

๓. ผลงานที่จะส่งประเมิน

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

(ผลงานวิชาการ/งานวิจัย ให้ส่งตามจำนวนตามเกณฑ์ที่แต่ละสาขา กำหนด โดยให้เรียงตามความดีเด่นหรือความสำคัญ โดยอย่างน้อย ๑ เรื่อง ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

ผลงานลำดับที่ ๑

เรื่อง การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดพิจิตร

ปี พ.ศ. ที่ดำเนินการ ๒๕๖๖-๒๕๖๗ (ระหว่างเดือน ตุลาคม ๒๕๖๖ – พฤษภาคม ๒๕๖๗)

เค้าโครงเรื่องย่อ (สรุปเฉพาะสาระสำคัญ)

การศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดพิจิตร สรุปสาระสำคัญมีดังนี้

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ด้วยการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเป็นกลยุทธ์หนึ่งที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีสามารถดำรงชีวิตได้ด้วยตนเองโดยไม่เป็นภาระแก่ครอบครัวหรือสังคม โดยแพนเดอร์ (Pender, ๒๐๐๖) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลกระทำโดยมีเป้าหมายสำคัญในการยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีและการบรรลุเป้าหมายในการมีสุขภาพที่ดีของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคมในการควบคุมดูแลสุขภาพให้ได้ตามเป้าหมาย และปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ จนเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตการที่บุคคลจะปรับเปลี่ยนในกิจกรรมของการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุนั้น นับเป็นกระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น ซึ่งการควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพและเป็นผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีขึ้น ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๕) ซึ่งในปัจจุบัน ในปี ๒๕๖๖ จังหวัดพิจิตร เป็นจังหวัดที่ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยมีผู้สูงอายุ จำนวน ๑๑๓,๕๐๔ คน จากจำนวนประชากรทั้งหมด ๕๒๕,๙๔๔ คน คิดเป็นสัดส่วน ร้อยละ ๒๑.๕๘ ของประชากรทั้งหมด ถือว่า ได้ว่าเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete Aged Society) จากการประเมินตามความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Activity of Daily Living) ในจังหวัดพิจิตร พบว่า ผู้สูงอายุในจังหวัดพิจิตรที่ได้รับการประเมินตามความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Activity of Daily Living) จำนวน ๔๕,๙๗๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๔๖.๓๓ น้อยที่สุดในเขตสุขภาพที่ ๓ มีจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ๔๔,๓๘๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๔๖.๕๔ จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ๑,๒๖๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๒.๗๕ จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ๓๒๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๐.๗๑ ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ ๓.๔๖ ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ ๓๓.๔๐ โดยพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหารที่รสหวานมันเค็ม มีการออกกำลังกายค่อนข้างน้อยและมีการจัดการความเครียดไม่เหมาะสม ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ ร้อยละ ๔๖.๘๙ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร, ๒๕๖๖) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในจังหวัดพิจิตรที่ผ่านมาพบว่า การกำหนดนโยบาย

รวมถึง.....

รวมถึงกิจกรรมต่าง ๆ ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุยังจำกัดอยู่ในวงแคบเฉพาะในหน่วยงานภาครัฐ ภาคีเครือข่ายภาคประชาชนไม่ได้เข้าไปมีส่วนร่วมหรือมีส่วนร่วมเป็นบางครั้งตอน ได้แก่ มีส่วนร่วมเฉพาะการประชุมแต่ไม่ได้เข้าร่วมวางแผน หรือร่วมกิจกรรม หรือบางส่วนไม่มีส่วนร่วมใดๆเลย อีกทั้งยังไม่เห็นความจำเป็นและความสำคัญในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตลอดจนยังขาดอุดมการณ์หรือแนวความคิดด้านสุขภาพ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ,๒๕๖๕) ดังนั้น จากปัญหาข้างต้น ผู้วิจัยซึ่งทำหน้าที่เป็นหัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร มีความสนใจและเห็นความสำคัญที่จะพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดพิจิตร จึงได้ดำเนินการศึกษาวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดพิจิตร เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนในการสร้างความร่วมมือร่วมใจ ร่วมคิดตัดสินใจ และดำเนินการร่วมกันของภาคีเครือข่ายอันจะเกิดประโยชน์ต่อผู้สูงอายุและการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่ยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- ๑.เพื่อศึกษาการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดพิจิตร
- ๒.เพื่อศึกษาปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพ ทักษะคิด แรงจูงใจ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดพิจิตร
- ๓.เพื่อพยากรณ์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดพิจิตร
- ๔.เพื่อสร้างและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดพิจิตร

เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ขั้นตอนที่ ๓ ทดลองใช้รูปแบบประเมินผลจากการนำรูปแบบที่สร้างขึ้นไปทดลองใช้ และขั้นตอนที่ ๔ ประกาศใช้รูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดพิจิตร โดยใช้แนวคิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, ๒๐๐๖) ตามแนวคิดการมีส่วนร่วมของโคเฮนและอัฟฮอฟ (Cohen, J. M., & Uphoff, N. T, ๑๙๘๑)

๑. ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

ขั้นตอนที่ ๑ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

๑. ผู้สูงอายุในจังหวัดพิจิตร จำนวน ๑๑๓,๕๐๔ คน ที่อาศัยอยู่จริงในปัจจุบัน (ปี ๒๕๖๖) และมีชื่อในทะเบียนบ้านในเขตจังหวัดพิจิตร และใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง Sample Size for Frequency in a Population (Sullivan, K. M., ๒๐๑๙) ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน ๓๘๓ คน ที่ความเชื่อมั่น ร้อยละ ๙๕ เพื่อความคลาดเคลื่อน ร้อยละ ๑๐ จำนวน ๓๙ คน รวมเป็น ๔๒๒ คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling technique) ตามสัดส่วนของผู้สูงอายุในแต่ละอำเภอ โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ เป็นผู้ที่มีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ในจังหวัดพิจิตรตั้งแต่ ๑ ปีขึ้นไป สามารถพูดคุยสื่อสารภาษาไทยได้รู้เรื่อง สมัยครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ เป็นผู้ที่ไม่สามารถพูด ฟัง เขียนหรือสื่อสารภาษาไทยได้ ไม่สมัครเข้าร่วมการวิจัยและไม่ยินยอมให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย และต้องการออกจากการศึกษาในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลหรือมีอาการไม่สบายหรือเจ็บป่วยกะทันหัน

๒. ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ จำนวน ๖,๗๘๒ คน ประกอบด้วย กำนัน/ผู้ใหญ่บ้านและประธานชุมชน เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุจากองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล ประธาน/ตัวแทนชมรมผู้สูงอายุ ประธาน/ตัวแทนชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ รพ./รพสต. ตัวแทนผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ คน ตัวแทนอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และตัวแทนประชาชน และกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง Sample Size for Frequency in a Population (Sullivan, K. M., ๒๐๑๙) ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน ๓๖๔ คน เพื่อความคลาดเคลื่อน ร้อยละ ๑๐ จำนวน ๓๗ คน รวมเป็น ๔๐๑ คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling technique) ตามสัดส่วนของภาคีเครือข่ายในแต่ละอำเภอ โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ เป็นผู้ที่มีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ในจังหวัดพิจิตรตั้งแต่ ๑ ปีขึ้นไป สามารถพูดคุยสื่อสารภาษาไทยได้รู้เรื่อง สมัยครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ เป็นผู้ที่ไม่สามารถพูด ฟัง เขียนหรือสื่อสารภาษาไทยได้ ไม่สมัครเข้าร่วมการวิจัยและไม่ยินยอมให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย และต้องการออกจากการศึกษาในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลหรือมีอาการไม่สบายหรือเจ็บป่วยกะทันหัน

ขั้นตอนที่ ๒ และขั้นตอนที่ ๔ ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่

ภาคีเครือข่ายใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจงจากตำบลวังทรายพูนและตำบลทับคล้อ จำนวน ๑๘ คน คือ ตัวแทนกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ตัวแทนเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุจากองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล ตัวแทนประธานชมรมผู้สูงอายุ ตัวแทนประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตัวแทนผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ รพ./รพสต. ตัวแทนผู้สูงอายุ ตัวแทนผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตัวแทนอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และตัวแทนประชาชน

ขั้นตอนที่ ๓ ทดลองใช้รูปแบบ ประเมินผลจากการนำรูปแบบที่สร้างขึ้นไปทดลองใช้

กำหนดพื้นที่ทดลอง ๒ ตำบล โดยการจับฉลากโซนละ ๑ ตำบล ได้ตำบลวังทรายพูน อำเภอวังทรายพูน และตำบลทับคล้อ อำเภอทับคล้อ กำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ทดลอง ได้แก่ ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง...

ที่เกี่ยวข้อง ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง ตำบลวังทรายพูน จำนวน ๑๐๒ คน และตำบลทับคล้อ จำนวน ๘๑ คน ได้แก่ กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุจากองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล ประธาน/ตัวแทนชมรมผู้สูงอายุ ประธาน/ตัวแทนชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ รพ./รพสต. ตัวแทนผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตัวแทนอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และตัวแทนประชาชน หมู่ละ ๑ คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ เป็นผู้มีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ในจังหวัดพิจิตร ตั้งแต่ ๑ ปีขึ้นไป สามารถพูดคุยสื่อสารภาษาไทยได้รู้เรื่อง สม่ครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยเกณฑ์การคัดออก คือ เป็นผู้ที่ไม่สามารถพูด ฟัง เขียนหรือสื่อสารภาษาไทยได้ ไม่สมัครเข้าร่วมการวิจัย และไม่ยินยอมให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย และต้องการออกจากการวิจัยในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลหรือมีอาการไม่สบายหรือเจ็บป่วยกะทันหัน

๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้นจากรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, ๒๐๐๖) ตามแนวคิดการมีส่วนร่วมของโคเฮนและอัฟฮอฟ (Cohen, J. M., & Uphoff, N. T., ๑๙๘๑) ดังนี้

ขั้นตอนที่ ๑ กลุ่มผู้สูงอายุ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ โครงสร้างของแบบสัมภาษณ์ แบ่งออกเป็น ๔ ส่วน คือ ส่วนที่ ๑ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ลักษณะคำถามเป็นเลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ การมีโรคประจำตัว ที่อยู่อาศัย การได้รับการอบรมหรือประชุมด้านสุขภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและ การตรวจสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่วนที่ ๒ ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ๕ ระดับคือคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย เห็นด้วยปานกลาง(ไม่แน่ใจ) ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนน ๕, ๔, ๓, ๒ และ ๑ คะแนน และข้อคำถามเชิงลบให้คะแนน ๑, ๒, ๓, ๔ และ ๕ คะแนน คะแนนเต็ม ๒๒๕ คะแนน การแปลความหมายคะแนนความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แบ่งออกเป็น ๓ ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Ware ^๔ คือ ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในระดับน้อย (๑๒๕-๑๕๒ คะแนน) ระดับปานกลาง (๑๕๓-๒๐๐ คะแนน) และระดับสูง (๒๐๑-๒๒๕ คะแนน) ส่วนที่ ๓ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นแบบสัมภาษณ์ชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ๕ ระดับคือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนน ๕, ๔, ๓, ๒ และ ๑ คะแนน และข้อคำถามเชิงลบให้คะแนน ๑, ๒, ๓, ๔ และ ๕ คะแนน คะแนนเต็ม ๒๒๕ คะแนน การแปลความหมายคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แบ่งออกเป็น ๓ ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Ware (Ware, J. E. Jr, ๒๐๐๐) คือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในระดับน้อย (๑๒๐-๑๔๒ คะแนน) ระดับปานกลาง (๑๔๓-๑๘๒ คะแนน) และระดับมาก (๑๘๓-๒๑๕ คะแนน) และส่วนที่ ๔ ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมของผู้สูงอายุในจังหวัดพิจิตร เป็นคำถามเปิดให้เติมข้อความ

ขั้นตอนที่ ๑ และขั้นตอนที่ ๓ กลุ่มภาคีเครือข่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามภาคีเครือข่าย โครงสร้างของแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น ๗ ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ ๑ ปัจจัยส่วนบุคคลของภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย คำถามปลายปิดและปลายเปิด ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ ประเภทของ

ภาคี...

ภาคีเครือข่าย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ บทบาททางสังคม การอบรมหรือประชุมด้านการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่วนที่ ๒ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ๕ ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนน ๕, ๔, ๓, ๒ และ ๑ คะแนน และข้อคำถามเชิงลบให้คะแนน ๑, ๒, ๓, ๔ และ ๕ คะแนน คะแนนเต็ม ๑๒๐ คะแนน การแปลความหมายคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบ่งออกเป็น ๓ ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Ware (Ware, J. E. Jr, ๒๐๐๐) คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในระดับน้อย (๕๖-๗๔ คะแนน) ระดับปานกลาง (๗๕-๙๙ คะแนน) และระดับมาก (๑๐๐-๑๑๖ คะแนน) ส่วนที่ ๓ ทักษะคติต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ๕ ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนน ๕, ๔, ๓, ๒ และ ๑ คะแนน และข้อคำถามเชิงลบให้คะแนน ๑, ๒, ๓, ๔ และ ๕ คะแนน คะแนนเต็ม ๑๐๐ คะแนน การแปลความหมายคะแนนทักษะคติ แบ่งออกเป็น ๓ ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Ware (Ware, J. E. Jr, ๒๐๐๐) คือ ทักษะคติในระดับน้อย (๔๓-๖๒ คะแนน) ระดับปานกลาง (๖๓-๘๖ คะแนน) และระดับสูง (๘๗-๙๙ คะแนน) ส่วนที่ ๔ แรงจูงใจในการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ๕ ระดับคือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนน ๕, ๔, ๓, ๒ และ ๑ คะแนน และข้อคำถามเชิงลบให้คะแนน ๑, ๒, ๓, ๔ และ ๕ คะแนน คะแนนเต็ม ๖๐ คะแนน การแปลความหมายคะแนนแรงจูงใจ แบ่งออกเป็น ๓ ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Ware (Ware, J. E. Jr, ๒๐๐๐) คือ แรงจูงใจในระดับน้อย (๒๑-๓๗ คะแนน) ระดับปานกลาง (๓๘- ๕๒ คะแนน) และระดับมาก (๕๓-๖๐ คะแนน) ส่วนที่ ๕ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ๕ ระดับคือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนน ๕, ๔, ๓, ๒ และ ๑ คะแนน และข้อคำถามเชิงลบให้คะแนน ๑, ๒, ๓, ๔ และ ๕ คะแนน คะแนนเต็ม ๖๐ คะแนน การแปลความหมายคะแนนการได้รับการสนับสนุนทางสังคม แบ่งออกเป็น ๓ ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Ware (Ware, J. E. Jr, ๒๐๐๐) คือ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ในระดับน้อย (๒๑-๓๗ คะแนน) ระดับปานกลาง (๓๘- ๕๐ คะแนน) และระดับมาก (๕๑-๕๕ คะแนน) ส่วนที่ ๖ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ๕ ระดับคือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนน ๕, ๔, ๓, ๒ และ ๑ คะแนน และข้อคำถามเชิงลบให้คะแนน ๑, ๒, ๓, ๔ และ ๕ คะแนน คะแนนเต็ม ๑๒๕ คะแนน การแปลความหมายคะแนนการมีส่วนร่วม แบ่งออกเป็น ๓ ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Ware (Ware, J. E. Jr, ๒๐๐๐) คือ การมีส่วนร่วม ในระดับน้อย (๒๕-๖๗ คะแนน) ระดับปานกลาง (๖๘- ๑๐๐ คะแนน) และระดับมาก (๑๐๑-๑๒๕ คะแนน) และส่วนที่ ๗ ปัญหาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและแนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เป็นคำถามปลายเปิดให้เติมข้อความ

ขั้นตอนที่ ๒ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแนวการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับการนำเสนอผลสำรวจพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง สร้างและพัฒนารูปแบบ/กิจกรรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดพิจิตรที่เหมาะสม

การทดสอบ...

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำแบบสัมภาษณ์ แบบสอบถาม แนวการสนทนากลุ่มไปปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ มีการปรับปรุงแก้ไขโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน ๓ ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความครอบคลุมประเด็นที่ต้องศึกษา ได้ค่า IOC ของแบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ เท่ากับ ๐.๙๕ แบบสอบถามภาคีเครือข่ายเท่ากับ ๐.๙๔ นำข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไขแบบสัมภาษณ์ แบบสอบถาม และแนวการสนทนากลุ่ม จากนั้นนำแบบสัมภาษณ์ และแบบสอบถามไปกับทดลองใช้กับผู้สูงอายุและภาคีเครือข่ายในอำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน ๓๐ คน หาความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม โดยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค(Cronbach, L. J., ๑๙๘๔)ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ เท่ากับ ๐.๘๘ แบบสอบถามภาคีเครือข่ายเท่ากับ ๐.๘๔ ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่สามารถนำมาใช้ได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดย ๑)ทำบันทึกถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตรเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล ๒)ทำหนังสือถึงหน่วยงานและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อประสานการเก็บรวบรวมข้อมูล ๓)ประชุมเพื่อเตรียมความพร้อมทีมผู้ช่วยนักวิจัย ๔)ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย แก่กลุ่มตัวอย่างเพื่อขอความร่วมมือและยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ๕)ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ขั้นตอนที่ ๑ สำรวจและวิเคราะห์สถานการณ์การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดพิจิตร โดยสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ตามแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและสอบถามภาคีเครือข่ายตามแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป สรุปผลการวิจัยจากแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม เพื่อเป็นข้อมูลในการสนทนากลุ่ม ขั้นตอนที่ ๒ สร้างรูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดพิจิตร โดยดำเนินการสนทนากลุ่ม(Focus Group) กับภาคีเครือข่ายเพื่อเสนอสถานการณ์ปัญหาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ สถานการณ์ปัญหาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และแนวทางแก้ไข สร้างรูปแบบ/กิจกรรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ขั้นตอนที่ ๓ ทดลองใช้รูปแบบ ประเมินผลจากการนำรูปแบบที่สร้างขึ้นไปทดลองใช้ โดยทดลองที่ ตำบลวังทรายพูนและตำบลทับคล้อ ประเมินการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ก่อนและหลังดำเนินการ ขั้นตอน ที่ ๔ ปรับปรุง/พัฒนารูปแบบและประกาศใช้รูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดพิจิตร

การวิเคราะห์ข้อมูล

๑.ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติพรรณนาด้วยจำนวน ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด สูงสุด สถิติเชิงอนุมานใช้ Independent sample t test, Oneway ANOVA, และ Multiple linear Regression โดยใช้ตัวแปรแบบขั้นตอน (Stepwise) และใช้สถิติ Paired t-test ในการเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดพิจิตร

๒.ข้อมูลเชิงคุณภาพในการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยจัดหมวดหมู่แยกประเด็นจากกิจกรรมสนทนากลุ่ม

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร เลขที่โครงการ ๒๑/๒๕๖๖ อนุมัติเมื่อวันที่ ๒๖ กันยายน ๒๕๖๖ และผู้วิจัยได้อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทํารวบรวมข้อมูล และสิทธิการปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้เข้าร่วมวิจัย และทำการลงชื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัยก่อนการสัมภาษณ์ สอบถามและสนทนากลุ่ม

ผลการวิจัย

ขั้นตอนที่ ๑ สํารวจและวิเคราะห์สถานการณ์การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดพิจิตร

๑.ผู้สูงอายุ

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ จำนวน ๔๒๒ คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ๖๓.๔๘ มีอายุเฉลี่ย ๖๗.๕๐ ปี จบประถมศึกษา ร้อยละ ๗๑.๕๖ ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ ร้อยละ ๕๘.๒๙ มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ ๓๓.๑๘ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ๖,๓๔๕.๕๓ บาท ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ ๔๙.๕๓ มีโรคประจำตัว ร้อยละ ๖๖.๘๒ โรคประจำตัวที่เป็น ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง ร้อยละ ๔๒.๔๒ เท่ากัน มีที่อยู่เป็นของตนเอง ร้อยละ ๙๔.๗๙ เคยได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ร้อยละ ๘๕.๗๘ เคยตรวจสุขภาพ ร้อยละ ๘๓.๓๓

ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ ๖๖.๕๙ และร้อยละ ๖๔.๒๒ ตามลำดับ อาชีพ รายได้ต่อเดือน อิทธิพลจากสถานการณ์ ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในภาพรวม และอิทธิพลระหว่างบุคคลเป็นปัจจัยที่ส่งผลและสามารถพยากรณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยสามารถพยากรณ์ได้ร้อยละ ๔๐.๑๐ ($R^2 \text{ adj} = 0.๔๐๑$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

๒.ภาคีเครือข่าย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ จำนวน ๔๐๑ คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ๖๖.๕๘ มีอายุเฉลี่ย ๕๔.๔๓ ปี จบมัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช. ร้อยละ ๓๐.๑๗ มีสถานภาพคู่ ร้อยละ ๖๔.๓๔ มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ ๔๗.๑๓ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ๑๓,๓๐๑.๙๕ บาท ส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ร้อยละ ๔๔.๑๔ ที่เคยได้รับการอบรมหรือประชุมเพื่อพัฒนาความรู้หรือทักษะเกี่ยวกับด้านการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ บ่อยครั้ง ร้อยละ ๔๗.๓๘ เคยได้รับข่าวสารเกี่ยวกับด้านการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นประจำ ร้อยละ ๔๙.๑๓ เคยได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจากการเข้าประชุม/อบรมมากที่สุด ร้อยละ ๙๙.๗๕

ปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพ ทักษะคิด แรงจูงใจ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ ๕๒.๑๒, ๕๘.๑๑, ๕๑.๘๗ และ ๖๖.๘๓ ตามลำดับ ระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ ๗๓.๐๗, ๗๗.๓๑, ๗๓.๕๗, ๖๑.๑๐ และ ๗๙.๐๕ ตามลำดับ

ปัจจัยที่ส่งผลและสามารถพยากรณ์การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดพิจิตร เมื่อนำมาวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณเพื่อหาปัจจัยร่วมกันที่ส่งผลต่อระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วย Stepwise Multiple Regression พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลและมีอำนาจพยากรณ์ระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุสูงที่สุดตามลำดับคือ

ความรอบรู้...

ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพ($\beta=0.282$) ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ($\beta=-0.220$) แรงจูงใจ($\beta=0.184$) เพศ ($\beta=0.184$) ความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม($\beta=0.165$) และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ($\beta=-0.154$) ดังตารางที่ ๑ โดยสมารถพยากรณ์ได้ร้อยละ ๕๑.๒๐ ($R^2 \text{ adj} = 0.512$)

ตารางที่ ๑ ปัจจัยที่ส่งผลและสมารถพยากรณ์การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดพิจิตร : การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ปัจจัย	B	SE B	Beta	t	P-value
๑.ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพ	๑๓.๑๘๒	๓.๐๖๘	๐.๒๘๒	๔.๒๙๖	<๐.๐๐๑*
๒.ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ	-	๒.๗๖๙	-	-	<๐.๐๐๑*
	๑๐.๒๐๓		๐.๒๒๐	๓.๖๘๕	
๓.แรงจูงใจ	๕๐.๐๒๘	๑๒.๖๙๓	๐.๑๘๔	๓.๙๔๒	<๐.๐๐๑*
๔.เพศ	๑๓.๒๑๙	๓.๕๓๐	๐.๑๘๔	๓.๗๔๕	<๐.๐๐๑*
๕.ความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม	๔๒.๕๔๙	๑๒.๕๑๕	๐.๑๖๕	๓.๔๐๐	<๐.๐๑*
๖.การได้รับการสนับสนุนทางสังคม	-๙.๐๘๘	๓.๓๒๒	-	-	<๐.๐๑*
			๐.๑๕๔	๒.๗๓๖	

Constant (a) = -๕๘.๙๑๖, R = ๐.๗๖๘, $R^2 = 0.635$, Adjusted R² = ๐.๕๑๒, SEE = ๔๓.๘๓

*P-value < ๐.๐๕

ขั้นตอนที่ ๒ สร้างรูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดพิจิตร โดยดำเนินการสนทนากลุ่ม(Focus Group) กับภาคีเครือข่ายเพื่อเสนอสถานการณ์ปัญหาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ สถานการณ์ปัญหาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยนำประเด็นปัจจัยที่ส่งผลและสมารถพยากรณ์การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในขั้นตอนที่ ๑ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านการรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ แรงจูงใจ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม มาเป็นประเด็นให้ภาคีเครือข่ายแสดงความคิดเห็นในการแนวทางแก้ไข สร้างรูปแบบ/กิจกรรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ รูปแบบที่ได้สร้างขึ้นเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน ๙ ประเด็นหลัก ได้แก่ ๑) สร้างกลุ่มไลน์ภาคีเครือข่าย ๒) พัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยการอบรมให้ความรู้ ๓) สร้างแรงจูงใจเพื่อให้ภาคีเครือข่ายมีมั่นใจในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการอบรมให้ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ๔) สร้างและพัฒนาทีมที่ปรึกษาให้แก่ภาคีเครือข่าย ๕) ประกาศเกียรติคุณภาคีเครือข่ายต้นแบบในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ๖) ประสานและบูรณาการงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกในพื้นที่จากหน่วยงานต่าง ๆ ๗) สื่อสารประชาสัมพันธ์การเรื่องการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้แก่ประชาชนอย่างต่อเนื่อง ๘) ประกาศการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

ในการ...

ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเป็นนโยบายเน้นหนักระดับตำบลและ ๙) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ขั้นตอนที่ ๓ ทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดพิจิตรที่สร้างขึ้น ๙ ประเด็นหลัก แก่ภาคีเครือข่ายตำบลวังทรายพูนและตำบลทับคล้อ ได้แก่ สร้างกลุ่มไลน์ภาคีเครือข่าย พัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยการอบรมให้ความรู้แก่ภาคีเครือข่าย สร้างแรงจูงใจโดยการอบรมให้ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อสร้างความมั่นใจให้ภาคีเครือข่าย สร้างและพัฒนาทีมที่ปรึกษาให้แก่ภาคีเครือข่าย ประกาศเกียรติคุณภาคีเครือข่ายต้นแบบในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ประสานและบูรณาการงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกในพื้นที่จากหน่วยงานต่างๆ สื่อสารประชาสัมพันธ์การเรื่องการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้แก่ประชาชนอย่างต่อเนื่อง ประกาศการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเป็นนโยบายเน้นหนักระดับตำบลและจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้เวลาทดลองรูปแบบจำนวน ๔ เดือน (ตั้งแต่เดือนมกราคม ๒๕๖๗ – เมษายน ๒๕๖๗) ดำเนินการประเมินการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ก่อนและหลังดำเนินการ

ผลการประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดพิจิตร พบว่า ผลการวิเคราะห์ทดสอบเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ แรงจูงใจ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนา ๙ ระบบ ด้วยสถิติ Paired-Samples T-Test พบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังดำเนินการมากกว่าก่อนดำเนินการ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) ทั้ง ๒ ตำบล ดังตารางที่ ๒ และตารางที่ ๓

ตารางที่ ๒ แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังดำเนินการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลวังทรายพูน อำเภอวังทรายพูน จังหวัดพิจิตร

ปัจจัย	Mean Differences	s.d.	SE.	t	df	p-value
๑.ความรอบรู้ด้านสุขภาพของภาคีเครือข่าย	-๑๗.๔๕๑๐	๑๒.๓๐๓๖	๑.๒๑๘๒	-๑๔.๓๒๕	๑๐๑	<๐.๐๐๑*
๒.แรงจูงใจ	-๗.๔๗๐๖	๕.๓๓๙๔	๐.๕๒๘๗	-๑๔.๑๓๑	๑๐๑	<๐.๐๐๑*
๓.การได้รับการสนับสนุนทางสังคมของภาคีเครือข่าย	-๘.๓๕๒๙	๖.๓๐๒๐	๐.๖๒๔๐	-๑๓.๓๘๖	๑๐๑	<๐.๐๐๑*
๔.การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	-๑๒.๑๖๖๗	๑๓.๐๔๐๗	๑.๒๙๑๒	-๙.๔๒๓	๑๐๑	<๐.๐๐๑*

*P-value < ๐.๐๕

ตารางที่...

ตารางที่ ๓ แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังดำเนินการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลทับคล้อ อำเภอทับคล้อ จังหวัดพิจิตร

ปัจจัย	Mean Differences	s.d.	SE.	t	df	p-value
๑.ความรอบรู้ด้านสุขภาพของภาคีเครือข่าย	-๖๔.๗๔๑	๑๒.๕๐๐	๑.๓๘๙	-๔๖.๖๑๔	๘๐	<๐.๐๐๑*
๒.แรงจูงใจ	-๙.๓๕๘	๘.๒๓๓	๐.๙๑๕	-๑๐.๒๓๐	๘๐	<๐.๐๐๑*
๓.การได้รับการสนับสนุนทางสังคมของภาคีเครือข่าย	-๑๐.๔๒๐	๗.๖๔๐	๐.๘๔๙	-๑๒.๒๗๔	๘๐	<๐.๐๐๑*
๔.การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	-๑๗.๑๔๘	๙.๘๙๒	๑.๐๙๙	-๑๕.๖๐๒	๘๐	<๐.๐๐๑*

*P-value < ๐.๐๕

ขั้นตอนที่ ๔ ประกาศใช้รูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดพิจิตร

เมื่อทดลองรูปแบบแล้วมีข้อเสนอปรับปรุงแก้ไขบ้างเล็กน้อยได้นำเข้าปรึกษาในที่ประชุมคณะกรรมการผู้สูงอายุจังหวัด ที่ประชุมได้เสนอแนะเพิ่มเติม ได้แก่ การจัดหาสมาร์ทโฟน ค่าตอบแทนและสวัสดิการต่างๆแก่ภาคีเครือข่ายที่มีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม จากนั้นผู้วิจัยได้นำเสนอรูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุผู้บริหารประกาศเป็นนโยบายเพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางให้ทุกตำบลส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุต่อไป

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำผลการศึกษามาสรุปและอภิปรายผล การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดพิจิตร ภาคีเครือข่ายมีระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งผลการศึกษครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสุตปรีชา เตียติวิริยะกุล(๒๕๕๙) พบว่าการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด และทำนองเดียวกับการศึกษาของสุธาทิพย์ จันทักษ์(๒๕๖๐) พบว่า การมีส่วนร่วม อยู่ในระดับปานกลาง สามารถอธิบายได้ว่าการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลางนั้น อาจเป็นเพราะว่าจังหวัดพิจิตรไม่ได้มุ่งเน้นในการส่งเสริมให้ภาคีเครือข่ายอื่นๆมีส่วนร่วมนอกจากหน่วยงานภาครัฐและชมรมผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงต้องส่งเสริมและสนับสนุนให้ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุทั้งภาครัฐและประชาชนมา มีบทบาทร่วมกันในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมากขึ้น

ปัจจัยที่ส่งผลและสามารถพยากรณ์การมีส่วนร่วม ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการรู้เท่าทันสื่อ ด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ แรงจูงใจ เพศ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมและการได้รับการสนับสนุนทางสังคม สามารถอธิบายได้ว่า ในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคี...

ของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุนั้น ต้องอาศัยความรู้ด้านสุขภาพในทุกๆด้านและที่สำคัญคือด้านการรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพ ด้านความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ แรงจูงใจและการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของอนุตรา อนุเรื่อง (๒๕๖๐) มีข้อเสนอแนะคือควรเพิ่มช่องทางในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารต่างๆ เปิดโอกาสให้สมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่มีความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพเป็นแกนนำในการดูแลสุขภาพ มีระบบในการดูแลติดตาม เพิ่มกิจกรรมที่เน้นพัฒนาศักยภาพในการใช้เทคโนโลยีต่างๆที่ผู้สูงอายุสามารถเรียนรู้ได้ สอดคล้องกับกองสุศึกษา (๒๕๖๑) ที่กล่าวว่าความรู้ด้านสุขภาพเป็นความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติและการจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของจิราวรรณ นามพันธ์, นฤมล เอี่ยมณีกุลและสุรินทร์ กลัมพากร (๒๕๖๓) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร ได้แก่ ทักษะคิด แรงจูงใจ สอดคล้องกับการศึกษาของชนายุส คำโสม, สุนีย์ ละกะปิ่น และเพลินพิศ บุญมาลิก (๒๕๖๒) พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว การได้รับการยอมรับจากชุมชนและการติดตามงานจากผู้จัดการ สอดคล้องกับการศึกษาของของศิวพร ชุ่มเย็น (๒๕๖๕) มีข้อเสนอแนะว่า ควรกำหนดให้มีนโยบายสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแลติดตามให้ข้อมูล รวมทั้งการให้ขวัญกำลังใจแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุและทำนองเดียวกับการศึกษาของพิมพ์บุญญา สมุหรัตน์ (๒๕๖๓) พบว่าปัจจัยการรับรู้และแรงจูงใจของผู้นำชุมชนมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงควรจัดกิจกรรมให้ความรู้ ความเข้าใจ และให้ข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้กับผู้นำชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้นำชุมชนมีความพร้อมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

สำหรับรูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นคือ ๑) สร้างกลุ่มไลน์ภาคีเครือข่าย ๒) พัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ๓) สร้างแรงจูงใจเพื่อให้ภาคีเครือข่ายมีความมั่นใจ ๔) สร้างและทีมที่ปรึกษาให้แก่ภาคีเครือข่าย ๕) ประกาศเกียรติคุณภาคีเครือข่าย ๖) ประสานและบูรณาการงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกในพื้นที่ ๗) สื่อสารประชาสัมพันธ์ประชาชนอย่างต่อเนื่อง ๘) ประกาศเป็นนโยบายระดับตำบลและ ๙) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เมื่อทำการทดสอบค่าเฉลี่ยคะแนนปัจจัยต่างๆ และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนาแบบสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) แสดงว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุคือ การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้ภาคีเครือข่ายรู้เท่าทันสื่อมีความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ได้รับแรงจูงใจและการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของบัวพา บัวระภา (๒๕๕๙) พบว่า หลังดำเนินงานตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชน การดำเนินงานโดยรวม อยู่ในระดับมาก และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยรวมทุกด้าน อยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ปัจจัยความสำเร็จเกิดจากการจัดตั้งเครือข่ายคณะทำงานเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชน การติดต่อประสานงานของเครือข่าย และชุมชนมีการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและ ทำนองเดียวกับการศึกษาของสุปราณี บุญมี, ชัยวุฒิ บัวเนียวและสุพิตรา เศลวิทนกุล (๒๕๖๑) พบว่า ผลการดำเนินงานตามขั้นตอนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอยู่ในระดับมากและด้านความรู้ ทักษะคิด การปฏิบัติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมาก ปัจจัยความสำเร็จของการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน คือ การมีส่วน...

การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ การมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้สูงอายุ และ ความต่อเนื่องในการดำเนินงาน และการดูแล

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

๑.กำหนดและประกาศการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นนโยบายสำคัญของจังหวัด หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องถือปฏิบัติอย่างจริงจังพร้อมทั้งจัดสรรงบประมาณให้เพียงพอและจัดทำคำสั่งมอบหมายภารกิจผู้เกี่ยวข้องในการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

๒.ส่งเสริมให้ทุกอำเภอและตำบลจัดทำแผนงานหรือโครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยเน้นหนักในเรื่องการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ แรงจูงใจและแรงสนับสนุนทางสังคม

๓.ประสานความร่วมมือทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการจัดกิจกรรมรณรงค์ สร้างกระแสให้คนในชุมชนให้ความสนใจและเห็นความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไปใช้ในทุกพื้นที่อำเภอ ตำบลและหมู่บ้าน

๔.เผยแพร่และนำรูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ไปใช้ในทุกพื้นที่อำเภอ ตำบลและหมู่บ้าน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

๑.ควรศึกษาและพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ ประชาชนกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (อายุ ๕๐-๕๙ ปี) เพื่อเตรียมสำหรับผู้สูงอายุต่อไป

๒.ควรศึกษาปัญหาอุปสรรคและปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเชิงลึกเพิ่มเติม เพื่อให้ได้ปัญหาอุปสรรคและปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อานอกเหนือจากการวิจัยในครั้งนี้ และอาจได้ข้อค้นพบใหม่เพื่อนำมาวางแผนในการส่งเสริมการมีส่วนร่วม และการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายในจังหวัดพิจิตร

การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. ทำให้ทราบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและแนวทางแก้ไข

๒. ได้รู้รูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดพิจิตรที่เหมาะสม และสามารถนำไปใช้กับตำบลอื่นๆและทุกอำเภอในจังหวัดพิจิตร

๓. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในการวางแผนดำเนินการโครงการสาธารณสุข เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ หรือ จัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายตลอดจน เป็นแนวทางในการส่งเสริม/สนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายให้มีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น

๔. ผลของการวิจัยครั้งนี้ จะนำไปใช้เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมในเรื่องมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและประชาชนกลุ่มอื่นๆต่อไป

สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ) ๙๐

กรณีที่เป็นผลงานร่วมกันของบุคคลหลายคน

รายชื่อผู้ขอประเมินและผู้ร่วม	สัดส่วนผลงาน	ระบุรายละเอียดของผลงานที่ดำเนินการ (ผู้ขอประเมินและผู้ร่วม)
นายไพบูลย์ ตันคงจำรัสกุล	ร้อยละ ๙๐	เป็นหัวหน้าโครงการและนักวิจัยหลักดำเนินการวางแผนการวิจัย เขียนโครงร่างวิจัย สร้างเครื่องมือวิจัย ดำเนินการวิจัย ประสานงาน เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล เขียนรายงานวิจัยและดำเนินการเผยแพร่ผลงานวิจัย
นางสาวอินทิรา เตชะสังข์	ร้อยละ ๑๐	ทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยนักวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเผยแพร่ (ถ้ามี)

☒ ผลงานแล้วเสร็จและเผยแพร่แล้ว เผยแพร่ในวารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน (Academic Journal of Community Public Health) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตีพิมพ์ฉบับที่ ๔ เดือน ตุลาคม - ธันวาคม ๒๕๖๗ (โปรดแนบสำเนาวารสาร)

☐ ผลงานแล้วเสร็จแต่ยังไม่เผยแพร่

☐ ผลงานยังไม่แล้วเสร็จ

ผลงานลำดับที่ ๒ หรือผลงานลำดับที่ ๓ (กรณีที่เกณฑ์แต่ละสาขากำหนดให้ส่งได้มากกว่า ๑ เรื่อง)

ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑ โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานไปเป็นเรื่อง ๆ ไป

ผลงานลำดับที่ ๒

เรื่อง ผลการพัฒนาแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)

ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดพิจิตร

ปี พ.ศ. ที่ดำเนินการ ๒๕๖๗ (ระหว่างเดือน เมษายน ๒๕๖๗ - สิงหาคม ๒๕๖๘)

เค้าโครงเรื่องย่อ (สรุปเฉพาะสาระสำคัญ)

การศึกษาวิจัยเรื่อง สรุปสาระสำคัญมีดังนี้

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไข้เลือดออก(Dengue hemorrhagic fever) เป็นโรคติดต่อที่มีอยู่กลายเป็นพาหะและก่อให้เกิดปัญหาทางสาธารณสุขในหลายประเทศทั่วโลก พบการระบาดของโรคไข้เลือดออกในประเทศไทยครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๐๑ เป็นต้นมา โดยมีผู้ป่วยมากกว่า ๒,๐๐๐ ราย และตายถึง ๓๐๐ ราย โรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อที่สร้างความสูญเสียแก่ชีวิต ทรัพย์สินและภาวะด้านเศรษฐกิจของประเทศ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๔) สถานการณ์โรคไข้เลือดออก ในปี ๒๕๖๖ (ระหว่างวันที่ ๑ ม.ค. - ๑ มี.ค.๖๖) พบผู้ป่วยจำนวน ๖,๑๕๖ ราย เสียชีวิต ๔ ราย กลุ่มอายุที่อัตราป่วยพบมากที่สุด ๓ อันดับ คือ ๕-๑๔ ปี, ๑๕-๒๔ ปี และ ๐-๔ ปี คิดเป็น ร้อยละ ๒๗.๘๑, ๑๖.๓๙ และ ๑๒.๗๖ ตามลำดับ จำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกรายเดือนในปี ๒๕๖๖ เมื่อเทียบกับปี ๒๕๖๕ พบว่า ในเดือนมกราคมมีผู้ป่วยมากกว่าปีที่แล้ว ๖.๖ เท่า (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๖) การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ประสบความสำเร็จ

เข้มแข็ง...

เข้มแข็งและมีความต่อเนื่องและยั่งยืนได้นั้น จะต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อสม.มีบทบาทที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพ (Change agent) การสื่อสารสาธารณสุขการแนะนำเผยแพร่ความรู้ วางแผนและประสานกิจกรรม ตลอดจนการให้บริการสาธารณสุขทั้งการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันและควบคุมโรค (กองสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ,๒๕๖๒)

สถานการณ์โรคไข้เลือดออกในจังหวัดพิจิตร ตั้งแต่ ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ – ๒๕๖๖ พบว่า มีอัตราป่วย ๙๐.๗๙, ๒๓.๐๖ และ ๑๒๓.๐๑ ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ในปี พ.ศ.๒๕๖๕ มีอัตราตาย ๐.๑๘ และ ๒๕๖๖ มีอัตราตาย ๐.๓๘ ต่อแสนประชากร (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร, ๒๕๖๗) จะเห็นได้ว่าจากสถานการณ์โรคไข้เลือดออกยังพบมีผู้ป่วยและตายอยู่ ทำให้โรคไข้เลือดออกยังคงเป็นปัญหาของจังหวัดพิจิตร ซึ่งต้องมีการป้องกันและควบคุมอย่างจริงจัง สม่าเสมอและต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมของอสม.ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกนั้น พบว่า อสม. บางส่วนยังไม่เห็นความจำเป็นของการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกและมีส่วนร่วมเฉพาะในช่วงที่มีกิจกรรมรณรงค์หรือการประชุมหมู่บ้านเพื่อแจ้งข่าวเรื่องโรคไข้เลือดออกเท่านั้น (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร, ๒๕๖๗)

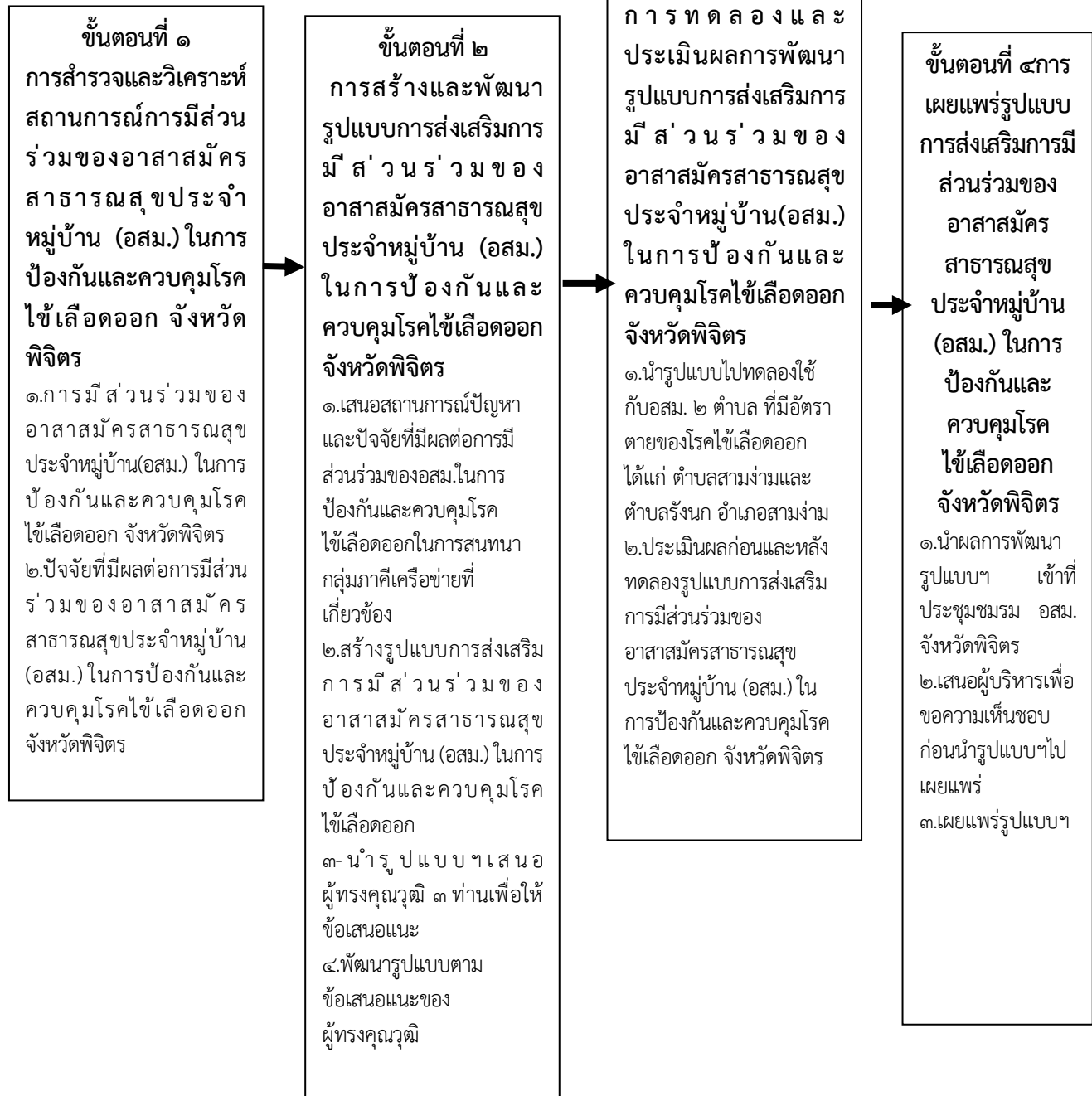
จากปัญหาข้างต้น ผู้วิจัยมีความสนใจและเห็นความสำคัญที่ศึกษา เรื่อง ผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดพิจิตร โดยศึกษาในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) จังหวัดพิจิตรและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง โดยประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE–PROCEED Model ของ Green and Kreuter(๒๐๐๕) ในส่วนของการวินิจฉัยปัญหา (Diagnostic Phase)หรือทฤษฎีการวิเคราะห์พฤติกรรมของบุคคลแบบสหปัจจัย ที่เรียกว่า PRECEDE Model และแนวคิดการมีส่วนร่วมของโคเฮนและอัฟฮอฟ (Cohen & Uphoff,๑๙๘๑) ซึ่งเป็นการศึกษาสถานการณ์เพื่อนำมากำหนดเป็นรูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) การศึกษาครั้งนี้จะได้นำผลการศึกษาไปวางแผนสนับสนุนและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดพิจิตร ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

๑. เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดพิจิตร
๒. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลและสามารถพยากรณ์ระดับการมีส่วนร่วมของ อสม.ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดพิจิตร
๓. เพื่อสร้างและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดพิจิตร
๔. เพื่อทดลองและประเมินผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดพิจิตร

กรอบแนวคิด...

กรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

๑.รูปแบบในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research, PAR) เก็บรวบรวมข้อมูลแบบผสมผสาน (Mixed Methods) ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณ และคุณภาพ เก็บข้อมูลระหว่างเดือน เมษายน ๒๕๖๗ – เดือนสิงหาคม ๒๕๖๘ โดยการศึกษาวิจัยครั้งนี้ดำเนินการใน ๔ ขั้นตอนคือ

ขั้นตอนที่ ๑ การสำรวจและวิเคราะห์สถานการณ์การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

(อสม.) ใน...

(อสม.) ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดพิจิตร เป็นการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ ขั้นตอนที่ ๒ การสร้างและพัฒนาแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดพิจิตร โดยกระบวนการกลุ่มแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (Focus Group) เป็นการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ ขั้นตอนที่ ๓ การทดลองและประเมินผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดพิจิตร เป็นการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ และขั้นตอนที่ ๔ การเผยแพร่แบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดพิจิตร เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ

๒. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ ๑ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในจังหวัดพิจิตร จำนวน ๑๓,๓๕๔ คน และใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง Sample Size for Frequency in a Population (Sullivan, ๒๐๑๙) ได้กลุ่มตัวอย่าง ๓๗๔ คน เพื่อความคลาดเคลื่อน ร้อยละ ๑๐ จำนวน ๓๗ คน รวมเป็น ๔๑๑ คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ(Systematic random sampling technique) ตามสัดส่วนของอสม.ในแต่ละอำเภอ ขั้นตอนที่ ๒ คือ ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เลือกแบบเจาะจง จำนวน ๒๘ คน ขั้นตอนที่ ๓ ได้แก่ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลสามง่าม อำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร จำนวน ๑๒๘ คน ตำบลวังนก อำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร จำนวน ๑๔๕ คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง Sample Size for Frequency in a Population (Sullivan, ๒๐๑๙) ตำบลสามง่าม ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๑๐๗ คน และตำบลวังนก จำนวน ๑๑๖ คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยการสุ่มจากบัญชีรายชื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตามสัดส่วนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในแต่ละหมู่บ้าน เกณฑ์การคัดเข้า คือ เป็นผู้ที่มีอายุ ๒๐ ปีขึ้นไปสามารถพูดคุยสื่อสารภาษาไทยได้รู้เรื่อง และสมัครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย มีเกณฑ์การคัดออก คือ เป็นผู้ที่ไม่สามารถพูด ฟัง เขียนหรือสื่อสารภาษาไทยได้ ไม่สมัครเข้าร่วมการวิจัย และไม่ยินยอมให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย และต้องการออกจากการวิจัยในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลหรือมีอาการไม่สบายหรือเจ็บป่วยกะทันหัน

๓. เครื่องมือที่ใช้การวิจัย

เครื่องมือที่ใช้การวิจัยในขั้นตอนที่ ๑ และ ขั้นตอนที่ ๓ ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้นจากแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model ของ Green and Kreuter(๒๐๐๕) และการมีส่วนร่วมของโคเฮนและอัฟฮอฟ (Cohen & Uphoff, ๑๙๘๑) แบ่งออกเป็น ๕ ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ ๑ ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ๑)แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบและปลายเปิดให้เติมข้อความประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ครวเรือน/หลังคาเรือนในความรับผิดชอบ ตำแหน่งอื่นๆในชุมชน ประสบการณ์การป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก การเข้ารับการอบรมหรือประชุมและการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ๒) แบบสอบถามความรู้ เป็นแบบเลือกตอบ ใช่และไม่ใช่ มี ตอบถูก ได้คะแนน ๑ คะแนน ตอบผิด ได้คะแนน ๐ คะแนน ๓)แบบสอบถามทัศนคติ ส่วนที่ ๒ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ๑)แบบสอบถามความเพียงพอของทรัพยากร ๒)แบบสอบถามทักษะในการใช้ทรัพยากร ส่วนที่ ๓ ปัจจัยเสริม ได้แก่ ๑)แบบสอบถามแรงจูงใจ ๒)แบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ส่วนที่ ๔ แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของอสมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และส่วนที่ ๕ ปัญหา...

ปัญหาอุปสรรคและรูปแบบ/แนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เป็นคำถามปลายเปิดให้เติมข้อความ โดยแบบสอบถาม ทัศนคติและแบบสอบถามในส่วนที่ ๒ - ๔ มีลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนสวณประมาณค่า ๕ ระดับ (Rating Scales) แบบลิเคอร์ท (Likert) การแปลความหมายของคะแนนในภาพรวม แบ่งออกเป็น ๓ ระดับโดยใช้เกณฑ์ของ Ware (๒๐๐๐) แบ่งออกเป็น ๓ ระดับคือ คะแนนรวมอยู่ในช่วงน้อยกว่า Mean - S.D. อยู่ในระดับน้อย คะแนนรวมอยู่ในช่วงตั้งแต่ (Mean - S.D.) ถึง (Mean + S.D.) อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนรวมอยู่ในช่วงมากกว่า Mean + S.D. อยู่ในระดับมาก เครื่องมือที่ใช้การศึกษาในขั้นตอนที่ ๒ ได้แก่ แนวการสนทนากลุ่ม เกี่ยวกับการนำเสนอสถานการณ์การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง การสร้างและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดพิจิตรที่เหมาะสม

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำแบบสอบถาม แนวการสนทนากลุ่มไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ ๓ ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความครอบคลุมประเด็นที่ต้องศึกษา ได้ค่า IOC ของแบบสอบถาม อยู่ระหว่าง ๐.๖๗-๑.๐๐ (Rovinelli & Hambleton, ๑๙๗๗) นำข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไข แบบสอบถาม และแนวการสนทนากลุ่ม จากนั้นนำแบบสอบถามไปก๊อปปี้ทดลองใช้กับ อสม. อำเภอบึงสามพัน จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน ๓๐ คน คำนวณหาค่าความยากง่ายของแบบสอบถามความรู้ (Kuder-Richardson: KR-๒๐ อ้างใน พิชิตฤทธิ์จรูญ, ๒๕๕๙) ได้ค่าความยากง่าย เท่ากับ ๐.๖๔ และหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในด้านอื่นๆโดยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) คือแบบสอบถามทัศนคติ ความเพียงพอของทรัพยากร การมีทักษะในการใช้ทรัพยากร แรงจูงใจ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วม ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ ๐.๘๗, ๐.๘๘, ๐.๘๕, ๐.๘๔, ๐.๙๒ และ ๐.๘๙ ตามลำดับ ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่สามารถนำมาใช้ได้

๔.การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดย ๑) ทำบันทึกถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตรเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล ๒) ทำหนังสือถึงหน่วยงาน ประธานชมรมอสม. และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อประสานการเก็บรวบรวมข้อมูล ๓) ประชุมเพื่อเตรียมความพร้อมทีมผู้ช่วยนักวิจัย ๔) ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างเพื่อขอความร่วมมือและยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ๕) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ๔ ขั้นตอนคือ ขั้นตอนที่ ๑ การสำรวจและวิเคราะห์สถานการณ์การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดพิจิตร โดยสอบถามอสม. จำนวน ๔๑๑ คน ตามแบบสอบถาม สรุปผลการศึกษา เพื่อเป็นข้อมูลในการสนทนากลุ่มในขั้นตอนที่ ๒ ขั้นตอนที่ ๒ การสร้างและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดพิจิตร โดยกระบวนการกลุ่มแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (Focus Group) จำนวน ๒๘ คน ขั้นตอนที่ ๓ การทดลองและประเมินผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยทดลองใช้กับอสม. ตำบลสามง่าม จำนวน ๑๐๗ คน และตำบลวังนก จำนวน ๑๑๖ คน และขั้นตอนที่ ๔ การเผยแพร่รูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดพิจิตร เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ

๕.การวิเคราะห์...

๕.การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติพรรณนาด้วยจำนวน ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด สูงสุด สถิติเชิงอนุมานใช้ Independent sample t test, One-way ANOVA, และ Multiple linear Regression โดยใช้ตัวแปรแบบขั้นตอน (Stepwise) และใช้สถิติ Paired t-test ในการเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ข้อมูลเชิงคุณภาพในการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยจัดหมวดหมู่แยกรายประเด็นจากกิจกรรมสนทนากลุ่ม

๖.จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร เลขที่โครงการ ๕/๒๕๖๗ อนุมัติเมื่อวันที่ ๑๔ มีนาคม ๒๕๖๗ และผู้วิจัยได้อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และสิทธิการปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้เข้าร่วมวิจัย และทำการลงชื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัยก่อนสอบถามและสนทนากลุ่ม

ผลการวิจัย

ขั้นตอนที่ ๑ การสำรวจและวิเคราะห์สถานการณ์การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดพิจิตร

ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ ๗๘.๓๕ เป็นเพศชาย ร้อยละ ๒๑.๖๕ มีอายุเฉลี่ย ๕๖.๑๐ สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ ๓๗.๙๖ ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม ร้อยละ ๔๘.๑๘ มีสถานภาพคู่ ร้อยละ ๖๓.๒๖ มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ย ๗,๑๕๑.๐๗ บาท มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานเฉลี่ย ๑๖.๐๖ ปี มีครัวเรือน/หลังคาเรือนในความรับผิดชอบเฉลี่ย ๑๐.๓๑ ครัวเรือน/หลังคาเรือน มีตำแหน่งเป็นกรรมการหมู่บ้าน ร้อยละ ๔๒.๘๒ ไม่เคยป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ร้อยละ ๙๖.๘๔ ได้รับการอบรมหรือประชุมเป็นประจำ ร้อยละ ๓๙.๔๒ ได้รับความรู้ข่าวสารเป็นประจำ ร้อยละ ๕๖.๙๓ ได้รับความรู้ข่าวสารเรื่องโรคไข้เลือดออก ผ่านทางสื่อบุคคล ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน อสม.หรือคนในครอบครัว/ชุมชน ร้อยละ ๙๗.๘๑

ปัจจัยด้านความรู้ ทักษะ ความพอเพียงของทรัพยากร การมีทักษะในการใช้ทรัพยากร แรงจูงใจ และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ ๕๕.๒๓, ๖๓.๐๒, ๖๔.๙๖, ๖๖.๔๒, ๕๘.๔๐, ๖๔.๒๓ ตามลำดับ

การมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ ๖๑.๘๐ ระดับสูง ร้อยละ ๑๙.๔๗ และระดับต่ำ ร้อยละ ๑๘.๗๓ ดังตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมของอสม.ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในภาพรวม (n=๔๑๑)

การมีส่วนร่วม	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ	๗๗	๑๘.๗๓
ปานกลาง	๒๕๔	๖๑.๘๐
สูง	๘๐	๑๙.๔๗
รวม	๔๑๑	๑๐๐.๐๐

Mean = ๙๒.๐๘ S.D = ๑๓.๒๗ Min = ๕๕ Max = ๑๒๕ คะแนนเต็ม ๑๒๕ คะแนน

ปัจจัยที่...

ปัจจัยที่มีผลและสามารถพยากรณ์การมีส่วนร่วมของระดับการมีส่วนร่วมของอสม.ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดพิจิตร เมื่อนำมาวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณเพื่อหาปัจจัยร่วมกันที่มีผลต่อระดับการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดพิจิตรด้วย Stepwise Multiple Regression พบว่า ปัจจัยที่มีผลและมีอำนาจพยากรณ์ระดับการมีส่วนร่วมสูงที่สุดตามลำดับคือ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ($\beta=0.331$) แรงใจ ($\beta=0.203$) ความเพียงพอของทรัพยากร ($\beta=0.119$) รายได้ ($\beta=0.117$) ทักษะ ($\beta=0.112$) การได้รับการอบรมหรือประชุม ($\beta=0.110$) และการเป็นกรรมการหมู่บ้าน ($\beta=0.083$) โดยสามารถพยากรณ์ได้ร้อยละ ๔๓.๖๐ ($R^2 \text{ adj} = 0.436$) ดังตารางที่ ๒

ตารางที่ ๒ แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลและสามารถพยากรณ์ระดับการมีส่วนร่วมของอสม.ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดพิจิตร : การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ปัจจัย	B	SE B	Beta	t	P-value
๑.การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	๐.๓๔๒	๐.๐๔๙	๐.๓๓๑	๖.๙๑๗	<๐.๐๐๑*
๒.แรงใจ	๐.๑๙๔	๐.๐๔๕	๐.๒๐๓	๔.๓๐๗	<๐.๐๐๑*
๓.ความเพียงพอของทรัพยากร	๐.๑๒๔	๐.๐๔๔	๐.๑๑๙	๒.๘๔๕	<๐.๐๑*
๔.รายได้	๐.๑๔๗	๐.๐๐๐	๐.๑๑๗	๓.๐๘๙	<๐.๐๑*
๕.ทักษะ	๐.๑๑๔	๐.๐๔๒	๐.๑๑๒	๒.๗๒๔	<๐.๐๑*
๖.การได้รับการอบรมหรือประชุม	๐.๐๗๔	๐.๐๒๕	๐.๑๑๐	๒.๙๑๔	<๐.๐๑*
๗.การเป็นกรรมการหมู่บ้าน	๐.๑๐๓	๐.๐๔๘	๐.๐๘๓	๒.๑๕๖	<๐.๐๑*

Constant (a) = ๐.๔๒๔, R = ๐.๖๖๘, R^2 = ๐.๔๔๖, Adjusted R^2 = ๐.๔๓๖, SEE = ๐.๓๖๕

*P-value < ๐.๐๕

ขั้นตอนที่ ๒ การสร้างและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดพิจิตร

การสร้างและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยดำเนินการสนทนากลุ่ม(Focus Group) กับภาคีเครือข่ายเพื่อเสนอสถานการณ์ปัญหาการมีส่วนร่วมของอสม.ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกและนำเสนอประเด็นปัจจัยที่ส่งผลและสามารถพยากรณ์ระดับการมีส่วนร่วม ในขั้นตอนที่ ๑ ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม แรงใจ ความเพียงพอของทรัพยากร รายได้ ทักษะ การได้รับการอบรมหรือประชุมและการเป็นกรรมการหมู่บ้าน มาเป็นประเด็นให้ภาคีเครือข่ายแสดงความคิดเห็นในการแนวทางแก้ไข สร้างรูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของอสม.ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เมื่อได้รูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ที่สร้างขึ้นจากภาคีเครือข่ายแล้วจากนั้นนำรูปแบบฯเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ ๓ ท่านเพื่อให้ข้อเสนอแนะเป็นรูปแบบที่พัฒนาขึ้น มีจำนวน ๘ แนวทาง/กิจกรรมหลัก ได้แก่ ๑)จัดทำบันทึกข้อตกลง (MOU)ความร่วมมือส่งเสริมการมีส่วนร่วมของอสม.ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก...

โรคไข้เลือดออก ระหว่างหน่วยงานราชการ ชมรม อสม. และภาคีเครือข่ายโดยจัดให้มีการประชุมกำหนด เป้าหมายและกิจกรรมหลักร่วมกัน ๒) ประกาศเป็นนโยบายเน้นหนักของจังหวัดพิจิตรและทุกระดับในเรื่อง การ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ๓) พัฒนาศักยภาพ อสม. โดยการอบรมฟื้นฟู อสม. ให้มีความเข้าใจและความเชื่อที่ถูกต้องในเรื่องการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ซึ่ง อสม. บางส่วนยังมีความเข้าใจและความเชื่อหรือมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้อง รวมทั้งให้ความรู้เรื่องบทบาทของ อสม. การมีส่วนร่วมในทุกๆด้าน ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน การมี ส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ๔) ส่งเสริมให้ อสม. ได้รับแรงสนับสนุน ทางสังคมที่เหมาะสม โดยสนับสนุนให้ คนในครอบครัวและประชาชนในชุมชนให้ความสำคัญและร่วมมือในการ ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จัดหาหนังสือหรือคู่มือปฏิบัติงานให้อสม. ประสานทีมงานอสม. จากหมู่บ้าน และตำบลอื่นๆ ร่วมจัดกิจกรรมรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ๕) สร้างแรงจูงใจ ได้แก่ การส่งเสริม ให้ อสม. มีความมั่นใจในความสามารถที่จะดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของหมู่บ้าน/ชุมชน ได้ โดยกำหนดบทบาทของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกทำให้ชัดเจนและง่ายต่อการปฏิบัติ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ทีมงานควบคุมโรคเป็นที่ปรึกษาอย่างใกล้ชิดช่วยแก้ปัญหาและกำลังใจในการปฏิบัติงาน ของ อสม. ตลอดจนช่วยเหลือให้อสม. และครอบครัวได้รับสิทธิและสวัสดิการต่างๆตามความเหมาะสม ประกาศเกียรติคุณ อสม. ต้นแบบ สนับสนุนงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกอย่างเพียงพอ ประชาสัมพันธ์ผลงานของ อสม. ๖) พัฒนาช่องทางการสื่อสารในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกทาง ออนไลน์มากขึ้น ได้แก่ จัดให้มีการช่องทางการสื่อสารออนไลน์ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ ตำบลและหมู่บ้าน เช่น เว็บไซต์ (Website) กลุ่มไลน์ เฟสบุ๊ก ติ๊กต็อก ๗) ประสานความร่วมมือทุกภาคส่วนใน การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และ ๘) ส่งเสริมให้มีเวทีหรือ กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในเรื่องการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ขั้นตอนที่ ๓ การทดลองและประเมินผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดพิจิตร

ทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ในการ ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่พัฒนาขึ้น ๘ แนวทาง/กิจกรรมหลักกับอสม. ตำบลสามง่าม จำนวน ๑๐๗ คน และตำบลวังนก จำนวน ๑๑๖ คน โดยใช้เวลาดทดลองรูปแบบ จำนวน ๑๐ เดือน (เดือนกันยายน ๒๕๖๗ – มิถุนายน ๒๕๖๘) ประเมินก่อนดำเนินการในเดือนสิงหาคม ๒๕๖๗ และหลังดำเนินการในเดือนกรกฎาคม ๒๕๖๘

ผลการประเมินผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน(อสม.) ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดพิจิตร พบว่า ผลการวิเคราะห์ทดสอบ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจ ความเพียงพอของทรัพยากรทัศนคติ และการมีส่วนร่วมของอสม. ก่อนและหลังการดำเนินการทดลองใช้รูปแบบ ๘ แนวทาง/กิจกรรมหลัก ด้วยสถิติ Paired-Samples T-Test พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังดำเนินการมากกว่าก่อนดำเนินการและแตกต่างกัน อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) ทั้ง ๒ ตำบล ดังตารางที่ ๓ และตารางที่ ๔

ตารางที่...

ตารางที่ ๓ แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังดำเนินการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลสามง่าม (n=๑๐๗)

ปัจจัย	Mean Differences	s.d.	SE.	T	df	p-value
๑. การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	-๖.๕๗๐	๓.๔๗๘	๐.๓๓๖	-๑๙.๕๔๐	๑๐๖	<๐.๐๐๑*
๒.แรงจูงใจ	-๗.๘๖๙	๔.๐๓๕	๐.๓๙๐	-๒๐.๑๗๑	๑๐๖	<๐.๐๐๑*
๓.ความเพียงพอของทรัพยากร	-๖.๒๐๐	๘.๗๔๖	๐.๘๗๘	-๖.๓๔๑	๑๐๖	<๐.๐๐๑*
๔.ทัศนคติ	-๙.๘๓๒	๑๐.๘๐๙	๑.๐๔๕	-๙.๔๐๙	๑๐๖	<๐.๐๐๑*
๕.การมีส่วนร่วมของของอสม.	-๑๙.๒๙๙	๖.๕๔๔	๐.๖๓๒	-๓๐.๕๐๒	๑๙๖	<๐.๐๐๑*

*P-value < ๐.๐๕

ตารางที่ ๔ แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังดำเนินการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลวังนก(n=๑๑๖)

ปัจจัย	Mean Differences	s.d.	SE.	T	df	p-value
๑. การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	-๔.๒๙๓	๓.๘๖๐	๐.๓๕๘	-๑๑.๙๗๗	๑๑๕	<๐.๐๐๑*
๒.แรงจูงใจ	-๓.๘๖๒	๓.๖๙๙	๐.๓๔๓	-๑๑.๒๔๔	๑๑๕	<๐.๐๐๑*
๓.ความเพียงพอของทรัพยากร	-๕.๖๗๒	๔.๘๘๘	๐.๔๖๓	-๑๒.๒๔๗	๑๑๕	<๐.๐๐๑*
๔.ทัศนคติ	-๔.๑๓๗	๒.๗๑๕	๐.๒๕๒	-๑๖.๔๑๔	๑๑๕	<๐.๐๐๑*
๕.การมีส่วนร่วมของของอสม.	-๑๕.๙๑๓	๗.๘๘๕	๐.๗๓๒	-๒๑.๗๓๕	๑๑๕	<๐.๐๐๑*

*P-value < ๐.๐๕

ขั้นตอนที่ ๔ การเผยแพร่รูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดพิจิตร

เมื่อทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดพิจิตร ที่พัฒนาแล้ว พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยหลังดำเนินการมากกว่าก่อนดำเนินการ และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(P-value < ๐.๐๕) นำผลการพัฒนารูปแบบฯ เข้าที่ประชุมชมรมอสม.จังหวัดพิจิตรและเสนอต่อผู้บริหารจากนั้นการเผยแพร่รูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดพิจิตร เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางให้ทุกอำเภอ ตำบลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในจังหวัดพิจิตรให้การสนับสนุนส่งเสริมการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกต่อไป

อภิปรายผล

การศึกษาวิจัยเรื่อง ผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดพิจิตร อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

วัตถุประสงค์...

วัตถุประสงค์ข้อที่ ๑ เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดพิจิตร พบว่า การมีส่วนร่วมของอสม.ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ พนม นพพันธ์ และธรรมศักดิ์ สายแก้ว(๒๕๕๙) พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่ ร้อยละ ๙๕.๘๑ มีการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับผลการศึกษาของสมหมาย คำพิชิต (๒๕๖๒) พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลเสือเต่า อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.66$, S.D.=0.๕๓) และ สอดคล้องกับผลการศึกษาของสุรพล สิริเปยานนท์ (๒๕๖๓) พบว่า อสม. มีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งต้องส่งเสริมให้ อสม.มีส่วนร่วมมากขึ้น

วัตถุประสงค์ข้อที่ ๒ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลและสามารถพยากรณ์ระดับการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดพิจิตร พบว่า ปัจจัยที่มีผลและสามารถพยากรณ์ระดับการมีส่วนร่วมของอสม.อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจ ความเพียงพอของทรัพยากร รายได้ ทักษะ การได้รับการอบรมหรือประชุมและการเป็นกรรมการหมู่บ้าน โดยสามารถพยากรณ์ได้ร้อยละ ๔๓.๖๐ ($R^2 \text{ adj} = 0.๔๓๖$) สอดคล้องกับผลการศึกษาของภคกร โจทย์กิ่งและประจักษ์ บัวผัน(๒๕๖๐) การสนับสนุนจากองค์กร ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านการจัดการ สามารถพยากรณ์การปฏิบัติงานของการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชุมชนสามเหลี่ยมเทศบาลนครขอนแก่น ได้ร้อยละ ๗๕.๑ ($R^2 = 0.๗๕๑$, p-value<0.๐๐๑) สอดคล้องกับผลการศึกษาของนรินทร์ สีกุด, ศุภรดา โมขุนทดและธำตรี เจริญชีวะกุล (๒๕๖๐) พบว่า ความเพียงพอของทรัพยากรในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เจตคติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.๐๕) สอดคล้องกับผลการศึกษาของสมหมาย คำพิชิต (๒๕๖๒) พบว่า แรงจูงใจที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลเสือเต่า อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม อยู่ในระดับสูงทางบวก ($p < 0.001$) สามารถทำนายการมีส่วนร่วมได้ ร้อยละ ๗๒.๑๗ สอดคล้องกับผลการศึกษาของณฤมล ลิ้มตระกูล (๒๕๖๖) พบว่า ปัจจัยที่มีอำนาจพยากรณ์การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน(กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อสม.และผู้นำอื่นๆ) คือการได้รับการสนับสนุนทางสังคม การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การได้รับข่าวสารผ่านทางสื่อบุคคลและทัศนคติ ตามลำดับ($R^2 = 0.๖๕๖$)

วัตถุประสงค์ข้อที่ ๓ เพื่อสร้างและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดพิจิตร พบว่า รูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมที่สร้างและพัฒนาขึ้น ได้แก่ ๑)จัดทำบันทึกข้อตกลง (MOU)ความร่วมมือส่งเสริมการมีส่วนร่วมของอสม. ๒)ประกาศเป็นนโยบายเน้นหนักของจังหวัดพิจิตร ๓)พัฒนาศักยภาพ อสม. ๔)ส่งเสริมให้อสม.ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสม ๕)สร้างแรงจูงใจ ๖)พัฒนาช่องทางการสื่อสาร ๗)ประสานความร่วมมือทุกภาคส่วน และ ๘)ส่งเสริมให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของอรุณพล ศรีประภา(๒๕๖๐) ให้ข้อเสนอแนะว่า การสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีความรวดเร็ว และเพียงพอ สอดคล้องกับผลการศึกษาของยุทธนา แยกคาย(๒๕๖๔) พบว่า รูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย ๙ องค์ประกอบหลัก ได้แก่ จิตอาสา การรับรู้...

รับรู้บทบาท ความตั้งใจ การทำงานเป็นทีม ภาควิชาเครือข่าย การมีส่วนร่วม แรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจและการยอมรับนับถือ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลการปฏิบัติงานของสูงกว่าก่อนจัดกิจกรรมตามรูปแบบและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ และ สอดคล้องกับผลการศึกษาของเกียรติศักดิ์ คำติราช (๒๕๖๖) เสนอแนะให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ควรจัดเวทีหรือประชุมสะท้อนผลลัพธ์คืนข้อมูลให้กับประชาชนและเป็นการสร้างเครือข่ายสุขภาพในระดับตำบลและชุมชนให้เกิดการปรับปรุงและพัฒนางานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับชุมชนให้ได้ผลลัพธ์อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ข้อที่ ๔ เพื่อทดลองและประเมินผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดพิจิตร พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองมากกว่าก่อนทดลองและแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ แสดงว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดพิจิตร นั้น จะต้องมีการจัดทำข้อตกลง (MOU) ความร่วมมือส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ อสม.ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ระหว่างหน่วยงานราชการ ชมรม อสม.และภาควิชาเครือข่าย มีประกาศเป็นนโยบายเน้นหนักของจังหวัดพิจิตรและทุกระดับ อสม.ได้รับการพัฒนาศักยภาพโดยการอบรมฟื้นฟูอสม.ให้มีความเข้าใจและความเชื่อที่ถูกต้องในเรื่องการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก รวมทั้งให้ความรู้เรื่องบทบาทของ อสม.การมีส่วนร่วมในทุกๆด้าน อสม. ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมและแรงจูงใจที่เหมาะสมทำให้มีความมั่นใจในความสามารถที่จะดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของหมู่บ้าน/ชุมชนได้ คนในครอบครัวและชุมชนเห็นความสำคัญและให้ร่วมมือ มีการกำหนดบทบาทของ อสม. ให้ชัดเจนและง่ายต่อการปฏิบัติ ได้รับการประกาศเกียรติคุณ อสม. ต้นแบบ มีงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกอย่างเพียงพอ มีช่องทางการสื่อสารในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกทางออนไลน์มากขึ้น ภาควิชาทุกภาคส่วนส่งเสริมการมีส่วนร่วมของอสม. และมีเวทีหรือกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ไพรัตน์ ห้วยทราย,ธัญย์สิริญจน์ สุขเสริมและกฤษณ์ ขุนลิกสุ(๒๕๕๙) มีข้อเสนอแนะว่า ควรมีการเพิ่มบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือผู้นำชุมชนซึ่งเป็นผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก หรือพัฒนาชุมชนในด้านอื่นๆ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นแกนนำในหมู่บ้านที่ประชาชนให้ความนับถือให้มีบทบาทมากยิ่งขึ้น ทั้งในด้านการกระตุ้นให้ประชาชน สอดส่องดูแลทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายและรักษาความสะอาดสิ่งแวดล้อมรอบบริเวณชุมชนและที่อยู่อาศัย สอดคล้องกับผลการศึกษาของฐิติพร บำรุงราษฎร์ และสงครามชัยย์ ลีทองดีศกุล (๒๕๖๓) พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการเสริมสร้างพลังอำนาจของชุมชนในการป้องกันโรคไข้เลือดออกได้แก่ ๑) การบริการเชิงรุกในพื้นที่ ๒) มีการสร้างเอกภาพ ๓) ให้การยอมรับของแกนนำ ๔) มีเครือข่ายในชุมชนที่เข้มแข็ง และมีข้อเสนอแนะให้มีการประสานรูปแบบที่ค้นพบกับบริบทในพื้นที่ให้การดำเนินกิจกรรมที่เป็นอยู่ การส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยให้ชุมชนเป็นผู้ดำเนินการหลักและเสริมโดยเจ้าหน้าที่ในพื้นที่

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

การวิจัยเรื่อง ผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดพิจิตร ฉบับนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันและควบคุม...

ควบคุมโรคไข้เลือดออก เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม(Participatory Action Research Study) กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อสม.และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ผลการศึกษา พบว่า การมีส่วนร่วมของอสม.อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่ส่งผลและสามารถพยากรณ์การมีส่วนร่วม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจ ความเพียงพอของทรัพยากร รายได้ ทักษะคน การได้รับการอบรมหรือประชุมและการเป็นกรรมการหมู่บ้าน รูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ การจัดทำบันทึกข้อตกลง (MOU)ความร่วมมือส่งเสริมการมีส่วนร่วมของอสม. การประกาศเป็นนโยบายเน้นหนักของจังหวัดพิจิตร การพัฒนาศักยภาพ อสม. การส่งเสริมให้อสม.ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมและแรงจูงใจ การพัฒนาช่องทางการสื่อสาร การประสานความร่วมมือทุกภาคส่วนและการส่งเสริมให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยหลังการนำรูปแบบที่พัฒนาแล้วไปทดลองใช้ พบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

๑. เผยแพร่รูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดพิจิตร ให้ทุกอำเภอ ตำบล นำรูปแบบ/แนวทางไปใช้โดยปรับให้เหมาะสมกับสภาพพื้นที่

๒. สนับสนุนให้ทุกอำเภอและตำบลจัดทำแผนงานหรือโครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกใน ๘ แนวทาง ได้แก่ ๑) จัดทำบันทึกข้อตกลง (MOU) ความร่วมมือส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ อสม. ๒) ประกาศเป็นนโยบายเน้นหนักของจังหวัดพิจิตร ๓) พัฒนาศักยภาพ อสม. ๔) ส่งเสริมให้อสม.ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสม ๕) สร้างแรงจูงใจ ๖) พัฒนาช่องทางการสื่อสาร ๗) ประสานความร่วมมือทุกภาคส่วนและ ๘) ส่งเสริมให้มีเวทีหรือกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

๑. ควรศึกษาวิจัยต่อยอดการศึกษาและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ระหว่างอสม.ภาคีเครือข่ายและชุมชน

๒. ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณควบคู่กันเพื่อทราบปัญหาอุปสรรคและปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเชิงลึกเพิ่มเติม เพื่อให้ได้ปัญหาอุปสรรคและปัจจัยที่มีเกี่ยวข้องและอาจได้ข้อค้นพบใหม่เพื่อนำมาวางแผนการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกต่อไป

การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. ทำให้ทราบการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดพิจิตร ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดพิจิตร

๒. มีการสร้างและพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดพิจิตร

๓. ได้รูปแบบ...

๓. ได้รูปแบบการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่เหมาะสมนำไปใช้ในพื้นที่ทุกตำบลในจังหวัดพิจิตร

๔. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในการวางแผนดำเนินการพัฒนาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดพิจิตร

สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ) ๙๐

กรณีที่เป็นผลงานร่วมกันของบุคคลหลายคน

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	สัดส่วนผลงาน	ระบุรายละเอียดของผลงานเฉพาะส่วนที่ผู้ขอประเมินปฏิบัติ
นายไพบูลย์ ต้นคงจำรัสกุล	ร้อยละ ๙๐	เป็นหัวหน้าโครงการและนักวิจัยหลักดำเนินการวางแผนการวิจัย เขียนโครงร่างวิจัย สร้างเครื่องมือวิจัย ดำเนินการวิจัยประสานงาน เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล เขียนรายงานวิจัยและดำเนินการเผยแพร่งานวิจัย
นางเพชรชรินทร์ ต้นคงจำรัสกุล	ร้อยละ ๑๐	ทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยนักวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลและทำหน้าที่ด้านธุรการ

การเผยแพร่ (ถ้ามี)

☐ ผลงานแล้วเสร็จและเผยแพร่แล้ว ระบุแหล่งเผยแพร่

☒ ผลงานแล้วเสร็จแต่ยังไม่เผยแพร่ อยู่ระหว่างการพิจารณาของ reviewers ลงในวารสารมหาจุฬานาครธรรมศน์ ปีที่ ๑๒ ฉบับที่ ๑๒ (๒๐๒๕): ธันวาคม ๒๕๖๘

☐ ผลงานยังไม่แล้วเสร็จ

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

เรื่อง.....

๔. ข้อเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

เรื่อง การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดต่อภายใต้สถานการณ์การถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) จังหวัดพิจิตร

หลักการและเหตุผล

โรคและภัยสุขภาพเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นประจำในแต่ละพื้นที่ และมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ เมื่อพิจารณาจะพบว่าหลายๆ ครั้ง จะมีรูปแบบ ลักษณะการเกิด ทั้งช่วงเวลา สถานที่ บุคคล และปัจจัยเสี่ยงที่เป็นลักษณะจำเพาะแตกต่างกัน ทำให้เชื้อโรคสามารถแพร่กระจาย ไปยังพื้นที่ต่างๆ ได้อย่างรวดเร็ว ดังนั้น การรับมือกับภัยทางสุขภาพ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทางด้านสาธารณสุข จึงจำเป็นต้องมีความพร้อมอยู่ตลอดเวลา จากสถานการณ์โรคในปัจจุบันโรคติดต่อยังเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย รวมไปถึงโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่มีอาจเกิดขึ้นในอนาคต หน่วยงานต่างๆ มีการพัฒนาศักยภาพในการเตรียมพร้อมรับและตอบสนองต่อภัยคุกคามอันเกิดจากโรคติดต่อ มีการมุ่งเน้นเสริมสร้างความเข้มแข็งระบบเฝ้าระวังและตอบสนองต่อภัยคุกคามโดยการดำเนินงานร่วมกันในหลายภาคส่วนระหว่างสาธารณสุข ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคีเครือข่าย เพื่อสามารถตรวจจับเหตุการณ์ผิดปกติของการระบาดของโรคติดต่อได้อย่างทันทั่วถึง และสามารถจัดการป้องกันควบคุมโรคมิให้แพร่ระบาดออกไป โดยดำเนินการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคเชิงรุกในทุกจังหวัดทั่วประเทศตามแนวทางของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๕) และในปี ๒๕๖๖ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อหรือโรคระบาด พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐ ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ โดยวิสัยทัศน์ คือ “ประเทศไทยปลอดภัยจากโรคติดต่อ ด้วยระบบเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อที่มีประสิทธิภาพทันต่อสถานการณ์และได้มาตรฐานในระดับนานาชาติ ภายใต้ความร่วมมือของทุกภาคส่วน เพื่อนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนอย่างยั่งยืน” และได้กำหนดประเด็นการพัฒนา ๕ ประเด็น ได้แก่

- ประเด็นที่ ๑ การพัฒนานโยบาย มาตรการ กฎหมายและกลไกการบริหารจัดการการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ

- ประเด็นที่ ๒ การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและยกระดับการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ

- ประเด็นที่ ๓ การพัฒนาการยกระดับการจัดการภาวะฉุกเฉินจากโรคติดต่อ

- ประเด็นที่ ๔ การพัฒนากำลังคนและเครือข่ายความร่วมมือระดับชาติและนานาชาติ

- ประเด็นที่ ๕ การพัฒนาการสื่อสารความเสี่ยงและระบบสนับสนุนการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ

โดยในแต่ละประเด็นมุ่งเน้นการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ ทั้งในเรื่องการพัฒนา นโยบาย มาตรการ กฎหมาย ระบบ กลไก การบริหารจัดการ กำลังคน องค์ความรู้ วิจัย และนวัตกรรม ตลอดจนการเสริมสร้างความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของเครือข่ายการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อ การพัฒนาระบบการสื่อสารความเสี่ยง ระบบข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๖) แต่อย่างไรก็ตามการนำแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อไปใช้ในการปฏิบัติจริงนั้นยังไม่ประสบความสำเร็จตามที่ตั้งไว้ เนื่องจากปัญหาช่องว่างของการติดต่อสื่อสารทำความเข้าใจในแนวทางดำเนินงานให้เป็นเอกภาพเดียวกัน ตลอดจนปัญหาเรื่องของระบบการรายงาน ตัวแปรการเก็บข้อมูลต่าง ๆ นั้น มีความแตกต่างกันในระบบโครงสร้างรูปแบบและช่องทางในการส่ง

ข้อมูล...

ข้อมูลและเครือข่ายบางส่วนยังขาดความพร้อมในการดำเนินงานต่างๆ ในระบบเฝ้าระวังและสอบสวนโรค จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนา ประสานงานให้มีความร่วมมือกัน ด้านการเฝ้าระวังโรคติดต่อแบบบูรณาการ รวมทั้งเพื่อให้หน่วยงานในภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชนที่เกี่ยวข้อง มีศักยภาพการเฝ้าระวังโรค ติดต่อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีเป้าหมายเพื่อลดอัตราการอุบัติการณ์และอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคติดต่อที่มีผลกระทบในวงกว้างต่อสุขภาพของประชาชนทุกเพศทุกวัย (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๖)

องค์การบริหารส่วนจังหวัด(อบจ.)เป็นหน่วยงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่นำร่องในการดำเนินการตามแนวคิดการกระจายอำนาจการถ่ายโอนการบริการด้านสาธารณสุข ซึ่งถือเป็นก้าวสำคัญที่แสดงถึงการพัฒนาการกระจายอำนาจ ให้แก่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีเป้าหมายในการเสริมสร้างระบบสุขภาพของไทยให้เข้มแข็ง ทั้งด้านส่งเสริมคุณภาพ ด้านป้องกันควบคุมโรค ด้านการรักษาพยาบาล ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมถึงด้านการคุ้มครองผู้บริโภค การดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรชนามินทราชนิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัด จึงเป็นกลไกที่สำคัญที่จะเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการด้านสุขภาพของรัฐให้เข้าถึงประชาชนได้ดีขึ้นเร็วขึ้น และตรงกับความต้องการของประชาชนในพื้นที่นั้นๆ นอกจากนี้ยังเป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมคิดวิเคราะห์ร่วมจัดทำแผนพัฒนาด้านสุขภาพ รวมไปถึงมีบทบาทในการตรวจสอบการให้บริการขององค์การบริหารส่วนจังหวัด (กองโรคติดต่อฯโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๖)

จังหวัดพิจิตรโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตรได้ดำเนินงานเฝ้าระวังและสอบสวนโรคตามแนวทางของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบปัญหาดังกล่าวเช่นกันอีกทั้งในปัจจุบันโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีการถ่ายโอนไปสังกัดท้องถิ่นคือ องค์การบริหารส่วนจังหวัดพิจิตรกว่าร้อยละ ๗๐ ทำให้ระบบมีความจำเพาะขึ้น การเข้าถึงข้อมูลรายบุคคล มีข้อจำกัด การประสานงานระหว่างสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.)กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) ในพื้นที่ถ่ายโอนค่อนข้างยากนอกจากนี้มีการเปลี่ยนแปลงเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบใหม่ทั้งในระดับจังหวัด อำเภอและตำบล (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร,๒๕๖๖) ดังนั้นในการรับมือกับการเกิดโรคต่างๆ จึงต้องมีการเตรียมความพร้อม รวมถึงการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข เพื่อให้เกิดแผนบูรณาการในแต่ละระดับพื้นที่ รวมทั้งเพิ่มขีดความสามารถในด้านความปลอดภัยทางสุขภาพ และสร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชน โดยเฉพาะระดับตำบลซึ่งมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นหน่วยที่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด ผู้ขอประเมินในฐานะหัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร จึงขอเสนอการพัฒนางาน เรื่อง การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดต่อภายใต้การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดพิจิตร เพื่อพัฒนาปรับปรุงและจัดระบบระบบงานเฝ้าระวังโรคและสอบสวนโรคจังหวัดพิจิตร ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยความร่วมมือของหน่วยงานสาธารณสุข ท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องต่อไป

บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

ปัญหากระบวนการเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดต่อภายใต้การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดพิจิตรที่ผ่านมา พบว่า

ด้านกำลังคน (Staff) ได้แก่ ๑)มีการเปลี่ยนแปลงเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบและทีมงานเฝ้าระวังและสอบสวนโรคใหม่ทั้งในระดับจังหวัด อำเภอและตำบล ๒)ผู้ปฏิบัติงานในองค์การบริหารส่วนจังหวัด ยังขาดความรู้ ความเข้าใจในบริบทของการเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินงานใหม่ โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

มาอยู่...

มาอยู่ในสังกัด๓)บุคลากรในระดับพื้นที่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงานด้านการป้องกันควบคุมโรคติดต่อและ การดำเนินงานด้านอื่น ๆ ลดน้อยลง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงสายงานการบังคับบัญชาจากสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเป็นองค์การบริหารส่วนจังหวัด ๔)ผู้นำชุมชน ภาควิชาเครือข่าย และอสม.บางส่วนขาดความรู้ความเข้าใจและทักษะในการเฝ้าระวังและสอบสวนโรค๕)ประชาชน หน่วยงาน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และภาควิชาเครือข่ายมีเข้าใจว่ากาเฝ้าระวังและสอบสวนโรคเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม.

ด้านระบบงาน(System) ได้แก่ ๑)กลไก ขั้นตอนการประสานงาน และการสั่งการ มีความซับซ้อนมากขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนสังกัดใหม่ทำให้ระบบการติดต่อประสานงานเปลี่ยนไป การถ่ายทอดนโยบายการเฝ้า ระวังและสอบสวนโรคถึงหน่วยงานระดับพื้นที่ค่อนข้างล่าช้าขึ้น ๒)ระบบการปฏิบัติงานขององค์การบริหาร ส่วนจังหวัด ยังไม่สอดคล้องกับภารกิจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่โอนย้ายไปสังกัด ขาดความ พร้อมในการดำเนินงาน เนื่องจากเป็นบทบาทภารกิจใหม่ที่ได้รับ เช่น การขาดประสบการณ์ด้านการตอบโต้ การระบาด การประสานงานในพื้นที่ การสนับสนุนด้านวิชาการ การกำกับติดตาม การประเมินผลการดำเนินงานรวมถึงการรายงานผลการกำกับติดตามการดำเนินงาน ๓)ภาระงานและระบบการกำกับติดตามการดำเนินงานที่ยังขาดความชัดเจน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังดำเนินการตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข ต่อเนื่อง ๔)การติดตามตัวชี้วัดการดำเนินงานในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขที่ต่อให้โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลเป็นผู้ปฏิบัติ ดำเนินการได้ยากขึ้น เนื่องจากอยู่คนละสังกัดกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อำเภอ ๕)ขาดการบูรณาการแผนและการดำเนินงานเตรียมความพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข โดยเฉพาะในกรณีโรคติดต่อและ๖)การสื่อสารประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารสถานการณ์และการควบคุมโรคใน บางชุมชน/หมู่บ้านค่อนข้างน้อยและไม่ต่อเนื่อง

ด้านวัสดุ อุปกรณ์งบประมาณ (Stuff) ได้แก่ ๑)การสนับสนุนทรัพยากร ด้านวัสดุ อุปกรณ์ ในการ ปฏิบัติงานป้องกัน ควบคุมโรคติดต่ออย่างไม่เพียงพอ ค่อนข้างล่าช้าและยังไม่ถึงในระดับโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล ๒)การจัดสรรงบประมาณในการดำเนินงานให้แต่ละหน่วยงาน เป็นการดำเนินการจัดสรรงบประมาณภาพรวม ไม่ได้ระบุชัดเจนว่าสำหรับงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อ ซึ่งอาจส่งผลให้ไม่เพียงพอในการ ดำเนินงาน และ๓)ขั้นตอนการจัดทำโครงการ อนุมัติโครงการและการเบิกจ่ายงบประมาณล่าช้า

แนวความคิดในการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดต่อภายใต้การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดพิจิตร ได้แก่ การเฝ้าระวังและสอบสวนโรค แผนปฏิบัติการเฝ้าระวังป้องกัน และ ควบคุมโรคติดต่อหรือโรคระบาดพ.ศ.๒๕๖๖ –๒๕๗๐ .แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของภาควิชาเครือข่าย และ บทบาทขององค์การบริหารส่วนจังหวัด(อบจ.)ในการเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดต่อ

ข้อเสนอแนะข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข ได้แก่

ด้านนโยบายและยุทธศาสตร์

๑.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตรร่วมกับองค์การบริหารส่วนจังหวัดพิจิตร(อบจ.)กำหนดการพัฒนา ระบบการเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดต่อเป็นนโยบายความร่วมมือเน้นหนักของ ๒ หน่วยงาน และให้โรง พยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและภาควิชาเครือข่ายจังหวัดพิจิตรถือปฏิบัติอย่างจริงจัง

๒.สร้างความร่วมมือขับเคลื่อนระบบการดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรค โดยการมีส่วนร่วม ระหว่างหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดในการวางแผนนโยบายการ ดำเนินงาน วางยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการร่วมกันพร้อมทั้งดำเนินการประชาสัมพันธ์ และเผยแพร่ หรือ มอบนโยบาย และแผนยุทธศาสตร์ให้หน่วยงานสาธารณสุขในระดับพื้นที่ได้รับทราบ เพื่อให้เกิดการปฏิบัติ

๓. พัฒนา...

๓. พัฒนาและปรับปรุงระบบการบริหารแผนปฏิบัติการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ หรือโรคระบาด

ด้านกระบวนการและแนวทางการดำเนินงาน

๑. การพัฒนาด้านบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน โดย

๑.๑ เสริมสร้างศักยภาพบุคลากรและองค์กรในการเตรียมพร้อมและตอบสนองต่อการเกิดโรคติดต่อ จัดกิจกรรมประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาบุคลากรในด้านการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค หรือ การจัดอบรมหลักสูตรด้านระบาดวิทยา โดยการมีส่วนร่วมระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานสาธารณสุขในภาพรวมระดับจังหวัด

๑.๒ พัฒนาบุคลากร หรือคณะทำงานโดยการมีส่วนร่วมจากอำเภอ เพื่อให้มีความเชี่ยวชาญในการดำเนินงานด้านนโยบาย การสนับสนุนด้านวิชาการ การนิเทศ ติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานด้านการป้องกันควบคุมโรค ซึ่งเป็นการสร้างบทบาทอบจ.ให้เป็นการดำเนินงานแบบศูนย์วิชาการ

๑.๓ จัดทำแผนด้านการสนับสนุนบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านการป้องกัน ควบคุมโรค ในกรณีที่เกิดภาวะฉุกเฉินที่ต้องใช้การระดมกำลังคน

๑.๔ พัฒนาขีดความสามารถขององค์กรและผู้เกี่ยวข้องทั้งในภาครัฐและภาคเอกชนในการรายงานโรคติดต่อและนำข้อมูลจากการเฝ้าระวังไปใช้ประโยชน์ในการตรวจจับโรคติดต่อได้รวดเร็วและทันต่อเหตุการณ์ วิเคราะห์ปัญหาและสามารถเสนอแนะในเชิงนโยบาย โดยประสานความร่วมมือกับองค์การบริหารส่วนจังหวัดพิจิตรและท้องถิ่นทุกอำเภอ

๑.๕ พัฒนาเครือข่ายที่เกี่ยวข้องและบุคลากรทั่วไปให้มีความรู้ความเข้าใจในงานเฝ้าระวังโรคการรายงานโรค ตลอดจนมีการเตรียมความพร้อมตอบสนองต่อการเกิดโรคติดต่อ

๑.๖ สร้างความเข้มแข็งเครือข่ายห้องปฏิบัติการทางสาธารณสุขในการเฝ้าระวังโรคติดต่อและเชื้อจุลชีพดื้อยา เพื่อให้สามารถตรวจจับการเกิดโรคได้อย่างทันทั่วทั้งนำไปสู่การดำเนินงานเฝ้าระวังและสอบสวนควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๒. การพัฒนาด้านการเฝ้าระวัง สอบสวนและควบคุมโรค โดย

๒.๑ จัดตั้งระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อ โดยยึดฐานข้อมูลในระบบเดิมที่ใช้อยู่ เช่น ระบบ R๕๐๖ ระบบการตรวจจับเหตุการณ์ผิดปกติ (Event Based) เป็นหลักและพัฒนาเพิ่มเติมตามบริบทของพื้นที่ โดยใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการดำเนินงาน

๒.๒ วิเคราะห์ความเสี่ยง พร้อมจัดทำแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในกรณีโรคติดต่อ โดยกำหนดโครงสร้างการปฏิบัติงานในทุกกระดับ เช่น ระดับตำบล อำเภอ จังหวัด รวมทั้งกำหนดบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ชัดเจน

๒.๓ เตรียมความพร้อมทีมปฏิบัติการในการสอบสวน และควบคุมโรคให้มีความพร้อม และสามารถออกปฏิบัติงานได้ตลอดเวลา

๓. การพัฒนาระบบสนับสนุนการดำเนินงาน โดย

๓.๑ จัดทำแผนการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อ

๓.๒ จัดทำแผนการสนับสนุน การสรรหา และการกระจายวัสดุ อุปกรณ์ที่ใช้ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อ

๔. ปรับปรุงระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อทางห้องปฏิบัติการสาธารณสุขได้อย่างครอบคลุมและทันเวลา

๕. สร้างเสริมการสื่อสารความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพให้เข้าถึงประชาชนที่เป็นกลุ่มเป้าหมายทุกระดับ

๖. พัฒนา...

๖. พัฒนาเครื่องมือและระบบสนับสนุนในการเฝ้าระวังโรคติดต่อในชุมชนและสถานประกอบการเอกชน
ด้านการติดต่อประสานงาน

๑. พัฒนาระบบกลไกการติดต่อประสานงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในรูปแบบคณะกรรมการร่วมในระดับเดียวกันและการประสานงานในระดับบังคับบัญชา โดยกำหนดช่องทางในการติดต่อประสานงานทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ

๒. สร้างกลไกการประสานงานความร่วมมือทางวิชาการในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อระหว่างหน่วยงานทุกภาคส่วน

ด้านการติดตามประเมินผล

๑. บูรณาการฐานข้อมูลเฝ้าระวังโรคติดต่อของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องและภาคเอกชนให้เชื่อมโยงกับระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อจังหวัดพิจิตร

๒. กำหนดตัวชี้วัด เพื่อวัดความสำเร็จในการดำเนินงานร่วมกัน โดยกำหนดกรอบการวัดระยะเวลา ๑ ปี และมีการดำเนินการร่วมกันระหว่างหน่วยงานสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

๓. วางแนวทาง รูปแบบ และแผนการนิเทศติดตามการดำเนินงานของหน่วยงานสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๔. ส่งเสริมการวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลระบบเฝ้าระวังโรคสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. มีการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดต่อภายใต้การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดพิจิตร ทำให้มีการเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดต่อ จังหวัดพิจิตร มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยความร่วมมือของหน่วยงานสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดพิจิตร(อบจ.) ท้องถิ่น หน่วยงานต่างๆ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

๒. มีนโยบายร่วมกันของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตรและองค์การบริหารส่วนจังหวัดพิจิตร(อบจ.) ในการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดต่อ

๓. มีฐานข้อมูลโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาครบถ้วน ถูกต้องและทันเวลา

๔. บุคลากรของหน่วยเฝ้าระวังมีความพร้อมและสามารถตอบสนองต่อโรคติดต่อได้โดยสามารถจัดการและควบคุมการระบาดที่เกิดขึ้นในพื้นที่

๕. มีการพัฒนาระบบกลไกการติดต่อประสานงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ร้อยละ ๑๐๐ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องของจังหวัดพิจิตร ทุกอำเภอและทุก รพ.สต. มีการพัฒนาระบบงานเฝ้าระวังและและควบคุมโรคติดต่อ

๒. ร้อยละ ๑๐๐ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องของจังหวัดพิจิตร ทุกอำเภอและทุก รพ.สต. มีการพัฒนาขีดความสามารถขององค์กรและผู้เกี่ยวข้องทั้งในภาครัฐและภาคเอกชนในการรายงานโรคติดต่อและนำข้อมูลจากการเฝ้าระวังไปใช้ประโยชน์ในการตรวจจับโรคติดต่อได้รวดเร็วและทันต่อเหตุการณ์ วิเคราะห์ปัญหาและสามารถเสนอแนะในเชิงนโยบาย โดยประสานความร่วมมือกับองค์การบริหารส่วนจังหวัดพิจิตรและท้องถิ่นทุกอำเภอ