

๓. ผลงานที่จะส่งประเมิน

ให้ส่งผลงานวิชาการ/งานวิจัย รวมทั้งผลงานอื่น ๆ เพิ่มเติมตามเกณฑ์ของแต่ละสาขากำหนด (ตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๘.๐๘/ว ๖๕๐๖ ลงวันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๗)

(ผลงานวิชาการ/งานวิจัย ให้ส่งตามจำนวนตามเกณฑ์ของแต่ละสาขากำหนด โดยให้เรียงตามความดีเด่นหรือความสำคัญ โดยอย่างน้อย ๑ เรื่อง ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

ผลงานลำดับที่ ๑

เรื่อง รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน จังหวัดนครสวรรค์

ปี พ.ศ. ที่ดำเนินการ พ.ศ. ๒๕๖๘

เค้าโครงเรื่องย่อ (สรุปเฉพาะสาระสำคัญ)

ที่มาและความสำคัญ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable diseases: NCDs) คือ กลุ่มโรคที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อ ไม่ได้เกิดจากเชื้อโรค ไม่สามารถติดต่อได้ผ่านการสัมผัส คลุกคลี หรือ ติดต่อกันผ่านตัวนำโรค (พาหะ) หรือสารคัดหลั่งต่าง ๆ หากแต่เกิดจากปัจจัยต่าง ๆ ภายในร่างกาย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผลจากรูปแบบวิถีการใช้ชีวิตที่มีพฤติกรรมเสี่ยงอย่าง เหล้า บุหรี่ ขาดการออกกำลังกาย อาหารหวานมันเค็มจัด และมีความเครียด โรคไม่ติดต่อเรื้อรังมักจะค่อย ๆ มีอาการและรุนแรงขึ้นทีละน้อยหากไม่ได้รับการรักษาควบคุม ซึ่งโรคในกลุ่มโรค NCDs ที่มีอัตราผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตสูงสุด 6 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ (Cardiovascular & Cerebrovascular Diseases) โรคถุงลมโป่งพอง (Emphysema) โรคมะเร็ง (Cancer) โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) และโรคอ้วนลงพุง (Obesity) (กลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2567))

โรคเบาหวาน เป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสำคัญที่องค์การสหประชาชาติประกาศให้เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่ทุกประเทศทั่วโลกต้องร่วมมือดำเนินการควบคุมอย่างเข้มงวด คาดการณ์ว่าความชุกของโรคเบาหวานจะเพิ่มสูงขึ้นถึง 5.3 ล้านคนภายในปี พ.ศ.2583 ซึ่งโรคเบาหวานที่ดูแลรักษาได้ไม่ดีอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลเสียต่อร่างกาย เช่น โรคไต และการถูกตัดเท้าหรือขา ข้อมูลผลการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย พบความชุกของโรคเบาหวานอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป จากร้อยละ 6.9 ในปี 2565 เพิ่มขึ้นร้อยละ 8.8 ในปี 2566 โดยผู้หญิงเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 9.8 ขณะที่ผู้ชายเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 7.8 และกลุ่มอายุ 60-69 ปี มีความชุกของโรคเบาหวานสูงที่สุด (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2567) สำหรับโรคความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และเป็นปัญหาที่กำลังมีความรุนแรงมากขึ้นทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้ว และประเทศเศรษฐกิจเกิดใหม่ ผู้ป่วยจำนวนมากเป็นโรคนี้โดยที่ไม่รู้ตัวมาก่อน ว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง หากไม่ได้รับการดูแลรักษาจะทำให้เพิ่มความเสี่ยงของกล้ามเนื้อหัวใจตายเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า และความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็นสี่เท่า เป็นสาเหตุการตายทั่วโลก สูงถึง 7.5 ล้านคน หรือร้อยละ 12.8 โดยสาเหตุส่วนใหญ่ของโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงมาจากปัจจัยการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป เช่น การมีกิจกรรมทางกายน้อย การบริโภคอาหารที่มีส่วนประกอบของเกลือและไขมันสูง การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ ซึ่งนำมาสู่การะโรคที่เพิ่มขึ้น จากรายงานองค์การอนามัยโลกจะมีผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อประมาณ 36 ล้านคน (ร้อยละ 63) โดยประมาณร้อยละ 44 เสียชีวิต ก่อนอายุ 70 ปี สำหรับประเทศไทยถึงแม้จะมีแผนงานที่ดำเนินการเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ คือ โรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง, โรคหัวใจ, โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง แต่การจัดการโรคโรคไม่ติดต้อยังไม่ได้ผลเท่าที่ควร มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เปรียบเทียบปี พ.ศ. 2564 – 2567 เท่ากับร้อยละ 22.47, 23.45, 26.71 และ 27.73 ตามลำดับ

จากการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อของจังหวัดนครสวรรค์ ได้มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคมาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจากเดิมจังหวัดนครสวรรค์นำรูปแบบการดำเนินงานตามการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic care model : CCM) มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แต่ยังคงพบว่าแนวโน้มสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังเป็นปัญหาของจังหวัด โดยเฉพาะโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ผลจากการคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ปี 2565-2567 พบกลุ่มเสี่ยงด้วยโรคเบาหวาน 34,813 คน, 29,395 คน, 25,568 คน ตามลำดับ กลุ่มเสี่ยงด้วยโรคความดันโลหิตสูง 5,708 คน, 5,526 คน, 5,986 คน ตามลำดับ โดยที่กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานมีจำนวน 63,144 คน, 66,609 คน, 69,151 คน ตามลำดับ กลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 152,490 คน, 156,860 คน, 160,998 คน ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์, 2565-2567) จากการนิเทศติดตามการดำเนินงานส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่อยู่บ้าน ขาดทักษะในการอ่านออกเขียนได้ พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนพบว่ายังมีความชุกของการสูบบุหรี่เป็นประจำ ร้อยละ 16.0 สัดส่วนของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ร้อยละ 19.2 การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอมีมากในผู้สูงอายุถึง ร้อยละ 31.3 พฤติกรรมการรับประทานพบว่ายังติดการรับประทานหวาน เค็ม รสจัด และร้อยละ 25.9 รับประทานยาแก้ปวดทุกวัน จากปัญหาข้างต้นแสดงให้เห็นว่าประชาชนยังมีความรู้ไม่เพียงพอในการจัดการตนเองเกี่ยวกับสุขภาพและขาดการเข้าถึงข้อมูลโรคและสุขภาพโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ

ตามที่รัฐบาลได้นำการสาธารณสุขมูลฐานมาเป็นกลวิธีหลัก และกำหนดเป็นนโยบายสำคัญในการพัฒนาสาธารณสุขของประเทศ บนหลักการสนับสนุนให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพตนเองและเพื่อนบ้าน ในรูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. เพื่อเป็นแกนนำด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนในหมู่บ้าน ชุมชน มาเป็นระยะเวลามากกว่า 30 ปี ด้วยมุ่งหวังให้ประชาชนสามารถแสดงบทบาทในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว ชุมชน สภาพแวดล้อมและสังคมโดยรวมได้อย่างยั่งยืน ด้วยความตั้งใจ เต็มใจ มีจิตสำนึก และศรัทธาในการพัฒนาอันเป็นการแสดงให้เห็นถึงรูปธรรมการสร้างเสริมสุขภาพอย่างยั่งยืนที่แท้จริง กระทรวงสาธารณสุขได้มีการพัฒนาศักยภาพ อสม. อย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด ทั้งภาวะวิกฤติและภาวะปกติ ในหลากหลายรูปแบบที่เหมาะสมกับสถานการณ์และบริบทของพื้นที่ กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินนโยบายการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้วยการดำเนินการอบรมฟื้นฟูความรู้ อสม. โดยมุ่งหวังว่าหาก อสม. ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เป็นกลไกหลักสำหรับสร้างสังคมใหม่ที่มีคุณภาพ โดยเฉพาะในด้านการคัดกรองโรคไม่ติดต่อในชุมชน เนื่องจากปัจจุบันโรคไม่ติดต่อเป็นปัญหาสำคัญระดับโลก ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนและการพัฒนาประเทศ

ที่ผ่านมาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดนครสวรรค์ ในด้านการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน เป็นรูปแบบเชิงรับมากกว่าเชิงรุก ส่วนใหญ่เป็นการปฏิบัติหน้าที่ตามการมอบหมายของเจ้าที่สาธารณสุข จากการนิเทศการปฏิบัติหน้าที่ของ อสม. ตามสมรรถนะหลัก พบว่า ส่วนใหญ่ขาดความเป็นผู้นำในงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ขาดความมั่นใจในการแนะนำและส่งเสริมความรู้ให้กับประชาชน ส่งผลให้ประชาชนขาดความเชื่อถือในการให้บริการ และไม่ยอมรับ สาเหตุเกิดจาก อสม. ยังขาดทักษะ ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการป้องกัน ควบคุม และการคัดกรองเฝ้าระวังโรค นอกจากนี้การทำงาน ขาดการบันทึกที่ถูกต้อง และขาดหลักฐานการทำงาน การสื่อสารสารสนเทศยังไม่มีประสิทธิภาพ

ผู้วิจัยซึ่งมีบทบาทในการส่งเสริม และพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้สามารถดูแล และมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของประชาชนในชุมชน ด้วยการเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพ ให้บริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานและเชื่อมประสานระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ในชุมชน เพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ จึงมีนโยบายที่จะพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน (ความดันโลหิตสูง-เบาหวาน) ของ อสม. ตลอดจนพัฒนาระบบการเฝ้าระวัง และดูแลผู้ป่วยด้วยโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในชุมชน โดยมีเป้าหมายที่จะพัฒนาสมรรถนะ อสม. ในทุกหมู่บ้านให้เป็นผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญในเรื่องที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในชุมชน เพื่อนำไปถ่ายทอดความรู้ ให้บริการ และประสานงานกับชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังควบคุม ป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน จังหวัดนครสวรรค์
2. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวัง ควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน จังหวัดนครสวรรค์

วิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนา สมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน โดยมีการ ดำเนินการวิจัย 2 ระยะ คือ 1) พัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้า ระวังควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน 2) ประเมินผลการพัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน

ระยะที่ 1 พัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้า ระวังควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน จังหวัดนครสวรรค์ ประกอบด้วย

1. การวิเคราะห์สถานการณ์การเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน (โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง) รายละเอียดวิธีการศึกษา โดยการสนทนากลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกัน โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน ได้แก่ ทีมสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ตัวแทนหน่วย บริการสาธารณสุขอำเภอละ 1 คน จำนวน 15 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตัวแทนอำเภอละ 1 คน จำนวน 15 คน เกณฑ์การคัดเลือก คือ มีประสบการณ์ในการดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อย่างน้อย 3 ปี ขึ้นไป และสามารถเข้าร่วมสนทนากลุ่มได้ตามระยะเวลาที่กำหนด เกณฑ์การคัดออก คือ กลุ่ม ตัวอย่างย้ายออกจากพื้นที่การวิจัย และ ไม่สามารถปฏิบัติงานหรือเข้าร่วมวิจัยในพื้นที่ได้ ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่มกึ่งมีโครงสร้าง (Semi structure focus group discussion guideline) ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิด เกี่ยวกับ 1) การดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ผ่านมา 2) ความสำเร็จจากการดำเนินงาน ป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง 3) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวานและโรค ความดันโลหิตสูง 4) ข้อเสนอแนะการพัฒนาสมรรถนะ วิเคราะห์ข้อมูลโดยข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม มาทำการ ถอดเทปแบบคำต่อคำ แล้วนำมาวิเคราะห์แบบการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) แล้วจึงทดสอบความ ถูกต้องโดยให้สมาชิกที่ทำการศึกษาสัมภาษณ์พิจารณาความถูกต้องหลังจากที่ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูล (member checking)

2. การศึกษาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รายละเอียดวิธีการศึกษา โดยศึกษา สมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงใน ชุมชน กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม ของจังหวัดนครสวรรค์ คำนวณจำนวนตัวอย่างจากโปรแกรมสำเร็จรูป G*program โดยกำหนด Effect size เท่ากับ 0.50 อำนาจการทดสอบ (Power analysis-1- β) เท่ากับ 0.80 กำหนดค่านัยสำคัญ ทางสถิติ (Level of significant- α) เท่ากับ 0.05 ได้จำนวน 72 คน เกณฑ์การคัดเลือก คือ มีประสบการณ์ในการ ดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อย่างน้อย 3 ปี ขึ้นไป เกณฑ์การคัดออก คือ กลุ่มตัวอย่าง ย้ายออกจากพื้นที่การวิจัย และ ไม่สามารถปฏิบัติงานหรือเข้าร่วมวิจัยในพื้นที่ได้ ผู้วิจัยใช้แบบวัดความรู้ เรื่อง โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ ถูก กับไม่ถูก แบบประเมินสมรรถนะ ประกอบด้วย 1. ด้านการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 2. ด้านการส่งเสริม Health Literacy เรื่องโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง ครอบครัว ชุมชน 3. ด้านการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในชุมชน 4. ด้านการจัดกิจกรรมรณรงค์สุขภาพในชุมชน 5. ด้านการติดตามเยี่ยมในชุมชน ด้านละ 5 ข้อ รวมจำนวน 25 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบ Rating Scale 5 สเกล ผู้วิจัยนำแบบสอบถามตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการ หาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 2 ท่าน นักวิชาการสาธารณสุข 1 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Index of item Objective Congruence: IOC) ได้ 0.80 – 0.85 แล้วจึงนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) กับกลุ่มตัวอย่าง ที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 30 คน และวิเคราะห์ค่าเชื่อมั่นโดยใช้ สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.70 – 0.80 วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

3. พัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังควบคุม ป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน ผู้วิจัยใช้วิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการกับ อสม.จำนวน 30 คน ซึ่งเป็นกลุ่มเดียวกับขั้นตอนที่ 1 กระบวนการพัฒนาสมรรถนะ ประกอบด้วย วิธีการให้ความรู้โดยการบรรยาย สาธิตและสาธิตย้อนกลับ การฝึกทักษะจากการปฏิบัติจริง การสะท้อนคิดถึงการปฏิบัติงานและปรับปรุงขั้นตอนการทำงาน มีระยะเวลาในการประชุม 6 ชั่วโมง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แผนการสอน แบบบันทึกรายงานการประชุม การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เจาะลึก และการสังเกตพฤติกรรม ข้อมูลที่ได้ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลแล้ว จะนำมาแยกเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นปัญหา จากนั้นทำการตีความหมายของข้อมูลที่ได้ตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล (Content Analysis)

4. นำรูปแบบการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน โดย อสม. เป็นผู้ใช้ในพื้นที่ รายละเอียดวิธีการศึกษา ดังนี้

1. ผู้วิจัยชี้แจงรูปแบบการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนให้กับ อสม. ซึ่งเป็นกลุ่มเดียวกับกลุ่มที่รับการพัฒนาสมรรถนะ

2. กลุ่มตัวอย่างดำเนินการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน โดยเริ่มจากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดย smart อสม ดำเนินการส่งเสริม Health Literacy เรื่องโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง ครอบครัว ชุมชนแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในชุมชน ผ่าน Application line ร่วมจัดกิจกรรมรณรงค์สุขภาพในชุมชน ติดตามเยี่ยมในชุมชน

3. ทีมวิจัยติดตามเยี่ยม และสนับสนุนการนำรูปแบบไปใช้ในแต่ละอำเภอที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง 1 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน 2 ครั้ง จากนั้นกลุ่มตัวอย่างนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการนำรูปแบบไปใช้ ปัญหาอุปสรรค เพื่อนำมาปรับปรุงตามวงจรของการพัฒนา เครื่องมือในการศึกษาเป็นแบบสังเกตการณ์

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นข้อมูลที่ได้จากการสังเกตการปฏิบัติตามรูปแบบ ข้อมูลที่ได้นำมาสรุปเนื้อหาของข้อมูล (Content Analysis)

ระยะที่ 2 ประเมินผลการพัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน

1. การประเมินผลการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังควบคุม ป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน ขั้นตอนนี้เป็นการประเมินสมรรถนะรายบุคคลโดยใช้วิธีการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ชนิดการศึกษาภาคตัดขวาง (Cross sectional study) ใช้กลุ่มตัวอย่างเดียวกับระยะที่ 1 ผู้วิจัยใช้แบบวัดความรู้ เรื่องโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ ถูกกับไม่ถูก แบบประเมินสมรรถนะ ประกอบด้วย 1. ด้านการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 2. ด้านการส่งเสริม Health Literacy เรื่องโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง ครอบครัว ชุมชน 3. ด้านการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในชุมชน 4. ด้านการจัดกิจกรรมรณรงค์สุขภาพในชุมชน 5. ด้านการติดตามเยี่ยมในชุมชน ด้านละ 5 ข้อ รวมจำนวน 25 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบ Rating Scale 5 สเกล ผู้วิจัยนำแบบสอบถามตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 2 ท่าน นักวิชาการสาธารณสุข 1 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Index of item Objective Congruence: IOC) ได้ 0.80 – 0.85 แล้วจึงนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) กับกลุ่มตัวอย่าง ที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่ม

ตัวอย่างการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 30 คน และวิเคราะห์ค่าเชื่อมั่นโดยใช้ สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.70 – 0.80 วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

2. การประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน ขั้นตอนนี้เป็น การประเมินหลังจากการนำรูปแบบการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนไปใช้ ในประเด็นเนื้อหา การนำไปใช้ประโยชน์ เหมาะสม สามารถนำไปใช้ได้จริง กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. จำนวน 30 คน เป็นกลุ่มเดียวกับกลุ่มที่ได้รับการประเมินสมรรถนะ เป็นกลุ่มที่ได้รับการพัฒนาสมรรถนะและนำรูปแบบการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชนไปใช้ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เป็นแบบสอบถามความคิดเห็นต่อการใช้รูปแบบการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน เครื่องมือในการศึกษามี 2 ด้าน ประกอบด้วย ด้านเนื้อหา การนำไปใช้ประโยชน์ ประยุกต์จากการศึกษาของ มาโนช ดีพิการย์ (2567) จำนวน 6 ข้อคำถาม แบบสอบถามเป็นแบบ Rating Scale 5 สเกล คือ 5 หมายถึง มากที่สุด 4 หมายถึงมาก 3 หมายถึงปานกลาง 2 หมายถึงน้อย และ 1 หมายถึงน้อยที่สุด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

3. การประเมินผลลัพธ์การเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน ขั้นตอนนี้เป็น การประเมินผลลัพธ์การเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชนหลังการใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนอำเภอบรรพตพิสัย, อำเภอพยุหะคีรี, อำเภอตาคลี, อำเภอเก้าเลี้ยว และอำเภอเมืองนครสวรรค์ เป็นอำเภอที่ถูกคัดเลือกโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย ผู้วิจัยใช้แบบบันทึกรายงานผลลัพธ์การเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน ประกอบด้วย ร้อยละความครอบคลุมการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ระดับความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของประชาชน ระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือด วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของ ระดับความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของประชาชน ระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือดโดยใช้สถิติทดสอบ Paired t-test

ผลการศึกษา

1. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์การเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน (โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง) การดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ผ่านมา พบว่า มีการถ่ายทอดนโยบายจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสาธารณสุขอำเภอทุกปี ข้อมูลกลุ่มเสี่ยงเปลี่ยนแปลงทุกปี เนื่องจากการย้ายถิ่นฐาน การสื่อสารจาก รพ.สต. กับโรงพยาบาลชุมชน ใช้ใบนำทาง ส่วน อสม. จะบันทึกและส่งข้อมูลให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจึงยังมีความล่าช้า ระบบและกระบวนการบริการหลายพื้นที่ทำเช่นเดียวกัน โดยจะเริ่มจากการคัดกรองเป็นกลุ่มปกติ กลุ่มป่วย กลุ่มสงสัยป่วย และกลุ่มเสี่ยง และถ้าทราบความผิดปกติของผลเลือดจะให้คำแนะนำโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. มีเอกสารแจกให้กับประชาชน บางพื้นที่ใช้กระบวนการปิงปองเจ็ดสี และโรงพยาบาลร่วมมือกับ รพ.สต. มีแพทย์มาตรวจให้สัปดาห์ละครั้งในรายที่ไม่สามารถมาโรงพยาบาลได้ ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง การสนับสนุนการจัดการตนเองในพื้นที่ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ส่วนใหญ่มีการประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าว แจกแผ่นพับให้ความรู้หลังจากการเจาะเลือด ประชาชนยังไม่ตระหนัก และเห็นความสำคัญ ยังไม่ค่อยให้ความร่วมมือ ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ ส่วนใหญ่จะตัดสินใจในการดูแลตนเอง เพราะเห็นตัวอย่างบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย เกิดความกลัว จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน ยังพบปัญหาการสื่อสารระหว่างโรงพยาบาลกับ รพ.สต. ในกลุ่มที่ย้ายสถานที่การรักษา ขาดนัด ทุกพื้นที่มีการติดตามโดย อสม.ถ้าขาดนัดความสำเร็จจากการดำเนินงาน พบว่า ทุกพื้นที่มีความสำเร็จในด้านการคัดกรองผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งสามารถแยกกลุ่มป่วย กลุ่มเสี่ยงได้อย่างชัดเจน แรกๆ เหมือนจะสำเร็จ แต่พอผ่านไปสักปี 2 ปี กลุ่มเสี่ยงเปลี่ยนเป็นกลุ่มป่วย เจ้าหน้าที่จึงต้องคิดหากระบวนการเพื่อให้เกิดความสำเร็จในการดำเนินงานบ่อยๆ เช่น แรงจูงใจ การเสริมรางวัลถ้าสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ปัญหาและอุปสรรค ที่สำคัญของทุกพื้นที่ คือ ขาดความเชื่อมโยงของข้อมูล การให้

ความรู้กับประชาชน ส่วนใหญ่เป็น อสม. แต่ประชาชนส่วนหนึ่งไม่เชื่อถือ ขาดอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ ขาดอุปกรณ์ อุปกรณ์ชำรุด วิถีชีวิตประชาชนส่วนใหญ่ที่ต้องอาศัยร้านค้าที่ประกอบอาหาร เพราะไม่มีเวลาประกอบอาหารเองได้ ข้อเสนอแนะจากการวิเคราะห์และร่วมกันหาแนวทางแก้ไข ควรมีการกำหนดรูปแบบทั้งการพัฒนาสมรรถนะ อสม. ที่เป็นแกนนำด้านสุขภาพ ควบคู่กับพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน

2. รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย การพัฒนาสมรรถนะ 6 ด้าน 1) ด้านความรู้ เรื่องโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 2) ด้านการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 3) ด้านการส่งเสริม Health Literacy เรื่องโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง ครอบครัว ชุมชน 4) ด้านการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในชุมชนผ่าน Application line 5) ด้านการจัดกิจกรรมรณรงค์สุขภาพในชุมชน 6. ด้านการติดตามเยี่ยมในชุมชน

3. ผลการใช้รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง สมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน 6 ด้าน หลังการใช้รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผลจาก อสม. ได้รับการพัฒนาสมรรถนะและใช้รูปแบบการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน ระดับความรู้สุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.ของประชาชนหลังใช้รูปแบบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผลลัพธ์ทางคลินิกมีการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ความดันโลหิต ดีขึ้น แตกต่างหลังจากใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. ด้านองค์กร เนื่องจากผลของการใช้ใช้รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนที่พัฒนาขึ้นนี้ อสม. ได้ใช้ศักยภาพที่มีมากขึ้น เกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วยควรขยายผลการปฏิบัติงานของอสม.ในการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่อื่นๆ ทั้งในจังหวัดนครสวรรค์ และเขตสุขภาพที่ 3 และเขตสุขภาพอื่นๆ

2. ด้านผู้ป่วย ในการแก้ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเป็นกลุ่มโรคที่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรม การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสม เป็นโรคเกี่ยวกับวิถีชีวิตประจำวันของคน ดังนั้นการแก้ปัญหาที่ยั่งยืน คือ การพัฒนาศักยภาพของตัวกลุ่มเสี่ยงให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ กำหนดกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชนเอง เพื่อให้สอดคล้องวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชน รวมทั้งส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมทุกกิจกรรม เพื่อเป็นการยืนยันข้อมูลในพื้นที่ที่ศึกษา

สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ).....

กรณีที่เป็นผลงานร่วมกันของบุคคลหลายคน

รายชื่อผู้ขอประเมินและผู้ร่วม	สัดส่วนผลงาน	ระบุรายละเอียดของผลงานที่ดำเนินการ (ผู้ขอประเมินและผู้ร่วม)
นายอนิรุทธ จันทพาส	๘๐%	เตรียมการ/วิเคราะห์เนื้อหา/ศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง/กำหนดกรอบแนวคิด/ออกแบบวิธีวิจัย/ดำเนินการวิจัย/จัดเก็บข้อมูล/วิเคราะห์ข้อมูลแปลผล/นำเสนอสรุปผลการวิจัย
นางสาวรจนา ศรีเล็ก	๑๐%	ดำเนินการวิจัย และจัดเก็บข้อมูล
ดร.กฤษฎา เหล็กเพชร	๕%	ออกแบบวิธีวิจัย และวิเคราะห์ข้อมูล
รศ.ดร.ดวงใจ พุทธเชม	๕%	ออกแบบวิธีวิจัย และให้คำแนะนำ

การเผยแพร่ (ถ้ามี)

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

ผลงานลำดับที่ ๒

เรื่อง การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์

ปี พ.ศ. ที่ดำเนินการ พ.ศ. ๒๕๖๘

เค้าโครงเรื่องย่อ (สรุปเฉพาะสาระสำคัญ)

ที่มาและความสำคัญ

อุบัติเหตุทางถนนเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขและสังคมที่สร้างความสูญเสียทั้งชีวิตและทรัพย์สินอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะประเทศไทยซึ่งมีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในระดับสูง ติดอันดับต้นของโลก สาเหตุของอุบัติเหตุมีความหลากหลายทั้งจากพฤติกรรมผู้ขับขี่ เช่น การไม่สวมหมวกนิรภัย การขับซิ่งขณะมีเมามา การใช้ความเร็วเกินกฎหมายกำหนด รวมถึงสภาพถนนและยานพาหนะที่ไม่ได้มาตรฐาน (World Health Organization, 2023) จากสถิติผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทย พ.ศ. 2562-2566 เท่ากับ 33.2, 26.8, 25.4, 26.5 และ 26.9 ต่อแสนประชากร (กรมควบคุมโรค, 2567) ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้น ขณะที่ข้อมูลจากสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) ระบุว่าในปี 2566 ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนกว่า 17,000 ราย ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มวัยแรงงานและผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ (TDRI, 2024) ความรุนแรงของปัญหาอุบัติเหตุทางถนนเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของประชากรทั่วโลก โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงาน และประมาณร้อยละ 90 ของการเสียชีวิตเกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ปานกลางและรายได้น้อย (World Health Organization, 2023) อุบัติเหตุทางถนนถือเป็นหนึ่งในปัญหาด้านความปลอดภัยและสาธารณสุขที่รุนแรงที่สุดของประเทศไทยและของโลก จากรายงานของสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2566) ระบุว่าประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนเฉลี่ยประมาณ 32.7 คนต่อแสนประชากรต่อปี ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของ โลกอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนมากกว่า 15,000 รายต่อปี และบาดเจ็บอีกกว่าสองแสนราย ความสูญเสียดังกล่าวไม่เพียงกระทบต่อชีวิตและครอบครัวของผู้ประสบเหตุ แต่ยังสร้างภาระทางเศรษฐกิจในรูปแบบของค่ารักษาพยาบาล การสูญเสียแรงงาน และต้นทุนทางสังคมอื่น ๆ อีกมหาศาล นอกจากนี้ กรมควบคุมโรค (2567) ยังชี้ว่ากลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์มีอัตราการเสียชีวิต จากอุบัติเหตุสูงที่สุด โดยเฉพาะในพื้นที่ต่างจังหวัดและส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรมเสี่ยง เช่น ไม่สวมหมวกนิรภัย ขับรถเร็วเกินกำหนด หรือเมาแล้วขับ ข้อมูลเหล่านี้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการจัดการปัญหาอย่างเร่งด่วนผ่านมาตรการทั้งเชิงนโยบาย โครงสร้างพื้นฐาน และการสร้างการมีส่วนร่วมจากชุมชน ความรุนแรงของปัญหาอุบัติเหตุทางถนนจึงไม่ใช่แค่ปัญหาด้านความปลอดภัยเท่านั้น แต่ยังเป็นปัญหาที่สะท้อนถึงความเหลื่อมล้ำในระบบสุขภาพ การเข้าถึงบริการ และการจัดการเชิงระบบที่ยังไม่ทั่วถึง โดยเฉพาะในระดับพื้นที่ที่กลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนยังไม่เข้มแข็งเพียงพอ

ปัจจุบันในการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน ใช้กลไกของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 ในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน เกิดการบูรณาการ เป้าหมาย ทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน อย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง ให้ความสำคัญ แก่ของและภาวะการนำร่วมกัน โดยบูรณาการและประสานความร่วมมือในการนำไปสู่การสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว ชุมชน มีสุขภาวะทางกาย จิตและสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืน และมีอำนาจหน้าที่ในการเป็นหน่วยงานกลางในการจัดทำแผนงาน ยุทธศาสตร์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ ประสานงานในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน จัดเก็บ รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล ปฏิบัติการ ประสานการปฏิบัติ สนับสนุนและช่วยเหลือให้เกิดการดำเนินงานตามแผน และเป็นศูนย์ข้อมูลกลางในการประชาสัมพันธ์หรือเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร (สำนักส่งเสริมสุขภาพวิถีไทย, 2561) สำนักนายกรัฐมนตรีได้ออกแบบกลไกการป้องกันและแก้ไขปัญหาการบาดเจ็บทางถนน ด้วยการออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการป้องกันและลดการบาดเจ็บ

ทางถนน พ.ศ. 2554 ส่วนกลาง มีคณะกรรมการนโยบายและลดการบาดเจ็บทางถนนแห่งชาติ โดยมีนายกรัฐมนตรีหรือรองนายกรัฐมนตรี ที่ได้รับมอบหมายเป็นประธาน โดยกำหนดให้มีศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน (ศปถ.) มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยเป็นผู้อำนวยการศูนย์ ในระดับอำเภอมีศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน (ศปถ.อำเภอ) มีนายอำเภอเป็นประธาน และในระดับท้องถิ่นที่มีปัญหาเกี่ยวกับการบาดเจ็บทางถนน ให้ผู้ว่าราชการจังหวัดประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น ๆ เพื่อตั้งเป็นศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ศปถ.อปท.) มีผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นประธาน (สำนักงานนายกรัฐมนตรี, 2554) สอดคล้องกับกระบวนการขับเคลื่อนแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566 - 2570) ส่งเสริมการปฏิบัติกรเสริมสร้างบทบาทของทุกภาคส่วน โดยสนับสนุนการประสานกำลังของ บ้าน วัด โรงเรียน ซึ่งครอบคลุมถึงชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ศาสนสถาน สถาบันทางศาสนา บุคลากรและองค์กรทางการศึกษา อาสาสมัคร จิตอาสาและภาคีการพัฒนาต่าง ๆ เพื่อแปลงกลยุทธ์ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 13 ไปสู่การร่วมแก้ไขปัญหาและการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนท้องถิ่น รวมทั้งสร้างแพลตฟอร์มหรือช่องทางให้ทุกภาคีมีโอกาสแสดงความคิดเห็น เข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาของชุมชน และร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานในระดับพื้นที่อื่น ๆ ในการขับเคลื่อนซึ่งจะช่วยฟื้นฟูให้ชุมชนเข้มแข็งและสนับสนุนให้ชุมชนเป็นกำลังที่สำคัญในการพัฒนาประเทศ (ราชกิจจานุเบกษา, 2565)

อำเภอพยุหะคีรี ตั้งอยู่ทางทิศใต้ของจังหวัดนครสวรรค์ ห่างจากตัวจังหวัดนครสวรรค์เป็นระยะทางประมาณ 27 กิโลเมตร มีพื้นที่ประมาณ 750.28 ตารางกิโลเมตร แบ่งการปกครองออกเป็น 11 ตำบล จำนวน 125 หมู่บ้าน เทศบาล 2 แห่งและองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) จำนวน 9 แห่ง ถือว่ามีพื้นที่ขนาดใหญ่ มีเส้นทางคมนาคมทั้งทางรถยนต์และรถไฟ มีทางหลวงแผ่นดินสายหลักผ่านคือถนนพหลโยธิน สายเอเชีย และเส้นทางมาตรฐานหลายสาย การเดินทางติดต่อไปมาหากันเป็นไปได้โดยสะดวก จากฐานข้อมูลและระบบรายงานการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน ปี 2565 – 2567 พบจำนวนผู้ที่บาดเจ็บทางถนนจำนวน 84, 36 และ 134 ราย ตามลำดับ จำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน 14, 16, และ 19 ราย ตามลำดับ (สสอ.พยุหะคีรี, 2567) ซึ่งยังไม่มีแนวโน้มที่จะลดลง จากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ที่บาดเจ็บทางถนนพบว่าเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง สามอาชีพแรกเป็นผู้ใช้แรงงาน รองลงมา นักเรียน/นักศึกษา และเกษตรกร กลุ่มอายุสามกลุ่มแรกได้แก่ อายุ 15-19 ปี รองลงมา 10- 14 ปี และ 55-59 ปี ยานพาหนะสามลำดับ กว่าครึ่งเป็นรถจักรยานยนต์ รองลงมารถปิกอัพ และจักรยานและสามล้อ พฤติกรรมเสี่ยง ส่วนใหญ่ไม่สวมหมวกนิรภัย รองลงมาเมาแล้วขับ และไม่คาดเข็มขัดนิรภัย กลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาคืออุบัติเหตุทางถนน มีการประชุมเพียงปีละ 2 ครั้ง คือช่วงเฝ้าระวังเข้มข้น 7 วันอันตราย ช่วง เทศกาลสงกรานต์ และช่วงเทศกาลสงท้ายปีเก่า ต้อนรับปีใหม่ นอกจากนี้ยังไม่มีภาคีเครือข่ายในการป้องกันและแก้ไขปัญหาคืออุบัติเหตุทางถนนอย่างจริงจัง

จากการศึกษาทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ความสำเร็จต้องเกิดขึ้นจากความ ร่วมมือของประชาชนในชุมชนและผู้นำชุมชนในการเข้าไปมีบทบาทในการร่วมคิด ร่วมทำในการแก้ไข ปัญหาในทุก ๆ ขั้นตอน ตั้งแต่ขั้นตอนการวางแผนงาน ขั้นตอนการ ปฏิบัติตามแผน ขั้นตอนการสังเกต และขั้นตอนการสะท้อนผลทำให้ผู้ศึกษาจึงตัดสินใจศึกษาการพัฒนาความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ โดยใช้กระบวนการ 1) การวางแผน 2) การปฏิบัติตามแผน 3) การสังเกต และ 4) การสะท้อนผลการปฏิบัติตามแนวคิดของเคมมิสและแม็กแท็กการ์ด (Kemmis and McTaggart) ที่เน้นความร่วมมือของประชาชนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อลดการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในชุมชน ซึ่งถือว่าเป็นกลไกสำคัญที่สามารถประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐท้องถิ่น และภาคประชาชนในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะและแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างบูรณาการ พชอ. มีบทบาทสำคัญในการเชื่อมโยงการทำงานแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ทั้งในด้านการให้ข้อมูล การเสนอแนวทางแก้ไข และการติดตามผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน (สำนักงาน คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2564)

จากสภาพปัญหาดังกล่าวข้างต้นคณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำวิจัยเรื่อง การพัฒนาความ ปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย

อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ การวิจัยในครั้งนี้มุ่งเน้นการศึกษาเพื่อพัฒนาความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พขอ.) ขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งทั้งในเชิงทฤษฎีและการปฏิบัติ ที่จะนำไปสู่การจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อส่งเสริมรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในระดับพื้นที่ได้ อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถขยายผลไปยังพื้นที่อื่น ๆ ได้ในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์
2. เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Action Research) ตาม แนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ตั้งแต่วันที่ 4 ธันวาคม 2568 - 15 เมษายน 2569 โดยแบ่งการวิจัยเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ ประกอบด้วย 1) การศึกษาบริบทพื้นที่ วิเคราะห์สถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุทางถนนและการดำเนินงานจัดการความปลอดภัยทางถนนจากแหล่งข้อมูล (Sources of Data) ได้แก่ นโยบาย แผนงาน โครงการ และแผนปฏิบัติงาน คำสั่ง รายงานการประชุม เอกสารสรุปผลการดำเนินการแก้ไข ปัญหา อุบัติเหตุ และฐานข้อมูลอุบัติเหตุ (Health Data Center) ปี พ.ศ.2565-2567 2) การสนทนากลุ่มเพื่อถอดบทเรียน และสรุปผลการดำเนินงาน ประกอบด้วย ด้านบริบทพื้นที่ ด้านสถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุทางถนน ด้านกระบวนการดำเนินการจัดการความปลอดภัยทางถนน ด้านผลลัพธ์การดำเนินงานจัดการความปลอดภัยทางถนนที่ผ่านมา

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Action Research) มี 4 ขั้นตอน ประกอบด้วยขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตผล (Observation) ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection) ตั้งแต่วันที่ 4 ธันวาคม 2568 - 15 มีนาคม 2569 โดยมีการดำเนินงานตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) เป็นกระบวนการที่ผู้วิจัยและคณะผู้ร่วมวิจัยเข้าไปมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม ร่วมรับรู้ปัญหาตลอดจนร่วมวางแผนออกแบบกระบวนการพัฒนาการบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนน โดยมีการประชุมเชิงปฏิบัติการโดยใช้เทคนิคประชุมแบบมีส่วนร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ โดยมีกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างความรู้ (Appreciation)

- 1) นำเสนอผลการศึกษาบริบทพื้นที่ สถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุทางถนน และการดำเนินงานความปลอดภัยทางถนน อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2565-2568 จากระยะที่ 1
- 2) วิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็ง โอกาส ข้อจำกัด ในการดำเนินงานแก้ไขปัญห การค้นหาปัญหาอุบัติเหตุทางถนนชุมชน โดยใช้แนวคิดการบริหารจัดการเชิงกลยุทธ์ (Strategic Management) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน 1) การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมด้วยวิธี SWOT Analysis 2) การจัดวางทิศทางองค์กร 3) การกำหนดกลยุทธ์ด้วยวิธี TOWS Matrix 4) การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ

- 3) กำหนดเป้าหมายร่วมกันในการแก้ไขปัญหการค้นหาปัญหาอุบัติเหตุทางถนนชุมชน

กิจกรรมที่ 2 การสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence) เป็นขั้นตอนการใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ที่แต่ละคนแต่ละกลุ่ม มาช่วยกันกำหนดวิธีการสำคัญที่จะทำให้บรรลุเป้าหมายในการแก้ไขปัญหการค้นหาปัญหาอุบัติเหตุทางถนนชุมชน โดยขับเคลื่อนการดำเนินงานการแก้ไขเป็นหาคำค้นหาปัญหาอุบัติเหตุทางถนนแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดย คณะทำงานระดับอำเภอ โดย

จัดการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.) โดยมีนายอำเภอเป็นประธาน นำเสนอประเด็นปัญหาการค้นหาค้นหาอุบัติเหตุทางถนน จัดลำดับความสำคัญของปัญหาและวางแผนดำเนินการ แก้ไขปัญหาให้ชุมชนและภาคีเครือข่าย มีส่วนร่วม โดยการนำประเด็นปัญหา และการแนวทางการปฏิบัตินำเสนอ ต่อที่ประชุมกำนันผู้ใหญ่บ้าน ที่ประชุมทีมเลขาคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และที่ประชุมนายก องค์การบริหารส่วนตำบล

กิจกรรมที่ 3 การสร้างแนวทางการปฏิบัติเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติและการควบคุมติดตาม (Control) กำหนดรูปแบบการบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนน และประกาศเป็นนโยบายสาธารณะ จากรูปแบบเดิมและพัฒนาขึ้นในการแก้ไขปัญหา และนำรูปแบบการบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนนที่ได้ไปสู่การปฏิบัติ โดยการจัดทำแผนงาน โครงการและแผนปฏิบัติการ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ และเป้าหมายที่ตั้งไว้ตาม ขั้นตอนการบริหารจัดการเชิงกลยุทธ์

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) เป็นการดำเนินการตามรูปแบบการบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนน โดยมีการกำหนดแผนงาน โครงการ และแผนปฏิบัติการ มุ่งปฏิบัติเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตามเป้าหมายที่วางไว้

กิจกรรมที่ 1 จัดประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.) มอบหมายภารกิจตามรูปแบบการบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนน

กิจกรรมที่ 2 พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายระดับอำเภอและตำบลในการบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนน

กิจกรรมที่ 3 พัฒนาระบบศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ เชื่อมโยงกับฐานข้อมูล HDC (Health Data Center) ของโรงพยาบาล และรพ.สต. การจัดเก็บข้อมูลสารสนเทศด้านอุบัติเหตุทางถนนของอำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์

กิจกรรมที่ 4 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.) ส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงานการพัฒนาการมีส่วนร่วมการจัดการ ความปลอดภัยทางถนนของภาคีเครือข่าย ในพื้นที่ตำบลทุกตำบล

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตผล (Observation) เป็นขั้นตอนการติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินการ ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 ให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.) นำเสนอในการประชุมหัวหน้าส่วนราชการ และการประชุมกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ของอำเภอทุกเดือน เพื่อติดตามสนับสนุนและให้คำแนะนำการดำเนินงาน

กิจกรรมที่ 2 เยี่ยมติดตามชื่นชมเสริมพลังภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ทุกตำบล สรุปผลการดำเนินงานจากการสังเกตตลอดจนเสร็จสิ้นกระบวนการโดยประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) หรือคณะอนุกรรมการที่นายอำเภอแต่งตั้ง

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection) สรุปผลการดำเนินงานแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) สร้างคุณค่า ชื่นชมคนดี สร้างความภูมิใจ สร้างขวัญกำลังใจ เพื่อทบทวนและปรับปรุงพัฒนาการทำงานและเพื่อขยายผลการดำเนินงานในพื้นที่

ระยะที่ 3 การประเมินผลการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ เป็นการประเมินผลสัมฤทธิ์ในการดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 16 มีนาคม 2569 – 15 เมษายน 2569 โดยดำเนินการดังนี้

1. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ประเมินผลประสิทธิภาพรูปแบบการบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนน ใช้แบบการประเมินแบบ CIPP Model (Stufflebeam, 1971)

2. การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) สอบถามปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะของการจัดการ ความปลอดภัยทางถนนระดับตำบล หมู่บ้าน และชุมชน

3. ประเมินการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในมีส่วนร่วมลดอุบัติเหตุในชุมชน

4. ประเมินผลลัพธ์ของการเกิดอุบัติเหตุทางถนนโดยเปรียบเทียบก่อนดำเนินการและหลัง ดำเนินการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มพัฒนารูปแบบ ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอพยุหะคีรี จังหวัด นครสวรรค์ จำนวน 21 คน ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอพยุหะคีรี จังหวัด นครสวรรค์ โดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive selection) ตามคำสั่งอำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ ประกอบด้วย 1) นายอำเภอพยุหะคีรี (ประธาน พชอ.) 2) ปลัดอำเภอหัวหน้ากลุ่มงานบริหารงานปกครอง 3) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพยุหะคีรี 4) ผู้กำกับการสถานีตำรวจภูธรพยุหะคีรี 5) ผู้อำนวยการโรงเรียนพยุหะวิทยา 6) นายกเทศมนตรีตำบลพยุหะคีรี 7) นายกเทศมนตรีตำบลท่าน้ำอ้อยม่วงหัก 8) ประธานชมรม กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อำเภอพยุหะคีรี 9) แกสัชกรผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภค รพ.พยุหะคีรี 10) ประธานบทบาทสตรีอำเภอพยุหะ คีรี 11) ผู้ประกอบการร้านขายยาฮั่วเฮงจัน 12) เจ้าของกิจการเครื่องประดับงาช้าง ลุงธิ 13) นายอยู่ ดั่งหอม ร้านอาหารครัวทิดเทือง 14) ผู้ประกอบการคลินิกทันตกรรม รักษ์ฟัน 15) นายวัลลพ ต้นวิสุทธิ (ภูมิปัญญาท้องถิ่น) 16) นายนิคม คล้ายแสง (ปราชญ์ชาวบ้าน) 17) นายปัญญา จินโต ข้าราชการที่เกษียณอายุราชการ 18) ผู้แทนกลุ่ม เกษตรกรอำเภอพยุหะคีรี 19) ประธานชมรม อสม.อำเภอพยุหะคีรี 20) สาธารณสุขอำเภอพยุหะคีรี 21) พัฒนาการ อำเภอพยุหะคีรี

2. กลุ่มภาคีเครือข่าย อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ ได้แก่ ตัวแทนประชาชนที่อาศัยภายใน อำเภอ พยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 17,339 ครัวเรือน เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมในการจัดการอุบัติเหตุของ ประชาชนในชุมชน จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ 376 ครัวเรือน สุ่มตัวอย่างแบบการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ ชุด 376/11 ตำบล = ตำบลละ 35 ชุด โดยจับฉลากจากบ้านเลขที่ต่อแบบสอบถาม 1 ชุด รวม 385 ตัวอย่าง หลังจากนั้นทำการสุ่มหยิบหมายเลขทะเบียนบ้านขึ้นมาที่ละใบจนครบตามจำนวนที่ต้องการ แล้วเลือกตัวแทนในแต่ละ หลังคาเรือนเพื่อเป็นผู้ที่ตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูล ผู้วิจัยและทีมผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นการศึกษาบริบทพื้นที่ ประกอบด้วย 1) ข้อมูล ลักษณะพื้นที่ 2) ข้อมูลด้านอาชีพ รายได้ 3) ข้อมูลด้านการปกครอง 4) ข้อมูลด้านการคมนาคม 5) ด้านการสัญจร การศึกษา ด้านสถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุทางถนน ประกอบด้วย 1) ด้านระดับความรุนแรงตามบุคคล 2) ด้านระดับความรุนแรงตามเวลา 3) ด้านระดับความรุนแรงตามสถานที่

2. แบบบันทึกการสนทนากลุ่มเพื่อถอดบทเรียนและสรุปผลการดำเนินงาน ประกอบด้วย ด้านบริบทพื้นที่ ด้านสถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุทางถนน ด้านกระบวนการดำเนินการจัดการความปลอดภัยทางถนน ด้านผลลัพธ์ การดำเนินงานจัดการความปลอดภัยทางถนนที่ผ่านมา

3. แบบบันทึกข้อมูล ผู้วิจัยและทีมผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 บันทึกขั้นตอนการ วิเคราะห์สภาพแวดล้อมด้วยวิธี SWOT Analysis ส่วนที่ 2 บันทึกการสังเกตและบันทึกการสรุปผลการดำเนินงานที่ ได้จากขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตผล (Observation) ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection)

4. แบบประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับประสิทธิภาพรูปแบบการบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนนโดยใช้ กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จำนวน 32 ข้อ ประกอบด้วย ด้านสภาวะแวดล้อม ด้าน ปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ ด้านผลผลิต โดยดัดแปลงจากงานวิจัยของ ประสิทธิ์ มีแก้วและคณะ (2563) ลักษณะ แบบสอบถามเป็นแบบ Rating Scale 5 ระดับ

5. แบบวัดกระบวนการมีส่วนร่วม ในการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยประเมินการมีส่วนร่วมในการจัดการอุบัติเหตุจราจรทางถนน จำนวน 22 ข้อ เป็นแบบสัมภาษณ์มาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ตัวเลือก คำถามเชิงบวก มีการมีส่วนร่วมมากที่สุด 5 มีการมีส่วนร่วมมาก 4 มีการมีส่วนร่วมปานกลาง 3 มีการมีส่วนร่วมน้อย 2 มีการมีส่วนร่วมน้อยที่สุด 1

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบบันทึกข้อมูล แบบบันทึกประเด็นการสนทนากลุ่ม ให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ช่วยตรวจสอบเครื่องมือการบันทึกทั้งหมดที่เกี่ยวข้อง ในด้านความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา และให้คำแนะนำในการปรับแก้ไขเครื่องมือทั้งหมด และตรวจสอบความถูกต้องความสอดคล้อง กับวัตถุประสงค์ของงานวิจัยครั้งนี้หรือไม่ ตลอดจนภาษาที่ใช้ แล้วจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อดำเนินการในขั้นต่อไป แบบประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับประสิทธิภาพตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากการประเมินของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน ใช้เกณฑ์ในการคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป ผลจากการวิเคราะห์ค่า IOC ของแบบสอบถามมีค่าเท่ากับ 0.84

ทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ทดลองใช้สอบถาม (Try out) โดยทดลองสอบถามกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในอำเภอเมืองนครสวรรค์ อำเภอตากฟ้า จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามฯ และนำมาทดสอบค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง โดยใช้โปรแกรมการวิเคราะห์ทางสถิติพบว่าภาพรวมของแบบสอบถามความคิดเห็นการประเมินผลประสิทธิภาพรูปแบบการบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนน โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85

การรวบรวมข้อมูล

1. ติดต่อประสานงานกับอำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มเป้าหมาย

2. ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน วิธีการดำเนินการวิจัย ให้แก่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์

3. ดำเนินการเก็บข้อมูลตามขั้นตอนการวิจัย โดย

ระยะที่ 1 การเก็บรวบรวมข้อมูลการศึกษาริบทพื้นที่ สถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุทางถนน โดยเก็บข้อมูลร่วมกับคณะทำงานเลขานุการ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) รวบรวมข้อมูลจากการสนทนากลุ่มเพื่อถอดบทเรียนและสรุปผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

ระยะที่ 2 เก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบบันทึกการสรุปผลการดำเนินงานและแบบบันทึกการสังเกต

ระยะที่ 3 การรวบรวมข้อมูลในการประเมินผลการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนน โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ โดยใช้แบบประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับประสิทธิภาพ แบบบันทึกประเด็นการสนทนากลุ่ม และแบบบันทึกผลลัพธ์ของการเกิดอุบัติเหตุทางถนน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ระยะที่ 1 ข้อมูลบริบทพื้นที่ สถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุทางถนน ใช้สถิติเชิงพรรณนา การถอดบทเรียน และสรุปผลการดำเนินงานที่ผ่านมาใช้เทคนิคการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ระยะที่ 2 บันทึกการประชุม บันทึกการสรุปผลการดำเนินงานที่และแบบบันทึกการสังเกต โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ระยะที่ 3 การวิเคราะห์แบ่งเป็น 2 ส่วน 1) ใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าเฉลี่ย (X) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ตามเกณฑ์ 2) กระบวนการสนทนากลุ่ม โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัย

อยู่ในช่วงดำเนินการ

การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. ทราบบริบทพื้นที่ สถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุทางถนนและการดำเนินงานจัดการความปลอดภัยทางถนน อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ เพื่อเป็นข้อมูลนำเสนอคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการกำหนดยุทธศาสตร์และการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนน โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์

2. ได้รูปแบบการพัฒนาสำหรับการบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนน โดย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่จะใช้เป็นแนวทางขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในการดำเนินงานพัฒนาและแก้ไขปัญหาด้านความปลอดภัยทางถนน ที่มีความเฉพาะ และเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ซึ่งเป็นนวัตกรรมด้านองค์ความรู้ที่เป็นเครื่องมือทางเลือกสำหรับใช้ในการพัฒนาเสริมสร้างศักยภาพขีดความสามารถด้านการบริหารจัดการและขับเคลื่อนการดำเนินงานที่สอดคล้องกับแก้ไขปัญหาของพื้นที่ตำบลหรือชุมชน และความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนในจังหวัดนครสวรรค์

สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ).....

กรณีที่เป็นผลงานร่วมกันของบุคคลหลายคน

รายชื่อผู้ขอประเมินและผู้ร่วม	สัดส่วนผลงาน	ระบุรายละเอียดของผลงานที่ดำเนินการ (ผู้ขอประเมินและผู้ร่วม)
นายอนิรุท จันทพาส	๘๐%	เตรียมการ/วิเคราะห์เนื้อหา/ศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง/กำหนดกรอบแนวคิด/ออกแบบวิธีวิจัย/ดำเนินการวิจัย/จัดเก็บข้อมูล/วิเคราะห์ข้อมูลแปลผล/นำเสนอสรุปผลการวิจัย
นายอนุกุล ไกรกาศ	๑๐%	ดำเนินการวิจัย และจัดเก็บข้อมูล
นายมนต์ บุฬา	๕%	ออกแบบวิธีวิจัย และดำเนินการวิจัย
ดร.กฤษฎา เหล็กเพชร	๕%	ออกแบบวิธีวิจัย และวิเคราะห์ข้อมูล

การเผยแพร่ (ถ้ามี)

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

ผลงานอื่น ๆ เพิ่มเติมตามเกณฑ์ที่แต่ละสาขากำหนด (เช่น โครงการเด่น หรือ รายงานวิเคราะห์วิจารณ์ หรือ ผลงานบริการเฉพาะตัวดีเด่น หรือ ตำรา หรือ คู่มือ หรือ นวัตกรรม หรือสิ่งประดิษฐ์ เป็นต้น) ทั้งนี้ บางสาขาไม่ได้กำหนดให้ส่งผลงานอื่น ๆ เพิ่มเติม (ระบุเฉพาะชื่อเรื่องเท่านั้น)

เรื่อง.....

๔. ข้อเสนอ...

๔. ข้อเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

เรื่อง การประยุกต์ใช้กฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารข้อมูลในหน่วยงาน

หลักการและเหตุผล

ในยุคที่ข้อมูลด้านสาธารณสุขมีบทบาทสำคัญต่อการวางแผน การบริหารจัดการ และการให้บริการประชาชน หน่วยงานสาธารณสุขจำเป็นต้องมีระบบจัดการข้อมูลที่ถูกต้อง ปลอดภัย และสอดคล้องตามมาตรฐานกฎหมาย โดยเฉพาะข้อมูลสุขภาพซึ่งถือเป็นข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความละเอียดอ่อน (Sensitive Personal Data) การดำเนินงานที่ไม่มีระบบบริหารข้อมูลที่รัดกุมอาจก่อให้เกิดความเสียหายต่อประชาชน ผู้รับบริการ รวมถึงผลกระทบต่อความน่าเชื่อถือของหน่วยงาน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ เป็นหน่วยงานหลักในการกำกับดูแลระบบสาธารณสุขของจังหวัด ประสานงานกับโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ และหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ ซึ่งกระบวนการทำงานของหน่วยงานต้องเกี่ยวข้องกับข้อมูลหลากหลายรูปแบบ เช่น

- ข้อมูลบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข
- ข้อมูลผู้ป่วยและข้อมูลสุขภาพจากเครือข่ายบริการ
- ข้อมูลโครงการด้านสาธารณสุขในชุมชน
- ข้อมูลร้องเรียนและข้อเท็จจริงที่มีรายละเอียดส่วนบุคคล
- ข้อมูลระบบสารสนเทศด้านสุขภาพต่าง ๆ

ข้อมูลเหล่านี้ล้วนมีความสำคัญและต้องได้รับการจัดการอย่างถูกต้องตามกฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๒ (PDPA) เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและความเชื่อมั่นของประชาชนจากการประเมินสภาพการบริหารข้อมูลของสำนักงานฯ พบว่ามีการเก็บข้อมูลจากหลายระบบ ทำให้เกิดข้อมูลซ้ำซ้อนและไม่เป็นมาตรฐานเดียวกันยังขาดการกำหนดระดับสิทธิ์การเข้าถึงข้อมูลอย่างชัดเจนไม่มีทะเบียนข้อมูลส่วนบุคคล (ROPA) และ Data Mapping ในหลายกระบวนการในบางงานยังมีความเข้าใจเรื่อง PDPA ไม่เพียงพอขาดแนวทางหรือคู่มือการบริหารข้อมูลที่สามารถใช้งานร่วมกันทั้งสำนักงานและเครือข่ายปัจจัยเหล่านี้อาจส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการละเมิดข้อมูลส่วนบุคคล ความผิดพลาดในการประมวลผลข้อมูล หรือส่งผลต่อภาพลักษณ์ของหน่วยงานด้านการคุ้มครองสิทธิประชาชน

ดังนั้น จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาระบบบริหารข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ โดยประยุกต์ใช้หลักการ PDPA เพื่อให้การจัดเก็บ ใช้ เปิดเผย และทำลายข้อมูลเป็นไปตามมาตรฐานทางกฎหมาย และเพื่อสร้างระบบการบริหารจัดการข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ โปร่งใส ตรวจสอบได้ และรองรับการทำงานด้านสาธารณสุขของจังหวัดในระยะยาว การดำเนินงานดังกล่าวไม่เพียงช่วยลดความเสี่ยงด้านกฎหมายและป้องกันปัญหาการละเมิดข้อมูล แต่ยังช่วยยกระดับคุณภาพระบบข้อมูลสาธารณสุขของจังหวัด เพิ่มความเชื่อมั่นของประชาชน และสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๑. บทวิเคราะห์

งานพัฒนาองค์กรของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ เป็นกลไกสำคัญในการยกระดับคุณภาพของระบบบริหารจัดการภายในองค์กร ทั้งด้านโครงสร้าง กระบวนการทำงาน มาตรฐานคุณภาพ พัฒนาศักยภาพบุคลากร และการสร้างธรรมาภิบาลในองค์กร งานดังกล่าวจำเป็นต้องใช้ข้อมูลจำนวนมาก ทั้งข้อมูล

บุคลากร ข้อมูลสมรรถนะ ข้อมูลการอบรม ข้อมูลผลประโยชน์ สมรรถนะองค์กร ไปจนถึงข้อมูลเชิงระบบที่ใช้ประกอบการวางแผนพัฒนาองค์กรอย่างไรก็ตาม ลักษณะข้อมูลของงานพัฒนาองค์กรมีทั้ง ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลที่มีความละเอียดอ่อน เช่น ประวัติการปฏิบัติงาน ประวัติการลงโทษทางวินัย ผลประเมินการปฏิบัติงาน ข้อมูลสุขภาพของบุคลากรในการประเมินความเสี่ยง ฯลฯ ซึ่งอยู่ภายใต้การคุ้มครองของกฎหมาย PDPA โดยตรงจากการวิเคราะห์สถานการณ์ พบประเด็นสำคัญในงานพัฒนาองค์กรที่จำเป็นต้องดำเนินการ ดังนี้

๑. ข้อมูลบุคลากรกระจายหลายระบบ เช่น HRMIS, TAS, ระบบอบรมออนไลน์, ฐานข้อมูลประเมินผล ทำให้ตามรอย (tracking) ยาก

๒. การเก็บเอกสารและข้อมูลในรูปแบบแฟ้มกระดาษและไฟล์ส่วนบุคคล มีความเสี่ยงต่อการสูญหาย และการเข้าถึงโดยไม่ได้รับอนุญาต

๓. ยังไม่มี Data Mapping สำหรับกระบวนการงานพัฒนาองค์กรอย่างครบถ้วน เช่น การรับ-ส่ง หนังสือประเมิน การจัดทำตัวชี้วัด ฯลฯ

๔. บุคลากรยังตีความข้อกำหนด PDPA ต่างกันในงานที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลบุคลากร จึงมีความเสี่ยงต่อการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง

๕. ไม่มีระบบตรวจสอบเหตุข้อมูลผิดปกติ (Incident Reporting) สำหรับงานด้านการบริหารบุคลากร และพัฒนาองค์กร

จากการดำเนินการศึกษาวิเคราะห์ระบบข้อมูลปัจจุบันของงานพัฒนาองค์กรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์พบว่ากระบวนการจัดเก็บและใช้ประโยชน์จากข้อมูลส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการบริหารบุคลากร กระบวนการพัฒนาสมรรถนะ การประเมินผล และงานด้านคุณภาพองค์กร ยังมีความซับซ้อนและมีความเสี่ยงในหลายมิติ ทั้งในด้านการจัดเก็บข้อมูลที่ไม่เป็นระบบ การเข้าถึงข้อมูลที่กว้างเกินความจำเป็น และการขาดความตระหนักรู้ด้านกฎหมาย PDPA ในกลุ่มบุคลากร ซึ่งล้วนส่งผลให้องค์กรมีความเสี่ยงทั้งต่อการละเมิดข้อมูลส่วนบุคคลและความผิดพลาดในการปฏิบัติงานในระดับภาพรวม การทบทวนขั้นตอนการจัดการข้อมูลในกระบวนการต่าง ๆ พบว่าข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับบุคลากร เช่น ประวัติ ข้อมูลการประเมินผล ข้อมูลการอบรมพัฒนา และเอกสารที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพองค์กร ถูกจัดเก็บในหลายแพลตฟอร์ม รวมถึงเอกสารแฟ้มกระดาษ ทำให้ข้อมูลขาดความเชื่อมโยงและไม่สามารถตรวจสอบย้อนกลับได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ข้อมูลจำนวนหนึ่งยังถูกจัดเก็บในรูปแบบที่ไม่สอดคล้องกับหลักการของ PDPA เช่น การเก็บข้อมูลเกินความจำเป็น การให้สิทธิ์เข้าถึงข้อมูลที่ไม่สอดคล้องกับหน้าที่ และการไม่แจ้งวัตถุประสงค์การใช้ข้อมูลอย่างชัดเจน

จากการวิเคราะห์ช่องว่าง (Gap Analysis) พบว่า ขาดเอกสารสำคัญที่ควรมีตามกฎหมาย เช่น Data Mapping, ROPA (Register of Processing Activities), Privacy Notice และแนวปฏิบัติในการทำลายข้อมูล รวมถึงขาดระบบกำกับดูแลข้อมูลแบบรวมศูนย์ (Data Governance) ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมความเสี่ยงอย่างรอบด้าน รวมถึงยากต่อการตรวจสอบเมื่อเกิดเหตุการณ์ข้อมูลผิดปกติ นอกจากนี้ บุคลากรส่วนหนึ่งยังมีความเข้าใจเกี่ยวกับ PDPA ในระดับไม่เท่ากัน ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการปฏิบัติและเพิ่มความเสี่ยงต่อการละเมิดกฎหมายโดยไม่ตั้งใจ นอกจากนี้ การมีระบบข้อมูลที่ได้มาตรฐานตามหลัก PDPA ยังช่วยให้ผู้บริหารสามารถใช้ข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายได้อย่างแม่นยำขึ้น เนื่องจากข้อมูลมีความถูกต้อง เชื่อถือได้ และตรวจสอบย้อนกลับได้ การมี Log การใช้ข้อมูลช่วยให้สามารถติดตามเหตุการณ์ผิดปกติได้ทันทั่วทั้งที่ ช่วยยกระดับ ธรรมชาติของข้อมูลของสำนักงานฯ ให้มีความโปร่งใสและเชื่อถือในระดับองค์กร

จากการวิเคราะห์ทั้งหมด สรุปได้ว่าการประยุกต์ใช้ PDPA ไม่เพียงช่วยลดความเสี่ยงด้านกฎหมาย และข้อมูลส่วนบุคคลเท่านั้น แต่ยังส่งผลโดยตรงต่อการยกระดับระบบบริหารงานบุคคลและพัฒนาองค์กร การสร้างธรรมาภิบาลในการทำงาน เพิ่มประสิทธิภาพ เพิ่มความโปร่งใส และเสริมศักยภาพการเป็นองค์กรสาธารณสุขต้นแบบในด้านการจัดการข้อมูลอย่างมีความรับผิดชอบสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ และเป้าหมายคือพัฒนาระบบคุณภาพองค์กรให้สอดคล้องกับ PDPA และบริหารข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ แนวทางที่เหมาะสมที่สุด

คือการ ใช้แนวคิดแบบองค์รวม (Systems Theory) ผสมผสานกับ TQM/CQI และทฤษฎีการจัดการข้อมูลอย่างเป็นระบบ พร้อมควบคุมความเสี่ยงตาม PDPA โดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

วัตถุประสงค์ที่ ๑ เพื่อพัฒนาการบริหารข้อมูลขององค์กรให้เป็นระบบ

๑. รวบรวมข้อมูล KPI, PMQA, Audit Reports และข้อมูลบุคลากรให้อยู่ในฐานข้อมูลกลาง (Centralized Data System) ลดความซ้ำซ้อนของการจัดเก็บข้อมูลและเอกสาร
๒. ทำให้สามารถติดตาม วิเคราะห์ และประเมินผลคุณภาพองค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพสามารถวิเคราะห์ข้อมูลเชิงสถิติและประเมินผลคุณภาพองค์กรได้ทันทีสนับสนุนการวางแผนงานและตัดสินใจของผู้บริหารโดยใช้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน

วัตถุประสงค์ที่ ๒ เพื่อให้การจัดการข้อมูลสอดคล้องกับ PDPA

๑. ควบคุมการเข้าถึงข้อมูลตามบทบาท (Role-Based Access Control) กำหนดสิทธิ์เข้าถึงข้อมูลตามบทบาทหน้าที่ (Role-Based Access Control)
๒. ป้องกันการละเมิดข้อมูลส่วนบุคคล บันทึก Log การเข้าถึงและแก้ไขข้อมูล เพื่อสามารถตรวจสอบย้อนหลังได้
๓. สร้างความโปร่งใสและตรวจสอบย้อนหลังได้ทุกขั้นตอน จัดเก็บและทำลายเอกสารส่วนบุคคลตามข้อกำหนดของกฎหมาย

วัตถุประสงค์ที่ ๓ เพื่อปรับปรุงคุณภาพงานและบริการอย่างต่อเนื่อง

๑. ใช้ข้อมูลและ Dashboard ในการวิเคราะห์แนวโน้ม KPI และผลการประเมิน PMQA รายงานอัตโนมัติในการติดตามผล KPI และ PMQA
๒. สนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายและการวางแผนพัฒนาคุณภาพองค์กร การวิเคราะห์แนวโน้มและความเสี่ยงเชิงคุณภาพ เพื่อวางแผนการปรับปรุง

วัตถุประสงค์ที่ ๔ เพื่อสร้างความโปร่งใสและธรรมาภิบาลในการบริหารองค์กร

๑. ลดความซ้ำซ้อนของงานและเอกสารและข้อผิดพลาดในการปฏิบัติงาน
๒. ติดตามการดำเนินงานแก้ไขปัญหา (Corrective/Preventive Action) ได้อย่างมีระบบ เพิ่มความโปร่งใสในการรายงานผลการดำเนินงานต่อผู้บริหารและหน่วยงานกำกับ

๒. ปัญหา อุปสรรค และข้อจำกัดในการปฏิบัติงานตามกฎหมาย PDPA

จากการวิเคราะห์ข้อมูลได้แสดงให้เห็นว่าปัญหา อุปสรรค และข้อจำกัดในการปฏิบัติงานตามกฎหมาย PDPA มีดังนี้

๑. บุคลากรบางส่วนยังขาดความรู้และความเข้าใจในข้อกำหนดของ PDPA ส่งผลให้การเก็บ ใช้ และเผยแพร่ข้อมูลส่วนบุคคลมีความเสี่ยงต่อการละเมิดกฎหมาย เจ้าหน้าที่บางส่วนยังไม่เข้าใจข้อกำหนดของ PDPA อย่างละเอียด ส่งผลให้การเก็บ ใช้ และเผยแพร่ข้อมูลส่วนบุคคลเสี่ยงต่อการละเมิดกฎหมาย
๒. ระบบบริหารข้อมูลเดิมยังไม่เป็นแบบศูนย์กลาง ทำให้ข้อมูลกระจัดกระจายและตรวจสอบย้อนหลังได้ยากการรักษาความปลอดภัยของข้อมูลยังไม่ครบถ้วน เช่น การเข้ารหัส การบันทึก Log และการควบคุมสิทธิ์การเข้าถึงข้อมูลกระจัดกระจายหลายแหล่ง ตรวจสอบย้อนหลังได้ยากทำให้การจัดการข้อมูลเพื่อสนับสนุนการวิเคราะห์และตัดสินใจล่าช้า
๓. ความซับซ้อนของข้อมูลและกระบวนการงานข้อมูลด้านสาธารณสุขมีหลายประเภท เช่น ข้อมูลบุคลากร ข้อมูลผู้ป่วย ข้อมูลคุณภาพงานการแยกประเภทข้อมูลและกำหนดสิทธิ์เข้าถึงตาม PDPA อาจซับซ้อน

๔. ข้อจำกัดด้านเวลาในการปรับระบบและฝึกอบรมการปรับระบบและสร้างความเข้าใจให้กับบุคลากร ต้องใช้เวลาส่งผลให้บางขั้นตอนยังไม่สามารถปฏิบัติตาม PDPA ได้เต็มประสิทธิภาพ

ปัญหาและอุปสรรคหลักคือ ความรู้บุคลากรไม่เพียงพอ, ระบบข้อมูลไม่ครบถ้วน, ความปลอดภัยยังไม่เข้มงวด, ข้อจำกัดด้านทรัพยากร และความซับซ้อนของข้อมูล ซึ่งทั้งหมดเป็นสิ่งที่ต้องวางแผนปรับปรุงเพื่อให้การปฏิบัติตาม PDPA เป็นไปอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

๓. แนวทางแก้ไขปัญหา และเพื่อนำข้อเสนอแนะมาวิเคราะห์ในการพัฒนาประสิทธิภาพ การประยุกต์ใช้กฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารข้อมูลในหน่วยงาน

๑. จัดอบรมและสัมมนาเกี่ยวกับ PDPA ให้บุคลากรทุกระดับอย่างสม่ำเสมอจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติ (Manual) สำหรับการจัดการข้อมูลส่วนบุคคลมีการประเมินความเข้าใจและฝึกอบรมซ้ำเพื่อสร้างความต่อเนื่อง ช่วยลดความเสี่ยงการละเมิดข้อมูลเพิ่มความมั่นใจและความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงาน

๒. จัดทำฐานข้อมูลกลาง (Centralized Data System) สำหรับข้อมูล KPI, PMQA, ข้อมูลผู้ป่วยและบุคลากรใช้ระบบจัดเก็บและดึงข้อมูลอัตโนมัติ (Automated Data Management) กำหนด Workflow การเข้าถึงและแก้ไขข้อมูลที่ชัดเจน เพื่อเพิ่มความสะดวกและรวดเร็วในการสรุปผลและรายงานสนับสนุนการวิเคราะห์เชิงนโยบายและวางแผนพัฒนางาน

๓. สร้างวัฒนธรรมองค์กรที่สนับสนุนการใช้ข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพสื่อสารประโยชน์ของ PDPA และระบบข้อมูลกลางให้ทุกฝ่ายเข้าใจมีการติดตามและให้ Feedback อย่างสม่ำเสมอเพื่อให้บุคลากรยอมรับระบบใหม่และปฏิบัติตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง และการบริหารงานมีความโปร่งใสและตรวจสอบได้

๔. ทำ Data Mapping แยกประเภทข้อมูลตามความละเอียดของ PDPA กำหนดสิทธิ์เข้าถึงข้อมูลตามบทบาทหน้าที่และความจำเป็นใช้ระบบ Dashboard และ Reporting Tool เพื่อวิเคราะห์และติดตามข้อมูล เพื่อให้การวิเคราะห์ข้อมูลเป็นระบบและตรงตามวัตถุประสงค์สนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายและการปรับปรุงคุณภาพงาน

๕. ใช้ระบบเข้ารหัสข้อมูล (Data Encryption) และ Role-Based Access Control ติดตั้งระบบบันทึก Log การเข้าถึงและแก้ไขข้อมูล (Audit Trail) มีการตรวจสอบและทดสอบระบบความปลอดภัยเป็นระยะ เพื่อลดความเสี่ยงการรั่วไหลของข้อมูลส่วนบุคคลสอดคล้องกับกฎหมาย PDPA และเพิ่มความน่าเชื่อถือของหน่วยงาน

๔. ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการพัฒนาประสิทธิภาพการประยุกต์ใช้กฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารข้อมูลในหน่วยงานมีดังนี้

๑. พัฒนาระบบ e-Learning PDPA สำหรับการเรียนรู้ต่อเนื่อง จัดทำการประเมินความรู้และติดตามผลประจำปี ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยงาน

๒. พัฒนาระบบดิจิทัลครบวงจร (Integrated Data System) ใช้ Dashboard และ Reporting Tool สำหรับติดตามและวิเคราะห์ข้อมูลสร้างมาตรฐาน Metadata และ Data Classification

๓. ลงทุนในระบบ Security ระดับสูง เช่น Firewall, Intrusion Detection, Data Loss Prevention ประเมินความเสี่ยงและทดสอบระบบความปลอดภัยเป็นประจำสร้างนโยบายการสำรองและกู้คืนข้อมูล

๔. พัฒนาระบบวิเคราะห์ข้อมูลและ Business Intelligence ใช้ Data Analytics และ Visualization เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายสร้างฐานข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์เชิงกลยุทธ์

๕. สร้างวัฒนธรรมองค์กรด้านความปลอดภัยข้อมูล (Data Protection Culture) ประชาสัมพันธ์ความสำเร็จในการจัดการข้อมูลจัดกิจกรรมสร้างความตระหนักรู้และรณรงค์ด้าน PDPA

๕. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

การพัฒนาประสิทธิภาพการประยุกต์ใช้กฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารข้อมูลในหน่วยงานเมื่อดำเนินการแล้วเสร็จจะก่อให้เกิดประโยชน์หรือผลที่คาดว่าจะได้รับที่สำคัญดังต่อไปนี้

๑. บุคลากรทุกระดับมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการปฏิบัติตาม PDPA อย่างถูกต้องลดความผิดพลาดในการจัดการข้อมูลส่วนบุคคลส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง ผ่านระบบ e-Learning และอบรมประจำปี

๒. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสาธารณสุขถูกจัดเก็บเป็นระบบและเป็นมาตรฐานเดียว (Centralized & Standardized Data) การเข้าถึงข้อมูลรวดเร็ว ถูกต้อง และเชื่อถือได้รองรับการตัดสินใจเชิงนโยบายและการวางแผนเชิงกลยุทธ์ของหน่วยงาน

๓. ลดความเสี่ยงจากการละเมิดข้อมูลส่วนบุคคลระบบและกระบวนการจัดการข้อมูลมีมาตรการความปลอดภัยครบถ้วนตาม PDPA สร้างความมั่นใจให้ประชาชนและบุคลากรต่อการรักษาความลับข้อมูล

๔. ข้อมูลที่สรุปและรายงานสามารถใช้สนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำ ลดเวลาที่ใช้ในการจัดทำรายงานและสรุปข้อมูลส่งเสริมการบริหารงานเชิงรุกและการวางแผนงานเชิงกลยุทธ์

๕. หน่วยงานเป็นตัวอย่างในการบริหารข้อมูลส่วนบุคคลอย่างมีประสิทธิภาพประชาชนมีความเชื่อมั่นในความปลอดภัยและความเป็นส่วนตัวของข้อมูลลดข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการละเมิดข้อมูล และเพิ่มความพึงพอใจต่อบริการของหน่วยงาน

การประยุกต์ใช้ PDPA อย่างครบวงจรและเชื่อมโยงกับการบริหารข้อมูล จะช่วยสร้าง องค์กรที่มีข้อมูลเชื่อถือได้ ปลอดภัย และสนับสนุนการตัดสินใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งยังเสริมสร้างภาพลักษณ์และความน่าเชื่อถือของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ในสายตาของประชาชนและผู้บริหาร

๖. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ร้อยละของบุคลากรที่ผ่านการอบรมและประเมินความเข้าใจ PDPA $\geq ๙๕\%$
๒. ร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลที่ถูกจัดเก็บในระบบฐานข้อมูลกลาง (Centralized Data System) $\geq ๙๐\%$
๓. ร้อยละของการเข้าถึงข้อมูลที่เป็นไปตามบทบาทหน้าที่ (Role-Based Access Control) ๑๐๐%
๔. ร้อยละของเหตุการณ์ข้อมูลผิดปกติที่ได้รับการรายงานและแก้ไขภายในเวลาที่กำหนด $\geq ๙๕\%$
๕. ร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลที่มีการจัดเก็บ ป้องกัน ทำลาย ตามมาตรฐาน PDPA (รวมการเข้ารหัส การเก็บรักษา และการทำลายข้อมูลตามรอบเวลา) ๙๕%