผลงาน ..... (ระบุร้อยละ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นางศิริยา จันทะโคตร)

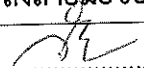
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล  
ระดับชำนาญการ (นักวิชาการสาธารณสุข)

(วันที่) ๑๕ / ก.พ. / ๖๘

ผู้ขอประเมิน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลงลายมือชื่อ
๑. ชื่อผู้ขอรับการประเมิน.....นางศิริยา จันทะโคตร	
๒. ชื่อผู้ร่วมดำเนินการ (ถ้ามี).....	.....
๓. ชื่อผู้ร่วมดำเนินการ (ถ้ามี).....	.....

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....  
(..... (นายวานิช สายเย็น) .....)  
ตำแหน่ง .....  
.....  
..... ๑๕ / ก.ค. / ๖๘  
ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....  
(..... (นายธีระพงษ์ แก้วภมร) .....)  
ตำแหน่ง .....  
.....  
..... ๒๘ / ก.พ. ๒๕๖๕  
ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑ โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็น  
เรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป  
อีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียว ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้



## แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับ การชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนาระบบบริการหน่วยปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลางสำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วย โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

### ๒. หลักการและเหตุผล

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ มาตรา ๒๕๘ ช. (๕) ระบุไว้ว่า “ให้มีระบบการแพทย์ ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม” และเป็นที่มาของนโยบายของ กระทรวงสาธารณสุขในการพัฒนา “คลินิกหมอครอบครัว” หรือ “หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Care Unit: PCU) เพื่อเป็นหน่วยบริการสุขภาพที่มีแพทย์เฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพดูแลประชาชน ๑๐,๐๐๐ คนต่อหนึ่งทีม โดยตั้งเป้าหมายในการพัฒนาให้มีคลินิกหมอครอบครัว เพื่อให้การดูแลสุขภาพแก่คนไทยทุกคนทั่วประเทศภายใน ๑๐ ปี เพื่อสนับสนุนระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและเป็นการเพิ่มความเข้มแข็งด้านสุขภาพภายในระบบสุขภาพของประเทศไทย เริ่มต้นดำเนินการพัฒนารูปแบบคลินิกหมอครอบครัวภายใต้แผนปฏิรูประบบสาธารณสุขโดยดำเนินการในลักษณะของโครงการวิจัยเพื่อนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (implementation research) ในพื้นที่ระดับอำเภอรวม ๕๐ พื้นที่ทั่วประเทศ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ เป็นการปฏิรูประบบบริการสุขภาพควบคู่ไปกับการปฏิรูประบบการคลังสุขภาพ และมีเป้าหมายสำคัญ ๓ ด้านหรือ “Triple Aim” ได้แก่ การพัฒนาสถานะสุขภาพของประชากรกลุ่มเป้าหมาย การพัฒนาคุณภาพและประสบการณ์ที่ผู้ป่วยได้รับในกระบวนการดูแลสุขภาพ และการลดต้นทุนของการ จัดบริการสุขภาพต่อหัวประชากร

แนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลางฉบับนี้ นำเสนอกรณีศึกษาการพัฒนาคลินิกหมอครอบครัวในประเทศไทยเพื่อจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดย มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางสำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากเป็นกลุ่มผู้ป่วยซึ่งมีความต้องการด้านสุขภาพที่หลากหลายและแตกต่างกันตามสถานะสุขภาพและความรุนแรงของ โรค และมีความจำเป็นที่ทีมคลินิกหมอครอบครัวต้องทำหน้าที่บูรณาการและเชื่อมโยงการดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่องจนครบวงจรความเจ็บป่วย มีการนำเสนอการทบทวนองค์ความรู้และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องให้เอื้อต่อการนำไปศึกษาและพัฒนาต่อยอด ได้แก่ แนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชปฏิบัติปฐมภูมิ แนวคิดต้นแบบการดูแลรักษาโรคเรื้อรัง แนวคิดระบบบริหารสุขภาพไร้รอยต่อ แนวคิดการจัดระบบบริหารสุขภาพแบบบูรณาการ แนวคิดการบริหารสุขภาพแบบเน้นคุณค่า และแนวคิดบริการสุขภาพแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลางขององค์การอนามัยโลก และการบริการแบบระบบแพทย์ทางไกล(Telemedicine) ยุค ๕G เพื่อครอบคลุมขั้นตอนการออกแบบกระบวนการในคลินิกหมอครอบครัว เพื่อจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และเครื่องมือการจัดการ เชิงระบบสำหรับการพัฒนากระบวนการหลักของคลินิกหมอครอบครัว โดยมุ่งหวังให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถ นำเครื่องมือการจัดการเชิงระบบมาประยุกต์ใช้ให้เกิดเป็นระบบบริการสุขภาพที่สามารถส่งมอบคุณค่ากับ ผู้รับบริการสุขภาพโดยเลือกวิธีการที่เหมาะสมกับการแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนให้มากที่สุด เกิดเป็นบริการสุขภาพเฉพาะบุคคล เปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง และลดกระบวนการที่ไม่จำเป็นเพื่อลดภาระงานให้กับทีมดูแลสุขภาพ

### ๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

#### ๓.๑ บทวิเคราะห์

วิเคราะห์ศักยภาพความพร้อมด้านต่างๆ และได้นำหลักแนวคิดเรื่อง “เข้าใจ เข้าถึง พัฒนา” (Understanding-Accessibility-Development) มาปฏิบัติ จัดแผนการทำงานเป็นขั้นตอน เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการ ที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง (integrated, people-centered primary care) โดยการสร้างทะเบียนผู้ป่วย การลงทะเบียนเชิงรุก เพื่อสร้างความรู้จักและศรัทธาของพี่น้องประชาชนในพื้นที่ที่มีต่อหมอประจำตัว ทำให้เกิดกระบวนการดูแล ที่ตรงปัญหา ตรงคน และได้ประสิทธิผลเต็มที่

#### ๓.๒ แนวความคิด

หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิถือเป็น “คานงัด” ระบบสุขภาพ ที่จะทำให้คนไทยมีสุขภาพดี ลดการเจ็บป่วยและลดความแออัดของผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ และจะช่วยประหยัดทรัพยากรของประเทศชาติในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย การให้บริการ ดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิที่มีคุณภาพถือเป็นภารกิจสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เป็นการตอบสนองต่อเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.๒๕๖๐ มาตรา ๕๑ ที่ระบุถึงสิทธิของคนไทย “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสม และได้มาตรฐาน” และ “บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขจากรัฐซึ่งต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐอย่างเหมาะสมโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และทันต่อเหตุการณ์” โดยได้ผลักดันให้มี พ.ร.บ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ เพื่อให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายการพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาระบบบริการปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอ เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงกับหน่วยบริการระดับสูง เชื่อมโยงกับชุมชน และนโยบายการปฏิรูป เพื่อยกระดับระบบสุขภาพปฐมภูมิให้มีคุณภาพเพิ่มสูงขึ้น โดยการเพิ่มบุคลากรด้านแพทย์ เวชศาสตร์ครอบครัวเป็น “หมอประจำตัว” และคณะผู้ให้บริการ ตาม พ.ร.บ. โดยการขึ้นทะเบียนจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและจัดให้แพทย์คู่กับคนไข้ เพื่อให้ครอบคลุมประชาชนคนไทยทุกคน ทำหน้าที่ในการดูแลให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ ภายในระยะเวลา ๑๐ ปี ซึ่งกลยุทธ์สำคัญของการยกระดับหน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิให้มีคุณภาพ คือ การดูแลสุขภาพแบบบูรณาการที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง

แนวทางการดำเนินงานฉบับนี้เป็นผลจากการพัฒนารูปแบบบริการ โดยความร่วมมือของกระทรวงสาธารณสุข คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และภาคีเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ โดยมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนความสัมพันธ์ให้ใกล้ชิดกับประชาชนมากยิ่งขึ้น เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อเพิ่มความสามารถในการจัดการสุขภาพของตนเองได้อย่างเป็นรูปธรรม มีแนวทางการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพปฐมภูมิที่ชัดเจน ซึ่งจะเป็ประโยชน์สำหรับทีมสุขภาพ หน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง ในการนำไปปรับใช้เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิให้เกิดประสิทธิภาพ และเป็นประโยชน์ต่อประชาชนในพื้นที่เพื่อให้มีสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น

#### ๓.๓ ข้อเสนอ

การนำเสนอแนวทางการจัดระบบบริการสุขภาพ (health services guideline) ไม่ใช่ แนวทางเวชปฏิบัติ (clinical practice guideline) ดังนั้นการตัดสินใจด้านคลินิกจะยังคงอ้างอิงมาตรฐานการ รักษาที่ดีที่สุดที่เป็นสากลอยู่เสมอ การพัฒนาครั้งนี้ต้องการนำเสนอมุมมองใหม่ในการสร้างนวัตกรรมการจัดการ เชิงระบบของคลินิกหมอครอบครัวเพื่อทำงานจัดการสุขภาพในระดับกลุ่มประชากร ซึ่งจะส่งผลให้สถานะ สุขภาพของประชากรกลุ่มเป้าหมายดีขึ้น คุณภาพและประสบการณ์ที่ผู้ป่วยได้รับในกระบวนการดูแลสุขภาพ ดีขึ้น และ

ควบคุมค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพต่อหัวประชากรได้ ดังนั้น หวังเป็นอย่างยิ่งว่าแนวทางการพัฒนา ระบบสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลางฉบับนี้ จะช่วยส่งเสริมกระบวนการพัฒนา ของคลินิกหมอครอบครัว และช่วยขยายผลการดำเนินงานของคลินิกหมอครอบครัวเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการปฏิรูประบบสุขภาพในครั้งต่อไป

๓.๔ ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การพัฒนาครั้งนี้จะต้องทำตามกระบวนการ ดังนี้

๓.๔.๑. ประเมินตนเองและแปลผลคะแนน เรื่อง ความก้าวหน้าในการจัดบริการสุขภาพแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลางของคลินิกหมอครอบครัว

๓.๔.๒. ขั้นตอนการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

ขั้นตอนที่ ๑ พัฒนาภาวะผู้นำเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบและพัฒนากลยุทธ์เพื่อพัฒนาคุณภาพของคลินิกหมอครอบครัว

ขั้นตอนที่ ๒ พัฒนาการลงทะเบียนผู้ป่วยเชิงรุกเพื่อสร้างความผูกพันระหว่างผู้ป่วยกับทีมหมอครอบครัวทั้งทีม

ขั้นตอนที่ ๓ ออกแบบเวชปฏิบัติอิงหลักฐานที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

ขั้นตอนที่ ๔ เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยและบูรณาการกระบวนการดูแลรักษา โดยทุกส่วนที่เกี่ยวข้อง

เครื่องมือที่ใช้ในการจัดการเชิงระบบสำหรับการพัฒนากระบวนการหลักของคลินิกหมอครอบครัว ดังนี้

๑. ทะเบียนผู้ป่วย (registry) และกระบวนการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเชิงรุก (empanelment process)

๒. การประเมินและจัดกลุ่มผู้ป่วยตามความเสี่ยงด้านสุขภาพ (risk stratification) และแผนที่การเดินทางของผู้ป่วย (patient journey mapping)

๓. แผนการดูแลรักษาสุขภาพร่วมกันระหว่างทีมหมอครอบครัวและผู้ป่วย (shared care plan) และระบบสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย (self-management support)

๔. แนวทางปฏิบัติเพื่อจัดการดูแลรักษาต่อเนื่อง (protocol for continuity of care)

๕. แนวทางปฏิบัติเพื่อประสานงานการดูแลรักษาผู้ป่วย (protocol for coordination of care)

#### ๔. ผลคาดว่าจะได้รับ

๑. การบริการในคลินิกเป็นระบบทั้งการบริการและระบบส่งต่อ

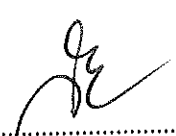
๒. กรณีที่ยืดระบบประชาชนเป็นศูนย์กลางทำให้ตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพ และความคาดหวังของประชาชน

๓. ปฏิรูปโครงสร้างการอภิบาลที่เน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในภาคส่วนต่างๆ

๔. มีนโยบายสาธารณะโดยบูรณาการการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ และมาตรการสาธารณสุข และสิ่งแวดล้อม

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

เพื่อให้การพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จนสามารถทำให้เป็นผลลัพธ์เชิงคลินิกและผลลัพธ์ทางสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม รวมไปถึงช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในระยะทาง จำเป็นต้องมีการออกแบบ นวัตกรรมเชิงระบบเพื่อปรับกระบวนการการทำงานในคลินิก หมอครอบครัวเป็นรูปแบบใหม่ เพื่อให้สามารถทำหน้าที่บูรณาการ และเชื่อมโยงการดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่อง จนครบวงจรการเจ็บป่วย โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วย กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งมีความต้องการ ด้านสุขภาพที่หลากหลายและแตกต่างกันตามสถานะและความรุนแรงของโรค โดยมีการพัฒนาอยู่บนพื้นฐานแนวคิดและทฤษฎีทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง

(ลงชื่อ)..........ผู้ขอประเมิน

(นางศรียา จันทะโคตร)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

(นักวิชาการสาธารณสุข) ระดับชำนาญการ

(วันที่) ๑๙ / ๓.พ. / ๒๕๖๔

ผู้ขอประเมิน