

๓. ผลงานที่จะส่งประเมิน

ผลงานลำดับที่ ๑

เรื่อง การพัฒนาโปรแกรม ‘อสม. พานับคาร์บ’ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน

อำเภอหนองขาหย่าง จังหวัดอุทัยธานี

ชื่อเรื่อง (ภาษาอังกฤษ) : Development of the ‘VHV Carb-Counting Program’ to Promote Healthy Consumption among Diabetes Risk Groups in Nong Khayang District, Uthai Thani Province

ปี พ.ศ. ที่ดำเนินการ ๒๕๖๘

เค้าโครงเรื่องย่อ โรคเบาหวานชนิดที่ ๒ (Type ๒ Diabetes Mellitus: T2DM) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีความสำคัญอย่างยิ่งทั้งในระดับโลกและระดับประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (Uncontrolled Diabetes) ซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง อันส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและภาระทางเศรษฐกิจ (American Diabetes Association, ๒๐๒๑; Stratton et al., ๒๐๐๐) ในประเทศไทย ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ ๖ พ.ศ. ๒๕๖๒-๒๕๖๓ แสดงให้เห็นว่าความชุกของโรคเบาหวานในประชากรไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปอยู่ที่ร้อยละ ๙.๕ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (วิชัย เอกพลากร และคณะ, ๒๕๖๔) ที่น่าวิตกคือมีผู้ป่วยเบาหวานเพียงร้อยละ ๔๓.๒ ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดได้ตามเป้าหมาย (HbA๑c < ๗%) (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, ๒๕๖๓) พื้นที่ชนบทอย่างจังหวัดอุทัยธานี ซึ่งมีทรัพยากรทางสาธารณสุขที่จำกัดแสดงให้เห็นถึงความท้าทายในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ จากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดอุทัยธานี พบว่าอัตราการเข้ารับการตรวจสุขภาพอยู่ในระดับสูงโดยมีค่าระหว่างร้อยละ ๘๐-๘๖ ซึ่งสะท้อนถึงการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ดี อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาประสิทธิภาพของการรักษา พบว่าอัตราการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดียังอยู่ในระดับต่ำ โดยมีค่าเฉลี่ยเพียงร้อยละ ๓๖-๔๔ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี, ๒๕๖๗) สถานการณ์นี้สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและภาระทางเศรษฐกิจ การศึกษาของ Khunti et al. (๒๐๑๘) พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอัตราการเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูงกว่าผู้ป่วย ที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ ยังมีความท้าทายทางจิตสังคมที่ซับซ้อน เช่น ภาวะซึมเศร้า ความเครียด และการขาดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง (Gonzalez et al., ๒๐๑๑) ซึ่งส่งผลต่อการจัดการโรคในระยะยาว

การจัดการปัญหาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้จำเป็นต้องอาศัยแนวทางที่ครอบคลุมและเฉพาะเจาะจง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อน (Berkman et al., ๒๐๑๑) การศึกษาของ Schillinger et al. (๒๐๐๖) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีความรู้ด้านสุขภาพต่ำมีแนวโน้มที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี และมีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สูงกว่า ดังนั้น การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการยกระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน การประยุกต์ใช้แนวทาง PAR ในการจัดการปัญหาโรคเบาหวานมีข้อดีหลายประการที่สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทย ได้แก่ ๑) การเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพ โดย PAR ส่งเสริมการพัฒนาความรู้ ทักษะ และความมั่นใจของผู้ป่วยและชุมชนในการจัดการโรคเบาหวาน (Nutbeam et al., ๒๐๑๘) ๒) การสร้างการมีส่วนร่วมและความเป็นเจ้าของ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการสร้างเสริม

สุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter for Health Promotion) ที่เน้นการเสริมพลังชุมชน (Community Empowerment) (World Health Organization, ๑๙๘๖) ๓) ความสอดคล้องกับบริบทท้องถิ่น โดย PAR เอื้อต่อการออกแบบกิจกรรมที่เหมาะสมกับวิถีชีวิต วัฒนธรรม และความเชื่อของชุมชน (Israel et al., ๒๐๑๓) ๔) การจัดการกับปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งในการจัดการโรคเรื้อรัง อย่างเบาหวาน (Marmot & Allen, ๒๐๑๔) ๕) การสร้างการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ยั่งยืน ผ่านการมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผนและดำเนินกิจกรรม (Trickett et al., ๒๐๑๑) และ ๖) การเสริมสร้างศักยภาพของชุมชน ซึ่งช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพชุมชนในระยะยาว สอดคล้องกับนโยบายการพัฒนาาระบบสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทย (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๖๓)

จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเห็นว่าการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ควบคุมไม่ได้ โดยใช้แนวทาง PAR จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทอย่างจังหวัดอุทัยธานี การศึกษานี้มุ่งหวังที่จะพัฒนาแนวทางที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืนในการจัดการปัญหาโรคเบาหวาน โดยอาศัยการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลง ในการกำหนดนโยบายสาธารณสุขที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในอนาคต ยั่งยืน โดยมุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพของประชาชนและชุมชนในการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ควบคุมไม่ได้ ในจังหวัดอุทัยธานี ให้เกิดการความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ให้มีทักษะในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร การมีความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพและการประเมินข้อมูลข่าวสารและบริการทางสุขภาพในการดูแลรักษาโรคเบาหวาน และสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดำรงชีวิตประจำวันเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เพื่อคงไว้ซึ่งสถานะสุขภาพที่ดีของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ประกอบไปด้วย ระดับ ๑ ความรอบรู้สุขภาพด้านสุขภาพ ระดับพื้นฐาน ได้แก่ สมรรถนะในการอ่านและเขียน เพื่อให้สามารถเข้าใจถึงเนื้อหาสาระด้านสุขภาพ จะเป็นทักษะพื้นฐานหรือ Basic/Functional literacy ด้านการอ่านและเขียนที่จำเป็นสำหรับบริบทด้านสุขภาพ เช่น การอ่านใบยินยอม ฉลากยา การเขียนข้อมูลการดูแลสุขภาพทำความเข้าใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูล ทั้งข้อความเขียนและวาจาจากแพทย์ พยาบาล เภสัช รวมทั้งการปฏิบัติตามคำแนะนำ เช่น การรับประทานยา กำหนดการนัดหมาย เกิดการเปลี่ยนแปลงสถานะสุขภาพ ได้แก่ HbA_{1c} (Hemoglobin A_{1c}) น้ำตาลสะสม, รอบเอว, ดัชนีมวลกาย (body mass index), ระดับความดันโลหิต (Blood Pressure), ภาวะแทรกซ้อนระยะสั้น และระยะยาว ระดับ ๒ ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน หรือ Communicative/ Interactive Literacy ได้แก่ สมรรถนะในการใช้ความรู้และการสื่อสาร เพื่อให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ เป็นการรู้เท่าทันทางปัญญา และทักษะทางสังคม ที่ทำให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น การรู้จักซักถามผู้รู้ การถ่ายทอดอารมณ์ ความรู้ที่ตนเองมีให้ผู้อื่นได้เข้าใจเพื่อนำไปสู่การเพิ่มพูนความสามารถทางสุขภาพมากขึ้น ระดับ ๓ ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ หรือ Critical Literacy ได้แก่ สมรรถนะในการประเมินข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพที่มีอยู่ เพื่อให้สามารถตัดสินใจ และเลือกปฏิบัติในการสร้างเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งอย่างต่อเนื่อง การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และชุมชนในด้านด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านทรัพยากรผลลัพธ์จากการศึกษานี้จะไม่เพียงแต่ช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดอุทัยธานี เท่านั้น แต่ยังสามารถใช้เป็นต้นแบบสำหรับการพัฒนาโครงการสุขภาพชุมชนในพื้นที่อื่น ๆ ของประเทศไทย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method) โดยผสมวิธีวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ประยุกต์ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ร่วมกับเทคนิค AIC ในการพัฒนารูปแบบ โดยแบ่งการพัฒนาเป็น ๓ ระยะ ประกอบด้วย ระยะที่ ๑: การศึกษาสถานการณ์และบริบท จังหวัดอุทัยธานี เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ควบคุมไม่ได้ และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ: สัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มกับผู้ป่วย ผู้ดูแล และ

บุคลากรทางการแพทย์ ถึงปัญหาความรู้ด้านสุขภาพและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ควบคุมไม่ได้ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติอนุมาน รวมถึงการวิเคราะห์เนื้อหา ระยะที่ ๒: การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ใช้รูปแบบการใช้การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการโดยใช้เทคนิค AIC ได้แก่ A (Appreciation): ร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันและสภาพที่พึงประสงค์ I (Influence): ระดมความคิดเห็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดแนวทางการพัฒนารูปแบบ C (Control): วางแผนปฏิบัติการและกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง พัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยทีมวิจัยและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ระยะที่ ๓: การนำรูปแบบไปทดลองใช้และประเมินผล กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบด้วยการวิเคราะห์เปรียบเทียบผลก่อนและหลังการทดลองใช้ และระยะติดตาม โดยการประเมินความรู้สุขภาพ สถานะสุขภาพ ได้แก่ HbA๑c (Hemoglobin A๑c) น้ำตาลสะสม, รอบเอว, ดัชนีมวลกาย (body mass index), ระดับความดันโลหิต (Blood Pressure), ภาวะแทรกซ้อนระยะสั้น และระยะยาว รวมถึงการวัดความพึงพอใจในการใช้รูปแบบ วิเคราะห์เชิงคุณภาพการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้ได้รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ควบคุมไม่ได้ที่มีประสิทธิภาพเหมาะสมกับบริบทของชุมชน เกิดความยั่งยืน และยังเป็นต้นแบบในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ควบคุมไม่ได้ให้กับพื้นที่ที่มีปัญหาและบริบทใกล้เคียงกันต่อไป

การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

การนำไปใช้ประโยชน์

๑. ภาศึเครือข่ายสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ควบคุมไม่ได้ สามารถใช้รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพในการค้นหา ทำความเข้าใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพ และใช้ประโยชน์ในการตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีของผู้ป่วย โดยบุคลากรสาธารณสุขและคนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม

๒. การสร้างรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ควบคุมไม่ได้ ให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของชุมชน โดยใช้เทคนิคA-I-C คนในชุมชนรู้สึกเกิดความเป็นเจ้าของ และมองเห็นประโยชน์ที่ได้รับร่วมกัน โดยมีเป้าหมายเดียวกันในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน

ผลกระทบ

การศึกษาครั้งนี้มีระยะเวลาการศึกษา ๓ เดือน ไม่สามารถยืนยันถึงความคงอยู่ของพฤติกรรมในการควบคุมโรคเบาหวานของผู้ป่วย จึงควรมีการศึกษาติดตามในระยะยาว เพื่อศึกษาความยั่งยืนของพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้ป่วย และนำมาปรับปรุงรูปแบบฯ นำไปใช้กับผู้ป่วยต่อไป

สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ) ร้อยละ ๙๐

กรณีที่เป็นผลงานร่วมกันของบุคคลหลายคน

รายชื่อผู้ขอประเมินและผู้ร่วม	สัดส่วนผลงาน	ระบุรายละเอียดของผลงานที่ดำเนินการ (ผู้ขอประเมินและผู้ร่วม)
นายวรพจน์ ประทีป	ร้อยละ ๙๐	ออกแบบวิจัย เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล สรุปและอภิปรายผล
นางสาวสุนารี หอมจันทร์	ร้อยละ ๑๐	ร่วมออกแบบวิจัย เก็บข้อมูล และดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การเผยแพร่...

การเผยแพร่ (ถ้ามี)

- ☐ ผลงานแล้วเสร็จและเผยแพร่แล้ว ระบุแหล่งเผยแพร่.....
(โปรดแนบสำเนาวารสาร)
- ☐ ผลงานแล้วเสร็จแต่ยังไม่เผยแพร่
- ☒ ผลงานยังไม่แล้วเสร็จ

ผลงานลำดับที่ ๒

เรื่อง โครงร่างงานวิจัยเรื่อง "การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมอนามัยการเจริญพันธุ์และลดพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นและเยาวชน อำเภอหนองขาหย่าง จังหวัดอุทัยธานี"

"Development of an Operational Model for Reproductive Health District to Promote Reproductive Health Behaviors and Reduce Health Risk Behaviors among Adolescents and Youth in Nong Khayang District, Uthai Thani Province"

ปี พ.ศ. ที่ดำเนินการ ๒๕๖๗

เค้าโครงเรื่องย่อ

การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาปัญหาอนามัยการเจริญพันธุ์ในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนในอำเภอหนองขาหย่าง จังหวัดอุทัยธานี ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัยและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง โดยสถานการณ์อัตราการคลอดในวัยรุ่นของจังหวัดอุทัยธานีในปี ๒๕๖๕ สูงถึง ๓๐.๒ ต่อประชากรหญิง ๑,๐๐๐ คน ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาโครงการทำงานเชิงรุกที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมพฤติกรรมอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อสำรวจสถานการณ์ สภาพปัญหา และความต้องการของพื้นที่ในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ พัฒนารูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยเป็นการผสมผสานองค์ความรู้จากการทบทวนวรรณกรรม ข้อมูลจากผู้เกี่ยวข้อง และกระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้เกิดรูปแบบที่สามารถนำไปใช้ได้จริง รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ประกอบด้วยสามระยะ ได้แก่ ระยะที่หนึ่ง การศึกษาสถานการณ์และความต้องการ โดยใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม เพื่อรวบรวมข้อมูลจากวัยรุ่น ผู้ปกครอง ครู บุคลากรสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ระยะที่สอง การพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน โดยวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ ทบทวนแนวทางปฏิบัติที่ดี และจัดทำต้นแบบรูปแบบ จากนั้นนำเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญและภาคีเครือข่ายเพื่อปรับปรุงให้สมบูรณ์ และระยะที่สาม การทดลองใช้รูปแบบกับวัยรุ่นในพื้นที่ พร้อมเก็บข้อมูลก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ ประชากรในการศึกษาค้นคว้านี้ประกอบด้วยวัยรุ่นและเยาวชนอายุ ๑๓-๒๔ ปี รวมทั้งผู้ปกครอง ครู บุคลากรสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นสองระยะ ระยะที่หนึ่ง ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจงจำนวน ๓๐-๕๐ คน และระยะที่สองในการทดลองใช้รูปแบบ ใช้วิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ (Stratified Random Sampling) จำนวน ๑๐๐-๑๕๐ คน เพื่อให้ครอบคลุมกลุ่มวัยรุ่นจากหลายบริบทในพื้นที่ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมอนามัยการเจริญพันธุ์ แบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยง แบบทดสอบก่อน-หลังการเข้าร่วมกิจกรรม แบบประเมินความพึงพอใจ และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญและตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยสถิติแอลฟาของครอนบาค เพื่อให้มั่นใจว่าเครื่องมือมีคุณภาพและเหมาะสมต่อการนำไปใช้ในภาคสนาม การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยเชิงปริมาณใช้แบบสอบถามเพื่อวัดระดับพฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงก่อนและหลังการให้รูปแบบ ส่วนเชิงคุณภาพใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกและกลุ่มสนทนาเพื่อวิเคราะห์ประเด็นปัญหาและข้อเสนอแนะจากผู้เกี่ยวข้อง โดยข้อมูลทั้งหมดได้รับการตรวจสอบและบันทึกอย่างเป็นระบบเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ต่อไป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายสภาพ

ปัญหาและลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การทดสอบค่าที่แบบจับคู่ (Paired t-test) เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบ และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยผลการวิเคราะห์ทั้งหมดถูกนำมาใช้เพื่อสรุปประสิทธิผลและแนวทางในการพัฒนารูปแบบให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

การนำไปใช้ประโยชน์

๑. รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางจัดระบบงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์อย่างเป็นขั้นตอน ทั้งในสถานบริการสาธารณสุข โรงเรียน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๒. หน่วยงานในพื้นที่สามารถนำรูปแบบไปใช้ในการวางแผนงาน/โครงการด้านสุขภาพวัยรุ่นประจำปีได้ โดยมีข้อมูลเชิงประจักษ์รองรับการตัดสินใจ

๓. สามารถนำรูปแบบไปขยายผลในอำเภออื่นของจังหวัดอุทัยธานี และสามารถประยุกต์ใช้เป็นต้นแบบให้กับเขตสุขภาพหรือจังหวัดอื่นได้

๔. ใช้เป็นเอกสารอ้างอิงประกอบการพัฒนานโยบายท้องถิ่น ด้านการดูแลสุขภาพวัยรุ่น โดยอ้างอิงข้อมูลสถานการณ์จริงและผลประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ

๕. สามารถใช้เป็นคู่มือการอบรมบุคลากรสาธารณสุข ครู แกนนำเยาวชน และเครือข่ายภาคี เพื่อให้มีมาตรฐานการดำเนินงานคล้ายคลึงกันและต่อเนื่อง

ผลกระทบ

๑. วัยรุ่นมีพฤติกรรมอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เหมาะสมเพิ่มขึ้น เช่น การใช้ถุงยางอนามัย การใช้บริการสุขภาพ และการเข้าร่วมกิจกรรมเสริมทักษะชีวิต

๒. พฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นลดลงอย่างเห็นได้ชัด เช่น การใช้สารเสพติด การดื่มสุรา และการมีเพศสัมพันธ์ไม่ปลอดภัย

๓. เกิดระบบเครือข่ายความร่วมมือในระดับอำเภอระหว่างโรงเรียน โรงพยาบาล รพ.สต. อปท. ครอบครัว และชุมชน ทำให้การดูแลวัยรุ่นเป็นระบบและยั่งยืน

๔. หน่วยงานในพื้นที่มีข้อมูลเชิงประจักษ์ในการตัดสินใจวางแผนงบประมาณและพัฒนาแผนยุทธศาสตร์สุขภาพวัยรุ่นในระยะยาว

๕. การดำเนินงานเชิงบูรณาการช่วยลดภาระของปัญหาสาธารณสุขในระยะยาว ทั้งด้านการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ปัญหาความรุนแรง และปัญหาการใช้สารเสพติดในชุมชน

๖. เกิดการตระหนักรู้และมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ครอบครัว และภาคีเครือข่าย ทำให้เกิดวัฒนธรรมการดูแลวัยรุ่นที่เข้มแข็งในพื้นที่

สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ) ร้อยละ ๙๐

กรณีที่เป็นผลงานร่วมกันของบุคคลหลายคน

รายชื่อผู้ขอประเมินและผู้ร่วม	สัดส่วนผลงาน	ระบุรายละเอียดของผลงานเฉพาะส่วนที่ผู้ขอประเมินปฏิบัติ
นายวรพจน์ ประทีป	ร้อยละ ๙๐	ออกแบบวิจัย เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล สรุปและอภิปรายผล
นางสาวสุนารี หอมจันทร์	ร้อยละ ๑๐	ร่วมออกแบบวิจัย และดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การเผยแพร่ (ถ้ามี)

- ☐ ผลงานแล้วเสร็จและเผยแพร่แล้ว ระบุแหล่งเผยแพร่.....
(โปรดแนบสำเนาวารสาร)
- ☐ ผลงานแล้วเสร็จแต่ยังไม่เผยแพร่
- ☒ ผลงานยังไม่แล้วเสร็จ

๔. ข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน

เรื่อง การพัฒนาแนวทางขับเคลื่อนนโยบาย “NCDs ดีได้ ด้วยกลไก อสม.” ผ่านระบบนับคาร์บในชุมชนต้นแบบ จังหวัดอุทัยธานี

หลักการและเหตุผล

ในปัจจุบัน โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases: NCDs) เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง เบาหวาน และโรคปอดเรื้อรัง เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตและภาระโรคในประชากรไทย โดยมีผู้เสียชีวิตจาก NCDs สูงถึงประมาณ ๔๐๐,๐๐๐ รายต่อปี หรือคิดเป็นร้อยละ ๗๔ ของการเสียชีวิตทั้งหมดในประเทศ (WHO, ๒๐๒๑) ในด้านเศรษฐกิจ NCDs ก่อให้เกิดภาระทางการเงินอย่างมหาศาลต่อระบบสุขภาพและสังคม โดยผลการวิเคราะห์ระบุว่า NCDs ส่งผลให้เกิดค่ารักษาพยาบาลและความสูญเสียทางผลิตภาพรวมกันถึงประมาณ ๑.๖ ล้านล้านบาทต่อปี คิดเป็นเกือบ ๑๐% ของ GDP ประเทศ นอกจากนี้ ข้อมูลสุขภาพประชากรล่าสุดจากการสำรวจของชาติ (NHES ครั้งที่ ๗) แสดงให้เห็นว่า ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยประชากรไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วนถึง ๔๕% หรือประมาณ ๒๗.๔ ล้านคน และมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงราว ๒๙.๕% (ประมาณ ๑๗.๕ ล้านคน) และผู้ป่วยเบาหวานราว ๑๐.๖% (หรือประมาณ ๖.๑ ล้านคน) (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๐๒๕) ที่น่าเป็นห่วงยิ่งกว่านั้นคือมีผู้ป่วยโรคความดันหรือเบาหวานจำนวนมากที่ “ไม่รู้ตัวว่าป่วย”

สภาพปัญหาเชิงพฤติกรรมควบคู่มากับภาวะ NCDs คือ พฤติกรรมบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะ “บริโภคคาร์โบไฮเดรตและพลังงานสูงเกินความจำเป็น” และภาวะน้ำหนักเกิน/อ้วน ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน โรคหัวใจ และโรคเมตาบอลิกต่าง ๆ อย่างมีนัยสำคัญ ประกอบกับวิถีชีวิตที่ใช้พลังงานน้อย เช่น กิจกรรมทางกายน้อย การบริโภคอาหารฟาสต์ฟู้ด อาหารจานด่วน และการบริโภคหวาน มัน เค็ม สูง นับเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ควรแก้ไขอย่างจริงจัง ในบริบทระดับนโยบาย ภาครัฐโดย Ministry of Public Health (สธ.) ได้ประกาศให้ “NCDs ดีได้ ด้วยกลไก อสม.” เป็นยุทธศาสตร์สำคัญภายใต้แผนปฏิบัติการควบคุม NCDs ๒๕๖๖-๒๕๗๐ เพื่อลดภาระโรคและลดความเสี่ยงต่อสุขภาพประชาชน (กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๘) อย่างไรก็ตาม การขับเคลื่อนเชิงปฏิบัติกลับประสบปัญหาในหลายด้าน เช่น ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างจริงจัง ครอบคลุม หรือไม่มีเครื่องมือที่เอื้อต่อการปรับพฤติกรรมในระยะยาว โดยเฉพาะในพื้นที่ระดับอำเภอ/ชุมชน เช่น จังหวัดอุทัยธานี ซึ่งแม้จะมีเครือข่าย อสม. และโครงสร้างบริการสุขภาพปฐมภูมิ แต่ยังคงขาด “ต้นแบบการปฏิบัติ” ที่ชัดเจนสำหรับการลดปัจจัยเสี่ยง NCDs ผ่านการปรับพฤติกรรมด้านโภชนาการ เช่น การควบคุมคาร์โบไฮเดรต และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน

ด้วยเหตุนี้ จึงมีความจำเป็นเร่งด่วนที่จะพัฒนาแนวทางขับเคลื่อนนโยบาย “NCDs ดีได้ ด้วยกลไก อสม.” ให้เป็นรูปธรรม ผ่านการสร้างชุมชนต้นแบบที่ใช้ระบบนับคาร์บ (carbohydrate counting) ควบคู่กับกลไก อสม. ในการให้ความรู้ ติดตาม และสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในจังหวัดอุทัยธานี โครงการนี้จึงมีจุดเริ่มต้นจากการสะสมข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับภาระ NCDs และปัจจัยเสี่ยงในระดับประเทศและพื้นที่ และมุ่งหวังที่จะสร้างกลไกที่ดำเนินได้จริงในบริบทท้องถิ่น เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายระดับชาติ และตอบโจทย์ความจำเป็นด้านสาธารณสุขของประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ

บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

เมื่อพิจารณาสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในบริบทจังหวัดอุทัยธานี จะพบว่าปัญหามีความซับซ้อนและเชื่อมโยงหลายมิติ ทั้งด้านพฤติกรรมสุขภาพ โครงสร้างสังคม ระบบบริการ และข้อจำกัดด้านความรู้ของประชาชน โดยจากข้อมูลการคัดกรองในระดับอำเภอพบแนวโน้มภาวะน้ำหนักเกิน เบาหวาน และความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง ซึ่งสะท้อนถึงความไม่สมดุลของพฤติกรรมโภชนาการ โดยเฉพาะ “การบริโภคคาร์โบไฮเดรตเกินความต้องการ” และความเข้าใจผิดเกี่ยวกับอาหารที่มีผลต่อน้ำตาลในเลือด ทั้งที่กลไกอสม.ในพื้นที่มีบทบาทในการให้สุขศึกษาอย่างต่อเนื่อง แต่ยังพบว่าอสม.หลายรายขาดความมั่นใจในการแนะนำเรื่องการนับคาร์บ อีกทั้งยังไม่มีเครื่องมือหรือสื่อสอนที่เป็นมาตรฐานเพียงพอ ส่งผลให้ข้อมูลที่ถ่ายทอดสู่ประชาชนมีความคลาดเคลื่อนหรือไม่สม่ำเสมอ

จากมุมมองปัญหาสาธารณสุข (Public Health Problem Analysis) พบว่า “ปัจจัยกำหนดด้านพฤติกรรม” (behavioral determinants) ยังเป็นสาเหตุสำคัญ ทั้งการบริโภคที่ไม่เหมาะสม การขาดทักษะอ่านฉลากโภชนาการ การไม่มีระบบเฝ้าระวังตนเอง และอิทธิพลของอาหารในชุมชน ขณะเดียวกัน “ปัจจัยกำหนดด้านสิ่งแวดล้อมและโครงสร้าง” (environmental/structural determinants) เช่น การมีร้านอาหารหวาน-มัน-แป้งจำนวนมาก ราคาเข้าถึงง่าย และกิจกรรมทางกายที่ลดลง ล้วนเป็นตัวเร่งปัญหาที่ทำให้การลดปัจจัยเสี่ยงทำได้ยาก ในด้านระบบบริการ พบ “ช่องว่างของการดูแลต่อเนื่อง” (continuity gap) ระหว่างการคัดกรอง การให้ความรู้ และการติดตามผล เนื่องจากข้อมูลจาก อสม. ยังไม่ถูกเชื่อมโยงเข้าระบบ Smart Health หรือฐานข้อมูลส่วนกลางอย่างเป็นระบบ การตัดสินใจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจึงอาศัยข้อมูลจำกัดและไม่สามารถใช้ข้อมูลชุมชนเพื่อวางแผนแก้ปัญหาเชิงรุกได้อย่างเต็มที่ นอกจากนี้ระบบสุขศึกษาในชุมชนยังเน้นการให้ข้อมูลทั่วไป แต่ขาด “ทักษะปฏิบัติจริง” เช่น การคำนวณคาร์บในมื้ออาหาร การเลือกอาหารตามหลักโภชนาบัญญัติ หรือการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเป็นเบาหวาน ทำให้ผลลัพธ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเกิดขึ้นเพียงช่วงสั้น ไม่ต่อเนื่อง

การวิเคราะห์โดยรวมชี้ให้เห็นว่า ปัญหา NCDs ในชุมชนไม่ใช่เพียงเรื่องพฤติกรรมของประชาชน แต่เป็น “ปัญหาเชิงระบบ” ที่ต้องพัฒนาเครื่องมือ มาตรฐานการสอน การบันทึกข้อมูล และกลไกสนับสนุนอสม. ควบคู่กับการสร้างความเข้าใจด้านโภชนาการให้ประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะการนับคาร์บ ซึ่งเป็นทักษะสำคัญในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานและโรคเมตาบอลิก การต่อยอดพลังของอสม. ให้เป็น “ครูสุขภาพเชิงพฤติกรรม” จึงเป็นแนวทางที่จะช่วยลดช่องว่างของระบบบริการ เพิ่มศักยภาพชุมชน และทำให้การควบคุม NCDs เกิดผลลัพธ์ที่ยั่งยืนมากขึ้นในพื้นที่จังหวัดอุทัยธานี

แนวความคิด

๑. ทฤษฎีการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของ Pender (Health Promotion Model) ทฤษฎีของ Pender อธิบายปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกและการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพ โดยพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากการรับรู้ผลลัพธ์ที่คาดหวัง ความเชื่อมั่นในความสามารถตนเอง และอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมทางสังคม ในงานครั้งนี้ ทฤษฎีดังกล่าวจะถูกนำมาใช้ในการออกแบบกิจกรรมเสริมแรงพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การนับคาร์บ การเลือกอาหาร การออกกำลังกาย รวมถึงการพัฒนาแบบสื่อสารสุขภาพสำหรับอสม. เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นในการให้คำแนะนำ และกระตุ้นให้ประชาชนเห็นประโยชน์ที่ชัดเจนจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่งผลให้มีการปฏิบัติที่ต่อเนื่องและยั่งยืนมากขึ้น

๒. ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ Bandura (Social Cognitive Theory) Bandura เน้นว่าพฤติกรรมเกิดจากการปฏิสัมพันธ์ของบุคคล สิ่งแวดล้อม และปัจจัยภายใน โดย “การสังเกตแบบอย่าง” (modeling) และ “การเสริมแรง” (reinforcement) เป็นกุญแจสำคัญ สำหรับการดำเนินงานในครั้งนี้ ทฤษฎีจะถูกใช้เพื่อเสริมบทบาทอสม.ให้เป็น “ต้นแบบพฤติกรรมสุขภาพ” ผ่านการเรียนรู้ร่วมกัน การสาธิตเมนู

สุขภาพ การนับคาร์บในสถานการณ์จริง และการให้ feedback รายบุคคล อสม. จะได้รับการเสริมแรงทางบวกจากเจ้าหน้าที่ เพื่อทำหน้าที่เป็นผู้นำด้านสุขภาพในชุมชน ทำให้ประชาชนเกิดแรงจูงใจที่เกิดจากการสังเกตและพร้อมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทิศทางที่ดีขึ้น

๓. แนวคิดการแพทย์เชิงวิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) แนวคิด Lifestyle Medicine มุ่งเน้นการจัดการพฤติกรรมสุขภาพที่ต้นเหตุ ทั้งด้านโภชนาการ กิจกรรมทางกาย ความเครียด การพักผ่อน และการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม โดยมองว่าโรค NCDs สามารถป้องกันและควบคุมได้ด้วยการปรับพฤติกรรมเป็นหลัก แนวคิดนี้จะถูกนำมาใช้เป็นกรอบกำหนดกิจกรรมหลัก เช่น การสอนนับคาร์บ การออกแบบเมนูทางเลือก การจัดกิจกรรมออกกำลังกายเหมาะสมกลุ่มเสี่ยง และการติดตามผลแบบต่อเนื่อง เพื่อให้ประชาชนเกิดความเข้าใจเชิงลึกและสามารถนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน ลดความเสี่ยงโรค NCDs อย่างแท้จริง

๔. แนวคิดการพัฒนาสุขภาพชุมชนแบบมีส่วนร่วม (Community-based Health Approach) แนวคิดนี้เน้นความร่วมมือของชุมชนในการแก้ปัญหาสุขภาพ โดยให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของประชาชน ผู้นำชุมชน องค์กรท้องถิ่น และ อสม. การดำเนินงานครั้งนี้จะใช้แนวคิดดังกล่าวในการออกแบบระบบสนับสนุนอสม. การทำงานแบบกลุ่มย่อยในชุมชน การระดมความคิดเห็นเพื่อวิเคราะห์ปัญหา NCDs และการกำหนดแนวทางปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกัน นอกจากนี้ยังเอื้อต่อการสร้างมาตรการชุมชน เช่น การจัดพื้นที่อาหารสุขภาพ ร้านค้าลดหวานมันเค็ม และกลไกติดตามผลจากชุมชนเอง ช่วยให้การควบคุมปัจจัยเสี่ยงเกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนในระดับพื้นที่

ข้อเสนอ

การเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในจังหวัดอุทัยธานีสะท้อนถึงปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่ยังไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะพฤติกรรมบริโภคคาร์โบไฮเดรตเกินความจำเป็นซึ่งสัมพันธ์โดยตรงกับภาวะน้ำหนักเกิน เบาหวาน และความดันโลหิตสูง แม้จังหวัดมีเครือข่ายอสม. ที่เข้มแข็ง แต่ยังขาดแนวทางการทำงานที่เป็นมาตรฐาน รวมถึงเครื่องมือสนับสนุนในการสอนนับคาร์บและติดตามพฤติกรรมของประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ จึงมีความจำเป็นในการพัฒนาแนวทางขับเคลื่อนนโยบาย “NCDs ดีได้ ด้วยกลไก อสม.” ที่สามารถนำไปใช้ในพื้นที่ต้นแบบและขยายผลสู่ระดับจังหวัดได้ในอนาคต

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนาแนวทางการดำเนินงานของ อสม. ด้านการสอนนับคาร์บและการลดปัจจัยเสี่ยง NCDs ในระดับชุมชน

๒. เพื่อเสริมศักยภาพ อสม. ให้สามารถให้คำแนะนำด้านโภชนาการและพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างถูกต้อง

๓. เพื่อพัฒนาระบบติดตามพฤติกรรมและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ต้นแบบ เป้าหมาย

๑. อสม. ในพื้นที่ต้นแบบได้รับการพัฒนาศักยภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐

๒. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับการสอนนับคาร์บและคัดกรองความเสี่ยงไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐

๓. ชุมชนเกิดระบบติดตามพฤติกรรมและผลสุขภาพที่นำไปใช้วางแผนได้จริง

วิธีดำเนินการ

๑) ขั้นตอนเตรียมการ

๑.๑ สำรวจสถานการณ์ด้านพฤติกรรมบริโภคและภาระโรค NCDs ของชุมชนต้นแบบ

๑.๒ จัดทำเครื่องมือ ได้แก่ คู่มือสอนนับคาร์บ สื่อภาพ เมนูตัวอย่าง แบบบันทึก และแบบประเมิน

๑.๓ ประชุมชี้แจงผู้นำชุมชนและประสานความร่วมมือกับหน่วยงานท้องถิ่น

๑.๔ อบรม อสม. ด้านทักษะนับคาร์บ การสื่อสารสุขภาพ และการติดตามผลลัพธ์

๒) ขั้นตอนดำเนินการ

๒.๑ อสม. ดำเนินการเยี่ยมบ้าน ให้ความรู้ และสอนนับคาร์บให้ประชาชนรายบุคคล

๒.๒ ดำเนินกิจกรรมกลุ่มย่อย เช่น สอนทำอาหารลดคาร์บ เวิร์กช็อปอ่านฉลากอาหาร และกิจกรรมออกกำลังกาย

๒.๓ บันทึกข้อมูลด้านพฤติกรรม น้ำหนัก รอบเอว และพฤติกรรมโภชนาการลงระบบติดตาม

๒.๔ จัดประชุมติดตามผลทุกเดือนเพื่อแก้ไขปัญหาและเสริมแรงพฤติกรรม

๓) ขึ้นประเมินผล

๓.๑ เก็บข้อมูลก่อน-หลังดำเนินโครงการทั้งระดับ อสม. และประชาชน

๓.๒ ประเมินความรู้ ทักษะ และความเชื่อมั่นของอสม.

๓.๓ ประเมินพฤติกรรม การเลือกรับประทานอาหาร และตัวชี้วัดสุขภาพของประชาชน

การประเมินผล

๑. จำนวน อสม. ที่ผ่านการอบรมการนับคาร์บและทักษะสื่อสารสุขภาพ คิดเป็นร้อยละของ อสม. ทั้งหมดในพื้นที่

๒. จำนวนประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการสอนนับคาร์บและคัดกรองความเสี่ยง NCDs คิดเป็นร้อยละของกลุ่มเป้าหมาย

๓. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบริโภคคาร์โบไฮเดรตของประชาชน โดยวัดจากแบบประเมินก่อนและหลังโครงการ

๔. ค่าเฉลี่ยน้ำหนัก รอบเอว และตัวชี้วัดสุขภาพอื่น ๆ ก่อน-หลังการดำเนินโครงการ

๕. ความครอบคลุมของข้อมูลที่ อสม. บันทึกเข้าสู่ระบบติดตาม (เช่น อัตราการส่งข้อมูลครบถ้วน ร้อยละของข้อมูลผิดพลาด)

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๑. ประชาชนบางกลุ่มมีข้อจำกัดด้านความเข้าใจเรื่องคาร์บ แนวทางการแก้ไขคือ ใช้สื่อภาพ/อินโฟกราฟิก และการสอนแบบสาธิต

๒. อสม. มีภาระงานจำนวนมาก แนวทางการแก้ไขคือ จัดระบบแบ่งพื้นที่รับผิดชอบและเพิ่มการสนับสนุนผ่าน Smart อสม.

๓. ความต่อเนื่องของพฤติกรรมสุขภาพอาจลดลง แนวทางการแก้ไขคือ พัฒนา “เพื่อนช่วยเพื่อนสุขภาพดี” และกลุ่ม Line Coaching

๔. ข้อมูลอาจไม่ครบถ้วน แนวทางการแก้ไขคือ พัฒนาระบบตรวจสอบความถูกต้องก่อนส่งข้อมูลเข้าระบบ

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. อสม. มีศักยภาพในการสอนนับคาร์บและคัดกรอง NCDs อย่างเป็นมาตรฐาน

๒. ประชาชนมีพฤติกรรมบริโภคคาร์บลดลงและเลือกอาหารที่เหมาะสมมากขึ้น

๓. ระดับน้ำหนัก รอบเอว และค่าความเสี่ยง NCDs ของกลุ่มเสี่ยงดีขึ้น

๔. มีระบบข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายของจังหวัด

๕. เกิดชุมชนต้นแบบด้านการจัดการ NCDs ที่สามารถขยายผลสู่พื้นที่อื่น

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๗. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๗.๑ เชิงปริมาณ

๑. อสม. ผ่านการอบรมเพิ่มศักยภาพ $\geq 90\%$

๒. ประชาชนได้รับการสอนนับคาร์บ $\geq 90\%$ ของกลุ่มเป้าหมาย

๓. ประชาชนได้รับการคัดกรอง NCDs $\geq ๘๐\%$
๔. ร้อยละของประชาชนที่ลดปริมาณคาร์บอนอย่างน้อย ๒๐% $\geq ๕๐\%$
๕. ระบบข้อมูลบันทึกครบถ้วน $\geq ๙๐\%$

๗.๒ เชิงคุณภาพ

๑. อสม. สามารถให้คำแนะนำได้อย่างมั่นใจและถูกต้อง
๒. ประชาชนมีทัศนคติที่ดีขึ้นต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
๓. ชุมชนมีการมีส่วนร่วมและเกิดมาตรการด้านอาหาร/สุขภาพที่ยั่งยืน
๔. เกิดความพึงพอใจต่อกระบวนการดำเนินงานในระดับ “ดีมาก”

การรับรองผลงาน

๑. คำรับรองของผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ขอรับรองว่าสัดส่วนผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการ

ผลงานลำดับที่ ๑ เรื่อง การพัฒนาโปรแกรม ‘อสม. พานั้บคาร์บ’ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน อำเภอหนองขาหย่าง จังหวัดอุทัยธานี

(ลงชื่อ) สุนารี หอมจันทร์
(นางสาวสุนารี หอมจันทร์)
(ตำแหน่ง) นักสาธารณสุขปฏิบัติการ
(วันที่) ๑๗ / ธันวาคม / ๒๕๖๘

ผลงานลำดับที่ ๒ เรื่อง "การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมอนามัยการเจริญพันธุ์และลดพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นและเยาวชน อำเภอหนองขาหย่าง จังหวัดอุทัยธานี"

(ลงชื่อ) สุนารี หอมจันทร์
(นางสาวสุนารี หอมจันทร์)
(ตำแหน่ง) นักสาธารณสุขปฏิบัติการ
(วันที่) ๑๗ / ธันวาคม / ๒๕๖๘

(ลงชื่อ)
(.....)
(ตำแหน่ง)
(วันที่) / ธันวาคม / ๒๕๖๘