

ผลการดำเนินงาน

การสร้างทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัดเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน

“ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” (CBI NCDs)

นางสาวจินตภา อันพิมพ์

ดร.จตุพร ผลเกิด

กลุ่มโรคไม่ติดต่อ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี

กรมควบคุมโรค

หัวข้อ การสร้างทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัดเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” (CBI NCDs)

ชื่อผู้เขียน นางสาวจินตภา อันพิมพ์

สังกัด ดร.จตุพร ผลเกิด
กลุ่มโรคไม่ติดต่อ
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี
กรมควบคุมโรค

ปีงบประมาณ 2564

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับเทคนิค (Technical Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัดเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” (CBI NCDs) โดยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นเตรียมการวิจัย เป็นวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ และปัจจัยเสี่ยงที่มีผลกระทบต่อสุขภาพคนในชุมชน ปัญหาโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในชุมชน และแนวทางการดำเนินการแก้ไขปัญหามา ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนารูปแบบชั่วคราว 2) ขั้นดำเนินการวิจัย เป็นขั้นตอนและทดลองปฏิบัติ ปรับปรุงรูปแบบฯ จำนวน 2 ครั้ง และ 3) ขั้นประเมินผล กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้รับผิดชอบงาน NCD จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, รพ.สต., ผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพ จาก อปท., อสม. และตัวแทนแกนนำชุมชน เขตสุขภาพที่ 10 จำนวน 60 คน ที่คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบชั่วคราวของการสร้างทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัด เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” (CBI NCDs) นำมาคำนวณดัชนีความตรงของเนื้อหา ได้เท่ากับ .80

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการสร้างทีมพี่เลี้ยงในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” (CBI NCDs) ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 1) การศึกษาบริบทชุมชน การค้นหาปัญหาและสาเหตุ ปัจจัยแวดล้อมในชุมชน การทำความเข้าใจกับชุมชนก่อนที่จะลงมือทำงานถือเป็นหัวใจสำคัญและมีผลต่อความสำเร็จของการพัฒนาชุมชน 2) เสริมความรู้และสร้างความตระหนัก และ 3) การประเมินผลการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ดำเนินการตามแผนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : ทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัด

สารบัญ

	หน้า
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์	3
1.3 นิยามศัพท์	3
1.4 ผลที่คาดว่าจะได้รับ	3
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และเอกสารที่เกี่ยวข้อง	4
2.1 ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญ	
2.1.1 ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (Hypertension)	5
2.1.2 ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus)	6
2.1.3 ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart diseases)	7
2.1.4 ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) หรือ โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต	8
2.2 กระบวนการดำเนินงานกิจกรรม/โครงการในหน่วยงานหรือองค์กร	
2.2.1 ขั้นตอนในการผลักดันและดำเนินงานโครงการ	9
2.2.2 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ	10
2.3 ชุมชนและการมีส่วนร่วมของชุมชน	
2.3.1 ความหมาย	10
2.3.2 การดำเนินงานในการแก้ปัญหาสาธารณสุขร่วมกับชุมชน	10
2.3.3 บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องแต่ละระดับ	13
2.3.4 กรอบแนวคิดการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	15
2.3.5 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานในการแก้ปัญหาสาธารณสุขร่วมกับชุมชน	16

สารบัญ (ต่อ)	หน้า
2.4 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ	19
2.4.1 ความหมายและพัฒนาการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ	19
2.4.2 ความเชื่อพื้นฐานของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ	20
2.4.3 รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ	20
2.4.4 การวิจัยเชิงปฏิบัติการเชิงเทคนิค (Technical Action Research)	21
2.4.5 การวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ใช้ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยและ การควบคุมโรค	23
 บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	 25
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	25
3.1.1 ประชากรที่ใช้ในการวิจัย	25
3.1.2 กลุ่มตัวอย่าง	25
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	26
3.3 การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล	27
3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล	30
 บทที่ 4 ผลการวิจัย	
ส่วนที่ 1 ชั้นเตรียมการวิจัย	31
ส่วนที่ 2 ผลการดำเนินกิจกรรมการสร้างทีมพี่เลี้ยง	32
 บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	
5.1 การสรุปสาระสำคัญ	37
5.2 การอภิปรายผล	39
5.3 ข้อเสนอแนะ และสิ่งที่ควรพัฒนาต่อไป	42
5.4 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป	42
บรรณานุกรม	43

บทที่ 1

บทนำ

1.1 หลักการและเหตุผล

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือ Non-communicable disease (NCDs) เป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากกว่าสาเหตุอื่น ในปี พ.ศ. 2558 ทั่วโลกมีประชากรเสียชีวิตด้วยกลุ่มโรค NCDs ประมาณ 41 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 71 และเป็นการตายก่อนวัยอันควรประมาณ 15 ล้านคน ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาระเจริญเติบโตทางด้านเศรษฐกิจ โดยมีการประมาณความสูญเสียทางเศรษฐกิจใน 15 ข้างหน้า ประมาณ 7 ล้านดอลลาร์สหรัฐ ในประเทศไทยพบว่าการเสียชีวิตจาก NCDs ร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตทั้งหมด (ประมาณ 320,000 คนต่อปี) ปี พ.ศ. 2557 คนไทยสูญเสียปีสุขภาวะ 14.9 ล้านปี ซึ่งเป็นการสูญเสียปีสุขภาวะด้วยกลุ่มโรค NCDs ถึง ร้อยละ 71 ในขณะที่แนวโน้มประชากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยด้วยโรค NCDs ยังคงเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะและต้นทุนทางเศรษฐกิจอย่างรุนแรงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการสำรวจสุขภาพคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พบแนวโน้มของโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น โดยความชุกของโรคเบาหวาน ปี พ.ศ. 2552 และ 2557 ร้อยละ 6.9 และ 8.9 ตามลำดับ ส่วนความดันโลหิตสูง ปี พ.ศ. 2552 และ 2557 พบความชุกร้อยละ 21.4 และ 24.7 ตามลำดับ

สถานการณ์โรค NCDs เขตสุขภาพที่ 10 ในปี 2561 มีอัตราการตาย 93.79 ต่อประชากรแสนคน เพิ่มขึ้นจากปี 2559 (92.49) เมื่อจำแนกรายโรค โรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 8.93 โรคเบาหวาน เท่ากับ 24.75 โรคหัวใจขาดเลือด เท่ากับ 22.88 และ โรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 37.23 ต่อประชากรแสนคน (ข้อมูล ณ วันที่ 18 ตุลาคม 2562) นอกจากนี้ยังพบสถานการณ์อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานของเขตสุขภาพที่ 10 ที่เพิ่มขึ้นทุกปี โดยพบอัตราป่วยเบาหวานรายใหม่ 415.61 ต่อประชากรแสนคน และการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดี โดยพบร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี เพียงร้อยละ 32.55 และพบการตรวจ HbA1C ไม่ครอบคลุม โดยความครอบคลุมการตรวจเพียงร้อยละ 74.96 เช่นเดียวกับสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง พบอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจากปี 2562 โดยพบอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ 1130.05 ต่อประชากรแสนคน การตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ปีงบประมาณ 2563 (Home BP) พบร้อยละ 76.80 และพบรายใหม่จากผู้สงสัยป่วย (ทำ Home BP) ร้อยละ 7.39

คงปฏิเสธไม่ได้ว่าโรค NCDs นั้นมีต้นเหตุมาจาก “พฤติกรรมสุขภาพ” ภายใต้วิถีชีวิตและวัฒนธรรมการกินการอยู่ โดยปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดโรค NCDs แบ่งเป็น ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น เพศ พันธุกรรม และอายุ และปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงได้ เช่น การไม่ออกกำลังกาย รับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และสูบบุหรี่ โดยปัจจัยเหล่านี้ มีโอกาสทำให้น้ำหนักเกิน เป็นโรคอ้วน ไขมันในเลือดผิดปกติ ความดันโลหิตสูง และน้ำตาลในเลือดสูง นำไปสู่โอกาสในการเกิดโรคต่างๆ ได้ ปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาจนนำไปสู่การเกิดโรค NCDs ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวถูกกำหนดในรูปแบบ 4x4x4 Model ของการเกิดโรค NCDs โดย 4 ตัวแรกคือ 4 โรคหลัก ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง และโรคมะเร็ง ที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลง

ทางสรีรวิทยาที่สำคัญของ 4 ตัวถัดมา ได้แก่ น้ำหนักเกินและอ้วน ความดันโลหิตสูง น้ำตาลในเลือดสูง และไขมันในเลือดผิดปกติที่เกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของ 4 ตัวสุดท้าย ได้แก่ การบริโภคยาสูบ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ และการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดผิดปกติ มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง หากควบคุมไม่ได้มีแนวโน้มที่จะเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งจากการเปรียบเทียบผลการสำรวจสุขภาพประชาชนชาวไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 (พ.ศ. 2550) ครั้งที่ 4 (พ.ศ. 2553) และครั้งที่ 5 (พ.ศ. 2557) พบว่า การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การกินผักไม่เพียงพอ กิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ และมีแนวโน้มลดลง ขณะที่ภาวะความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะอ้วน/น้ำหนักเกิน และภาวะอ้วนลงพุง มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557)

อย่างไรก็ตาม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต้องเริ่มต้นจาก “คน” การสร้างความสัมพันธ์และสร้างความไว้วางใจก่อนจะนำไปสู่เป้าหมายใน “งาน” ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แต่ความท้าทายของงาน คือเจ้าหน้าที่ไม่ได้ต่อสู้กับโรค NCDs โดยตรงเท่านั้น แต่กำลังต่อสู้กับกระแสบริโภคนิยมที่มาพร้อมกับสื่อโฆษณาสื่อที่ทำหน้าที่กระตุ้น “ความอยาก” ของผู้คน จนปัจจุบันผู้คนเริ่มแยกไม่ออกแล้วว่า การบริโภครูปแบบใดเป็นประโยชน์ การบริโภครูปแบบใดเป็นอันตราย

แม้ว่าภาคสาธารณสุขจะทำงานเป็นเครือข่ายที่เชื่อมต่อกันเป็นใยแมงมุมทั่วประเทศในการดำเนินการดูแล รักษา ฟื้นฟู ให้ความรู้แก่ประชาชนมาอย่างต่อเนื่องหลายปี แต่อัตราป่วยไม่ลดลง และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ อาจเป็นเพราะเรายังขาดความสามารถในการควบคุมสื่อไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมและการบริโภคของผู้คนได้ สื่อโฆษณาก็ยังทำหน้าที่สื่อสารด้วยความสนุก ขยายความอร่อย ขยายความแปลกใหม่และความทันสมัยที่ดูใจมากกว่า โดนใจกว่า และทำงานกับความรู้สึกของผู้คนได้มากกว่า ซึ่งสะท้อนช่องว่างการทำงานจัดการโรค NCDs ในมิติของการสื่อสาร ที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังขาด “สื่อที่สร้างความเปลี่ยนแปลง” หรือสื่อที่ช่วยหนุนเสริมการทำงานและช่วยยกระดับการรับรู้เรื่องสุขภาพของผู้คนที่ยังมีน้อยเกินไปและซ้ำเกินไป ในขณะที่สื่อโฆษณาของกลุ่มทุนยักษ์ใหญ่ทำงานอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา นอกจากนี้ในการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ผ่านมา ยังไม่ประสบความสำเร็จเนื่องจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของประชาชนไม่สามารถดำเนินการได้โดยกระทรวงสาธารณสุขเพียงลำพัง หากแต่ชุมชนและภาคีองค์กรต่างๆ ล้วนมีอิทธิพลและมีส่วนสำคัญต่อการตัดสินใจกำหนดแนวทางดูแลสุขภาพของบุคคลและชุมชน ความร่วมมือของภาคเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชนทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุขล้วนมีความสำคัญในการลดปัจจัยเอื้อต่อการเกิดพฤติกรรมเสี่ยง ให้การขับเคลื่อนการดำเนินงานบรรลุตามเป้าหมาย

จากการทบทวนวรรณกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยยึดชุมชนเป็นฐานหรือการดำเนินงานชุมชนวิถีใหม่ ห่วงไกล NCDs (CBI NCDs) เป็นมาตรการหนึ่งในการดำเนินงานเชิงรุกสู่การลดปัจจัยเสี่ยงร่วมครอบคลุมประชากรทั่วไปในชุมชน ได้แก่ ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมเสี่ยงในชุมชน เพิ่มความสามารถบุคคลในการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติลดเสี่ยง สนับสนุนให้มีการปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการลดโอกาสเสี่ยงและไม่เอื้อต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพเสี่ยง ตลอดจนการเข้าถึง

การบริการส่งเสริมเทคนิควิธีการปฏิบัติ ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายของภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนในชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรมกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายระบบพี่เลี้ยง (mentoring system) เป็นกระบวนการถ่ายทอดความรู้แบบระยะยาวจากเครือข่ายเพื่อนร่วมงานที่มีความรู้ประสบการณ์และความเข้าใจงานมากกว่าไปยังเครือข่ายเพื่อนร่วมงานที่มีความรู้และประสบการณ์น้อยกว่า ระบบพี่เลี้ยงเป็นกระบวนการพัฒนาเชิงสนับสนุนและให้กำลังใจ พี่เลี้ยงไม่จำเป็นต้องเป็นหัวหน้างานแต่อาจเป็นเครือข่ายเพื่อนร่วมงานที่มีตำแหน่งสูงกว่าและประสบการณ์มากกว่า ซึ่งอยู่ในหน่วยงานหรือสถานที่บริบทเดียวกันหรือต่างกันได้ โดยทั่วไประบบพี่เลี้ยงจะใช้เวลาในการสร้างความคุ้นเคย สร้างความสัมพันธ์และความเข้าใจซึ่งกันและกัน ดังเช่นระบบพี่เลี้ยงเพื่อพัฒนาความสามารถในการผลิตงานวิจัยในชั้นเรียนของอาจารย์วิทยาลัยพยาบาล (วราณี สัมฤทธิ์, อภิภา ปรัชญพฤทธิและวราภรณ์ บวรศิริ, 2558) พบว่า ความรู้และทัศนคติหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาจารย์ผู้รับการดูแลทุกคนสามารถทำผลงานวิจัยในชั้นเรียนมีคุณภาพอยู่ในระดับดีมาก นอกจากนี้พี่เลี้ยงยังเป็นที่ปรึกษาให้แก่ผู้อยู่ในความดูแลเมื่อมีปัญหาหรือเกิดความสับสนและที่สำคัญพี่เลี้ยงจะต้องเป็นต้นแบบที่ดีทั้งในเรื่องพฤติกรรม จริยธรรมและการทำงานให้สอดคล้องกับความต้องการของบริบทองค์กรหรือชุมชนด้วย ดังนั้น กิจกรรมต่าง ๆ ของระบบพี่เลี้ยงจึงมีเป้าหมายทั้งในระดับชุมชนและระดับบุคคล

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน จึงสนใจการสร้างทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัดเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” (CBI NCDs) ซึ่งจะนำไปสู่การจัดการปัจจัยเสี่ยงและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค NCDs ของคนในชุมชนต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์

เพื่อสร้างทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัดเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” (CBI NCDs)

1.3 นิยามศัพท์

1.3.1 ทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัด หมายถึง บุคคลที่ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงให้กับชุมชนในการประสานงานอำนวยความสะดวก ให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา สนับสนุนองค์ความรู้วิชาการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อในชุมชน เป็นคนที่มีส่วนร่วมในการดูแล ติดตามผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน

1.4 ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1) มีเครือข่ายทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัด เขตสุขภาพที่ 10 ในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” (CBI NCDs) นำไปสู่การดำเนินการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน

2) ได้แนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” (CBI NCDs) ที่มีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เน้นชุมชนเป็นศูนย์กลาง สร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน ส่งผลให้ลดปัจจัยเสี่ยง และลดภาวะแทรกซ้อนของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระยะยาวได้

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และเอกสารที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อสร้างทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัดเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ท่างไกล NCDs” โดยผู้วิจัยได้ทบทวน ค้นคว้าเอกสารแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปเนื้อหา สาระสำคัญเป็นแนวทางในการศึกษา ดังนี้

2.1 ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญ

- 2.1.1 ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (Hypertension)
- 2.1.2 ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus)
- 2.1.3 ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart diseases)
- 2.1.4 ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) หรือ โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต

2.2 กระบวนการดำเนินกิจกรรม/โครงการในหน่วยงานหรือองค์กร

- 2.2.1 ขั้นตอนในการผลักดันและดำเนินงานโครงการ
- 2.2.2 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

2.3 ชุมชนและการมีส่วนร่วมของชุมชน

- 2.3.1 ความหมาย
- 2.3.2 การดำเนินงานในการแก้ปัญหาสาธารณสุขร่วมกับชุมชน
- 2.3.3 บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องแต่ละระดับ
- 2.3.4 กรอบแนวคิดการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
- 2.3.5 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานในการแก้ปัญหาสาธารณสุขร่วมกับชุมชน

2.4 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

- 2.4.1 ความหมายและพัฒนาการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
- 2.4.2 ความเชื่อพื้นฐานของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
- 2.4.3 รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
- 2.4.4 การวิจัยเชิงปฏิบัติการเชิงเทคนิค (Technical Action Research)
- 2.4.5 การวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ใช้ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยและการควบคุมโรค

2.1 ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญ

2.1.1 โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension)

โรคความดันโลหิตสูง เกิดจากสภาวะผิดปกติที่มีระดับความดันโลหิตสูงกว่าระดับปกติของคนทั่วไป คือ ค่าความดันโลหิตตั้งแต่ 120/80 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป ถือว่าเป็นสภาวะที่ต้องทำการควบคุม แต่ถ้าวัดความดันโลหิต ได้ค่าตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป ถือว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตสูงทำให้เกิด ความเสียหายและการเสื่อมสภาพของหลอดเลือดแดงทั่วร่างกาย ซึ่งจะนำไปสู่ภาวะหลอดเลือดแดงแข็งและอุดตันหรือหลอดเลือดแตก

สาเหตุของความดันโลหิตสูง แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มแรก ไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนมากจะเป็นกลุ่มนี้ ซึ่งบุคคลที่มีโอกาสสูงที่จะเป็นความดันโลหิตสูง ได้แก่ ผู้สูงอายุ คนอ้วน สูบบุหรี่ กรรมพันธุ์ บุคคลที่มีอารมณ์รุนแรง เครียดง่าย

กลุ่มสอง คือกลุ่มที่หาสาเหตุได้ เช่น โรคไต ได้รับสารสเตียรอยด์เป็นเวลานานๆ ความผิดปกติของหลอดเลือดแดงใหญ่ ต่อมไทรอยด์ ต่อมหมวกไต ต่อมใต้สมอง การได้รับยาหรืออาหารที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง

ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่

กรรมพันธุ์ เช่น มีพ่อ แม่ พี่น้อง เป็นความดันโลหิตสูง และอายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป

การรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด หวานจัด มันจัด ไขมันในเลือดสูง มีภาวะ เบาหวาน ขาดการออกกำลังกาย อ้วนหรือมีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น เครียดเรื้อรัง สูบบุหรี่ และดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

อาการของโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงส่วนมากจะไม่แสดงอาการ แต่มักตรวจพบโดยบังเอิญ ขณะไปพบแพทย์เพื่อตรวจรักษาจากปัญหาอื่น มีบางรายที่อาจมีอาการเตือน เช่น ปวดมึนท้ายทอย วิงเวียน ปวดศีรษะตุบๆ หากเป็นมานานหรือความดันโลหิตสูงมากๆอาจมีอาการเลือดกำเดาไหล ตามัว ใจสั่น มือเท้าชา เมื่อเกิดอาการผิดปกติ จึงควร รีบไปพบแพทย์เพื่อจะได้รับการรักษาได้ถูกต้องและทันที่

โรคแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

สายตาสีมลงอย่างรวดเร็ว หลอดเลือดในสมองตีบหรือแตก อาจเป็นอัมพฤกษ์อัมพาตถ้ารักษาไม่ทัน หลอดเลือดหัวใจตีบตัน เป็นเหตุให้กล้ามเนื้อหัวใจตายเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ หัวใจล้มเหลว จากการที่กล้ามเนื้อหัวใจต้องทำงานมากขึ้น ไตพิการ หรือไตอักเสบ เกิดอาการบวม เป็นต้น

การป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

เลิกสูบบุหรี่ ไม่ให้อ้วน การออกกำลังกายอย่างเหมาะสมต่อเนื่อง เช่น เดิน 30 นาที ต่อวัน 5 วันต่อสัปดาห์ ลดการกินอาหารรสเค็ม เพราะเกลือ (โซเดียม) จะทำให้น้ำคั่งในร่างกาย ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น โดยทั่วไปไม่ควรรับประทานโซเดียม เกิน 2.4 กรัมต่อวัน และโซเดียมมีอยู่ในเนื้อสัตว์ ควรรับประทานอาหารประเภทผักและผลไม้ (ไม่หวานจัด) เป็นประจำ ดื่มนมหรือรับประทานผลิตภัณฑ์พร่องมันเนย เป็นประจำ พบว่าแคลเซียมจากนมจะช่วยควบคุมความดันโลหิตได้ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง หรืออาหารที่มีไขมันมาก โดยเฉพาะไขมันอิ่มตัวและคอเลสเตอรอลสูง เช่น น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม กะทิ ไขมันจากสัตว์ เนื้อติดมัน ควรใช้น้ำมันพืช ในการประกอบอาหาร เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันดอกทานตะวัน น้ำมันรำข้าว เป็นต้น

2.1.2 โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus)

โรคเบาหวาน เกิดจากตับอ่อนไม่สามารถสร้างอินซูลินได้เพียงพอ หรือ เมื่อร่างกายไม่สามารถใช้อินซูลินที่ผลิตออกมาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้น้ำตาล ในเลือดสูงขึ้นไปเป็นเวลานาน ระดับน้ำตาลมากกว่าหรือเท่ากับ 126 มก./ดล. (ขณะอดอาหาร 8 ชั่วโมง หรือมากกว่า)

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ที่สำคัญ คือ

กรรมพันธุ์ อายุที่เพิ่มขึ้น ประวัติเบาหวานขณะตั้งครรภ์หรือน้ำหนักเด็กแรกคลอดมากกว่า 4 กิโลกรัม

อ้วน ความดันโลหิตสูง ความผิดปกติของไขมันในเลือดสูง การขาดการ ออกกำลังกาย เป็นต้น

อาการของโรคเบาหวาน

ปัสสาวะบ่อยและมาก กระหายน้ำ ตื่นน้ำบ่อย ๆ ทิวบ่อย หรือกินจุ อ่อนเพลีย อาการอื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้แก่ แผลหายช้า คันตามผิวหนัง ชามือชาเท้า ในรายที่มีระดับน้ำตาลสูงมากอาจจะมีอาการหมดสติได้ สัญญาณเตือนต่อการเกิดโรคเบาหวานในเด็ก คือ เด็กอ้วน มีปื้นดำที่คอ หรือใต้รักแร้

โรคแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ที่อาจเกิดขึ้นได้แก่

1. โรคแทรกซ้อนที่เป็นเฉียบพลัน เช่น ระดับน้ำตาลที่ต่ำมากหรือสูงมาก ถ้าระดับน้ำตาลต่ำกว่า 70 มก./ดล. ผู้ป่วยจะมีอาการทิว เหงื่อแตก ใจสั่น หน้ามืด จะเป็นลม บางรายหมดสติได้ ถ้าระดับน้ำตาลสูงมาก อาจมีอาการหายใจหอบเหนื่อย ปวดท้อง อาเจียน เพื่อ สับสน บางรายหมดสติได้

2. โรคแทรกซ้อนเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวานขึ้นตา ตามัว เส้นประสาทเสื่อม มือเท้าชา มีแผลที่เท้า โรคไต จากการบวม หลอดเลือดแดงตีบ เช่น เจ็บแน่นหน้าอกจากหัวใจขาดเลือด เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต

การป้องกันโรคเบาหวาน

ลดการบริโภคอาหารประเภทหวาน มัน เค็ม และลดการบริโภคเกลือ เพิ่มการรับประทานผัก ผลไม้ (ไม่หวาน) ออกกำลังกายสม่ำเสมอ 5 วัน/สัปดาห์ อย่างน้อย วันละ 30 นาที เลิกสูบบุหรี่และไม่อยู่ใกล้คนที่กำลังสูบบุหรี่ เลิกดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ลดความเครียด ทำจิตใจให้ผ่อนคลาย

2.1.3 โรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart diseases)

โรคหัวใจขาดเลือด คือ โรคที่เกิดจากหลอดเลือดแดงที่เลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจตีบหรือตัน เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจโดยมีคราบไขมัน หินปูน ก่อตัวสะสมที่บริเวณผนังหลอดเลือด ซึ่งจะเข้าไปอย่างช้าๆ และมีขนาดขึ้นโตเรื่อยๆ ทำให้เกิดการตีบแข็งบริเวณหลอดเลือด เมื่อมีการตีบของหลอดเลือดเพียงเล็กน้อย จะยังไม่ทำให้เกิดอาการ แต่เมื่อมีการตีบเกินร้อยละ 50 ของหลอดเลือด จะทำให้เลือดที่ส่งไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไหลได้ช้าลงและส่งไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่ทันตามต้องการ ก่อให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดขึ้น ส่งผลให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด ได้แก่

1. ไขมันในเลือดผิดปกติ สูบบุหรี่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน
2. อายุ ชายอายุ 45 ปีหรือมากกว่า หญิงอายุ 55 ปีหรือมากกว่า
3. ประวัติครอบครัวที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือดก่อนวัยอันควร (ชายอายุน้อยกว่า 55 ปี หญิงอายุน้อยกว่า 65 ปี) ของพ่อ แม่ พี่ น้อง สายตรง
4. ปัจจัยอื่นๆ เช่น การอักเสบในร่างกาย อ้วนลงพุง ไม่ออกกำลังกาย ผู้ที่มีความเครียดหรือกังวลสูง

อาการของโรคหัวใจขาดเลือด

อาการหัวใจขาดเลือด มีลักษณะปวดเค้นกลางหน้าอก เจ็บนานหลายนาที อาจร้าวไปที่แขน ไหล่ซ้าย ข้อศอก ขากรรไกร หรือไปที่ด้านหลังก็ได้ อาการอื่น ที่ร่วมด้วย ได้แก่ แน่นหน้าอก หายใจลำบาก คลื่นไส้ อาเจียน เหงื่อออกมาก ซีด เป็นลม หรือหมดสติ

การป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด

1. ลดการบริโภคอาหารประเภทหวาน มัน เค็ม และลดการบริโภคเกลือ รับประทานผัก ผลไม้ (ไม่หวาน)
2. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ 5 วัน/สัปดาห์ อย่างน้อยวันละ 30 นาที
3. ลดความเครียด ทำจิตใจให้ผ่อนคลาย เช่น ทำงานอดิเรก ปลูกต้นไม้
4. เลิกสูบบุหรี่และไม่อยู่ใกล้คนที่กำลังสูบบุหรี่ เลิกดื่มเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์
5. ควบคุมระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลและระดับไขมันในเลือดให้อยู่ ในเกณฑ์ปกติ

2.1.4 โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) หรือ โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) หรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต หมายถึงภาวะ ที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยง ทำให้มีอาการของแขน ขาหรือหน้า ชักใดชักหนึ่งขา อ่อนแรง หรือเคลื่อนไหวลำบากหรือเคลื่อนไหวไม่ได้ อย่างทันทีทันใด เป็นนาทีหรือเป็นชั่วโมง ถ้าผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องและรวดเร็วตั้งแต่แรกจะสามารถลด อัตราตาย หรือความพิการลงได้มาก หรือสามารถกลับมาใช้ชีวิตแบบคนปกติได้

ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 2 ประเภท ตามลักษณะที่เกิดคือ

1. โรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน (Ischemic Stroke) คือมีการอุดตัน ของหลอดเลือดซึ่งอาจเกิดจากการที่มีก้อนเลือดจากหัวใจหรือก้อนไขมันจากหลอดเลือดที่คอบมาอุดที่หลอดเลือดในสมอง

2. โรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke) โดยส่วนใหญ่มักเกิดในผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงมานานทำให้เกิดความผิดปกติที่หลอดเลือดเล็กๆ ในสมอง และเกิดการแตกของหลอดเลือด ก้อนเลือดจะไปกด เนื้อสมอง ทำให้ขาดออกซิเจน มีการทำลายหรือตายของเนื้อสมอง

อาการของโรคหลอดเลือดสมอง

อาการ ขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยง และความรุนแรงขึ้นอยู่กับการทำลายเนื้อสมอง อาการที่พบบ่อยคือการอ่อนแรงบริเวณใบหน้า แขนขา ส่วนมากเป็นข้างเดียว และเกิดขึ้นโดยเฉียบพลัน อาการอื่นที่อาจเกิดร่วม ได้แก่ ชาบริเวณใบหน้า แขนขา มองเห็นไม่ชัด เห็นภาพซ้อน การคิดสับสน พูดลำบาก หรือฟังคนอื่นเข้าใจยาก ปวดศีรษะรุนแรง เดินลำบาก งุนงง ทรงตัวไม่ได้เหมือนปกติ เป็นลมหมดสติ

อาการเตือนที่สำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ป่วยส่วนหนึ่งอาจมีอาการเตือนของโรค คือ ภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว (TIA :Transient Ischemic Attack) โดยพบว่าถ้าไม่ได้ดำเนินการใดๆ ผู้ที่มีอาการสมองขาดเลือดชั่วคราว 1 ใน 5 คน จะเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ภายในระยะเวลา 3 เดือน และส่วนใหญ่ของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองดังกล่าวจะพบใน 2 - 3 วันแรกหลังจากมีอาการของสมองขาดเลือดชั่วคราว

อาการของสมองขาดเลือดชั่วคราว อาจพบเพียง 1 อาการ หรือมากกว่า 1 อาการ ดังนี้

- การอ่อนแรงของหน้า แขน หรือขาซีกเดียว
- สับสน พูดลำบาก พูดไม่รู้เรื่อง มีปัญหาการพูด
- การมองเห็นลดลง 1 หรือทั้ง 2 ข้าง
- มีปัญหาด้านการเดิน มึนงง สูญเสียการสมดุลการเดิน ทรงตัวลำบาก

หรือใช้ตัวย่อช่วยจำ “F.A.S.T.” มาจาก

F = Face เวลาี่ยมพบว่ามุมปากข้างหนึ่งตก

A = Arms ยกแขนไม่ขึ้น 1 ข้าง

S = Speech มีปัญหาด้านการพูด พูดไม่ออกหรือพูดไม่ชัด แม้ประโยคง่าย ๆ พูดแล้วคนฟัง ฟังไม่รู้เรื่อง

T = time ผู้มีอาการดังกล่าวต้องรีบไปโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาโดยด่วนภายใน 4 ชั่วโมง จะได้ช่วยรักษาชีวิตและสามารถฟื้นฟูกลับมาได้เป็นปกติหรือใกล้เคียงคนปกติมากที่สุด

ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง

โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน การสูบบุหรี่ ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ การไม่ออกกำลังกาย ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีพ่อแม่ พี่น้องที่เป็นญาติสายตรงมีประวัติ เป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ อีก ได้แก่ โรคอ้วน โรคเลือด การดื่มสุรา ภาวะเครียด ขาดการพักผ่อน

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ป้องกันโดยไม่ให้เกิดปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวข้างต้น ทั้งเรื่องความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ไม่สูบบุหรี่ และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ผู้ที่เป็นโรคแล้วต้องควบคุมปัจจัยเสี่ยงเพื่อไม่ให้เกิดโรคซ้ำ และพบแพทย์ตามนัด

2.2 กระบวนการดำเนินกิจกรรม/โครงการในหน่วยงานหรือองค์กร

2.2.1 ขั้นตอนในการผลักดันและดำเนินงานโครงการ

ขั้นตอนในการผลักดันและดำเนินงานโครงการ

1. ระดมคน/รวมพล เพื่อกำหนดนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพและสิ่งแวดล้อม เช่น การป้องกันควบคุมโรคและการบาดเจ็บ โดยผู้บริหารขององค์กร พร้อมทั้งสื่อสารให้ทุกคนรับทราบ

2. การจัดตั้งคณะทำงาน ส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมและความร่วมมือ ระหว่างองค์กรกับบุคลากร เช่น สนับสนุนให้เกิดกลุ่มกิจกรรม หรือชมรมต่างๆ เป็นต้น

3. ประเมินสถานการณ์/สำรวจความต้องการในประเด็นและกิจกรรมต่างๆ ของพนักงาน

4. จัดลำดับความสำคัญของปัญหาตามความจำเป็นหรือความต้องการของบุคลากร

5. วางแผน/พัฒนาแผน ปรับแผนการดำเนินกิจกรรม/โครงการให้สอดคล้องกับปัญหา

6. ดำเนินการตามแผน เช่น จัดกิจกรรมหรือโครงการต่างๆ ที่เป็นการส่งเสริม สุขภาพ ป้องกันควบคุมโรคและการบาดเจ็บ ตามบริบทหรือขนาดของหน่วยงาน หรือองค์กรนั้นๆ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากร เช่น โครงการรณรงค์เพื่อเลิกสูบบุหรี่ สุรา หรือสารเสพติด, โครงการอาหารเพื่อสุขภาพ, โครงการออกกำลังกาย เพื่อสุขภาพ, กิจกรรม 3 อ. 2 ส.(อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ สูบบุหรี่ และสุรา) โครงการรักษหัวใจในที่ทำงาน และโครงการส่งเสริมสุขภาพจิตในการทำงาน เป็นต้น

7. การติดตาม/ ตรวจสอบ/ และประเมินผลการดำเนินงาน เพื่อให้มั่นใจว่า มีการดำเนินการตามแผน และมีการตรวจสอบผลลัพธ์เป็นระยะ หากพบปัญหา ต้องดำเนินการแก้ไขและทบทวนตลอดเวลา

8. ทบทวน สรุปผลการดำเนินงานและปรับปรุงแก้ไข ต่อยอด ขยายผลเพื่อ ให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

2.2.2 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. ผู้บริหาร/ผู้นำ ให้การสนับสนุนการดำเนินงาน
2. การมีส่วนร่วม ร่วมคิด ร่วมทำ ของบุคลากรในองค์กร
3. เครือข่ายให้การสนับสนุน
4. สร้างแรงบันดาลใจและแรงจูงใจในการดำเนินงาน
5. การมีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำเนินงานให้สำเร็จ
6. การกำหนดนโยบาย ทิศทาง กลยุทธ์ขององค์กรในการดำเนินงานที่ดี
7. การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน

2.3 ชุมชนและการมีส่วนร่วมของชุมชน

2.3.1 ความหมาย

ชุมชน (community) หมายถึง หมู่ชน กลุ่มคนที่อยู่รวมกันเป็นสังคมขนาดเล็กหรือขนาดใหญ่ก็ได้ ที่อาศัยอยู่ในอาณาบริเวณเดียวกันและมีผลประโยชน์ร่วมกัน เช่น หมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด เทศบาล สถานศึกษา สถานที่ทำงาน สถานประกอบการ วัด ตลาด เป็นต้น

ภาคีเครือข่ายในชุมชน หมายถึง หน่วยงาน องค์กร ชมรม กลุ่มคนที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานประกอบด้วยเครือข่ายภาครัฐ (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/อปท. พัฒนาชุมชน เกษตรอำเภอ หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง) เครือข่ายภาคประชาชน (อาสาสมัครสาธารณสุข/อสม. แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ชมรมสร้างสุขภาพ) และกลุ่มต่างๆ ในชุมชน (กรรมการ/คณะทำงานชุมชนองค์กรเอกชนสาธารณสุข ประโยชน์ บริษัทห้างร้าน เป็นต้น)

2.3.2 การดำเนินงานในการแก้ปัญหาสาธารณสุขร่วมกับชุมชน จำเป็นต้องมีการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. การเตรียมการ (Preparation)

บุคลากรด้านสาธารณสุขต้องประสานความร่วมมือกับบุคคล ครอบครัว ชุมชนและอนามัยสิ่งแวดล้อม ในการป้องกันควบคุมโรค การเตรียมการที่สำคัญเบื้องต้น คือ

1.1 การปรับทัศนคติ วิธีคิดและแบบแผนการปฏิบัติการให้บริการจากการรักษาสู่การป้องกันควบคุมโรค และรู้เท่าทันกับการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์สิ่งแวดล้อม

1.2 ต้องเรียนรู้ เข้าใจและยอมรับว่า มีความคิด ความเชื่อ ค่านิยมของแต่ละสังคม/ชุมชน ซึ่งมีผลต่อการกำหนดแบบแผนพฤติกรรม การดำรงชีวิตของประชากรในชุมชนนั้นๆ และมีผลตอบสนองต่อความต้องการด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม แม้ว่าจะไม่สามารถอธิบายเหตุผลในเชิงวิทยาศาสตร์ได้ การแก้ปัญหาตามแนวทางที่เจ้าหน้าที่กำหนดและคิดว่าเหมาะสมที่สุดแบบบนลงล่าง (Top down approach) อาจไม่สอดคล้องกับความจริงของสังคม จึงควรเรียนรู้เพื่อเข้าใจกระแสสังคมและแปลงให้เกิดเป็นพลังสังคมอันจะนำไปสู่เป้าหมายที่เราวาดฝันไว้ร่วมกัน ดังนั้นการศึกษาภูมิปัญญาประชาชนและภูมิปัญญาท้องถิ่น (ทุนทางสังคม) จึงเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญในการพัฒนาเพื่อยกระดับศักยภาพของชุมชนให้สามารถพึ่งพาตนเองได้สู่การพัฒนาที่ยั่งยืน

1.3 เข้าใจและรับรู้ปัญหาชุมชน ปัญหาชุมชนในมุมมองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับชุมชนอาจจะไม่เป็นประเด็นเดียวกัน เจ้าหน้าที่ที่ต้องให้ความสำคัญประเด็นด้านความสำนึกด้านสุขภาพ (Health Consciousness) ในการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วย ความคิด ความเชื่อของชุมชน การรับรู้ต่อผลกระทบที่เกิดขึ้นในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน ปฏิกริยาของชุมชนที่สนองต่อการเกิดสภาวะการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมทั้งทางกายภาพ และสังคมที่จะมีผลต่อสุขภาพและความเจ็บป่วยของสมาชิกในชุมชน

1.4 การพัฒนาความเป็นผู้นำและการสร้างเครือข่าย เพื่อการพัฒนาสาธารณสุขในระดับชุมชน โดยปรับกระแสแนวคิดให้ตรงกัน นำไปสู่การกำหนดเป้าประสงค์ร่วมกัน และเกิดการระดมพลังชุมชน ทั้งด้านทรัพยากรมนุษย์และทรัพยากรอื่นๆ ในชุมชน เพื่อพัฒนาร่วมกันอย่างต่อเนื่อง เกิดเครือข่ายชุมชนสาธารณสุข ซึ่งระบบบริการสนับสนุนสาธารณสุขจะต้องสอดคล้องประสานกับกระบวนการแก้ไขปัญหาชุมชน มุ่งสู่ทิศทางที่จะเอื้อให้ชุมชนพึ่งพาตนเองได้ โดยอาศัยพลังชุมชนอันเกิดจากกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรชุมชน ประชาชนและสาขาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

1.5 การศึกษาชุมชนในการรวบรวมข้อมูลของชุมชนภาพรวมแบบมีส่วนร่วม เพื่อสืบค้นหาข้อมูลที่สำคัญ เพื่อให้รู้และเข้าใจชุมชน ทั้งในตัวของเนื้อหาและบริบท นำไปสู่การพัฒนาต่อไป เครื่องมือศึกษาชุมชน เช่น เครื่องมือ 7 อย่าง ประกอบด้วย แผนที่เดินดิน ผังเครือญาติ โครงสร้างองค์กรชุมชน/เครือข่ายองค์กรในชุมชน ระบบสุขภาพชุมชน ปฏิทินชุมชน ประวัติศาสตร์ชุมชนและประวัติชีวิตบุคคลที่น่าสนใจ เครื่องมือ Change ประเมินความต้องการของชุมชน และอื่นๆ

1.6 การสื่อสารความเสี่ยง (Risk communication) เป็นกลวิธีในการเผยแพร่และกระจายข้อมูลที่ถูกต้องและเหมาะสมกับเหตุการณ์ ทำให้ผู้เกี่ยวข้องทั้งผู้ประเมินความเสี่ยงและผู้จัดการความเสี่ยง รวมถึงผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอื่นๆ ทั้งทางตรงและทางอ้อม (stakeholders) มีความเข้าใจในทางเดียวกันกับสิ่งคุกคาม การเกิดผลกระทบในเชิงลบ ความเสี่ยงและโอกาสของการเกิด เป็นหน้าที่ของนักวิชาการหรือผู้เชี่ยวชาญในการสร้างข้อมูลที่จะใช้ในการสื่อสารเรื่องต่างๆ กับประชาชนทั่วไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การดำเนินงานด้านสุขภาพ การสื่อสารเพื่อสุขภาพมองได้หลายมิติ เพราะเรื่องสุขภาพเป็นพลวัต มีความต่อเนื่องในวิถีชีวิตของบุคคล เป็นเรื่องสุขภาพจะองค์รวมที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณมีความเกี่ยวเนื่องกับการเมือง เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม สังคมและวัฒนธรรม การรับรู้ศักยภาพการสื่อสารภายใน

ชุมชน เช่น การใช้สื่อเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร วิธีการและช่องทางการเข้าถึงชุมชนที่ได้ผล รวมถึงปัญหาและปัจจัยที่ทำให้คนในชุมชนยอมรับสื่อและมีส่วนร่วมในการสื่อสารในชุมชน เพื่อเพิ่มความสามารถในการสื่อสาร

2. การวางแผนและดำเนินงานร่วมกับชุมชนในการแก้ปัญหาสาธารณสุข (Plan and Implementation)

การวางแผนการดำเนินการ จำเป็นต้องเข้าใจกระบวนการวางแผนงาน มีความรู้พื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสาเหตุหลักของปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ระบบบริการสาธารณสุขและระบบบริการอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น ระบบการศึกษา การเกษตร การปกครองท้องถิ่น ระบบโครงสร้างและสังคม วัฒนธรรมของชุมชน และองค์ประกอบการวางแผนและการดำเนินงาน มีดังนี้

- ชุมชนแต่งตั้งคณะทำงาน โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานภาครัฐในพื้นที่รับผิดชอบ ภาคเอกชน และภาคประชาชน โดยมีข้อตกลงร่วมกัน และทำหน้าที่รับผิดชอบต่อการจัดทำแผนการดำเนินงาน

- การประเมินและวิเคราะห์ชุมชนที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพ

การรวบรวมและวิเคราะห์ต่างๆ ได้แก่ นโยบายด้านสาธารณสุข ข้อมูลแผนงานสาธารณสุข ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุขและสถานการณ์ของการดำเนินงานปัจจุบัน เช่น ข้อมูลประชากร/ระดับชาติ สถานะสุขภาพ ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นสาเหตุสำคัญของปัญหา การดำเนินงานในพื้นที่ ข้อมูลทางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรมและประเพณีและทรัพยากรในท้องถิ่น

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและตัวแทนประชาชนร่วมกันสำรวจชุมชน ข้อมูลอาจได้จากเครื่องมือศึกษาชุมชน รายงานของสถานบริการสาธารณสุข (การคัดกรองโรค ปัจจัยเสี่ยง พฤติกรรมเสี่ยง สิ่งแวดล้อมเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อน) ทำให้เห็นภาพรวมของชุมชน เข้าใจปัญหาและสถานการณ์ที่เป็นอยู่จริง หรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกันทั้งหมด แล้วจึงนำมาประเมินและวิเคราะห์ชุมชนที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

- การจัดทำแผนชุมชนร่วมกันในเวทีชุมชน

การจัดทำแผนชุมชนร่วมกันในเวทีชุมชน โดยนำผลการประเมินและวิเคราะห์ชุมชนที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพ เช่น การป่วย ตาย โรค ภาวะแทรกซ้อน ปัจจัยเสี่ยง พฤติกรรมเสี่ยง สิ่งแวดล้อมเสี่ยง ให้ประชาชนรับทราบ และนำมาจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ซึ่งพิจารณาจากขนาดปัญหา ความรุนแรง ความยากง่ายในการแก้ปัญหา ความตระหนักในปัญหาของชุมชน ที่ไม่จำกัดเฉพาะด้านเศรษฐกิจเรื่องปากท้อง ยังเกี่ยวเนื่องทั้งด้านสังคม สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรม

- การกำหนดกลวิธี/แนวทางการดำเนินงาน

เป็นการกำหนดรายละเอียดกิจกรรมการดำเนินงานตามแผน และลงมือทำตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละกลุ่มองค์กรร่วมกับหน่วยงานภาครัฐทั้งที่สนับสนุนและที่มองว่าการบริหารส่วนท้องถิ่นว่ามีบทบาทอย่างไร โดยชุมชนต้องมีการแบ่งกลุ่มรับผิดชอบงาน ตามความถนัดในแต่ละประเภทของกิจกรรม มีหลากหลายวิธีการที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การรณรงค์ การสอน การฝึกทักษะการสาธิต การอบรม การอภิปราย การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเป็นกลุ่ม การใช้บุคคลต้นแบบการฝึกปฏิบัติ

- กำกับ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน (Monitoring and Evaluation)

เป็นการกำกับ ติดตามประเมินผลหรือการถอดบทเรียน ระหว่างการดำเนินงานและเมื่อสิ้นสุดการดำเนินงาน การประเมินผล หรือการถอดบทเรียนระหว่างการดำเนินงานซึ่งเป็นการประเมินในระดับขั้นตอน กระบวนการ เพื่อให้ทราบความก้าวหน้า และสามารถปรับทิศทางการทำงานได้ทันเวลา ไม่ต้องรอจนเสร็จสิ้น และการประเมินผลหรือถอดบทเรียนเมื่อสิ้นสุดการดำเนินงาน เป็นการประเมินเมื่อสิ้นสุดแผนดำเนินงาน หรือระยะสิ้นสุดโครงการเป็นการประเมินผลผลิตและผลลัพธ์ สิ่งสำคัญจากการประเมินคือพยายามชี้ให้เห็นสิ่งที่ชุมชนได้รับ มีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ หรือรับผลกระทบ เพื่อเป็นการสร้างความภาคภูมิใจและการมีส่วนร่วมอย่างครบวงจร

2.3.3 บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องแต่ละระดับ

1. บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานส่วนกลาง

- 1) ร่วมกันกำหนดนโยบายและแผนงานในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
- 2) พัฒนาระบบการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
- 3) การรณรงค์/สื่อสารเตือนภัย เพื่อสร้างกระแสให้ประชาชนเกิดการตื่นตัวและเกิดความตระหนัก
- 4) เพิ่มศักยภาพเครือข่าย
- 5) พัฒนาและบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้อง
- 6) จัดให้มีกลไกประสาน ส่งเสริมและสนับสนุน ทั้งด้านวิชาการและงบประมาณการดำเนินงาน
- 7) กำหนดตัวชี้วัด ติดตาม ควบคุมกำกับ และประเมินผลการดำเนินงาน

2. บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานระดับจังหวัด

- 1) แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระดับจังหวัดที่ประกอบด้วยภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง
- 2) ประเมินสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และศักยภาพของจังหวัดเพื่อจัดทำนโยบายและแผนระดับจังหวัด
- 3) จัดทำนโยบายและแผนการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระดับจังหวัด
- 4) สนับสนุนให้มีระบบฐานข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังและสื่อสารเตือนภัยของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่
- 5) พัฒนาศักยภาพบุคลากรและหน่วยงาน
- 6) จัดให้มีกลไกการประสานงาน ส่งเสริมและสนับสนุนหน่วยงานเครือข่าย
- 7) สนับสนุนการดำเนินงานคัดกรองภาวะเบาหวานและความดันโลหิตสูง
- 8) สนับสนุนการดำเนินงานคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด
- 9) จัดกิจกรรมเพื่อสนับสนุนการลดเสี่ยง
- 10) ส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดรูปแบบการดำเนินงาน

11) นิเทศ ติดตาม ควบคุมกำกับ และประเมินผลการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง ในระดับจังหวัดและรายงานผลสู่ส่วนกลาง

3. บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานพื้นที่ปฏิบัติการ

- 1) จัดทำแผนการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
- 2) ประเมินสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และศักยภาพในพื้นที่
- 3) พัฒนาศักยภาพให้กับ อสม. และภาคีเครือข่าย ตามความเหมาะสม
- 4) พัฒนาระบบฐานข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังและแจ้งข่าวสารเตือนภัยของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่ที่ได้รับผิดชอบ

- 5) ดำเนินงานคัดกรองภาวะเบาหวานและความดันโลหิตสูง
- 6) ดำเนินงานคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมีบริการลดเสี่ยง
- 7) จัดกิจกรรมเพื่อสนับสนุนการลดเสี่ยง
- 8) พัฒนาระบบการดูแลรักษา ส่งต่อ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพ
- 9) ให้ข้อมูลป้อนกลับแก่พื้นที่เพื่อพัฒนาสู่เป้าหมาย
- 10) ส่งเสริม สนับสนุน ให้คำปรึกษาการดำเนินงานชุมชนลดเสี่ยงลดโรคในชุมชน
- 11) ประสาน สนับสนุน ควบคุมกำกับ ติดตามประเมินผลการดำเนินงานและรายงานผล

4. บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานระดับท้องถิ่น/ชุมชน

- 1) สนับสนุนงบประมาณ และทรัพยากร
- 2) สนับสนุนการดำเนินงานชุมชนลดเสี่ยงลดโรค ตามนโยบายเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน

- 3) ขับเคลื่อนทางสังคม ร่วมดำเนินงานและติดตาม กำกับ และประเมินผล

5. บทบาทหน้าที่ของภาคประชาชน

- 1) เป็นแกนนำในการจัดทำแผนการดำเนินงานชุมชนลดเสี่ยงลดโรคตามนโยบายเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน

- 2) ร่วมคัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยในชุมชน
- 3) ให้ความรู้การดูแลสุขภาพเบื้องต้นกับชุมชน
- 4) เป็นแกนนำในการรณรงค์ในชุมชน
- 5) ติดตามเยี่ยมบ้าน ให้การดูแลและพยาบาลเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่บ้าน
- 6) เป็นแกนนำจัดกิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยงในชุมชน
- 7) เป็นแกนนำในการกำหนดมาตรการทางสังคม/สัญญาชาวบ้าน/ข้อตกลงของชุมชน
- 8) ร่วมติดตาม กำกับการดำเนินงานในชุมชน และพัฒนาไปสู่เป้าหมาย

6. บทบาทหน้าที่ของแกนนำสุขภาพครอบครัว

- 1) ดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว
- 2) เป็นผู้ประสานด้านสุขภาพและนำเสนอข้อมูลสุขภาพครอบครัวแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/แกนนำสุขภาพชุมชน

2.3.4 กรอบแนวคิดการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยยึดชุมชนเป็นฐาน

การดำเนินงาน CBI ในประเทศไทยที่ผ่านมา มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยมีกรอบแนวคิดการดำเนินงาน ดังแผนภาพที่ 1



“การดำเนินงาน CBI ที่แท้จริงต้องเป็นชุมชนลดเสี่ยง ลดโรคที่สามารถจัดการได้ด้วยตัวเอง จึงจะเกิดความยั่งยืน” ในระดับปฐมภูมิ ความสำเร็จของการดำเนินงานหลังจากคัดกรองแล้ว สิ่งที่ทำให้เกิดประสิทธิผลได้นั้น ต้องคำนึงถึงปัจจัยกำหนดและปัจจัยสิ่งแวดล้อมในชุมชน อันได้แก่ ปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรมต่อการรับรู้ความเสี่ยง ความเสมอภาค เพศ ประสิทธิภาพของการดำเนินการ การเข้าถึงการดูแล ทรัพยากรในชุมชน ปัจจัยที่มีผลต่อการออกแบบแผนชุมชน การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและแผนงาน

การดำเนินงานโครงการ CBI ชุมชนจะเป็นตัวกลาง สร้างความเชื่อมโยงช่องว่างระหว่างความรู้ทางวิทยาศาสตร์กับความจำเป็นที่จะต้องทำ โดยชุมชนจะมีความสำคัญดังต่อไปนี้

*ชุมชน และภาคีองค์กรต่างๆ กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดปัจจัยเสี่ยง

พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่กลายเป็นนโยบายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ. 2ส. ประกอบด้วย การบริโภคอาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ การสูบบุหรี่ และการบริโภคสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งได้รับอิทธิพลจากปัจจัยต่างๆ ดังแผนภาพที่ 2 ซึ่งพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่ฝังรากอยู่ในชุมชน ในมิติของสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยม สิ่งแวดล้อมทางกายภาพของชุมชน จากผลกระทบของการพัฒนาด้านเศรษฐกิจ สังคม ระบบทุนนิยมโลกาภิวัตน์ และสังคมบริโภคนิยม มีส่วนเร่งให้ประชาชนเข้าถึงปัจจัยเสี่ยงสุขภาพโดยง่าย มีพฤติกรรมตัดสินใจเลือกบริโภคที่เสี่ยงต่อสุขภาพมากขึ้น

แผนภาพที่ 2 ระดับต่างๆ ของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพ



ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของประชาชนไม่สามารถดำเนินการได้โดยกระทรวงสาธารณสุขเพียงลำพัง หากแต่ชุมชนและภาคีองค์กรต่างๆ ล้วนมีอิทธิพลและมีส่วนสำคัญต่อการตัดสินใจดูแลสุขภาพของบุคคล ความร่วมมือของภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุขล้วนมีความสำคัญในการลดปัจจัยเอื้อต่อการเกิดพฤติกรรมเสี่ยง การปรับสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้ประชาชนสามารถมีพฤติกรรม/กิจกรรมสุขภาพ มีทางเลือกด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นทั้งการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย การออกกฎหมาย/นโยบายของทุกองค์กรต้องคำนึงถึงผลที่จะกระทบต่อสุขภาพของประชาชน

2.3.5 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานในการแก้ปัญหาสาธารณสุขร่วมกับชุมชน

ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief model) แนวคิดของทฤษฎีนี้เริ่มแรกสร้างขึ้นจากทฤษฎีเกี่ยวกับ “อวกาศของชีวิต” (Life Space) ซึ่งได้คิดขึ้นครั้งแรกโดยนักจิตวิทยา Kurt Lewin ซึ่งมีสมมติฐานว่าบุคคลจะหันเหตนเองไปสู่พื้นที่ที่บุคคล ให้ค่านิยมเชิงบวกและขณะเดียวกันจะหลีกเลี่ยงจากพื้นที่ที่มีค่านิยมเชิงลบ อธิบายได้ว่า บุคคลจะแสวงหา แนวทางเพื่อจะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกัน และฟื้นฟูสภาพทราบเท่าที่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคนั้นเป็นสิ่งที่มีความคุ้มค่ามากกว่าความยากลำบากที่จะเกิดขึ้น จากการปฏิบัติตามคำแนะนำดังกล่าว บุคคลจะต้องมีความรู้สึกกลัวต่อโรคหรือรู้สึกว่าเป็นโรครุคคุกคามตน

และจะต้องมีความรู้สึกว่าคุณเองมีพลังที่จะต่อต้านโรคได้ ซึ่งต่อมา Rosenstock ได้สรุปองค์ประกอบพื้นฐานของ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไว้คือ การรับรู้ของบุคคลและแรงจูงใจ การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะต้องมีความเชื่อว่า เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต รวมทั้งการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรค โดยไม่ควรมียุทธศาสตร์ด้านจิตวิทยาที่เกี่ยวข้อง เช่น ค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวกสบาย ความเจ็บป่วยและความอาย เป็นต้น (Rosenstock, et al.,1988) ต่อมาเบคเกอร์ (Becker, 1974) เป็นผู้ปรับปรุง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อนำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันและพฤติกรรมอื่น ๆ โดยเพิ่มปัจจัยอื่นๆ นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.3.5.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะ ปกติและภาวะเจ็บป่วย แต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกันจึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์การคาดคะเนถึงโอกาสของการเกิดโรคซ้ำหรือการง่ายที่จะป่วยเป็นโรคต่าง ๆ มีรายงานการวิจัยหลายเรื่องที่ทำให้การสนับสนุนความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคความีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ เช่นเมื่อบุคคลป่วยเป็น โรคใดโรคหนึ่ง ความรู้สึกของบุคคลที่ว่าตนเองจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคนั้นๆ อีกจะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคไม่ให้เกิดกับตนเองอีก

2.3.5.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) หมายถึง การประเมินความรู้สึกถึงอันตรายของปัญหาสุขภาพและผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นจากปัญหาสุขภาพนั้น เป็นความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ประเมินเองว่าปัญหาสุขภาพนั้นจะเป็นอันตรายถึงชีวิตหรืออาจทำให้เกิดความพิการ หรือเกิดความเจ็บปวด ถ้าไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรคหรือการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ซึ่งในความเชื่อด้านสุขภาพกล่าวว่า แม้บุคคลจะตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแต่พฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอาจจะยังไม่เกิดขึ้น ถ้าบุคคลไม่มีความเชื่อว่าโรคนั้นจะเกิดอันตรายต่อร่างกาย ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นพื้นฐานที่สำคัญในการจูงใจให้บุคคลหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงและคิดที่จะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันความเสี่ยงในการเกิดโรค อีกทั้งยังสามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยและการป้องกันโรคได้ โดยที่สัมพันธ์กับระดับความรุนแรงที่บุคคลรับรู้หรือประเมินได้ หากรับรู้ว่ามีความรุนแรงมากบุคคลก็จะให้ความสำคัญกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมกขึ้นด้วย โดยการระบุมูลที่อาจจะเกิดขึ้นจากเงื่อนไขและสภาวะนั้นๆ ให้บุคคลได้รับทราบ

2.3.5.3 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits) การรับรู้ถึงประโยชน์ ของการรักษาและป้องกันโรค หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้ เกิดโรคโดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะ

ทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึงข้อดี และข้อเสียของพฤติกรรมนั้นโดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย

2.3.5.4 การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barriers) การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคล ในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือด หรือ การตรวจพิเศษทำให้เกิดความไม่สุขสบาย การมารับบริการหรือพฤติกรรมอนามัยนั้นขัดกับอาชีพหรือการ ดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมของ ผู้ป่วยนี้สามารถใช้ทำนายพฤติกรรมทำให้ความร่วมมือในการรักษาโรคได้

2.3.5.5 สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเป็น เหตุการณ์หรือ สิ่งที่มากระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมา ซึ่ง Becker, Maiman (1975) ได้กล่าว ว่า เพื่อให้แบบแผนความเชื่อมีความสมบูรณ์นั้นจะต้องพิจารณาถึงสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติซึ่งมี 2 ด้าน คือ สิ่ง ชักนำภายในหรือสิ่งกระตุ้นภายใน (Internal Cues) ได้แก่ การรับรู้สถานะของร่างกายตนเอง เช่น อาการของ โรค หรือการเจ็บป่วย ส่วนสิ่งชักนำภายนอกหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก (External Cues) ได้แก่ การให้ข่าวสารผ่าน ทางสื่อมวลชนหรือการเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รักหรือนับถือ เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา เป็นต้น

2.3.5.6 ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) ปัจจัยร่วม เป็นปัจจัยที่ไม่มีผลโดยตรงต่อ พฤติกรรมสุขภาพ แต่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติ ได้แก่

- (1) ปัจจัยด้านประชากร เช่น อายุ ระดับการศึกษา เป็นต้น
- (2) ปัจจัยทางด้านสังคมจิตวิทยา เช่น บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคม กลุ่มเพื่อน กลุ่มอ้างอิงมีความเกี่ยวข้องกับบรรทัดฐานทางสังคม ค่านิยมทางวัฒนธรรมซึ่งเป็นพื้นฐานทำให้เกิดการปฏิบัติ เพื่อ ป้องกันโรคที่แตกต่างกัน
- (3) ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ความรู้เรื่องโรค ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค เป็นต้น

2.3.5.7 แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) แรงจูงใจด้านสุขภาพ หมายถึง สภาพอารมณ์ ที่เกิดขึ้นจากการถูกกระตุ้นด้วยเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ได้แก่ ระดับความสนใจ ความใส่ใจ ทัศนคติและ ค่านิยมทางด้านสุขภาพ เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมพบงานวิจัยและเอกสารรายงานการสร้างทีมการ ดำเนินงานในการแก้ปัญหาสาธารณสุขที่ใช้ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) พบว่า สามารถทำนายพฤติกรรม และใช้เป็นกรอบแนวคิดเพื่อการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคอย่างหลากหลายรูปแบบ ซึ่งในแต่ละโปรแกรมมีวิธีการศึกษาที่แตกต่างกัน ดังนี้

จิรสุดา ทะเรรัมย์ (2560) ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมจัดการ ตนเองของผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ใหญ่ ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ใหญ่ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 18 – 59 ปี ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคหืด โรงพยาบาลสุรินทร์ ดำเนินโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ ระยะเวลาใน การศึกษา 4 สัปดาห์ ในกลุ่มตัวอย่างมีการให้ประเมินอันตรายของโรคหืดจากประสบการณ์ที่ผ่านมา และ วิเคราะห์ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงของโรคหืดตามการรับรู้การประเมินอันตรายที่จะส่งผลคุกคามต่อชีวิต

และมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา อาการและความรุนแรงที่เกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถปฏิบัติได้ เป็นกิจกรรมที่เน้นการสื่อสารการโน้มน้าวใจ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ถึงอันตรายและความรุนแรง จากนั้น มีการโทรติดตามผู้ป่วยหลังกลับไปอยู่ที่บ้าน 1 สัปดาห์ และประเมินหลังได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 5 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหิดวัยผู้ใหญ่ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

มุกดา นิมบัวทอง (2558) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลบึงน้ำรักษ์ อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา ศึกษาปัจจัยความสัมพันธ์ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการใน รพ.สต.บึงน้ำรักษ์ จำนวน 285 คน พบว่า ปัจจัยเสริมซึ่งได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุข และได้รับการกระตุ้นเตือนจากสมาชิกในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .322$ และ $.153$ ตามลำดับ)

ทศพล กาดกอเสริม ประทุมมา ฤทธิโพธิ์ จิตติอาภา ตั้งช้าวานิช และนนุช โอบะ. (2558). ศึกษาผลของโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตสูง ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ คือ กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค เกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้ต่ออุปสรรคในการรักษาและป้องกันโรค ผลพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังทดลอง 8 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

2.4 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

2.4.1 ความหมายและพัฒนาการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ในปัจจุบันการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นที่รู้จักและได้รับการกล่าวถึงกันอย่างกว้างขวาง และยิ่งไปกว่านั้นยังได้ถูกนำไปใช้เป็นเครื่องมือสำหรับการพัฒนาในชุมชน สถานศึกษา สถาบัน หรือองค์กรต่างๆ ทั้งในภาครัฐและเอกชนของประเทศไทยมากยิ่งขึ้นเป็นลำดับ ซึ่งได้มีนักวิชาการให้ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการไว้ดังต่อไปนี้

จอห์นสัน (Johnson, 2008 : 28) ให้ความหมายการวิจัยเชิงปฏิบัติการว่าเป็นการวิจัยระหว่างการทำปฏิบัติงานเพื่อแก้ปัญหาที่ผู้ปฏิบัติงานกำลังเผชิญอยู่ โดยเป็นกระบวนการศึกษาสภาพหรือสถานการณ์ที่เป็นจริงของสถานศึกษาเพื่อทำความเข้าใจและพัฒนา ปรับปรุงคุณภาพของการปฏิบัติงาน

เคมมิส และแมคแทกกาท (Kemmis & Mc Taggart, 1988 : 10) กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นรูปแบบหนึ่งของการวิจัยที่ไม่ได้แตกต่างไปจากการวิจัยอื่นๆ ในเชิงเทคนิค แต่แตกต่างในด้านวิธีการ ซึ่งวิธีการ

ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ การทำงานที่เป็นการสะท้อนผลการปฏิบัติงานของตนเองที่เป็นวงจรแบบ ขดลวด (Spiral of Self-Reflecting) โดยเริ่มต้นที่ขั้นตอนการวางแผน (planning) การปฏิบัติ (action) การ สังเกต (observing) และการสะท้อนกลับ (reflecting) เป็นการวิจัยที่จำเป็นต้องอาศัยผู้มีส่วนร่วมใน กระบวนการสะท้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อให้เกิดการพัฒนาปรับปรุงการทำงานให้ดีขึ้น

องอาจ นัยวัฒน์ (2548) กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการวิจัยที่ทำโดยนักวิจัยและคณะบุคคล ที่เป็นผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน องค์กร หรือชุมชน โดยมีจุดมุ่งหมายหลักเพื่อนำผลการศึกษาวิจัยที่ค้นพบหรือ สรรค์สร้างขึ้นไปใช้ปรับปรุงแก้ปัญหา หรือพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานได้อย่างทันต่อเหตุการณ์ สอดคล้อง กับสภาพปัญหาที่ต้องการแก้ไข รวมทั้งกลมกลืนกับโครงสร้างการบริหารงาน ตลอดจนบริบททางด้านสังคม และวัฒนธรรมและด้านอื่นๆ ที่แวดล้อมหรือเกิดขึ้นในสถานที่เหล่านั้น

จากที่กล่าวมาสามารถสรุปได้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นการศึกษารวบรวมหรือการแสวงหา ข้อเท็จจริงโดยใช้กระบวนการทางการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อสรุปอันจะนำไปสู่การแก้ปัญหาที่เผชิญ อยู่ทั้งในด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผลของงาน การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์ หลักคือ การแก้ปัญหาขององค์กร พร้อมกับนำบทเรียน (Lessons Learned) ของกระบวนการแก้ปัญหา มา เป็นองค์ความรู้ นำสู่การมีกระบวนการเปลี่ยนแปลงในองค์กรเพื่อแก้ปัญหาใดปัญหาหนึ่ง พร้อมทั้งสร้างองค์ ความรู้ในเวลาเดียวกัน โดยกำหนดขั้นตอนของการวิจัยเชิงปฏิบัติการประกอบด้วยการวางแผน (plan) การ ปฏิบัติ (action) การสังเกต(observation) และการสะท้อนกลับ (reflection) การวิจัยเชิงปฏิบัติการจึงเป็น การวิจัยระหว่างการปฏิบัติงานเพื่อแก้ปัญหาที่ผู้ปฏิบัติงานกำลังเผชิญอยู่

2.4.2 ความเชื่อพื้นฐานของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการมีความเชื่อพื้นฐาน (Basic Assumptions) อยู่ 4 ประการ คือ

1. วิธีการแก้ปัญหาที่ได้มาจากการศึกษาค้นคว้าจะมีประสิทธิภาพและเชื่อถือได้มากกว่าวิธีแก้ปัญหานั้น ได้มาจากการสั่งการของผู้มีอำนาจหรือผู้บริหาร โดยการแก้ปัญหาแบบสั่งการนั้น มักเกิดมาจากการสั่งสม ประสพการณ์และการใช้สามัญสำนึกเป็นหลักซึ่งมักจะขาดข้อมูลและหลักฐานที่จะใช้ประกอบการตัดสินใจ

2. การวิจัยเพื่อการแก้ไขปัญหาของผู้ปฏิบัติงานที่ดำเนินการเองโดยผู้ปฏิบัติงาน จะมีโอกาสแก้ปัญหา ของเขาได้สำเร็จมากกว่าการวิจัยเพื่อการแก้ไขปัญหาที่ทำโดยบุคคลอื่น

3. การวิจัยเป็นเรื่องของการวิเคราะห์ปัญหา การค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหาการทดสอบและการ ประเมินผลวิธีการแก้ปัญหา การวิจัยเป็นทักษะที่สามารถเรียนรู้และพัฒนาได้โดยผู้ปฏิบัติงานทุกคน การวิจัย ไม่ได้เป็นสิทธิพิเศษของผู้เชี่ยวชาญคนใดคนหนึ่งหรือกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง

4. การพัฒนาความสามารถของบุคคลโดยการฝึกหัด ถือว่าเป็นรากฐานของการพัฒนาการปฏิบัติงาน

2.4.3 รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

โดยสรุปการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มี 3 ชนิด

1. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมปฏิบัติ (Participation Action Research) มีจุดมุ่งหมายเพื่อ เข้าใจตนเองและเปลี่ยนแปลงตนเองในฐานะผู้ปฏิบัติงาน เพื่อที่จะทำให้ผลลัพธ์ของงานเปลี่ยนแปลงไปด้วย

2. การวิจัยปฏิบัติการแบบเทคนิค (Technical Action Research) เป็นการวิจัยที่มุ่งวัดผลสำเร็จของการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะผลลัพธ์ของการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ

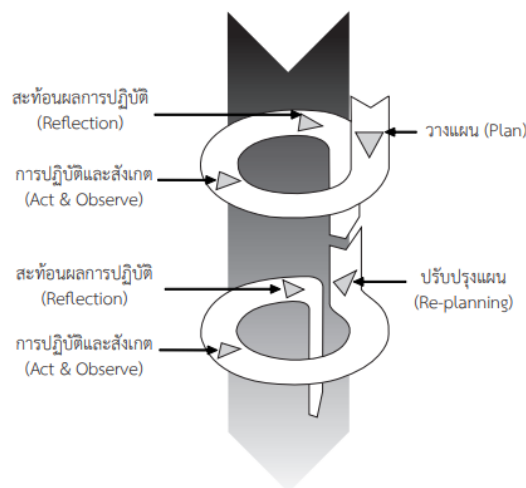
3. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเชิงปลดปล่อยให้เป็นอิสระ (Emancipatory action research) มีจุดมุ่งหมายเพื่อปรับปรุงผลลัพธ์ปรับปรุงความเข้าใจของตนเองของผู้ปฏิบัติงาน และช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานบรรลุถึงการวิพากษ์สังคม วิธีการทำงานของตน

2.4.4 การวิจัยเชิงปฏิบัติการเชิงเทคนิค (Technical Action Research)

การวิจัยตามรูปแบบนี้มีเป้าหมายของการวิจัยเพื่อปรับปรุงประสิทธิผลและประสิทธิภาพของการปฏิบัติงาน โดยอาศัยบุคคลภายนอก มาช่วยในการทำวิจัยในหน่วยงาน ผู้ปฏิบัติจะอยู่ภายใต้การควบคุมกำกับของนักวิจัยภายนอก บุคคลภายนอกเล่นบทของผู้วิจัยหลักโดยที่ผู้ปฏิบัติไม่ค่อยมีบทบาทในการนำเสนอความคิด วิธีการต่าง ๆ ที่ใช้ในการวิจัยมาจากความคิดของนักวิจัยภายนอกเป็นส่วนใหญ่ซึ่งเน้นเทคนิคการทำวิจัยที่ตอบคำถามวิจัยที่รัดกุม ข้อค้นพบที่ได้อาจใช้ไม่ได้กับการปฏิบัติจริง

Kemmis and McTaggart (1988) จำแนกกิจกรรมการวิจัยเชิงปฏิบัติการออกเป็น 4 ขั้นตอนหลักคือ 1) การวางแผนเพื่อไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (planning) 2) ลงมือปฏิบัติการตามแผน (action) 3) สังเกตการณ์ (observation) และ 4) สะท้อนกลับ (reflection) กระบวนการและผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และปรับปรุงแผนการปฏิบัติงาน (re - planning) โดยดำเนินการเช่นนี้ต่อไปเรื่อยๆ เป็นดังแสดงรายละเอียดตามภาพที่ 2.2

ภาพที่ 2.2 วงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (องอาจ นัยพัฒน์, 2548)



ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมการวิจัยหลักที่หมุนเคลื่อนไปเป็นวัฏจักรของกระบวนการวิจัยดังกล่าว จึงเป็นเสมือนแหล่งที่ก่อให้เกิดความรู้เชิงปฏิบัติการและกลไกการนำความรู้ที่ได้รับไปใช้แก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกล่าวอีกนัยหนึ่ง คือ เป็นการดำเนินงานวิจัยที่ไม่แยกกิจกรรมการสืบค้นหาความรู้ ความจริงออกจากกิจกรรมการพัฒนา (องอาจ นัยพัฒน์, 2548) ซึ่งกิจกรรมการวิจัยหลักแต่ละขั้นตอนมี รายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การวางแผน (Planning) เป็นการกำหนดแนวทางปฏิบัติการไว้ก่อนล่วงหน้าโดยอาศัยการคาดคะเนแนวโน้มของผลลัพธ์ที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ประกอบกับการระลึกถึงเหตุการณ์หรือเรื่องราวในอดีตที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขตามประสบการณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อมของผู้วางแผน ภายใต้การไตร่ตรองถึงปัจจัยสนับสนุนขัดขวางความสำเร็จในการแก้ไข ปัญหาการต่อต้านรวมทั้งสถานการณ์เงื่อนไขอื่นๆ ที่แวดล้อมปัญหาอยู่ในเวลานั้น โดยทั่วไปการวางแผนจะต้องคำนึงถึงความยืดหยุ่น ทั้งนี้เพื่อจะสามารถปรับเปลี่ยนให้เข้ากับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในอนาคต

2. การปฏิบัติการ (Action) เป็นการลงมือดำเนินงานตามแผนที่กำหนดไว้อย่างระมัดระวังและควบคุมการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามที่ระบุไว้ในแผน อย่างไรก็ตามในความเป็นจริงการปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้มีโอกาสแปรเปลี่ยนไปตามเงื่อนไขและข้อจำกัดของสถานการณ์เวลานั้นได้ ด้วยเหตุนี้แผนปฏิบัติการที่ดีจะต้องมีลักษณะเป็นเพียงแผนชั่วคราว ซึ่งเปิดช่องให้ผู้ปฏิบัติการสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามเงื่อนไขและปัจจัยที่เป็นอยู่ในขณะนั้น การปฏิบัติการที่ดีจะต้องดำเนินไปอย่างต่อเนื่องเป็นพลวัตรภายใต้การใช้ดุลยพินิจในการตัดสินใจ

3. การสังเกตการณ์ (Observation) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการและผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานที่ได้ลงมือกระทำลงไป รวมทั้งสังเกตการณ์ปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยอุปสรรคการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ ตลอดจนประเด็นปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างปฏิบัติการตามแผนว่ามีสภาพหรือลักษณะเป็นอย่างไรการสังเกตการณ์ที่ดีจะต้องมีการวางแผนไว้ก่อนล่วงหน้าอย่างคร่าวๆ โดยจะต้องมีขอบเขตไม่แคบหรือจำกัดจนเกินไป เพื่อจะได้เป็นแนวทางสำหรับการสะท้อนกลับกระบวนการและผลการปฏิบัติที่จะเกิดขึ้นตามมา

4. การสะท้อนกลับ (Reflection) เป็นการให้ข้อมูลถึงการกระทำตามที่บันทึกข้อมูลไว้จากการสังเกตในเชิงวิพากษ์กระบวนการและผลการปฏิบัติงานตามแผนที่วางไว้ตลอดจนการวิเคราะห์เกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยอุปสรรคการพัฒนา รวมทั้งประเด็นปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือไม่ การสะท้อนกลับโดยอาศัยกระบวนการกลุ่มในลักษณะวิพากษ์วิจารณ์ หรือประเมินผลการปฏิบัติงานระหว่างบุคคลที่มีส่วนร่วมในการวิจัย จะเป็นวิธีการปรับปรุงวิธีการปฏิบัติงานตามแนวทางดั้งเดิมไปเป็นการปฏิบัติงานตามวิธีการใหม่ ซึ่งใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการทบทวนและปรับปรุงวางแผนปฏิบัติการในวงจรกระบวนการวิจัยในรอบหรือเกลียวต่อไป

ในวิชาชีพพยาบาล การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นสิ่งที่ เป็นประโยชน์ที่แสดงถึงความพยายามและการประเมินความเปลี่ยนแปลงเพื่อทำให้การดูแลในคลินิกดีขึ้น การวิจัยเชิงปฏิบัติการทำให้วิชาชีพทางการพยาบาล รับรู้ถึงสถานการณ์ทางคลินิก และกลายเป็นความตระหนักผลกระทบด้านนโยบายและการปฏิบัติการผ่านระบบ ทำให้การทำงานมีความชัดเจนมากขึ้น มีบริการสุขภาพและแนวทาง (Guideline) สำหรับดูแลให้การพยาบาล ซึ่งเป็นสิ่งที่ดีสำหรับผู้ป่วยและจำเป็นสำหรับสังคมสุขภาพ ทำให้กล้าตัดสินใจยอมรับสิ่งที่ไม่พึงพอใจ นักวิจัยต้องรู้จักสังเกตและวินิจฉัยปัญหาและเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติกิจกรรม (Implement) บนพื้นฐานความรู้ที่ได้จากการวิจัย อีกทั้งการวิจัยเชิงปฏิบัติการไม่เพียงแต่ทำให้สถานการณ์สำหรับผู้รับบริการและผู้ป่วยดีขึ้น แต่ทำให้ผู้ปฏิบัติเกิดแสงสว่างในตนเองผ่านการสะท้อนสถานการณ์ในพื้นที่และความพึงพอใจของบุคคล

2.4.5 การวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ใช้ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยและการควบคุมโรค

รีนรมย์ โกช่าง (2544) การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดแบบมีที่เลี้ยงดูแลงกำกับ (DOTS) อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา เป็นการศึกษาความเป็นไปได้ในการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดแบบมีที่เลี้ยงดูแลงกำกับ และพัฒนารูปแบบการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด โดยได้วิจัยตามขั้นตอน ดังนี้ ขั้นวางแผน (Plan) ใช้รูปแบบการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม แบบอาศัยความร่วมมือทางเทคนิค (Technical Collaborative Approach) เพื่อให้เกิดการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดแบบมีผู้สังเกตการณ์ (DOT) ขั้นปฏิบัติการและการสังเกต (action and observation) ลงมือปฏิบัติกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด และตรวจสอบการปฏิบัติ ของผู้ร่วมวิจัยทุกฝ่าย ขั้นการสะท้อนการปฏิบัติ (reflection) จัดประชุมสรุปผลการดำเนินงาน กลุ่มผู้ร่วมวิจัย และแจ้งผลการดำเนินงาน กลุ่มผู้ร่วมวิจัย และแจ้งผลการดำเนินงานแก่ผู้เกี่ยวข้อง ขั้นการประเมินผล (evaluation) เป็นการติดตามการรักษาผู้ป่วยในชุมชน และประเมินบุคคลและองค์กรที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ข้อมูลตามเนื้อหา (Content analysis) และเสนอข้อมูลทั่วไปด้วยความถี่

ศิริเนตร สุขดี. (2560). ศึกษากระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยมีกิจกรรมสร้างผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 51 คน ผลพบว่า ในกระบวนการพัฒนาผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง การควบคุมตนเอง และการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ($p < .05$) และได้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม เริ่มตั้งแต่ (1) ศึกษาบริบท ปัญหา และสาเหตุที่สนับสนุนการดูแลสุขภาพของชุมชน (2) สร้างความตระหนักและเตรียมความพร้อมผู้นำโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (3) ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและแนวทางการแก้ปัญหา (4) พัฒนาแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (5) สร้างผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (6) จัดกิจกรรมในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (7) ติดตามประเมินผลพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ และ (8) การสะท้อนผลหลังการปฏิบัติงาน (AAR)

กระบวนการพัฒนารูปแบบที่เน้นการมีส่วนร่วมและเชื่อมั่นในศักยภาพของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมดสามารถนำไปสู่การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงการดูแลที่เหมาะสมและสามารถทำให้เกิดการปฏิบัติได้จริงอย่างยั่งยืน ซึ่งในการดูแลด้านสุขภาพของคนในชุมชน จะต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้การจะได้มาซึ่งรูปแบบการสร้างทีมที่เลี้ยงระดับจังหวัดเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” (CBI NCDs) นั้น จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ที่มีความเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนทุกภาคส่วน ผู้วิจัยจึงใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับเทคนิค (Technical Action Research: TAR) ซึ่งเป็นระเบียบวิธีวิจัยที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานความเชื่อที่ว่าความรู้สามารถเกิดขึ้นจากความมุ่งมั่นร่วมใจที่จะปฏิบัติและเรียนรู้ร่วมกัน มีส่วนร่วมในการวางแผนที่จะค้นหาวิธีการแก้ปัญหาที่ดีที่สุด เรียนรู้จากการปฏิบัติที่ผ่านมา ร่วมกับกระบวนการปฏิบัติการที่มุ่งแก้ปัญหาหรือพัฒนางาน โดยการนำความรู้ที่ได้ออกแบบไปใช้ปฏิบัติจริงในบริบทของพื้นที่ ซึ่งการดำเนินการมีลักษณะเป็นวงจรต่อเนื่อง เริ่มต้นด้วยผู้วิจัย

ทำการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อ พร้อมกำหนดเป็นรูปแบบชั่วคราว มีการกำหนดเป้าหมายและวางแผนร่วมกันกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จากนั้นลงมือปฏิบัติตามรูปแบบชั่วคราวที่วางไว้ ติดตามผลการปฏิบัติ และขั้นสุดท้ายคือการสะท้อนผลการปฏิบัติ ที่เป็นการสะท้อนคิดผลของการปฏิบัติตามรูปแบบว่าได้ดำเนินการบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ เป็นการส่งเสริมให้ทีมพี่เลี้ยงได้เรียนรู้หรือเข้าใจ จุดอ่อนและจุดแข็งของรูปแบบ เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงแบบการดำเนินการในวงรอบต่อไป กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับเทคนิคนี้จะทำให้การทำงานมีความชัดเจนมากขึ้น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับเทคนิค (Technical Action Research) เรื่อง การสร้างทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัดเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” (CBI NCDs) มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัดเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” ดำเนินการตามขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการวิจัย (Pre-Research Phase) ระยะที่ 2 ขั้นดำเนินการวิจัย (Research Phase) และระยะที่ 3 ขั้นประเมินผล (Evaluation Phase) ดังรายละเอียดการดำเนินการ ดังต่อไปนี้

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.1.1 ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงาน NCD จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, รพ.สต., ผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพ จากอปท., อสม. และตัวแทนแกนนำชุมชน เขตสุขภาพที่ 10

3.1.2 กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรทั้งหมดที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ ใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 60 คน ดังนี้

1. ผู้รับผิดชอบงาน NCD จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อในหน่วยงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 10 คน จากตัวแทนจังหวัดละ 2 คน (อุบลราชธานี ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ ยโสธร และมุกดาหาร)

2. ผู้รับผิดชอบงาน NCD จาก รพ.สต. หมายถึง พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข หรือตัวแทนจาก รพ.สต. ที่เป็นผู้รับผิดชอบงาน NCD ในหน่วยงาน จำนวน 10 คน จากตัวแทนจังหวัดละ 2 คน (รพ.สต.ละ 1 คน)

- | | | |
|---|--------------------|--|
| 1 | จังหวัดอุบลราชธานี | - รพ.สต.ยางซึ้งก อำเภอเข็ญ จ.อุบลฯ
- รพ.สต.บ้านดงบัง อำเภอมือทอง จ.อุบลฯ |
| 2 | จังหวัดศรีสะเกษ | - รพ.สต.บ้านส้มป่อย อ.ราษีไศล จ.ศรีสะเกษ
- รพ.สต.บ้านนา อ.กันทรลักษณ์ จ.ศรีสะเกษ |
| 3 | จังหวัดอำนาจเจริญ | - รพ.สต.บ้านไร่ อ.สิ้ออำนาจ จ.อำนาจเจริญ
- รพ.สต.หนองคล้า อ.เสนางคณิศร จ.อำนาจเจริญ |
| 4 | จังหวัดยโสธร | - รพ.สต.บ้านโพธิ์งาม อ.กุดชุม จ.ยโสธร
- รพ.สต.บ้านศิริพัฒนา อ.ค้อวัง จ.ยโสธร |
| 5 | จังหวัดมุกดาหาร | - รพ.สต.ชะโนด อ.หว้านใหญ่ จ.มุกดาหาร
- รพ.สต.บ้านหนองแต้ อ.หนองสูง จ.มุกดาหาร |

3. ผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพ จาก อปท. หมายถึง พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข หรือตัวแทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่เป็นผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อในหน่วยงาน จำนวน 10 คน จากตัวแทนจังหวัดละ 2 คน (อปท.ละ 1 คน)

- | | | |
|---|--------------------|---|
| 1 | จังหวัดอุบลราชธานี | - องค์การบริหารส่วนตำบลยางซิ่นก อำเภอเข็ญใน จ.อุบลฯ
- องค์การบริหารส่วนตำบลหนองบ่อ อำเภอมือทอง จ.อุบลฯ |
| 2 | จังหวัดศรีสะเกษ | - สำนักงานเทศบาลตำบลสัมปอ อ.ราชันย์ จ.ศรีสะเกษ
- องค์การบริหารส่วนตำบลภูเงิน อ.กันทรลักษณ์ จ.ศรีสะเกษ |
| 3 | จังหวัดอำนาจเจริญ | - องค์การบริหารส่วนตำบลไร่สี อ.สีอำนาจ จ.อำนาจเจริญ
- เทศบาลตำบลสิริเสนางค์ อ.เสนางคนิคม จ.อำนาจเจริญ |
| 4 | จังหวัดยโสธร | - องค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์งาม อ.กุดชุม จ.ยโสธร
- องค์การบริหารส่วนตำบลน้ำอ้อม อ.ค้อวัง จ.ยโสธร |
| 5 | จังหวัดมุกดาหาร | - องค์การบริหารส่วนตำบลชะโนด อ.หว้านใหญ่ จ.มุกดาหาร
- องค์การบริหารส่วนตำบลหนองสูงใต้ อ.หนองสูง จ.มุกดาหาร |

4. อสม. และตัวแทนแกนนำชุมชน หมายถึง ตัวแทน อสม. ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน หรือตัวแทนแกนนำชุมชน เป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อในชุมชน จำนวน 30 คน จากตัวแทนจังหวัดละ 6 คน (ชุมชนละ 3 คน)

- | | | |
|---|--------------------|---|
| 1 | จังหวัดอุบลราชธานี | - ชุมชนบ้านยางซิ่นก อำเภอเข็ญใน จ.อุบลฯ
- ชุมชนบ้านดงบัง อำเภอมือทอง จ.อุบลฯ |
| 2 | จังหวัดศรีสะเกษ | - ชุมชนสัมปอ อ.ราชันย์ จ.ศรีสะเกษ
- ชุมชนบ้านนา อ.กันทรลักษณ์ จ.ศรีสะเกษ |
| 3 | จังหวัดอำนาจเจริญ | - ชุมชนไร่สี อ.สีอำนาจ จ.อำนาจเจริญ
- ชุมชนสิริเสนางค์ อ.เสนางคนิคม จ.อำนาจเจริญ |
| 4 | จังหวัดยโสธร | - ชุมชนเกี้ยงเก่า อ.กุดชุม จ.ยโสธร
- ชุมชนศิริพัฒนา อ.ค้อวัง จ.ยโสธร |
| 5 | จังหวัดมุกดาหาร | - ชุมชนพาลูกา ต.ชะโนด อ.หว้านใหญ่ จ.มุกดาหาร
- ชุมชนหนองสูง อ.หนองสูง จ.มุกดาหาร |

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบชั่วคราวของการสร้างทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัด เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” (CBI NCDs) เป็นรูปแบบที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีแบบแผนความเชื่อ (Health Belief model) ร่วมกับกรอบกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามกฎบัตรอตตาวา 5 กลยุทธ์ ได้แก่ 1) สร้าง

นโยบายที่เอื้อต่อสุขภาพ (Building Healthy Public Policy) 2) สร้างสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อสุขภาพ (Created supportive Environment) 3) พัฒนาความเข้มแข็งของปฏิบัติการชุมชน (Strengthened Community Actions) 4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop Personal Skill) และ 5) ปรับระบบบริการสุขภาพ (Reoriented Health Services) ภายใต้การดำเนินการพัฒนารูปแบบชั่วคราว ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับเทคนิค ประกอบไปด้วยกิจกรรม ดังนี้

- ประชุมครั้งที่ 1 เป็นกิจกรรมการประชุมชี้แจงรายละเอียด คั้นข้อมูลสถานการณ์โรคไม่ติดต่อ นำเสนอรูปแบบชั่วคราวที่สร้างขึ้น ร่วมกันวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ กำหนดช่วงเวลาในการปฏิบัติ และร่วมกิจกรรมสร้างแรงจูงใจเห็นความสำคัญ ใช้เวลา 1 วัน

- ประชุมครั้งที่ 2 เป็นการร่วมกิจกรรมการดำเนินงานผ่านกิจกรรมการบรรยายให้ความรู้ เพื่อสร้างความตระหนักในการปฏิบัติ ใช้เวลา 1 วัน

- ประชุมครั้งที่ 3 เป็นการสะท้อนการปฏิบัตินำเสนอแนะแนวทางในการแก้ไขและปรับปรุงรูปแบบ ใช้เวลา 3 ชั่วโมง

- ประชุมครั้งที่ 4 เป็นการร่วมกันประเมินผลการปฏิบัติตามรูปแบบการสร้างทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัด ด้านกระบวนการขับเคลื่อนการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” (CBI NCDs) และผลลัพธ์ของการปฏิบัติ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้วิจัยนำรูปแบบการสร้างทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัด ด้านกระบวนการขับเคลื่อนการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” (CBI NCDs) นำเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน คือ หัวหน้ากลุ่มโรคไม่ติดต่อ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี นักวิชาการสาธารณสุขผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพชุมชน 2 คน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความชัดเจนของภาษา หลังจาก นำไปคำนวณดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) เท่ากับ .80 มีการให้ข้อเสนอแนะเชิงคุณภาพทำให้ปรับรูปแบบให้เข้ากับบริบทของเขตสุขภาพมากขึ้น

3.3 การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การสร้างทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัดเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” (CBI NCDs) แบ่งกระบวนการพัฒนาเป็น 3 ระยะ ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการวิจัย (Pre-Research Phase)

ระยะที่ 2 ขั้นดำเนินการวิจัย (Research Phase)

ระยะที่ 3 ขั้นประเมินผล (Evaluation Phase)

ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการวิจัย (Pre-Research Phase)

1. วิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ และปัจจัยเสี่ยงที่มีผลกระทบต่อสุขภาพคนในชุมชน ปัญหาโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในชุมชน และแนวทางดำเนินการแก้ไขปัญหานั้นที่ผ่านมา

2. ทบทวนวรรณกรรมการพัฒนาารูปแบบการใช้ระบบพี่เลี้ยงในการดำเนินงาน พร้อมทั้งวิเคราะห์ความจำเป็นในการพัฒนาการใช้ระบบพี่เลี้ยงในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” (CBI NCDs)

3. ประสานเครือข่ายจังหวัดเพื่อคัดเลือกตัวแทนชุมชนที่เข้าร่วมการสร้างทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัดเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” (CBI NCDs)

4. ประชุมวางแผนบูรณาการเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในชุมชนกำหนดแนวทางการดำเนินงานและการใช้เครื่องมือในการดำเนินงาน

ระยะที่ 2 ขั้นดำเนินการวิจัย (Research Phase)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า รูปแบบการสร้างทีมพี่เลี้ยงที่แต่ละแห่งสร้างขึ้น ไม่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้หากบริบทแตกต่างกัน การร่างรูปแบบจึงต้องมีแนวปฏิบัติเป็นตัวกำกับเพื่อให้สามารถนำมาใช้ได้จริงอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงดำเนินการในระยะของการพัฒนารูปแบบผ่านกระบวนการดำเนินงานที่ใช้แนวคิดวงจรคุณภาพของ Edward Deming (PDCA) มาดำเนินการสร้างทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัดเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” (CBI NCDs) โดยมุ่งพัฒนาพัฒนาศักยภาพความเป็นผู้นำและการสร้างเครือข่ายในระดับชุมชน เพื่อร่วมกันพัฒนากระบวนการแก้ไขปัญหาชุมชน มุ่งสู่ทิศทางที่จะเอื้อให้ชุมชนพึ่งพาตนเองได้ โดยอาศัยพลังชุมชนอันเกิดจากกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของทีมพี่เลี้ยง ระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรชุมชน ประชาชนและสาขาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยการศึกษาเป็นวงจรที่มีลักษณะต่อเนื่อง ประกอบด้วย

- การดำเนินการตามระบบ (P: plan)

ประชุมครั้งที่ 1 กิจกรรมการประชุมชี้แจงรายละเอียด ค้นข้อมูลสถานการณ์โรคไม่ติดต่อ นำเสนอรูปแบบชั่วคราวที่สร้างขึ้น ร่วมกันวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ กำหนดช่วงเวลาในการปฏิบัติ และร่วมกิจกรรมสร้างแรงจูงใจเห็นความสำคัญ รายละเอียดดังต่อไปนี้

1.1 ค้นข้อมูลสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อัตราป่วย/ตายจากโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ประเมินสถานการณ์ ร่วมกันวางแผนและกำหนดเป้าหมายร่วมกัน

1.2 นำเสนอนโยบายการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (CBI NCDs) “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” และกระบวนการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs”

- การปฏิบัติตามแผน (D - Do)

ประชุมครั้งที่ 2 เป็นการร่วมกิจกรรมการดำเนินงานผ่านกิจกรรมการบรรยายให้ความรู้เพื่อสร้างความตระหนักในการปฏิบัติ รายละเอียดกิจกรรมดังต่อไปนี้

2.1 กิจกรรมบรรยายให้ความรู้ในหัวข้อ “หลักการสำรวจและการจัดการข้อมูลสุขภาพชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง”

2.2 กิจกรรมบรรยายให้ความรู้ในหัวข้อ “หลักการวางแผนโครงการ: Project planning”

2.3 กิจกรรมนำเสนอถอดบทเรียน “การป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตำบลเมืองจันทร์” โดย ตัวแทนคณะทำงาน CBI - NCDs ตำบลเมืองจันทร์ อำเภอเมืองจันทร์ จังหวัดศรีสะเกษ

2.4 กิจกรรมกำหนดเป้าหมายมาตรการกิจกรรม จัดทำแผนงาน/แผนโครงการเพื่อจัดการปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน โดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

2.5 กิจกรรมบรรยายให้ความรู้และแนวทางการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs”

2.6 กิจกรรมการสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้นำชุมชนในการประกาศนโยบายมาตรการและการกำกับติดตามที่ประชาชนได้ร่วมกันกำหนด

2.7 กิจกรรมเทคนิคการกำหนดการเยี่ยมเสริมพลังและติดตามการดำเนินการ

- การติดตาม การประเมินทบทวน (C - Check)

ประชุมครั้งที่ 3 ผู้วิจัยติดตามเยี่ยม ลงพื้นที่ เพื่อร่วมประชุม เป็นการสะท้อนการปฏิบัติตามแผนการปฏิบัติการจัดรูปแบบ แนวทางในการแก้ไขและปรับปรุงรูปแบบ ภายหลังจากดำเนินการตามรูปแบบทบทวนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การปฏิบัติ ผู้วิจัยจะประชุมกลุ่ม เพื่อสะท้อนผลการปฏิบัติโดยมีกิจกรรมสะท้อนการปฏิบัติกิจกรรมที่บรรลุเป้าหมายหรือไม่บรรลุเป้าหมาย หากยังไม่บรรลุเป้าหมายและยังมีอุปสรรคในการดำเนินงาน ให้ร่วมกันวิเคราะห์แนวทางในการแก้ไขและปรับปรุง เพื่อให้การดำเนินการที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ร่วมทำความเข้าใจในขั้นตอนการดำเนินงานและตกลงในการปฏิบัติครั้งต่อไป จึงสรุปทบทวนรูปแบบการสร้างทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัดเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” (CBI NCDs) ได้

ระยะที่ 3 ชั้นประเมินผล (Evaluation Phase)

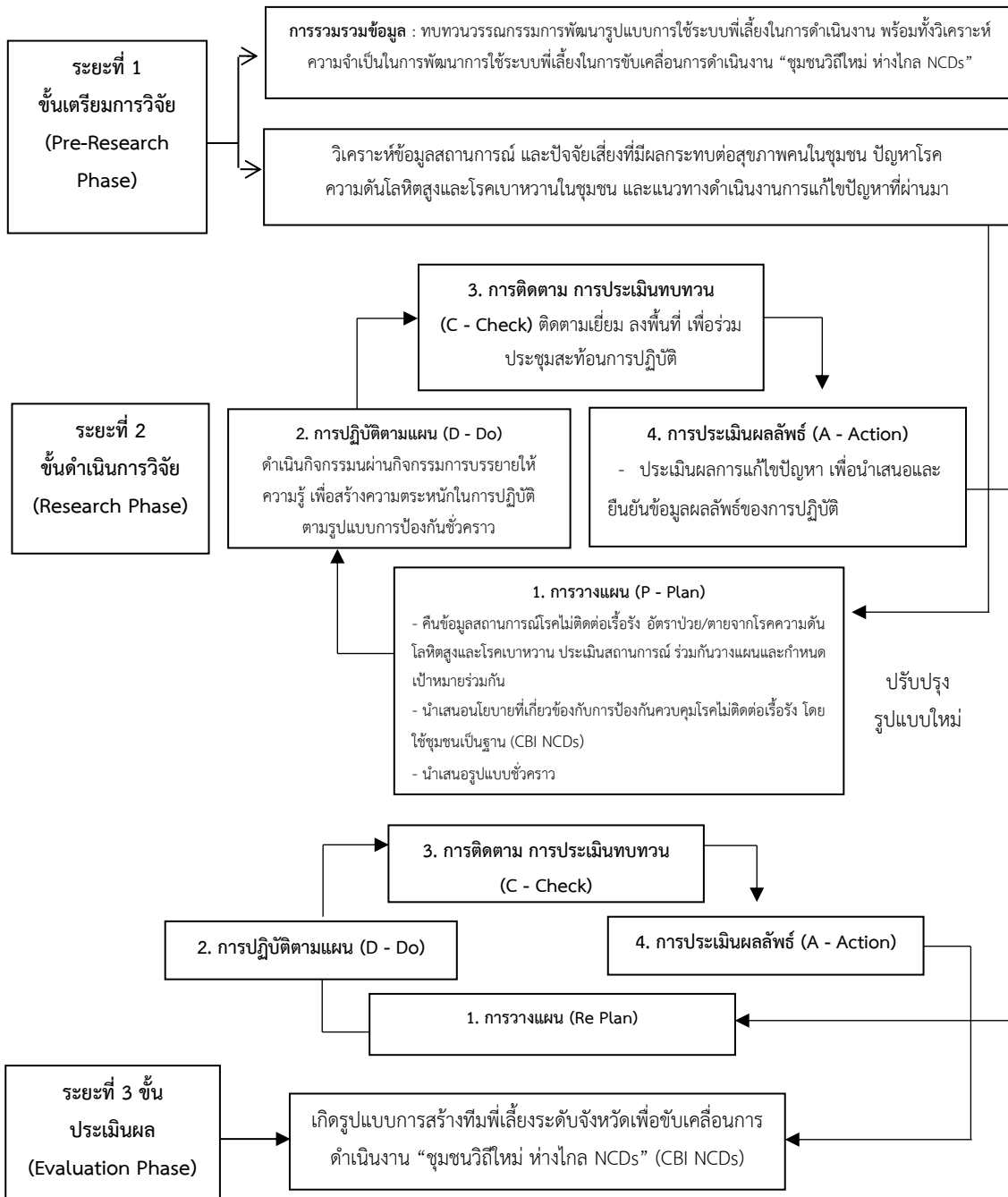
- การปรับปรุงและการประเมินผลลัพธ์ (A - Action)

ในระยะที่ 3 เป็นชั้นการประเมินผลการแก้ไขปัญหาและการดำเนินการตามรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับเทคนิค (Technical Action Research) โดยผู้วิจัยดำเนินการสนทนากลุ่ม ประชุมครั้งที่ 4 ร่วมกัน เพื่อนำเสนอและยืนยันข้อมูลผลลัพธ์ของการปฏิบัติ การสะท้อนความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการตามรูปแบบการสร้างทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัดเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” (CBI NCDs) โดยผลลัพธ์ที่ได้ประกอบด้วย

3.1 รูปแบบการสร้างทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัดเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” (CBI NCDs)

ในขั้นตอนนี้ภายหลังจากการประเมินผลนำเสนอรูปแบบการสร้างทีมพี่เลี้ยงแล้ว ผู้วิจัยสรุปผลการดำเนินการวิจัยการพัฒนารูปแบบการสร้างทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัดเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” (CBI NCDs) เป็นฉบับสมบูรณ์

แผนผังรูปแบบการดำเนินการวิจัย



3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมการพัฒนาารูปแบบการใช้ระบบที่เสี่ยงในการดำเนินงาน มาจัดกลุ่มข้อมูล และวิเคราะห์ด้วย Content Analysis ให้ได้ประเด็นสำคัญในการนำไปกำหนดรูปแบบให้เห็นกลไกและแนวทางการสร้างทีมที่เสี่ยง วิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ และปัจจัยเสี่ยงปัญหาโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในชุมชน แนวทางการดำเนินการแก้ไขปัญหาที่ผ่านมา พร้อมทั้งวิเคราะห์ความจำเป็นในการพัฒนาการใช้ระบบที่เสี่ยงในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” (CBI NCDs) รวมทั้งแนวทางการพัฒนาสมรรถนะที่เสี่ยง สนับสนุนการพัฒนาารูปแบบฯ ที่จะพัฒนาขึ้น

บทที่ 4 ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อสร้างทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัดเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย พื้นที่ศึกษาทำการเลือกแบบเจาะจง นำร่องชุมชนเขตสุขภาพที่ 10 เป็นพื้นที่กรณีศึกษา ผลการศึกษา ดังนี้

ส่วนที่ 1 ขั้นตอนเตรียมการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ แนวทางดำเนินการแก้ไขปัญหาโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในชุมชนที่ผ่านมา และรูปแบบความจำเป็นในการพัฒนาการสร้างทีมพี่เลี้ยงในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” (CBI NCDs)

ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์การดำเนินกิจกรรมสร้างทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัดเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs”

ส่วนที่ 1 ขั้นตอนเตรียมการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ แนวทางดำเนินการแก้ไขปัญหาโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในชุมชนที่ผ่านมา และรูปแบบความจำเป็นในการพัฒนาการสร้างทีมพี่เลี้ยงในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” (CBI NCDs)

ผู้วิจัยได้ดำเนินการทบทวนวรรณกรรมการพัฒนาแบบการใช้ระบบพี่เลี้ยงในการดำเนินงาน พร้อมทั้งวิเคราะห์ความจำเป็นในการพัฒนาการใช้ระบบพี่เลี้ยงในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” โดยสรุปข้อมูลได้ดังนี้

สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในชุมชนที่ผ่านมา พบว่า กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้รายงานอัตราการตายด้วย 4 โรค NCD (โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง) พบว่าในปี 2561 เขตสุขภาพที่ 10 มีอัตราการตายเท่ากับ 93.79 ต่อประชากรแสนคน เพิ่มขึ้นจากปี 2559 (92.49) จำแนกรายโรคตามลำดับดังนี้ 1) โรคความดันโลหิตสูง = 8.93 2) โรคเบาหวาน = 24.75 3) โรคหัวใจขาดเลือด = 22.88 และ 4) โรคหลอดเลือดสมอง = 37.23 (ข้อมูล ณ วันที่ 18 ตุลาคม 2562)

สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังของเขตสุขภาพที่ 10 ข้อมูล ณ วันที่ 17 พฤศจิกายน 2562 ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานร้อยละ 91.74 และความดันโลหิตสูง ร้อยละ 91.19 สูงกว่าภาพรวมประเทศ ร้อยละ 89.11 และร้อยละ 89.34 ตามลำดับ ประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำร้อยละ 94.91 พบอัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงฯ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.06 ในปีงบประมาณ 2561 เป็นร้อยละ 2.23 ในปีงบประมาณ 2562 การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสมของผู้ป่วยเบาหวาน สามารถควบคุมฯ ได้ดีเพียงร้อยละ 30.02 ความดันโลหิตของประชาชนที่ถูกคัดกรองส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ พบเป็นกลุ่มเสี่ยงร้อยละ 3.53 และร้อยละ 60 เป็นกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตที่บ้าน (HBPM) ผลการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมได้ดี ร้อยละ 51.82

เป็นที่ทราบกันดีว่า กลุ่มโรคนี้อาจเกิดจากวิถีชีวิตของประชาชนที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างมากทั้งบุคคล พฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม จนมีผลกระทบต่อสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีด้วยกันหลายสาเหตุ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เกิน การขาดการออกกำลังกาย ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน การบริโภคอาหารที่ไม่ได้สัดส่วน/บริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม/บริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ ความเครียดเรื้อรัง ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและภาวะไขมันในเลือดสูงปัจจัยเหล่านี้สามารถป้องกันได้ด้วยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้เหมาะสม ดังนั้นปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวสามารถป้องกันได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและลดความรุนแรงของกลุ่มโรคนี้นี้ให้ได้ผล จึงมุ่งเน้นที่การป้องกันควบคุมและแก้ไขปัญหาสุขภาพปัจจัยเสี่ยงไปพร้อม ๆ กัน ซึ่งจะสามารถป้องกันหรือชะลอการเกิดโรคได้ร้อยละ 80 โดยเน้นหนักในการป้องกันระดับปฐมภูมิการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงแบบบูรณาการ และส่งเสริมสุขภาพตลอดช่วงชีวิตในระดับครอบครัวและชุมชนให้มีประสิทธิภาพสูงสุด

รูปแบบความจำเป็นในการพัฒนาการสร้างความที่เสี่ยงในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่วงไกล NCDs” (CBI NCDs)

การดำเนินงานกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านมา ได้มีสนับสนุนการดำเนินโครงการพัฒนาและสนับสนุนการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อในกลุ่มวัยทำงาน มุ่งเน้นให้มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานชุมชนลดเค็ม ลดเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศ ได้สนับสนุนชุดตรวจสอบความเค็มในตัวอย่างอาหาร (Salt Meter) ให้กับชุมชนและโรงพยาบาล เพื่อใช้เป็นเครื่องมือตรวจวัดปริมาณเกลือโซเดียมในตัวอย่างอาหารอย่างง่าย และสร้างความตระหนักให้กับประชาชนผู้บริโภคอาหารรสเค็มได้ อย่างไรก็ตาม ยังมีผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและควบคุมความดันโลหิตได้ต่ำกว่าเป้าหมาย มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น ปัญหาอุปสรรคจากการดำเนินงานที่ผ่านมา 1) ด้านพฤติกรรมส่วนบุคคล ขาดความรู้ด้านสุขภาพ 2) ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ขาดผู้ดูแล และการมีส่วนร่วมของท้องถิ่น วัฒนธรรมและชุมชน 3) ด้านระบบบริการ ซึ่งมีรูปแบบการจัดบริการหลากหลาย ระบบการติดตามไม่ชัดเจนและขาดความต่อเนื่อง จึงทำให้การดูแลรักษาไม่ได้คุณภาพ สภาพปัญหาความแออัด ผู้ป่วยขาดนัด ขาดยา นำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลและควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนในที่สุด

ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์การดำเนินกิจกรรมสร้างทีมที่เสี่ยงระดับจังหวัดเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่วงไกล NCDs”

ภายหลังการประชุมกลุ่ม ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาทำการทบทวนตามรูปแบบชั่วคราวที่วางไว้ พบว่าข้อมูลมีความสอดคล้องกัน ไม่พบความแตกต่างจากที่ทบทวนวรรณกรรมมา ดังนั้นผู้วิจัยจึงจัดประชุมกลุ่มเพื่อนำเสนอถึงการสร้างทีมที่เสี่ยงระดับจังหวัดเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่วงไกล NCDs” ตามรูปแบบชั่วคราวที่ผ่านการทบทวนวรรณกรรม ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

2.1 ผู้วิจัยนัดประชุมกลุ่ม เพื่อดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบชั่วคราวในการปฏิบัติการสร้างทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัดเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” และมอบหมายหน้าที่ ทำความเข้าใจร่วมกันในขั้นตอนการดำเนินงาน ติดตามประเมินผล กำหนดเวลาในการดำเนินงาน จึงประเมินผลการดำเนินงาน กระบวนการและผลลัพธ์ในการนัดประชุมครั้งต่อไป

รูปแบบชั่วคราวการสร้างทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัดเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” ครั้งที่ 1
<p>ขั้นที่ 1 การศึกษาบริบทชุมชนการค้นหาปัญหาและสาเหตุ</p> <p>กิจกรรมดำเนินการ</p> <p>1.1 วิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ อัตราป่วย/ตายจากโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน และปัจจัยเสี่ยงที่มีผลกระทบต่อสุขภาพคนในชุมชน ปัญหาโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในชุมชน และแนวทางดำเนินการแก้ไข ปัญหาที่ผ่านมา</p> <p>1.2 ประชุมวางแผนบูรณาการเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในชุมชน (ผ่านคณะกรรมการชุมชน) กำหนดแนวทางการดำเนินงานและการใช้เครื่องมือในการดำเนินงาน</p> <p>ขั้นที่ 2 เสริมความรู้และสร้างความตระหนัก พัฒนากิจกรรมเพื่อสร้างกระบวนการเรียนรู้ของชุมชน</p> <p>กิจกรรมดำเนินการ ทีมพี่เลี้ยงจะต้องได้เข้าร่วมกิจกรรมการบรรยายให้ความรู้เพื่อสร้างความตระหนักในการปฏิบัติรายละเอียดกิจกรรมดังต่อไปนี้</p> <p>2.1 กิจกรรมบรรยายให้ความรู้ในหัวข้อ “หลักการสำรวจและการจัดการข้อมูลสุขภาพชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง”</p> <p>2.2 กิจกรรมบรรยายให้ความรู้ในหัวข้อ “หลักการวางแผนโครงการ: Project planning”</p> <p>2.3 กิจกรรมนำเสนอถอดบทเรียนจากชุมชนต้นแบบ เช่น ตัวแทนคณะทำงาน CBI - NCDs ตำบลเมืองจันทร์ อำเภอเมืองจันทร์ จังหวัดศรีสะเกษ ถอดบทเรียน “การป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตำบลเมืองจันทร์”</p> <p>2.4 กิจกรรมกำหนดเป้าหมายมาตรการกิจกรรม จัดทำแผนงาน/แผนโครงการเพื่อจัดการปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน โดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ</p> <p>2.5 กิจกรรมบรรยายให้ความรู้และแนวทางการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs”</p> <p>2.6 กิจกรรมการสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้นำชุมชนในการประกาศนโยบายมาตรการและการกำกับติดตามที่ประชาชนได้ร่วมกันกำหนด</p> <p>2.7 กิจกรรมเทคนิคการกำหนดการเยี่ยมเสริมพลังและติดตามการดำเนินการ</p> <p>ขั้นที่ 3 การประเมินผลการดำเนินการ</p> <p>3.1 ภายหลังกการดำเนินการเสริมความรู้และสร้างความตระหนัก ทีมพี่เลี้ยงจะต้องมีการนำไปปฏิบัติและพัฒนาชุมชนของตนเอง และจะต้องสรุปผลการดำเนินงาน พร้อมถอดบทเรียนและพัฒนาต่อยอดและขยายแนวทางการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องทุก 6 เดือน</p>

2.2 ผลการปฏิบัติตามรูปแบบชั่วคราว ครั้งที่ 1

ผู้วิจัยติดตามเยี่ยม ลงพื้นที่ ได้ร่วมกันสะท้อนและวิเคราะห์การปฏิบัติตามรูปแบบชั่วคราว ในการปฏิบัติตามรูปแบบการสร้างทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัดเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” ปรับปรุงตามข้อมูลที่ได้ รายละเอียดข้อเสนอ ดังนี้

- กำหนดแนวทางการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” ให้มีความกระชับและเข้าใจง่าย สะดวกต่อการนำไปใช้เป็นแนวทางในชุมชนมากขึ้น ดังข้อคิดเห็นที่เสนอไว้ ดังนี้

“อยากรู้แนวทางที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น”
“มีกรอบการปฏิบัติสั้นๆ ให้ดูเป็นแนวทางใหม่”

ผู้วิจัยและกลุ่มงานที่รับผิดชอบได้ร่วมกันวิเคราะห์แนวทางในการแก้ไขและปรับปรุงเพื่อให้การดำเนินงานในขับเคลื่อนการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” ได้รูปแบบที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สะดวกต่อการที่ทีมพี่เลี้ยงนำไปปฏิบัติ หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้จากการสะท้อนการปฏิบัติตามพัฒนาเป็นรูปแบบชั่วคราวในการติดตามเยี่ยม ลงพื้นที่ครั้งที่ 2 ร่วมทำความเข้าใจในขั้นตอนการดำเนินงาน

รูปแบบชั่วคราวการสร้างทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัดเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” ครั้งที่ 2
<p>ขั้นที่ 1 การศึกษาบริบทชุมชนการค้นหาปัญหาและสาเหตุ</p> <p>กิจกรรมดำเนินการ</p> <p>1.1 วิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ อัตราป่วย/ตายจากโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน และปัจจัยเสี่ยงที่มีผลกระทบต่อสุขภาพคนในชุมชน ปัญหาโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในชุมชน และแนวทางการแก้ไข ปัญหาที่ผ่านมา</p> <p>1.2 ประชุมวางแผนบูรณาการเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในชุมชน (ผ่านคณะกรรมการชุมชน) กำหนดแนวทางการดำเนินงานและการใช้เครื่องมือในการดำเนินงาน</p> <p>ขั้นที่ 2 เสริมความรู้และสร้างความตระหนัก พัฒนากิจกรรมเพื่อสร้างกระบวนการเรียนรู้ของชุมชน</p> <p>กิจกรรมดำเนินการ ทีมพี่เลี้ยงจะต้องได้เข้าร่วมกิจกรรมการบรรยายให้ความรู้เพื่อสร้างความตระหนักในการปฏิบัติ รายละเอียดกิจกรรมดังต่อไปนี้</p> <p>2.1 กิจกรรมบรรยายให้ความรู้ในหัวข้อ “หลักการสำรวจและการจัดการข้อมูลสุขภาพชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง”</p> <p>2.2 กิจกรรมบรรยายให้ความรู้ในหัวข้อ “หลักการวางแผนโครงการ: Project planning”</p> <p>2.3 กิจกรรมนำเสนอถอดบทเรียนจากชุมชนต้นแบบ เช่น ตัวแทนคณะทำงาน CBI - NCDs ตำบลเมืองจันทร์ อำเภอเมืองจันทร์ จังหวัดศรีสะเกษ ถอดบทเรียน “การป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตำบลเมืองจันทร์”</p> <p>2.4 กิจกรรมกำหนดเป้าหมายมาตรการกิจกรรม จัดทำแผนงาน/แผนโครงการเพื่อจัดการปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน โดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ</p> <p>2.5 กิจกรรมบรรยายให้ความรู้และสรุปแนวทางการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs”</p>



การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน
ชุมชนลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (CBI NCDs)

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10
จังหวัดอุบลราชธานี

"ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs"

ระดับ
ผ่านเกณฑ์
CBI

1-2 ประเด็นปัญหา



3 กลุ่มวัย



5 มีติดใจ

5 ขั้นตอน



4 พื้นที่เป้าหมาย



เกณฑ์เป้าหมาย

ดำเนินการจังหวัดละ 2 ชุมชน
และ ผ่านเกณฑ์อย่างน้อย 1 ชุมชน



5 ขั้นตอน

- 1) แต่งตั้งคณะทำงานขับเคลื่อนการดำเนินงาน
- 2) ร่วมประเมินและวิเคราะห์ชุมชนที่เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
- 3) จัดทำแผนชุมชนร่วมกันในเวทีชุมชน
- 4) ดำเนินงานตามแผนชุมชน
- 5) กำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน

3 กลุ่มวัย

- วัยเรียน/วัยรุ่น (อายุ 7 - 15 ปี)
- วัยทำงาน (อายุ 15 - 60 ปี)
- วัยผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป)

4 พื้นที่เป้าหมาย

ชุมชน	วัด
โรงเรียน	สถานประกอบการ

5 มีติดใจ



ติดต่อ : กลุ่มโรคไม่ติดต่อ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี

2.6 กิจกรรมการสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้นำชุมชนในการประกาศนโยบายมาตรการและการกำกับติดตามที่ประชาชนได้ร่วมกันกำหนด

2.7 กิจกรรมเทคนิคการกำหนดการเฝ้าระวังและติดตามการดำเนินการ

ขั้นที่ 3 การประเมินผลการดำเนินการ

3.1 ภายหลังจากดำเนินการเสริมความรู้และสร้างความตระหนัก ทีมพี่เลี้ยงจะต้องมีการนำไปปฏิบัติและพัฒนาชุมชนของตนเอง และจะต้องสรุปผลการดำเนินงาน พร้อมถอดบทเรียนและพัฒนาต่อยอดและขยายแนวทางการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องทุก 6 เดือน

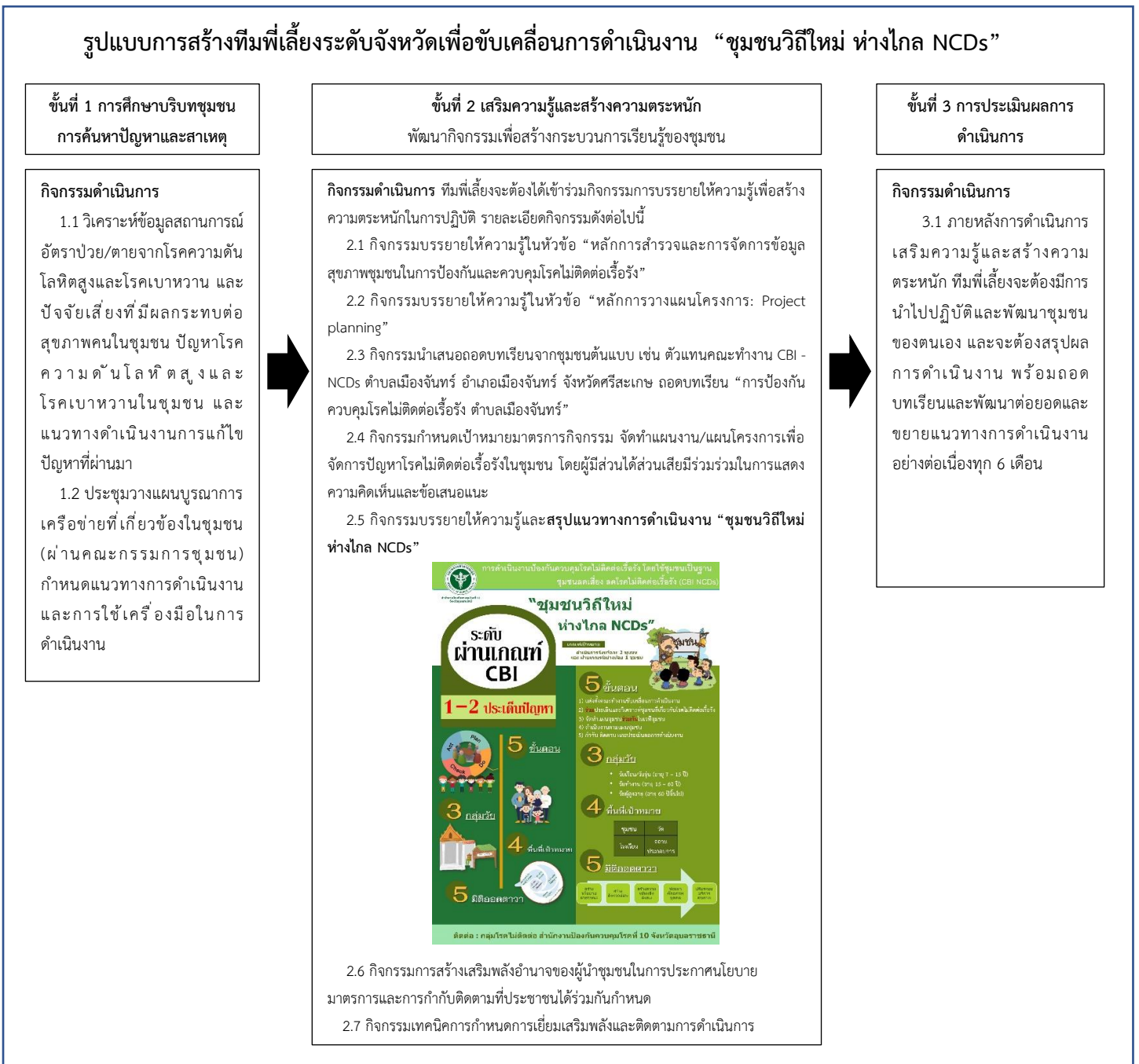
2.3 ผลการปฏิบัติตามรูปแบบชั่วคราว ครั้งที่ 2

ผู้วิจัยและทีมพี่เลี้ยงร่วมกันวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่ส่งเสริมความสำเร็จ ดังนี้

- ทีมพี่เลี้ยงในชุมชนทุกฝ่ายให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ท่างไกล NCDs” บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ได้ร่วมกันตั้งไว้ ได้มีโอกาสในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันในชุมชน มีความรู้ในการนำไปปรับใช้กับชุมชน รับผิดชอบต่อสถานะสุขภาพของชุมชน ได้ร่วมกันออกแบบกิจกรรมที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน ซึ่งจะนำไปสู่การแก้ปัญหาในชุมชนได้มีประสิทธิภาพ

ดังนั้นจึงสรุปเป็นรูปแบบการสร้างทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัดเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ท่างไกล NCDs” (CBI NCDs) ได้ ดังภาพ

รูปแบบการสร้างทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัดเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ท่างไกล NCDs”



บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง การสร้างทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัดเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” (CBI NCDs) ผู้วิจัยนำเสนอ การสรุปสาระสำคัญโดยย่อของจุดมุ่งหมาย และผลการวิจัย รวมทั้งการนำเสนอการอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ ดังต่อไปนี้

5.1 การสรุปสาระสำคัญ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับเทคนิค (Technical Action Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัดเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” (CBI NCDs) โดยที่ผู้วิจัยวิเคราะห์ปัญหาพร้อมกับทีมพี่เลี้ยงและนำข้อมูลที่ได้ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมมาพัฒนารูปแบบชั่วคราว ร่วมกันคิดวางแผนเพื่อดำเนินการ ปฏิบัติตามแผน สะท้อนการปฏิบัติและปรับปรุงรูปแบบ เพื่อให้เกิดรูปแบบการสร้างทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัดเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” (CBI NCDs)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงาน NCD จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, รพ.สต., ผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพ จาก อปท., อสม. และตัวแทนแกนนำชุมชน เขตสุขภาพที่ 10 จำนวน 60 คน โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) และมีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ รูปแบบชั่วคราวของการสร้างทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัดเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” (CBI NCDs) เป็นรูปแบบที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีแบบแผนความเชื่อ (Health Belief model) ร่วมกับกรอบกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามกฎบัตรอตตาวา 5 กลยุทธ์ ได้แก่ 1) สร้างนโยบายที่เอื้อต่อสุขภาพ (Building Healthy Public Policy) 2) สร้างสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อสุขภาพ (Created supportive Environment) 3) พัฒนาความเข้มแข็งของปฏิบัติการชุมชน (Strengthened Community Actions) 4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop Personal Skill) และ 5) ปรับระบบบริการสุขภาพ (Reoriented Health Services) เครื่องมือที่ใช้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความชัดเจนของภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน นำไปคำนวณดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) ได้เท่ากับ .80

รูปแบบที่เหมาะสมกับการสร้างทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัดเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” (CBI NCDs) จะต้องมีองค์ประกอบที่ทั้งหมด 3 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) การศึกษาบริบทชุมชน การค้นหาปัญหาและสาเหตุ 2) เสริมความรู้และสร้างความตระหนัก และ 3) การประเมินผลการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง โดยรายละเอียดการพัฒนารูปแบบ มีดังนี้

1.1 ผู้วิจัยนำเสนอรูปแบบการสร้างทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัด ครั้งที่ 1 ประกอบด้วย การศึกษาบริบทชุมชนการค้นหาคำปัญหาและสาเหตุ กิจกรรมเสริมความรู้และสร้างความตระหนัก และกิจกรรมการประเมินผลการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ภายหลังกดำเนินการตามรูปแบบ ผู้วิจัยได้ทำการติดตามโดยการลงพื้นที่ติดตามเยี่ยม ได้ร่วมกันสะท้อนและวิเคราะห์การปฏิบัติตามรูปแบบชั่วคราว พบว่า ทีมพี่เลี้ยงอยากให้มีประเด็นการกำหนดแนวทางการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” ให้มีความกระชับและเข้าใจง่าย สะดวกต่อการนำไปใช้เป็นแนวทางในชุมชนมากขึ้น ผู้วิจัยจึงนำข้อเสนอที่ได้มาปรับปรุงรูปแบบอีกครั้ง

1.2 ภายหลังกการปฏิบัติตามรูปแบบครั้งที่ 2 ผู้วิจัยได้ทำการติดตามโดยการลงพื้นที่ติดตามเยี่ยมอีกครั้ง ทีมพี่เลี้ยงสะท้อนถึงการปฏิบัติที่มีความชัดเจน เข้าใจง่าย สามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง และมีแผนการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง

ผลการดำเนินงานเกิดทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัดเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” (CBI NCDs) จำนวน 10 ชุมชน จากความรับผิดชอบ 5 จังหวัด ซึ่งมีชุมชนผ่านเกณฑ์การดำเนินงานตามมาตรฐาน ร้อยละ 70 ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี คิดเป็นร้อยละ 33.68 ซึ่งถือว่ายังไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (เกณฑ์ค่าเป้าหมาย ร้อยละ ≥ 40 พิจารณาจาก ระดับ HbA1C น้อยกว่า 7) และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนด้วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตอยู่ในระดับดี ร้อยละ 68.22 ซึ่งผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (เกณฑ์ค่าเป้าหมายร้อยละ ≥ 60)

สำหรับปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ 1) นโยบายหรือข้อตกลงร่วมกัน : การมีนโยบายสนับสนุนการดำเนินงานทั้งในระดับองค์กร และชุมชน ซึ่งการสร้างนโยบายหรือข้อตกลงร่วมกันของชุมชน จะเป็นแนวทางในการสร้างความร่วมมือส่งผลให้การขับเคลื่อนสำเร็จ 2) ทีมงาน : การมีคณะทำงานที่ประกอบด้วยภาคีเครือข่ายในชุมชน ที่ประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุขในชุมชน องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น (อปท.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แกนนำชุมชน (ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน) เครือข่ายโรงเรียนในชุมชน และอื่นๆที่เกี่ยวข้อง และมีการพัฒนาความรู้ ความสามารถ ทักษะ และสร้างความเข้าใจร่วมกัน 3) การสนับสนุน : มีการสนับสนุนด้านข้อมูล ความรู้วิชาการ กระบวนการ งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และบุคลากรที่เป็นพี่เลี้ยงให้กับชุมชน และ 4) การมีส่วนร่วม : การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานจากบุคลากรในทุกขั้นตอนและทุกระดับ (ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินงาน ร่วมควบคุม/ติดตาม และร่วมประเมินผล)

สิ่งที่ต้องให้ความสำคัญ คือ การคัดเลือกทีมงาน ทูทางสังคมที่มีอยู่ การมีข้อมูลและการวิเคราะห์ปัญหาที่ชัดเจนทุกพื้นที่ เพื่อประเมินหรือวัดการเปลี่ยนแปลงได้ ตัวอย่างเช่น การนำเครื่องวัดความเค็ม (Salt meter) เข้ามาตรวจวัดความเค็มในอาหารของคนในชุมชน ซึ่งเป็นการส่งเสริมและเป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดความตระหนักได้อย่างเป็นรูปธรรม ดังนั้นแล้ว หัวใจสำคัญของการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” จำเป็นต้องให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างจริงจัง และมีเครื่องมือที่ช่วยให้ชาวบ้านเกิดการเรียนรู้และเข้าใจได้ง่ายขึ้น

5.2 การอภิปรายผล

การพัฒนาารูปแบบการสร้างทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัดเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” (CBI NCDs) ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ในการจัดกิจกรรม และใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับเทคนิคในการดำเนินการ อภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ดังนี้

วัตถุประสงค์เพื่อสร้างทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัดเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” (CBI NCDs)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับเทคนิค (Technical Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัดเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” (CBI NCDs) โดยที่ผู้วิจัยวิเคราะห์ปัญหาของแต่ละชุมชนร่วมกับทีมพี่เลี้ยงในการร่วมกันคิดวางแผนเพื่อดำเนินการทดลองปฏิบัติตามแผน สะท้อนการปฏิบัติและปรับปรุงแผนเพื่อทดลองปฏิบัติใหม่ เพื่อให้เกิดรูปแบบการสร้างทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัดเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” (CBI NCDs) โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับเทคนิค (Technical Action Research) อธิบายได้ว่า รูปแบบการสร้างทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัดเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” (CBI NCDs) ที่พัฒนาขึ้นโดยมีกระบวนการลงมือปฏิบัติ อาศัยการทบทวนวรรณกรรม เรียนรู้จากประสบการณ์การปฏิบัติที่ผ่านมา ร่วมกับกระบวนการปฏิบัติการที่มุ่งแก้ปัญหาหรือพัฒนางานด้วยการนำความรู้ที่ได้รับการพัฒนาไปใช้ปฏิบัติจริงในบริบทของแต่ละชุมชน เช่นเดียวกับข้อมูลของ Greenwood and Levin (1998) กล่าวถึง ลักษณะการวิจัยเชิงปฏิบัติการว่า เป็นรูปแบบการวิจัยที่ไม่ได้เน้นในการกำหนดแนวทางรูปแบบที่ชัดเจนแต่มีเป้าหมายสูงสุดคือ มุ่งเน้นให้เกิดการเรียนรู้สู่การปฏิบัติ วิธีการที่จะเลือกใช้ขึ้นอยู่กับบริบทที่จะศึกษา โดยวิธีการเด่นของการวิจัยเชิงปฏิบัติการคือ มีลักษณะการดำเนินการวิจัยเป็นวงจรถ่วงเกลียว (Spiral) มีความเป็นพลวัตสามารถปรับปรุงได้จนเกิดรูปแบบที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ รัตนพร วงษ์ตาไช (2554) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพสำหรับเด็กชายวัยเรียน ในสถานสงเคราะห์ เป็นการศึกษาโดยใช้แนวคิดกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม กลุ่มเป้าหมายเป็นเด็กวัยเรียนชายในสถานสงเคราะห์แห่งหนึ่ง ในจังหวัดปทุมธานี โดยใช้กระบวนการวิจัยซึ่งมีด้วยกัน 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย การวางแผน/พัฒนาแผน (Plan) การปฏิบัติการตามแผน/การนำแผนไปปฏิบัติ (Act) การสังเกตติดตามผลการปฏิบัติ (Observe) และสะท้อนผลของการปฏิบัติ (Reflect) เพื่อเป็นพื้นฐานของการวางแผนงานต่อไปอย่างต่อเนื่องกันเป็นวงจร เน้นการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการวิจัย ตั้งแต่การศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา สร้างรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่มีความเหมาะสมกับบริบทของสถานสงเคราะห์ นำรูปแบบที่ได้พัฒนามาทดลองปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหา รวมถึงร่วมกันประเมินผลอย่างเป็นระบบ จนกระทั่งได้รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถนำไปแก้ปัญหาและปฏิบัติได้จริง

ภายหลังการดำเนินการตามรูปแบบการสร้างทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัดเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” (CBI NCDs) ทีมพี่เลี้ยงในชุมชนทุกฝ่ายให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ได้ร่วมกันตั้งไว้ ได้มีโอกาสในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันในชุมชน มีความรู้ในการนำไปปรับใช้กับชุมชน รับทราบสถานะสุขภาพของชุมชน ได้ร่วมกันออกแบบกิจกรรมที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน ซึ่งจะนำไปสู่การแก้ปัญหาในชุมชนได้มีประสิทธิภาพ หากพิจารณาตามองค์ประกอบหลักในการสร้างทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัดเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” (CBI NCDs) ที่ส่งผลต่อการแก้ปัญหาในชุมชนได้มีประสิทธิภาพ จะประกอบไปด้วย

1. การศึกษาบริบทชุมชน การค้นหาปัญหาและสาเหตุ

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมุ่งเน้นให้ทีมพี่เลี้ยงค้นหาปัญหาและสาเหตุของการเกิดโรคไม่ติดต่อในชุมชน ผู้วิจัยได้ร่วมวิเคราะห์สถานการณ์ ศึกษาบริบทของชุมชนของแต่ละชุมชนที่เข้าร่วมดำเนินการผ่านการทำกิจกรรมกลุ่ม ซึ่งสอดคล้องกับ ครรชิต พุทธิโกษา (2554) การศึกษาบริบทชุมชน คือกระบวนการในการเข้าไปศึกษาเรียนรู้ทำความเข้าใจเรื่องราวของชุมชนใดชุมชนหนึ่ง เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอดีต สถานการณ์ ปัจจุบัน ปัจจัยแวดล้อมในชุมชน การทำความเข้าใจจักชุมชนก่อนที่จะลงมือทำงานถือเป็นหัวใจสำคัญและมีผลต่อความสำเร็จของการพัฒนาชุมชน เพราะนอกจากจะทำให้สามารถกำหนดเป้าหมาย และทิศทางการพัฒนาได้อย่างตรงความต้องการและสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงของชุมชนแล้วการเข้าใจชุมชนอย่างลึกซึ้งจะทำให้ดำเนินงานร่วมกับชุมชนได้ง่าย ราบรื่น และได้รับความร่วมมือจากทุกฝ่าย เช่นเดียวกับ ศิริเนตร สุขดี. (2560) ที่ศึกษารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยมีกิจกรรมสร้างผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า ในกระบวนการพัฒนาผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อาศัยกระบวนการมีส่วนร่วม ซึ่งเริ่มตั้งแต่ (1) ศึกษาบริบท ปัญหา และสาเหตุที่สนับสนุนการดูแลสุขภาพของชุมชน (2) สร้างความตระหนักและเตรียมความพร้อมผู้นำโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (3) ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและแนวทางการแก้ปัญหา (4) พัฒนาแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (5) สร้างผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (6) จัดกิจกรรมในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (7) ติดตามประเมินผลพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ และ (8) การสะท้อนผลหลังการปฏิบัติงาน (AAR) ซึ่งส่งผลให้ผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง การควบคุมตนเอง และการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ($p < .05$)

2. การเสริมความรู้ และสร้างความตระหนัก

ในการเสริมความรู้และการสร้างความตระหนัก ผู้วิจัยได้นำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้จัดกิจกรรมโดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง ทำให้ทีมพี่เลี้ยงมีความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการยอมรับที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองและคนในชุมชน ซึ่งเบคเคอร์ (Breckler, 1986) ได้อธิบายแนวคิดของความเชื่อด้านสุขภาพว่า บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคบุคคลนั้นจะต้องมีการรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคนั้นจะต้องมีความรุนแรงต่อชีวิต การปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะเกิดผลดีแก่ตนเอง โดยการลดโอกาส

เสี่ยงหรือช่วยลดความรุนแรงของโรค การปฏิบัติดังกล่าวไม่ควรมีอุปสรรคต่อการปฏิบัติตน องค์ประกอบของความเชื่อด้านสุขภาพประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของกมลธร วัสสา และวิพร เสนารักษ์ (Vassa & Sanarak, 2015) เรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อระดับความดันโลหิต ดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอว ในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มแรก (Prehypertension) พบว่ากิจกรรมการส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้นจากเดิม ระดับความดันโลหิตและเส้นรอบเอวลดลง อย่างไรก็ตามโปรแกรมการสร้างความตระหนักมีข้อจำกัดในเรื่องของระยะเวลาของการใช้โปรแกรมเพราะระยะเวลาของโปรแกรมเพียง 4 สัปดาห์ อาจส่งผลถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของพนักงานเก็บขยะที่จะเห็นการเปลี่ยนแปลงไม่ชัดเจน และไม่ทราบความคงทนของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

3) การประเมินผลการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

ภายหลังการดำเนินการเสริมความรู้และสร้างความตระหนัก ทีมพี่เลี้ยงจะต้องมีการนำไปปฏิบัติและพัฒนาชุมชนของตนเอง และจะต้องสรุปผลการดำเนินงาน พร้อมถอดบทเรียนและพัฒนาต่อยอดและขยายแนวทางการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ทราบสถานะการดำเนินการและเพื่อความต่อเนื่องยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับ มาลินี ภูมพันธ์เพ็ญ (2556) ศึกษาการติดตามผลการดำเนินงานบริการวิชาการแก่ชุมชนในภาคใต้โดยมีจุดมุ่งหมาย เพื่อติดตามผลการดำเนินงานบริการวิชาการแก่ชุมชนในภาคใต้ของสำนักหอสมุดกลาง มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โดยใช้วิธีการประเมินผลหลังสิ้นสุดโครงการในรูปแบบซีปป (CIPP model) ที่เป็นการประเมินผลผลิตของโครงการ พบว่า เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานโครงการบริการวิชาการที่ยั่งยืนของสำนักหอสมุดกลาง เช่นเดียวกับ กระบวนการหนุนเสริมเพื่อขับเคลื่อนงานวิจัยเพื่อท้องถิ่นในพื้นที่ชุมชนเมืองกรุงเทพมหานคร ของ พัชรินทร์ พันธุ์แน่น (2564) พบว่า การติดตามและหนุนเสริมโครงการวิจัยเพื่อท้องถิ่นนั้น นักวิจัยชุมชนโครงการย่อยมีการดำเนินกิจกรรมตามแผนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้ขอค้นพบไปใช้ในการแก้ปัญหา ส่วนการพัฒนาาระบบและกลไกการหนุนเสริมได้มีการจัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับความต้องการของนักวิจัยชุมชนโครงการย่อยทั้งด้านวิชาการ และด้านการทำงานร่วมกับชุมชน รวมถึงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างนักวิจัยชุมชนโครงการย่อยในพื้นที่ต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดกระบวนการแก้ปัญหาของชุมชนผ่านกระบวนการวิจัยเพื่อท้องถิ่นโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนได้อย่างแท้จริงและมีประสิทธิภาพ

จากข้อมูลเบื้องต้น พบว่า การสร้างทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัดเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” (CBI NCDs) ที่เน้นการศึกษาบริบทชุมชน เพื่อการค้นหาปัญหาและสาเหตุ การเสริมความรู้ และสร้างความตระหนัก พร้อมทั้งการประเมินผลการดำเนินการอย่างต่อเนื่องจะเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงาน การดำเนินกิจกรรมตามแผนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5.3 ข้อเสนอแนะ และสิ่งที่ควรพัฒนาต่อไป

1. ทีมพี่เลี้ยงสามารถนำกระบวนการที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการขยายชุมชนเพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” (CBI NCDs) ต่อไป

2. ในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” (CBI NCDs) จำเป็นต้องเน้นการศึกษาบริบทชุมชน เพื่อการค้นหาปัญหาและสาเหตุ การเสริมความรู้ และสร้างความตระหนัก พร้อมทั้งการประเมินผลการดำเนินการอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ดำเนินการตามแผนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5.4 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรนำรูปแบบที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ไปศึกษาหรือทดลองใช้กับการขับเคลื่อนการดำเนินงานอื่นๆ เพื่อยืนยันความเที่ยงตรงของรูปแบบ ซึ่งเป็นการพัฒนาองค์ความรู้ของการควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อต่อไป

2. ควรจะมีการวิจัยเพื่อติดตามผลภายหลังดำเนินกิจกรรมในระยะยาว เพื่อส่งเสริมให้เกิดความยั่งยืนในการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อในชุมชนอย่างแท้จริง

บรรณานุกรม

- กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2562). แนวทางชุมชนลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (CBI NCDs) ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. กรุงเทพฯ: บริษัท อีโมชั่น อาร์ต จำกัด
- ทศพล กาดกอเสริม ประทุมมา ฤทธิโพธิ์ จิตติอาภา ตั้งช้าวานิช และนงนุช โอบะ. (2558). ศึกษาผลของโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตสูง. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ 9(3)
- ปราโมทย์ ถ่างกระโทก. (2560). บทบาทพยาบาลวิชาชีพในการจัดการโรคเรื้อรัง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 37(2)
- ปิยะธิดา นาคะเกษียร. (2562). ภูมิคุ้มกันโรคกับบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ. Journal of Nursing Science. 33(4)
- พงษ์ศักดิ์ นาดี, แพทย์วิภา สุวรรณพรหม และรัตนภรณ์ อวิพันธ์. (2562). การบูรณาการในระบบสุขภาพชุมชน. วารสารเภสัชกรรมไทย. 11(1)
- พัชรินทร์ พันธุ์แน่น. (2564). กระบวนการหนุนเสริมเพื่อขับเคลื่อนงานวิจัยเพื่อท้องถิ่นในพื้นที่ชุมชนเมืองกรุงเทพมหานคร. แหล่งที่มา <https://so04.tci-thaijo.org>. สืบค้นเมื่อวันที่ 15 ตุลาคม 2565.
- เพชรภรณ์ วุฒิวงศ์ชัย, เพียงใจ ทองวรรณดี และเบญจมาศ วัจนราช. (2560). คู่มือการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อโดยยึดชุมชนเป็นฐาน : ชุมชนลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (CBI NCDs). สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- เพชรภรณ์ สมบูรณ์บุรณะ. (2554). การป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อโดยยึดชุมชนเป็นฐานในประเทศไทย. วารสารกรมควบคุมโรค. 37(2)
- มุกดา นิมบัวทอง. (2558). พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลบึงน้ำรักษ์ อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยราชภัฏราชบุรี
- รณชิต สมรรถนะกุล. (2560). การเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการให้คำปรึกษาเพื่อจัดการกับความเครียดสำหรับครอบครัวผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน. วารสารสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. 6(1)
- มาลินี ภูหมั่นเพียร. (2556). การติดตามผลการดำเนินงานบริการวิชาการแก่ชุมชนในภาคใต้. สำนักพิมพ์สำนักหอสมุดกลาง มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ลมัย ชุมแวงวาปี และลัทวี ปิยะบัณฑิตกุล. (2563). แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยชุมชน ตำบลน้ำพอง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 38(3)
- วรานี สัมฤทธิ์, อภิภา ปรัชญพฤทธิ และวรภรณ์ บวรศิริ. (2558). การพัฒนาระบบพี่เลี้ยงเพื่อพัฒนาความสามารถในการผลิตงานวิจัยในชั้นเรียนของอาจารย์วิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกกระทรวงสาธารณสุข. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 8(2)

- ศิริเนตร สุขดี. (2560). ศึกษารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน. ปริญญาโทปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุพัตรา ศรีวิชชากร. (2556). ระบบสุขภาพชุมชน โดยชุมชนเพื่อชุมชน. สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพช.). กรุงเทพฯ: บริษัท ปิยอนด์พัลลิสซิ่ง จำกัด
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). การสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.