วารสารสุขภาพภาคประชาชน

PRIMARY HEALTH CARE DIVISION JOURNAL

ปีที่ 12 ฉบับที่ 3 ประจำเดือนเมษายน - พฤษภาคม 2560 ISSN : 1905-2782

การรับรอง อสม. 1

ที่ไม่ชอบด้วยกฎหมาย

กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

วารสารสุขภาพภาคประชาชน
PRIMARY HEALTH CARE DIVISION JOURNAL
ปีที่ 12 ฉบับที่ 3 ประจำเดือนเมษายน - พฤษภาคม 2560 ISSN : 1905-2782

คำแนะนำ

ในการส่งเรื่องตีพิมพ์วารสารสุขภาพภาคประชาชน

วารสารสุขภาพภาคประชาชนเป็นวารสารวิชาการของกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน ที่ได้จัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่แนวคิดในการพัฒนาและผลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพภาคประชาชน และเป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากบทเรียนและประสบการณ์การพัฒนางานสุขภาพภาคประชาชน ของหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรภาคประชาชนเป็นวารสารรายสองเดือน โดยกำหนดออกเผยแพร่ในเดือนพฤศจิกายน มกราคม มีนาคม พฤษภาคม กรกฎาคม และกันยายน

กองบรรณาธิการยินดีรับพิจารณาบทความวิชาการ รายงานผลการศึกษาวิจัย เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่เป็นความรู้ และเพื่อพัฒนาความก้าวหน้าทางวิชาการ ดังนี้

1. ผลงานวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพภาคประชาชน เนื้อหาในการตีพิมพ์ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง (ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ) ชื่อผู้วิจัยหรือผู้นิพนธ์ ตำแหน่งทางราชการ หน่วยงานที่สังกัด บทคัดย่อ (ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ) บทนำ วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผลการวิจัย สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ บรรณานุกรม ต้นฉบับตัวอักษร Angsana ขนาด 16 point เนื้อหาจำนวน 6 - 8 หน้า A4 บรรณานุกรมไม่เกิน 1 หน้า A4

2. บทความวิชาการ ต้นฉบับ ตัวอักษร Angsana ขนาด 16 point ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์ ตำแหน่งทางราชการ หน่วยงานที่สังกัด บทสรุปย่อเรื่อง ความนำ เนื้อเรื่อง แหล่งที่มาของข้อมูล และเอกสารอ้างอิง ต้นฉบับจำนวน 2 - 4 หน้า A4 เอกสารอ้างอิงไม่เกิน 1 หน้า A4

3. การส่งต้นฉบับข้อ 1 และ 2 ภายในวันที่ 5 ของเดือน โดยส่งต้นฉบับเป็นเอกสารตามระบบราชการ 1 ชุด พร้อมแนบซีดีข้อมูล โดยมีหนังสือนำส่งจากหัวหน้าหน่วยงานต้นสังกัดในระดับจังหวัด/เขต/ภาค ถึงผู้อำนวยการกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน เพื่อขอให้พิจารณาตีพิมพ์ และต้นฉบับอีก 1 ชุด ส่งทาง E-mail มายังกองบรรณาธิการ E-mail address : lavengvalla@yahoo.com หรือ phc@windowslive.com ติดต่อที่โทรศัพท์ 0 2196 7000 ต่อ 18712 และโทรสาร 0 2590 1546

ไปรษณีย์ส่งถึง

ผู้อำนวยการกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

บทบรรณาธิการ

ในการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาเสริมศักยภาพผู้บริหารในส่วนภูมิภาค ประจำปีงบประมาณ 2560 **นายแพทย์โสภณ เมฆธน** ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้บรรยายพิเศษ MOPH 4.0 นำไปสู่เป้าหมายประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน และยุทธศาสตร์พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ 4.0 ให้แก่นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และผู้บริหารในส่วนภูมิภาคกว่า 400 คน โดยกล่าวถึงนโยบายของคณะรัฐมนตรีที่แถลงต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติ 11 ข้อ มีนโยบายที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุข คือ การเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ในด้านคุณภาพชีวิต กระทรวงสาธารณสุขได้นำมากำหนดเป็นแผนยุทธศาสตร์ 20 ปี ด้านสาธารณสุข พ.ศ. 2560 - 2579 ประกอบด้วย**ความเป็นเลิศ 4 ด้าน** คือ **ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ด้านการจัดบริการ ด้านการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ** และ**ด้านการบริหารจัดการ** ประกอบด้วย 16 แผนงาน 48 โครงการ ซึ่งต้องอาศัยหน่วยงานระดับภูมิภาคช่วยกันขับเคลื่อนการดำเนินงานตามนโยบายให้เป็นรูปธรรม โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นองค์กรหลักที่จะทำหน้าที่แปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ทั้งนี้ การเตรียมความพร้อมในการบริหารจัดการแผนยุทธศาสตร์ 20 ปี และการสร้างเครือข่ายการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของกลุ่มผู้บริหารของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นช่องทางหนึ่งในการหนุนเสริมให้การบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีศักยภาพสูงขึ้น ก้าวทันการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศ จะช่วยให้ผู้บริหารของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ ได้รับการเสริมศักยภาพในการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุขสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ ส่งผลให้การบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีศักยภาพเพิ่มขึ้นสำหรับในการดูแลผู้สูงอายุ เป็นการบูรณาการการทำงานของกระทรวงต่างๆ ด้วย**ยุทธศาสตร์** 3 S คือ 1. STRONG สุขภาพแข็งแรง 2. SECURITY ความมั่นคงปลอดภัย และ 3. SOCIAL PARTICIPATION การมีส่วนร่วมในสังคม ส่งเสริมพื้นที่ต้นแบบการบูรณาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และส่งเสริมพัฒนาชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ มีคณะอนุกรรมการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในทุกระดับ ในรูปแบบประชารัฐ เพื่อผู้สูงวัยมีคุณภาพชีวิตที่ดีอยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรี และมีคุณภาพชีวิตที่ดี บรรลุเป้าหมาย "**ผู้สูงวัย คือหลักชัยของสังคม**"

บรรณาธิการ

สารบัญ

เรื่องจากปก 2

- การรับรอง อสม. 1 ที่ไม่ชอบด้วยกฎหมาย 2

บทความวิชาการ 4

- การสิ้นสุดสภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 4

งานวิจัย 6

- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตอำเภอนาแก จังหวัดนครพนม 6
  (ฉัตรชัย ไตรยราช / อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ)
- การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสำราญ อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ 15
  (ตุ๊หิน ไตรทิพย์ / บุญพิสิฐษ์ ธรรมกุล)
- การพัฒนารูปแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในบริบทชุมชน 26
  (สมคิด สันวิจิตร / วาสนา ละครศรี / ตุ๊หิน ไตรทิพย์)
- ผลการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ จังหวัดสระแก้ว 37
  (มานัชย์ เวชบุญ / ณัฐกริช โกมลศรี)
- ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการจัดการคุณภาพการปฏิบัติตามยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานตามการรับรู้ของบุคลากรในระบบสุขภาพอำเภอ จังหวัดสระแก้ว 45
  (มานัชย์ เวชบุญ / กัญญา เทพรัตนะ / สมบัติ สมบัติวงษ์)

เรื่องจากปก

การรับรอง อสม. 1
ที่ไม่ชอบด้วยกฎหมาย

ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วย การเบิกจ่ายค่าป่วยการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พ.ศ. 2552 ได้กำหนดบทบาทของผู้รับรอง อสม.1 ซึ่งมีความสำคัญ และต้องพึงระวัง เพื่อป้องกันไม่ให้กระทำทางกฎหมาย รวมทั้งการเบิกจ่ายงบประมาณของรัฐอย่างมีประสิทธิผล

ขั้นตอนการรับรองผลงาน อสม. ที่ถูกต้องของประธาน อสม. ระดับตำบล

1. ประธาน อสม. ระดับหมู่บ้าน/ชุมชน รวบรวม อสม. 1 ส่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่

2. ประธาน อสม. ระดับตำบลเป็นผู้ตรวจสอบและรับรองผลการปฏิบัติงานในการเข้าร่วมดำเนินกิจกรรมทุกครั้ง

3. ประธานชมรม อสม. ระดับตำบล รับรองผลรายงานการดำเนินงาน ในฐานะผู้ติดตามกำกับการทำงานของ อสม. ในตำบลให้เป็นระบบทุกเดือน

4. ส่งต่อข้อมูลที่ถูกต้องสมบูรณ์ต่อ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่

5. เจ้าหน้าสาธารณสุขตรวจสอบความครบถ้วนของเอกสาร และรับรองหลังจากให้ประธาน อสม. ระดับตำบล ตรวจสอบและรับรอง อสม. 1 แล้ว

กรณีความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น จากการรับรองผลงาน อสม.1 ที่ไม่ตรงต่อความเป็นจริง

บุคคลที่เกี่ยวข้อง	พฤติกรรม	ความผิด	โทษทางกฎหมาย
อสม.	ให้หรือยินยอมให้ผู้อื่น ทำหน้าที่ของ อสม. แทนตน เพื่อเบิกจ่ายเงินค่าป่วยการ	กระทำความผิดอาญาฐานปลอมเอกสาร	โทษทางอาญา
บุคคลอื่น เช่น ลูกหลาน เพื่อน อสม. ฯลฯ	บุคคลอื่นทำหน้าที่แทน อสม. เพื่อเบิกจ่ายเงินค่าป่วยการ โดยที่ อสม. ผู้นั้น จะยินยอมหรือไม่ก็ตาม	เป็นตัวการกระทำความผิดอาญาฐานปลอมเอกสาร	โทษทางอาญา
ประธาน อสม. ระดับหมู่บ้าน/ชุมชน	รวบรวม อสม. 1 และส่งต่อไปยังเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ลงชื่อรับรองโดยรู้ว่าเป็นผู้อื่นทำแทน	มีความผิดอาญาฐานใช้เอกสารปลอม และฐานจดแจ้งข้อความอันเป็นเท็จต่อจ้าหน้าที่	โทษทางอาญา
ประธาน อสม. ระดับตำบล	ลงชื่อรับรองผลงานของ อสม. โดยรู้ว่าเป็นผู้อื่นทำงานแทน	มีความผิดอาญาฐานใช้เอกสารปลอม และฐานจดแจ้งข้อความอันเป็นเท็จต่อจ้าหน้าที่	โทษทางอาญา
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ในพื้นที่)	ลงชื่อรับรองผลงานของ อสม. โดยรู้ว่าเป็นผู้อื่นทำงานแทน	มีความผิดฐานใช้เอกสารปลอม และโทษทางวินัย	โทษทางอาญา และโทษทางวินัย
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (หน่วยเหนือ)	ลงชื่อรับรองผลงานของ อสม. โดยรู้ว่าเป็นผู้อื่นทำงานแทน	มีความผิดฐานใช้เอกสารปลอม และโทษทางวินัย	โทษทางอาญา และโทษทางวินัย

สุดท้ายนี้ คาดหวังว่าการเบิกจ่ายค่าป่วยการ โครงการ อสม. เชิงรุก ซึ่งเป็นไปตามระเบียบฯ หากพื้นที่ใดยังมีการดำเนินการคลาดเคลื่อน ขอให้ปรับปรุง เปลี่ยนแปลง แก้ไข ให้ถูกต้องตามกฎหมาย เพื่อเตรียมเข้าสู่ระบบ SMART อสม. อย่างมีประสิทธิภาพ และไม่ส่งผลกระทบต่อตัว อสม. เอง

บทความวิชาการ

การสิ้นสุดสภาพ
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

อสม. นั้นมีบทบาทในการเป็นผู้นำการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัย และคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชน และมีหน้าที่ ชี้บริการ ประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี ซึ่งการที่บุคคลใดจะเป็น อสม. ได้นั้นต้องมีความน่าเชื่อถือ และไว้วางใจของประชาชนในท้องที่นั้นๆ จะเป็นคนบ้า คนเสียสติ หรือคนประพฤติเสเพลเป็นอาจิณ ก็คงหาได้ไม่

ดังนั้นตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554 ข้อ 24 กำหนดว่า อสม. สิ้นสุดสภาพต่อเมื่อ ตาย ลาออก เป็นคนไร้ความสามารถหรือเสมือนไรความสามารถ และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหรือผู้อำนวยการสำนักอนามัยกรุงเทพมหานครแล้วแต่กรณี มีคำสั่งให้พ้นสภาพ ซึ่งผู้เขียนจะขอขยายความในประเด็นที่เป็นปัญหาในเรื่องของการตีความ ในส่วนของคนเสมือนไร้ความสามารถและคนไร้ความสามารถ แต่การที่จะเข้าใจสองคำนี้ได้นั้น ทางผู้เขียนขอให้ท่านผู้อ่านทำความเข้าใจกับคำว่าคนวิกลจริตก่อน ซึ่งเป็นคำพื้นฐานที่ท่านควรรู้

คำว่า "**บุคคลวิกลจริต**" หมายความถึง บุคคลที่มีจิตไม่ปกติหรือสมองพิการ อย่างที่เรียกกันว่าคนบ้า มีอาการควบคุมสติตนเองไม่ได้ และไม่มีความรู้สึกผิดชอบอย่างบุคคลธรรมดาเหลืออยู่และยังหมายความรวมถึงบุคคลที่มีกิริยาอาการผิดปกติธรรมดาเพราะสติวิปลาสเนื่องจากเจ็บป่วยถึงขนาดที่ไม่มีความรู้สึกผิดชอบและไม่สามารถประกอบกิจการงานใดๆ ได้ด้วยซึ่งก็ได้หมายความว่าไม่ใช่เฉพาะคนบ้าเท่านั้น เช่น คนมีอาการเจ็บป่วยเป็นอัมพาตไม่สามารถที่จะจัดกิจการต่างๆ ของตนได้ตามปกติก็จัดเป็นบุคคลวิกลจริตเช่นเดียวกัน

อาการวิกลจริตที่จะเป็นเหตุให้ศาลสั่งมี 2 ประการประกอบกัน คือ

1. **ต้องเป็นอย่างมาก** คือ ไม่สามารถรู้ว่าอะไรถูกอะไรผิด ไม่มีความรู้สึกรับผิดชอบแต่อย่างใด ซึ่งอาการเหล่านี้อาจเกิดจากอาการทางจิตหรือทางสมองหรือโรคภัยต่างๆ ก็ได้ ส่วนอาการผิดปกติของจิตใจในขนาดที่น้อยลงมา เช่น มีสติฟั่นเฟือน หลงๆ ลืมๆ จำเหตุการณ์อะไรไม่ค่อยได้ดังเช่นคนชรา หรือคนปัญญาอ่อน ถือว่ายังไม่ไร้สติเลยที่เดียว ไม่เรียกว่าเป็นมากและไม่อยู่ในข่ายเป็นคนวิกลจริตหากถือว่าเป็นบุคคลจำพวกที่มีจิตบกพร่อง ก็คงจะถือว่าอยู่ในระดับการเป็นคนเสมือนไร้ความสามารถเท่านั้น

2. **ต้องเป็นอยู่เป็นประจำ** คือ เป็นเรื่องประจำตัวของผู้นั้น มิได้หมายความว่าต้องมีอาการวิกลจริตอยู่ตลอดเวลา อาจมีอาการปกติสลับกับจริตวิกลเป็น

บางช่วง หรือที่เรียกว่าเป็นอาการคุ้มดีคุ้มร้ายก็ได้ การบ้าหรือวิกลจริตที่ว่าต้องเป็นอยู่ประจำนั้นไม่จำเป็นต้องเป็นอยู่ตลอดเวลาคือ อาจมีอาการคุ้มดีคุ้มร้ายบางขณะก็เป็นปกติธรรมดา บางขณะก็เป็นบ้าหมดสติควบคุมตนเองไม่ได้ ไม่ว่าระยะเวลาจะสั้นยาวหรือระยะเป็นปกติกับระยะเป็นบ้าจะห่างหรือถี่อย่างไร ก็ถือว่าเป็นอยู่ประจำได้ เหตุผลที่สนับสนุนความเห็นนี้มีอยู่ใน

บุคคลผู้มีสิทธิร้องขอต่อศาล แยกออกได้เป็น 6 จำพวก คือ

1. คู่สมรสของบุคคลวิกลจริต

2. ผู้บุพการี หมายถึง ญาติสืบสายโลหิตโดยตรงขึ้นไป ได้แก่ บิดามารดา ปู่ย่า ตายาย ทวด และบิดามารดาบุญธรรมตามกฎหมาย

3. ผู้สืบสันดาน หมายถึง ญาติสืบสายโลหิตโดยตรงลงมา เป็นผู้สืบสันดานตามความเป็นจริง ได้แก่ ลูก หลาน เหลน ลื่อ ของคนวิกลจริต

4. ผู้ปกครอง หมายถึง บุคคลผู้ใช้อำนาจปกครองแทนบิดามารดา

5. ผู้พิทักษ์ หมายถึง ผู้ควบคุมดูแลคนเสมือนไร้ความสามารถ ซึ่งมีสิทธิร้องขอได้ถ้าคนเสมือนไร้ความสามารถกลายเป็นคนวิกลจริตขึ้นมา ซึ่งจะได้กล่าวรายละเอียดในบทความต่อไป

6. พนักงานอัยการ

วิธีการร้องขอต่อศาล

การเสนอคดีต่อศาล ต้องเริ่มคดีโดยทำเป็นคำร้องขอซึ่งเป็นคำฟ้องอย่างหนึ่ง เมื่อศาลได้รับคำร้องขอดังกล่าวแล้วก็จะนัดพิจารณาไต่สวนคำร้องโดยประกาศโฆษณาตามระเบียบ เช่น ประกาศหน้าหนังสือพิมพ์ ซึ่งเป็นการประกาศให้ประชาชนทราบเพื่อว่าผู้ที่เกี่ยวข้องหรือมีส่วนได้เสียจะได้ทราบและร้องคัดค้าน

การไต่สวนนั้นศาลจะต้องฟังคำพยานและเหตุผลต่างๆ และจะต้องฟังคำเบิกความของแพทย์เป็นหลักเมื่อศาลเห็นควรศาลอาจมีคำสั่ง และเมื่อศาลมีคำสั่งให้บุคคลวิกลจริตเป็นคนไร้ความสามารถแล้ว จะต้องโฆษณาคำสั่งในราชกิจจานุเบกษาเพื่อให้ประชาชนทั่วไปได้รับทราบและการเป็นคนไร้ความสามารถนั้นจะเริ่มตั้งแต่วันที่ศาลมีคำสั่ง ไม่มีผลย้อนหลังขึ้นไปถึงวันที่เริ่มมีอาการวิกลจริต หรือวันยื่นคำร้องต่อศาลหรือมีผลตั้งแต่วันประกาศในราชกิจจานุเบกษา

ผลของการเป็นคนไร้ความสามารถ

เมื่อบุคคลวิกลจริตถูกศาลสั่งให้เป็นคนไร้ความสามารถ จะเกิดผลทางกฎหมาย 2 ประการ ด้วยกันดังนี้

1. ต้องจัดให้อยู่ในความดูแลของผู้อนุบาล (ปพพ. มาตรา 28)

2. กิจการหรือนิติกรรมใดๆ ที่คนไร้ความสามารถได้ทำลงไปเป็นโมฆียะ (ปพพ. มาตรา 29) **โมฆียะ** คือ นิติกรรมที่ทำขึ้นโดยมีข้อบกพร่องบางประการ เช่น คนวิกลจริตทำสัญญาซื้อขาย และผลของโมฆียะ ยังคงมีผลใช้บังคับกันได้ตลอดจนกว่าจะมีการบอกล้างนิติกรรมนั้น หรือมีผลสมบูรณ์ต่อเมื่อมีการให้สัตยาบัน

ดังนั้น คนไร้ความสามารถ ซึ่งกฎหมายถือว่าเป็นคนที่ไม่มีความรู้สึกผิดชอบชั่วดี ไม่สามารถทำกิจการหรือนิติกรรมอื่นใด ได้ตามที่ต้องการไม่สามารถใช้ความคิดเข้าใจ และเล็งเห็นผลแห่งการกระทำของตนได้ดี ไม่สามารถแสดงเจตนาได้โดยถูกต้อง จึงจำเป็นที่กฎหมายจะต้องคุ้มครองประโยชน์ของบุคคลเหล่านี้โดยการตัดทอนความสามารถในการใช้สิทธิและการปฏิบัติหน้าที่โดยหลักเกณฑ์ที่ต้องมีผู้มาร้องขอต่อศาลให้ไต่สวนและมีคำสั่ง เมื่อศาลมีคำสั่งให้บุคคลใดเป็นคนไร้ความสามารถแล้ว ก็จะจัดให้อยู่ในความคุ้มครองดูแลของบุคคลอีกคนหนึ่งที่เรียกว่า **“ผู้อนุบาล”** ต่อไป

งานวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตอำเภอนาแก จังหวัดนครพนม

Factor Associated with Drug Used Behavior Among Village Health Volunteers in Nakae District, Nakhon Phanom Province

ฉัตรชัย ไตรยราช*
อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ**

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม กลุ่มประชากรคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตอำเภอนาแก จังหวัดนครพนม ปีงบประมาณ 2558 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Daniel จำนวน 102 คน และเลือกรายชื่อด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าปัจจัยนำประกอบด้วย ความรู้ในการใช้ยา การรับรู้ด้านสุขภาพมีค่าคะแนนเฉลี่ยในระดับสูง ($\bar{X}$ = 2.69, S.D. = 0.462) ปัจจัยเอื้อประกอบด้วยช่องทางการได้รับข่าวสาร การเข้าถึงแหล่งกระจายยาในชุมชนมีค่าคะแนนเฉลี่ยในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.16, S.D. = 0.468) ปัจจัยเสริมประกอบด้วยการฝึกอบรม การมอบหมายและการนิเทศงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยในระดับสูง ($\bar{X}$ = 2.79, S.D. = 0.430) และปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p - value < 0.05)

คำสำคัญ : ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม พฤติกรรมการใช้ยา

* พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำพี้ จังหวัดนครพนม
** อาจารย์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

ABSTRACT

The descriptive research study aimed to study predisposing factor, enabling factor, reinforcing factor associated with drug used behavior among village health volunteers in Nakae district, Nakhon Phanom province in fiscal year 2015. Population were village health volunteers in Nakae district, NakhonPhanom province which be calculated the sample size by Daniel formula for 102 cases, and systematic random sampling was determine and data collected by questionnaires, data analyzed by Pearson product moment correlation coefficient. The result revealed that predisposing factor including drug used knowledge, health perception had mean score with high level ($\bar{X}$ = 2.69, S.D. = 0.462), enabling factor including drug information channel, accessibility of drug distribution in community had mean score with moderate level ($\bar{X}$ = 2.16, S.D. = 0.468), reinforcing factor including training, task assignment, supervision had mean score with high level ($\bar{X}$ = 2.79, S.D. = 0.430), An Association analyzed, predisposing factor, enabling factor, reinforcing factor associated with drug used behavior among village health volunteers in Nakae district, NakhonPhanom provincewith statistic significantly (p-value < 0.05).

Keyword : Predisposing, Enabling, Reinforcing, Drug used behavior

บทนำ

ยาเป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิตของมนุษย์ เมื่อเจ็บป่วยการใช้ยาในการดูแลรักษาตนเองเป็นพฤติกรรมที่ทุกคนปฏิบัติก่อนที่จะไปพบแพทย์โดยที่แต่ละคนจะมีวิธีการปฏิบัติที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่างเช่น ความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ อาการและอาการแสดง ตลอดจนการรักษาผนวกกับความเชื่อ วัฒนธรรมประเพณีมีการประยุกต์ความเชื่อของท้องถิ่นในชุมชนในการเลือกใช้ยา (ลือชัย ศรีเงินยวง, 2542) ปัจจุบันการใช้ยาของประชาชนในประเทศมีจำนวนมากขึ้นจากข้อมูลการบริโภคยาของคนไทยใน พ.ศ. 2555 พบว่าสูงถึงร้อยละ 42.8 ของรายจ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด ขณะที่ประเทศที่พัฒนาแล้วมีสัดส่วนการบริโภคยาเพียงร้อยละ 10 - 20 ของรายจ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด ในช่วง พ.ศ. 2555 - 2557 มูลค่าการบริโภคยามีอัตราการเพิ่มมากกว่าอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจ กล่าวคือ รายจ่ายด้านสุขภาพมีอัตราการเพิ่มเฉลี่ยร้อยละ 7.7 ต่อปี ขณะที่อัตราการเพิ่มของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศเฉลี่ยร้อยละ 5.7 ต่อปี เมื่อคิดสัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพระหว่างรัฐบาลต่อประชาชนแล้วพบว่า ประชาชนเป็นผู้เสียค่าใช้จ่ายถึงร้อยละ 60 ประชาชนมีวิธีเลือกใช้ยาโดยซื้อจากร้านขายยาเป็นอันดับแรกเมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการอื่นๆ เนื่องจากมีผู้ใช้ยาจำนวนมากไม่ทราบถึงประโยชน์และข้อจำกัด ความเสี่ยงต่อการแพ้ยา ดังนั้นการใช้ยาอาจทำให้เกิดอันตรายได้ (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2550) จากรายงานวิจัยพฤติกรรมการใช้ยาของคนไทย พบว่าเมื่อเกิดการเจ็บป่วยเล็กน้อย ประชาชนในชนบทจะใช้บริการร้านขายยาเป็นด่านแรกเพราะเข้าถึงได้สะดวก มีการโฆษณายากันตามสื่อทั้งวิทยุ โทรทัศน์ สื่อสิ่งพิมพ์และป้ายโฆษณาต่างๆ รวมถึงรถเร่ขายยาในหมู่บ้าน ปัจจัยเหล่านี้ทำให้มีการใช้ยาเพิ่มมากเกินความจำเป็น

ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญในระบบบริการสุขภาพทั้งหมด ยาเป็นประเด็นสำคัญประเด็นหนึ่งที่จะต้องปฏิบัติให้ได้มาตรฐาน การมีสถานบริการสาธารณสุขที่ครอบคลุมทั่วประเทศและการสร้างความเชื่อมั่นในการให้บริการด้านสาธารณสุขทำให้ประชาชนมีการเข้าถึงยาได้ง่ายขึ้น (พินิจ ฟ้าอำนวย, 2554) ในขณะเดียวกันระบบการกระจายยาของประเทศไทยโดยเฉพาะร้านขายยา ร้านสะดวกซื้อร้านขายของชำยังขาดการควบคุมอย่างมีประสิทธิภาพส่งผลให้ประชาชนเข้าถึงยาอย่างเสรี มีการซื้อยากินเอง จากสาเหตุดังกล่าวทำให้เกิดการใช้ยาอย่างฟุ่มเฟือยเกิดปัญหาการใช้ยาเพิ่มขึ้นใช้ยาซ้ำซ้อนการปรับขนาดของยาเองรวมถึงการเก็บรักษายาที่ไม่ถูกต้อง (ปรารถ ชามพูนท, 2554)

ปัจจุบันอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชนเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย แก่ครอบครัวและชุมชน กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านเชิงรุกเพื่อให้มีความรู้ในด้านต่างๆส่งผลให้ประชาชนเกิดความเชื่อมั่นว่าจะได้รับการดูแลให้การช่วยเหลือด้านสุขภาพ (กระทรวงสาธารณสุข, 2555) สำหรับบทบาทที่เกี่ยวกับยาที่สำคัญคือ การให้ความรู้การใช้ยา การจัดหายาที่จำเป็นไว้ใช้ในชุมชน การใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงกำหนด บทบาทที่สำคัญคือการเป็นแบบอย่างที่ดีทางด้านสุขภาพเพื่อให้คนในชุมชนเห็นเป็นแบบอย่างและปฏิบัติตาม (กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตอำเภอนาแก จังหวัดนครพนม ได้รับการพัฒนาศักยภาพทั้งในด้านความรู้และทักษะในด้านต่างๆตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องเพื่อให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองและประชาชนในเขตรับผิดชอบ จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า ปัญหาด้านพฤติกรรมการใช้ยาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ยังมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในเรื่องการใช้ยา ส่วนใหญ่ยังขาดความรู้เกี่ยวกับยา แก้ปัญหาโดยการไปซื้อยาตามร้านขายยา การรับยาเองตามชอบใจ เมื่ออาการดีขึ้นก็หยุดยาโดยไม่ยอมทานยาต่อจนครบขนาดหรือการนำยาของคนอื่นมาใช้โดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์มีโอกาสเสี่ยงต่อการแพ้ยาได้ ผู้วิจัยเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จึงสนใจที่ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อนำผลการวิจัยที่ได้มาพัฒนาและวางแผนในการปรับพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตอำเภอนาแก จังหวัดนครพนม

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา Descriptive research study) ประชากรที่ศึกษาคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ขึ้นทะเบียนเป็น อสม. ปีงบประมาณ 2558 เขตอำเภอนาแก จังหวัดนครพนม ปฏิบัติงานมาอย่างน้อย 6 เดือน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณที่ทราบประชากรแน่นอนของ Daniel (2010) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 102 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) เพื่อเลือกรายชื่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำ ประกอบด้วยความรู้การใช้ยา, การรับรู้ด้านสุขภาพ ข้อคำตอบมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่าตามระดับความคิดเห็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของเบสท์ (Best John W, 1977) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ปานกลางและต่ำ ส่วนที่ 3 ปัจจัยเอื้อประกอบด้วย ช่องทางการได้รับข่าวสาร, การเข้าถึงแหล่งยา ข้อคำตอบมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เกณฑ์การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง ปานกลางและต่ำส่วนที่ 4 ปัจจัยเสริมประกอบด้วย การฝึกอบรม, การได้รับมอบหมาย, การนิเทศงาน ข้อคำตอบมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เกณฑ์การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ปานกลางและต่ำส่วนที่ 5 พฤติกรรมการใช้ยา ประกอบด้วย การใช้ยาตามหลักการ, การเก็บรักษายา, การดูวันหมดอายุของยา, การปฏิบัติตัวเมื่อแพ้ยา และการได้มายามา ข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่าตามระดับการปฏิบัติ 5 ระดับ คือ ปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด เกณฑ์การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง ปานกลางและต่ำและส่วนที่6ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม เพื่อหาความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้และคำนวณค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.78 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปใช้สถิติวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment correlation coefficient) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (55.9%) มีอายุระหว่าง 40 - 50 ปี (45.9%) ($\bar{X}$ = 47.55, S.D. = 10.24, Max = 70, Min = 20) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่/แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน (83.3%) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (96%) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,000-10,000 บาท (40.2%) ($\bar{X}$ = 6,420.59, S.D. = 6,107.41, Max = 30,000, Min = 600) ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปี (53.9%) ($\bar{X}$ = 12.07, S.D. = 8.05, Max = 38, Min = 1)

ปัจจัยนำ ภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 2.69, S.D. = 0.462) เมื่อพิจารณาปัจจัยนำจำแนกรายด้านพบว่า ด้านความรู้ในการใช้ยา อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 2.36, S.D. = 0.686) การรับรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 2.60, S.D. = 0.490) ปัจจัยเอื้อภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 2.16, S.D. = 0.468) เมื่อพิจารณาปัจจัยเอื้อจำแนกรายด้านพบว่า ด้านช่องทางการได้รับข่าวสารอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.06, S.D. = 0.633) ด้านการเข้าถึงแหล่งยา อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.26, S.D. = 0.485) ปัจจัยเสริมภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 2.79, S.D. = 0.430) เมื่อพิจารณาปัจจัยเสริมจำแนกรายด้านพบว่า ด้านการฝึกอบรม อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 2.86, S.D. = 0.373) การได้รับมอบหมาย อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 2.73, S.D. = 0.525) การนิเทศงานอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 2.59, S.D. = 0.584) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม

ตัวแปร	ระดับคะแนน						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ		
ปัจจัยนำ	71	69.60	31	30.40	-	-	2.69	0.462
ความรู้การใช้ยา	49	48.00	41	40.20	12	11.80	2.36	0.686
การรับรู้ด้านสุขภาพ	62	60.80	40	39.20	-	-	2.60	0.490
ปัจจัยเอื้อ	21	20.60	77	75.50	4	3.90	2.16	0.468
ช่องทางการได้รับข่าวสาร	24	23.50	61	59.80	17	16.70	2.06	0.633
การเข้าถึงแหล่งยา	29	28.40	71	69.60	2	2.00	2.26	0.485
ปัจจัยเสริม	82	80.40	19	18.60	1	1.00	2.79	0.430
การฝึกอบรม	89	87.30	12	11.80	1	1.00	2.86	0.373
การได้รับมอบหมาย	79	77.50	19	18.60	4	3.90	2.73	0.525
การนิเทศงาน	66	64.70	31	30.40	5	4.90	2.59	0.584

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการใช้ยาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม พบว่า

ปัจจัยนำมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอนาแก จังหวัดนครพนมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.342, p - value = 0.01) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของปัจจัยนำรายด้าน พบว่า ความรู้ในการใช้ยา มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.332, p - value = 0.01) การรับรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.482, p - value = 0.04)

ปัจจัยเอื้อมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.480, p - value = 0.01) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของปัจจัยนำรายด้าน พบว่า ช่องทางการได้รับข่าวสารมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.360, p-value = 0.04) การเข้าถึงแหล่งกระจายยาในชุมชนมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.214, p - value = 0.03)

ปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอนาแก จังหวัดนครพนมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.282, p - value = 0.05) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของปัจจัยนำรายด้านพบว่า ด้านการฝึกอบรมมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.191, p - value = 0.03) การได้รับมอบหมายมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.231, p - value = 0.04)การนิเทศงานมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.260, p-value=0.03) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2

สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมและพฤติกรรมการใช้ยา ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม

ปัจจัย	พฤติกรรมการใช้ยาของ อสม.		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p – value	ระดับความสัมพันธ์
ปัจจัยนำ	0.342	0.01*	มีความสัมพันธ์
ความรู้การใช้ยา	0.332	0.01*	มีความสัมพันธ์
การรับรู้ด้านสุขภาพ	0.482	0.04*	มีความสัมพันธ์
ปัจจัยเอื้อ	0.480	0.01*	มีความสัมพันธ์
ช่องทางการได้รับข่าวสาร	0.360	0.04*	มีความสัมพันธ์
การเข้าถึงแหล่งยา	0.214	0.03*	มีความสัมพันธ์
ปัจจัยเสริม	0.282	0.05*	มีความสัมพันธ์
การฝึกอบรม	0.191	0.03*	มีความสัมพันธ์
การได้รับมอบหมาย	0.231	0.04*	มีความสัมพันธ์
การนิเทศงาน	0.260	0.03*	มีความสัมพันธ์

* ค่าระดับนัยสำคัญ น้อยกว่า 0.05

การอภิปรายผล

ปัจจัยนำมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตอำเภอนาแก จังหวัดนครพนม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.342, p - value = 0.01) อธิบายเหตุผลได้ว่าแนวคิดปัจจัยนำประกอบด้วย ความรู้และการรับรู้ด้านสุขภาพ หรือความเชื่อเป็นปัจจัยพื้นฐานที่กระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคลหรืออีกด้านหนึ่งปัจจัยนำทำให้เกิดความพอใจของบุคคลที่ได้มาจากประสบการณ์ในการเรียนรู้ ซึ่งความพอใจนี้อาจมีผลทั้งในทางสนับสนุนหรือยับยั้งพฤติกรรมได้ (จุฬาภรณ์ โสตะ, 2554) ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา (ดาวรุ่ง คำวงศ์และคณะ, 2555 ; อณิษฐา ม่วงไหมทอง, 2553) ซึ่งข้อค้นพบจากงานวิจัยพบว่า ปัจจัยนำมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของอาสาสมัคร-สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 เมื่อพิจารณาปัจจัยนำรายด้าน พบว่าด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาของ อสม. พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p - value = 0.01) ผลการศึกษาวิจัยนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Green and Kreuter (1999) ที่กล่าวว่า ความรู้ เป็นปัจจัยนำหรือเป็นองค์ประกอบภายในที่มีอิทธิพล ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคลและสอดคล้องกับการศึกษาที่มาผ่าน (ธราภรณ์ สุวรรณ, 2549 ; ทองดี ยนจอหอ, 2548) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับยาเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลสามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็น อสม. นั้นย่อมได้รับโอกาสในการพัฒนาศักยภาพในด้านความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งเห็นได้จากการที่กระทรวง-สาธารณสุขได้สนับสนุนให้มีโครงการ อสม. เชิงรุก

ตั้งแต่ปี 2552 จนถึงปัจจุบัน ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้ อสม. เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างเป็นระบบ (กรมสนับสนุนบริการสาธารณสุข, 2554) นอกจากนี้ อสม. ที่ได้รับการคัดเลือกเข้ามาใหม่ต้องผ่านการฝึกอบรมทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อให้มีความรู้ ความสามารถและพร้อมปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ โดยต้องสามารถแนะนำ ให้ความรู้แก่ประชาชนในชุมชนในเรื่องการดูแลสุขภาพได้ (มินตรา สาระรักษ์, 2553) และเนื่องจาก อสม. เป็นผู้ที่ให้คำแนะนำเรื่องวิธีการใช้และการจ่ายยาในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน การที่ อสม. จะทำหน้าที่ดังกล่าวได้ดีนั้นจะต้องมีความรู้ในทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยา ดังนั้นการที่มีความรู้เรื่องยาที่ถูกต้องนั้นอาจเป็นผลให้ อสม. มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องเหมาะสมได้ เพราะฉะนั้นการส่งเสริมให้ อสม. มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องนั้นจำเป็นต้องให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาที่ถูกต้อง ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องเพราะ อสม. ถือว่าเป็นแกนนำและแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพได้รับการยอมรับนับถือจากประชาชน (สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2549) การรับรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p - value = 0.04) สอดคล้องกับแนวคิดของ Becker (1977) กล่าวว่า บุคคลที่มีการรับรู้ด้านสุขภาพที่ดีจะทำให้เล็งเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี โดยจะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคของบุคคลได้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ อสม. เป็นผู้ที่ให้คำแนะนำเรื่องวิธีการใช้ยาและจ่ายยาในชุมชน การที่ อสม. จะทำหน้าที่ดังกล่าวได้ดีนั้น อสม. จะต้องมีการรับรู้ในทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยา (สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2549)

ปัจจัยเอื้อ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตอำเภอนาแก จังหวัดนครพนม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.480, p - value = 0.01) สอดคล้องกับแนวคิดของ Green and Kreuter (1999) ที่กล่าวว่า พฤติกรรมของบุคคลนั้นมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย นอกจากปัจจัยนำแล้ว ถือว่าปัจจัยเอื้อมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมด้วยเช่นกันและเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดการแสดงพฤติกรรมนั้นเป็นไปได้ง่ายยิ่งขึ้น จากผลการศึกษาปัจจัยเอื้อประกอบด้วย ช่องทางการได้รับข่าวสาร และการเข้าถึงแหล่งกระจายยาในชุมชน ในส่วนของการได้รับข่าวสาร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p - value = 0.04) การได้รับข่าวสารด้านยาทางวิทยุสามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาของ อสม. ได้ร้อยละ 7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแสดงว่าการได้รับข่าวสารด้านยาทางวิทยุมีแนวโน้มที่จะส่งผลให้มีพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสม การได้ข่าวสารผ่านทางวิทยุนั้นถือว่าเป็นช่องทางที่คนไทยในชุมชนชนบทสามารถเข้าถึงได้ง่ายเมื่อเทียบกับช่องทางอื่นๆ (ดาวรุ่ง คำวงศ์ และคณะ, 2555) แต่ข้อมูลข่าวสารด้านการใช้ยาจากช่องทางวิทยุมักเป็นการให้ข้อมูลในรูปแบบของการโฆษณา ซึ่งส่วนใหญ่พบว่าเป็นการโฆษณาเกินจริง ไม่ถูกต้องตามกฎหมายและก่อให้เกิดความเข้าใจผิดกับผู้บริโภค (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2550) ทั้งการศึกษาที่ผ่านมายังชี้ว่าการโฆษณามีอิทธิพลต่อการตัดสินใจซื้อและการใช้ยาของคนไทย ดังนั้นหาก อสม. ได้รับข่าวสารด้านยาทางวิทยุโดยเฉพาะการโฆษณายาที่เกินจริงและไม่ถูกต้อง อาจส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมหรือบริโภคเกินความจำเป็น (แผนงานสร้างกลไกเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา, 2554) การเข้าถึงแหล่งกระจายยาในชุมชน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p - value = 0.03)

สอดคล้องกับแนวคิด PRECEDE Model ของ (Green and Kreuter, 1999) กล่าวว่าปัจจัยเอื้อเป็นปัจจัยสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (วรัญญา พิทักษ์เทพสมบัติ, 2545) พบว่า แหล่งกระจายยาในชุมชนที่สามารถเข้าถึงได้ ได้แก่ โรงพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คลินิกแพทย์ ร้านขายยา โรงพยาบาลเอกชน คลินิกพยาบาลและผดุงครรภ์ บริการขายตรง ร้านขายของชำและรถเร่ขายยามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของอาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (p - value < 0.05)

ปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตอำเภอนาแก จังหวัดนครพนม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.282, p - value = 0.05) สอดคล้องกับแนวคิดปัจจัยเสริมคือผลสะท้อนที่บุคคลจะได้รับคือคาดว่าจะได้รับจากการแสดงพฤติกรรมนั้นอาจช่วยสนับสนุนพฤติกรรมได้ ซึ่งจะได้รับจากบุคคลที่มีอิทธิพลต่อตนเองรวมถึงอิทธิพลจากสังคม (จุฬาภรณ์ โสตะ, 2554) จากผลการศึกษาปัจจัยเสริมประกอบด้วย ด้านการฝึกอบรมการได้รับมอบหมายและการนิเทศงานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p - value < 0.05) ผลการศึกษาวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (ดาวรุ่ง คำวงศ์, 2555, อาธร อุคติ และคณะ, 2551) ได้ข้อค้นพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของอาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประกอบด้วยการได้รับการฝึกอบรมเรื่องการใช้ยา การได้รับมอบหมายจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ดูแลติดตามการใช้ยาของประชาชน การได้รับการนิเทศงาน อสม. ที่ได้รับการฝึกอบรมเรื่องการใช้ยาหรือเกี่ยวข้องกับยาจะทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจเรื่องการใช้ยาหลังผ่านการอบรมเพิ่มขึ้น ($\bar{X}$ = 4.06, S.D. = 0.59) โดยสามารถนำความรู้ที่ผ่านการอบรมเรื่องการใช้ยาดังกล่าวไปถ่ายทอดให้กับคนในชุมชนต่อได้ด้วยความมั่นใจ ($\bar{X}$ = 4.18, S.D. = 0.60) นอกจากนี้พบว่า อสม. ควรได้รับการมอบหมายจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ดูแลติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยในชุมชน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องหรือผู้ป่วยโรคเรื้องรัง ($\bar{X}$ = 4.07, S.D. = 0.79) และมีการรายงานผลการใช้ยาของผู้ป่วยในชุมชนให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ทราบเป็นระยะ ($\bar{X}$ = 3.97, S.D. = 0.76) สำหรับการได้รับการนิเทศงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จะช่วยให้ อสม. เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงานเพิ่มมากขึ้น ($\bar{X}$ = 3.92, S.D. = 0.69)

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของ อสม. เขตอำเภอนาแก จังหวัดนครพนม พบว่า อสม. ร้อยละ 84.3 มีพฤติกรรมการใช้ยาอยู่ในระดับดี และพบว่าปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของ อสม. จากผลการศึกษานี้หน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนกิจกรรมต่างๆ เพื่อเป็นการเพิ่มความรู้สร้างความเข้าใจเรื่องการใช้ยา และเพิ่มช่องทางในการรับข่าวสารการใช้ยาที่ถูกต้องในรูปของการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่างๆ รวมทั้งสนับสนุนให้มีแหล่งข้อมูล หรือช่องทางการให้คำปรึกษาที่สามารถเข้าถึงได้สะดวก ในกรณีที่มีปัญหาหรือข้อสงสัยเรื่องยา เพื่อส่งเสริมให้ อสม. มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. **โครงการยาเก่าแลกไข่.** 2555.

กรมสนับสนุนบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. **การดำเนินงานโครงการส่งเสริมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เชิงรุก พ.ศ. 2554.**

จุฬาภรณ์โสตะ. **แนวคิด ทฤษฎีและการประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ.** ขอนแก่น. โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2554.

ดาวรุ่ง คำวงศ์. **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของอาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในตำบลบ่อกวางทอง อำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี.** วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรชลบุรี. ชลบุรี. 2555.

ทองดี ยนจอหอ. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในสถาบันบาศนราดูร.** วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต. คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง. 2548.

ธนาภรณ์ สุวรรณ. **พฤติกรรมการใช้ยาของนักศึกษามหาวิทยาลัยรามคำแหง.** วิทยานิพนธ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง, กรุงเทพมหานคร. 2552.

ปรารถ ชามพูนท. ยา**เหลือใช้และพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในจังหวัดเชียงใหม่.** วิทยานิพนธ์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. เชียงใหม่. 2554.

แผนงานสร้างกลไกเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (กพย.) คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ร่างระเบียบวาระที่ 5 กระบวนการพิจารณาสมัชชาสุขภาพ ครั้งที่ 4 : การจัดการปัญญาโฆษณายาและอาหารที่อวดอ้างสรรพคุณทางยาที่ผิดกฎหมายทางวิทยุท้องถิ่น เคเบิ้ลทีวีและโทรทัศน์ดาวเทียม. ยาวิพากษ์ : จดหมายข่าวศูนย์ข้อมูลเฝ้าระวังระบบยา. 2554 ; 3(2) : 4 - 7.

พินิจฟ้า อำนวยผล. **การวิเคราะห์ข้อมูลระบบสุขภาพ.** นนทบุรี. 2554.

มินตรา สาระรักษ์. **การเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.).** วารสารวิชาการมอบ 2553 ; 12 (2) : 39 - 48.

ลือชัย ศรีเงินยวง. **การมีส่วนร่วมของชุมชนในกิจกรรมกองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้านในจังหวัดพื้นที่ชนบทยากจน.** วิทยานิพนธ์, มหาวิทยาลัยมหิดล. นครปฐม. 2555.

วรัญญา พิทักษ์เทพสมบัติ. **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาคุมกำเนิดฉุกเฉินของวัยรุ่นในเขตกรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. กรุงเทพมหานคร. 2545.

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. **การใช้ยาอย่างปลอดภัย.** เอกสารเผยแพร่ กลุ่มพัฒนาระบบ กองพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากระทรวงสาธารณสุข. 2550.

สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. **การประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขกับบทบาทที่กำลังเปลี่ยนแปลง. โครงการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขกับยุทธศาสตร์การพัฒนา.** กรุงเทพฯ : สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ. 2549.

อณิษฐา ม่วงไหมทอง. **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของวัยแรงงานในอำเภอด่านมะขามเตี้ย จังหวัดกาญจนบุรี.** วิทยานิพนธ์ปริญญาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวลาปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2553.

Becker, M.H. **The health belief model and sole behavior.** Health Educ Monographs. 1977 ; 2 : 409 - 17.

Best, John W. **Research is Evaluation. (3rd ed).** Englewod cliffs : N.J. Prentice Hall. 1977.

Daniel W.W. **Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences. (9th ed).** New York : John Wiley & Sons. 2010.

Gulick, Luther and L. Urwick. **Paper on the Science of Administration.** New York : Columbia University. 1939.

การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสำราญ อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

Development of Self-Care Capubility of Diabetes Mellitus for Controlling HbA1c. In Ban Non Sub District Health Promotion Hospital. Non Samran Sub-district Muang District, Chaiyaphom Province

ตุ๊หิน ไตรทิพย์ *
บุญพิสิฐษ์ ธรรมกุล**

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา (Research and development) ในรูปแบบกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The one group pretest and posttest design) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนน ตำบลโนนสำราญ อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกผู้ป่วยเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนน จำนวน 139 คน เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย กิจกรรมคลินิกโรคเบาหวานในชุมชน และแบบสัมภาษณ์ ประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Mc Nemar test และ Paired t - test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.2 อายุ 55 - 64 ปี ร้อยละ 48.9 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 82.0 สามารถประกอบอาชีพได้ ร้อยละ 65.5 มีคนดูแล ร้อยละ 65.0 มีสุขภาพแข็งแรงดีช่วยเหลือตัวเองได้ ร้อยละ 65.5 มีญาติสายตรงเป็นเบาหวาน ร้อยละ 71.2 เป็นเบาหวาน 5 ถึง 10 ปี ร้อยละ 51.8 มีบุตรเป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในการไปตรวจตามนัด ร้อยละ 39.6 และใช้สิทธิบัตรทองไม่เสียค่าธรรมเนียม ร้อยละ 76.3 หลังดำเนินโครงการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อควบคุมระดับ HbA1c พบว่าร้อยละของผู้ป่วยที่ปฏิบัติพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. อย่างสม่ำเสมอทุกวันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งด้านการควบคุมอาหารประเภทแป้ง น้ำตาล ไขมัน ($p = 0.007$) การออกกำลังกาย ($p < 0.001$) การงดสูบบุหรี่/หลีกเลี่ยงควันบุหรี่มือสอง ($p < 0.001$)

* นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ
** นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสำราญ อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

และการงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (p < 0.001) ส่วนพฤติกรรมด้านการสำรวจอารมณ์/ความเครียด ก่อนและหลังการดำเนินโครงการไม่แตกต่างกัน (p = 0.120) หลังดำเนินโครงการกลุ่มตัวอย่างมีค่า HbA1c ต่ำลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.004) และร้อยละของผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีและพอใช้ เพิ่มขึ้นหลังการดำเนินโครงการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.001) ควรพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายและแกนนำที่มีความพร้อมทั้งในด้านความรู้เกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตนบทบาทการดำเนินงานในชุมชน ทักษะการแก้ปัญหาและการสื่อสาร โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและการสร้างพลังในการจัดประสบการณ์การเรียนรู้

คำสำคัญ : การดูแลตนเอง, ผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ABSTRACT

The sample consisted of 139 diabetic patients in the Chronic Illness Clinic of Baan Non Health Promotion Hospital. And interview form the data were analyzed by means of frequency, percentage, mean, standard deviation, McNemar test and Paired t - test. The significance level was 0.05.

The study found that 84.2% of the respondents were female, 55 - 64 years old, 48.9% had primary education, 82% had 65.5% occupation, 65.0% had good health, 65.5% had direct relatives with diabetes, 71.2% had diabetes, 5 - 10 years had diabetes, 51.8% had primary caregivers for diabetes care, 39.6% Fee 76.3 percent after the development of self - care ability of diabetic patients to control HbA1c level, found that the percentage of patients who behave regularly 3 times a day. Statistically Exercise (p < 0.001), non - smoking/avoidance of secondhand smoke (p < 0.001) and alcohol withdrawal (p < 0.001). (P = 0.120). After the project, the sample had a significantly lower HbA1c (p = 0.004) and percentage patients control Weight Blood sugar well and fairly. Increases after project implementation Significant (p < 0.001) should be developed. The potential of the network and its leaders should be strengthened as well as knowledge about the disease. Problem solving skills and communication. Using participatory learning processes and empowering learning experiences.

Key words : Self - care, Diabetes

บทนำ

ปัจจุบันทั่วโลกได้ตระหนักถึงความสำคัญของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น จากวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงของประชาชน โดยเฉพาะการมีพฤติกรรมการบริโภคอย่างเร่งด่วน ทำให้แนวโน้มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น และในอนาคตยังคงมีอัตราการขยายตัวของจำนวนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลขององค์การอนามัยโลกปี พ.ศ. 2555 พบอัตราการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคิดเป็นร้อยละ 63 (WHO, 2011) และในวัยผู้ใหญ่ 1 ใน 10 ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ข้อมูลจากสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติพบว่า มีผู้เป็นเบาหวานทั่วโลกมากกว่า 371 ล้านคนและประมาณการณ์ในปี พ.ศ. 2573

จะมีจำนวนผู้เป็นเบาหวานทั่วโลกเพิ่มมากกว่า 552 ล้านคน นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่เป็นโรคเบา-หวานแต่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคอีกประมาณ 183 ล้านคน เสียชีวิตด้วยโรคเบาหวานประมาณ 4.8 ล้านคน (IDF, 2011 ; IDF, 2012) หากไม่มีการดำเนินโครงการที่เหมาะสมโรคเบาหวานจะเป็นโรคที่มีอุบัติการณ์สูงขึ้นอย่างมากในหลายประเทศ อันเนื่องมาจากวิถีชุมชนและวัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตที่เร่งรีบ การมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่เปลี่ยนแปลง การรับประทานผักผลไม้น้อย การรับประทานอาหารว่างระหว่างมื้อเพิ่มมากขึ้นและการขาดการออกกำลังกาย (นิธิศ วัฒนะมะโน และคณะ, 2556 ; สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2552) ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ ส่งผลให้เกิดภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานได้มากขึ้น และหากมีพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานที่ไม่เหมาะสมอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต หลอดเลือดและหัวใจ มีแผลหรือการบาดเจ็บที่เท้า ซึ่งภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานอาจทำให้สูญเสียอวัยวะร่างกายจนถึงขั้นพิการและเสียชีวิตได้

ในประเทศไทยพบจำนวนและอัตราความชุกของการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทยรายงานความชุกของโรคเบาหวานยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2557 มีความชุกของโรคเบาหวาน 1,032 ต่อประชากรแสนคน (สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย) และจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานเรื้อรังที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยรายใหม่คิดเป็นอุบัติการณ์ใหม่ 523.2 ต่อประชากรแสนคน อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 1 : 1.9 กลุ่มอายุที่พบสูงสุดคือ กลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 50 - 59 ปี 40 - 49 ปี 15 - 39 ปี และน้อยกว่า15 ปี โดยมีอัตราป่วยเท่ากับ 2,128.0, 1,207.4, 463.4, 61.6 และ 8.3 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับพบอัตราการตายที่เกิดจากโรคเบาหวานเรื้อรัง 10.8 ต่อแสนประชากร (อมรา ทองหงษ์, 2556) นอกจากการรับยาแผนปัจจุบันเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดแล้วการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และดื่มสุรา เป็นสิ่งสำคัญในการควบคุมโรคเบาหวานหากผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องนอกจากจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ยังช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาอีกด้วย

จังหวัดชัยภูมิ ระหว่างปี 2553 ถึง 2557 มีรายงานอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มทุกปี คิดเป็นอัตราป่วย 2176.98, 2252.66, 2461.34, 2915.69 และ 4072.51 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ซึ่งถือว่าเป็นโรคเรื้อรังที่มีอัตราป่วยสูงสุดของจังหวัด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ, 2557) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนน มีการจัดกิจกรรมดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมาโดยตลอด โดยได้จัดคลินิกบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 เดือนต่อ 1 ครั้ง ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2552 เป็นต้นมา หลังจากมีนโยบายลดความแออัดในโรงพยาบาล ผู้ป่วยโรคเรื้อรังบางส่วนถูกส่งตัวให้มารับบริการที่โรงพยา-บาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่งผลให้มีผู้ป่วยมารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น โดยในปี 2555, 2556 และ 2557 มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังมารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนน จำนวน 248, 286 และ 320 คน ตามลำดับ และในปัจจุบัน

ปี 2558 มีผู้ป่วยมารับบริการ จำนวน 376 คน แยกเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 126 คน (ร้อยละ 33.51) ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 66 คน (ร้อยละ 17.55) และผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 184 คน (ร้อยละ 48.94) แต่เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ บางรายไม่สามารถเดินทางมาติดตามการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามนัดได้ ในปี พ.ศ. 2558 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนน จึงได้มีการจัดคลินิกบริการเชิงรุกในชุมชน ซึ่งจากติดตามผลระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเป้าหมาย จากผลระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการเมื่อเดือนพฤษภาคม 2558 พบว่า มีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) จำนวน 188 คน (ร้อยละ 97.91) พบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยมากกว่า 8 (Poor control)จำนวน 67 คน (ร้อยละ 35.63) ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมระหว่าง 7 - 8 (Fair control) จำนวน 73 คน (ร้อยละ 38.82) และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมน้อยกว่า 7 (Good control) จำนวน 48 คน (ร้อยละ 25.53)

จากสถานการณ์โรคเบาหวานข้างต้น บ่งชี้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลภาวะเจ็บป่วยของตนเอง ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้เหมาะสม และเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนกับตัวผู้ป่วยเอง การจัดการระบบและพัฒนาวิธีการสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม จึงนับเป็นสิ่งสำคัญในการเพิ่มความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนของโรคโดยเชื่อมโยงระบบบริการที่เกี่ยวข้องและสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อนำไปสู่เป้าหมายการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ เป็นที่มาของการศึกษานี้ ที่มุ่งหาแนวทางพัฒนาวิธีการจัดบริการและการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยการส่งเสริมศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วย การเสริมแรงจูงใจ การสร้างความตระหนัก เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนพูดคุยบอกปัญหาและความต้องการรวมถึงตั้งเป้าหมายและตัดสินใจลงมือปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม ซึ่งข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) และพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ.2 ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ไม่สูบบุหรี่ และลดการดื่มสุรา) เป็นแนวคิดและกลยุทธ์ที่สำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มวัย โดยหน่วยงานระดับนโยบายสามารถใช้เป็นฐานข้อมูลในการกำหนดทิศทางยุทธศาสตร์และมาตรการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน และหน่วยงานระดับปฏิบัติการสามารถใช้เป็นข้อมูลในพัฒนานวัตกรรมและออกแบบกระบวนการจัดการเรียนรู้เพื่อสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของประชาชนเพื่อบรรลุเป้าหมายการป้องกันและลดโรค

ผลจากการศึกษานอกจากจะใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานให้สามารถดูแลตนเองเพื่อให้ควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c)ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งจะทำให้ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนกับตัวผู้ป่วยเองแล้วยังเป็นแนวทางในการพัฒนาการ

ดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยใช้ทรัพยากรจากท้องถิ่นให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อไป

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

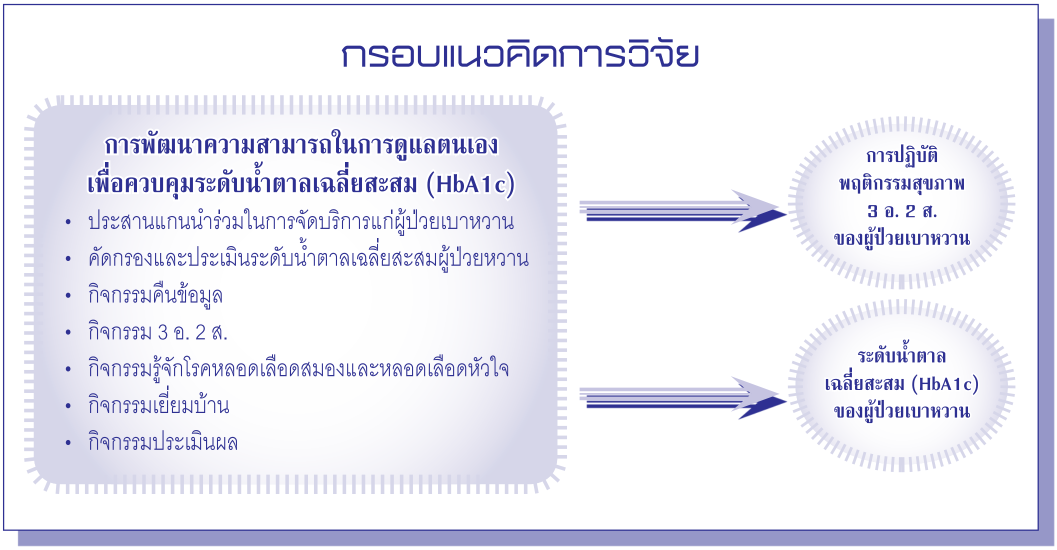
1. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนน ตำบลโนนสำราญ อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c)

2. เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนการปฏิบัติพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. (ควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย สำรวจอารมณ์อารมณ์ ไม่สูบบุหรี่ และลดการดื่มสุรา) ของผู้ป่วยโรคเบาหวานก่อนและหลังการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c)

3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) ของผู้ป่วยโรคเบาหวานก่อนและหลังการศึกษาการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c)



เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ชุด ซึ่งสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิด และวัตถุประสงค์ในการศึกษาครั้งนี้ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. แนวทางการจัดกิจกรรมคลินิกโรคเบาหวานในชุมชน ที่ผู้วิจัยได้ออกแบบกิจกรรมไว้อย่างกว้างๆ เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยน

ข้อคิดเห็น คิด และตัดสินใจลงมือปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้วยตนเอง

2. แบบสัมภาษณ์สำหรับรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบจากรายการคำตอบที่กำหนด เนื้อหาประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา คนดูแล อาชีพ ภาวะสุขภาพ ประวัติทางพันธุกรรม ระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวาน ผู้มีบทบาทหลักในการนำผู้ป่วยตรวจตามนัด และสิทธิ์การรักษาพยาบาล

ส่วนที่ 2 การปฏิบัติตนตามพฤติกรรม 3 อ. 2 ส.จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบจาก 3 รายการคำตอบ ได้แก่ ปฏิบัติสม่ำเสมอทุกวันปฏิบัติเป็นบางครั้งและไม่ได้ปฏิบัติ เนื้อหาประกอบด้วย การปฏิบัติพฤติกรรมด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์/ความเครียด การงดสูบบุหรี่/หลีกเลี่ยงควันบุหรี่มือสองและการงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ส่วนที่3 ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) เก็บข้อมูล 2 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 เดือนพฤษภาคม 2558 และครั้งที่ 2 เดือนพฤษภาคม 2559 การแปลผลค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมของผู้ป่วยแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

- ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (Good Control) หมายถึง มีค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสม < 7
- ควบคุมระดับน้ำตาลได้พอใช้ (Fair Control) หมายถึง มีค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมอยู่ระหว่าง 7 - 8
- ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี (Poor Control) หมายถึง มีค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสม > 8

ขั้นตอนการดำเนินงานและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1) จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินโรคเรื้อรังระดับตำบล

2) จัดประชุมพัฒนาศักยภาพแกนนำร่วมในการจัดบริการแก่ผู้ป่วยและวางแผนการจัดกิจกรรม 2 เดือน/ครั้ง โดยแบ่งโซนออกให้บริการคลินิกเชิงรุกในชุมชนจำนวน 5 โซน ดังนี้

- โซนที่ 1 ผู้ป่วยบ้านแจ้งน้อย หมู่ที่ 5 และบ้านโสกหว้า หมู่ที่ 6 สถานที่วัดบ้านแจ้งน้อย
- โซนที่ 2 ผู้ป่วยบ้านกะพี้ หมู่ที่ 3 และบ้านดอนขวาง หมู่ที่ 4 สถานที่วัดบ้านกะพี้
- โซนที่ 3 ผู้ป่วยบ้านโนนสำราญ หมู่ที่ 2 และหมู่ที่ 9 สถานที่วัด-บ้านโนนสำราญ
- โซนที่ 4 ผู้ป่วยบ้านโนน หมู่ที่ 1 และบ้านโนนสูงสะอาด หมู่ที่ 8 สถานที่วัดโนนสูงสะอาด
- โซนที่ 5 ผู้ป่วยบ้านงิ้ว หมู่ที่ 7 และบ้านงิ้วพัฒนา หมู่ที่ 10 สถานที่วัดฉิมพลี บ้านงิ้ว

3) เก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยใช้แบบสำรวจ เพื่อเก็บข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยและระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c)

2. ขั้นดำเนินการ มีการจัดกิจกรรมเชิงรุกในชุมชนร่วมกับกลุ่มแกนนำที่ผ่านการพัฒนาศักย-ภาพ โดยจัดกิจกรรม 5 โซนๆ ละ 5 ครั้ง ดังนี้

1) กิจกรรมครั้งที่ 1 กรกฎาคม 2558
2) กิจกรรมครั้งที่ 2 กันยายน 2558
3) กิจกรรมครั้งที่ 3 พฤศจิกายน 2558
4) กิจกรรมครั้งที่ 4 มกราคม 2559
5) กิจกรรมครั้งที่ 5 มีนาคม 2559

3. ขั้นประเมินผล วิเคราะห์และสรุปผลการศึกษา โดยถอดบทเรียนสรุปผลการดำเนินงาน เก็บข้อมูลหลังการศึกษาและวิเคราะห์ผลเปรียบเทียบระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมโดยเก็บข้อมูลจากรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจากโรงพยาบาลชัยภูมิ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล จากนั้นประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. พรรณนาข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยเบาหวาน การปฏิบัติตนตามพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าสัดส่วนการปฏิบัติตนตามพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. และผลการควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) ระหว่างก่อนและหลังการดำเนินโครงการ ด้วย Mc Namara test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) ระหว่างก่อนและหลังการดำเนินโครงการ ด้วย Paired t - test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 139 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.2 มีอายุระหว่าง 55 - 64 ปี ร้อยละ 48.9 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 82.0 ประกอบอาชีพได้ ร้อยละ 65.5 มีคนดูแล ร้อยละ 95.0 มีสุขภาพแข็งแรงดีช่วยเหลือตัวเองได้ ร้อยละ 82.0 มีญาติสายตรงเป็นเบาหวาน ร้อยละ 71.2 เป็นเบาหวาน 5 ถึง 10 ปี ร้อยละ 51.8 ผู้ที่มีบทบาทหลักในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในการไปตรวจตามนัดคือบุตร ร้อยละ 39.6 ใช้สิทธิบัตรทองไม่เสียค่าธรรมเนียม ร้อยละ 76.3

2. การจัดกิจกรรมเชิงรุกในชุมชนเพื่อการควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในผู้ป่วยโรคเบา-หวาน ได้มีการจัดกิจกรรมพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม HbA1c จำนวน 5 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 2 เดือน เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเบาหวานให้มีความตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเองและควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงที่อาจเพิ่มความรุนแรงของโรคเบาหวาน โดยมีกิจกรรมหลักแบ่งออกได้ 5 กิจกรรม ได้แก่ ครั้งที่ 1 กิจกรรมคืนข้อมูล ครั้งที่ 2 กิจกรรม 3 อ. 2 ส. ครั้งที่ 3 กิจกรรมรู้จักอัมพฤกษ์ อัมพาต และหลอดเลือดหัวใจ ครั้งที่ 4 กิจกรรมเยี่ยมบ้าน และครั้งที่ 5 กิจกรรมประเมินผล

3. การเปรียบเทียบการปฏิบัติพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. ก่อนและหลังการดำเนินโครงการพบว่า ร้อยละของผู้ป่วยที่ปฏิบัติพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. อย่างสม่ำเสมอทุกวันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งด้านการควบคุมอาหารประเภทแป้ง น้ำตาล

ไขมัน ($p = 0.007$) การออกกำลังกาย ($p < 0.001$) การงดสูบบุหรี่/หลีกเลี่ยงควันบุหรี่มือสอง ($p < 0.001$) และการงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ($p < 0.001$) ส่วนพฤติกรรมด้านการสำรวจอารมณ์/ความเครียด ก่อนและหลังการดำเนินโครงการไม่แตกต่างกัน ($p = 0.120$)

4. การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) ก่อนและหลังการดำเนินโครงการพบว่า ค่า HbA1c ของกลุ่มตัวอย่างต่ำกว่าก่อนดำเนินโครงการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.004$) โดยร้อยละของผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีและพอใช้ เพิ่มขึ้นหลังการดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

สรุปอภิปรายผล

1. การจัดกิจกรรมเชิงรุกในชุมชน เพื่อการควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นการพัฒนาให้ผู้ป่วยเข้าใจบทบาทของตนเอง การรับรู้ความสารถของตนเองในการดูแลสุขภาพ ในการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง มุ่งเน้นการแลกเปลี่ยนความรู้ วิธีการปฏิบัติตนเองในการดูแลสุขภาพภายในกลุ่มผู้ป่วย ด้านบุคลากรปรับบทบาทจากการเป็นผู้สอนมาเป็นผู้รับฟังปัญหา และชี้แนะข้อมูลทางวิชาการที่จำเป็นโดยการพูดคุย แลกเปลี่ยนกันภายในกลุ่ม รวมถึงการศึกษาข้อมูลในระดับตัวบุคคลเพื่อส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยในระดับ Individual Care ซึ่งจะทำให้การดูแลมีความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเอง

2. การปฏิบัติพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการปฏิบัติพฤติกรรม ด้านการควบคุมอาหาร การควบคุมความเครียดการงดสูบบุหรี่ และงดดื่มสุราค่อนข้างสม่ำเสมอ มีเพียงพฤติกรรมออกกำลังกายที่ส่วนใหญ่ปฏิบัติเพียงครั้งคราว ทั้งนี้ หลังการดำเนินงานพบว่าสัดส่วนของผู้ป่วยเบาหวานที่ปฏิบัติพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ และสอดคล้องการศึกษาการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง ด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานชนิดที่ 2 ของนุสสรา บุญทศ และคณะ (2556) ที่พบว่า ภายหลังกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม กลุ่มทดลองมีระดับการรับรู้ความสามารถตนเองและระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของจงมณี สุริยะ และคณะ (2556) ที่ประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลเท้า ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่พบว่า ภายหลังทดลองการเข้าร่วมโปรแกรมประกอบด้วย แผนการจัดกิจกรรม จำนวน 3 ครั้งๆ ละ 3 ชั่วโมง ครั้งละ 2 สัปดาห์ การออกแบบกิจกรรมได้ประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง ทำให้กลุ่มผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้การดูแลเท้า การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการดูแลเท้าตนเอง ทักษะการดูแลเท้า และพฤติกรรมการดูแลเท้าสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเอง ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีทักษะในการดูแลตนเองและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้องมากขึ้น

อย่างไรก็ตาม พบว่าร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ปฏิบัติพฤติกรรมด้านการสำรวจ

อารมณ์/ความเครียดก่อนและหลังการดำเนินโครงการไม่แตกต่างกัน ซึ่งน่าจะเนื่องมาจากการสำรวจอารมณ์/ความเครียดมีลักษณะเป็นนามธรรมและกระทำได้ยากเนื่องจากเป็นเรื่องของจิตใจที่บางครั้งเราไม่สามารถระบุภาวะอารมณ์และความเครียดได้ชัดเจน หรืออาจเกิดจากผู้ป่วยโรคเบาหวานต้องเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยมาเป็นระยะเวลานาน ทำให้จัดการด้านอารมณ์/ความเครียดได้ยาก นอกจากนี้ อาจเกิดจากกิจกรรมที่ส่งผลต่อการจัดการความเครียดกระทำได้ยากและกิจกรรมในโครงการนี้ไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงด้านการสำรวจอารมณ์/ความเครียดได้

3. ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) พบว่า ค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมหลังการดำเนินการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ และสอดคล้องการศึกษาของ สุริตา คณาดี (2555) ที่พบว่า การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้ผู้ป่วยเบาหวานทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง มีระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดี ส่งผลให้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับดี (70 - 130mg/dl) เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 50.27

4. ข้อจำกัดในการวิจัยจากการดำเนินโครงการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อควบคุมระดับ HbA1c พบปัญหาอุปสรรคในด้านผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ การขาดแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง อาจจะทำให้พฤติกรรมการบริโภคไม่เปลี่ยนแปลง และไม่ให้ความสำคัญกับการออกกำลังกายและไม่ตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งอาจจะส่งผลให้ประสิทธิภาพของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดลดลง นำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานได้ปัญหาอุปสรรคในด้านด้านเครือข่ายและแกนนำ ได้แก่ แกนนำที่เข้ารับการอบรมแล้วไม่มีการปฏิบัติตามกิจกรรมที่ได้รับมอบหมาย ไม่ได้ทำกิจกรรมเพราะสถานที่ไม่อำนวยและไม่มีการจัดตั้งกลุ่มอย่างจริงจังจึงขาดความต่อเนื่องของการดำเนินการ

นอกจากนี้ ในการดำเนินโครงการไม่ได้เน้นหนักในเรื่องการสร้างพลังบุคคลและพลังกลุ่มเพื่อให้เกิดการตื่นตัวและมุ่งมั่นในการพัฒนาชุมชนและป้องกันสมาชิกในชุมชนให้พ้นจากโรคภัยไข้เจ็บทั้งปวง อันเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการขับเคลื่อนการพัฒนาที่ต่อเนื่อง จึงอาจทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมขาดแรงจูงใจและความตระหนักในการเรียนรู้ตามความคาดหวังของผู้วิจัย รวมถึงการจัดกิจกรรมในระยะเวลาสั้น โดยต้องให้ครอบคลุมเนื้อหาสาระที่จำเป็นนั้น อาจทำให้กระบวนการอบรมเป็นไปด้วยความเร่งรีบ ผู้เข้าร่วมโครงการไม่ได้เกิดความเข้าใจที่แท้จริง รวมทั้งอาจมีความแตกต่างทางการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างบางส่วนมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องดังกล่าวไม่ดีเท่าที่ควร

การวิจัยนี้ ดำเนินการในกลุ่มผู้ป่วยเพียงกลุ่มเดียว ไม่ได้วัดผลการปฏิบัติพฤติกรรมและตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มเปรียบเทียบที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อควบคุมระดับ HbA1c จึงไม่สามารถยืนยันได้ว่าการดำเนินโครงการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อควบคุมระดับ HbA1c ที่ดำเนินการนี้มีประสิทธิผลตามที่ความคาดหวัง ทั้งนี้ เนื่องจากผู้ป่วยโรคเบาหวานอาจได้รับความรู้และข่าวสารเกี่ยวกับโรค แนวทางการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรม และการควบคุมระดับน้ำตาลจากแหล่งข่าวสารอื่นๆ หรืออิทธิพลจากบุคคลอื่นด้วย

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. ควรพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายและแกนนำในการดำเนินงานเกี่ยวกับโรคเบาหวานที่มีความพร้อมทั้งในด้านความรู้เกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตน และบทบาทในการดำเนินงานในชุมชน รวมทั้งทักษะในการแก้ปัญหา และการสื่อสารกับประชาชนโดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และการสร้างพลังเป็นแนวคิดหลักในการจัดประสบการณ์การเรียนรู้

2. ควรจัดระบบการติดตามและช่วยเหลือในการดำเนินงานอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง เพื่อเสริมความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

3. ควรส่งเสริมการจัดทำแผนงาน/โครงการและการจัดกิจกรรมเกี่ยวกับโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วม และให้เครือข่ายและแกนนำเป็นแกนหลักในการดำเนินงาน

4. ควรให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคแก่ประชาชนอย่างต่อเนื่องโดยควรให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารและผลเสียของโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง รวมถึงส่งเสริมให้ประชาชนออกกำลังกายเป็นประจำ โดยควรจัดตั้งกลุ่มหรือชมรมออกกำลังกาย มีการตรวจร่างกายในหมู่บ้านเดือนละ 1 ครั้ง และแนะนำผู้ป่วยให้ปฏิบัติตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด

5. ควรพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ เพื่อลดและชะลอโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยสร้างความตระหนักให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง โดยให้ความสำคัญกับการดูแลหรือพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยในระดับบุคคล เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละรายมีสภาพปัญหาที่แตกต่างกัน

6. ควรสร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากผู้ป่วยที่เจ็บป่วยระยะเวลานาน มักเกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายและท้อแท้

7. ประสานความร่วมมือในการดำเนินงานของภาคีทุกภาคส่วนเพื่อให้สามารถขับเคลื่อนการดำเนินงานให้เป็นรูปธรรมและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและการสร้างพลัง

2. ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการสร้างเสริมศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรค-เบาหวาน โดยมีกลุ่มเปรียบเทียบ

เอกสารอ้างอิง

จงมณี สุริยะ และคณะ. **โปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2.** อ้างในหนังสือผลงานวิชาการสุขศึกษาแห่งชาติการประชุมวิชาการสุขศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 10 วันที่ 24 - 26 กรกฎาคม 2556., 2556.

นิธิศ วัฒนมะโน และปานบดี เอกะจัมปกะ. **พฤติกรรมเสี่ยงร่วมสำคัญของโรคเรื้อรังในประเทศไทย. สถานการณ์สุขภาพไทย.** 2556 กุมภาพันธ์ 2556.

นุสรา บุญทศ และคณะ. **การเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระจายอาเภอป่าติ้วจังหวัดยโสธร.** อ้างในหนังสือผลงานวิชาการสุขศึกษาแห่งชาติการประชุมวิชาการสุขศึกษาแห่งชาติครั้งที่ 10 วันที่ 24 - 26 กรกฎาคม 2556., 2556.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. **สรุปสำหรับผู้บริหาร การสำรวจพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2552** (พฤติกรรมการบริโภคอาหาร). 2552.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ. **ข้อมูลสถิติชีพและสถานะสุขภาพ** สืบค้นจาก http : //164.115.22.73/smoffice/index.php?r = Rp/HealthStatus. สืบค้นเมื่อ 19 มีนาคม 2559.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. **แนวปฏิบัติสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง.** กรุงเทพมหานคร. สืบค้นเมื่อ 19 มีนาคม 2559.

สุริตา คณาดี. **การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานโดยการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ.** อ้างในหนังสือผลงานวิชาการสุขศึกษาแห่งชาติการประชุมวิชาการสุขศึกษาแห่งชาติครั้งที่ 10 วันที่ 24 - 26 กรกฎาคม 2556., 2555.

อมรา ทองหงษ์, อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์. **โรคเบาหวาน.** กระทรวงสาธารณสุข, 2556. [สืบค้นเมื่อ 28 ตุลาคม 2556].

International Diabetes Federation. **IDF Diabetes Atlas Update 2012** [updated 2012 December 18 ; cited 2013 October 28]. 5th : [Available from : http : //www.idf.org/ diabetesatlas/5e/ Update 2012.

International Diabetes Federation. **The Global Burden 2011** [cited 2013 October 29]. IDF Diabetes Atlas : [Available from : http : //www.idf.org/diabetesatlas/5e/the-global-burden.

World Health Organization. **World Health Statistics 2012** [updated 2013 October 30]. Available from : http : //www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/en/.

การพัฒนารูปแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในบริบทชุมชน

Health Promotion Model Development for Elderly in Community Context

สมคิด สันวิจิตร*
วาสนา ละครศรี*
ตุ๊หิน ไตรทิพย์**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนชนบทแห่งหนึ่งของจังหวัดชัยภูมิ ที่เหมาะสมเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ร่วมวิจัย (Participants) ประกอบด้วย ผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน แกนนำศาสนา กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และบุคลากรด้านสุขภาพรวมทั้งสิ้น 39 คน ศึกษาระหว่างปี พ.ศ. 2558 - 2559 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาโดยใช้ตารางการวิเคราะห์ (Matrix analysis) และการหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ

ผลการวิจัย พบว่า จำนวนผู้สูงอายุในพื้นที่ที่ศึกษาทั้งหมด 149 คน มีสภาวะสุขภาพ ดังนี้ ผู้สูงอายุประเภทติดเตียง 2 คน ประเภทติดบ้าน 13 คน และประเภทติดสังคม 134 คน ผู้สูงอายุที่เป็นคนพิการจำนวน 7 คน เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จำนวน 89 คน มีผู้ดูแลซึ่งเป็นคนในครอบครัว และการพัฒนารูปแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในบริบทชุมชน พบว่า ชุมชนมีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในลักษณะการมีโครงสร้างของชุมชนที่เหมาะสม มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ ชุมชนมีทุนทางสังคมและแหล่งประโยชน์ที่เอื้อต่อการดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสมตามบริบท โดยมีนโยบายการดูแลผู้สูงอายุเป็นตัวขับเคลื่อน มีปัจจัยเกื้อหนุนจากสังคมวัฒนธรรมประเพณีที่ดีงามของชุมชน มีระบบความสัมพันธ์ในชุมชน และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของชุมชนในรูปแบบของโครงการต่างๆ ที่เป็นการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนข้อเสนอแนะ ควรมีการหนุนเสริมศักยภาพของผู้สูงอายุที่เป็นบุคคลสำคัญ แกนนำหลักในชุมชน รวมทั้งการนำใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

คำสำคัญ : การส่งเสริมสุขภาพ, ผู้สูงอายุ

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ
** นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ

ABSTRACT

The purpose of this participatory action research was to analyze the current situation of the elderly health promotion at a community in Chaiyaphum province in order to develop the health promotion model for the elderly based on the community context. The data collection was administered by participatory observation, group discussion and in-depth interviews. There were thirty-nineparticipants, including the elderly, the community leaders, the religious leaders, the housewife group, the village health volunteers, the local government organization and the health personnel. The study was conducted from 2015 to 2016. The data were analyzed using content analysis, matrix analysis and the percentage and mean.

The results revealed that there were one-hundred and forty-nineelderly people in the study area. Their health conditions were as follows. Two elderly people were bed-ridden patients. Thirteenpersons were homebound patients. One-hundred and thirty-fourpersons weresocial bound people. Seven people were the disabled and eighty-nine of them had chronic diseases. The family members were the caregivers. According to, the development of the health promotion model for the elderly based on the community context, it was found that the structure of the community was suitable for promoting the health of the elderly and the community also had potential for providing care for the elderly. The community had social capital and resources that were conducive to caring for the elderly based on the community context. The elderly care policy was also driven. Good tradition and culture of the community were the supportive factors. There was a relationship system in the community. Also, the participation in community activities was done through various projects which promoted the health of the elderly. There was participation from all sectors of the network. It was recommended that the potential of the elderly and the main leaders in the community should be reinforced. The local wisdom promoting the health promotion of the elderly should be implemented.

Keyword : health promotion, the elderly

บทนำ

ผู้สูงอายุ คือ กลุ่มผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ประเทศที่พัฒนาแล้วจะให้นิยามผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปและการที่ประเทศใดประเทศหนึ่งมีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 7 ของประเทศ จะได้ชื่อว่าเป็นประเทศก้าวเข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุ ประเทศไทยจึงเป็นอีกประเทศหนึ่งที่จัดว่ามีอัตราเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุที่สูงมากที่สุดประเทศหนึ่งในโลก (Sutthichai Jitapankul & Srichitra Bun nag, 1997) เพราะในปัจจุบันประเทศไทยมีแนวโน้มของจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เนื่องจากอัตราการตายของประชากรลดลงอย่างค่อยเป็นค่อยไป ทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น และเข้าสู่ภาวะผู้สูงอายุ โดยในปี พ.ศ. 2554 มีประชากรผู้สูงอายุ 8.2 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ12.8 ของประชากรทั้งหมด นอกจากนี้การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทั้งขนาดและสัดส่วนของประชากรในวัยสูงอายุทั่วทุกภูมิภาคของประเทศไทย อาจส่งผลกระทบต่อสภาพ

สังคม เศรษฐกิจของประเทศ สืบเนื่องจากผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงที่มีความเสื่อมด้านร่างกายทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ซึ่งผู้สูงอายุจะมีโอกาสเกิดโรคมากกว่าวัยอื่น 4 เท่า และ 4 ใน 5 คน ในผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป ร้อยละ 80 มักจะมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรคโดยเฉพาะกลุ่มโรคเรื้อรัง (Speak, 1989) จากจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด จึงพบว่ามีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ 3.1 โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 1.2 ซึ่งการเจ็บป่วยเหล่านี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของร่างกายลดลง จากการสำรวจของ ในภาคอีสาน พบว่าผู้สูงอายุจะมีกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การเดินไปวัด การเดินไปซื้อของ การเตรียมอาหาร การเลี้ยงหลาน การทำความสะอาดบ้าน การรับประทานอาหาร การเดินขึ้นลงบันได การเข้าห้องน้ำ อาบน้ำ และการแต่งกาย ซึ่งเหล่านี้เป็นตัวชี้วัดภาวะสุขภาพดีของผู้สูงอายุในชนบทอีสาน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Bulter (1987) เกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activity of Daily Living : ADL) ของผู้สูงอายุ และได้ถูกนำมาใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพด้านหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุ เพราะหากผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง จะรู้สึกว่ามีตนเองสุขภาพดี แต่เมื่อเกิดความไม่สุขสบาย ผู้สูงอายุย่อมมีความต้องการการดูแลไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกายที่มีปัญหาเกี่ยวกับกระดูกและข้อ กล้ามเนื้ออักเสบ ปวดหลังอาการวิงเวียนศีรษะ นอนไม่หลับ ท้องผูก และมีโรคเบาหวานกับความดันโลหิตสูง ซึ่งส่งผลทำให้ผู้สูงอายุขาดความกระฉับกระเฉง และความสามารถในการทำงานและการปฏิบัติกิจวัตรลดลง ซึ่งการมีความเสื่อมถอยของสภาพร่างกายจิตใจอารมณ์และสังคม นอกจากนี้ปัญหาโรคภัยไข้เจ็บในวัยสูงอายุล้วนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุส่วนด้านเศรษฐกิจและสังคม ถึงแม้ว่าในปัจจุบันนโยบายที่รัฐบาลจัดให้ผู้สูงอายุได้รับเบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุ แต่เมื่อเทียบกับรายจ่ายในแต่ละวัน ยังไม่พอเพียง เนื่องจากโดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุโดยทั่วไปจะมีรายได้ลดลงหรือไม่มีรายได้ส่งผลให้ผู้สูงอายุประมาณ ร้อยละ 24 ของประเทศไทย ประสบกับปัญหาหนี้สิน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ในชนบทมีหนี้สินมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในเมืองในสังคมชนบทอีสาน วิถีชีวิตคนเริ่มเปลี่ยนแปลง เนื่องจากความจำเป็นด้านเศรษฐกิจ วัยแรงงานโดยส่วนใหญ่ไปรับจ้างต่างถิ่น ทำให้ผู้สูงอายุบางคนต้องอยู่บ้านตามลำพัง หรืออยู่บ้านเลี้ยงหลานแทนพ่อ แม่ของเด็กที่ต้องออกไปประกอบอาชีพรับจ้าง และอิทธิพลของสื่อมวลชนในรูปแบบต่างๆ ทำให้เกิดปัญหาทางสังคมขึ้น เช่นการหย่าร้าง ยาเสพติด การทารุณกรรมต่อเด็กและสตรี การมีช่องว่างระหว่างวัย การยอมรับนับถือผู้สูงอายุน้อยลง ดังนั้นผู้สูงอายุจึงพบปัญหาและมีความต้องการด้านสุขภาพ ประกอบด้วยความต้องการการดูแลเมื่อเจ็บป่วยต้องการความมั่นคงด้านการเงินต้องการอยู่ในครอบครัวกับลูกหลานและต้องการการยอมรับจากชุมชน (วันเพ็ญ ปัณราช, ขนิษฐา นันทบุตร, จินตนา ลี้ละไกรวรรณ และ บัวพันธ์ พรหมพักพิง, 2553)

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายการขับเคลื่อนในการดำเนินงานผู้สูงอายุ โดยใช้กลไกรูปแบบการดำเนินงานในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และได้แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ตามเกณฑ์ดัชนีบาร์เธลอินเด็กซ์ (Barthel Activity of Daily Living : ADL) โดยผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 หมายถึง ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 หมายถึง ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) และผู้สูงอายุ

กลุ่มที่ 3 หมายถึง ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ หรือทุพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) (เอกสารอัดสำเนางานผู้สูงอายุ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ, 2557) และกำหนดรูปแบบในการดูแลผู้สูงอายุ คือ การกำหนดช่องทางด่วนในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การส่งเสริมให้เกิดชมรมผู้สูงอายุในชุมชน ส่งเสริมกิจกรรมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ เช่น รำไม้พอง รำไทเก็ก การส่งเสริมการเดินพันก้าว นอกจากนี้ยังกำหนดให้มีวันผู้สูงอายุในช่วงสงกรานต์ เพื่อให้ลูกหลานได้ขอพร รดน้ำผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นรูปแบบที่ทุกหน่วยงานให้บริการสุขภาพได้นำมาเป็นแนวปฏิบัติ

และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องได้มีการศึกษาของ ธัญญรัตน์ หงส์คง (2551) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาเป็นรูปแบบที่เหมาะสมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุต้องมาจากการมีส่วนร่วม ตั้งแต่ขั้นตอนการวิเคราะห์ปัญหา การทำประชาคมเพื่อค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหา การวางแผนการดำเนินงาน และการดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งรูปแบบที่ได้คือการส่งเสริมการออกกำลังกายรำไม้พลอง โดยมีแกนนำกลุ่มแม่บ้านเป็นผู้นำออกกำลังกาย มีการประชาสัมพันธ์รณรงค์ให้ออกกำลังกายในชุมชน ซึ่งเป็นรูปแบบเฉพาะพื้นที่ เนื่องจากเป็นการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ที่ศึกษาเท่านั้น

จังหวัดชัยภูมิมีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 101,057 คน และมีจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1, 2 และ 3 ร้อยละ 43.77, 39.13 และ 17.10 ตามลำดับ และได้มีการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุตามนโยบาย คือ จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ตั้งชมรมผู้สูงอายุในชุมชน มีคณะกรรมการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุแต่จากผลการดำเนินงานดังกล่าว พบว่า อัตราป่วยป่วยของผู้สูงอายุ ที่ป่วยด้วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและอัมพฤกษ์ อัมพาต ยังสูงขึ้น จากข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี คือ พ.ศ. 2552, 2553 และ 2554 ร้อยละ 12.13, 18.45 และ 23.07 ตามลำดับ (สถิติผู้ป่วยโรคเบาหวาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ, 2557)

อำเภอบ้านแท่นมีประชากรรวมทั้งสิ้น46,215 คน และมีประชากรผู้สูงอายุ 18,486 คน คิดเป็น ร้อยละ 40 ของประชากรทั้งหมดและพบว่าผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ 84.21 ในจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด (สถิติผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลบ้านแท่น, 2557) และในการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ เป็นการปฏิบัติตามนโยบาย โดยจัดบริการในรูปแบบให้การรักษาพยาบาลตามการเจ็บป่วย การส่งเสริมสุขภาพ และฟื้นฟูสภาพ การบริการเยี่ยมบ้าน การให้ความรู้ และการส่งเสริมสุขภาพในช่องปาก เป็นต้น ผลการดำเนินงาน พบว่าจำนวนผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน และความ-ดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2553 และ 2554 ร้อยละ 2.67 และ 3.43 ตามลำดับอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นจากฐานข้อมูลเดิม ร้อยละ 2.13 ในปี 2554 และจากข้อมูลการประเมินผู้สูงอายุโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เพิ่มขึ้นร้อยละ 7.32 และกลุ่มติดเตียงเพิ่มขึ้นร้อยละ 1.67 ในปี 2554 (สถิติข้อมูล โรงพยาบาลบ้านแท่น, 2557) และในกระบวนการทำงานยังเป็นรูปแบบการสื่อสารทางเดียวคือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ชี้นำ และพาทำ นอกจากนี้องค์กรในชุมชนเข้ามาร่วมในการดำเนินงานบางส่วน คือกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เท่านั้น กิจกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนจึงขาดความต่อเนื่อง ชมรมผู้สูงอายุบางหมู่บ้านไม่ยั่งยืน กิจกรรมในชุมชนด้านศาสนาวัฒนธรรมมีผู้สูงอายุเข้าร่วมน้อย และผู้สูงอายุบางคน

มีความรู้ในดูแลสุขภาพที่ยังไม่ถูกต้อง เห็นได้จากข้อมูลการซื้อยาชุด ยารถเร่ขายตามหมู่บ้าน เพื่อบรรเทาอาการปวดขา ปวดข้อ ปวดกล้ามเนื้อ เป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 43.55 (ข้อมูลการใช้ยาในชุมชน งานเภสัชกรรมชุมชน โรงพยาบาลบ้านแท่น, 2557) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุขาดผู้ดูแล ต้องอยู่บ้านตามลำพัง หรือเลี้ยงดูหลาน ที่พ่อ แม่ไปทำงานต่างถิ่น ทำให้ขาดโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน

จากปัญหาเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่าการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามรูปแบบที่กำหนดโดยนโยบาย ถึงแม้จะมีการปฏิบัติตามนโยบายโดยผู้ให้บริการ แต่รูปแบบการบริการไม่ได้แก้ไขปัญหาสุขภาพตามความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้ และครอบครัว ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมน้อยในกิจกรรมต่างๆ ทำให้กิจกรรมการดูแลสุขภาพในชุมชนขาดความต่อเนื่องและไม่ยั่งยืน จากการทบทวนวรรณกรรม พบรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมีครอบครัวและชุมชนเป็นผู้มีบทบาทหลักในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ความครอบคลุมของดูแลส่งเสริมสุขภาพขึ้นอยู่กับบริบทและศักยภาพของชุมชนรวมถึงการเข้าถึงแหล่งทุนในสังคม ซึ่งรูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนชนบทควรเป็นการดูแลในลักษณะของภาคีหุ้นส่วนของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยใช้ทรัพยากรและศักยภาพของชุมชนการดูแลนี้จะมีส่วนในการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนที่สอดคล้องกับบริบทสังคมและวัฒนธรรมของชุมชนและครอบครัว ซึ่งมีชุมชนเป็นสถาบันหลักในการให้การดูแลผู้สูงอายุโดยการสนับสนุนช่วยเหลือของศูนย์สุขภาพชุมชนองค์ปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องโดยรูปแบบการดูแลที่เหมาะสมประกอบด้วยการมีระบบสนับสนุนดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ การส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้อยู่ในครอบครัวกับลูกหลานและการดำเนินการให้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุและกองทุนชุมชนเพื่อให้เป็นสวัสดิการในการให้การดูแลช่วยเหลือด้านการเงินและสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2552)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนโดยนำแนวคิดการมีส่วนร่วมมาใช้ ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อช่วยในการรักษาพลังการพัฒนาให้ยั่งยืน โดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลางของกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ และกระบวนการตัดสินใจซึ่งทำให้กิจกรรมเหล่านี้บรรลุความสำเร็จ การมีส่วนร่วมของชุมชนจะเป็นเป้าหมายแรกของการสร้างเสริมสุขภาพ และรูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งส่งผลในการพัฒนา ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และเศรษฐกิจในทิศทางที่ดี (ปานชีวา ณ หนองคาย, 2551) และเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่จะช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างยั่งยืน ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีและเป็นสุขในบั้นปลายของชีวิต และเพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติงานในพื้นที่ในการจัดกิจกรรมเพื่อบริการสุขภาพผู้สูงอายุ สู่การปฏิบัติจริงซึ่งจะเป็นอีกกลไกหนึ่งของการพัฒนาและสร้างสังคมอายุยืนได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนชนบทจังหวัดชัยภูมิ

2. เพื่อพัฒนารูปแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนชนบท จังหวัดชัยภูมิที่เหมาะสม

3. เพื่อศึกษาผลการนำรูปแบบบริการส่งเสริมสุขภาพไปใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนชนบท จังหวัดชัยภูมิ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนชนบท จังหวัดชัยภูมิ ผู้วิจัยใช้แนวคิดพื้นฐาน เป็นกรอบในการดำเนินการวิจัย ดังนี้วิถีชีวิตของบุคคลภายใต้บริบททางวัฒนธรรมประเพณีของชุมชน แต่ละชุมชน ซึ่งประกอบด้วยระบบโครงสร้างและระบบความสัมพันธ์ทางสังคมที่ประกอบด้วย ครอบครัว เพื่อนบ้านโรงพยาบาลชุมชนและองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ปฏิสัมพันธ์ของระบบต่างๆ ในชุมชนจะนำไปสู่การวิเคราะห์ปัญหาได้ และความต้องการบริการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งกิบสันและคณะ (Gibson and others, 1979) ได้เสนอแนะว่าการประเมินประสิทธิภาพการบริหารการจัดการที่เหมาะสมที่สุดคือการใช้แนวคิดทฤษฎีระบบเป็นตัวแบบหรือเครื่องมือในการวิเคราะห์แนวคิดประเด็นต่างๆ อันเป็นส่วนประกอบของ "**ทฤษฎีระบบ**" นับว่าเป็นผลสะสมซึ่งได้ผ่านการปรับปรุงมาเป็นระยะๆ คือเมื่อสังเกตเห็นปรากฏการณ์บางอย่างของสิ่งจริง (Reality) เพิ่มขึ้นก็นำมาปรับปรุงแนวความคิดเดิมให้สอดคล้องกับสิ่งที่สังเกตเห็นนั้นพร้อมกับกลับไปศึกษาแนวความคิดของผู้อื่นอีกครั้งและทดลองนำแนวความคิดใหม่ที่ปรับปรุงแล้วของตนเองไปเปรียบเทียบหรือประยุกต์ใช้ กับสิ่งจริงเพื่อตรวจดูความสอดคล้องกันเป็นการนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการบริการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในชุมชนขึ้นโดยการใช้ศักยภาพของชุมชนเป็นแหล่งประโยชน์ในกระบวนการพัฒนา เพื่อนำไปสู่การเป็นชุมชนเข้มแข็ง และสามารถพึ่งตนเองได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ (สุภางค์ จันทวานิช, 2546)

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ

1.1 โดยการสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในบริการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งประกอบด้วย สมาชิกครอบครัวผู้สูงอายุ, ผู้นำชุมชน, แกนนำศาสนา, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และ บุคลากรด้านสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชน โดยใช้เครื่องมือที่สำคัญที่สุดคือ "**ผู้วิจัย**" ซึ่งผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมในการเป็นนักวิจัย โดยการศึกษาหาความรู้จากหนังสือตำรา สื่ออิเลกทรอนิกส์ ที่นอกเหนือจากการเรียนในห้องเรียน

1.2 การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และไม่มีส่วนร่วม ในเหตุการณ์ต่างในหมู่บ้านและทุกขั้นตอนในกระบวนการวิจัย ตลอดจนขณะสัมภาษณ์หรือสนทนากลุ่ม

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ

โดยใช้แบบสัมภาษณ์ในระยะการติดตามผลหลังดำเนินการ เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมกิจกรรม 6 เดือน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation Action research) โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน ท้องถิ่น ในการศึกษาปัญหาและหาแนวทางในการดำเนินกิจกรรมเพื่อให้เกิดการพัฒนาในการสร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน จึงมีขั้นตอนในการศึกษา ดังนี้

1. การเตรียมหมู่บ้าน โดยการติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบหมู่บ้าน และผู้นำหมู่บ้านเพื่อขอความเห็นชอบในการดำเนินโครงการได้มติ คือ หมู่ที่ 6 ตำบลบ้านแท่น อำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิเข้าร่วมโครงการ

2. ศึกษาข้อมูลทั่วไปของหมู่บ้าน จากแบบ จปฐ. ของหมู่บ้าน และข้อมูลพื้นฐานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

3. ดำเนินการสนทนากลุ่มผู้นำชุมชน รวมทั้งตัวแทนกลุ่มต่างๆ ในหมู่บ้านเข้าร่วมสนทนา กลุ่มละ 7 - 10 คน จำนวน 4 กลุ่ม รวมทั้งสิ้น 5 ครั้ง แต่ละครั้งระยะเวลาห่างกัน 2 สัปดาห์ โดยใช้เวลาที่ชาวบ้านสะดวก คือช่วงเวลาเย็น ใช้เวลาในการสนทนาประมาณ 30 - 45 นาที เพื่อคัดเลือกผู้ทำหน้าที่รับผิดชอบการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ในหมู่บ้าน

4. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การเก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และให้ความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ ให้แก่ผู้นำชุมชน กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มแม่บ้าน และกลุ่ม อสม. ซึ่งเป็นนักวิจัยสนามเป็นเวลา 2 วัน โดยใช้วิธีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและฝึกปฏิบัติจากภาคสนาม ประเมินผลการอบรมจากการสังเกต การมีส่วนร่วมภายในกลุ่ม การแสดงความคิดเห็นภายในกลุ่มทั้งก่อนและหลังการอบรม

5. วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ทั้งจากการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกต หลังจากนั้นนำเสนอข้อมูลให้กับตัวแทนกลุ่ม เพื่อชี้แจงปัญหาและความต้องการในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ตลอดจนสอบถามความคิดเห็นในการดำเนินกิจกรรมอีกครั้ง

6. วางแผนปฏิบัติงาน โดยประชุมกลุ่มย่อยกับตัวแทนกลุ่ม ผู้นำชุมชน ถึงแนวทางการวางแผนกิจกรรม วิธีการเขียนโครงการ โดยบางกิจกรรมไม่ต้องใช้งบประมาณ แต่ใช้ทุนทางสังคม บางกิจกรรมอาจจะต้องใช้งบประมาณ เช่น โครงการออกกำลังกายแบบรำไม้พลอง ซึ่งขอรับการสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านแท่น

7. ดำเนินกิจกรรมต่างๆ ในหมู่บ้านโดยมีผู้วิจัยเข้าร่วมกิจกรรมด้วย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะ ตลอดจนหาแนวทางแก้ไขเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง

8. ประเมินผลเมื่อสิ้นสุดโครงการ ดังนี้

8.1 สัมภาษณ์เจาะลึกและสนทนากลุ่ม ผู้นำชุมชน แกนนำผู้สูงอายุ แกนนำกลุ่มแม่บ้าน อสม. ถึงการดำเนินกิจกรรมต่างๆ เพื่อประเมินโครงการ

8.2 สัมภาษณ์เจาะลึกเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อประเมินโครงการ

8.3 สรุปผลการพัฒนารูปแบบในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

8.4 สัมภาษณ์ผู้สูงอายุ เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ หลังสิ้นสุดโครงการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่อาศัยในหมู่บ้าน หมู่ที่ 6 ตำบลบ้านแท่น อำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 639 คน โดยมีจำนวนผู้สูงอายุรวมทั้งสิ้น 149 คน กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา เป็นผู้ร่วมวิจัย (Participants) ซึ่งประกอบด้วยบุคคลหลายกลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มผู้นำชุมชนโดยเป็นผู้นำชุมชนที่ผู้วิจัยใช้เป็นพื้นที่การวิจัย ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล คณะกรรมการหมู่บ้านและประธานคุ้มบ้านรวมทั้งสิ้น 15 คน คัดเลือกโดยวิธีสมัครใจ ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และข้อมูลบริบทสังคมวัฒนธรรม โดยการใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม

2. กลุ่มผู้สูงอายุ เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้าน ที่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 39 คน จากจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 149 คน (ร้อยละ 26.17)

3. ผู้นำทางศาสนาประกอบด้วย พระสงฆ์ จำนวน 1 รูป และ ผู้นำทางพิธีกรรมในหมู่บ้าน ได้แก่ เฒ่าจ้ำประจำหมู่บ้าน และหมอสู่ขวัญประจำหมู่บ้าน จำนวน 2 คน

4. กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นเครือข่ายทางด้านสุขภาพในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 19 คน

5. กลุ่มแม่บ้านซึ่งเป็นแกนนำในกิจกรรมของชุมชน เช่น ชมรมสายใยรักแห่งครอบครัว, ผู้นำสตรีหมู่บ้าน จำนวน 21 คน คัดเลือกโดยสมัครใจ

6. กลุ่มอื่นๆเช่นกลุ่มเยาวชนกลุ่มอาสาพัฒนาและป้องกันหมู่บ้าน คัดเลือกโดยสมัครใจ จำนวน 16 คน

7. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 2 คน ดังนั้นจำนวนผู้เข้าร่วมวิจัย รวมทั้งสิ้น 115 คน ซึ่งเป็นช่วงขั้นตอนแรกของการขอความสมัครใจ เข้าร่วมกิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย **"ผู้วิจัย"** ถือเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่สุด ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้เตรียมตัว โดยการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนเข้าอบรมในการเก็บข้อมูลในงานวิจัยเชิงคุณภาพ นอกจากนี้เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ แบบสังเกตแบบมีส่วนร่วม และไม่มีส่วนร่วม แบบสอบถาม และแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองตามเกณฑ์ของดัชนีบาเธลเอดีแอล (Barthel Activity of Daily Living index : ADL) (คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ, 2557) เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทที่ศึกษา โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือ ดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ใช้ในการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุซึ่งครอบคลุมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 3 ด้าน หลังเข้าร่วมกิจกรรม 6 เดือน เพื่อประเมินภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป หรือข้อมูลพื้นฐาน ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยมีองค์ประกอบ 4 องค์ประกอบ คือ ด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านร่างกายและจิตใจ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ

2. แนวคำถามในการสนทนากลุ่มผู้ร่วมวิจัยและการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ได้แก่

2.1 บทบาทหน้าที่ของครอบครัว ชุมชน และผู้ให้บริการสุขภาพในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

2.2 ปัญหาสุขภาพที่พบในผู้สูงอายุ

2.3 การจัดกิจกรรมให้แก่ผู้สูงอายุในหมู่บ้านและผู้รับผิดชอบในแต่ละกิจกรรม

2.4 ความต้องการของครอบครัวชุมชนในการจัดกิจกรรมให้แก่ผู้สูงอายุ ความเป็นไปได้ในการจัดกิจกรรมดังกล่าว และผู้รับผิดชอบในแต่ละกิจกรรม

3. แนวคำถามในการสนทนากลุ่มผู้สูงอายุและการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก อสม. ผู้นำชุมชน เพื่อติดตามผล และพัฒนารูปแบบในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

4. แบบสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม เพื่อศึกษาสังเกตปรากฏการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นตลอดขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม และบริบท สังคม วัฒนธรรม และวิถีชีวิตของคนในชุมชน

5. เครื่องมืออื่นๆ ประกอบด้วย เครื่องบันทึกเสียง, กล้องถ่ายรูป, สมุด, ปากกา ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้เห็นภาพของชุมชน ในด้านบริบท สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม และวิถีชีวิตของคนในชุมชน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Contentanalysis) โดยมีการวิเคราะห์ข้อมูลแบบการใช้ Typology และ Matrix table และการหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ เพื่อสนับสนุนข้อมูลเชิงปริมาณ

สรุปผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลการวิจัยได้ ดังนี้

บริบทของชุมชนบ้านหนองบัวเป็นหมู่บ้านในเขตการปกครองขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตำบลบ้านแท่น มีจำนวน 254 ครัวเรือน ประชากรทั้งหมด 639 คน ประชากรส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม รองลงมา คือ ค้าขาย ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย มี วัด 1 แห่ง โรงเรียนประถมศึกษา 1 แห่ง ภูมิประเทศอยู่ห่างจากเขตเทศบาล 2 กิโลเมตร การพัฒนารูปแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในบริบทชุมชน ประกอบด้วยการศึกษาสภาพการณ์ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ มีภาวการณ์เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน และความดัน-โลหิตสูง ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง จำเป็นต้องมีผู้ดูแล และผู้สูงอายุที่เป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหวจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน ผู้สูงอายุประเภทติดสังคมและติดบ้าน ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีภาวะสุขภาพเจ็บป่วยเล็กน้อยและมีภาวะสุขภาพปกติ มีชมรมผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมร่วมกัน และมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่างต่อเนื่อง เช่น งานบุญประเพณีต่างๆ เป็นผู้นำทางความคิดและเป็นต้นแบบด้านสุขภาพ เช่น การเลิกสูบบุหรี่นำพาให้เกิดครอบครัวอบอุ่น เป็นต้นและนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลบ้านแท่น ในการสร้างกลุ่มออกกำลังกาย โดยมีชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นแกนนำพาออกกำลังกาย มีกิจกรรมออกกำลังกาย โดยมีวัดสนับสนุนสถานที่ในการออกกำลังกาย และการสนับสนุนให้มีผู้ดูแลพัฒนาทักษะของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง โดยมีองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านแท่น เป็นผู้สนับสนุนด้านงบประมาณในด้านการส่งเสริมสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์ การประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในบริบทชุมชนพบว่า สามารถสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งประกอบด้วย องค์กรในชุมชน ประชาชนทั่วไป หน่วยงานภาครัฐ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเกิดจากการทำงานอย่างเป็นส่วนร่วม ดังนี้ผู้นำชุมชนและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องหาปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ แล้วนำสู่การวิเคราะห์ปัญหาร่วมกัน ร่วมกันหารูปแบบการแก้ไขปัญหา และเขียนโครงการเพื่อขอรับงบประมาณสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตำบลบ้านแท่น มีการกำหนดกฎ กติกาภายในชุมชนเพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุการประสานความร่วมมือกับคณะกรรมการในชุมชนเพื่อกำหนดบทบาทหน้าที่การดำเนินงานโครงการต่างๆ ในรูปแบบของคณะกรรมการหมู่บ้าน นำสู่การจัดทำแผนปฏิบัติการ แนวทางในการดำเนินงานส่งผลให้ชุมชนมีผลการดำเนินการ ในรูปแบบของครอบครัวอบอุ่นนำสู่การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุรายด้าน เช่น การติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย การเลิกบุหรี่ของผู้สูงอายุ การออกกำลังกาย การนั่งสมาธิทุกวันพระ และกิจกรรมด้านสังคมของชุมชนในด้านอื่นๆอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอลดพฤติกรรมเสี่ยงที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

การอภิปรายผล

สถานการณ์การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ พบว่า การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพเน้นเรื่องของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพในลักษณะการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนเป็นจุดเริ่มต้นของการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งมีการดำเนินงานเกี่ยวกับ การกำหนดนโยบายสร้างเสริมสุขภาพ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การพัฒนาทักษะผู้ดูแล การสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็งและการให้บริการสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพที่นำมาใช้ในชุมชน ต้องนำกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพ คือ การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล

และการปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพ (สมเกียรติ ศรีธาราธิกุล, 2552) การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ด้านโครงสร้างและการด้านนโยบาย มีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่า การดำเนินงานส่วนใหญ่มีปัญหาเล็กน้อยในการดำเนินงาน คือ การเก็บข้อมูลด้านสุขภาพ และแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ที่นำมาใช้ต้องสอดคล้องกับวัฒนธรรมท้องถิ่น การประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาชาวบ้านหรือท้องถิ่น ให้ประชาชนได้รู้ว่าจะปฏิบัติตนอย่างไรจึงจะมีสุขภาพดี การมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น บุคลากรด้านสาธารณสุขมาให้บริการสุขภาพที่ชุมชน รวมทั้งการที่ภาคประชาชนนำใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับ Nader PR. (1990) ที่กล่าวว่า ขั้นตอนที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในการสร้างเสริมสุขภาพ คือ การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชนเพื่อจัดบริการสุขภาพและโครงการสุขภาพให้กับชุมชนสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เช่น ชุมชนสะอาด ไม่มีขยะในชุมชน มีภูมิทัศน์สวยงาม มีสถานที่ทำกิจกรรมทางสังคมร่วมกัน มีการสร้างความรู้ความเข้าใจ ความตระหนักและความคิดเห็นร่วมกัน เพื่อกำหนดโครงสร้างผู้รับผิดชอบ กำหนดบทบาทหน้าที่ภารกิจ การวางแผนและการจัดทำแผนพัฒนาโดยเน้นการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย การสร้างการมีส่วนร่วมและสร้างเครือข่าย สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การพัฒนาทักษะบุคคลในการสร้างเสริมสุขภาพ การสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง และกำกับติดตามประเมินผลเพื่อการพัฒนาสุขภาพอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และลดพฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพการเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง โดยมีการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพโดยจัดทำเป็นโครงการของชุมชน มีการดำเนินการเกี่ยวกับการสนับสนุนให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ เช่น กิจกรรมการออกกำลังกายการปฏิบัติธรรมร่วมกัน การทำความสะอาดบริเวณบ้าน วัด การนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาบูรณาการกับการส่งเสริมการออกกำลังกาย เป็นต้น (วัลลภา ช่างเจรจา และสมจิต แดนสีแก้ว, 2555) และการปฏิบัติการร่วมกันระหว่างชุมชน สร้างความเข้าใจด้วยการสนทนากลุ่ม การสร้างแกนนำจิตอาสาในชุมชน เป็นการพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่สำคัญ มีการเฝ้าระวังสุขภาพผู้สูงอายุโดยเครือข่ายแกนนำ บุคลากรด้านสุขภาพร่วมกับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งร่วมกำหนดแผนให้การสนับสนุน และมีการส่งต่อข้อมูลให้กับผู้นำชุมชน และครอบครัวเพื่อการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องการกำกับติดตามและประเมินผล ชุมชนมีการดำเนินพัฒนาตามนโยบายของชุมชน ประกอบด้วยการดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการเป็นลายลักษณ์อักษร ชุมชนปฏิบัติตามแผนงานโครงการที่กำหนดมีการประเมินมีการติดตาม การปรับปรุงแก้ไข พัฒนามีการสรุปผลการตรวจสอบ สอดคล้องกับเมคบริดด์ (1998) กล่าวว่าการควบคุมกำกับจากโครงการจะมีความสามารถในการเพิ่มคุณภาพ และความครอบคลุมในการวางแผนกลยุทธ์ทางสุขภาพ และการที่ไม่มีการควบคุมกำกับเลยจะไม่ประสบผลสำเร็จในการเปลี่ยนแปลง

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ควรมีการนำใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน ท้องถิ่นในการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกับพื้นที่ที่ศึกษา

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในครั้งต่อไป

2.1 การใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมทำให้สามารถวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของสมาชิกชุมชนศักยภาพชุมชน ทุนทางสังคม และแหล่งประโยชน์จึงเป็นระเบียบวิธีการวิจัยที่ควรนำมาใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่อื่น

เอกสารอ้างอิง

ธัญญรัตน์ หงส์คง. **การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลนาด้วง อำเภอนาด้วง จังหวัดเลย.** รายงานการศึกษาอิสระ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น., 2551.

ปานชีวา ณ หนองคาย. **การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ในจังหวัดอุดรธานี.** วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหาสารคาม., 2551.

วันเพ็ญ ปัณราช, ขนิษฐา นันทบุตร, จินตนา ลี้ละไกรวรรณ, บัวพันธ์ พรหมพักพิง. **รูปแบบการส่งเสริมศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน.** ในสมจิต หนุเจริญกุล. วารสารวิจัยทางการพยาบาล. 14 (4) : 360 - 371., 2553.

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และขวัญใจ อำนาจสัตย์ซื่อ. **รูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชน.** อ้างถึงในสุพัตรา ศรีวณิชชากร (บรรณาธิการ). วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว. 1 (2) : 22 - 32., 2552.

วัลลภา ช่างเจรจาและสมจิต แดนสีแก้ว. **การมีส่วนร่วมของชุมชนในการวิเคราะห์กลวิธีพัฒนาคุณภาพชีวิตชาวสวนยางพาราแถบลุ่มน้ำโขง จังหวัดบึงกาฬ.** วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 30 (2) : 166 - 174., 2555.

สมเกียรติ ศรีธาราธิคุณ. **การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อสุขภาวะที่เพียงพอของชุมชนในเขตเศรษฐกิจชายแดน จังหวัดเชียงราย.** วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต (การศึกษาและการพัฒนาสังคม). บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย., 2552.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ. **ข้อมูลผู้สูงอายุ.** (เอกสารอัดสำเนา)., 2557.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ. **ข้อมูลผู้ป่วยเบาหวาน.** (เอกสารอัดสำเนา)., 2557.

สุภางค์ จันทวานิช. **วิธีการเก็บข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ.** ในคู่มือการวิจัยเชิงคุณภาพ, อุทัย ดุลยเกษม, บก. พิมพ์ครั้งที่ 4. สถาบันและวิจัยเพื่อการพัฒนา มหาวิทยาลัยขอนแก่น., 2546.

Bulter, F.R.“Minorityweliness promotion : A behavioral self-management approach. **Journal of Gerontological Nursing 1987.** 13 (8) : 23 - 28.

Denzin, N.K. &Lincon, Y.S.. **Introduction : The Discipline and Practice of Qualitative Research.** In N.K. Denzin and Y.S. Lincon. **Handbook of Qualitative Research.** 2nd. Thousand Oaks, CA : Sage., 2000.

Gibson and other. ทฤษฎีระบบ. **สืบค้นเมื่อ 1 มกราคม 2558 จาก http: // www.google.com.**, 1979.

Mc Bride. Access to justice under international human rights treaties. **Parker School Journal of East European Law.** 5 (1)., 1998.

Nader PR.. The concept of comprehensiveness in the design and implementation of school health programs. **Journal of School Health.** 60 (4) : 133 - 138., 1990.

Speake, D.I., Cowart ,M.e. and Pellrt, K.. **Health perception and lifestyles of the elderly.** Research in Nursing & Health., 1989.

Suttichai Jitapunkul and Srichitra Bunnag. **Ageing in Thailand 1997.**, Cited in Family Planning and Population : 2 (6). 23 - 27.

ผลการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ในระดับปฐมภูมิ จังหวัดสระแก้ว

The results of the development of primary health care system in Sakaeo Province.

นายมานัชย์ เวชบุญ*
นายณัฐกริช โกมลศรี**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพระบบบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดสระแก้วและเพื่อทราบการปฏิบัติตามยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสระแก้ว กลุ่มตัวอย่างคือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของจังหวัดสระแก้ว จำนวน 111 แห่ง เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบประเมินมาตรฐานระบบงานที่สำคัญของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และแบบสอบถามผลการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ จังหวัดสระแก้ว วิเคราะห์ผลด้วยการใช้สถิติ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และทดสอบค่าที

ผลการประเมินคุณภาพระบบบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดสระแก้ว ในปี 2560เมื่อเทียบกับปี 2559 ระบบบริการปฐมภูมิทีมีการพัฒนาจนผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้นทุกระบบในสูงสุดคือ ระบบคลังยา 31 แห่ง รองลงมา คือ ระบบการดูแลผู้ป่วย จำนวน 18 แห่ง อำเภอที่มีผลการประเมินระบบบริการปฐมภูมิผ่านเกณฑ์ครบทุกแห่ง ปี 2560 คือ อำเภอวังสมบูรณ์ การปฏิบัติตามยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสระแก้วพบว่าภาพรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง สูงสุด คือ ด้านการสร้างการยอมรับ คุณค่าศักดิ์ศรีและเอกลักษณ์ระบบบริการปฐมภูมิ ส่วนผลสัมฤทธิ์ของระบบบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสระแก้ว พบว่าภาพรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง สูงสุดคือคุณค่าศักดิ์ศรี และเอกลักษณ์ของระบบบริการปฐมภูมิเป็นที่รับรู้และยอมรับอย่างกว้างขวางทั้งในกลุ่มวิชาชีพและประชาชน ในด้านความแตกต่างค่าเฉลี่ยความคิดเห็นต่อยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและผลสัมฤทธิ์ของระบบบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสระแก้วพบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

* นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว
** นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

ABSTRACT

This survey research aims were to evaluate the quality of the primary care system of the district health promotion hospitals and to know the implementation of the primary care system development strategy of the district health promotion hospital in Sa Kaeo Province. The sample was 111 the district health promotion hospital of Sa Kaeo Province. The research instruments included the Standardized Evaluation forms of Important Work Systems of the District Health Promotion Hospitals, and the Results of the Development of the Primary Care System Questionnaires.Frequency, percentage, mean, standard deviation, and t-test were used for data analysis.

The results showed that the primary health care system quality assessment of district health promotion hospitals in Sa Kaeo Provincein 2017, compared with 2016, primary care systems have been developed to meet the highest standardswere 31 drug storessystems, the second were18 patient care systems. Districtsthat primary care system assessment results in all areas in 2017 was Wongsomboon district.The implementation of the primary health care system development strategy of district health promotion hospitals in Sa Kaeo Province showed thatthe overall average was moderate level, with the maximum scores of the creation of acceptance, dignity and uniqueness of the primary care system, widely recognized and respected both in the professional and the public.Mean difference in opinions on primary care system development strategy and achievement of primary care system of sub district health promotion hospital in Sa Kaeo Provincewere not significantly difference.

บทนำ

ระบบบริการสาธารณสุขของไทย ได้แบ่งระบบบริการออกเป็นระบบบริการปฐมภูมิ (primary health care) เป็นระบบบริการที่เน้นงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชนโดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นหน่วยบริการ ระบบบริการทุติยภูมิ (secondary health care) เป็นระบบบริการที่มุ่งเน้นงานรักษาพยาบาลโดยแพทย์เป็นหลักแต่ยังคงมีภารกิจด้านการส่งเสริมป้องกันโรคเช่นเดียวกับบริการปฐมภูมิโดยมีโรงพยาบาลชุมชนเป็นหน่วยบริการดังกล่าวและระบบบริการทุติยภูมิ (tertiary health care) เป็นระบบบริการที่ให้การรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ซึ่งประจำอยู่ตามโรงพยาบาลทั่วไปโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยต่างๆ โดยมีระบบส่งต่อเชื่อมโยงประสานกันทุกระดับซึ่งระบบบริการสาธารณสุขของไทยมีลักษณะเช่นเดียวกับ ระบบสาธารณสุขในสังคมตะวันตกแต่ระบบบริการปฐมภูมิจะเน้นงานทางด้านคลินิกโรคเรื้อรังและระบบส่งต่อมากกว่าการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ เริ่มตั้งแต่ ปี 2550 ตามแผนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2550 - 2554) และการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เริ่มตั้งแต่ปี 2552 ตามแผนการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ. สต.) พ.ศ. 2552 - 2555 โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ปี 2552 ยกระดับ

สถานีอนามัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชนในทุกอำเภอที่มีความพร้อมให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ. สต.) จำนวน 1,000 แห่ง ระยะที่ 2 ขยายผลให้ครอบคลุมทุกแห่ง จำนวน 9,770 แห่ง ในปี 2553 - 2555 ซึ่งในปี 2553 ได้ดำเนินการเพิ่มขึ้นอีกจำนวน 1,000 แห่ง รวมจำนวนสถานีอนามัยที่ยกระดับขึ้นเป็น รพ. สต. ไปแล้ว 2,000 แห่ง สำหรับที่เหลือให้ดำเนินการให้ครบถ้วนในปี 2554 และในระยะที่ 3 พัฒนาต่อเนื่องให้สมบูรณ์ในทุกแห่งให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีคุณภาพภายในปี 2562(1)(2)

การดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ. สต.) ในระยะนำร่องตามแผนยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านมาก็ประสบความสำเร็จและเป็นรูปแบบที่ดี แต่บางเรื่องยังมีปัญหาที่เป็นผลกระทบต่อการดำเนินงานไปสู่เป้าหมาย ได้แก่ การสื่อสารและสร้างความเข้าใจต่อนโยบาย รพ. สต. ยังไม่ชัดเจน และทำให้เกิดความคาดหวังเกินจริง มีความสับสนและมั่นใจของผู้บริหาร ผู้สนับสนุนและผู้ปฏิบัติงาน รพ. สต. ต่อความไม่ชัดเจนไม่บูรณาการ และไม่ยั่งยืนของนโยบายในการกำหนดเป้าหมาย ขนาด ระดับการพัฒนา และการสนับสนุนที่ไม่ใช่แบบเดียวกันทั้งหมด ปัญหาความไม่แน่นอน ความหลากหลายและความเข้มแข็งของการขับเคลื่อนนโยบายที่แตกต่างกันเกี่ยวกับโครงสร้างองค์กรและกลไกรองรับการบริหารจัดการ รพ. สต. ปัญหาที่สำคัญและความต้องการสนับสนุนในการพัฒนา รพ. สต. ทั้งด้านกำลังคน เครื่องมืออุปกรณ์ โครงสร้างพื้นฐาน และสถานการณ์การเงินการคลังที่ยังไม่ค่อยดีและไม่สามารถพึ่งตนเองได้ ปัญหาผลการดำเนินงานที่สำคัญยังไม่ได้ตามเป้าหมายเนื่องมาจากความไม่พร้อมของบุคลากรและอุปกรณ์ที่สนับสนุน เช่น การจัดบริการนอกเวลาราชการ 24 ช.ม. การจัดระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน และการใช้ยาและเวชภัณฑ์ที่มีมาตรฐานคุณภาพเดียวกันกับ รพ. แม่ข่ายเป็นต้น และปัญหาการจัดบริการสุขภาพในบางพื้นที่ยังไม่เห็นความแตกต่างมากนัก มีข้อจำกัดและไม่ชัดเจนในการจัดบริการเชิงรุก การเชื่อมโยงบริการและระบบสนับสนุนในการจัดบริการเชิงรุกรายบุคคลและรายกลุ่ม(3)(4) ปี 2559 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้วได้แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้วยระบบพี่เลี้ยง คณะกรรมการได้ปรับปรุงเกณฑ์การประเมินระบบงานที่สำคัญ ทั้ง 6 ระบบ เพื่อใช้ประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทุกแห่ง และใช้ผลการประเมินเป็นข้อมูลในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินคุณภาพระบบบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดสระแก้ว

2. เพื่อทราบการปฏิบัติตามยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสระแก้ว

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงสำรวจกลุ่มตัวอย่าง คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสระแก้ว จำนวน 111 แห่ง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบประเมินมาตรฐานระบบงานที่สำคัญของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และแบบสอบถามผลการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิจังหวัดสระแก้ว เก็บรวบรวมแบบประเมินกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยคณะกรรมการประเมินระบบบริการปฐมภูมิ ส่วนแบบสอบถามผลการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ จังหวัดสระแก้ว รวบรวมโดยการส่งหนังสือเวียนถึงทุกสำนักงานสาธารณสุข

อำเภอส่งต่อให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตอบและส่งกลับ เมื่อได้รับแบบประเมินและแบบสอบถามครบถ้วนเรียบร้อยแล้ว จะนำข้อมูลไปวิเคราะห์ผลด้วยการใช้สถิติ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และทดสอบค่าที

ผลการวิจัย

ผลการประเมินคุณภาพระบบบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดสระแก้ว ในปี 2559 จากจำนวน 111 แห่ง ระบบบริการปฐมภูมิผ่านการประเมินสูงที่สุด คือ ระบบบริหารความเสี่ยง จำนวน 98 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 88.29 รองลงมา คือ ระบบการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย จำนวน 92 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 82.88 ต่ำสุด คือ ระบบคลังยา จำนวน 37 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 33.53 ผลการประเมินคุณภาพระบบบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดสระแก้ว ปี 2560 ระบบบริการปฐมภูมิผ่านการประเมินสูงที่สุด คือ ระบบบริหารความเสี่ยง จำนวน 105 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 94.59 รองลงมา คือ ระบบการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย จำนวน 98 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 88.29 ต่ำสุด คือ ระบบคลังยา จำนวน 68 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 61.26และเมื่อเปรียบเทียบผลการประเมินปี 2560 มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านการประเมินเพิ่มขึ้นทุกระบบ และระบบที่ผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้นสูงสุดคือ ระบบคลังยา 31 แห่ง รองลงมา คือ ระบบการดูแลผู้ป่วย จำนวน 18 แห่ง อำเภอที่มีผลการประเมินระบบบริการปฐมภูมิผ่านเกณฑ์ครบทุกแห่ง ในปี 2560 คือ อำเภอวังสมบูรณ์ รายละเอียดตาม ตาราง 1 - 2

ตารางที่ 1

ผลการประเมินระบบบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดสระแก้ว พ.ศ. 2559

ลำดับ	อำเภอ	จำนวน รพ.สต	ระบบงาน													
			RM		PCT		PTC (วัคซีน)		PTC(คลังยา)		IC		ENV		LAB	
			ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน
1	เมือง	21	17	4	13	8	16	5	9	12	9	12	17	4	14	7
2	อรัญประเทศ	16	15	1	15	1	6	10	1	15	11	5	16	0	12	4
3	โคกสูง	9	8	1	7	2	2	7	2	7	2	7	7	2	7	2
4	วังน้ำเย็น	7	7	0	6	1	6	1	4	3	5	2	5	2	6	1
5	วังสมบูรณ์	6	6	0	6	0	6	0	5	1	5	1	6	0	6	0
6	วัฒนานคร	21	18	3	10	11	18	3	5	16	16	5	16	5	16	5
7	เขาฉกรรจ์	7	6	1	4	3	7	0	5	2	6	1	6	1	7	0
8	ตาพระยา	15	12	3	6	9	11	4	2	13	11	4	12	3	14	1
9	คลองหาด	9	9	0	9	0	8	1	4	5	9	0	7	2	8	1
รวม		111	98	13	76	35	80	31	37	74	74	37	92	19	90	21

ตารางที่ 2

ผลการประเมินระบบบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดสระแก้ว พ.ศ. 2560

ลำดับ	อำเภอ	จำนวน รพ.สต	ระบบงาน													
			RM		PCT		PTC (วัคซีน)		PTC(คลังยา)		IC		ENV		LAB	
			ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน
1	เมือง	21	19	2	15	6	20	0	11	10	11	10	18	3	16	5
2	อรัญประเทศ	16	16	0	16	0	11	5	5	11	13	3	16	0	14	2
3	โคกสูง	9	8	1	9	0	5	4	4	5	4	5	8	1	8	1
4	วังน้ำเย็น	7	7	0	7	0	7	0	6	1	6	1	5	2	6	1
5	วังสมบูรณ์	6	6	0	6	0	6	0	6	0	6	0	6	0	6	0
6	วัฒนานคร	20	20	1	17	4	20	1	16	5	16	5	18	3	18	3
7	เขาฉกรรจ์	7	6	1	5	2	6	1	6	1	6	1	6	1	7	0
8	ตาพระยา	15	14	1	10	5	13	2	5	10	13	2	14	1	15	0
9	คลองหาด	9	9	0	9	0	6	3	9	0	9	0	8	1	8	1
รวม		111	105	6	94	17	94	17	68	43	84	27	99	12	98	13

การปฏิบัติตามยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสระแก้วพบว่าภาพรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง สูงสุด คือ ด้านการสร้างการยอมรับคุณค่าศักดิ์ศรีและเอกลักษณ์ระบบบริการปฐมภูมิ รองลงมา คือ ปรับปรุงการบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ ต่ำสุด คือ ปรับปรุงระบบการผลิต พัฒนา และระบบบริหารจัดการบุคลากร ส่วนผลสัมฤทธิ์ของระบบบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสระแก้วพบว่าภาพรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง สูงสุด คือ คุณค่า ศักดิ์ศรี และเอกลักษณ์ของระบบบริการปฐมภูมิ เป็นที่รับรู้และยอมรับอย่างกว้างขวางทั้งในกลุ่มวิชาชีพและประชาชน รองลงมาคือหน่วยบริการปฐมภูมิสามารถจัดบริการบนฐานความรู้และเทคโนโลยีที่เหมาะสมตามความต้องการของประชาชนและศักยภาพของพื้นที่ต่ำสุด คือ หน่วยบริการปฐมภูมิมีบุคลากรที่มีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข ในด้านความแตกต่างค่าเฉลี่ยความคิดเห็นต่อยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและผลสัมฤทธิ์ของระบบบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสระแก้วพบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดตามตาราง 3 - 5

ตารางที่ 3

การปฏิบัติตามยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสระแก้ว

ลำดับ	ด้าน	การปฏิบัติตามยุทธศาสตร์		
		X	SD	ระดับ
1	เพิ่มศักยภาพและขยายบริการปฐมภูมิ ให้เข้าถึงชุมชน	3.04	0.49	ปานกลาง
2	ปรับปรุงการบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ	3.22	0.51	ปานกลาง
3	ปรับปรุงระบบการผลิต พัฒนา และระบบบริหารจัดการบุคลากร	3.05	0.46	ปานกลาง
4	สร้างการยอมรับ คุณค่า ศักดิ์ศรี และเอกลักษณ์ระบบบริการปฐมภูมิ	3.27	0.49	ปานกลาง
5	สนับสนุนการวิจัยและพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ	3.10	0.41	ปานกลาง
	เฉลี่ย	3.15	0.26	ปานกลาง

ตารางที่ 4

ผลสัมฤทธิ์ของระบบบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสระแก้ว

ลำดับ	ด้าน	ผลสัมฤทธิ์		
		X	SD	ระดับ
1	ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการผสมผสานที่มีคุณภาพได้อย่างสะดวกทั่วถึงในเขตเมืองและชนบท	3.17	0.44	ปานกลาง
2	หน่วยบริการปฐมภูมิและหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องมีการพัฒนาระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพและสนับสนุนการพัฒนา	3.17	0.45	ปานกลาง
3	หน่วยบริการปฐมภูมิมีบุคลากรที่มีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข	3.11	0.46	ปานกลาง
4	คุณค่า ศักดิ์ศรี และเอกลักษณ์ของระบบบริการปฐมภุม เป็นที่รับรู้และยอมรับอย่างกว้างขวางทั้งในกลุ่มวิชาชีพและประชาชน	3.34	0.36	ปานกลาง
5	หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถจัดบริการบนฐานความรู้และเทคโนโลยีที่เหมาะสมตามความต้องการของประชาชนและศักยภาพของพื้นที่	3.13	0.42	ปานกลาง
6	หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถจัดบริการบนฐานความรู้และเทคโนโลยีที่เหมาะสมตามความต้องการของประชาชนและศักยภาพของพื้นที่	3.25	0.56	ปานกลาง
	เฉลี่ย	3.20	0.27	ปานกลาง

ตารางที่ 5

ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับความคิดเห็นต่อยุทธศาสตร์การพัฒนาและผลสัมฤทธิ์ของระบบบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสระแก้ว

ข้อมูลทั่วไป	ความคิดเห็น			
	ยุทธศาสตร์		ผลสัมฤทธิ์	
	t	p-value	t	p-value
เพศ	0.073	.942	1.516	.132
อายุ	0.928	.356	1.613	.082
สถานภาพสมรส	1.719	.089	0.418	.677
อายุราชการ	1.971	.051	0.130	.897
รายได้	0.795	.428	0.648	.072
จำนวนบุคคลากร	0.033	.974	0.234	.816

สรุป

ผลการประเมินคุณภาพระบบบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดสระแก้ว ในปี 2560 เมื่อเทียบกับปี 2559 ระบบบริการปฐมภูมิที่มีการพัฒนาผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้นทุกระบบในสูงสุด คือ ระบบคลังยา 31 แห่ง รองลงมา คือ ระบบการดูแลผู้ป่วยจำนวน 18 แห่ง และอำเภอที่มีผลการประเมินระบบบริการปฐมภูมิผ่านเกณฑ์ครบทุกแห่ง ปี 2560 คือ อำเภอวังสมบูรณ์ การปฏิบัติตามยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสระแก้ว พบว่า ภาพรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง สูงสุด คือ ด้านการสร้างการยอมรับ คุณค่า ศักดิ์ศรีและเอกลักษณ์ระบบบริการปฐมภูมิ ส่วนผลสัมฤทธิ์ของระบบบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสระแก้ว พบว่าภาพรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง สูงสุด คือ คุณค่า ศักดิ์ศรีและเอกลักษณ์ของระบบบริการปฐมภูมิ เป็นที่รับรู้และยอมรับอย่างกว้างขวางทั้งในกลุ่มวิชาชีพและประชาชน ในด้านความแตกต่างค่าเฉลี่ยความคิดเห็นต่อยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและผลสัมฤทธิ์ของระบบบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสระแก้ว พบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การประเมินคุณภาพระบบบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดสระแก้ว ในปี 2560 เมื่อเทียบกับปี 2559 ระบบบริการปฐมภูมิที่มีการพัฒนาจนผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้นทุกระบบสูงสุด คือ ระบบคลังยา 31 แห่ง แสดงว่ายุทธศาสตร์และกลวิธีในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของจังหวัดสระแก้ว มีกลไกและเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการระบบบริการสุขภาพให้ได้คุณภาพมาตรฐานไร้รอยต่อทุกระดับพัฒนาบริการระบบปฐมภูมิ บริการทุติยภูมิและตติยภูมิ ตัวชี้วัดโรงพยาบาลทุกระดับได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลและระดับความสำเร็จการพัฒนาคุณภาพ HA สู่การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเพื่อขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ ของจังหวัดสระแก้ว และการเชื่อมโยงระบบงานที่สำคัญ จาก

โรงพยาบาล ลงสู่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงคุณภาพรวมทั้งกระตุ้นส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเครือข่ายด้วยความเป็นกัลยาณมิตร ส่งเสริมการใช้เครื่องมือคุณภาพเพื่อช่วยโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการพัฒนาคุณภาพด้วยความเข้าใจ ตามบริบทและสามารถเชื่อมโยงเข้าสู่งานประจำได้ เข้าเยี่ยมโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แบบเพื่อนช่วยเพื่อนเพื่อสร้างความเข้าใจกระตุ้นการพัฒนา ให้กำลังใจหรือยกระดับการพัฒนาร่วมกันส่งผลให้มีการพัฒนาคุณภาพได้มากยิ่งขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะระบบคลังยา และยังสามารถพัฒนาด้านการสร้างการยอมรับ คุณค่าศักดิ์ศรีและเอกลักษณ์ระบบบริการปฐมภูมิ การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ นอกจากนี้ยังนำจุดด้อยมาเป็นยุทธศาสตร์ในการพัฒนาต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2560 เป็นต้นไป

ข้อเสนอแนะด้านยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสระแก้วควรเน้นการปรับปรุงระบบการผลิต พัฒนา และระบบบริหารจัดการบุคลากรและพัฒนาบุคลากรที่มีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข, สำนักบริหารการบริการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ. **แผนยุทธศาสตร์ความความร่วมมือพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ พ.ศ.** 2550 - 2554.
2. กระทรวงสาธารณสุข, สำนักบริหารการบริการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ. **แผนยุทธศาสตร์ความร่วมมือพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ พ.ศ.** 2555 - 2559.
3. กระทรวงสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. **รายงานผลการประเมินผลนโยบายการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนะระยะนำร่องของปีงบประมาณ** 2559.
4. มหาวิทยาลัยมหิดล, สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน, สำนักงานงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน. **รายงานการติดตามประเมินผลนโยบายการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) (ม.ป.ท., ม.ป.ป.).**
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว. **แผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพจังหวัดสระแก้ว ปี** 2557 - 2559.

ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการจัดการคุณภาพการปฏิบัติตามยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ผสมผสานตามการรับรู้ของบุคลากรในระบบสุขภาพอำเภอ จังหวัดสระแก้ว

Factors In fluencing the Success of Quality Management Thai Medicineand Integrative Medicine Strategy Implementation Base On Perceived of Thepersonnel District Health System Sakaeo Province

มานัชย์ เวชบุญ*
กัญญา เทพรัตนะ**
สมบัติ สมบัติวงษ์**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการจัดการคุณภาพการปฏิบัติตามยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานตามการรับรู้ของบุคลากรในระบบสุขภาพอำเภอ จังหวัดสระแก้ว สอบถามกลุ่มตัวอย่างที่เป็นข้าราชการและลูกจ้างด้านการแพทย์แผนไทยที่ปฏิบัติหน้าที่ด้านบริการและด้านบริหารในหน่วยงานของระบบสุขภาพอำเภอ 9 อำเภอ จังหวัดสระแก้ว มีประสบการณ์ 2 ปีขึ้นไป จำนวน 300 คน เก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทุกคนด้วยแบบสอบถามที่มีค่าความเที่ยงระหว่าง 0.70 - 0.95 วิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเฉลี่ยร้อยละ และวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า บุคลากรมีการรับรู้ความสำเร็จอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P < 0.05$) กับความสำเร็จในการจัดการคุณภาพการปฏิบัติตามยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานโดยรวมและรายด้าน คือ กลยุทธ์องค์การ (X_1) โครงสร้างองค์การ (X_2) ระบบงาน (X_3) ค่านิยมร่วมองค์การ (X_5) และการมีส่วนร่วมของบุคลากร (X_6) โดยพบว่ามี4 ปัจจัยทำนายความสำเร็จโดยรวมได้ร้อยละ 79.5 ($R^2 = 0.795$) และมีสมการทำนายดังนี้ $Y = .340X_5 + .331X_3 + .197X_6 + .146X_2$ รายด้านพบว่า 4 ปัจจัยทำนายความสำเร็จได้ร้อยละ 67.1 คือ ด้านการจัดการคุณภาพการเรียนรู้และฝึกอบรม (X_3, X_5, X_2, X_6) ($R^2 = 0.671$) และพบว่ามี 3 ปัจจัย เรียงตามน้ำหนักการทำนายความสำเร็จได้มากกว่าร้อยละ 49.7 ($R^2 > .497$) คือ ด้านการจัดการคุณภาพผลลัพธ์การให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (X_6, X_3, X_5,) ($R^2 = 0.804$) ด้านจัดการคุณภาพผลลัพธ์การเรียนรู้และฝึกอบรม (X_5, X_3, X_1) ($R^2 = 0.646$) ด้านการจัดการคุณภาพการให้บริการการแพทย์แผนไ

* นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว
** นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

ทยและการแพทย์ผสมผสาน (X_5, X_6, X_3) (R^2 = 0.637) ด้านการจัดการคุณภาพการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพฯ (X_5, X_3, X_1) (R^2 = 0.605) ด้านการจัดการคุณภาพผลลัพธ์การพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพฯ (X_5, X_3, X_2) (R^2 = 0.604) ด้านการจัดการคุณภาพผลลัพธ์การผลิต การจัดหาและการสนับสนุนยาสมุนไพร (X_3, X_5, X_2) (R^2 = 0.559) และด้านการจัดการคุณภาพการผลิต การจัดหาและการสนับสนุนยาสมุนไพร (X_3, X_5, X_2) (R^2 = 0.497)

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นปัจจัยทำนายความสำเร็จในการจัดการคุณภาพการปฏิบัติตามยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน จึงเห็นควรให้ความสำคัญกับทั้ง 5 ปัจจัย เพื่อช่วยผลักดันให้การจัดการคุณภาพประสบความสำเร็จมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : การบริหารจัดการคุณภาพ, การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน, การนำยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ

ABSTRACT

This predictive research was aimed to investigate factors influencing the success of quality managementThai Medicine and Integrative Medicine strategy implementation base on perceived personnel at District health system of sakaeo Province. Participants were 300 government officers and temporary workers who had more than two years of experiences in the service and administrator department from nine Districts. Data were collected by questionnaires which had the Cronbach's alpha coefficients between 0.70-0.95, and were analyzed using descriptive statistics and multiple regressions.

The Results revealed that most personnel-perceived medium level ofthe success of Quality management Thai Medicine and Integrative Medicine Strategy implementation ($P < .05$). Factors Influencing the Successful of Quality management Thai Medicine and Integrative Medicine Strategy Implementation were corporate strategy (X_1), organization structure (X_2), work system (X_3), organization value (X_5), and personnel participation (X_6). It was found that 4 Factors determine the overall successful of Quality management Thai Medicine and Integrative Medicine Strategy Implementationat 79.5% (R^2 = 0.795), ($Y = .340X5 + .331X_3 + .197X_6 + .146X_2$). Four predictors,according to predictive ability,can predict more than 67.1% ($R^2 = .671$) on the success of the quality management of learning and training Domain. Additionally, there were three predictors, according to predictive ability,can predict more than 49.7% ($R^2 > .497$) on the success of the quality outcome service management Thai medicine and integrative medicine Domain (X_6, X_3, X_5) (R^2 = 0.804), the quality outcome management of learning and training Domain (X_5,X_3,X_1) (R^2 = 0.646), the quality service management Thai medicine and integrative medicine Domain (X_5,X_6,X_3) (R^2 = 0.637), the quality management of the development of community health management Domain (X_5, X_3, X_1) (R^2 = 0.605), the quality outcome management of the development of community health management Domain (X_5, X_3, X_2) (R^2 = 0.604), the quality outcome management of production, herb

provision and support Domain (X_3, X_5, X_2) (R^2 = 0.559) ; and the quality management of production, herb provision and support Domain. (X_3, X_2, X_5) (R^2 = 0.497)

The findings demonstrated the predictive Factors Influencing the Successful ofQuality management Thai Medicine and Integrative Medicine Strategy Implementation. The authors suggested that these five predictors should be emphasized to increase the success of quality management.

Key word : Quality Management, Thai Medicine and Integrative Medicine, Strategy Implementation

บทนำ

การแพทย์แผนไทยเป็นภูมิปัญญาที่ถูกกำหนดไว้ให้ได้รับการส่งเสริมถูกนำไปใช้และสมควรได้รับการพัฒนาตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ พ.ศ. 2552[1] ปัจจุบันได้มีความพยายามที่จะปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์และกระบวนการดูแลสุขภาพของการแพทย์แผนปัจจุบันให้เน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม เน้นการให้บริการที่ระดับปฐมภูมิ โดยอาศัยแนวคิดเวชปฏิบัติครอบครัวและมีแผนพัฒนาตามลำดับ 1) แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาของกระทรวงสาธารณสุข สุขภาพดีวิถีไทย ปี พ.ศ. 2554 - 2563 โดยมีการประกาศตั้งเป้าหมายจัดบริการผู้ป่วยนอกด้วยการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือกไม่น้อยกว่า ร้อยละ 10 ของการให้บริการแผนปัจจุบัน สร้างมูลค่าอุตสาหกรรมการใช้สมุนไพรให้สูงถึง 30,000 ล้านบาท[2] 2) แผนยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยปี2556-2559มีเป้าหมายสำคัญในการลดภาวะ/ปัญหาโรคเรื้อรัง และโรคเกี่ยวกับโครงสร้างและกล้ามเนื้อลดค่าใช้จ่ายการใช้ยานำเข้าด้วยการใช้บริการแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้นและเพิ่มสัดส่วนการใช้ยาแผนไทยในระบบบริการ[3] 3) ปี 2556 มีนโยบายการผลักดันยาสมุนไพรเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติให้ได้ ร้อยละ10 เทียบรายการกับยาแผนปัจจุบัน สร้างมูลค่าสมุนไพรเชิงพาณิชย์และพัฒนาสถานบริการสู่มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (รพ. สส. พท.) เพื่อให้ผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกทีได้มาตรฐาน (ร้อยละ 14)[4] 4) ปี 2557 - 2558 มีนโยบายเพิ่มเป้าหมายการสร้างมูลค่าการส่งออกผลิตภัณฑ์สมุนไพรไทยให้สัดส่วนของส่วนแบ่งการตลาดผลิตภัณฑ์สมุนไพรไทยเพิ่มมากขึ้นเครือข่ายบริการส่งเสริมให้ผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 16 โดยการจัดบริการ OPD คู่ขนานและจัดระดับสถานบริการ Service Plan เป็นระดับ 3 ระดับ ได้แก่ ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ (5)[5]

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีบทบาทหน้าที่ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพดำเนินการและประสานงานเกี่ยวกับงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่จังหวัด กำกับ ดูแล ประเมินผล และสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่ เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามกฎหมายมีการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและเพื่อยกระดับขีดความสามารถและมาตรฐานการทำงานของหน่วยราชการในสังกัดให้อยู่ในระดับสูงเทียบเท่ามาตรฐานสากลโดยยึดหลักการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี[8]จึงได้นำแนวคิดการบริหารเชิงกลยุทธ์และการบริหารคุณภาพโดยรวมมาขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน ปี 2557 - 2560 โดยมีวิสัยทัศน์ให้ **“จังหวัดสระแก้วเป็นศูนย์กลางการแพทย์แผนไทยระดับชาติ ปี 2560”** มีเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ 4 ด้าน ได้แก่ 1) การบริการแพทย์แผนไทยที่มีความเป็นเลิศได้มาตรฐานสากลที่ผู้รับบริการเชื่อมั่นและศรัทธา 1) ผลิตภัณฑ์สมุนไพรได้คุณภาพมาตรฐานและมีมูลค่าเพิ่ม 2) เป็นศูนย์กลางการเรียนรู้และพัฒนาบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยที่มีศักยภาพสูงเป็นที่

ยอมรับในระดับสากล และ 3) ระบบสุขภาพชุมชนเข้มแข็ง ประชาชนพึ่งตนเองได้และมีสุขภาพดีด้วยภูมิปัญญาไทยและการแพทย์แผนไทย(5)[6]

ผลลัพธ์จากการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์แพทย์แผนไทยปี 2557 - 2559 ของจังหวัดสระแก้ว พบว่า ผู้ป่วยนอกได้รับบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ร้อยละ 16.30, 17.77 และ17.07 ตามลำดับเช่นเดียวกันปริมาณการใช้ยาสมุนไพรมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจำนวน 6,246,333.00, 6,273,882.00 และ 9,931,060.00 บาท ตามลำดับ สถานบริการผ่านมาตรฐาน รพ. สส. พท. ร้อยละ 100 รพ. คู่ขนาน ร้อยละ 88.88 โรงพยาบาลแพทย์แผนไทยวัฒนานครมีศูนย์เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และโรงพยาบาลแพทย์ไทยวังน้ำเย็นมีศูนย์เชี่ยวชายด้านโรคสะเก็ดเงินบุคลากรได้รับการพัฒนาศักยภาพเพิ่มขึ้น ตำบลมีการจัดการสุขภาพแบบบูรณาการด้วยการแพทย์แผนไทยตามโครงการตำบลแห่งความสุข ภายใต้ 4 ดี (คนดี สุขภาพดี สิ่งแวดล้อมดี รายได้ดี) วิถีพอเพียง 33 ตำบล คิดเป็นร้อยละ 55.93 มีงานวิจัยสะสมถึงปัจจุบัน 20 เรื่อง กรณีศึกษา 3 เรื่อง นวัตกรรม 23 เรื่อง จังหวัดสระแก้วเป็นแม่ข่ายเรียนรู้ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการปฐมภูมิและชุมชน โดยทีมหมอครอบครัวของเขตสุขภาพที่ 6 ได้รับรางวัลนวัตกรรมดีเด่นระดับประเทศ ปี 2558[9]

แนวคิดแมคคินซีย์ (McKinsey7S Framework) มีหลักการพื้นฐานว่าประสิทธิภาพและประสิทธิผลขององค์การจะเกิดจากความสัมพันธ์ภายในปัจจัยต่างๆ 7 ประการ คือ กลยุทธ์ โครงสร้างองค์กร ระบบงาน รูปแบบการบริหารและค่านิยมร่วมหรือวัฒนธรรมองค์องค์กรซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญในการวิเคราะห์ศักยภาพความสอดคล้องภายในองค์การเพื่อเตรียมองค์การในการนำยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ[10]

ผู้ศึกษาวิจัยเห็นแนวคิดดังกล่าวเป็นประโยชน์ต่อการปฏิรูประบบสุขภาพตาม Roadmapphase[1] (2560 - 2564) แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) จึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการจัดการคุณภาพการนำยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยไปสู่การปฏิบัติในระบบสุขภาพอำเภอ จังหวัดสระแก้ว เพื่อนำผลการศึกษาไปปรับปรุงการบริหารจั ดการเชิงยุทธศาสตร์ในระดับจังหวัดและระบบสุขภาพอำเภอ ซึ่งจะนำไปสู่ความเป็นเลิศด้านคุณภาพมาตรฐานบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานที่ได้รับความเชื่อมั่นและศรัทธาจากผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยการบริหารด้านกลยุทธ์องค์การ โครงสร้างองค์การ ระบบงาน รูปแบบการบริหารการมีส่วนร่วมบุคลากร ทักษะบุคลากรและค่านิยมร่วมองค์การในระบบสุขภาพอำเภอ จังหวัดสระแก้ว

2. เพื่อศึกษาการรับรู้ความสำเร็จในการจัดการคุณภาพการปฏิบัติตามยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานในระบบสุขภาพอำเภอ จังหวัดสระแก้ว

3. เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยการบริหารด้านกลยุทธ์องค์การ โครงสร้างองค์การ ระบบงาน รูปแบบการบริหารการมีส่วนร่วมบุคลากร ทักษะบุคลากรและค่านิยมร่วมองค์การที่มีผลต่อความสำเร็จการจัดการคุณภาพการปฏิบัติตามยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานในระบบสุขภาพอำเภอ จังหวัดสระแก้ว

วิธีวิจัย

เป็นวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) แบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จการจัดการคุณภาพการปฏิบัติตามยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานตามการรับรู้ของบุคลากรในระบบสุขภาพอำเภอ จังหวัดสระแก้ว โดยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณระหว่างเดือน 30 มีนาคม 2560 - 30 เมษายน 2560

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรที่เป็นข้าราชการและลูกจ้างที่รับผิดชอบด้านการบริการและการบริหารงานด้านการแพทย์แผนไทยมีประสบการณ์ทำงานด้านการแพทย์แผนไทย 2 ปีขึ้นไป จำนวน 350 คน ของ 128 หน่วยงานหลักในในระบบสุขภาพอำเภอ 9 อำเภอ จังหวัดสระแก้ว การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างสอบถามทุกคน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนงานวิจัย เอกสารที่เกี่ยวข้อง ซึ่งครอบคลุมเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยพัฒนาขึ้นตามกระบวนการสร้างเครื่องมือวิจัย (บุญธรรม กิจปรีดีกิจ, 2549) ซึ่งแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปฏิบัติงานในระบบสุขภาพอำเภอ จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยการบริหารด้านกลยุทธ์องค์การ โครงสร้างองค์การ ระบบงาน รูปแบบการบริหาร การมีส่วนร่วมของบุคลากร ทักษะบุคลากร และค่านิยมร่วมองค์การ โดยวัดระดับความคิดเห็นด้านบวก ตามแบบมาตรวัดเจตนคติแบบลิคอร์ท (Linkert Scale) ที่เป็นแบบประเมินค่าคำตอบ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด จำนวน 32 ข้อ

ส่วนที่ 3 การรับรู้ของบุคลากรต่อระดับความสำเร็จในการจัดการคุณภาพการปฏิบัติตามยุทธศาสตร์แพทย์แผนไทย และการแพทย์ผสมผสานโดยวัดระดับความคิดเห็นตามแบบมาตรวัดเจตนคติแบบลิคอร์ท (Linkert Scale) ที่เป็นแบบประเมินค่าคำตอบ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด จำนวน 36 ข้อ

เครื่องมือดังกล่าวได้ผ่านการตรวจสอบความตรง (Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และทดสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) มีค่าดังนี้ 1. **ปัจจัยการบริหาร**ด้านกลยุทธ์องค์กร (0.79) โครงสร้างองค์การ (0.86) ระบบงาน (0.80) รูปแบบการบริหาร (0.85) การมีส่วนร่วมของบุคลากร (0.94) ทักษะบุคลากร (0.85) และค่านิยมร่วมองค์การ (0.95) 2. **การจัดการคุณภาพ**ด้านการจัดการคุณภาพการให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (0.90) ด้านการจัดการคุณภาพการผลิตการจัดหาและการสนับสนุนยาสมุนไพร (0.92) ด้านการจัดการคุณภาพการเรียนรู้และฝึกอบรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (0.93) ด้านการจัดการคุณภาพหมู่บ้านจัดการสุขภาพด้วยภูมิปัญญาไทยและการแพทย์แผนไทย (0.94) ด้านการจัดการคุณภาพผลลัพธ์การให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (0.82) ด้านการจัดการคุณภาพผลลัพธ์การผลิตการจัดหาและการสนับสนุนยาสมุนไพร (0.89) ด้านการจัดการคุณภาพผลลัพธ์การเรียนรู้และฝึกอบรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (0.90) ด้านการจัดการคุณภาพผลลัพธ์หมู่บ้านจัดการสุขภาพด้วยภูมิปัญญาไทยและการแพทย์แผนไทย (0.90)

การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว เมื่อวันที่ 29 มีนาคม 2560 และการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้รับความยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัย เก็บโดยทำหนังสือขออนุญาตจัดเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างและประสานงานกับฝ่ายบริหารของทุกหน่วยงานเพื่อจัดส่งแบบสอบถามและรวบรวมแบบสอบถามที่ได้บรรจุซองและปิดผนึกส่งกลับให้ผู้วิจัย นำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ ครบ ถูกต้อง

การจัดการข้อมูล แปลค่าการรับรู้ปัจจัยทางการบริหารด้านกลยุทธ์องค์การ โครงสร้างองค์การ ระบบงาน รูปแบบการบริหาร การมีส่วนร่วมของบุคลากร ทักษะบุคลากร ค่านิยมร่วมองค์การ และการรับรู้ความสำเร็จในการจัดการคุณภาพการปฏิบัติตามยุทธศาสตร์แพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานของบุคลากรในระบบสุขภาพอำเภอ จังหวัดสระแก้ว แบ่งระดับความคิดเห็นเป็น 3 ระดับ โดยใช้วิธีการนำคะแนนมาแบ่งตามเกณฑ์ที่กำหนด (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2553 หน้า 207 - 208) ดังนี้

ระดับมาก	ได้ร้อยละของคะแนนเต็ม ตั้งแต่ ร้อยละ 80 ขึ้นไป
ระดับปานกลาง	ได้ร้อยละของคะแนนเต็ม ระหว่าง 60 - 79

ระดับน้อย ได้ร้อยละของคะแนนเต็มน้อยกว่า 60

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ด้วยค่าสถิติเชิงพรรณนาในรูปของจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยต่ำสุด สูงสุด ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและวิเคราะห์ตัวแปรปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการจัดการคุณภาพการปฏิบัติตามยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน โดยวิเคราะห์ การถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่าบุคลากรกลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70.7) มีอายุการทำงาน 21 - 30 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 38.0) อายุการทำงาน 1 - 10 ปี รองลงมา (ร้อยละ 35.7) และอายุการทำงาน 30 - 40 ปี น้อยที่สุด (ร้อยละ 10.3) ส่วนมากไม่ได้เป็นคณะกรรมการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน และเคยฝึกอบรมด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน ร้อยละ 61.7

ความสำเร็จในการจัดการคุณภาพการปฏิบัติตามยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน

ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรมีการรับรู้ความสำเร็จการจัดการคุณภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย ร้อยละ 66.93 คะแนนเฉลี่ยร้อยละรายด้าน เรียงลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้ด้านการจัดการคุณภาพการให้บริการฯ (69.25) การจัดการคุณภาพการผลิตการจัดหาและการสนับสนุนยาสมุนไพร (68.57) การจัดการคุณภาพการเรียนรู้และฝึกอบรมฯ (67.69) การจัดการคุณภาพการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพฯ (67.02) การจัดการคุณภาพผลลัพธ์การให้บริการฯ (66.57) การจัดการคุณภาพผลลัพธ์การผลิตการจัดหาและการสนับสนุนยาสมุนไพร (66.47) การจัดการคุณภาพผลลัพธ์การเรียนรู้และฝึกอบรมฯ (65.07) การจัดการคุณภาพผลลัพธ์การพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพฯ (64.77)

ปัจจัยการบริหาร

การศึกษาปัจจัยการบริหารด้านกลยุทธ์องค์การ โครงสร้างองค์การ ระบบงาน รูปแบบการบริหาร การมีส่วนร่วมของบุคลากร ทักษะบุคลากรและค่านิยมร่วมองค์การ มีผลการศึกษาดังนี้

1. **กลยุทธ์องค์การ** พบว่า บุคลากรมีความคิดเห็น**ระดับปานกลาง**คะแนนเฉลี่ย ร้อยละ 68.15 โดยบุคลากร**มากกว่าร้อยละ 80 เห็นด้วยปานกลางถึงเห็นด้วยมากที่สุดทุกประเด็น**เช่นเดียวกับบุคลากรมากกว่า 1 ใน 3 **เห็นด้วยมาก**ในทุกประเด็น เรียงจากมากไปน้อยดังนี้ ความชัดเจนของการกำหนดนโยบาย ทิศทางเป้าหมาย (ร้อยละ 42.30) ความชัดเจนของการถ่ายทอดนโยบาย ทิศทางเป้าหมายไปสู่การปฏิบัติ (ร้อยละ 40.70) ความครบถ้วนของแผนปฏิบัติการ การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ (ร้อยละ 38.70) ความชัดเจนของการแปลงแผนกลยุทธ์มาเป็นแผนงาน โครงการ แผนปฏิบัติการ (ร้อยละ 37.70)

2. **โครงสร้างองค์การ** พบว่า บุคลากรมีความคิดเห็น**ระดับปานกลาง**คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 67.58 โดยบุคลากร**มากกว่าร้อยละ 80 เห็นด้วยในระดับปานกลางถึงมากที่สุดทุกประเด็น**บุคลากรมากกว่า 1 ใน 3 **เห็นด้วยระดับมาก**ในประเด็นโครงสร้างองค์การมีความสอดคล้องกับกลยุทธ์หรือยุทธศาสตร์ (ร้อยละ 45.30) โครงสร้างองค์การมีความคล่องตัวและรวดเร็วต่อการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ (ร้อยละ 40.70) ความพร้อมในการจัดแบ่งโครงสร้าง หน้าที่ในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยฯ และการรับรู้ถึงบทบาทหน้าที่ตามโครงสร้าง จากการจัดแบ่งโครงสร้างองค์การรองรับการดำเนินงาน**เท่ากัน** (ร้อยละ 39.30)

3. **ระบบงาน** พบว่า บุคลากรมีความคิดเห็น**ระดับปานกลาง** มีคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 62.25 โดยบุคลากร**มากกว่าร้อยละ 80 เห็นด้วยปานกลางถึงเห็นด้วยมากที่สุด**ใน 3 ประเด็น มีขั้นตอนหรือระบบการ

ถ่ายทอดความรู้ที่สามารถเข้าถึงง่าย มีการสร้างบรรยากาศของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ด้านการบริหารยุทธศาสตร์ และมีการรวบรวมความรู้ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการบริหารยุทธศาสตร์ สำหรับการสนับสนุนงบประมาณเพียงพอในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยบุคลากร **น้อยกว่าร้อยละ 80 เห็นด้วยปานกลางถึงเห็นด้วยมากที่สุด** ในจำนวนนี้มีความคิด**เห็นด้วยน้อย** ร้อยละ 23.7

4. **รูปแบบการบริหาร** พบว่า บุคลากรมีความคิดเห็น**ระดับปานกลาง** มีคะแนนเฉลี่ย ร้อยละ 70.13 โดยบุคลากรมากกว่า ร้อยละ 80 เห็นด้วยปานกลางถึงเห็นด้วยมากที่สุดในจำนวนนี้มีบุคลากร**มากกว่าครึ่งเห็นด้วยมาก**ในประเด็น ผู้บริหารให้ความสำคัญในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ (ร้อยละ 52.00) และบุคลากร**มากกว่า 1 ใน 3 เห็นด้วยมาก**ในประเด็นผู้บริหารมีการควบคุมติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ (ร้อยละ 48.00) ผู้บริหารมีส่วนช่วยในเรื่องการให้ ข้อเสนอแนะและให้คำปรึกษาในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ (ร้อยละ 45.00) ผู้บริหารให้การสนับสนุนในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ (ร้อยละ 43.30) และผู้บริหารมีวิธีการสร้างแรงจูงใจให้แก่บุคลากรในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ (ร้อยละ 40.3)

5. **ค่านิยมร่วมองค์การ** พบว่า บุคลากรมีความคิดเห็นระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 70.95 โดยบุคลากรมากกว่าร้อยละ 80 เห็นด้วยปานกลางถึงเห็นด้วยมากที่สุดในจำนวนนี้ บุคลากรมากกว่า 1 ใน 3 เห็นด้วยมาก ในประเด็นบุคลากรให้การยอมรับในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ (ร้อยละ 49.00) บุคลากรมีความมุ่งมั่นในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ (ร้อยละ 47.70) บุคลากรมีความพร้อมและให้ความร่วมมือในการเปลี่ยนแปลง เพื่อผลักดันการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ (ร้อยละ 45.70) และบุคลากรมีการทำงานเป็นทีมในขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ (ร้อยละ 45.30)

6. **การมีส่วนร่วมของบุคลากร** พบว่า บุคลากรมีความคิดเห็น**ระดับปานกลาง** มีคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 67.99 โดย**บุคลากรมากกว่าร้อยละ 90 เห็นด้วยปานกลางถึงเห็นด้วยมากที่สุด**ใน 4 ประเด็น คือ บุคลากรมีส่วนร่วมในการติดตามผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ บุคลากรมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์บุคลากรมีส่วนร่วมในการรายงานผลการดำเนินงานยุทธศาสตร์และบุคลากรมีส่วนร่วมในการจัดหรือปรับปรุงระบบการบริหารยุทธศาสตร์และ**บุคลากรมากกว่าร้อยละ 80 เห็นด้วยปานกลางถึงเห็นด้วยมากที่สุด**ในการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ในจำนวนนี้ บุคลากรมากกว่า 1 ใน 3 เห็นด้วยมากในทุกประเด็น

7. **ทักษะบุคลากร** พบว่า บุคลากรมีความคิดเห็น**ระดับปานกลาง** มีคะแนนเฉลี่ย ร้อยละ 67.92 โดยบุคลากรมากกว่า ร้อยละ 80 เห็นด้วยปานกลางถึงเห็นด้วยมากที่สุดในทุกประเด็นในจำนวนนี้ บุคลากรมากกว่า 1 ใน 3 เห็นด้วยมากในประเด็นบุคลากรได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ (ร้อยละ 44.30) บุคลากรมีความสามารถในการนำข้อมูลข่าวสารที่ได้รับไปใช้ประโยชน์ในการดำเนินงานบุคลากรมีความสามารถในการเก็บข้อมูลตามแบบรายงานการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์บุคลากรมีความสามารถรายงานผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ เท่ากัน (ร้อยละ 42.70) บุคลากรได้รับการฝึกอบรม เพื่อเพิ่มพูนความรู้ (ร้อยละ 41.70) และ บุคลากรมีความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ที่ได้รับจากการฝึกอบรมเรื่องการพัฒนายุทธศาสตร์ (ร้อยละ 38.00)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการจัดการคุณภาพการปฏิบัติตามยุทธศาสตร์แพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยการบริหารค่านิยมร่วมองค์การ (X_5) ระบบงาน (X_3) การมีส่วนร่วม (X_6) และโครงสร้างองค์การ (X_7) มีอิทธิพลโดยรวม (Y) $R^2 = 0.795$ มีอิทธิพลต่อความสำเร็จโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 ($p < .05$) และรายด้าน 8 ด้าน คือ ด้านการจัดการคุณภาพการให้บริการฯ (Y_1) $R^2 = 0.637$ ด้านการจัดการคุณภาพการผลิต การจัดหา และการสนับสนุนยาสมุนไพร (Y_2) $R^2 = 0.497$) ด้านการจัดการคุณภาพการเรียนรู้และฝึกอบรมฯ (Y_3) $R^2 = 0.671$ ด้าน

การจัดการคุณภาพการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพฯ (Y_4) R^2 = 0.605 ด้านการจัดการคุณภาพผลลัพธ์การให้บริการฯ (Y_5) R^2 = 0.804 ด้านการจัดการคุณภาพผลลัพธ์การผลิต การจัดหาและการสนับสนุนยาสมุนไพร (Y_6) R^2 = 0.559 ด้านการจัดการผลลัพธ์การเรียนรู้และฝึกอบรมฯ (Y_7) R^2 = .646) ด้านการจัดการคุณภาพผลลัพธ์การพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพฯ (Y_8) R^2=0.604 และพบว่ากลยุทธ์องค์การ (X_1) มีอิทธิพลต่อความสำเร็จด้านการจัดการคุณภาพการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพฯ (Y_4) R^2 = 0.605และด้านการจัดการผลลัพธ์การเรียนรู้และฝึกอบรมฯ (Y_7) R^2 = 0.646 ดังสมการมาตรฐานดังนี้

$$Y = 0.340 (X_5) + 0.331 (X_3) + 0.197 (X_6) + 0.146 (X_2)$$
$$Y_1 = 0.444 (X_5) + 0.293 (X_6) + 0.137 (X_3)$$
$$Y_2 = 0.325 (X_3) + 0.274 (X_2) + 0.202 (X_5)$$
$$Y_3 = 0.364 (X_3) + 0.265 (X_5) + 0.147 (X_2) + 0.156 (X_6)$$
$$Y_4 = 0.414 (X_5) + 0.360 (X_3) + 0.105 (X_1)$$
$$Y_5 = 0.609 (X_6) + 0.226 (X_3) + 0.134 (X_5)$$
$$Y6 = 0.398 (X_3) + 0.236 (X_5) + 0.212 (X_2)$$
$$Y7 = 0.432 (X_5) + 0.339 (X_3) + 0.143 (X_1)$$
$$Y8 = 0.395 (X_5) + 0.333 (X_3) + 0.146 (X_2)$$

ตารางที่ 1

ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของปัจจัยทางการบริหารที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จการจัดการคุณภาพโดยรวมและรายด้านตามการรับรู้ของบุคลากรในระบบสุขภาพอำเภอจังหวัดสระแก้ว

ความสำเร็จ	X_1	X_2	X_3	X_5	X_6
Y	-	1.223	2.907	2.857	1.328
	-	(0.584-1.862)	(2.216-3.599)	(2.106-3.608)	(0.731-1.924)
Y_1	-	-	0.138	0.427	0.225
	-	-	(0.036-.240)	(.321-.534)	(0.135 - 0.316)
Y_2	-	0.310	0.386	0.230	-
	-	(0.176 - 0.444)	(0.251-0.522)	(0.089 – 0.371)	-
Y_3	-	0.158	0.409	0.285	0.134
	-	(0.054 - 0.261)	(0.297 - 0.521)	(0.163 - 0.407)	(0.037 - 0.231)
Y_4	0.125		0.419	0.462	-
	(0.012 - 0.237)		(0.300-0.538)	(0.348-0.575)	-
Y_5	-	-	0.167	0.269	0.582
	-	-	(0.074 -0.260)	(0.173 – 0.366)	(0.499 – 0.664)
Y_6	-	0.292	0.574	0.327	
	-	(0.139 -0.445)	(0.420 -0.728)	(0.167-0.487)	
Y_7	0.215	-	0.503	0.613	-
	(0.080 -0.351)	-	(0.359 -0.646)	(0.477-0.750)	-
Y_8	-	0.192	0.457	0.519	-
	-	(0.054 -0.329)	(0.318-0.596)	(0.375-0.663)	-

หมายเหตุ ตัวเลขใน ( ) หมายถึง 95% CL for B

อภิปรายผล

ความสำเร็จในการจัดการคุณภาพการปฏิบัติตามยุทธศาสตร์แพทย์แผนไทย และการแพทย์ผสมผสาน

จากการศึกษาพบว่า บุคลากรที่รับผิดชอบงานบริการและบริหารงานแพทย์แผนไทยในระบบสุขภาพอำเภอ จังหวัดสระแก้ว รับรู้ความสำเร็จการจัดการคุณภาพการปฏิบัติตามยุทธศาสตร์แพทย์แผนไทยโดยรวมอยู่**ระดับปานกลาง** แต่พบว่ามีการรับรู้ความสำเร็จน้อยกว่าคะแนนค่าเฉลี่ย ร้อยละ 66.93 ในด้านการจัดการคุณภาพผลลัพธ์การให้บริการการฯ, ด้านการจัดการคุณภาพผลลัพธ์การผลิต การจัดหาและการสนับสนุนยาสมุนไพร, ด้านการจัดการคุณภาพผลลัพธ์การเรียนรู้และฝึกอบรมฯและด้านการจัดการคุณภาพผลลัพธ์การพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพฯ อาจทำให้มีผลกระทบกับการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ อาจเป็นเพราะมีการเรียนรู้และการใช้ประโยชน์จากตัวชี้วัดเพื่อปรับปรุงในการปรับปรุงระบบงานน้อยซึ่งสอดคล้องกับการรับรู้ความสำเร็จการประเมินและปรับปรุงแผนทั้ง 4 ยุทธศาสตร์ ส่วนมากต่ำกว่าร้อยละ 50 รับรู้ระดับปานกลาง และพบว่ามีการรับรู้ความสำเร็จมากที่สุด ในด้านการจัดการคุณภาพการให้บริการการแพทย์แผนไทยฯ เนื่องจากมีนโยบายการพัฒนาสถานบริการสู่มาตรฐาน รพ. สส. พท. การจัดบริการ OPD คู่ขนานและพัฒนา Service Plan เพื่อให้ผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกทีได้มาตรฐานเพิ่มขึ้น

ปัจจัยทางการบริหารที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการการจัดการคุณภาพการปฏิบัติตามยุทธศาสตร์แพทย์แผนไทย และการแพทย์ผสมผสาน

จากการศึกษาพบว่าตัวแปรที่มีอิทธิพลและทำนายความสำเร็จโดยรวมและรายด้านในการจัดการคุณภาพการปฏิบัติตามยุทธศาสตร์แพทย์แผนไทยฯ ตามการรับรู้ของผู้รับผิดชอบ คือ ค่านิยมร่วมองค์การ ระบบงาน การมีส่วนร่วมของบุคลากร และโครงสร้างองค์การ โดยตัวแปรดังกล่าวมีความสามารถร่วมกันและมีผลต่อความสำเร็จในการจัดการคุณภาพการปฏิบัติตามยุทธศาสตร์โดยรวม ร้อยละ 79.50 ในด้าน 1) การจัดการคุณภาพการให้บริการฯ 2) การจัดการคุณภาพการผลิต การจัดหา และการสนับสนุนยาสมุนไพร 3) การจัดการคุณภาพการเรียนรู้และฝึกอบรมฯ 4) การจัดการคุณภาพการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพฯ 5) การจัดการคุณภาพผลลัพธ์การให้บริการฯ6) การจัดการคุณภาพผลลัพธ์การผลิต การจัดหาและการสนับสนุนยาสมุนไพร 7) การจัดการคุณภาพผลลัพธ์การเรียนรู้และฝึกอบรมฯ 8) การจัดการคุณภาพผลลัพธ์พัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพฯ และยังพบว่า **กลยุทธ์องค์การ**มีอิทธิพลและทำนายความสำเร็จรายด้าน คือ ด้านการจัดการคุณภาพพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพฯและด้านการจัดการคุณภาพผลลัพธ์การเรียนรู้และฝึกอบรมฯ

ค่านิยมร่วมองค์การจากการศึกษาพบว่าเป็นปัจจัยที่มีผลทางบวกสามารถทำนายความสำเร็จในการจัดการคุณภาพการปฏิบัติตามยุทธศาสตร์ฯโดยรวมและรายด้าน 8 ด้าน **อาจเป็นเพราะ**ค่านิยมร่วมขององค์การเป็นแนวทางที่ทุกคนในองค์กรถือปฏิบัติร่วมกันในการทำงาน เพื่อผลักดันองค์การไปสู่ความสำเร็จ ค่านิยมร่วมและเป้าหมายเดียวกันขององค์การจะช่วยให้การทำงานของ บุคลากรมุ่งไปสู่จุดมุ่งหมายเดียวกันอย่างเป็นทีมเดียวกัน[10] **สอดคล้องกับงานวิจัย**ที่พบว่าค่านิยมร่วมมีผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริหารจัดการภาครัฐ โดยรวม[11]และสอดคล้องกับการรณรงค์สร้างค่านิยม MOPH ของกระทรวงสาธารณสุข

ระบบงาน จากการศึกษาพบว่าเป็นปัจจัยที่มีผลทางบวกสามารถทำนายความสำเร็จในการจัดการคุณภาพการปฏิบัติตามยุทธศาสตร์ฯโดยรวมและรายด้าน 8 ด้าน **อาจเป็นเพราะ**ระบบงานเป็นการรวบรวมส่วนประกอบต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กันภายในและมีปฏิสัมพันธ์กัน โดยส่วนประกอบทั้งหลายนั้นจะร่วมกันทำงานเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน เพื่อให้การดำเนินงานนั้นบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้[11]**สอดคล้องกับงานวิจัย**ที่พบว่า การจัดการระบบงานในองค์การมีความสัมพันธ์

ทางบวกกับความเป็นไปได้ของการนำระบบคุณภาพ ISO 9002 มาใช้กับการบริหารงานของกองตรวจคนเข้าเมือง ณ ท่าอากาศยาน[12]

การมีส่วนร่วมของบุคลากรจากการศึกษาพบว่า เป็นปัจจัยที่มีผลทางบวกสามารถทำนายความสำเร็จในการจัดการคุณภาพการปฏิบัติตามยุทธศาสตร์ฯ โดยรวมและรายด้าน 8 ด้าน **อาจเป็นเพราะ** การมีส่วนร่วมถือเป็นกระบวนการบริหารกระบวนการหนึ่ง ซึ่งจะส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานในองค์การด้วยการให้ผู้ใต้บังคับบัญชามีส่วนร่วมในกระบวนการทำงาน การตัดสินใจ การแสดงความคิดเห็น ตั้งแต่ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมทำ มีความรับผิดชอบร่วมในองค์การ การได้รับผลประโยชน์ร่วมกัน[11]**สอดคล้องกับผลการวิจัย**ที่พบว่า การมีส่วนร่วมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการยอมรับการบริหารคุณภาพโดยรวมของพนักงาน[13] และการมีส่วนร่วมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสนับสนุนการทำงาน TQM[14] และจังหวัดมีนโยบายส่งเสริมแนวคิดการบริหารคุณภาพโดยรวมที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องทุกระดับผ่านกลไกการพัฒนาระบบคุณภาพ HA PCA &DHS - PCA

โครงสร้างองค์การ จากการศึกษาพบว่าเป็นปัจจัยที่มีผลทางบวกสามารถทำนายความสำเร็จในการจัดการคุณภาพการปฏิบัติตามยุทธศาสตร์ฯโดยรวมและรายด้าน 8 ด้าน **อาจเป็นเพราะ**การจัดโครงสร้างองค์การเป็นการกำหนดระบบการควบคุม และการประสานงาน โครงสร้างองค์การจะช่วยทำให้เกิดความแน่นอนในการประสานงาน ไม่ว่าองค์การนั้นจะมีความซับซ้อนเพียงใด ผู้บริหารและสมาชิกในองค์การสามารถทำงานร่วมกันได้ง่ายยิ่งขึ้น โครงสร้างองค์การจะช่วยทำให้เห็นระบบการทำงานชัดเจนขึ้น ช่วยในการติดต่อสื่อสาร ลดช่องว่างและความซ้ำซ้อนในการทำงาน ช่วยให้บุคลากรในแต่ละคนได้เห็นทางก้าวหน้าในสายงานของตนเองชัดเจน และมีส่วนสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาองค์การ และยังเป็นการออกแบบความสัมพันธ์ระหว่างทรัพยากรต่างๆ ตามคำกล่าวของ Scott, W.Richard (1992) อ้างใน เกริกยศ ชลายนเดชะ (2546)[10]**สอดคล้องกับการวิจัย** ปัจจัยทางด้านโครงสร้างส่งผลต่อระดับความสำเร็จในการนำหลักการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดีมาใช้ในการบริหารงานเทศบาลจังหวัดภูเก็ต[15]

กลยุทธ์องค์การ จากการศึกษาพบว่าเป็นปัจจัยที่มีผลทางบวกสามารถทำนายความสำเร็จในการจัดการคุณภาพการปฏิบัติตามยุทธศาสตร์ฯ รายด้าน 2 ด้าน คือ การจัดการคุณภาพการพัฒนาความเข้มแข็งการจัดการสุขภาพของหมู่บ้านชุมชนและการจัดการผลลัพธ์การเรียนรู้และฝึกอบรมฯ **อาจเป็นเพราะกลยุทธ์** เป็นการวางแผนเพื่อใช้เครื่องมือในการสร้างความคงศักยภาพในการสร้างความสามารถทางการแข่งขันที่เหนือกว่าคู่แข่งและตองสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมองค์กร[10]**สอดคล้องกับผลการวิจัย**ที่พบว่าปัจจัยด้านการนำองค์การและการวางแผนกลยุทธ์มีผลต่อการพัฒนารูปแบบการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์การของสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน[16]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากการศึกษาพบว่าความสำเร็จในการจัดการคุณภาพการปฏิบัติตามยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานตามการรับรู้ของบุคลากรในระบบสุขภาอำเภอจังหวัดสระแก้วอยู่ในระดับปานกลาง หากต้องเพิ่มความสำเร็จและความเป็นเลิศทางยุทธศาสตร์ (Excellence Strategy) ตามเป้าหมายยุทธศาสตร์ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ควรนำแนวคิดการจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์กรด้วยเกณฑ์คุณภาพที่เป็นสากลและมีหน่วยงานสนับสนุนทางวิชาการมาพัฒนา เช่น HA DHSA PMQA TQA เพื่อลดความซ้ำซ้อนและเกิดการพัฒนาต่อเนื่อง โดยคำนึงถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จทั้ง 5 ประเด็น ดังนี้

1. ค่านิยมร่วมองค์การควรมุ่งเน้นการทำงานเป็นทีม การเสริมพลังสร้างความร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงโดยองค์กรคุณธรรมและนำค่านิยม MOPH ไปประยุกต์ใช้ตามบริบทจนเป็นวัฒนธรรมองค์กร

2. ระบบงานควรมุ่งเน้นระบบการสนับสนุนงบประมาณ การจัดการความรู้การบริหารยุทธศาสตร์ การเข้าถึงความรู้และการสร้างบรรยากาศการเรียนรู้โดยนำเทคโนโลยีและนวัตกรรมมาพัฒนาระบบการทำงานตามแนวคิด Thailand 4.0

3. การมีส่วนร่วมของบุคลากรควรมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมในการคิด ตัดสินใจ การปรับปรุงระบบการดำเนินงานและการบริหาร การรายงานผล การแสดงความคิดเห็นในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ รวมทั้งการติดตามประเมินผลเพื่อให้บุคลากรเกิดการเรียนรู้ร่วมกันโดยใช้แนวคิดการสร้างแรงจูงใจการมีส่วนร่วมตามแนวคิดของ Maslow

4. โครงสร้างองค์การควรมุ่งเน้นการสร้างการรับรู้บทบาทหน้าที่การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ การปรังปรุงโครงสร้างให้สอดคล้องการการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ ลดความซ้ำซ้อน และเพิ่มความคล่องตัว รวดเร็วในการประสานงานเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพโดยใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมรวมทั้งการใช้ทีมคร่อมสายงานทีมสหวิชาชีพให้มากขึ้น

5. กลยุทธ์องค์การ การมุ่งเน้นความชัดเจนในการแปลงแผนกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติตั้งแต่ถ่ายทอดนโยบาย ทิศทางเป้าหมาย แผนปฏิบัติการ โครงการ การสนับสนุนงบประมาณ การควบคุมกำกับประเมินผลการดำเนินงานเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงกลยุทธ์ขององค์การให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นโดยใช้ Balanced Scorecard Strategy map Competency Model และ problem Solving Analysis เครื่องมือทางการบริหารนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งต่อไปควรวิจัยเชิงคุณภาพการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อช่วยเหลือให้บุคลากรในหน่วยงานได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้และร่วมกันปรับปรุงการจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์กร

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้วที่ให้การสนับสนุน ผู้อำนายการโรงพยาบาลสาธารณสุขอำเภอ ทุกแห่งที่ให้ความอนุเคราะห์ในการอำนวยความสะดวกการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาทุกท่านและบุคลากรกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ได้สละเวลาตอบแบบสอบถามในการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. เสาวนีย์ กลสมบูรณ์ สุวิไล วงศ์ธีระ สุตอรจิรา ทองสุกมาก และคณะ. **การทบทวนสถานการณ์การส่งเสริมการใช้และพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2522**. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข., 2556.
2. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, ปารณัฐ สุขสุทธิ์, ยงศักดิ์ ตันติปิฎก และคณะ. **นโยบายการพัฒนาการแพทย์แผนไทยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน**. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข., 2557.
3. แผนปฏิบัติราชการ 4 ปี พ.ศ. 2556 - 2559 **กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก** ค้นจาก https://www.slideshare. net/tanawatsudsuk/2556 - 2559.
4. สำนักยุทธศาสตร์. **แผนงานโครงการขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสู่การปฏิบัติ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ปีงบประมาณ 2558**. เอกสารอัดสำเนา : กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก., 2558.
6. กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ. **แผนยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน ปี พ.ศ. 2557 - 2560**. เอกสารอัดสำเนา ; สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว., 2557.
7. บวรศักดิ์ อุวรรณโณ. **การสร้างธรรมาภิบาล (Good governance) ในสังคมไทย**. กรุงเทพฯ ; วิญญูชน ; 2542.
9. กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ. **สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขประจำปี พ.ศ. 2557 - 2559**. เอกสารอัดสำเนา ; สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว., 2559.
10. เกริกยศ ชลายนเดชะ. **แนวคิดการบริหารเชิงกลยุทธ์ในการวางแผนกลยุทธ์และการพัฒนา คุณภาพบริการของโรงพยาบาล**. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช นนทบุรี., 2546.
11. ทิพย์วรรณ จูมแพง. **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐตามการรับรู้ของบุคลากรในหน่วยงานระดับเขต กระทรวงสาธารณสุข**. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยบูรพา., 2554.
12. พัชรา มิ่งไม้. **การศึกษาความเป็นไปได้ของการนำระบบคุณภาพ ISO 9002 มาใช้กับการบริหารงานของกองตรวจคนเข้าเมือง ณ ท่าอากาศยานกรุงเทพ**. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (รัฐศาสตร์). มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์., 2543.
13. รัชนีวรรณ สุริยะนิมิตรชัย. **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับการบริหารคุณภาพโดยรวม : กรณีศึกษาพนักงานในบริษัทผลิตภัณฑ์และวัสดุก่อสร้าง จำกัด เครือซีเมนต์ไทย**., 2548.
14. กฤตศร มังกรกาญจน. **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสนับสนุนการทำกิจกรรมการบริหารคุณภาพแบบเบ็ดเสร็จ (TQM) : กรณีศึกษาบริษัทอุตสาหกรรมพลาสติก**., 2548.
15. เนาวรัตน์ พุ่มจันทร์. **ความสำเร็จในการนำหลักการบริหารจัดการบ้านเมืองที่ดีมาใช้ในการบริหารงานเทศบาล : กรณีศึกษาเทศบาลจังหวัดภูเก็ต**. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช., 2550.
16. รุ่งรัชดา เวหะชาติ. **การพัฒนารูปแบบการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของสถาบันการศึกษาขั้นพื้นฐาน**. ดุษฎีนิพนธ์การศึกษาดุษฎีบัณฑิต. มหาวิทยาลัยบูรพา., 2548.

กองบรรณาธิการ

ที่ปรึกษา :	นายแพทย์วิศิษฎ์	ตั้งนภากร	อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
	นายแพทย์ภานุวัฒน์	ปานเกตุ	รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
	นายแพทย์ธงชัย	กีรติหัตถยากร	รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
	นายแพทย์ประภาส	จิตตาศิรินุวัตร	รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
บรรณาธิการ :	นางอัญธิกา	ชัชวาลยางกูร	ผู้อำนวยการกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
ผู้ช่วยบรรณาธิการ :	นายดนัย	สุวรรณา	ผู้อำนวยการกองกฎหมาย
กองบรรณาธิการ :	นายชาติชาย	สุวรรณนิตย์	กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
	นางวิรุณศิริ	อารยวงศ์	กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
	นางสาวสุธาทิพย์	จันทรักษ์	กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
	นางศุภัคชญา	ภวังคะรัต	กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
	นางช่อเพ็ญ	นวลขาว	กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
	นางอมรศรี	ยอดคำ	กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
	นางสาวชุติสุดา	เนติกุล	กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
	นางศิริพร	ประเนมพนธ์	กองแผนงาน
	นางสาววิภาวิน	โมสูงเนิน	กองสุขศึกษา
	นางชัญญาภัค	บุญยรัตนิน	สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ
	นายสละ	กสิวัตร์	กองวิศวกรรมการแพทย์
	นางภู่	ปิยะเศษรฐ์	สำนักบริหาร
	นางสาวดวงกมล	สุขนิมิตร์	กองกฎหมาย
	นางนิภาพรรณ	สุขศิริ	สำนักประชาสัมพันธ์และบริการประชาชน
			สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
	นางสาววาสนา	สิทธิกัน	สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 1 (เชียงใหม่)
	นายนฤดล	อ่วมสุข	สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 2 (พิษณุโลก)
	นางเพ็ญศรี	โตเทศ	สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 3 (นครสวรรค์)
	นายศิริชัย	ชละเอม	สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 4 (นนทบุรี)
	นางสาววารินทร์	แช่มฉ่ำ	สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 5 (ราชบุรี)
	นางมณฑา	กิตติวราวุฒิ	สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 6 (ชลบุรี)
	นางจีรวรรณ	หัสโรค์	สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 7 (ขอนแก่น)
	นายคมสันต์	แรงจบ	สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 8 (อุดรธานี)
	นายสมภพ	อาจชนะศึก	สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 9 (นครราชสีมา)
	นางสาวนิสา	สุระชาติ	สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 10 (อุบลราชธานี)
	นางพนิตนาฏ	วิสุทธิธรรม	สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 11 (นครศรีธรรมราช)
	นางวรรณา	ทองกวแก้ว	สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 12 (สงขลา)
	ภาคประชาชน		
	นายไพฑูรย์	บุญอารักษ์	ประธานชมรม อสม. แห่งประเทศไทย
	นายกิ่งก้าน	ลือชา	ประธานชมรม อสม. ภาคเหนือ
	นายธนัย	พันภัย	ประธานชมรม อสม. ภาคกลาง
	นายบุญทอง	บุญประเสริฐ	ประธานชมรม อสม. ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
	นายพันธ์	อ่อนเกลี้ยง	ประธานชมรม อสม. ภาคใต้
	นางกรระวี	ตันตระกูล	ประธานชมรม อสม. กรุงเทพมหานคร
คณะกรรมการ/ คณะทำงาน *(พิจารณา กลั่นกรอง บทความวิชาการและงานวิจัย)*	นางอัญธิกา	ชัชวาลยางกูร	ประธานกรรมการ
	นายธิปัตย์	โสตถิวรรณ์	รองประธานกรรมการ
	นางอมรศรี	ยอดคำ	รองประธานกรรมการ
	นายกิตติพงศ์	กลิ่นจันทร์	คณะทำงาน
	นายสาวอิศราภรณ์	เทียมศร	คณะทำงาน
	นางสาวณฐนนท์	บริสุทธิ์	คณะทำงาน
	นางสาวรตี	สงวนรัตน์	คณะทำงาน
	นายเจษฎา	ฝาผง	คณะทำงาน
	นางเบญจมาศ	จันทร์วัน	คณะทำงาน
	นางสาวชุติสุดา	เนติกุล	คณะทำงานและเลขานุการ
	นางเอื้องไพร	อัศวศรีอนันต์	คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ
	นางสาวณชนก	โชคอนันต์	คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ

กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ : 0 2193 7000 ต่อ 18712