

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง ผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อคุณภาพชีวิตในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ติดแอมเฟตามีน (The Effect of Motivational Enhancement Therapy on Quality of Life for relapse prevention Among Persons with Amphetamine Dependence)

๒. ระยะเวลาดำเนินการ ระหว่างเดือนมกราคม - เดือนกันยายน ๒๕๖๕

๒.๑ ศึกษาข้อมูลจากตำรา งานวิจัย และปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ ระยะเวลาดำเนินการ เดือนมกราคม ถึงเดือนกุมภาพันธ์

๒.๒ ออกแบบและเขียนโครงร่างวิจัย ระยะเวลาดำเนินการ เดือนมกราคม - เดือนกุมภาพันธ์

๒.๓ เสนอโครงร่างวิจัยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ระยะเวลาดำเนินการ เดือนมีนาคม

๒.๔ ทดลอง/ศึกษาผลของโปรแกรมและเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาดำเนินการ เดือนมีนาคม - เดือนกันยายน

๒.๕ ตรวจสอบข้อมูลทั้งหมด วิเคราะห์ข้อมูลและอภิปรายผล ระยะเวลาดำเนินการ เดือนมีนาคม - เดือนกันยายน

๒.๖ สรุปผลและเผยแพร่งานวิจัย ระยะเวลาดำเนินการ เดือนกันยายน - เดือนธันวาคม

๓. ความรู้ ความชำนาญ หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานในฐานะพยาบาลวิชาชีพชำนาญการหัวหน้างานสุขภาพจิตและยาเสพติด ทำหน้าที่ปฏิบัติงานในฐานะหัวหน้างาน และได้รับการพัฒนาองค์ความรู้ ศึกษาต่อระดับปริญญาโท สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มีประสบการณ์ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกโดยวิธี กาย จิต สังคมบำบัด (Matrix Program) ประชุมเชิงปฏิบัติการการดำเนินการกลุ่มปัญญาสังคม ซึ่งใช้ในการติดตามผู้ผ่านการบำบัด ประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาศักยภาพเทคนิคการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด สำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านยาเสพติด ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรด้านยาเสพติดหลักสูตรบูรณาการทีมสหสาขาวิชาชีพด้านสาธารณสุข ในการบำบัดยาเสพติด (Case Management) อบรมเวชศาสตร์สารเสพติดสำหรับพยาบาล และอบรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจทั้งในด้านการเวชศาสตร์สารเสพติด ให้บริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด ทั้งยาบ้า ยาไอซ์ สุรา บุหรี่ ในทุกๆ ระบบของการบำบัด ได้แก่ การบำบัดรักษาแบบจิตสังคมบำบัดแบบประยุกต์ (Modified Matrix Program) ในคลินิกฟ้าใส โรงพยาบาลหนองม่วงไข่ ศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จังหวัดแพร่ การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดโดยการใช้มีส่วนร่วมของชุมชน (Community Based Treatment and Rehabilitation: CBTx) คลินิกลด ละ เลิกบุหรี่และสุรา รวมถึงงานอื่นๆ เช่นร่วมกำกับ แนะนำ ตรวจสอบการปฏิบัติงานของผู้ร่วมปฏิบัติงาน โดยใช้ความรู้ความสามารถ ประสบการณ์และความชำนาญสูงในด้านพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานที่ต้องตัดสินใจ หรือแก้ปัญหาที่ยาก รวมถึง ร่วมจัดบริการที่ครอบคลุมทุกมิติทั้งด้านรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน ควบคุมโรคและการฟื้นฟูสภาพ อย่างเป็นองค์รวมเบ็ดเสร็จแก่ประชาชนทุกกลุ่มวัย เพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและกลุ่มคนในชุมชน โดยผสมผสานศาสตร์ต่างๆ เช่น เศรษฐศาสตร์ สังคมศาสตร์ ภูมิศาสตร์และคำนึงถึงความต้องการด้านสุขภาพ สวัสดิการของชุมชน พัฒนาคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาลและในเครือข่ายบริการสาธารณสุข (รพ.สต.) เพื่อประกันคุณภาพ รวมทั้งแก้ไขปัญหาเชิงวิชาชีพเพื่อบริการพยาบาลที่มีคุณภาพแก่ผู้ป่วยทุกกลุ่มตลอดจนถึงศึกษาวิจัยและพัฒนาคุณภาพ งานสุขภาพจิตและยาเสพติด เป็นศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านงานสุขภาพจิตและยาเสพติดในโรงพยาบาล ประสานเชื่อมโยงกับเครือข่ายในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติดในพื้นที่ ซึ่งเป็นการปฏิบัติงานที่ต้องตัดสินใจหรือแก้ปัญหาที่ยากและปฏิบัติงานอื่นตามที่ได้รับมอบหมาย

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

หลักการและเหตุผล

ปัญหาเสพติดเป็นปัญหาสำคัญเป็นอย่างยิ่งในปัจจุบัน จัดเป็นปัญหาด้านความมั่นคงของประเทศที่ต้องได้รับการแก้ไข โดยชนิดของยาเสพติดที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นและแพร่ระบาดไปทั่วโลก คือ ยาเสพติดประเภทที่เป็นสารสังเคราะห์ซึ่งก็คือ ยาบ้า หรือเมทแอมเฟตามีนนั่นเอง โดยยาบ้า หรือแอมเฟตามีนเป็นยาเสพติดที่มีการแพร่ระบาดในประเทศไทยมากที่สุด ในปี พ.ศ.๒๕๖๔ มีการจับกุมคดียาเสพติดทั้งหมด ๓๓๗,๑๘๖ คดี ผู้ต้องหา ๓๕๐,๗๕๘ คน ของกลางยาบ้า ๕๕๔.๗ ล้านเม็ด ไอซ์ ๒๖,๖๒๐ กิโลกรัม คีตามีน ๑,๓๕๐ กิโลกรัม โคเคน ๔๕ กิโลกรัม เอกซ์ตาซี ๔๔๗,๒๓๑ เม็ด และกัญชา ๔๑,๕๗๓ กิโลกรัม (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม, ๒๕๖๔) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า ยาบ้าหรือแอมเฟตามีน ยังคงเป็นปัญหาอันดับหนึ่ง จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ทุกภาคส่วนต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการ เพื่อจัดปัญหาเสพติดให้หมดไปอย่างยั่งยืน

ประเทศไทยตระหนักถึงความสำคัญ จากภัยคุกคามของปัญหาเสพติด โดยกำหนดเป็นวาระแห่งชาติ และกำหนดให้มีแผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดปี เพื่อเร่งรัดแก้ไข ผนัระวัง ป้องกันและปราบปราม ตลอดจนการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดอย่างจริงจังและต่อเนื่อง (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด, ๒๕๕๙; ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กรมสุขภาพจิต, ๒๕๖๐) ปัญหาการใช้ยาเสพติด ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน ผู้ติดยาเสพติด จำเป็นต้องพึ่งพาเสพติดตลอดเวลาหรือเมื่อมีการเสกเกินขนาด ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ และผลกระทบตามมา เช่น การบกพร่องในการรู้คิด การหลงลืม การทำร้ายร่างกาย โรคซึมเศร้า การฆ่าตัวตาย เป็นต้น ซึ่งปัญหาดังกล่าวนับวันที่จะทวีความรุนแรงมากขึ้น ในขณะที่การป้องกันและรักษายังไม่ได้ตามเป้าหมาย

การบำบัดรักษาและฟื้นฟูในประเทศไทย แบ่งระบบการบำบัดรักษาออกเป็น ๓ ระบบ ได้แก่ ระบบสมัครใจ ระบบบังคับบำบัดและระบบต้องโทษ สถานการณ์ด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทย ปีงบประมาณ ๒๕๖๒-๒๕๖๔ มีผู้เข้ารับการบำบัดทุกระบบ จำนวน ๒๒๙,๖๘๐, ๑๙๐,๓๙๕ และ ๑๖๘,๕๖๙ ราย ตามลำดับ (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม, ๒๕๖๔) โดยยาเสพติดหลัก ที่ผู้ป่วยใช้ในการเสก ๓ อันดับแรก คือ ยาบ้า ไอซ์ กัญชา คิดเป็นร้อยละ ๗๘.๑๐, ๘.๐๗ และ ๔.๒๐ ตามลำดับ ในจังหวัดแพร่ สถานการณ์ด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด พบว่า ในปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔ มีผู้เข้ารับการบำบัดทุกระบบ จำนวน ๒,๑๘๕, ๒,๕๒๑ และ ๑,๘๘๔ รายตามลำดับ อัตราการไม่กลับไปเสกซ้ำต่อเนื่อง ๓ เดือนหลังจำหน่าย (Remission rate) คิดเป็นร้อยละ ๙๘.๙๓, ๙๘.๐๗ และ ๙๙.๐๗ ตามลำดับ ส่วนอัตราการคงอยู่ในการติดตามเมื่อครบ ๑ ปี (Retention Rate ติดตามครบ ๑ ปี) คิดเป็น ร้อยละ ๘๔.๖๗, ๘๓.๑๘, ๘๒.๑๐ ตามลำดับ โดยมากกว่าร้อยละ ๙๓.๕๐ ของผู้ที่เข้ารับการบำบัดฯ ในระบบบำบัดยาเสพติดพบว่ายาเสพติดที่ใช้เป็นยาเสพติดประเภทแอมเฟตามีน (ข้อมูลจากระบบ บสต. ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๔)

การบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดหลักในปัจจุบัน ใช้การบำบัดในรูปแบบ กาย จิต สังคมบำบัด หรือ Matrix Program เป็นการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกแบบเข้มข้น (The Matrix Intensive Outpatient Program - IOP) ที่สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้พัฒนาต่อยอดมาจาก รูปแบบการบำบัดรักษาจากการศึกษาวิจัยโดย Matrix Institute ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งผลจากการศึกษาวิจัยพบว่า เป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดหลายประเภท รวมถึงผู้เสกติดสารแอมเฟตามีนด้วย (สบ.ยช กรมการแพทย์, ๒๕๖๑) ใช้ระยะเวลาในการบำบัด ๔ เดือน หรือ ๑๖ สัปดาห์ โดยยึดหลักการปรับเปลี่ยนความคิดของผู้ป่วย ให้เข้าใจถูกต้อง โดยให้องค์ความรู้ต่างๆ ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับเรื่องการเปลี่ยนแปลงของสมอง หลังการเสกยา กระบวนการติดยาเสพติด และขั้นตอนต่างๆ ในการเลิกยาเสพติด นำสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงแผนการดำเนินชีวิตใหม่ที่ส่งเสริมให้มีคุณภาพที่ดีขึ้น โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญในโปรแกรม ได้แก่ ๑) การให้คำปรึกษารายบุคคล/ครอบครัว (Individual/Conjoint Session) ๒) กลุ่มฝึกทักษะการเลิกยาในระยะเริ่มต้น (Early Recovery Skills Group) ๓) กลุ่มป้องกันการกลับไปติดยาซ้ำ (Relapse Prevention Group) ๔) กลุ่มครอบครัวศึกษา (Family Education Group) ๕) กลุ่มสนับสนุนทางสังคม (Social Support Group) และ ๖) การตรวจปัสสาวะ (Urine Testing)

แรงจูงใจเป็นกระบวนการที่ช่วยขับเคลื่อนหรือผลักดันให้บุคคลแสดงพฤติกรรมต่างๆ เพื่อให้ได้มาซึ่งการบรรลุเป้าหมาย หรือผลลัพธ์ที่ต้องการ แนวคิดสำคัญของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ คือ การแก้ไขความลังเลใจและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง การที่บุคคลมีความเชื่อมั่นว่าตนมีความสามารถที่จะทำหรือปฏิบัติพฤติกรรมใดๆ จะนำไปสู่ผลลัพธ์หรือพฤติกรรมที่ต้องการ สามารถเผชิญกับสถานการณ์โดยไม่กลับไปมีพฤติกรรมเดิมอีก ผู้รับการบำบัดจึงมีความสามารถในการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น และมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น (Miller & Rollnick, ๑๙๙๕; Prochaska & DiClemente, ๑๙๘๒) โดยใช้หลักการเข้าใจในตัวผู้ป่วย ชี้ให้เห็นข้อจำกัดในการดำเนินชีวิต อันเนื่องมาจากการเสพติดฝิ่น หลีกเลี่ยงการโต้เถียงแต่ช่วยให้เผชิญความเป็นจริงที่นุ่มนวล เคลื่อนไปตามแรงต้าน โดยเคารพในความคิดเห็นและสนับสนุนให้เกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเอง และใช้ทักษะปฏิสัมพันธ์ ได้แก่ คำถามปลายเปิด การยืนยันรับรองการฟังอย่างสะท้อนคิด และการสรุปความ (Miller & Rollnick, ๑๙๙๕) การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจจึงเป็นทางเลือกสำคัญในการช่วยผู้รับบริการมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้สำเร็จ

การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy: MET) มิลเลอร์ (Miller, ๑๙๙๕) ให้ความหมายของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจว่า เป็นการบำบัดอย่างเป็นระบบเพื่อกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโดยใช้หลักการทางจิตวิทยาการเสริมสร้างแรงจูงใจ และเป็นรูปแบบของการบำบัดที่สามารถใช้ได้ผลอย่างรวดเร็วต่อการเปลี่ยนแปลงแรงจูงใจภายใน ซึ่งระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดจะใช้เวลาอย่างน้อย ๑๕ นาทีถึง ๑ ชั่วโมง เหมาะสำหรับผู้มีปัญหาเกี่ยวกับสารเสพติด เนื่องจากผู้ติดสารเสพติดมักจะกลับไปใช้ซ้ำเพราะขาดความตั้งใจ ไม่ยอมให้ความร่วมมือในการรักษา การหวนกลับไปใช้ซ้ำอีก รวมทั้งการแก้ปัญหาในชีวิตที่ไม่สามารถแก้ไขได้ การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจจะช่วยให้ผู้ติดแอมเฟตามีน มีกำลังใจในการเลิกเสพยา นอกจากนั้นการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจยังนำหลักการของการเพิ่มแรงจูงใจมาใช้ (Miller & Rollnick, ๑๙๙๕) มีเทคนิคที่สำคัญ ๖ ขั้นตอนตามคำย่อที่เรียกว่า เฟรม (FRAMES) ได้แก่ ๑) การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (feedback) เกี่ยวกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในการเสพติด ๒) เน้นให้มีความรับผิดชอบ (responsibility) ต่อตนเองในการเปลี่ยนแปลงและมีความอิสระในการเลือกตัดสินใจ ๓) ให้คำแนะนำ (advice) และให้ข้อเท็จจริงในการเลิกเสพยา ๔) เสนอทางเลือกในการปฏิบัติ (menu) เพื่อเปลี่ยนพฤติกรรมเสพติด ๕) โดยช่วยให้ผู้ติดแอมเฟตามีนกำหนดเป้าหมายในการเลิกเสพยา ๕) ความเห็นอกเห็นใจ (empathy) โดยรับฟังสะท้อนความรู้สึกถึงความเข้าใจผู้ติดแอมเฟตามีน ช่วยค้นหาสาเหตุว่าทำไมต้องมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสพติดของตนเอง และ ๖) เชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (self-efficacy) เพื่อให้ผู้ติดแอมเฟตามีนเชื่อมั่นในความสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง

การศึกษาของ อับดุลคอลิก อรรอฮิมียะและคณะ (๒๕๖๔) ซึ่งศึกษารูปแบบการป้องกันตนเองในการใช้สารเสพติดซ้ำของผู้ติดสารเสพติดในพื้นที่จังหวัดปัตตานี กรณีศึกษาผู้เข้ารับการบำบัดรักษาเสพติดในศูนย์บำบัดบ้านแสนสุขและสถาบันปอเนาะพัฒนาเยาวชน พบว่าสาเหตุจากการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำของผู้ที่ผ่านการบำบัดรักษาอาการติดสารเสพติดในพื้นที่จังหวัดปัตตานี ผลการวิจัยพบว่า ๑) ขาดความเข้มแข็งด้านจิตใจในการต่อต้านความรู้สึกอยากไปใช้สารเสพติดซ้ำ ๒) ผู้ปกครองและครอบครัวเล็งดูในลักษณะปล่อยปละละเลยไม่ใส่ใจต่อบุตรหลาน ๓) ขาดทักษะในการปฏิเสธในการชักชวนจากเพื่อน ที่ยังใช้สารเสพติดอยู่

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ซึ่งเกิดจากความเกรงใจเพื่อน และคิดว่าตนเองสามารถควบคุมตนเองได้ ๔) ขาดกิจกรรมหรืออาชีพหลักและอาชีพเสริม ๕) ไม่ต้องการเลิกใช้สารเสพติดด้วยใจจริง ๖) ปัจจัยกระตุ้นให้ผู้ผ่านการบำบัดอาการติดสารเสพติดกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำล้วนเกิดจากสาเหตุและปัจจัยต่างๆ ปัจจัยภายในเมื่อเกิดความเบื่อหน่าย ความเหงา ความเครียด การขาดความหวังในชีวิต ส่วนปัจจัยภายนอก เช่น การพบเพื่อน ปัญหาในครอบครัว การสื่อสารของผู้ปกครอง สถานที่ในชุมชนที่คุ้นเคยกับการใช้สารเสพติด การไม่ได้รับการยอมรับความไว้วางใจจากผู้ปกครองและสมาชิกในชุมชน

การศึกษาค้นคว้าของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มผู้เสพยาเสพติดของพยาบาลชุมชน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ดของสุระ สุพรหมอินทร์ (๒๕๖๓) ผลการศึกษา พบว่าหลังทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเพิ่มขึ้นเท่ากับ ๑๖.๘๘ คะแนนทั้งนี้ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มผู้เสพยาเสพติดของพยาบาลชุมชนอำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด โดยการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ได้มีกระบวนการเรียนรู้และจากการบรรยาย ได้ประยุกต์ใช้โดยได้นำทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์และกระบวนการพยาบาล มาประกอบใช้ในกระบวนการเรียนรู้ โดยใช้วิธีการเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ได้ผลดี ได้แก่การสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลผู้บำบัดและทีมวิทยากรกับผู้ป่วยยาเสพติด ได้เตรียมความพร้อม ทบทวนและทำให้ผู้ป่วยยาเสพติดเข้าใจความคิด ความเชื่อที่มีผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมให้เกิดความมั่นใจที่จะร่วมมือในการบำบัดรักษา จัดและแก้ไขความลังเลใจที่จะเป็นอุปสรรคต่อความร่วมมือในการบำบัดรักษาดังกล่าว จึงมีความเหมาะสมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดทำให้กลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดตัดสินใจได้ว่าจะต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการหยุดใช้ยา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ก้องเกียรติ อุเต็น, จิรภัทร ประเสริฐศักดิ์ และวุฒิไกร จันทรังสี (๒๕๖๒) ที่ศึกษาผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อแรงจูงใจภายในตนเองและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีน ผลการศึกษาค้นคว้าในการติดตามผล ๔ สัปดาห์ และ ๑๒ สัปดาห์ พบร้อยละของผู้กลับไปเสพซ้ำของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม สะท้อนถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการกลับไปเสพซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีนนั้น สามารถทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีนมีแรงจูงใจภายในเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น และสามารถหยุดพฤติกรรมการใช้ยาได้

จากการศึกษาของภัชชนก รัตนกรปริดาและสุชาดา ภัยหลีกส์ (๒๕๖๑) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาในสถานบริการสุขภาพของรัฐ ในจังหวัดสงขลา พบว่าในผู้ใช้ยาเสพติดมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตมากที่สุดในมิติด้านสมรรถภาพทางกาย ส่วนมิติที่มีค่าน้อยที่สุด คือ มิติด้านกิจกรรมทางสังคม และมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าประชาชนทั่วไปเกือบทุกด้าน ยกเว้นในมิติด้านสมรรถภาพทางกาย เพื่อให้ผู้ติดยาเสพติดหลังกระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ สามารถกลับคืนสู่สังคมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นนั้น จึงเป็นประเด็นปัญหาที่ทำนายของทีมสุขภาพ ว่าควรมีการออกแบบกลวิธีพัฒนามาตรการ กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติด รวมถึงคุณภาพชีวิตในด้านต่างๆ ให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการเฉพาะบุคคล สามารถดำเนินชีวิตด้วยการพึ่งตนเองได้ เพิ่มศักยภาพให้สามารถเผชิญกับปัญหา อุปสรรคต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต ไม่กลับไปเป็นผู้ติดยาเสพติดอีก และให้ครอบคลุมคุณภาพชีวิตด้านต่างๆ (WHO, ๑๙๙๗; เสาดาทหอ โสดาติสและคณะ, ๒๕๕๒) จากการศึกษาของจิรฉัตร ถิ่นไพโรจน์ และนภาพร ทิรัณวิวัฒน์กุล (๒๕๖๑) เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดก่อนและหลังการเข้ารับการบำบัดในโปรแกรมเมทริกซ์ โดยใช้เครื่องมือขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังเข้ารับการบำบัดในโปรแกรมเมทริกซ์ ดีขึ้นกว่าก่อนเข้ารับการบำบัดในโปรแกรมเมทริกซ์ ทั้ง ๔ ด้าน คือด้านสุขภาพทางกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

จากข้อมูลดังกล่าว สะท้อนให้เห็นว่า รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในปัจจุบันให้ผลลัพธ์ที่ดีของการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดได้ในระดับหนึ่งเท่านั้น ยังไม่มีรูปแบบการบำบัดทางด้านจิตสังคมใดที่มีประสิทธิภาพที่สุด ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดให้มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นสิ่งที่จำเป็น ซึ่งหนึ่งในวิธีการหรือรูปแบบ การบำบัดทางด้านจิตสังคมที่กำลังเป็นที่สนใจและนิยม คือ การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational enhancement theory [MET]) ที่เน้นการใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (motivation interviewing [MI]) โดยใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (client-centered) และมีส่วนร่วมหรือรับผิดชอบในการบำบัดรักษา มีรายงานผลการศึกษพบว่า การบำบัดแบบ MET ให้ผลลัพธ์ที่ดีอย่างมีนัยสำคัญและไม่แตกต่างจากวิธีมาตรฐานอื่นๆ เช่น Cognitive behavioral theory [CBT], Twelve steps facilitation [TSF], Brief intervention [BI] การศึกษาผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อคุณภาพชีวิตในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ติดยาเสพติดครั้งนี้ จึงเป็นประโยชน์ในการได้รูปแบบการบำบัดทางการพยาบาลสำหรับผู้เข้ารับการบำบัด มีประสิทธิภาพต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเสพซ้ำของผู้ติดยาเสพติด เนื่องจากมุ่งเน้นในการแก้ไขความลังเลใจและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Miller & Rollnick, ๑๙๙๕) หากได้ผลดีจะเป็นอีกทางเลือกของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ติดยาเสพติด เพื่อลดผลกระทบที่เกิดขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

โรงพยาบาลหนองม่วงไข่เป็นโรงพยาบาลขนาด ๓๐ เตียง ได้ขึ้นทะเบียนเป็นสถานบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติด ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. ๒๕๒๒ ให้บริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดทุกขั้นตอน จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น พบว่า ยาเสพติดยังคงเป็นปัญหาในอำเภอหนองม่วงไข่อย่างต่อเนื่อง จากการทบทวนสถิติการดำเนินงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพงานยาเสพติดโรงพยาบาลหนองม่วงไข่ พบว่า ในปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔ พบว่ามีผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัดมากที่สุดเมื่อเทียบกับสารเสพติดชนิดอื่นๆ คิดเป็น ร้อยละ ๙๘.๑๕, ๙๖.๑๐ และ ๑๐๐ ตามลำดับ จากผลการดำเนินงานด้านการบำบัดที่ผ่านมา พบว่า ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดฟื้นฟูตามเกณฑ์ที่กำหนด ในปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔ คิดเป็นร้อยละ ๙๕.๔๗, ๘๗.๓๗ และ ๗๑.๔๑ ตามลำดับ โดยมีผู้ป่วยเริ่มการบำบัดใหม่/ปรับแผนการบำบัด เนื่องจากกลับไปเสพซ้ำใน ปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔ คิดเป็นร้อยละ ๗.๔๐, ๘.๖๒ และ ๔.๕๕ ตามลำดับ และจากการทบทวนของการไม่กลับไปเสพซ้ำต่อเนื่อง ๓ เดือนหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษาครบโปรแกรม (remission rate) ปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔ คิดเป็นร้อยละ ๙๘.๔๙, ๙๖.๔๕ และ ๙๗.๑๗ ตามลำดับ ส่วนอัตราการคงอยู่ในการติดตามเมื่อครบ ๑ ปี (Retention Rate ติดตามครบ ๑ ปี) คิดเป็นร้อยละ ๙๗.๗๙, ๙๘.๒๙ และ ๙๘.๑๕ ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า มีผู้ป่วยส่งตัวคืนสำนักงานคุมประพฤติในปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔ คิดเป็นร้อยละ ๑.๘๕, ๙.๗๖ และ ๒๕.๔๕ ตามลำดับ ซึ่งมีอัตราสูงขึ้นเรื่อยๆ และในปี ๒๕๖๔ พบว่าบางรายมีอาการทางจิตจากแอมเฟตามีน

จากการทบทวนวรรณกรรมยังมีงานวิจัยค่อนข้างน้อย การศึกษาในผู้ป่วยยาเสพติดยังมีค่อนข้างจำกัด ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อคุณภาพชีวิตในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ติดยาเสพติด เพื่อให้ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาครบตามโปรแกรมและสามารถพัฒนาศักยภาพตนเองในการแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ไม่หวนกลับไปติดยาเสพติดซ้ำ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อคุณภาพชีวิตในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ติดยาเสพติด

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

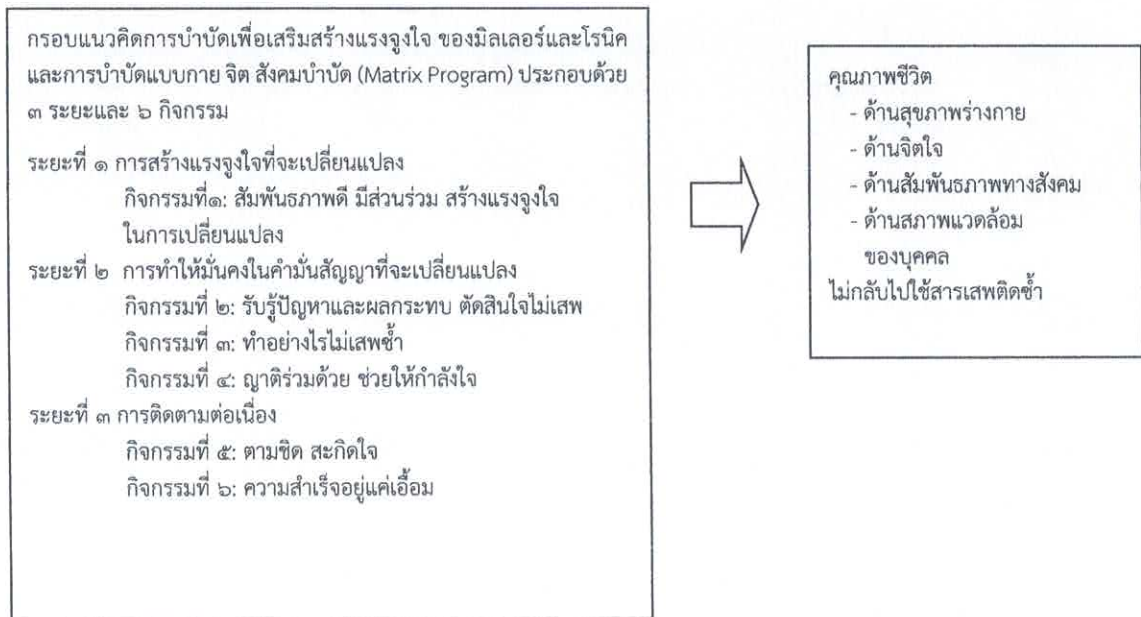
คำถามของการวิจัย

การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ติดแอมเฟตามีนได้จริงหรือไม่

สมมติฐานการวิจัย

๑. ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย



ขอบเขตงานวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง ระยะติดตาม ๑๒ สัปดาห์ โดยศึกษาในผู้ติดสารแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดในคลินิกยาเสพติดโรงพยาบาลหนองม่วงไข่ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรรวม โรงพยาบาลหนองม่วงไข่ จำนวน ๖๐ คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ ๓๐ คน โดยศึกษาระหว่างเดือน มีนาคม-กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๕ ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยกำหนดให้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่มีความคล้ายคลึงกันด้าน เพศ อายุ การศึกษา ระยะเวลาในการใช้สารแอมเฟตามีน ใช้วิธีการจับคู่ จำนวน ๖๐ คน แบ่งเป็น ๒ กลุ่ม โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง ๓๐ คน และกลุ่มควบคุม ๓๐ คน แบ่งชั้นกลุ่มตัวอย่างด้วย เพศ อายุ การศึกษา และระยะเวลาในการใช้สารแอมเฟตามีน โดยมีการกำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างดังนี้

รูปแบบและวิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) เพื่อศึกษาผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อคุณภาพชีวิตในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้เสพยาแอมเฟตามีน โดยศึกษาวิเคราะห์คุณภาพชีวิตและการกลับไปเสพซ้ำ ของผู้ติดสารแอมเฟตามีนก่อนและหลังทดลอง และระยะเวลาคิดตาม ๑๒ สัปดาห์ เป็นการศึกษาโดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น ๒ กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

กลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการบำบัดตามปกติ และกลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือผู้ติดสารแอมเฟตามีน ที่เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพรูปแบบปกติในโรงพยาบาลหนองม่วงไข่ อำเภอหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่ ระหว่างเดือนมีนาคม-กันยายน ๒๕๖๕ จำนวน ๖๐ คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือผู้เสพยาเสพติดแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพรูปแบบปกติในโรงพยาบาลหนองม่วงไข่ ที่เข้ารับการบำบัด ระหว่างเดือนมีนาคม-มิถุนายน ๒๕๖๕ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดให้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่มีความคล้ายคลึงกันด้าน เพศ อายุ การศึกษา ระยะเวลาในการใช้สารแอมเฟตามีน ใช้วิธีการจับคู่ (matched-paired) จำนวน ๖๐ คน แบ่งเป็น ๒ กลุ่ม โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง ๓๐ คนและกลุ่มควบคุม ๓๐ คน แบ่งชั้น (stratify) กลุ่มตัวอย่างด้วยเพศ อายุ การศึกษา และระยะเวลาในการใช้สารแอมเฟตามีน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีรายละเอียดดังนี้

๑. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น ๒ ตอน ดังนี้

๑.๑ ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ สถานภาพการสมรส การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาในการใช้สารเสพติด สาเหตุของการเสพยาแอมเฟตามีน และจำนวนครั้งที่เคยเข้ารับการบำบัด

๑.๒ แบบวัดคุณภาพชีวิต เป็นแบบวัดที่นำมาจากเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย ฉบับย่อ จำนวน ๒๖ ข้อ (WHOQOL – BREF – THAI) ของกรมสุขภาพจิต ซึ่งสุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุลและคณะ (๒๕๔๐) ได้แปลและปรับปรุง การนำมาใช้โดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิมาแล้วและผู้วิจัยไม่ได้ดัดแปลงหรือแก้ไขใดๆ จึงไม่ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ

๒. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองครั้งนี้คือ คือโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ติดแอมเฟตามีน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ดังต่อไปนี้

๑. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ โดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

๒. คะแนนคุณภาพชีวิต ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ โดยหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

๓. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ติดแอมเฟตามีนที่ ได้รับการบำบัดแบบปกติร่วมกับโปรแกรมบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และการติดตามผล ๑๒ สัปดาห์ โดยใช้สถิติ One-way repeated measures ANOVA

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ติดแอมเฟตามีนระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบปกติร่วมกับโปรแกรมบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ และกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ๑๒ สัปดาห์ ใช้การวิเคราะห์ Repeated Measure ANOVA และทำการทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Tukey

๕. วิเคราะห์จำนวนผู้ป่วยที่กลับมาเสพยา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้สถิติ Fisher's exact test

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity)

- เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัดคุณภาพชีวิต มีการนำมาใช้โดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิมาแล้วและผู้วิจัยไม่ได้ดัดแปลงหรือแก้ไขใดๆ จึงไม่ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ

- โปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ติดแอมเฟตามีน ที่ผู้วิจัยดัดแปลงนำไปตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน ๓ ท่าน ประกอบด้วยจิตแพทย์ จำนวน ๑ ท่าน และพยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางสาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช จำนวน ๒ ท่านซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .๘๐ ขึ้นไป (Davis, ๑๙๘๒, อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตนรากุล, ๒๕๕๔) ผลการคำนวณหาดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ ๑.๐๐

การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability)

โปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ติดแอมเฟตามีน หลังจากที่ผ่านมาการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งสามท่านแล้ว ผู้วิจัยจะนำโปรแกรมที่ได้รับการแก้ไขอย่างสมบูรณ์แล้วไปทดลองใช้กับผู้ติดแอมเฟตามีนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่ใช่ตัวอย่างเดียวกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน ๓ คน ดำเนินการทดลองจนครบทั้ง ๓ ระยะ ๖ กิจกรรม

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ตามหนังสือรับรองเลขที่ ๐๑๐/๒๕๖๕ ซึ่งในกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ ได้คำนึงถึงศักดิ์ศรีและคุณค่าของความเป็นมนุษย์ และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นในกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยขอความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยและตอบแบบสอบถาม

ขั้นตอนการดำเนินการ

๑. เสนอหนังสือผ่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองม่วงไข่ ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแพร่ เพื่อขอรับการอนุมัติพิจารณารับรองจริยธรรม

๒. เสนอหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองม่วงไข่ ในการขออนุญาตศึกษาวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังได้รับการอนุมัติการพิจารณารับรองจริยธรรมแล้ว

๓. ผู้วิจัย รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการทางสถิติ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ผลสำเร็จเชิงปริมาณ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อคุณภาพชีวิตในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ติดแอมเฟตามีน จำนวน ๖๐ ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง ๓๐ ราย กลุ่มควบคุม ๓๐ ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการบำบัดตามปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดตามปกติ

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีช่วงอายุ ๓๖-๔๐ ปี และ ๔๑ ปีขึ้นไป ร้อยละ ๓๐.๐๐ และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีช่วงอายุ ๓๖-๔๐ ปี ร้อยละ ๒๖.๖๗ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ ๙๐.๐๐ และเพศหญิง ร้อยละ ๑๐.๐๐ เท่ากันทั้งสองกลุ่ม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ ๗๖.๖๗ และ ๗๐.๐๐ ตามลำดับ มีสถานภาพโสดมากที่สุด ร้อยละ ๔๖.๖๗ และ ๖๐.๐๐ ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ ๑๐๐.๐๐ เท่ากันทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ ๕๖.๖๗ และ ๕๐.๐๐ ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีรายได้ ร้อยละ ๙๓.๓๓ และ ๙๐.๐๐ ตามลำดับ มีรายได้เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย ร้อยละ ๗๘.๕๗ และ ๖๖.๖๗ ตามลำดับ ส่วนใหญ่ใช้สารเสพติดมาไม่เกิน ๕ ปี ร้อยละ ๔๖.๖๗ และ ๕๓.๓๓ ตามลำดับ สาเหตุของการเสพสารแอมเฟตามีนเกิดจากเพื่อนชักชวนมากที่สุด ร้อยละ ๔๐.๐๐ และ ๔๓.๓๓ ตามลำดับ และส่วนใหญ่เคยเข้ารับการบำบัด ๑ ครั้ง ร้อยละ ๕๓.๓๓ และ ๔๖.๖๗ ตามลำดับ

ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ในภาพรวมคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลองต่ำกว่าระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล ๑๒ สัปดาห์ คือ ๘๕.๕๐, ๙๓.๖๓ และ ๙๘.๕๓ ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่าระยะก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล ๑๒ สัปดาห์ คือ ๘๙.๐๓, ๙๓.๘๐ และ ๙๖.๐๐ ตามลำดับ และเมื่อแยกเป็นรายด้านพบว่า

๑. ด้านสุขภาพร่างกาย

พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลองต่ำกว่าระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล ๑๒ สัปดาห์ คือ ๒๓.๕๗, ๒๕.๒๐ และ ๒๖.๐๐ ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่า ระยะก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล ๑๒ สัปดาห์ คือ ๒๔.๖๐, ๒๕.๔๗ และ ๒๖.๒๐ ตามลำดับ

๒. ด้านจิตใจ

พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลองต่ำกว่าระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล ๑๒ สัปดาห์ คือ ๒๐.๖๓, ๒๒.๐๐ และ ๒๒.๖๐ ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า ระยะก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล ๑๒ สัปดาห์ คือ ๒๐.๓๐, ๒๑.๖๓ และ ๒๑.๗๓ ตามลำดับ

๓. สัมพันธภาพทางสังคม

พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลองต่ำกว่าระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล ๑๒ สัปดาห์ คือ ๙.๙๓, ๑๐.๕๗ และ ๑๑.๓๓ ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า ระยะก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล ๑๒ สัปดาห์ คือ ๑๐.๒๓, ๑๐.๙๓ และ ๑๑.๓๓ ตามลำดับ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. ด้านสิ่งแวดล้อม

พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลองต่ำกว่าระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ๑๒ สัปดาห์ คือ ๒๔.๙๗, ๒๘.๕๐ และ ๓๐.๖๓ ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า ระยะก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล ๑๒ สัปดาห์ คือ ๒๖.๙๗, ๒๘.๓๗ และ ๒๘.๙๗ ตามลำดับ

เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ๑๒ สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในส่วนของกลุ่มควบคุมพบว่า มีเพียงระยะก่อนการทดลองและระยะติดตามผล ๑๒ สัปดาห์ที่คะแนนคุณภาพชีวิต แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ($p > 0.05$) ซึ่งมีความเหมาะสมในการเปรียบเทียบผลของวิธีการบำบัดเพราะถือว่าเริ่มต้นทั้ง ๒ กลุ่ม มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน และในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ๑๒ สัปดาห์ พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) แสดงให้เห็นว่าวิธีการบำบัดทั้งสองวิธีมีผลทำให้คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต เพิ่มขึ้นไม่แตกต่างกัน

การกลับไปเสพซ้ำเมื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่กลับไปเสพซ้ำระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล ๑๒ สัปดาห์ ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่กลับไปเสพซ้ำ ในระยะหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบ Fisher's Exact Test พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ส่วนในระยะติดตาม ๑๒ สัปดาห์ พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่กลับไปเสพซ้ำไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายมีจำนวนน้อยทำให้สัดส่วนของการกลับไปเสพซ้ำทั้ง ๒ กลุ่มไม่ต่างกัน แต่เมื่อคิดจากร้อยละของการกลับไปเสพซ้ำพบว่ามี ความแตกต่างกันดังนี้ ในกลุ่มทดลองมีผู้ป่วยที่กลับไปเสพซ้ำจำนวน ๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๓.๓๓ และกลุ่มควบคุมมีผู้ป่วยกลับไปเสพซ้ำจำนวน ๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๓.๓๓

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

การนำไปใช้ประโยชน์

๑. ใช้เป็นแนวทางเพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้บำบัด และเพื่อเป็นการต่อยอดในการพัฒนาคุณภาพงานวิจัย ในประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องต่อไป

๒. การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อคุณภาพชีวิตในการ ป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ติดยาเสพติด หากผู้ผ่านการบำบัดมีแรงจูงใจมากเท่าใดก็จะส่งผลต่อการป้องกันการ กลับไปเสพซ้ำมากขึ้นเท่านั้น ผลการวิจัยดังกล่าวสามารถใช้เป็นสารสนเทศ เพื่อให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกระดับ นำไปประยุกต์ใช้ หรือเพื่อนำไปเป็นแผนในการพัฒนาต่อยอดในการวิจัยครั้งต่อไป

ผลกระทบ

๑. กลุ่มตัวอย่างอาจกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำได้ เนื่องจาก ผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมปัจจัยภายนอกที่เป็นตัวกระตุ้นต่อพฤติกรรม การเสพยาเสพติดซ้ำของกลุ่มตัวอย่างได้

๗. ความยั่งยืนและข้ออื่นในการดำเนินการ

ตามพระราชบัญญัติประมวลกฎหมายยาเสพติดใหม่ พ.ศ. ๒๕๖๔ ซึ่งประกาศใช้เมื่อ เดือนธันวาคม ๒๕๖๕ จากแนวความคิดการแก้ปัญหา ยาเสพติด โดยการบังคับใช้กฎหมายเป็นการใช้สาธารณสุขนำในการแก้ไขปัญหา

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การให้ภาคีเครือข่ายกำหนดให้มีมาตรการทางเลือกกับผู้เสพยาเสพติด เพื่อนำผู้เสพเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา แทนการลงโทษ หรือดำเนินคดี เช่น การนำมาตรการการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) รวมถึงการพัฒนาทางเลือก (Alternative development) มาปรับใช้ เพื่อให้การแก้ไขปัญหายาเสพติดเป็นไปอย่างยั่งยืน ในด้านการบำบัดรักษา รวมถึงการคัดกรอง และการติดตาม มีกระทรวงสาธารณสุข เป็นกลไกหลัก ในการดูแลผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด ผู้เสพคือ ผู้ป่วยสมัครใจเข้ารับการบำบัด ซึ่งการประสานศูนย์ปฏิบัติการป้องกัน และปราบปรามยาเสพติดอำเภอหนองม่วงไข่ (ศป.ปส.อ.) ในการนำกลุ่มเป้าหมายเข้าสู่ศูนย์คัดกรอง เพื่อนำเข้าสู่กระบวนการรักษา และบางส่วนถูกส่งตัวมาจากศาลและสำนักงานคุมประพฤติตลอดจนถึงขั้นตอนการติดตาม หลังการบำบัดครบโปรแกรม พบว่าช่องทางการติดตามกลุ่มเป้าหมายและญาติ ในระยะการติดตามต่อเนื่อง โดยการติดตามทางโทรศัพท์ ไม่เป็นไปตามเงื่อนไขหรือระยะเวลาที่กำหนดและตกลงกันไว้ เนื่องจากญาติบางคนติดภารกิจสำคัญดำเนินการแก้ไข โดยร่วมตกลงปรับเวลาระหว่างผู้วิจัย และกลุ่มเป้าหมายให้เกิดความเหมาะสม ผลที่ได้รับทำให้กลุ่มเป้าหมายได้รับการติดตามตามเกณฑ์ ทันตามเวลาที่กำหนด

นอกจากนี้ยังพบว่ามีความยุ่งยากในกลุ่มเป้าหมาย บางคนไม่สามารถเข้ารับการบำบัดในช่วงเวลาที่กำหนดไว้ในโปรแกรมเนื่องจากติดภาระงาน/ป่วย ซึ่งได้แก้ไขโดยการปรับเวลาตามความพร้อมของกลุ่มเป้าหมาย บางราย และให้การบำบัดเป็นรายบุคคล (individual) แทน ทำให้กลุ่มเป้าหมายได้รับการบำบัดครบตามเกณฑ์ ตามเวลาที่กำหนด

ส่วนกลุ่มเป้าหมายบางคนติดค้างคดีเดิมของสำนักงานคุมประพฤติ มาหลายปี แต่เนื่องจากเป็นระยะเปลี่ยนผ่านพระราชบัญญัติประมวลกฎหมายยาเสพติดใหม่ พ.ศ.๒๕๖๔ ทำให้คดีถูกกลับมาทำใหม่ ต้องปรับแผนการรักษา ไม่สามารถเข้ารับการบำบัดครบตามเกณฑ์ได้ ได้แก้ไขโดยเปลี่ยนกลุ่มเป้าหมายที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด มาแทน ทำให้กลุ่มเป้าหมายเป็นไปตามที่กำหนด

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

เนื่องจากเป็นระยะเปลี่ยนผ่านนโยบายการแก้ไขปัญหายาเสพติด ตามพระราชบัญญัติประมวลกฎหมายยาเสพติดใหม่ ซึ่งมีผลบังคับใช้ เมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาให้เร็วขึ้น จนทำให้มีผู้ป่วยในระบบสมัครใจเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้ความเข้าใจระบบและแนวทางปฏิบัติในช่วงเปลี่ยนผ่านกับหน่วยงานภายนอก เช่น ศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดอำเภอหนองม่วงไข่ (ศป.ปส.อ.)/สำนักงานคุมประพฤติ/ศาล ในการนำกลุ่มเป้าหมายเข้าสู่การคัดกรองและกระบวนการบำบัดรักษา ไม่ถูกต้อง ผิดขั้นตอน ความสมบูรณ์ของระบบข้อมูลเวชระเบียนลดลง ได้แก้ไขโดยการประสานงานกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายข้างต้นเพิ่มขึ้น หลายช่องทางทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ทำให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงบริการด้านการบำบัดได้เร็วขึ้น มีความสมบูรณ์ ความทันเวลาของระบบข้อมูลเพิ่มขึ้น

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ ผู้ป่วยควรได้รับการติดตามต่อเนื่องในลักษณะการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชนอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ผู้ติดยาเสพติดเกิดความมั่นใจ เกิดแรงจูงใจในการเลิกยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเกิดจากการยอมรับของชุมชน สังคม และเครือข่ายในชุมชน

๙.๒ เพิ่มเครือข่ายในการการ ติดตาม ดูแลช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้รับการติดตามอย่างครอบคลุมและทั่วถึง เปิดโอกาสให้ผู้ผ่านการบำบัดมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน

๙.๓ ควรมีการ ติดตามและประเมินผลหลังจากผ่านการบำบัดครบโปรแกรม โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อป้องกันการกลับไปเสพยา เป็นระยะๆ ต่อเนื่องอย่างน้อย ๖ เดือน ถึง ๑ ปี

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

เผยแพร่ในวารสารอิเล็กทรอนิกส์ของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดแพร่ วารสารสาธารณสุขแพร่ เพื่อการพัฒนา ปีที่ ๒ ฉบับที่ ๒ ประจำเดือนกรกฎาคม-ธันวาคม ๒๕๖๕ ชื่อบทความวิจัยเรื่อง “ผลของการบำบัด เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อคุณภาพชีวิตในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ติดแอมเฟตามีน” จำนวน ๑๕ ตั้งแต่ หน้า ๑๑-๒๕ เผยแพร่ทางเว็บไซต์ www.thaidj.org และ เว็บไซต์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ www.pro.moph.go.th

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ผู้ขอรับการประเมินเป็นผู้ดำเนินการทั้งหมด ร้อยละ ๑๐๐

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 
(นางวัชลี อินตะสงค์) ผู้ขอประเมิน
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
(วันที่) ๓๐ พ.ค. ๒๕๖๖

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 
(นายปิยะพงษ์ ทองเพชร)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม)
รักษาการในตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองม่วงไข่
ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 
(นายชนร วินัยพานิช)
(...นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแพร่...)
(ตำแหน่ง)
(วันที่)/...../.....
ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป อีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลเดียวกัน ก็ให้คำรับรองหนึ่งระดับได้

ข้อเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง พัฒนาระบบการดำเนินงานติดตาม ดูแล ช่วยเหลือและฟื้นฟูสภาพทางสังคมของผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชน อำเภอหนองม่วงไข่

๒. หลักการและเหตุผล

แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. ๒๕๖๕ ของประเทศไทย มุ่งเน้นการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ภายใต้แผนปฏิบัติการด้านป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. ๒๕๖๓ - ๒๕๖๕ ซึ่งเป็นแผนชี้นำการขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหายาเสพติด และลดระดับของปัญหาของการแก้ไขปัญหายาเสพติด ให้ได้อย่างน้อย ร้อยละ ๕๐ ภายใน ๓ ปี และลดระดับของปัญหา จนไม่ส่งผลกระทบต่อการบริหารประเทศภายในปี พ.ศ. ๒๕๘๐ โดยมาตรการด้านการบำบัดรักษายาเสพติด ยังคงเป็นมาตรการหลักสำคัญ ในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ทั้งระบบการค้นหา คัดกรอง ผู้เสพเข้ารับการบำบัดอย่างเหมาะสม การติดตาม ดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยเครือข่ายในชุมชน การพัฒนาศักยภาพครอบครัว เพื่อลดผลกระทบที่เกิดจากปัญหายาเสพติดในสังคม เสริมสร้างความมั่นคงปลอดภัย และคุณภาพชีวิตที่ดี

สถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดยังคงมีแนวโน้มแพร่ระบาดมากขึ้น ตามการขับเคลื่อนของ อุปทาน (Supply) ของการผลิตยาเสพติดนอกประเทศ จากปริมาณยาเสพติดที่มีการลักลอบนำเข้าเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ยาเสพติดกระจายไปยังพื้นที่ต่างๆ ของประเทศ และด้วยกลยุทธการค้าของกลุ่มนักค้ายาเสพติดที่ทำให้ยาเสพติด มีราคาที่ถูกกลง ส่งผลให้เกิดการกระตุ้นการใช้ยาเสพติดที่เพิ่มขึ้น ผู้เสพรายใหม่เข้าสู่วงจรยาเสพติดมากขึ้น จากข้อมูลผู้เข้าบำบัดรักษาที่เข้าสู่ระบบจะพบสัดส่วนผู้เสพรายใหม่ถึงร้อยละ ๗๐.๓๔ ไม่นับรวมผู้เสพจำนวนมากที่ยังไม่เข้าสู่ระบบการบำบัดรักษา หลบซ่อน ไม่แสดงตัว จนเกิดภาวะการเสพติดซ้ำ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่ออาการทางจิตเวช ข้อมูลจากระบบการบำบัดรักษายาเสพติด (บสด.) ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติด ๑๕๕,๕๐๐ ราย เมื่อพิจารณาจากกลุ่มอายุของผู้เข้าบำบัดทั้งหมด ส่วนใหญ่พบในกลุ่มอายุ ๒๐ - ๓๙ ปี ผู้เข้าบำบัดรักษาส่วนใหญ่เป็นผู้เสพ ร้อยละ ๖๓.๖๑ รองลงมาคือ ผู้ติดยา ร้อยละ ๓๑.๙๙ และผู้ใช้ ร้อยละ ๔.๔๐ ยาเสพติดที่มีการแพร่ระบาดมากที่สุด คือ ยาบ้า (ร้อยละ ๗๙.๒) รองลงมาคือ ไอซ์ (ร้อยละ ๘.๓) กัญชา (ร้อยละ ๔.๔) และเฮโรอีน (ร้อยละ ๓.๓) นอกจากนี้ยังเริ่มพบการใช้ยาเสพติดและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทแบบผสมหลายชนิด (Drugs Cocktail) ในกลุ่มเด็กและเยาวชน

สถานการณ์ด้านการบำบัดในพื้นที่อำเภอหนองม่วงไข่ ในปี ๒๕๖๔ มีผู้เสพ/ผู้ติดยาที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติด จำนวน ๘๖ ราย แยกเป็น ระบบสมัครใจบำบัด จำนวน ๑๑ ราย ระบบบังคับบำบัด จำนวน ๕๕ ราย ระบบการบำบัดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ๑๕ ราย และค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จำนวน ๕ ราย ในปี ๒๕๖๕ หลังการบังคับใช้ตามประมวลกฎหมายยาเสพติดใหม่ พ.ศ. ๒๕๖๔ มีผู้ที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติด จำนวน ๘๐ ราย แยกเป็น ระบบสมัครใจบำบัด จำนวน ๔๙ ราย ระบบบังคับบำบัด จำนวน ๑๖ ราย ระบบการบำบัดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ๑๕ ราย ทำให้มีผู้ป่วยยาเสพติดที่ต้องได้รับการดูแล ติดตาม ฟื้นฟูสมรรถภาพหลังการบำบัดในปี ๒๕๖๔-๒๕๖๕ จำนวน ๘๖ และ ๘๒ รายตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นต่อเนื่องในอนาคต โดยยังคงพบปัญหาในการกลับมาเสพยาซ้ำของผู้ป่วยหลังการเข้ารับการบำบัดในพื้นที่ รวมถึงการมีผู้ติดยาเสพติดที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิตจากการเสพติดซ้ำ ก่อให้เกิดปัญหาการทำร้ายร่างกาย ทำลายข้าวของ ก่อความรำคาญ และเสี่ยงการก่อความรุนแรงในชุมชน ในปี ๒๕๖๔ จำนวน ๑ ราย และในปี ๒๕๖๕ จำนวน ๓ รายตามลำดับ ซึ่งต้องดูแล เผื่อระวังอย่างใกล้ชิดและต้องรีบดำเนินงานแก้ไขอย่างเร่งด่วน ปัญหาดังกล่าวจำเป็นต้องดำเนินงาน โดยอาศัยการดำเนินงานจากทุกภาคส่วนอย่างเป็นระบบ ผู้ผ่านกระบวนการบำบัดครบทุกขั้นตอน จำเป็นต้องได้รับคำปรึกษา คำแนะนำ และการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง ทั้งการช่วยเหลือด้านสวัสดิการสังคม การช่วยเหลือเกี่ยวกับอาชีพ การศึกษา การหาแหล่งทุน

๒. หลักการและเหตุผล (ต่อ)

หรือการให้การสงเคราะห์ด้านอื่นๆ ที่จำเป็น เพื่อให้ผู้เสพยาเสพติดเกิดความมั่นใจ เกิดแรงจูงใจในการเลิกยาอย่างต่อเนื่อง เกิดการยอมรับจากชุมชนและสังคม สามารถเลิกยาเสพติด มีคุณภาพชีวิตที่ดี และอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ ในการนี้เพื่อให้การดำเนินงานดังกล่าวเกิดความต่อเนื่อง เกิดประสิทธิภาพที่ดี ควรมีการขับเคลื่อนการทำงานของเครือข่ายแบบบูรณาการกับระบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน อันจะก่อให้เกิดการดำเนินงานแก้ไขปัญหายาเสพติดที่เป็นระบบ ต่อเนื่องและเกิดความยั่งยืนต่อไป

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

ด้านการติดตาม ดูแล ช่วยเหลือและฟื้นฟูสภาพทางสังคมของผู้ติดสารเสพติด

ในมิติด้านการแก้ไขปัญหายาเสพติด ผู้ติดสารเสพติดนั้น ยังมุ่งเน้นการแก้ไขเชิงสุขภาพ ผู้เสพติดคือผู้ป่วย ต้องได้รับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ดูแล ช่วยเหลือ ให้สามารถ ลด ละ หรือเลิกใช้ยาเสพติดได้ เพื่อคืนคนดีสู่สังคม อย่างไรก็ตามผู้ปฏิบัติงาน หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในภารกิจดังกล่าว ต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ถึงสาเหตุ ปัจจัย ที่ถูกต้อง เกี่ยวกับการติดยาเสพติด เพื่อให้การบำบัดรักษา และให้การช่วยเหลืออย่างมีประสิทธิภาพ มีหลักฐานยืนยันทางวิชาการที่แสดงถึงความสำเร็จอย่างคุ้มค่า เสียค่าใช้จ่ายไม่มาก ไม่ตีตราผู้ป่วย ยึดหลักสิทธิมนุษยชน เห็นคุณค่าของความเป็นมนุษย์ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๑) โดยในปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔ โรงพยาบาลหนองม่วงไข่ มีผู้เข้ารับการบำบัด จำนวน ๕๔ คน ๗๗ คนและ ๘๖ คนตามลำดับ และพบว่าร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดฟื้นฟูตามเกณฑ์ที่กำหนด คิดเป็น ร้อยละ ๙๗.๔๗, ๘๗.๓๗ และ ๗๑.๔๑ ตามลำดับ ผลจากการบำบัดครบโปรแกรมและติดตามครบโปรแกรมพบว่า มีผู้กลับไปเสพซ้ำในปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔ คิดเป็นร้อยละ ๗.๔๐, ๘.๖๒ และ ๔.๕๕ ตามลำดับ ส่วนอัตราการคงอยู่ในการติดตามเมื่อครบ ๑ ปี (Retention Rate ติดตามครบ ๑ ปี) คิดเป็นร้อยละ ๙๗.๗๙, ๙๘.๒๙ และ ๙๘.๑๕ ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า มีผู้ป่วยส่งตัวคืนสำนักงานคุมประพฤติเนื่องจาก บำบัดไม่ครบโปรแกรม ในปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔ คิดเป็นร้อยละ ๑.๘๕, ๘.๗๖ และ ๒๕.๔๕ ตามลำดับ ซึ่งมีอัตราสูงขึ้นเรื่อยๆ และในปี ๒๕๖๔-๒๕๖๕ พบว่าบางรายมีอาการทางจิต จากการเสพยาแอมเฟตามีน ซึ่งส่งผลกระทบต่อสังคมเป็นวงกว้าง ก่อความรำคาญไปหลายหมู่บ้าน ทำลายข้าวของ ทำให้คนในชุมชนเกิดความหวาดกลัว หวาดระแวงและมีความรู้สึกไม่ปลอดภัยในชุมชน จากสภาพปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานดังกล่าวข้างต้น ผู้ผ่านการบำบัดฯ จำเป็นต้องได้รับการติดตาม เฝ้าระวัง ดูแลช่วยเหลืออย่างถูกต้องเหมาะสม เพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำจากการถอดบทเรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องระดับจังหวัด พบว่า การบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดแพร่ เน้นการบูรณาการทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการทุกขั้นตอนอย่างจริงจัง ทั้งในส่วนการส่งเสริมอาชีพหลังการบำบัด การสนับสนุนงบประมาณขององค์การบริหารส่วนตำบล การประสานงานที่มหาวิทยาลัยในการประกอบอาชีพเสริม ตลอดจนถึงการติดตามในชุมชน (การประชุมถอดบทเรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ การบำบัดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ปี ๒๕๖๔) การนำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการ เป็นอีกหนึ่งปัจจัยความสำเร็จ ของการฟื้นฟูสภาพ โดยกระบวนการฟื้นฟูตัวจากการเสพติดควรขับเคลื่อน ในลักษณะเป็นงานบูรณาการของชุมชน ที่รวมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมดเข้ามามีส่วนร่วม รวมถึงอำนวยความสะดวกให้การฟื้นฟูสภาพ สามารถใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน เพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย/ผู้มีปัญหาสารเสพติดและครอบครัว การขาดความร่วมมือกับชุมชนยังหมายถึงขาดโอกาสทางเศรษฐกิจ การให้การศึกษา การเชื่อมโยงทางสังคม ซึ่งล้วนเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดำเนินกระบวนการฟื้นฟูสภาพ ในที่สุดกลับนำไปสู่การแบ่งแยก ความไม่เท่าเทียม การไม่ให้โอกาส และการตีตราซ้ำเติม

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

ผู้ป่วย/ผู้มีปัญหาสารเสพติดอีกด้วย

ดังนั้นการมีส่วนร่วมของชุมชน แบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ตลอดจนส่งเสริมให้มีความพึงพอใจในชีวิต ของผู้ผ่านการบำบัดจะทำให้ผู้ผ่านการบำบัดสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสมและไม่ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดอย่างต่อเนื่องต่อไป

ด้านประมวลกฎหมายยาเสพติดใหม่ พ.ศ. ๒๕๖๔

จากประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. ๒๕๖๔ ประกาศใช้เมื่อวันที่ ๙ ธ.ค. ๒๕๖๔ เป็นประมวลกฎหมายยาเสพติดฉบับใหม่ที่รวบรวมกฎหมายเกี่ยวกับการป้องกันปราบปราม ควบคุมยาเสพติด บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดซึ่งเดิมกระจายอยู่ในกฎหมายหลายฉบับ เป็นหน้าที่และอำนาจของหลายองค์กรทำให้การบังคับใช้กฎหมายไม่มีความสอดคล้องกัน อีกทั้งบทบัญญัติของกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดบางประการไม่เหมาะสมกับสภาพการณ์ปัจจุบัน จึงรวบรวมกฎหมายดังกล่าวจัดทำเป็นประมวลกฎหมายยาเสพติดเพื่อประโยชน์ในการอ้างอิงและใช้กฎหมายที่จะรวมอยู่ในฉบับเดียวกันอย่างเป็นระบบสอดคล้องกับสภาพการณ์ปัจจุบัน กำหนดให้มีระบบอนุญาตเพื่อควบคุมและใช้ประโยชน์ยาเสพติดในทางการแพทย์ วิทยาศาสตร์ และทางอุตสาหกรรมอย่างมีประสิทธิภาพ มุ่งเน้นการป้องกันการแพร่กระจายยาเสพติดและการใช้ยาเสพติดในทางที่ไม่ถูกต้อง อันจะนำไปสู่การเสพติดยาเสพติดซึ่งบั่นทอนสุขภาพของประชาชน กำหนดให้มีระบบคณะกรรมการที่ประกอบด้วยบุคคลากรซึ่งมีความหลากหลายจากทั้งภาครัฐและเอกชน ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการพิจารณากำหนดนโยบายในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันปราบปราม ควบคุม บำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพทางสังคม แก่ผู้ติดยาเสพติดให้เป็นไปด้วยความรอบคอบและมีประสิทธิภาพ ประมวลกฎหมายยาเสพติด ๒๕๖๔ แบ่งเป็น ๓ ภาค ได้แก่ ภาค ๑) การป้องกันปราบปราม และควบคุมยาเสพติด ภาค ๒) การบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสภาพทางสังคมแก่ผู้ติดยาเสพติด ภาค ๓) บทกำหนดโทษ ซึ่งภาค ๒ การบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสภาพทางสังคมแก่ผู้ติดยาเสพติด มีประเด็นสำคัญ คือ มองผู้เสพเป็นผู้ป่วยมากกว่าเป็นอาชญากร เน้นไปที่วิธีทางสาธารณสุขด้วยการใช้กระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูในสัดส่วนที่มากกว่าการลงโทษทางอาญา หากผู้กระทำผิดเป็นผู้เสพ ถูกจับกุมเข้าสู่กระบวนการยุติธรรม กฎหมายกำหนดให้ศาลคำนึงถึงการสงเคราะห์ให้เลิกเสพ ด้วยการนำเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาด้วยคำสั่งศาลมากกว่าการลงโทษ ผู้เสพสามารถสมัครใจบำบัดจนเสร็จสิ้นโดยไม่ถูกดำเนินคดี ไม่มีประวัติอาชญากร ไม่ใช่โทษทางอาญามาเกี่ยวข้องในกระบวนการบำบัด แต่ใช้มาตรการอื่นแทน เช่น การรายงานตัวตามนัด การจำกัดการเดินทาง และการใช้ชุมชนเข้าร่วมสอดส่องดูแล ซึ่งจะช่วยให้สามารถกลับคืนสู่สังคมได้ง่ายขึ้น ทั้งยังอาจช่วยลดปัญหาการกระทำผิดซ้ำของผู้ทำผิด ผู้เสพใช้ชีวิตปกติได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษาในระบบสมัครใจในสถานพยาบาลบำบัดรักษา ยาเสพติดเพิ่มมากขึ้น ซึ่งข้อท้าทายคือ กระบวนการบำบัดรักษาและติดตาม ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด จำเป็นต้องอาศัยทรัพยากรมาจากทุกระบบของภาครัฐและชุมชน แต่การมีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัด ยังเป็นความท้าทายเนื่องจากทัศนคติและการเปิดรับของคนในชุมชนถือเป็นส่วนสำคัญและส่งผลกระทบต่อความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติส่วนด้านการติดตาม ดูแล ฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยทางสังคมกำหนดบทบาทหน้าที่สำคัญของการให้การดูแลผู้ติดยาเสพติด ดังนี้ ๑) ให้คำแนะนำปรึกษาช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ที่ผ่านการบำบัดรักษา ๒) ให้ความช่วยเหลือด้านสวัสดิการสังคม สนับสนุนให้ได้มีที่อยู่อาศัยเป็นการชั่วคราว ๓) ช่วยเหลือเกี่ยวกับอาชีพ การศึกษา แหล่งเงินลงทุนและให้การสงเคราะห์อื่นที่จำเป็นต่อการดำรงชีพแก่ผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ที่ผ่านการบำบัด ๔) การส่งเสริมและสนับสนุนให้นายจ้างหรือสถานประกอบการรับผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ผ่านการบำบัดเข้าทำงาน ๕) การส่งเสริมให้ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัด รักษา ติดตาม ดูแล และช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ผ่านการบำบัดรักษา

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

แนวความคิด

แนวคิดระบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.)

ระบบสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของระบบสังคมและเป็นส่วนหนึ่งของระบบความมั่นคง ของทุกประเทศ องค์การอนามัยโลกได้เสนอว่าระบบสุขภาพ เป็นระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยไม่จำกัด เพียงระบบบริการสาธารณสุขเท่านั้น ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ ระบุว่าระบบสุขภาพ จะต้องส่งเสริมคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และให้ความสำคัญกับความเป็นธรรมและความเท่าเทียมกัน ในสังคม โดยการพัฒนาระบบสุขภาพต้องคำนึงถึง ปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Determinants of Health) ที่มีความ หลากหลายทั้งจากภาวะทางสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม และอื่นๆ โดยจะต้องให้ความสำคัญ เป็นอย่างยิ่งกับการสร้างเสริมสุขภาพ อันนำไปสู่สภาวะที่ยั่งยืนและการพึ่งตนเองได้ของประชาชนบนพื้นฐานของ หลักคุณธรรม จริยธรรม มนุษยธรรม ธรรมภิบาล ความรู้และปัญญา ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยคนจากทุกภาคส่วนเข้า มามีส่วนร่วม ในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาสุขภาพ รวมทั้งต้องมุ่งไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน

ในปัจจุบันระบบสุขภาพของทุกประเทศทั่วโลกประสบปัญหาท้าทายที่ซับซ้อน และเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วเช่นเดียวกับประเทศไทย ที่กำลังเผชิญกับสภาวะการณ์ที่มีความหลากหลาย ทั้งโครงสร้างของประชากรที่ กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ตลอดจนการเกิดปัจจัยภัยคุกคามสุขภาพ ของประชาชนจากภาวะโรคที่มีแนวโน้ม เป็นโรคไม่ติดต่อหรือโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น การเกิดโรคอุบัติใหม่ในพืชและสัตว์ โรคติดต่อจากสัตว์สู่คนมีแนวโน้ม ซับซ้อน รุนแรง และควบคุมยากขึ้น การเคลื่อนย้ายของประชากร การเข้ามาทำงานของแรงงานต่างชาติ ทั้งการเกิดภัยธรรมชาติที่จะมีความรุนแรงและมีความถี่มากขึ้น ความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงเทคโนโลยี ทางการแพทย์ของคนกลุ่มต่างๆ ขณะเดียวกันโรคมะเร็งและอุบัติเหตุยังถือเป็นสาเหตุการเสียชีวิต ๒ อันดับแรก ของคนไทย ซึ่งปัญหาสุขภาพเหล่านี้มีแนวโน้มที่เกิดจากพฤติกรรมและวิถีการใช้ชีวิตของประชาชน ซึ่งส่งผลต่อ เศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อมอย่างมาก โดยยังขาดระบบข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวัง ด้านการป้องกันโรคและ ภัยคุกคามสุขภาพ ขาดกลไกการมีส่วนร่วมและการบูรณาการในการบริหารจัดการ เพื่อพัฒนาสุขภาพของ ประชากรในระดับพื้นที่และท้องถิ่น กฎหมายและข้อระเบียบบางประการยังไม่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ และ การมีสุขภาพที่ดีในระดับชุมชน จึงมีความจำเป็นที่จะต้องเสริมศักยภาพและบทบาท ให้องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นในการจัดการปัจจัยเสี่ยงและภาวะคุกคามสุขภาพโดยชุมชนเอง อันเป็นหลักการที่สำคัญ เพื่อสร้างความต่อเนื่องและยั่งยืนของการพัฒนา

ระบบสุขภาพชุมชนเป็นระบบการดูแลสุขภาพ มุ่งองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกันและทับซ้อนกัน ๓ ส่วนที่ไม่แยกขาดจากกันคือ ๑) การดูแลตนเองของภาคประชาชน (Popular sector) ๒) การแพทย์พื้นบ้าน (Folk sector) ๓) การแพทย์ภาควิชาชีพ (Professional sector) อาทิ การแพทย์ตะวันตก ปรากฏการณ์ ที่ยังเป็นความจริงทุกยุคสมัยคือ ปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วยที่ประชาชนจัดการนั้น ไม่สามารถใช้วิธีการใด เพียงวิธีการเดียวได้ นอกจากนั้นในกระบวนการดูแลสุขภาพความเจ็บป่วยและแก้ไขปัญหาสุขภาพมีความเกี่ยวข้องกับเงื่อนไขด้านบุคคล ครอบครัว เครือข่ายทางสังคม ชุมชนและสังคม ในมิติต่างๆ อย่างมากด้วย

การสร้างระบบสุขภาพอำเภอให้เกิดการจัดการคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชน ทุกกลุ่มในพื้นที่ให้ มีคุณภาพชีวิตที่มีความยั่งยืน ด้วยการสร้างการมีส่วนร่วมและภาวะการณำให้เกิดขึ้น จากทุกภาคส่วนหรือ เครือข่ายการทำงานในพื้นที่เรื่องสุขภาพ เกี่ยวโยงสังคมอย่างแยกขาดจากกันไม่ได้ ปัญหาสุขภาพจึงส่งผลต่อ คุณภาพชีวิต การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) เพื่อลดช่องว่าง การเชื่อมต่อของระบบสุขภาพชุมชนกับระบบบริการสุขภาพ ในพื้นที่อำเภอ เป็นองค์ประกอบสำคัญ ๒ ส่วน ที่เข้ามาเสริมกันให้เกิดสภาวะของอำเภอ

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

แนวความคิด (ต่อ)

แนวคิดระบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) (ต่อ)

ดังนั้น ในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทยให้มีความเข้มแข็งขึ้นกว่าเดิม จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการปฏิรูประบบสุขภาพทั้งในด้านของระบบบริการสุขภาพ ที่ต้องมุ่งเน้นการให้บริการในระดับปฐมภูมิที่จะสามารถเชื่อมระหว่างชุมชน และการบริการในโรงพยาบาลได้อย่างไร้รอยต่อ รวมถึงการมุ่งเน้นการพัฒนากระบวนการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เข้มแข็ง โดยมุ่งกระจายอำนาจการบริหารจัดการ เพื่อให้สามารถจัดบริการสุขภาพในระดับพื้นที่ เพื่อตอบสนองต่อปัญหาและความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนในระดับพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาประเทศตามแผนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ.๒๕๖๐ - พ.ศ.๒๕๖๔) ที่เสนอให้มีการมุ่งเน้นด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยเน้นการป้องกันและควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Determinants of Health) รวมถึงการส่งเสริมการให้ความสำคัญของมิติสุขภาพในทุกนโยบายสาธารณะ (Health in All Policies) เพื่อให้ทุกภาคส่วนตระหนักถึงผลกระทบของนโยบายสาธารณะที่ส่งผลต่อสุขภาพของประชาชน

การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับพื้นที่โดยการใช้ “พื้นที่เป็นฐานประชาชนเป็นศูนย์กลาง” ด้วยการทำงานอย่างมีส่วนร่วมของภาครัฐ ประชาสังคมและเอกชนตามแนวทางประชารัฐ เพื่อสร้างเสริมความเข้มแข็งแก่ระบบสุขภาพอำเภอ นับเป็นจุดคานงัดที่สำคัญในการขับเคลื่อนให้เกิดผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายของยุทธศาสตร์ชาติ โดยดำเนินการนำร่องผ่านพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลางในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ จำนวน ๗๓ อำเภอ ด้วยความร่วมมือของกระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพให้ความสำคัญกับการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นการปฏิรูปเพื่อเปลี่ยนฐานของระบบบริการ จากโรงพยาบาลเป็นฐานสู่การมีพื้นที่เป็นฐาน และจากบริการ ภายในระบบที่มีโรคเป็นศูนย์กลาง สู่บริการที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้ระบบบริการสุขภาพ มีคุณลักษณะของการมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง (ร่างระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ....)

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอโดยใช้พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลางตามแนวทาง “ประชารัฐ”

ตามที่กระทรวงสาธารณสุข ได้เสนอให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิต ในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน เกิดการบูรณาการเป้าหมาย ทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกัน ระหว่างหน่วยงานของรัฐบาล เอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่เป็นฐานและตามสภาพของพื้นที่ มีความเป็นเจ้าของและภาวะการนำร่วมกัน โดยบูรณาการและประสานความร่วมมือในการนำไปสู่การสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาพทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนสืบไป ตามแนวคิด “คนไทย ใส่ใจดูแลกัน” มีเป้าหมายเพิ่มคุณภาพชีวิต และลดความเหลื่อมล้ำโดยการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เน้นหนักในผู้สูงอายุ คนพิการผู้ยากไร้ เด็กปฐมวัย อุบัติเหตุ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ขยะ สิ่งแวดล้อมและการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การใช้ชีวิตแบบสังคมเมือง ปัญหาสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และโรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น

เมื่อวันที่ ๔ เดือนตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๐ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ศ.คลินิก เกียรติคุณ นพ.ปิยะสกล สกลสัตยาทร ได้ให้สัมภาษณ์ว่า คณะรัฐมนตรี (ครม.) มีมติเห็นชอบร่างระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ.โดยในร่างระเบียบ ดังกล่าว กำหนดให้แต่ละอำเภอ มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ประกอบด้วยผู้แทน ภาครัฐ ผู้แทนภาคเอกชนและผู้แทนภาคประชาชนในอำเภอ โดยมีนายอำเภอ เป็นประธานกรรมการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นสำนักงานเลขานุการ มีอำนาจหน้าที่กำหนดแผนงานและยุทธศาสตร์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในอำเภอ และร่วมมือทุกฝ่าย

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

แนวความคิด (ต่อ)

แนวคิดระบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) (ต่อ)

ดำเนินการให้เกิดการขับเคลื่อนตามแผนงาน โดยบูรณาการและระดมทรัพยากรที่มีอยู่ในอำเภอ ทั้งจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ส่วนในพื้นที่กรุงเทพมหานคร มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต ประกอบด้วยผู้แทน ภาครัฐ ผู้แทนภาคเอกชน มีผู้อำนวยการเขตเป็นประธานกรรมการ ศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นสำนักงานเลขานุการ

ทั้งนี้คณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ประกอบด้วย ปลัดกระทรวงมหาดไทย เป็นประธานกรรมการ ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นรองประธานกรรมการ ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ อธิบดีกรมการปกครอง อธิบดีกรมการพัฒนาชุมชน อธิบดีกรมควบคุมโรค อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น อธิบดีกรมอนามัย ปลัดกรุงเทพมหานคร เลขาธิการ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เลขาธิการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และผู้จัดการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นกรรมการ โดยมีรองปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่รับผิดชอบ กลุ่มภารกิจด้านการพัฒนาการสาธารณสุข เป็นกรรมการและเลขานุการ มีอำนาจหน้าที่กำหนดนโยบาย และทิศทางการพัฒนา สนับสนุนและแก้ไขปัญหาการดำเนินงาน ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต ropicการอย่างป็นทางการในราชกิจจานุเบกษา

ระบบบริการสุขภาพตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO)

ระบบบริการสุขภาพตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก เน้นระบบบริการปฐมภูมิที่มีพื้นที่เป็นฐาน และมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง นำมาพิจารณาจัดกลุ่มเป็นวาระการปฏิรูประบบบริการสุขภาพได้ ๓ วาระ ประกอบด้วย ๑) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board: DHB) เป็นจุดคานงัดสำคัญ (Main Lever) เปลี่ยน “ฐาน” ของ “ระบบ” และ “บริการ” โดยมีองค์ประกอบสำคัญของระบบบริการสุขภาพ คือ ภาวการณ์นำและธรรมาภิบาล ๒) ทีมผู้ให้บริการแนวตั้ง/แนวราบ (Matrix Team) เป็นการขับเคลื่อนหลัก (Key Driver) เปลี่ยน “ศูนย์กลาง” ของ “ระบบ” และ “การให้บริการ” โดยมีองค์ประกอบสำคัญของระบบบริการสุขภาพประกอบด้วย กำลังคน การให้บริการ ยา-เครื่องมือ-และเทคโนโลยี และ ๓) ระบบข้อมูล/กลไกการเงิน เป็นมาตรการ (เครื่องมือ) สำคัญที่ช่วยในการ “เปลี่ยน” และ “ขับเคลื่อน” และเป็นองค์ประกอบที่จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาควบคู่กัน จากการที่ข้อมูลนอกจากเป็นเงื่อนไขสำคัญในการเพิ่มคุณภาพบริการแล้ว ยังเป็นเงื่อนไขพื้นฐานในการทำให้กลไกการเงินถูกนำไปใช้เป็น “เครื่องมือ” เพื่อเพิ่มผลิตภาพให้กับระบบได้อย่างมีพลัง

ผลที่คาดว่าจะได้รับจากการปฏิรูปประกอบด้วย การเพิ่มการเข้าถึง เพิ่มความครอบคลุม เพิ่มคุณภาพ และเพิ่มความปลอดภัย ให้กับระบบบริการ ส่งผลต่อการเพิ่มสุขภาวะ เพิ่มความเป็นธรรมตอบสนองต่อความจำเป็นทางสุขภาพของประชาชน ลดความเสี่ยงทางการเงิน และทางสังคม ตลอดจนเพิ่มประสิทธิภาพให้กับระบบบริการโดยรวม ดังนั้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพจะต้องทำการศึกษาทดลอง ทารูปแบบการบริหารจัดการระดับพื้นที่โดยใช้แนวคิด “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชน เป็นศูนย์กลาง” เพื่อสร้างเสริมความเข้มแข็งแก่ระบบสุขภาพอำเภอ โดยจะขับเคลื่อนให้ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องมาร่วมดำเนินการ เพื่อให้ผลการศึกษาสอดคล้องกับความเป็นจริง สามารถปฏิบัติได้ และสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาของประเทศ (สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดี วิถีไทย, ๒๕๖๐) กรอบความร่วมมือ เพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพชีวิต

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

แนวความคิด (ต่อ)

แนวคิดระบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) (ต่อ)

และสุขภาพของประชาชน ด้วยระบบสุขภาพอำเภอตามหลักการ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” ซึ่งต้องการให้ทุกภาคส่วนในพื้นที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิต และระบบสุขภาพ มุ่งเน้นให้ความสำคัญกับการส่งเสริมให้ประชาชนมีการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างจริงจัง ควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนให้เข้มแข็ง โดยการสร้างกลไก ของเครือข่ายที่ประสานการทำงานร่วมกัน เป็นการดำเนินงานที่ต้องการให้ทุกภาคส่วนในพื้นที่ มีส่วนร่วมในการจัดการระบบสุขภาพของตนเอง ซึ่งนับเป็นแนวทางใหม่ที่จุดมุ่งหมายอยู่ที่ประชาชน ไม่ใช่โรคร้าย การทำงานจึงเคลื่อนย้ายไปที่ฐานล่าง เพิ่มพลังจากพื้นที่สู่การบริหารระดับบน เพื่อตอบโจทย์บริบทของพื้นที่ที่มีความจำเพาะ ชับซ้อน หลากหลายของแต่ละพื้นที่ การขับเคลื่อนในลักษณะดังกล่าว จำเป็นต้องใช้การดำเนินงานผ่านพื้นที่นำร่อง (Pilot Implementation) เพื่อเพิ่มความชัดเจนและพิจารณาความสัมพันธ์กับโครงสร้างเดิมที่มีอยู่ในระบบ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการเพื่อให้ผลการศึกษาสอดคล้องกับความเป็นจริง สามารถปฏิบัติได้ และสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาของประเทศเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน และบูรณาการร่วมกันในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชน เพื่อจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board: DHB) เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอที่เหมาะสมกับพื้นที่ และเพื่อให้มีการจัดการทรัพยากรด้านบุคลากร เทคโนโลยี สารสนเทศ องค์ความรู้และงบประมาณร่วมกัน

การมีส่วนร่วม (Participation)

การมีส่วนร่วมเป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกทุกคนในสังคม ไม่ว่าจะเป็นสังคมเล็กหรือสังคมขนาดใหญ่ ได้มีส่วนช่วยเหลืออย่างเต็มที่ต่อสังคมนั้นๆ อันได้แก่ การที่ประชาชนมีส่วนร่วม ในการบริหารจัดการ เช่น การพิจารณาปัญหา การตั้งนโยบาย การตัดสินใจ ประเด็นสำคัญต่างๆ เกี่ยวกับการพัฒนาประชาชาติและการประเมินความต้องการของสังคมนั้นๆ (จินตวิโร เกษมสุข, ๒๕๕๔ อ้างใน สมยศ ศรีจารนัย, ๒๕๖๐) ก่อให้เกิดผลดีต่อการขับเคลื่อนองค์กรหรือเครือข่าย เพราะมีผลในทางจิตวิทยาเป็นอย่างยิ่ง กล่าวคือผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมย่อมเกิดความภาคภูมิใจ ที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการบริหาร ความคิดเห็นถูกรับฟังและนำไปปฏิบัติเพื่อการพัฒนาเครือข่าย และที่สำคัญผู้ที่มีส่วนร่วมจะมีความรู้สึกเป็นเจ้าของเครือข่าย ความรู้สึกเป็นเจ้าของจะเป็นพลังในการขับเคลื่อนเครือข่ายที่ดีที่สุด และองค์การสหประชาชาติ (๑๙๗๕) ให้ข้อเสนอแนะในที่ประชุมเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม ของประชาชนกลุ่มผู้เชี่ยวชาญไว้ว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นคำที่ไม่อาจกำหนดนิยามความหมายเดียวที่ครอบคลุมได้เพราะความหมายของการมีส่วนร่วมอาจแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ หรือแม้แต่ในประเทศเดียวกันก็ตาม

ดังนั้นการนิยามความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชน ควรมีลักษณะจำกัดเฉพาะในระบบเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองหนึ่งๆ เท่านั้น อย่างไรก็ตาม กลุ่มผู้เชี่ยวชาญดังกล่าวได้ขยายความการมีส่วนร่วมของประชาชนว่าครอบคลุมประเด็นดังนี้ (กรมอนามัย, ๒๕๕๐) อ้างใน สมยศ ศรีจารนัย (๒๕๖๑) ๑) การมีส่วนร่วมของประชาชนครอบคลุมการสร้างโอกาสที่เอื้อให้สมาชิกทุกคนของชุมชน ให้ได้รับประโยชน์จากการพัฒนาโดยเท่าเทียมกัน ๒) การมีส่วนร่วมสะท้อนการเข้าเกี่ยวข้องโดยสมัครใจและเป็นประชาธิปไตย และการมีส่วนร่วม (Participation) คือ เป็นผลมาจากการเห็นพ้องกันในเรื่องของความต้องการ และทิศทางของการเปลี่ยนแปลงและความเห็นพ้องต้องกัน จะต้องมีการก่อให้เกิดความคิดริเริ่มโครงการเพื่อการปฏิบัติ เหตุผลเบื้องต้นของการที่มิคนมารวมกันได้ ควรจะต้องมีการตระหนักว่า ปฏิบัติการทั้งหมดหรือการกระทำทั้งหมด ที่ทำโดยกลุ่มหรือในนามกลุ่มนั้น กระทำผ่านองค์กร ดังนั้น องค์กรจะต้องเป็นเสมือนตัวนำให้บรรลุถึงความเปลี่ยนแปลงได้ (ยุพาพร รูปงาม, ๒๕๕๕: ๕)

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

แนวความคิด (ต่อ)

แนวคิดระบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) (ต่อ)

การมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชน ได้แก่

กระทรวงมหาดไทย: มีบทบาทหน้าที่ดังนี้ ๑) ดำเนินการให้เกิดระบบบริหารจัดการภายใต้โครงสร้าง “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” อย่างเป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพ เพื่อการบริหารจัดการการพัฒนาคุณภาพชีวิต และสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ อย่างเป็นรูปธรรม และยั่งยืน ๒) สนับสนุนทรัพยากรต่างๆ ทั้งด้านบุคลากร องค์ความรู้และงบประมาณ รวมถึงการอำนวยความสะดวกด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องตามความเหมาะสม เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการของ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” อย่างมีธรรมาภิบาลมีประสิทธิภาพ และเกิดความยั่งยืน ๓) สนับสนุนให้หน่วยงานภายใต้สังกัดกระทรวงมหาดไทย และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการจัดการระบบสุขภาพอำเภอ และสนับสนุนทรัพยากรในการพัฒนาคุณภาพชีวิต และสุขภาพของประชาชนในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดประสิทธิผล ๔) สร้างความรู้ ความเข้าใจให้ข้าราชการ เจ้าหน้าที่และพนักงาน ทั้งภาครัฐ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภายใต้สังกัดกระทรวงมหาดไทย ทราบถึงบทบาทและหน้าที่ของ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” เพื่อให้สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นรูปธรรม

กระทรวงสาธารณสุข (หน่วยงานในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล): มีบทบาทหน้าที่ดังนี้ ๑) สนับสนุนและส่งเสริมระบบบริหารจัดการภายใต้โครงสร้าง “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” อย่างเป็นรูปธรรม เพื่อการบริหารจัดการการพัฒนาคุณภาพชีวิต และสุขภาพของประชาชนในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน ๒) สนับสนุนทรัพยากรต่างๆ ทั้งด้านบุคลากร องค์ความรู้และงบประมาณ รวมถึงการอำนวยความสะดวกด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องตามความเหมาะสม เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการของ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” อย่างมีธรรมาภิบาล มีประสิทธิภาพ และเกิดความยั่งยืน ๓) พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสุขภาพในการดำเนินงาน เพื่อสนับสนุน “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” และการจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสมและสอดคล้องกับพื้นที่ ๔) สร้างความเข้าใจให้ข้าราชการ เจ้าหน้าที่ พนักงาน ภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และประชาชนทราบถึงบทบาทและหน้าที่ของ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและ ระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” เพื่อให้สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นรูปธรรม

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.): มีบทบาทหน้าที่ดังนี้ ๑) สนับสนุนและส่งเสริมระบบบริหารจัดการภายใต้โครงสร้าง “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” อย่างเป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพ เพื่อการบริหารจัดการการพัฒนาคุณภาพชีวิต และสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ อย่างเป็นรูปธรรม และยั่งยืน ๒) สนับสนุนการพัฒนากลไกด้านการเงิน การคลัง สุขภาพ เพื่อสนับสนุน การดำเนินการของ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” อย่างเป็นรูปธรรม และมีประสิทธิภาพ ๓) สนับสนุน วิชาการ องค์ความรู้ และระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน ของ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.): มีบทบาทหน้าที่ดังนี้ ๑) สนับสนุนทรัพยากร ด้านงบประมาณ วิชาการ องค์ความรู้ และระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานของ

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

แนวความคิด (ต่อ)

แนวคิดระบบการพัฒนาคูณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) (ต่อ)

“คณะกรรมการพัฒนาคูณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ ๒) สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของ “คณะกรรมการพัฒนาคูณภาพชีวิต และระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” ประชาชนและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องให้มีความรู้ ความเข้าใจ และสมรรถนะในการจัดการปัจจัยที่กำหนดสถานะสุขภาพทางสังคมและความแตกฉาน ด้านสุขภาพ (Health literacy) ๓) สื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนและเครือข่ายสุขภาพมีความเข้าใจ และสร้างการมีส่วนร่วม ในการจัดการสุขภาพและพัฒนาคูณภาพชีวิต

ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน (Public Participation Spectrum)

อรพินท์ สฟโซคชัย อธิบายถึงระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน ๕ ระดับ เพื่อผู้ที่เกี่ยวข้องและหน่วยงานภาครัฐจะเลือกตัดสินใจออกแบบการบริหารราชการแบบมีส่วนร่วมจากระดับการเปิดโอกาสให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในภาครัฐ ตั้งแต่ระดับการเข้ามามีส่วนร่วมน้อยที่สุด ถึงระดับการเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้นในระดับที่ ๕ มีรายละเอียด ดังนี้ ระดับที่ ๑) การให้ข้อมูลข่าวสาร (Inform) ระดับที่ ๒) การปรึกษาหารือ (Consult) ระดับที่ ๓) การให้เข้ามามีบทบาท (Involve) ระดับที่ ๔) การสร้างความร่วมมือ (Collaborate) และระดับที่ ๕) การให้อำนาจแก่ประชาชน (Empower)

Cohen และ Uphoff (๑๙๘๐: ๒๑๙-๒๒๒) ได้จำแนกการมีส่วนร่วมออกเป็น ๔ ระดับ คือ ๑) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) ๒) การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ (Implementation) ๓) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefit) และ ๔) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation)

องค์การอนามัยโลกและกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (WHO and UNICEF, ๑๙๗๘ : ๔๑) ได้เสนอขั้นตอนการมีส่วนร่วมโดยแบ่งเป็น ๔ ระดับ คือ ๑) การวางแผน ๒) การดำเนินกิจกรรม ๓) การใช้ประโยชน์ และ ๔) การได้รับประโยชน์ ประชาชนต้องได้รับการแจกจ่ายผลประโยชน์จากชุมชนในพื้นที่ที่เท่าเทียมกัน ซึ่งเป็นผลประโยชน์ส่วนตัว สังคม หรือในรูปวัตถุก็ได้

จากการศึกษาของ สุนีย์ มัลลิกะมาลย์ (๒๕๔๕) อ้างใน สมยศ ศรีจารนัย (๒๕๖๑) ได้แบ่งระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้เป็น ๖ ระดับ คือ ระดับที่ ๑) ร่วมรับรู้ ระดับที่ ๒) ร่วมคิด ร่วมแสดงความคิดเห็น ระดับที่ ๓) ร่วมพิจารณา ร่วมตัดสินใจ ระดับที่ ๔) ร่วมดำเนินการ ระดับที่ ๕) ร่วมติดตาม ตรวจสอบและประเมินผล และระดับที่ ๖) ร่วมรับผล และจากการศึกษาของ โคเฮน และ อัฟฮอฟฟ์ (Cohen and Up Hoff, ๑๙๘๐: ๒๑๓-๒๓๕) สรุป ระดับการมีส่วนร่วมโดยมีแบ่งเป็นขั้นตอน ดังนี้ ๑) การมีส่วนร่วมด้านการวางแผน (Planning) ๒) การมีส่วนร่วมด้านการจัดสรรทรัพยากร (Allocation) ๓) การมีส่วนร่วมในการร่วมมือประสานงาน (Co-ordination) และ ๔) การมีส่วนร่วมด้านการประเมินผล (Evaluation)

ดังนั้น การมีส่วนร่วมของประชาชน ประชาชนจะต้องมีอิสระทางความคิด มีความรู้ ความสามารถในการกระทำและความเต็มใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมนั้นๆ โดยหลักการมีส่วนร่วมของประชาชนหรือผู้เข้าร่วมจะต้องมีลักษณะการเข้าร่วมอย่างครบวงจรตั้งแต่ต้นจนสิ้นสุด ไม่ใช่เป็นการจัดเวทีการมีส่วนร่วมครั้งเดียวตัวอย่างเช่น ในการแก้ปัญหาของชุมชนควรเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าร่วมตั้งแต่ต้นจนจบ อรทัย ก๊กผล (๒๕๕๒ : ๑๙) อ้างใน สมยศ ศรีจารนัย (๒๕๖๑) อธิบายไว้ว่า ดังนี้ ๑) เริ่มต้นตั้งแต่การเกิดจิตสำนึกในตนเองและถือเป็นภาระหน้าที่ของตนในฐานะ ที่เป็นส่วนหนึ่งของสังคมหรือชุมชนที่ตนอยู่ ๒) ร่วมคิดด้วยกันว่าอะไรที่เป็นปัญหาของชุมชน มีสาเหตุอย่างไร และจะจัดลำดับ ความสำคัญของปัญหาเป้าหมายอย่างไร และควรที่จะจัดการปัญหาใดก่อนหลัง ๓) ร่วมกันวางแผนการดำเนินงาน ๔) ร่วมดำเนินงาน ประชาชนจะต้องร่วมกิจกรรมด้วยความเต็มใจ เต็มกำลังความรู้ ความสามารถของตนเอง ๕) ร่วมกันติดตามประเมินผล และ ๖) ร่วมรับผลประโยชน์

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

แนวความคิด (ต่อ)

แนวคิดระบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) (ต่อ)

บทบาทและหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board: DHB)

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board: DHB) ประกอบด้วยสมาชิกที่ได้รับการแต่งตั้งหรือเลือกตั้งหรือคัดเลือก จากทั้งภาคสาธารณสุข ภาครัฐ ภาคเอกชน ท้องถิ่น และชุมชน ในอำเภอนั้นๆ มีวาระในการปฏิบัติงานตามที่กำหนด และมีหน้าที่ในการสนับสนุนและติดตามประเมินผลการดำเนินการให้บริการสุขภาพระดับอำเภอที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และเป็นธรรม รวมถึงประสานงานกับทุกภาคส่วนในการพัฒนา ยุกระดับคุณภาพชีวิต ของประชาชนในระดับอำเภอ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board) จะต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับประเด็นสุขภาพหลักๆ และประเด็นด้านการจัดการระบบและองค์กรต่างๆ ภายในอำเภอเป็นอย่างดี สนับสนุนให้เกิด การพัฒนานโยบายสุขภาพที่เหมาะสมและนโยบายสาธารณะที่คำนึงถึงสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน สอดคล้องกับทิศทางและนโยบายของประเทศ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board) จะทำหน้าที่ในการสนับสนุนให้ทุกภาคส่วนสามารถดำเนินกิจกรรมต่างๆ ทั้งด้านวิชาชีพและการบริหาร จัดการ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยกำหนดบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต และระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board) ที่อาจสังเคราะห์ให้เห็นภาพรวมโดยแบ่งได้เป็น ๔ ประการดังนี้ (เอกสารประกอบการประชุมพัฒนาศักยภาพบุคลากรดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและระบบสุขภาพอำเภอ (พขอ.:DHB) เขตสุขภาพที่ ๘, วันที่ ๒๕ กันยายน ๒๕๖๐ โรงแรม นภาลัย จังหวัดอุดรธานี)

๑. กระตุ้น-หนุนเสริม-เติมเต็ม ตามพลวัตรในภาพรวมของระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS) รับรู้และประเมินสภาวะสุขภาพ-ปัญหาสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยง-ภาวะ ความ-และปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพและสภาวะ พร้อมกับวางแผนดำเนินการตามแผนบนพื้นฐานของการขับเคลื่อน ที่ให้ความสำคัญกับศักยภาพของรายบุคคล ครอบครัว-ชุมชน โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วม และการทำให้เกิดความร่วมมือขององค์ประกอบและภาคส่วนต่างๆ เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพ ลดปัจจัยเสี่ยง ลดภาวะความทุกข์ทางสุขภาพ เพื่อสภาวะของประชาชน ตามพลวัตรในภาพรวมของระบบสุขภาพอำเภอ

๒. เติมส่วนขาด ในส่วนที่ยังไม่สามารถครอบคลุมตามความจำเป็นทางสุขภาพ ของพื้นที่อำเภอ จากทรัพยากรที่ได้รับการจัดสรร หรือสนับสนุนจากส่วนกลาง: สร้าง-พัฒนา-และปรับปรุง ชุดสิทธิประโยชน์ เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพและพัฒนาสภาวะ ตามความจำเป็นและความจำเป็นตามบริบทของพื้นที่อำเภอ (Specific package) บนพื้นฐานของการระดม-ใช้-และพัฒนาทรัพยากร และศักยภาพที่มีอยู่ภายในระบบสุขภาพ เพื่อเสริมกับชุดสิทธิประโยชน์และทรัพยากรที่ได้รับการจัดสรร หรือสนับสนุนจากส่วนกลาง

๓. สร้างการเชื่อมโยงอย่างเป็นระบบใน DHS : สร้างและพัฒนาผู้ให้บริการให้การ ดูแล (รวมการดูแลตนเอง) ทีมผู้ให้บริการให้การดูแล สถานบริการให้การดูแล และภาคีเครือข่าย ให้มีการเชื่อมและยึดโยงกับประชาชนอย่างเป็นระบบ พร้อมกับให้การสนับสนุนนโยบาย “คลินิกหมอ ครอบครัว (Primary Care Cluster)” บนพื้นฐานของการให้ความสำคัญกับทรัพยากรที่มีอยู่ในระบบสุขภาพอำเภอ ทั้งจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน โดยทำให้การเชื่อมโยงระหว่างแพทย์ ทีมแนวราบ/แนวตั้งและภาคีเครือข่าย (Matrix Teams/Links/Networks) สามารถเชื่อมและยึดโยงกับประชาชนได้อย่างเป็นระบบ ทั้งในระดับรายบุคคล-ครอบครัว-และชุมชน

๔. ติดตามและให้ความสำคัญกับสถานะและความอยู่รอดทางการเงินในภาพรวม ของระบบสุขภาพอำเภอ รับรู้สถานะทางการเงินของโรงพยาบาล สถานบริการปฐมภูมิในชุมชน ทีมผู้ให้บริการให้การดูแล ที่

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

แนวความคิด (ต่อ)

แนวคิดระบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) (ต่อ)

เป็นองค์ประกอบสำคัญของทีมแนวราบ แนวตั้งและภาคีเครือข่าย (Matrix Teams, Links, Networks) ที่มีการเชื่อมและยึดโยงกับประชาชนอย่างเป็นระบบในระบบสุขภาพอำเภอ เพื่อร่วมแก้ปัญหาและระดมทรัพยากร ตามความจำเป็นของบริบทของพื้นที่อำเภอ ในกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับสถานะหรือความอยู่รอดทางการเงิน ทั้งนี้ การทำหน้าที่ “กระตุ้น-หนุนเสริม-เติมเต็ม ตามพลวัตรในภาพรวมของ DHS” ควรดำเนินการด้วยการ มีแผนยุทธศาสตร์ในภาพรวม แผนปฏิบัติการ กระบวนการควบคุม-กำกับ-ประเมินสถานการณ์และการประเมินผล อย่างไรก็ดีตามในการทำให้ ระบบสุขภาพอำเภอมีคุณลักษณะที่สามารถรองรับการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพ จากระบบที่มี “โรงพยาบาลเป็นฐานและโรคเป็นศูนย์กลาง” สู่ระบบที่มี “พื้นที่เป็นฐานและประชาชน เป็น ศูนย์กลาง” และทำให้ “คนอำเภอเดียวกันไม่ทอดทิ้งกัน” เพื่อ “สุขภาวะ” ของประชาชนทุกคนในอำเภอ DHB ควรทำหน้าที่ได้ครบทั้ง ๔ ประการ

นอกจากนี้บทเรียนจากประสบการณ์ของการดำเนินการภายใต้ MOU ในพื้นที่บนพื้นฐานของ การมีคำสั่ง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board: DHB) ที่ ลงนาม โดยผู้ว่าราชการจังหวัด เป็นจุดเริ่มต้นสำคัญ ในการทำให้บทบาทหน้าที่ของ DHB มีคำสั่งรองรับอย่างเป็นทางการ จากคำสั่งดังกล่าวในภาพรวมกำหนดให้มีบทบาทหน้าที่ (บางแห่งเรียกว่าอำนาจหน้าที่) ซึ่งเป็นฐานสำคัญ เพื่อใช้สำหรับการขยายผล ดังต่อไปนี้ ๑) พิจารณาเห็นชอบแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิต ของอำเภอ แผนการปฏิบัติงานและงบประมาณ ๒) พิจารณาเห็นชอบรายงานความก้าวหน้าในการปฏิบัติงาน พัฒนาสุขภาพและ คุณภาพชีวิต ทุกไตรมาส รวมถึงการดำเนินนวัตกรรมในการใช้ทรัพยากรร่วมกัน ๓) ติดตามและประเมินผลความก้าวหน้าของแนวทางปฏิบัติและกิจกรรมต่างๆ ทางด้านสุขภาพและ การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนภายในอำเภอ ๔) สนับสนุนให้มีกลไกการประกันคุณภาพ โดยมีการติดตาม ทั้งภายในและภายนอก เกี่ยวกับสินทรัพย์สถานที่ เครื่องมืออุปกรณ์ ทรัพยากรทางการเงินและบุคลากร ในระดับอำเภอ ๕) รับฟัง ข้อร้องเรียน คำอุทธรณ์ คำร้องทุกข์ จากประชาชน ชุมชน สาธารณะ และจากบุคลากร ที่เกี่ยวข้อง ๖) สนับสนุนและส่งเสริมความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่างๆ ในการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิต ของประชาชนภายในอำเภอ ๗) สนับสนุนและส่งเสริมกลไกต่างๆ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการพัฒนาสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของประชาชนภายในอำเภออย่างยั่งยืน ๘) สนับสนุนให้ท้องถิ่นและชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ ๙) แต่งตั้งคณะทำงานที่ประกอบด้วยสมาชิกจากภาคสาธารณสุข และอาจรวมถึงภาครัฐ ภาคเอกชนท้องถิ่นและชุมชน ทำหน้าที่รับผิดชอบการจัดการระบบสุขภาพอำเภอ ๑๐) แต่งตั้งคณะทำงานต่างๆ ของอำเภอ เพื่อสนับสนุนให้เกิดการดำเนินงานการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิต ของประชาชนในอำเภอที่มีประสิทธิภาพ

ในช่วงเริ่มต้นของการมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board) เนื่องจากการดำเนินการเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพ พัฒนาบริการ และการดำเนินการ เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ โดยมีพื้นที่เป็นฐาน จำเป็นต้องมีการบริหารจัดการ ผ่านการรับรู้สัมผัสและเข้าถึงสภาพปัญหาที่มีความซับซ้อน จากองค์ประกอบของทั้งความยากเชิงเทคนิควิชาการ (Technically complicated problems) และความยากเชิงสังคม (Socially complicated problems) ดังนั้น องค์ประกอบของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต และระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board) จึงควรประกอบด้วย จำนวนและกระบวนการสรรหาจะมีความชัดเจนมากขึ้น หลังจากมีการดำเนินการนำร่อง ในพื้นที่จริง

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

แนวความคิด (ต่อ)

แนวคิดระบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) (ต่อ)

ดังนั้นผู้ศึกษาในบทบาทของหัวหน้างาน จึงมีแนวคิดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย โดยใช้ข้อมูลปัญหาของชุมชนเป็นฐาน ซึ่งจะเป็นแรงเสริมเพื่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องอย่างยั่งยืน ด้วยระบบพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ซึ่งเป็นแนวคิดที่คนในชุมชนจะต้องมีส่วนร่วม ตั้งแต่ร่วมในการให้/รับรู้ข้อมูลข่าวสารหรือรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในชุมชน ร่วมคิดและวางแผนหารูปแบบแนวทาง วิธีการ/กิจกรรมในการดำเนินงานส่งเสริมให้เกิดการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม ร่วมตัดสินใจ/สรุปความคิดเห็น/กำหนดวิธีการ/การจัดกิจกรรม/การใช้ทรัพยากร ร่วมทำ/ร่วมดำเนินการ/ร่วมจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในโครงการของชุมชนตามขีดความสามารถของตนเอง/ของกลุ่ม/ของชุมชน ร่วมตรวจสอบหรือร่วมติดตามประเมินผลการจัดกิจกรรมในการดำเนินงาน

ข้อเสนอ

แนวทางการขับเคลื่อนโดยใช้แนวคิดของพขอ.ในการดำเนินงานในพื้นที่ มีการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้เห็นปัญหาร่วมกัน วิเคราะห์ความต้องการของชุมชน รวมถึงทรัพยากรที่ชุมชนมี และมีการขับเคลื่อนงานโดยพขอ. มีการเสริมพลังชุมชนเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ใช้/ผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดจำเป็นต้องอาศัยทรัพยากรมาอาศัยความร่วมมือจากทุกระบบทั้งของภาครัฐและชุมชน การมีส่วนร่วมในกระบวนการติดตามผู้ผ่านการบำบัดเมื่อบำบัดครบโปรแกรม ดังนี้

กระทรวงมหาดไทย: ดำเนินการให้เกิดระบบบริหารจัดการภายใต้โครงสร้าง “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” อย่างเป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพ เพื่อการบริหารจัดการการพัฒนาคุณภาพชีวิต และสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ โดยมีนายอำเภอเป็นประธาน คณะกรรมการประกอบด้วย หัวหน้าส่วนราชการ ผู้แทนภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน ในพื้นที่ โดย ๑) กำหนดแผนงาน เป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในอำเภอ ๒) ดำเนินการให้เกิดการขับเคลื่อนตามแผนงาน เป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ โดยประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและภาคเอกชนภายในและภายนอกเขตอำเภอ ๓) บูรณาการและระดมทรัพยากรที่มีอยู่ในอำเภอ ทั้งจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนตามแผนงาน เป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในอำเภอ ๔) สนับสนุนและส่งเสริมให้ท้องถิ่นและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ๕) เสนอแนะและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดำเนินงานในเรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตต่อหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ๖) ประสานงานกับ พขอ. ในอำเภออื่น เพื่อให้เกิดการบูรณาการ ในการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ ๗) ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในอำเภอ ๘) เรียกให้ส่วนราชการ หน่วยงานของรัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานของเอกชนในอำเภอ จัดส่งข้อมูล เอกสาร หรือ หลักฐานที่เกี่ยวข้องหรือเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดแผนงาน เป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ หรือการดำเนินงานในการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตในอำเภอ และ ๙) ปฏิบัติการอื่นใดที่จำเป็นและต่อเนื่อง เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการดำเนินการตามระเบียบ หรือตามที่กฎหมายกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของ พขอ. หรือตามที่ผู้ว่าราชการจังหวัดมอบหมาย

กระทรวงสาธารณสุข (หน่วยงานในสังกัด กระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล): โดยมีสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ทำหน้าที่เป็นกรรมการและเลขานุการ พขอ. มีบทบาทหน้าที่ดังนี้ ๑) เป็นหน่วยงานกลางในการจัดทำแผนงาน เป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในอำเภอ ๒) เป็นหน่วยงานประสานงานในการ

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

ข้อเสนอ (ต่อ)

ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนงาน เป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในอำเภอ เพื่อเสนอต่อ พขอ. หรือคณะกรรมการที่ พขอ. แต่งตั้ง ๓) จัดเก็บ รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตในอำเภอ ๔) ปฏิบัติการ ประสานการปฏิบัติ ให้การสนับสนุนและช่วยเหลือหน่วยงานของรัฐและเอกชน ให้เกิดการปฏิบัติการตามแผนงาน เป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในอำเภอ ๕) เป็นศูนย์ข้อมูลกลางในการประชาสัมพันธ์หรือเผยแพร่ข้อมูลและข่าวสารเกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อให้เป็นไปตามแผนงาน เป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในอำเภอ และ ๖) ปฏิบัติการอื่นใดตามที่ พขอ. หรือคณะกรรมการมอบหมาย

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.): ๑) สนับสนุนและส่งเสริมระบบบริหารจัดการภายใต้โครงสร้าง “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” อย่างเป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพ เพื่อการบริหารจัดการการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ อย่างเป็นรูปธรรม และยั่งยืน ๒) สนับสนุนการพัฒนากลไกด้านการเงินการคลังสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการดำเนินการของ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” อย่างเป็นรูปธรรม และมีประสิทธิภาพ ๓) สนับสนุน วิชาการ องค์กรความรู้ และระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน ของ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.): ๑) สนับสนุนทรัพยากร ด้านงบประมาณ วิชาการ องค์กรความรู้และระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานของ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ ๒) สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต และระบบสุขภาพระดับสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” ประชาชนและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องให้มีความรู้ ความเข้าใจ และสมรรถนะในการจัดการปัจจัยที่กำหนดสถานะสุขภาพทางสังคมและความแตกฉานด้านสุขภาพ (Health literacy) ๓) สื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ประชาชน และเครือข่ายสุขภาพ มีความเข้าใจ และสร้างการมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิต

โดยมีแนวทางการดำเนินงานดังนี้

๑. ค้นข้อมูลสถานะสุขภาพของประชาชนในอำเภอหนองม่วงไข่ เกี่ยวกับสถานการณ์ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ และต้องได้รับการติดตาม โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชน ในเวทีประชุมคณะกรรมการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ

๒. ร่วมจัดทำแผนยุทธศาสตร์แบบบูรณาการทั้ง งาน คน เงิน ของ ในระดับอำเภอเพื่อกำหนดแนวทางการพัฒนา/แก้ไขปัญหายาเสพติดแบบมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

๓. ทบทวนและจัดทำแนวทางการปฏิบัติงานครอบคลุมทุกมิติ ทั้งในด้านการค้นหา คัดกรอง บำบัดรักษา และติดตาม โดยในประชาชนและเยาวชนกลุ่มทั่วไป เน้นการป้องกัน การเสริมสร้างทักษะชีวิต กลุ่มเสี่ยง เน้นการเสริมสร้างทักษะชีวิตและการป้องกัน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กลุ่มป่วยเน้นการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ และติดตามอย่างต่อเนื่อง ประสานงานกับศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมในการดูแลช่วยเหลือด้านอื่นๆ เช่นส่งเสริมอาชีพ การศึกษา การสนับสนุนงบประมาณ และการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมอื่นๆ

๔. ประสานงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องได้แก่ รพ.สต. อสม. หมอครอบครัว องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พัฒนาชุมชน ผู้นำชุมชน หน่วยงาน/องค์กรภาครัฐและเอกชน กศน. แกนนำ/ชมรมต่างๆ ในพื้นที่ และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อ ร่วมให้ความช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัด

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

ข้อเสนอ (ต่อ)

๕. กระตุ้นให้ชุมชนมีส่วนร่วม ตั้งแต่ร่วมในการให้/รับรู้ข้อมูลข่าวสารหรือรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในชุมชน ร่วมคิดและวางแผนหารูปแบบแนวทางวิธีการ การกิจกรรมในการดำเนินงานส่งเสริมให้เกิดการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม ร่วมตัดสินใจ สรุปความคิดเห็น กำหนดวิธีการและการจัดกิจกรรมการใช้ทรัพยากร ร่วมทำ ร่วมดำเนินการ ร่วมจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในโครงการของชุมชน ตามขีดความสามารถของตนเองของกลุ่ม ของชุมชน ร่วมตรวจสอบหรือร่วมติดตามประเมินผลการจัดกิจกรรมในการดำเนินงาน

๖. ร่วมประชุมกับคณะกรรมการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอทุกครั้ง และร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการดำเนินงานกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน เพื่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง

๗. มีการส่งเสริมองค์ความรู้และพัฒนาศักยภาพของคณะทำงานอย่างต่อเนื่อง

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น

๑. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุเสฟติด จำเป็นต้องอาศัยทรัพยากรมาจากทุกระบบของภาครัฐและชุมชน การมีส่วนร่วมในกระบวนการติดตามผู้ผ่านการบำบัดเมื่อบำบัดครบโปรแกรม

๒. การตีตราซ้ำเติมผู้ป่วย/ผู้มีปัญหาสารเสฟติด และทัศนคติของคนในชุมชนยังเป็นความท้าทายเนื่องจากทัศนคติและการเปิดรับของคนในชุมชน ถือเป็นส่วนสำคัญและส่งผลกระทบต่อความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ

๓. การกลับไปเสฟซ้ำเนื่องจากยาเสฟติดมีผลต่อสมอง ตัวกระตุ้นทั้งภายในและภายนอกทำให้อยากกลับไปเสฟซ้ำ

แนวทางแก้ไข

๑. ใช้แนวทางการขับเคลื่อนโดยใช้แนวคิดของพขอ. ในการดำเนินงาน มีการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้เห็นปัญหาร่วมกัน วิเคราะห์ความต้องการของชุมชน รวมถึงทรัพยากรที่ชุมชนมี มีการขับเคลื่อนงานโดยพขอ. และการเสริมพลังชุมชนเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง

๒. มีการเตรียมชุมชน สร้างความรู้และความเข้าใจแก่ชุมชนว่าผู้เสฟคือผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ผ่านการบำบัดเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน ช่วยส่งเสริมอาชีพ หรือแหล่งสนับสนุนทางสังคมอื่นๆ

๓. สร้างความตระหนักให้ครอบครัว ชุมชนมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือแบบประคับประคอง ให้คำแนะนำ การเสริมสร้างกำลังใจ การให้โอกาส สนับสนุนและส่งเสริมการหยุดใช้ยาเสฟติด ไม่กลับไปเสฟซ้ำ ตลอดจนสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑ เกิดกระบวนการในการดูแล ติดตาม ช่วยเหลือและฟื้นฟูสภาพทางสังคมของผู้ติดยาเสฟติดในระดับอำเภอ

๔.๒ มีต้นแบบของการดูแล ติดตาม ช่วยเหลือและฟื้นฟูสภาพทางสังคมของผู้ติดยาเสฟติดในระดับหมู่บ้าน และตำบลในพื้นที่

๔.๓ มีการพัฒนา คุณภาพ มาตรฐานการดำเนินงานด้านการบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ติดยาเสฟติดอย่างต่อเนื่อง

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑ มีต้นแบบในการดูแล ติดตาม ช่วยเหลือและฟื้นฟูสภาพทางสังคมของผู้ติดยาเสพติด ระดับตำบล อย่างน้อย ๑ แห่ง

๕.๒ ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่อง จนถึงติดตาม (Retention Rate) มากกว่าร้อยละ ๗๐

(ลงชื่อ) 

(นางวัชลี อินต๊ะสงค์)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ผู้ขอประเมิน

วันที่เดือน  พ.ค. ๒๕๖๖ ปี.....

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง...ปัจจัยเชิงพฤติกรรม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ตำบลแม่จั่ว อำเภอดงขี้เหล็ก จังหวัดแพร่

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการเดือนกันยายน๒๕๖๕ - ธันวาคม ๒๕๖๕

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๑. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ ๒๐๑๙ เกิดจาก coronavirus ชื่อ SARS-CoV-๒ ไวรัส โคโรนา (CoVs) เป็นตระกูลใหญ่ของไวรัสหลายชนิดทำให้เกิดโรคระบบทางเดินหายใจในมนุษย์ ตั้งแต่ไข้หวัดธรรมดาไปจนถึงโรคที่หายากและร้ายแรง เช่น กลุ่มอาการระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (SARS) และกลุ่มอาการระบบทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (MERS) (World Health Organization, ๒๐๒๐) เป็นไวรัสที่มีเปลือกเป็นไขมันหุ้ม จึงทำให้มีรูปร่างคล้ายมงกุฎ เป็นไวรัสชนิด RNA ขนาดใหญ่ที่สุดในไวรัส RNA มีขนาด ๐.๐๖-๐.๑๔ ไมครอน ที่พบในสัตว์เลี้ยง ลูกด้วยนมและสัตว์ปีก มีหลักฐานจากการถอดรหัสพันธุกรรมพบว่า SARS-CoV-๒ มีต้นกำเนิดมา จากค้างคาวมงกุฎเทาแดง การติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจ และยังเป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ ที่สำคัญทางสาธารณสุขโรคหนึ่ง ที่ส่งผลกระทบในวงกว้าง ทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม^๑

สาเหตุของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙

ไวรัสโคโรนา เป็นไวรัสอาร์เอ็นเอสายเดี่ยวที่ห่อหุ้มซึ่งสามารถติดต่อกันจากสัตว์สู่คนได้ และทำให้เกิดอาการต่างๆ ตั้งแต่อาการคล้ายกับไข้หวัดธรรมดาไปจนถึงอาการทางระบบทางเดิน หายใจ ลาไส้ ตับ และระบบประสาทที่รุนแรงขึ้น^๒ ติดผ่านละอองฝอย น้ำลาย น้ำมูก ที่กระเด็นออกจากตัวผู้ป่วยเป็นช่องทางหลัก และยังแพร่เชื้อได้จากการขับออกทาง อุจจาระ การขี้ตา (ผ่านเยื่อぶตา) และการสัมผัสใบหน้า ปาก ระยะฟักตัวของเชื้อโคโรนาไวรัส โดยเฉลี่ยมีระยะ ๒ วัน (๑๒ ชั่วโมง – ๕ วัน) คาดการณ์จากประวัติของผู้ป่วยแต่ละรายโดยเฉลี่ย ๑๔ วัน อาการทางคลินิก ได้แก่ ไข้ ไอ คัดจมูก มีเสมหะ เจ็บคอ ปวดศีรษะ หายใจถี่ ครั่นเนื้อครั่นตัว อ่อนเพลีย ปวดข้อ หนาวสั่น วิงเวียน อาเจียน ท้องเสียและหายใจลำบากในกรณีที่รุนแรงมากขึ้น อาจพบอาการปอดอักเสบ โรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง ไตวาย จนถึงขั้นเสียชีวิต^๓

อาการของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙

ไข้ มากกว่า ๓๗.๕ องศาเซลเซียส มีอาการระบบทางเดินหายใจ เช่น ไอ มีน้ำมูก เจ็บคอ หายใจเหนื่อย หอบ

๒. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)^๔

หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากประชาชนในหมู่บ้าน และได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่ กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญ คือ เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้าน พฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agents) สื่อสารข่าวสารสาธารณสุข แนะนำเผยแพร่ความรู้ วางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่างๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยา และเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุข กำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการการฟื้นฟู สภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ อสม.คนหนึ่งจะรับผิดชอบดูแลครัวเรือนในหมู่บ้าน/ชุมชน โดยเฉลี่ย ๑๐ - ๑๕ หลังคาเรือน

บทบาทหน้าที่ของ อสม. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีบทบาทในการเป็นผู้นำการดำเนินงาน พัฒนา สุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้าน /ชุมชน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change

agents) พฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชน และมีหน้าที่ แก้วข้าวร้าย กระจายข่าวดี ประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี โดยมีหน้าที่ความรับผิดชอบดังนี้

๑. เป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน นัดหมาย เพื่อนบ้านมารับบริการสาธารณสุข แจ่ง ข่าวสาธารณสุข เช่น การเกิดโรคติดต่อที่สำคัญ หรือ โรคระบาดในท้องถิ่น ตลอดจนข่าวความเคลื่อนไหวในกิจกรรมสาธารณสุข รับข่าวสารสาธารณสุข แล้ว แจ่งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในท้องถิ่นทราบอย่างรีบด่วนในเรื่องสำคัญ เช่น เรื่องโรคระบาด หรือโรคติดต่อต่างๆ รับข่าวสารแล้วจดบันทึกไว้ในสมุดบันทึกผลการปฏิบัติงานของ อสม.

๒. เป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ในเรื่องต่างๆ ได้แก่ การใช้สถาน บริการสาธารณสุขและการใช้ยา การรักษาอนามัยของร่างกาย การให้ภูมิคุ้มกันโรค การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและการจัดหาน้ำสะอาด โภชนาการและสุขภาพ อาหารการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อประจำถิ่น การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผน ครอบครัว การดูแล รักษาและป้องกันสุขภาพเหงือกและฟัน การดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัยและโรคไม่ติดต่อที่สำคัญการป้องกัน และแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัยการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านสาธารณสุข การจัดหายาจำเป็นไว้ใช้ในชุมชน และการส่งเสริมการใช้สมุนไพรและแพทย์แผน ไทย ฯลฯ

๓. เป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ได้แก่ การส่งต่อผู้ป่วยและการติดตามดูแล ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถาน บริการการจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดในรายที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตรวจแล้ว และจ่ายถุงยางอนามัย การปฐมพยาบาลเบื้องต้น เช่น เกี่ยวกับ บาดแผลสด กระดูกหักข้อเคลื่อน ฯลฯ การรักษาพยาบาลเบื้องต้นตามอาการ

๔. หมุนเวียนกันปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมาย โดยมีกิจกรรมที่ควรดำเนินการ ได้แก่ จัดทำศูนย์ข้อมูลข่าวสารของหมู่บ้าน ถ่ายทอดความรู้และจัดกิจกรรมตามปัญหาของชุมชน ให้บริการที่จำเป็นในกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน

๕. เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น เฝ้าระวังปัญหาโภชนาการ โดยการชั่งน้ำหนักเด็กและร่วมแก้ไขปัญหาดังกล่าวและขาดอาหารและขาดธาตุไอโอดีน เฝ้าระวังด้านอนามัยแม่และเด็กโดยการติดตามหญิงมีครรภ์ให้มาฝากท้องและตรวจครรภ์ ตามกำหนด เฝ้าระวังด้านสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยการติดตามให้มารดานำเด็กไปรับวัคซีนตามกำหนด และ เฝ้าระวังเรื่องโรคติดต่อ ประจำถิ่น โดยการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เป็นต้น

๖. เป็นผู้ดำเนินการบริหารจัดการวางแผนแก้ปัญหาและพัฒนาชุมชน โดยใช้งบประมาณ หมวดอุดหนุนทั่วไปที่ได้รับจาก กระทรวงสาธารณสุข หรือจากแหล่งอื่นๆ

๗. เป็นแกนนำในการชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขของ ชุมชน และพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยใช้ กระบวนการความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) และรวมกลุ่มใน การพัฒนาสังคมด้านต่างๆ

๘. ดูแลสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้าน โดยเป็นแกนนำในการประสานงานกับกลุ่มผู้นำชุมชน และ องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) กระตุ้นให้มีการวางแผนและดำเนินงานเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขของหมู่บ้าน อสม. จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการเฝ้าระวังโควิด ๑๙ ระดับตำบล เพื่อจัดการให้มีการรณรงค์ อสม. เคาะประตูบ้านด้านโควิด ๑๙ ได้อย่างครอบคลุม โดย อสม. แต่ละคนต้องลงไปปฏิบัติงานใน พื้นที่ และรายงานผลการดำเนินงานผ่านแอปพลิเคชัน อสม. ออนไลน์ รวมถึงติดต่อประสานงาน กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในพื้นที่

๓.พฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ พฤติกรรมในการป้องกันโรคนั้น จัดเป็นพฤติกรรมการป้องกันโรค ซึ่งมีผู้ให้ความหมาย ของพฤติกรรมป้องกันการโรคไว้ ดังนี้ จริยวัตร คมพยัคฆ์, และวนิดา ดุรงค์ฤ

ทฤษฎี (๒๕๕๓) ^๕ กล่าวว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคหมายถึง การกระทำ หรือการแสดงออกของบุคคล เพื่อเป็นการป้องกันการเจ็บป่วย หรือ วินิจฉัยโรค ในระยะเริ่มแรกที่ยังไม่ปรากฏอาการ ซึ่งพฤติกรรมป้องกันโรคจะครอบคลุมการกระทำ เพื่อเพิ่มศักยภาพทางด้านสุขภาพเป็นการปฏิบัติที่มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ ให้สมบูรณ์แข็งแรง รวมทั้งการมีภูมิคุ้มกันโรค หรือภัยคุกคามต่างๆ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงเป็นการปฏิบัติ เพื่อกาจัดลด หรือหลีกเลี่ยงจากปัจจัยเสี่ยง ที่จะเป็สาเหตุให้เกิดปัญหาสุขภาพ เพื่อป้องกันกระบวนการ พัฒนาการเกิดโรค

ประกาย จิโรจน์กุล (๒๕๕๖) ^๖ กล่าวว่า พฤติกรรมการป้องกันโรค หมายถึง การปฏิบัติของ บุคคล ที่มุ่งไปที่การลดปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยคุกคาม ที่ทำให้เกิดโรค หรือการเจ็บป่วย

พฤติกรรมที่ควรปฏิบัติ ในการป้องกันโรค แบ่งเป็น ๕ ด้านดังนี้

๑. การดูแลเกี่ยวกับโภชนาการ โภชนาการมีความสำคัญต่อการเจริญเติบโตและ พัฒนาการของร่างกาย ควรให้การดูแลเกี่ยวกับโภชนาการ ให้ได้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ครบ ๕ หมู่ในปริมาณเพียงพอ กับความต้องการของร่างกาย เพื่อป้องกันภาวะทุพโภชนาการ เป็นวิธีการที่ช่วยลดการติดเชื้อโรคติดเชื้อเฉียบพลันทางระบบหายใจ

๒. การดูแลสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน การดูแลสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน ให้สะอาดถูก สุขลักษณะ มีการระบายอากาศ และแสงสว่างภายในบ้าน เป็นการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ ทั้งโดยตรง และโดยอ้อม การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน การทำความสะอาดพื้น ผนัง ห้อง อุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้ โต๊ะเก้าอี้ ของใช้ส่วนตัว จะช่วยในการป้องกัน และลดการ แพร่กระจายโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจได้

๓. การรักษาความอบอุ่นร่างกาย การเปลี่ยนแปลงอากาศที่รวดเร็ว หรืออากาศที่หนาว เย็น หากร่างกายปรับตัวไม่ทัน จะทำให้มีโอกาสป่วยได้ การดูแลให้ความอบอุ่นร่างกาย จึงเป็น สิ่งสำคัญโดยให้สวมใส่เสื้อผ้าที่เหมาะสม ตามฤดูกาล หลีกเลี่ยงการโดน หรือสัมผัสอากาศที่หนาว เย็น หลีกเลี่ยงการดื่มน้ำ หรืออาบน้ำเย็น หลีกเลี่ยงการตากฝน หรือสัมผัสกับอากาศที่มี การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เช่น จากร้อนเป็นเย็น เย็นเป็นร้อน

๔. การดูแล ออกกำลังกาย และพักผ่อน การดูแลให้ออกกำลังกาย หรือการเคลื่อนไหว ร่างกายอย่างสม่ำเสมอ ช่วยให้ร่างกายแข็งแรง และเกิดภูมิคุ้มกันโรค

๕. การหลีกเลี่ยงการติดเชื้อโรค โดยการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่จะทำให้เกิดโรค ได้แก่ การสัมผัสกับเชื้อโรค การสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วย และการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการติด เชื้อโรค เป็นต้น

การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ที่จะได้ประสิทธิภาพที่ดีนั้น นอกจากจะต้องมี ความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคโควิด ๑๙ ยังจะต้องศึกษามาตรการในการป้องกันโรคโควิด ๑๙ รู้วิธีการ ป้องกันโรค และมีพฤติกรรม สุขภาพในชีวิตประจำวันอย่างถูกต้องเหมาะสม เช่น ล้างมือด้วยสบู่ และน้ำสะอาดอย่างน้อย ๒๐ วินาทีสวมหน้ากากผ้า หรือหน้ากากอนามัยกรณีป่วย/คนดูแลผู้ป่วย หลีกเลี่ยงการสัมผัสใบหน้า ขี้ตา แคะจมูก และสัมผัสปาก หลีกเลี่ยงการใช้สิ่งของร่วมกับผู้อื่น รักษาระยะห่าง ๑-๒ เมตร หลีกเลี่ยงการไปในสถานที่ที่ผู้คนหนาแน่น หมั่นออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ๆ เป็นต้น

๔.แนวคิด และทฤษฎี แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health belief model) เป็นแบบแผนที่พัฒนาขึ้นมาจาก ทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาสังคม เพื่อใช้อธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม สุขภาพ โดยครั้งแรกได้นำมาในการทำนายและอธิบายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค (Preventive health behavior) ต่อมาภายหลังได้มีการดัดแปลงไปใช้ในการอธิบายพฤติกรรมกรรมการเจ็บป่วย (Illness behavior) และพฤติกรรมของผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ (Sick – role behavior) พัฒนาการของแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพเกิดขึ้นเมื่อนักวิชาการได้ หันมาสนใจพฤติกรรม

ของมนุษย์กันมากขึ้น เนื่องจากมีความเชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์เป็น สิ่งที่สามารถศึกษาทำความเข้าใจ และทำการควบคุมได้โดยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ สำหรับ พฤติกรรมสุขภาพ ได้รับความสนใจศึกษากันมากในตอนต้นของช่วงปีค.ศ. ๑๙๕๐-๑๙๖๐ ซึ่งถือว่า เป็นช่วงเริ่มแรกของการพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เนื่องจากในยุคนั้นการจัดบริการ ด้านสาธารณสุข ที่เน้นกิจกรรมด้านการป้องกันโรคมกกว่ากิจกรรมด้านการรักษาพยาบาล ไม่ได้ ได้รับความสนใจจากประชาชน คือ ประสบปัญหาที่มีประชาชนมารับบริการการป้องกันโรคกันน้อยลง”

องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ ประกอบด้วย

๑. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) หมายถึง ความเชื่อ ของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะ เจ็บป่วย แต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงต่อการเป็น โรคด้วยการปฏิบัติตามเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกันจึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อ ความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสของการเกิดโรคซ้ำหรือการง่าย ที่จะป่วยเป็นโรคต่างๆ มีรายงานการวิจัยหลายเรื่องที่ทำให้การสนับสนุนความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของ การเป็นโรคว่ามีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ เช่น เมื่อบุคคลป่วยเป็นโรคใดโรคหนึ่ง ความรู้สึกของบุคคลที่ว่าตนเองจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคนั้นๆ อีก จะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคไม่ให้เกิดกับตนเองอีก

๒. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) เป็นการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค ปัญหาสุขภาพหรือผลกระทบจากการเกิดโรคซึ่งก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต การประเมินความรุนแรงนั้นอาศัยระดับต่างๆของการกระตุ้นเร้าของบุคคลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนั้น ซึ่งอาจจะมองความรุนแรงของการเจ็บป่วยนั้นทำให้เกิดความพิการหรือตายได้หรือไม่หรืออาจมี ผลกระทบต่อหน้าที่การทำงาน เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยแล้วจะมี ผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค ซึ่งจากผลการวิจัยจำนวนมาก พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่น การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ

๓. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits) การรับรู้ถึง ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคโดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ ดังนั้น การตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับ การเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้นโดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดี มากกว่าผลเสีย

๔. การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barriers) การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย ของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษทำให้เกิดความไม่สบาย การมารับบริการหรือพฤติกรรม อนามัยนั้นขัดกับอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อ พฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมของผู้ป่วยนี้สามารถใช้ทำนายพฤติกรรมการให้ ความร่วมมือในการรักษาโรคได้

๕. สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเป็นเหตุการณ์ หรือสิ่งที่มากระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมา ซึ่งได้ กล่าวว่า เพื่อให้แบบแผนความเชื่อมีความสมบูรณ์นั้นจะต้องพิจารณาถึงสิ่งชักนำให้เกิด การปฏิบัติซึ่งมี ๒ ด้าน คือ สิ่งชักนำภายในหรือสิ่งกระตุ้นภายใน (Internal

Cues) ได้แก่ การรับรู้ สภาวะของร่างกายตนเอง เช่น อาการของโรคหรือ การเจ็บป่วย ส่วนสิ่งชักนำภายนอก หรือ สิ่งกระตุ้นภายนอก (External Cues) ได้แก่ การให้ข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชนหรือการเตือนจาก บุคคลที่เป็นที่รักหรือญาติ เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา เป็นต้น

๖. ปัจจัยร่วม (Modifying factors) ปัจจัยร่วม เป็นปัจจัยที่ไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรม สุขภาพ แต่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติ ได้แก่

๖.๑ ปัจจัยด้านประชากร เช่น อายุ ระดับการศึกษา เป็นต้น

๖.๒ ปัจจัยทางด้านสังคมจิตวิทยา เช่น บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคม กลุ่มเพื่อน กลุ่มอ้างอิง มีความเกี่ยวข้องกับบรรทัดฐานทางสังคม ค่านิยมทางวัฒนธรรมซึ่งเป็นพื้นฐานทำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคที่แตกต่างกัน

๖.๓ ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ความรู้เรื่องโรค ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค เป็นต้น

๗. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health motivation) แรงจูงใจด้านสุขภาพ หมายถึง สภาพ อารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการถูกกระตุ้นด้วยเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ได้แก่ ระดับความสนใจ ความใส่ใจ ทศนคติและค่านิยมทางด้านสุขภาพ เป็นต้น

๘. การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค ซึ่งความหมายของการสนับสนุนทางสังคมนั้น ได้มีผู้ให้ความหมายไว้ ดังนี้

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์ สังคม และสิ่งของหรือข้อมูลซึ่งการสนับสนุนนี้ จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาและตอบสนองต่อ ความเจ็บป่วยหรือความเครียดได้ในระยะเวลาเร็วขึ้น

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วยการสนับสนุน ด้านอารมณ์ซึ่งเกิดจากความใกล้ชิดผูกพันการให้การดูแลและการให้ความเชื่อถือไว้วางใจ การสนับสนุนความคิดการตัดสินใจ ซึ่งเกิดจากการยอมรับนับถือและเห็นถึงคุณค่าและการให้ ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ได้แก่ คำแนะนำ ข้อมูล สิ่งของหรือบริการต่างๆ

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ หรือ โควิด-๑๙ (Covid-๑๙) ได้เริ่มต้นเมื่อปลายปี พ.ศ.

๒๕๖๒ และลุกลามไปทั่วโลก สร้างความหวาดกลัวและส่งผลกระทบต่อสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจของประชากร และเมื่อต้นเดือนมกราคม พ.ศ. ๒๕๖๓ มีการระบาดใหญ่ (pandemic) ซึ่งเป็นการติดเชื้อทั่วโลกอย่างรวดเร็ว ตามประกาศขององค์การอนามัยโลก เมื่อวันที่ ๑๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๓ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๓ก) จากสถิติเมื่อวันที่ ๖ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ ประชากรทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อ ๒๑๕,๙๓๗,๕๓๖ คน และตาย ๔,๔๖๑,๙๙๙ คน โดย ๕ ลำดับแรกของประเทศที่มีผู้ติดเชื้อสูงสุดดังนี้ ประเทศสหรัฐอเมริกา (๓๗,๙๓๙,๖๔๑คน) เป็นอันดับหนึ่ง ตามด้วยอินเดีย (๓๒,๔๗๔,๗๗๓คน) บราซิล (๒๐,๕๘๓,๙๙๔ คน) ฝรั่งเศส (๖,๗๐๘,๑๖๓คน) และรัสเซีย (๖,๖๗๒,๓๗๓คน) ตามลำดับ ประเทศไทยมีการติดเชื้อลำดับ ๑๓ ของโลก จำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อ ๔๔๖,๓๕๕๗ คน และเมื่อพิจารณา ๕ ลำดับแรกของประเทศที่มีจำนวนผู้เสียชีวิตมากที่สุด ได้แก่ สหรัฐอเมริกา (๖๒๙,๔๑๑คน) อินเดีย (๕๗๔,๘๔๘คน) บราซิล(๕๗๔,๘๔๘คน) เม็กซิโก (๒๕๓,๕๒๖คน) และเปรู (๑๙๗,๘๗๙ คน) ตามลำดับ ^๙

จังหวัดแพร่ เป็นจังหวัดหนึ่งที่พบผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ สะสม จากการระบาดของโควิด ๑๙ ระลอก มีผู้ป่วยยืนยัน ณ วันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๕ จำนวน ๗๒,๙๓๐ ราย เสียชีวิต จำนวน ๗๕ ราย ^{๑๐} อำเภอเด่นชัยพบผู้ป่วย จำนวน ราย มีผู้เสียชีวิต ราย แยกจำนวนผู้ติดเชื้อเป็นรายตำบล ดังนี้ ตำบลเด่นชัย

๑๔๑๐ ราย, ตำบลแม่จั่ว ๙๕๘ ราย, ตำบลปงป่าหวาย ๘๗๐ ราย, ตำบลไทรย้อย ๑๐๙๗ ราย, ตำบลห้วยไร่ ๘๘๒ ราย

การระบาดของโควิด ๑๙ ส่งผลกระทบกับการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนแห่ง สหประชาชาติ (Sustainable Development Goals: SDGs) ทั้ง ๑๓ เป้าหมาย เช่น หลายโรงเรียน ต้องถูกปิด กิจกรรมทาง เศรษฐกิจหยุดชะงัก รายได้ลดลง บางอาชีพว่างงาน^{๑๐} (สหประชาชาติ ประเทศไทย, ๒๕๖๓) ซึ่งส่งผลให้เกิดผล กระทบในวงกว้าง ทั้งทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม องค์การอนามัยโลก หรือ World Health Organization (WHO) ได้มีการกำหนดแนวทาง ในการ ดำเนินการเฝ้าระวังคัดกรอง และป้องกันควบคุมโรค ไม่ให้มีการระบาดของโรค การเฝ้าระวังคัดกรอง ป้องกันโรค จะมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เป็นผู้ปฏิบัติงาน และยังมี อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกำลังสำคัญที่ช่วยทำหน้าที่ในการเฝ้าระวัง ติดตาม กักตัวบุคคลที่มาจากพื้นที่เสี่ยง ให้คำแนะนำการป้องกันตัวแก่ ประชาชนในพื้นที่ หมู่บ้านที่ตัวเองรับผิดชอบ ซึ่ง สามารถช่วยลดการแพร่กระจายของโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ในชุมชนได้ ^{๑๑}ตามที่มีมาตรการป้องกัน เพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา ๒๐๑๙ ในชุมชน โดยให้อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. ร่วมเป็นทีมเฝ้า ระวังในระดับชุมชน เฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันการระบาด ร่วมค้นหา คัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่เข้ามาใน หมู่บ้าน ให้ดำเนินการให้คำแนะนำ ติดตาม และเฝ้าสังเกตอาการในกลุ่มเสี่ยงแล้ว ยังมีกิจกรรม ที่อสม.ต้องทำ เช่น กิจกรรมการเคาะประตูเยี่ยมบ้าน การสำรวจสุขภาพตนเอง การให้ความรู้ ประชาชน การวัดอุณหภูมิ การบันทึกข้อมูลกลุ่มเสี่ยงและรายงานผล รวมไปถึงการประสานงาน กับเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขในพื้นที่ ซึ่งการทำกิจกรรมดังกล่าวล้วนมีความเสี่ยงในการปฏิบัติงาน ดังนั้น ผู้ปฏิบัติงานต้องม ีความรู้ ความเข้าใจ มีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองในเรื่องโควิด ๑๙ ระดับหนึ่ง

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในตำบลแม่จั่ว ได้ดำเนินการเฝ้าระวัง คัดกรอง กลุ่มเสี่ยง ทั้ง ตำบล ๑๐ หมู่บ้าน โดยมีกิจกรรมการเคาะประตูบ้านกลุ่มเสี่ยง จำนวน ๒,๒๒๒ หลังคาเรือน มีการเฝ้าระวัง คัด กรองกลุ่มเสี่ยงที่เดินทางมาจากต่างประเทศ เดินทางมาจาก กรุงเทพมหานครและปริมณฑล กลุ่มประชาชนใน พื้นที่เสี่ยง และยังมีการเยี่ยมติดตามกลุ่มเสี่ยงที่ บ้าน รวมถึงการไปปฏิบัติงาน ณ จุดคัดกรองของชุมชน ^{๑๒} อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้ที่มิบทบาทสำคัญทางด้านสาธารณสุข เนื่องจากเป็นกลุ่มที่ ต้องลงไปปฏิบัติงาน เกี่ยวกับโรคติดต่อในชุมชน ซึ่งจากสถานการณ์ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ใน ปัจจุบันนี้ ทำให้อสม. จำเป็นต้องปรับตัวให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมการปฏิบัติงาน ที่มี การเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว รวมทั้ง อสม. ควรที่จะมีความรู้ และพฤติกรรมการป้องกัน ตัวเองโรคที่ดี เพื่อที่จะได้เป็นแกนนำสำคัญให้กับประชาชนในชุมชนเกี่ยวกับการป้องกันโรค ^{๑๓}

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาปัจจัยเชิงพฤติกรรม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน ต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ตำบลแม่จั่ว อำเภอด่านซ้าย จังหวัดแพร่ เพื่อที่จะได้ นำข้อมูลมาเป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรม การป้องกันโรคที่ถูกต้องของ อสม. เพื่อให้เป็น แบบอย่างให้กับชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

๑. เพื่อศึกษาพฤติกรรมของการอาสาสมัคร สาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙
๒. เพื่อศึกษาปัจจัยเชิงพฤติกรรม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ตำบลแม่จั่ว อำเภอด่านซ้าย จังหวัดแพร่

ขั้นเตรียมการ

๑. ผู้วิจัยเสนอต่อสาธารณสุขอำเภอด่านซ้าย เพื่อขออนุญาตทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ในพื้นที่ตำบลแม่จั่ว

๒. ผู้วิจัยประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และขออนุญาตเก็บข้อมูล
๔. ผู้วิจัยโทรศัพท์นัดกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อที่จะนัดหมายวัน เวลา สถานที่ ในการเข้าไป เก็บข้อมูล
๕. ผู้วิจัยจัดเตรียมแบบสอบถาม เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจากอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ตำบลแม่จ๊วะ อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ จากกลุ่มตัวอย่าง ๒๓๕ คน เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙

ขั้นตอนการ

๑. ผู้วิจัยลงพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูล จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลแม่จ๊วะ อำเภอเด่นชัย ตามที่สุ่มตัวอย่างได้
๒. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยให้อธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามในแต่ละส่วน
๓. ผู้ช่วยนักวิจัยอธิบายถึงวิธีการตอบแบบสอบถามในแต่ละส่วนให้กับกลุ่มตัวอย่าง
๔. เมื่อเก็บแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างแล้ว ทาการตรวจสอบความสมบูรณ์ของ ข้อมูลในแบบสอบถามที่เก็บข้อมูลได้ครบถ้วนสมบูรณ์ ร้อยละ ๑๐๐ แล้วนำแบบสอบถามกลับมา ให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

การวิจัยเรื่อง “ปัจจัยเชิงพฤติกรรม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ตำบลแม่จ๊วะ อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่” พบว่าข้อมูลทั่วไป ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ ๙๗.๐ ช่วงอายุระหว่าง ๓๐ – ๗๕ ปี อายุเฉลี่ย ๕๗ ปี สอนเพียงเบเนมาตรฐาน ๙.๐๖ อายุมากที่สุด ๒๗ ปี อายุมากที่สุด ๗๘ ช่วงอายุที่มากที่สุด คือ ๕๑-๖๐ ปี คิดเป็นร้อยละ ๔๑.๖ ช่วงอายุน้อยที่สุดคือ ๒๑ – ๓๐ ปี คิดเป็นร้อยละ ๑.๓ สถานภาพ พบว่าส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ ๖๙.๑ ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ ๔๗.๖ อาชีพ ส่วนใหญ่มีอาชีพ รับจ้าง คิดเป็นร้อยละ ๓๙.๒๕ รายได้เฉลี่ย ๖๙๐๒ บาท สอนเพียงเบเนมาตรฐาน ๕๕๖๔.๘๗ บาท ๑๐๐๐ บาท สูงสุด ๓๕๐๐๐ บาท และ ระยะเวลาการเป็น อสม. เฉลี่ย ๑๘ ปี น้อยที่สุด ๑ ปี มากที่สุด ๔๕ ปี

สรุปผลตามวัตถุประสงค์ข้อที่ ๑. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการของอาสาสมัคร สาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ พบว่า ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ ๖๖.๕ ความรู้ระดับสูงตอบถูก ร้อยละ ๓๓.๕ ขึ้นไป และ ไม่มีใครมีความรู้ในระดับต่ำ ด้านทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ พบว่า ส่วนใหญ่มีทัศนคติอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ ๘๒.๘๒ รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ ๑๗.๒ ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ ๙๐.๑ รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ ๙.๙ ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์/ความรู้สึกที่มีผลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ด้านระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ พบว่า มีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา ๒๐๑๙ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ ๑๐๐ คะแนนเฉลี่ย ๑๔๖๓±๐.๙๑คะแนน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา ๒๐๑๙ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ ๑๐๐ อาสาสมัครประจำหมู่บ้านแม่จ๊วะ มีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ เฉลี่ย ๑๕.๙๒±๐.๒๖คะแนน, การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิด โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ ๑๐๐

อาสาสมัครประจำหมู่บ้านแม่จ๊ะวะ มีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ เฉลี่ย 12.5 ± 0.25 คะแนน, การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อ ป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ ๖๙.๕ รองลงมา คือ ระดับสูง ร้อยละ ๒๓.๒ และน้อยที่สุด คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ ๗.๓ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ เฉลี่ย 10.24 ± 2.10 คะแนน การรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ส่วนใหญ่ มีการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง ร้อยละ ๙๐.๑ รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ ๙.๙ มีคะแนนการปฏิบัติเฉลี่ย 58.05 ± 4.46 คะแนน เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ท่านสวมหน้ากากอนามัย หรือ หน้ากากผ้าในขณะที่อยู่นอกสถาน,ท่านหลีกเลี่ยงการใช้สิ่งของ เครื่องใช้ร่วมกับ ผู้อื่น,ท่านสังเกตตนเองเมื่อมีอาการไข้ ไอ มีน้ำมูก เจ็บคอ จมูกไม่ได้กลิ่น หายใจเหนื่อยหอบ ลื่น ไม่รับรู้รสชาติ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ท่านล้างมือด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์ อย่างน้อย ๒๐วินาที

วัตถุประสงค์ที่ ๒ เพื่อศึกษาปัจจัยเชิงพฤติกรรม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อการ ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ตำบลแม่จ๊ะวะ อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ พบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่าง ปัจจัยกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านตำบลแม่จ๊ะวะ จากการวิเคราะห์สมการถดถอยแบบขั้นตอน พบว่า สมการสุดท้ายประกอบด้วยตัวแปร แรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา ๒๐๑๙ ($Beta = 0.473$, $p-value = < 0.001$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ($Beta = .068$, $p-value = < 0.001$) การรับรู้ ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อ ป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ($Beta = 0.456$, $p-value = < 0.001$) สามารถ ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ของอาสาสมัคร สาธารณสุข ประจำหมู่บ้านตำบลแม่จ๊ะวะ ได้ร้อยละ ๙๙.๑๖ และสามารถสร้างสมการทำนายพฤติกรรม การ ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ในรูปคะแนนดิบ ได้ดังนี้ พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโรนา ๒๐๑๙ = $4.125 + 0.648$ (แรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙) + 0.056 (การรับรู้ โอกาสเสี่ยงของ การเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙) + 0.456 (การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกัน การเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙)

จากผลการศึกษา พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา ๒๐๑๙ การรับรู้ โอกาสเสี่ยงเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ และการรับรู้ประโยชน์ เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลแม่จ๊ะวะ อำเภอเด่นชัย โดยสามารถทำนาย ได้ร้อยละ ๙๙.๑๖ อธิบายผลการศึกษาวัตถุประสงค์การศึกษา ได้ดังนี้ วัตถุประสงค์ข้อ ๑ เพื่อศึกษาพฤติกรรมของอาสาสมัคร สาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ต่อการป้องกัน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ จากผลการศึกษา พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลแม่ จ๊ะวะ อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ อยู่ในระดับมาก ที่สุด อาจเนื่องมาจาก ช่วงระยะเวลาที่เก็บข้อมูล เป็นช่วงที่เกิดการระบาดของไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ มา ๒ ปีแล้ว(ปี ๒๕๖๓ -๒๕๖๔) ซึ่งก อสม. คือผู้ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ โดยตรง ได้รับ ความรู้ ข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง และได้รับการส่งเสริมให้มี พฤติกรรมการป้องกันโรค ติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ผ่านการอบรมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยการศึกษางานวิจัยของกิตติพร เนาวิ สุวรรณ และคณะ^{๑๔}ที่ผ่านมา พบว่า พฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ของ อสม. ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับมาก เนื่องจาก อสม. มีบทบาทสำคัญในการร่วมดำเนินกิจกรรมเฝ้าระวัง ควบคุมโรคไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ตามแนวทาง ของกระทรวงสาธารณสุขและตามแนวทางของเทศบาลตำบลแม่จ๊ะวะ ได้แก่ เยี่ยมบ้านโดย เคาะประตู คัดกรองด้วยการวัดไข้ สอนและให้ ความรู้ประชาชน การติดตามการเข้าออกของกลุ่มเสี่ยง ตลอดจน

การรายงานผลการดำเนินงานวัน ต่อวัน^{๑๕} รวมไปถึง การเข้าร่วมในการจัดตั้งและดูแลศูนย์ Local Quarantine (LQ) : สถานกักกันโรคท้องที่สำหรับกักกันผู้ที่เดินทางข้ามจังหวัด ของอำเภอเด่นชัย ตำบลมีจ๊ะ จัดที่วัดบุญคุ้ม อสม. ซึ่งเป็น กำลังสำคัญ และเป็นตัวแทนของประชาชน ในขณะเดียวกันก็เป็นตัวแทนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้รับรู้ถึงการดำเนินโรค อันตรายของโรคและผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่อประชาชนและ ชุมชน ^{๑๖} วัตถุประสงค์ข้อ ๒ เพื่อศึกษาปัจจัยเชิงพฤติกรรม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ตำบลแม่จ๊ะ อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ของ อสม. ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ เมื่อแรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น ๑ คะแนน พฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ จะเพิ่มขึ้น ๐.๖๔๘ คะแนน ทั้งนี้เนื่องจาก ครอบครัว เพื่อน ชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีส่วนในการกระตุ้นให้ อสม. มีพฤติกรรม ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ เพื่อให้ อสม. เป็นตัวอย่างการมีพฤติกรรมที่ดีให้แก่บุคคลอื่น ในชุมชนได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของปวีตรา จริยสกุลวงศ์ และคณะ ^{๑๗} พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจาก ครอบครัว เพื่อน อาสาสมัครสาธารณสุข และบุคลากรทางสุขภาพ ช่วยสร้างแรงจูงใจให้บุคคลมี การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง โดยอิทธิพลระหว่างบุคคลเป็น ตัวกำหนดให้บุคคลมีแนวโน้ม ที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จากการโน้มน้าวและสนับสนุนให้มีความพร้อม ในการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพ และการศึกษาของปริญญภรณ์ ลาลุนและคณะ^{๑๘} พบว่า คำแนะนำจากเพื่อน พ้อง การกระตุ้นเตือนจากเจ้าหน้าที่ การสนับสนุนเกี่ยวกับ การรักษาหรือคำแนะนำการเจ็บป่วยของบุคคลใกล้ชิด รวมทั้งปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและทีม สุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อ พฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ เมื่อการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ เพิ่มขึ้น ๑ คะแนน พฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ จะ เพิ่มขึ้น ๐.๖๙ คะแนน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อ ป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ เมื่อการรับรู้ประโยชน์ของการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ เพิ่มขึ้น ๑ คะแนน พฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ จะเพิ่มขึ้น ๙.๙๑๙ คะแนน ทั้งนี้เนื่องจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ เป็นโรคอุบัติใหม่ที่มีการให้ข้อมูลข่าวสารในช่องทางต่างๆมาก รวมไปถึง อสม. มีบทบาทหน้าที่ในการ ปฏิบัติงานป้องกันโรค ทำให้ช่วยกระตุ้นการรับรู้ของ อสม. จนส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรม การป้องกันโรคที่ดีขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า บุคคลจะมีการกระทำใดๆ เพื่อหลีกเลี่ยงจาก การเป็นโรคได้ บุคคลนั้นต้องมีการ รับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ท าให้เกิดผลกระทบ ในการดำเนินชีวิตได้ รับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรม ที่เฉพาะเจาะจงใดๆ จะก่อให้เกิดประโยชน์ในการ ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค รวมทั้งเป็นการลดความรุนแรง ของโรคและรับรู้ว่าเป็นการกระทำที่ ไม่มีอุปสรรคขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น^{๑๙} สำหรับปัจจัยที่ไม่ส่งผลต่อ พฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ของ อสม. ในครั้งนี้ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ สมรส รายได้ อาชีพ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน ความรู้ เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ทักษะเกี่ยวกับโรค ติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ การรับรู้ความ รุนแรงของการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ และการรับรู้ อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกัน การเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของจักรี ปัดพีและคณะ^{๒๐} ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพของประชาชน พบว่า อสม. ที่มี อายุมากกว่า ๕๐ ปีขึ้นไป จะมีการเรียนรู้ สังเกตประสบการณ์ ในการส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากการอบรม การทำงาน การมีวุฒิภาวะ การลงพื้นที่มานาน กว่าช่วงวัยอายุอื่นๆ ระดับการศึกษา พบว่า ระดับการศึกษา ไม่ ส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ของ อสม. สอดคล้องกับงานวิจัยของสุกัญญา ใจทัน^{๒๑} ผลการศึกษา พบว่า ระดับการศึกษาที่ต่างกันมีการตัดสินใจ ในการแสดงพฤติกรรมการเป็นผู้นำการ

ส่งเสริมสุขภาพด้านอาหารและการออกกำลังกาย ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ สถานภาพสมรส พบว่า สถานภาพสมรส ไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ของ อสม. ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของมนต์ธินี อัศวพรรณราย^{๒๑} ที่พบว่า สถานภาพสมรสส่งผลต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มอื่น เนื่องจาก สถานภาพ สมรส เป็นกลุ่มบุคคลที่มีคู่ ที่จะทำให้งานสำเร็จ เพราะ กำลังใจ แรงผลักดัน การสนับสนุนต่างๆ จากคู่ชีวิต ด้านความรู้เรื่อง โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ เป็นเรื่องใหม่ที่ อสม. ต้องเรียนรู้และทำความเข้าใจให้ทันข่าว ทันเหตุการณ์ในการรับมือของโรค ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของวินัย พันอ่อน^{๒๒} ที่พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับทักษะในการควบคุมป้องกันโรค ใช้เลือดออกมีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ ทศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ พบว่า ทศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา ๒๐๑๙ ไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ของ อสม. การรับรู้อุปสรรคของ การปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของ การเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิด โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ของ อสม. ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัย^{๒๓} ที่พบว่า บุคคลนั้นต้องมีการรับรู้ที่ ตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ทำให้เกิดผลกระทบในการดำเนินชีวิตได้ รับรู้ว่าการปฏิบัติ พฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงใดๆ จะก่อให้เกิดประโยชน์ ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค รวมทั้ง เป็นการลดความรุนแรงของโรคและรับรู้ว่าเป็นการกระทำที่ไม่มีอุปสรรคขัดขวางการปฏิบัติ พฤติกรรมนั้น

๖.การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. คณะกรรมการคปสอ.เด่นชัย สามารถนำผลที่ได้ ไปกำหนดนโยบาย ในการเสริมสร้างความรู้ และหาแนวทางส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเด่นชัย
๒. เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ ทำให้ทราบปัจจัยที่มีผลต่อ พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลแม่จิวะ อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่
๓. โรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถ นำผลที่ได้ไป จัดทำโครงการเสริมสร้างความรู้ และหาแนวทางส่งเสริมพฤติกรรม การป้องกัน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลแม่จิวะ อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

เนื่องจากในระหว่างการเก็บข้อมูลยังมีการระบาดของเชื้อโควิด ๑๙ อยู่ ทำให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลลำบาก เนื่องจาก อสม.บางท่านมีการติดเชื้อโควิด ส่งผลให้พฤติกรรมบางอย่างไม่สามารถจะบอกได้ว่าเป็นการป้องกันตนเองได้หรือไม่ เช่นการสวม mask มีหลายท่านสงสัยว่าทำไมไม่ได้สวม ๙๕ ขณะปฏิบัติงาน

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๑. เนื่องจากงานวิจัยเป็นแบบสอบถาม ซึ่งไม่เห็นจริงว่าในขณะที่ปฏิบัติงานนั้นแสดงพฤติกรรมอย่างไรต่อการป้องกันการติดเชื้อโควิด๑๙ อาจทำให้ไม่ได้ข้อมูลที่แท้จริง

๒. แบบสอบถาม มีการถามหลายอย่าง แยกความรู้ ระดับการรับรู้ อสม.บางท่านไม่เข้าใจในคำถาม แต่ไม่ถามผู้วิจัย อาจจะให้ข้อมูลไม่ตรงตามความเป็นจริง

๙. ข้อเสนอแนะ

๑. ควรมีการสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระดับของการสวมอุปกรณ์ในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อให้กับ อสม. ในฐานะเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ช่วยปฏิบัติงานในชุมชน

๒. แรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ต้องมีกลวิธีที่เหมาะสม และเกิดประสิทธิภาพ ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนด้านอารมณ์ในการช่วยเหลือ ดูแลเอาใจใส่

๓. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังนั้น ควรมี การสร้างความสนใจในการรับรู้ นโยบายในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคโควิด ๑๙ให้กับ อสม.

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

.....อยู่ระหว่างดำเนินการเผยแพร่ในวารสาร.....

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

- ๑)สัดส่วนของผลงาน.....
- ๒)สัดส่วนของผลงาน.....
- ๓)สัดส่วนของผลงาน.....

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(.....นางศิริภรณ์ ภิญโญโชโต...)

(ตำแหน่ง)นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ.....

(วันที่)๖...../.....มิถุนายน...../.....๒๕๖๖.....

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(.....นายวีรพงษ์ ชมภูมิ่ง.....)

(ตำแหน่ง) สาธารณสุขอำเภอลอง

รักษาราชการแทนสาธารณสุขอำเภอเด่นชัย

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(.....นายชจร วินัยพานิช.....)

(ตำแหน่ง) **นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแพร่**

(วันที่)/...../.....

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

เอกสารอ้างอิง

๑. วรธรรม จันทรบญจุล. (๒๕๖๓). การป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙. สืบค้น ๔ สิงหาคม ๒๕๖๓, จาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_km/handout๐๐๒_๒๖๐๒๒๐๒๐.pdf
๒. Adhikari, S. P., Meng, S., Wu, Y.-J., Mao, Y.-P., Rui-Xue Ye, Q.-Z. W., Chang Sun, S. S., . . . Zhou, H. (๒๐๒๐). *Epidemiology, causes, clinical manifestation and diagnosis, prevention and control of coronavirus disease (covid-๑๙) during the early outbreak period: A scoping review*. Retrieved July ๒๑, ๒๐๒๑, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC๗๐๗๙๕๒๑/>
๓. Guo, Y.-R., Cao, Q.-D., Hong, Z.-S., Tan, Y.-Y., Chen, S.-D., Jin, H.-J., . . . Yan, Y. (๒๐๒๐). *The origin, transmission and clinical therapies on coronavirus disease ๒๐๑๙ (covid-๑๙) outbreak : An update on the status*. Retrieved July ๒๑, ๒๐๒๑, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC๗๐๖๘๘๘๔/>
๔. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (๒๕๕๔). *คู่มือ อสม. ยุคใหม่*. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
๕. จริยาวัตร คมพยัคฆ์, และวนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย. (๒๕๕๓). การพยาบาลอนามัยชุมชน: แนวคิด หลักการ และการปฏิบัติการพยาบาล. สมุทรปราการ: โครงการสำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิม พระเกียรติ.
๖. ประกาย จิโรจน์กุล. (๒๕๕๖). *แนวคิด ทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพ และการนำมาใช้*. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.
๗. อาภาพร เผ่าวัฒนา, ขวัญใจ อาณาจัตย์เชื้อ, สุนีย์ ละกาปัน, และสุรินทร์ กลัมพากร. (๒๕๕๔). การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน: การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ (พิมพ์ครั้งที่ ๒). กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (พิมพ์ครั้งที่ ๒).
๘. กรมควบคุมโรค. กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๓ก). *คู่มือการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ สำหรับประชาชน*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
๙. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๓ข). *รายงานโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. สืบค้นเมื่อ ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๖๕ จาก <https://covid๑๙.workpointnews.com/>
๑๐. สหประชาชาติ ประเทศไทย. (๒๕๖๓). *การประเมินผลกระทบรวมด้านเศรษฐกิจและสังคม จากการแพร่ระบาดของ โควิด-๑๙ ในประเทศไทย*. สืบค้น ๔ ธันวาคม ๒๕๖๕, จาก <https://thailand.un.org/sites/default/files/๒๐๒๑-๐๒/UN%๒๐Thailand%๒๐Socio-Economic%๒๐Impact%๒๐Assessment%๒๐of%๒๐Covid-๑๙%๒๐in%๒๐Thailand-TH-low%๒๐ores.pdf>
๑๑. European Centre for Disease Prevention and Control, S. (๒๐๒๐). Retrieved July ๙, ๒๐๒๑ from [https://www. Coronavirus disease ๒๐๑๙ \(covid-๑๙\) pandemic: Increased transmission in the eu/eea and the uk – seventh update.](https://www. Coronavirus disease ๒๐๑๙ (covid-๑๙) pandemic: Increased transmission in the eu/eea and the uk – seventh update.)

๑๒. ระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (๒๕๖๓). รายงาน
กิจกรรมการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคปอดอักเสบจากไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่. สืบค้น ๘
สิงหาคม ๒๕๖๕, จาก http://www.thaiphc.net/new๒๐๒๐/corona_tracking/
๑๓. วิจิตรา ดวงขยาย, และเทียนทอง ต๊ะแก้ว. (๒๕๕๗). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เรื่องโรค
ไข้เลือดออก กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ตำบล สบง อเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดพะเยา. วารสารบทความกลุ่มงานวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี,
๔๓๑-๔๔๐.
๑๔. กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกษา สิงห์วีระธรรม, และนพพร ตาแสงสวัสดิ์. (๒๕๖๓). ความสัมพันธ์ระหว่าง
การรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ใน
ชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทย. วารสารสถาบัน บาราศน
ราศูรี, ๑๔(๒), ๒๕-๓๖.
๑๕. กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๕). สถานการณ์ในประเทศไทย. สืบค้น ๕ ตุลาคม ๒๕๖๕, จาก
<https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/>
๑๖. ปวีตรา จริยสกุลวงศ์, วิชชุดา เจริญกิจการ, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, ศรีรัตน์ ศรีประสงค์, และวิรุณ
รอบสันติสุข. (๒๕๕๘). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
วัยผู้ใหญ่ตอนต้น. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, ๗(๓), ๒๖-๓๖.
๑๗. ปฐญาภรณ์ ลาลุน, นภาพร มัชฌิมามกุล, และอนันต์ มาลารัตน์. (๒๕๕๔). พฤติกรรมการดูแลตนเอง
ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลศูนย์
การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ. วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ, ๑๘(๓), ๑๖๐-
๑๖๙.
๑๘. ประเทือง ฉ่ำน้อย. (๒๕๕๙). การศึกษาระดับความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุม
โรค ไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข กรณีศึกษา อเภอฟานกระต่าย จังหวัด กาแพงเพชร.
วารสารควบคุมโรค, ๔๒(๒), ๑๓๘-๑๕๐.
๑๙. จักรี ปิณฑี, และนวลฉวี ประเสริฐสุข. (๒๕๕๙). พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพประชาชนของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี. วารสารวิชาการ
Veridian E-Journal, Silpakorn University (Humanities, Social Sciences and arts), ๙(๓),
๑๑๙๐.
๒๐. สุกัญญา ใจทัน. (๒๕๕๒). การตัดสินใจในการแสดงพฤติกรรมการเป็นผู้นำ การส่งเสริมสุขภาพด้าน
อาหารและการออกกำลังกาย ของอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลหอกลอง อเภอฟนบุรี พิจิตร
จังหวัดพิจิตร (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). พิจิตร: มหาวิทยาลัย นเรศวร.
๒๑. มนต์ธินี อัครพรณราย. (๒๕๕๖). การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลสุขภาพ
ผู้สูงอายุศึกษาเฉพาะกรณี เขตเทศบาลเมืองบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี (วิทยานิพนธ์ปริญญา
โทบริหารธุรกิจ). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

๒๒.วินัย พันฮ้วน. (๒๕๖๐). ความรู้และทักษะในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัคร
ประจำหมู่บ้าน ในอำเภอบางย จังหวัดแม่ฮ่องสอน (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). เชียงใหม่:
มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.

ข้อเสนอแนวคิด/วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
(นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ)

ตำแหน่งเลขที่ ๙๔๐๕๑ ส่วนราชการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าสัก หมู่ ๑๓ ตำบลป่าสัก

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังชิ้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

เรื่อง การพัฒนาเครือข่ายทางสังคม(Social network)ในการดูแลผู้สูงอายุตำบลป่าสักอำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่

หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันในยุคที่สื่อใหม่ (New Media) กลายเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตคนทั่วไป เป็นทั้งสังคมเทคโนโลยีเป็นสื่อบนพื้นที่สาธารณะหรือเป็นพื้นที่ส่วนตัว เทคโนโลยีเข้ามามีบทบาทต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของมนุษย์ในทุกๆด้าน จนแทบจะเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตมนุษย์ มีอิทธิพลในการติดต่อสื่อสารของมนุษย์ ไม่ว่าจะเป็น E-mail, Facebook, Twitter, Line, Instagram, My Space ฯลฯ ได้เข้ามาช่วยในการติดต่อสื่อสารกันง่ายขึ้น รวดเร็วขึ้น และมีประสิทธิภาพมากขึ้น การสื่อสารระหว่างบุคคลหรือการสื่อสารระหว่างกลุ่มในทุกเพศทุกวัยไม่เว้นแม้กระทั่งผู้สูงอายุ ผลของการเปลี่ยนแปลง ทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ และการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของสังคมไทยสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ มีความจำเป็นอย่าง ยิ่งที่ต้องมีความรู้ความสนใจในเรื่องราวของเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับการ ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อช่วยในด้านการอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ด้านประโยชน์และวิธีการ

“ผู้สูงอายุ” เป็นกลุ่มประชากรที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก โดยจากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกและองค์การสหประชาชาติพบว่า ประชากรผู้สูงอายุจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วโดยสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าตัวในช่วง ปี ค.ศ. ๒๐๑๓-๒๐๕๐ ส่วนในประเทศไทยจากสถิติพบว่า อัตราส่วนการพึ่งพิงระหว่างประชากรวัยแรงงานต่อผู้สูงอายุในปี ๒๕๖๓ เท่ากับวัยแรงงาน ๓.๘ คนต่อผู้สูงอายุ ๑ คนและ ในปี ๒๕๗๓ จะเพิ่มขึ้นเป็นวัยแรงงาน ๒.๔ คนต่อผู้สูงอายุ ๑ คน และมีแนวโน้มที่จะมีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นทุกปีจึงสามารถประมาณการได้ว่าประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ ซึ่งจำนวนของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นนี้ทำให้ทั่วโลกได้ให้ความสำคัญมากขึ้นต่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิต (Quality of life) ในประชากรกลุ่มนี้

ทั้งนี้การเปลี่ยนแปลงของประชากรซึ่งทำให้สังคมเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุนั้นเกิดขึ้นพร้อมกับการกลายเป็นสังคมยุคดิจิทัลจึงสามารถกล่าวได้ว่า การใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ (Social Network Sites: SNS) เป็นรูปแบบหนึ่งของการติดต่อสื่อสารที่เป็นที่นิยมอย่างแพร่หลายในทุกกลุ่มรวมถึงในกลุ่มผู้สูงอายุ จากการสำรวจของ The Pew Research Center’s Internet & American Life Project พบว่า การใช้งานระบบออนไลน์ของผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า ๖๕ ปี ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง ๕๐-๖๔ ปี เป็นช่วงอายุที่มีการใช้งานระบบอินเทอร์เน็ตมากที่สุด และผู้สูงอายุจำนวนร้อยละ ๗๖ มีการใช้งานระบบออนไลน์เป็นประจำทุกวัน สอดคล้องกับข้อมูลการใช้งานระบบออนไลน์ของผู้สูงอายุ ในประเทศไทยที่พบว่า ในกลุ่มผู้ที่มีอายุ ๕๐ ปีขึ้นไปมีการใช้งานระบบอินเทอร์เน็ตเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องนับตั้งแต่ปีพ.ศ. ๒๕๕๓ ถึงปี พ.ศ. ๒๕๖๑ โดยมีผู้สูงอายุที่ใช้งานระบบอินเทอร์เน็ตเพิ่มขึ้นเกือบสามเท่า ^๓

ในด้านการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุนั้นเป็นที่ทราบกันโดยทั่วไปว่าคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุส่วนหนึ่งจะขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ทางสังคมที่ผู้สูงอายุคือ ครอบครัวและกลุ่มทางสังคมที่ใกล้ชิด ^๓ แต่เมื่อพิจารณาถึงข้อจำกัดของการเปลี่ยนแปลงด้านพัฒนาการทางร่างกายของผู้สูงอายุแล้วจะพบว่า การมีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหวของ

ร่างกายที่เพิ่มขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมทางสังคมลงจึงส่งผลให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะมีความรู้สึกเหงาเพิ่มขึ้นและมีความพึงพอใจในชีวิตลดลง“ดังนั้นการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์เข้ามาช่วยผู้สูงอายุให้สามารถติดต่อสื่อสารกับบุคคลใกล้ชิดได้จึงเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งจากการวิจัยพบว่า การใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ ในกลุ่มผู้สูงอายุมีประโยชน์ในแง่ของการลดความรู้สึกเหงาและทำให้ผู้สูงอายุมีการติดต่อสื่อสารทางสังคมเพิ่มขึ้น รวมทั้งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและพบว่า การใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์มีความ สัมพันธ์ ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ^๕ การช่วยเหลือและการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงคุณภาพชีวิตให้สามารถอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุขเป็นเป้าหมายและกลยุทธ์หลักของสังคมที่มีต่อผู้สูงอายุซึ่งเป็นที่ยอมรับและผลักดันให้เกิดผลในทางปฏิบัติทั้งในระดับสากลและทุกหน่วยงานในประเทศที่รับผิดชอบผู้สูงอายุ เช่น กรมประชาสงเคราะห์ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักในการดูแลผู้สูงอายุมานาน ได้มี การปรับเปลี่ยนนโยบายจากการให้สงเคราะห์ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์เป็นการให้ความช่วยเหลือ เพื่อการดำรงอยู่กับครอบครัวและชุมชนมากขึ้น และในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขได้เปลี่ยนจาก นโยบายการตั้งรับ คือการให้บริการรักษาพยาบาล มาเป็นการส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุสามารถดูแล ตนเองได้เพื่อใช้ชีวิตประจำวันตามปกติและได้ดำเนินเป็นนโยบายเชิงรุก อีกทั้งในส่วนองรัฐบาลได้มี นโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุไว้อย่างชัดเจนและได้ลงนามรับรองคำประกาศ “ปฏิญญาผู้สูงอายุไทย” เนื่องในปีผู้สูงอายุสากล พ.ศ. ๒๕๕๒ เพื่อให้เป็นเป้าหมายให้ทุกหน่วยงานทั้งภาครัฐ เอกชน และ ชุมชน ท้องถิ่นได้เข้ามามี ส่วนเกี่ยวข้องและยอมรับการพัฒนาผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้รับการ คุ้มครองและพิทักษ์สิทธิอย่างเต็มที่ ดังนั้นการพัฒนาเครือข่ายทางสังคม(Social network)ในการดูแลผู้สูงอายุจึงต้องคำนึงถึงความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพทั้งด้าน ปัจจัยเอื้อ ซึ่งเกี่ยวข้องกับนโยบายการส่งเสริมกิจกรรมของผู้สูงอายุและ การเข้าถึงบริการสาธารณสุข รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพด้านปัจจัยเสริมผ่านเครือข่ายสังคมออนไลน์ ในมุมมองของตัวผู้สูงอายุเองและผู้ดูแลผู้สูงอายรรวมถึงศูนย์ดูแลผู้สูงอายุด้วย ซึ่งถือเป็นภารกิจที่สำคัญ โดยต้องสร้างความตระหนักร่วมกันเพื่อบรรลุเป้าหมายที่สำคัญคือการสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่ผู้สูงอายุให้มีอายุยืน ยาวที่สุด เพื่อให้เกิด ภาวเครือข่ายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ พัฒนาศักยภาพทีม Care giver เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน อสม. อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) และอาสาสมัครหรือหน่วยงานที่จัดระบบสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุอื่น ทั้งภาค รัฐ และเอกชน ที่ต้องดูแลพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Health Care) โดยใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ร่วมกัน ให้มีความรู้ ทักษะความมั่นใจ ในการดูแลและมีการวางแผนดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือเข้าสู่สังคมได้”

บทวิเคราะห์/แนวคิด/ข้อเสนอ

บทวิเคราะห์

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าสัก อำเภอวังชัน จังหวัดแพร่ปี ๒๕๖๖ ข้อมูลจากทะเบียนราษฎร์มีประชากร ๕๒๔๐ คน แต่จากการสำรวจมีอยู่ในพื้นที่จริง ๓๔๔๙ คน เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ๖๐ปี ขึ้นไป ๑๑๙๓ คนคิดเป็นร้อยละ ๓๔.๕๘ นับว่าเป็นตำบลที่มีผู้สูงอายุมาก ตำบลหนึ่ง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก คนวัยแรงงาน ได้ย้ายถิ่นฐานไปทำงานในเมืองใหญ่

ท่ามกลางวิกฤตการแพร่ระบาดของโรคโควิด-๑๙ ปี ๒๕๖๓ - ปัจจุบัน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าสัก ได้ให้บริการ ดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด-๑๙ ในรูปแบบ Home Isolation ผ่านเครือข่ายสังคมออนไลน์ (Line Official) โดยมีเครือข่าย อสม. และผู้นำชุมชนช่วยเหลือในการส่งข้อมูลทางไลน์ จึงเป็นจุดเริ่มต้นให้เกิดการ เทคโนโลยีเข้ามามีบทบาทสำคัญในการรับมือและแก้ปัญหา และช่วยในการเข้าถึงข้อมูลทั้งในเรื่องของการป้องกันรักษา และดูแลสุขภาพ ซึ่งประชาชนให้ความสนใจในการดูแลสุขภาพและการค้นหาข้อมูลสุขภาพด้วยตนเองมากขึ้น นอกจากนั้น ผลจากวิกฤตดังกล่าว ยังส่งผลให้เกิดความปกติในรูปแบบใหม่ (New Normal) ขึ้นในสังคม

จากฐานเทคโนโลยีที่มี สู่การวิจัยและพัฒนาต่อยอด เพื่อการใช้ประโยชน์อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง จึงมีการพัฒนาแพลตฟอร์ม “หมอพร้อม” เพื่อให้เป็นระบบระเบียบสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ส่วนบุคคล (Personal Health Record : PHR) ซึ่งเป็นการนำเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับระบบการบริหารจัดการข้อมูลขนาดใหญ่มาเป็นเครื่องมือในการดำเนินการ และเป็นระบบการจัดการข้อมูลสุขภาพระดับบุคคล ที่ช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของตนเองได้ ทั้งในรูปแบบการจดบันทึกข้อมูลด้วยตัวเอง ผ่านแอปพลิเคชันบนอุปกรณ์สมาร์ตโฟน หรือการนำเข้าข้อมูลสุขภาพจากสถานบริการสาธารณสุขที่ประชาชนเคยไปรับการรักษาหรือไปรับบริการส่งเสริมสุขภาพอื่นๆ ผ่านรูปแบบของระบบข้อมูลสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ ทั้งนี้หากประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของตนเองได้มากขึ้น เมื่อเจ็บป่วยก็จะมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาลมากขึ้น ลดการเดินทางไปโรงพยาบาล ส่งผลต่อการลดค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพในระยะยาว^๖

แนวคิด

๑. แนวคิดเกี่ยวกับเครือข่ายสังคมออนไลน์^๗

ปัจจุบันการสื่อสารของมนุษย์ได้รับการพัฒนาให้สื่อสารถึงกันอย่างรวดเร็ว อันเป็นผลมาจากความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์ที่ได้เข้ามามีบทบาทในชีวิตประจำวันของมนุษย์มากขึ้น สื่อชนิดหนึ่งที่ผู้ใช้สามารถมีส่วนร่วม สร้าง และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่าง ๆ ผ่านระบบอินเทอร์เน็ตได้ คือ social media คำนี้คณะกรรมการจัดทำพจนานุกรมศัพท์คอมพิวเตอร์และเทคโนโลยีสารสนเทศ ราชบัณฑิตยสถาน บัญญัติศัพท์ว่า สื่อสังคม หรือที่คนทั่วไปเรียกว่า สื่อออนไลน์ หรือ สื่อสังคมออนไลน์ ในทางเทคนิค สื่อสังคม จะหมายถึง โปรแกรมกลุ่มหนึ่ง ที่ทำงานโดยใช้พื้นฐานและเทคโนโลยีของเว็บตั้งแต่รุ่น ๒.๐ เช่น บล็อก ไมสเปซ เฟซบุ๊ก ทวิตเตอร์ วิกีพีเดีย ไฮไฟฟ์ และบล็อกต่าง ๆ ในทางธุรกิจเรียกสื่อสังคมว่า สื่อที่ผู้บริโภคสร้างขึ้น (consumer-generated media หรือ CGM) สำหรับกลุ่มบุคคลผู้ติดต่อสื่อสารกันโดยผ่านสื่อสังคม ซึ่งนอกจากจะส่งข่าวสารข้อมูลแลกเปลี่ยนกันแล้ว ยังอาจทำกิจกรรมที่สนใจร่วมกันด้วย กลุ่มบุคคลที่ติดต่อสื่อสารกันโดยผ่านสื่อสังคมดังกล่าว คือ social network ซึ่งคณะกรรมการจัดทำพจนานุกรมศัพท์คอมพิวเตอร์และเทคโนโลยีสารสนเทศ บัญญัติศัพท์ social network ว่า เครือข่ายสังคม ในเครือข่ายสังคม กลุ่ม “เพื่อน” หรือ “ผู้ติดต่อกัน” จะต้องแนะนำตนเองอย่างสั้น ๆ โดยทั่วไปซอฟต์แวร์ที่ให้บริการเครือข่ายสังคมจะเปิดโอกาสให้กลุ่มเพื่อน ๆ วิพากษ์วิจารณ์กันเองได้ ส่งข้อความส่วนตัว และเข้าไปอ่านข้อความของเพื่อน ๆ ในกลุ่มได้ ซอฟต์แวร์บางประเภทจะสามารถให้เพื่อน ๆ เพิ่มเสียงและภาพเคลื่อนไหวลงในประวัติของตนได้ด้วย นอกจากนี้ เพื่อนบางคนก็อาจจะสร้างโปรแกรมน้อย ๆ ขึ้นมาให้ใช้ร่วมกันได้ เช่น เล่นเกม ถามปัญหา หรือปรับแต่งรูปภาพ ทำให้บางคนมีผู้สมัครเข้ามาเป็นเพื่อนด้วยมากมาย^๘

เครือข่ายสังคมออนไลน์ (Social networks) คือ เว็บไซต์หรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่ช่วยให้คน สามารถการสื่อสารและแบ่งปันข้อมูล บนอินเทอร์เน็ตโดยใช้คอมพิวเตอร์หรือโทรศัพท์มือถือ

เครือข่ายสังคมออนไลน์ (Social network) คือ รูปแบบของเว็บไซต์ ในการสร้างเครือข่ายสังคม สำหรับผู้ใช้งาน ในอินเทอร์เน็ต เขียนและอธิบายความสนใจ และกิจการที่ได้ทำ และเชื่อมโยงกับความสนใจและกิจกรรมของผู้อื่น ในบริการเครือข่ายสังคมมักจะประกอบไปด้วย การแชต ส่งข้อความ ส่งอีเมล วิดีโอ เพลง อัปโหลดรูป บล็อก การทำงานคือ คอมพิวเตอร์เก็บข้อมูลพวกนี้ไว้ในฐานข้อมูล sql ส่วน video หรือ รูปภาพ อาจเก็บเป็น ไฟล์ก็ได้ บริการเครือข่ายสังคมที่เป็นที่นิยมได้แก่ ไฮไฟฟ์ ไมสเปซ เฟซบุ๊ก ออรัลด์ มัลติพลาย โดยเว็บเหล่านี้มีผู้ใช้มากมาย เช่น เฟสบุ๊คเป็นเว็บไซต์ที่คนไทยใช้มากที่สุด ในขณะที่อรัลด์เป็นที่นิยมมากที่สุดในประเทศอินเดีย

ปัจจุบัน บริการเครือข่ายสังคม มีผลประโยชน์คือหาเงินจากการโฆษณา การเล่นเกมโดยใช้บัตรเติมเงิน

โดยสรุป เครือข่ายสังคมออนไลน์ (Social network) หมายถึง เว็บไซต์หรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่ช่วยให้คน สามารถสร้างเครือข่ายสังคม สำหรับผู้ใช้งานในอินเทอร์เน็ต เพื่อใช้ในการสื่อสารแบ่งปันข้อมูล เขียนและอธิบายความสนใจ และกิจการที่ได้ทำ และเชื่อมโยงกับความสนใจและกิจกรรมของผู้อื่น เช่น facebook

๒. ความหมายของสื่อสังคมออนไลน์

สื่อสังคมออนไลน์ (Social Media) เป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายสังคมออนไลน์(Social Network) โดยมีผู้ให้ความหมายของสื่อสังคมออนไลน์ไว้ ดังนี้

รูปแบบของสื่อที่ช่วยให้คน สามารถสื่อสารและแบ่งปันข้อมูล ด้วยการใช้อินเทอร์เน็ตหรือโทรศัพท์มือถือ สื่อชนิดหนึ่งที่ผู้ใช้สามารถมีส่วนร่วม สร้าง และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่าง ๆ ผ่านระบบอินเทอร์เน็ตได้ **สื่อสังคม (social media)** หมายถึง สื่ออิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งเป็นสื่อกลางที่ให้คุณคนทั่วไปมีส่วนร่วมสร้างและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่างๆ ผ่านอินเทอร์เน็ตได้ สื่อเหล่านี้เป็นของบริษัทต่างๆ ที่ให้บริการผ่านเว็บไซต์ของตน เช่น เฟซบุ๊ก ไฮไฟฟ์ ทวิตเตอร์ วิกิพีเดีย

โดยสรุป Social media หมายถึง รูปแบบของสื่อชนิดหนึ่งที่ช่วยให้คน สามารถสื่อสารและแบ่งปันด้วยการใช้อินเทอร์เน็ต ทั้งยังเป็นสื่อกลางที่ให้คุณคนทั่วไปมีส่วนร่วมสร้างและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่างๆ ผ่านอินเทอร์เน็ตได้ เช่น Slideshare

๓. ประเภทของสื่อสังคมออนไลน์

สื่อสังคมออนไลน์มีหลายรูปแบบ ทั้งประเภทเครื่องมือ และการประยุกต์ใช้งานที่หลากหลาย ซึ่ง อาจแบ่งได้ดังนี้

๑. เครือข่ายสังคม (Social networking site) เป็นเว็บไซต์ที่บุคคลหรือ หน่วยงานสามารถสร้างข้อมูล และเปลี่ยนข้อมูล (สถานะของตน) เผยแพร่รูปภาพ ภาพเคลื่อนไหว โดยที่บุคคลอื่น

สามารถเข้ามาแสดงความชอบ หรือส่งต่อ หรือเผยแพร่ หรือ แสดงความเห็น ได้ต่อการ สนทนา หรือแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมได้ เช่น Facebook, Badoo, Google+, Linkdin, Orkut

๒. ไมโครบล็อก (Micro-blog) เป็นเว็บไซต์ที่ใช้เผยแพร่ข้อมูล หรือข้อความสั้น ในเรื่องที่สนใจเฉพาะด้าน รวมทั้งสามารถใช้เครื่องหมาย # (hashtag) เพื่อเชื่อมต่อกับกลุ่มคนที่มีความสนใจในเรื่องเดียวกันได้ เช่น Twitter, Blauk, Weibo, Tout, Tumblr

๓. เว็บไซต์ที่ให้บริการแบ่งปันสื่อออนไลน์ (Video and photo sharing website) เป็นเว็บไซต์ที่ให้ผู้ใช้งานสามารถฝาก หรือนำสื่อข้อมูล รูปภาพ วิดีโอ ขึ้นเว็บไซต์เพื่อแบ่งปัน แก่ผู้อื่น เช่น Flickr, Vimero, Youtube, Instagram, Pinteres

๔. บล็อก ส่วนบุคคลและองค์กร (Personal and corporate blogs) เป็นเว็บไซต์ที่ผู้เขียนบันทึก เรื่องราวต่าง ๆ เสมือนเป็นบันทึกไดอารี่ออนไลน์สามารถเขียนในลักษณะไม่เป็นทางการ

และแก้ไขได้บ่อย ซึ่งบล็อกสามารถใช้ได้ทั้งส่วนบุคคล และกลุ่ม หรือองค์กร เช่น Blogger, WordPress, Bloggang, Exteen

๕. บล็อกที่มีสื่อสิ่งพิมพ์เป็นเจ้าของเว็บไซต์ (Blogs hosted by media outlet)

เป็นเว็บไซต์ที่ใช้ในการนำเสนอข่าวสารของสื่อสิ่งพิมพ์ ซึ่งมีความเป็นทางการน้อยกว่าสื่อสิ่งพิมพ์แต่มีรูปแบบ และความเป็นทางการมากกว่าบล็อก เช่น theguardian.com เจ้าของคือ หนังสือพิมพ์ The Gardian

๖. วิกิและพื้นที่สาธารณะของกลุ่ม (Wikis and online collaborative space)

เป็นเว็บไซต์ที่เป็นพื้นที่สาธารณะ ออนไลน์เพื่อรวบรวมข้อมูล และเอกสาร เช่น Wikipedia, Wikia

๗. กลุ่มหรือพื้นที่แสดงความคิดเห็น (Forums, discussion board and group)

เป็นเว็บไซต์หรือกลุ่มจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ที่มีการแสดงความคิดเห็นหรือเสนอแนะ มีทั้งที่เป็นกลุ่มส่วนตัวและสาธารณะ เช่น Google Groups, Yahoo Groups, Pantip

๘. เกมออนไลน์ที่มีผู้เล่นหลายคน (Online multiplayer gaming platform) เป็นเว็บไซต์ที่เสนอรูปแบบการเล่นเกมส์ออนไลน์ผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต สามารถเล่นได้คน เดียวหรือเป็นกลุ่ม

เช่น Second life, World of Warcraft

๙. ข้อความสั้น (Instant messaging) การรับส่งข้อความสั้นจากมือถือ เช่น SMS (text messaging)

๑๐. การแสดงตนว่าอยู่ ณ สถานที่ใด (Geo-spatial tagging) เป็นการแสดงตำแหน่งที่อยู่ พร้อมความเห็นและรูปภาพ ในสื่อสังคมออนไลน์ เช่น Facebook, Foursquare

สื่อสังคมออนไลน์บางสื่อมีความสามารถและให้บริการการใช้มากกว่าหนึ่งอย่าง เช่น Facebook เป็นทั้งเครือข่ายสังคมออนไลน์และสามารถแบ่งปันรูปภาพ ภาพเคลื่อนไหวด้วย และแสดงตำแหน่งที่ตั้ง หรือ Twitter ที่เป็นทั้งเครือข่ายสังคมออนไลน์และไมโครบล็อกและการแบ่งปันสถานะ เป็นต้น

ข้อเสนอ

การประยุกต์ใช้สื่อสังคมออนไลน์

ปัจจุบันมีการประยุกต์ใช้สื่อสังคมออนไลน์ในงานด้านต่างๆ อย่างแพร่หลาย โดยมีตัวอย่างการประยุกต์ใช้ ดังนี้

จุลณัฏฐ์ สุระโยธิน (๒๕๕๔, ๑๔๘: ๑๖๐) ในการศึกษา ผลของการจัดการเรียนรู้ร่วมกันทางอินเทอร์เน็ต ด้วยการเขียนสะท้อนคิดผ่านสื่อสังคมออนไลน์ที่มีต่อทักษะทางสังคมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ได้ทำการประยุกต์ใช้สื่อสังคมออนไลน์ในฐานะเครื่องมือในการจัดเก็บข้อมูล ทั้งแบบประเมินทางสังคม แบบสอบถามความคิดเห็น และแบบสังเกตพฤติกรรมกรรมการเรียนรู้

ธนพร จุลศักดิ์ (๒๕๕๕) ได้ศึกษาการเผยแพร่ธรรมะผ่านสื่อสังคมออนไลน์ของพระมหาวิฑูริย์ วชิรเมธี พบว่า รูปแบบของการเผยแพร่ธรรมะผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ของพระมหาวิฑูริย์ วชิรเมธีนั้น มีการใช้ เฟสบุ๊ค แฟนเพจ (Facebook Fan Page) โดยมีการใช้มัลติมีเดียอย่างสมบูรณ์ทุกรูปแบบ โดยเป็นการกระจายไปยังเมนูต่างๆ อย่างครบถ้วน โดยมีการใช้ข้อความตัวอักษร มากที่สุด รองลงมาคือการใช้รูปภาพ วิดีโอ ลิงค์ดาวน์โหลด และการใช้เสียง และยังพบว่าแต่ละเมนูมีการนำเสนอมีเดียมีเดียมากกว่า ๑ ชนิด ซึ่งเป็นการผสมผสานเพื่อให้เกิดความน่าสนใจ และดึงดูดกลุ่มผู้ใช้ให้เข้าไปใช้งาน

วิลเลียมสัน (๒๕๕๖) ได้นำเสนอการประยุกต์ใช้สื่อสังคมออนไลน์ ในการดำเนินการของรัฐสภา ดังนี้

๑. ใช้เพื่อการให้ข้อมูล เพื่อให้ข้อมูลพื้นฐานและแหล่งข้อมูลต่าง ๆ แก่สาธารณชน รวมถึงการแลกเปลี่ยนและการส่งเสริมประชาสัมพันธ์ข้อมูลเกี่ยวกับกิจการของรัฐสภา เช่น การดำเนินการเกี่ยวกับกระบวนการตรากฎหมาย การติดตามกระทู้ถาม การประชุมกรรมการกิจการพิเศษ การเยี่ยมชมรัฐสภา และรายงานการศึกษาที่น่าสนใจ
๒. ใช้เพื่อให้ความรู้ เป็นแหล่งในการค้นคว้า ติดตาม เอกสารประกอบการอบรม และแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ของครูอาจารย์และนักเรียน รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับรายงานการศึกษาของรัฐสภา บทความ เอกสารต่าง ๆ ของรัฐสภา
๓. ใช้เพื่อการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ เพื่อเชื่อมต่อกับกลุ่มต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ เอกชน และองค์กรต่าง ๆ เพื่อเป็นช่องทางสาธารณะสำหรับการติดต่อกับรัฐสภา
๔. ใช้ในการสร้างความร่วมมือ และติดต่อกับประชาชน เป็นช่องทางที่ได้ผลดีในการให้ข้อมูล และติดต่อกับประชาชน การส่งความคิดเห็น และสร้างความสนใจต่อกระบวนการนิติบัญญัติรวมถึงการให้คำปรึกษาโดยตรงแก่สาธารณะ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการนิติบัญญัตินโยบาย และกลยุทธ์ในการให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกระบวนการนิติบัญญัติ

เกียรติศักดิ์ เสสสุวรรณ (๒๕๕๖) ได้นำสื่อสังคมออนไลน์ไปประยุกต์ใช้ ด้วยการพัฒนาโมเดลสภาพแวดล้อมการเรียนรู้แบบสื่อสังคมออนไลน์ที่ส่งเสริมจิตสาธารณะในการเรียนแบบภาระงานเป็นฐาน สำหรับผู้เรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา เป็นการการเรียนการสอนบนเว็บแบบสื่อสังคมออนไลน์เป็นการเรียนรู้ด้วยตนเองบนเว็บแบบฝึกปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้เกิดจิตสาธารณะ โดยโมเดลสภาพแวดล้อมการเรียนรู้แบบสื่อสังคมออนไลน์ที่ส่งเสริมจิตสาธารณะในการเรียนแบบภาระงานเป็นฐาน ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย

๑. องค์ประกอบของโมเดล มี ๗ องค์ประกอบหลัก ได้แก่

๑) หลักการของโมเดล ๒) วัตถุประสงค์ของโมเดล ๓) กระบวนการเรียนการสอน ๔) การจัดกิจกรรมกระบวนการเรียนการสอนแบบภาระงานเป็นฐาน ๕) เนื้อหาและกิจกรรมที่ส่งเสริมจิตสาธารณะ ๖) ระบบการเรียนการสอนบนเว็บแบบสื่อสังคมออนไลน์ ๗) การวัดและการประเมินผล

๒. ขั้นตอนกระบวนการเรียนการสอน มี ๒ ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนเตรียมก่อนการเรียนการสอน และขั้นตอนการจัดกิจกรรมการเรียนการสอน

๓. กิจกรรมประกอบการจัดการเรียนการสอนแบบภาระงานเป็นฐาน มี ๘ กิจกรรม ได้แก่

๑) การกำหนดภาระงาน ๒) การตระหนักรู้ปัญหา ๓) การค้นหาสาเหตุของปัญหา ๔) การกำหนดปัญหา ๕) การหาแนวทางแก้ไขปัญหา ๖) การค้นหาข้อสรุปและเลือกวิธี ๗) การดำเนินการแก้ปัญหา ๘) การสรุปและประเมินผล

๔. เนื้อหาและกิจกรรมที่ส่งเสริมจิตสาธารณะ มี ๕ กิจกรรม ๑) กระบวนการเรียนรู้เนื้อหา การปฏิบัติกิจกรรมบนเว็บแบบสื่อสังคมออนไลน์ในกระบวนการจัดการเรียนรู้แบบภาระงานเป็นฐาน ๒) นักเรียนปฏิบัติกิจกรรมรายบุคคล กิจกรรมเป็นกลุ่ม โดยการใช้บทเรียนการพัฒนาจิตสาธารณะผ่านรูปภาพ วิดีโอ เนื้อหา บทความ และการบูรณาการร่วมกับการชี้แนะทางวาจา ซึ่งการชี้แนะทางวาจาเป็นการสร้างระบบขั้นตอนการชี้แนะที่เหมาะสม กำหนดพฤติกรรม การชี้แนะอย่างชัดเจนเพื่อให้สอดคล้องกับหลักสูตรจิตสาธารณะ ๓) กิจกรรมการค้นคว้าประเภทเนื้อหา รูปภาพ วิดีโอเน้นด้านปัญหาที่เกิดขึ้นในสังคมและการแก้ปัญหาในสังคม ตามตัวชี้วัดจิตสาธารณะ ๔) กิจกรรมการนำเสนอ ผลงาน การเผยแพร่ผลงาน การส่งงาน ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ๕) กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องจิตสาธารณะผ่านสื่อสังคมออนไลน์

๕. ระบบการเรียนการสอนบนเว็บแบบสื่อสังคมออนไลน์ มี ๗ ประเภท ๑) Blogger ๒) Facebook ๓) YouTube ๔) WikiPedia ๕) Skype ๖) Multiply ๗) Twitter เครื่องมือมี ๖ ชนิดดังนี้ ๑) วิดีโอ ๒) รูปภาพ ๓) ห้องสนทนา ๔) ส่งจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ ๕) การนำเสนองาน ๖) การศึกษาค้นคว้า

๖. การวัดและประเมินผล มี ๓ ลักษณะ ๑) การประเมินด้านกระบวนการ (Process) ๒) การประเมินความคืบหน้า (Progress) ๓) การประเมินผลงาน (Product)

คเชนทร์ กองพิลา (๒๕๕๘) ได้นำเสนอการประยุกต์ใช้สื่อสังคมออนไลน์ในการเรียนการสอน เป็นการนำแหล่งข้อมูล ภาพ เสียง และปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในเครือข่ายสังคมมาเป็นสื่อ เครื่องมือ และใช้แหล่งความรู้ที่หลากหลายบนเครือข่ายคอมพิวเตอร์เป็นสื่อกลางหรือช่องทางในการเรียนการสอนส่งผลให้ผู้เรียนได้เรียนรู้สิ่งต่างๆ มากมายตามความสนใจ ทำให้การเรียนรู้เกิดขึ้นได้ตลอดเวลาทุกสถานที่ แต่ในปัจจุบันสื่อสังคมออนไลน์มีจำนวนมากมาย ดังนั้น เมื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการเรียนการสอนจะต้องคำนึงถึงองค์ประกอบของสื่อสังคมออนไลน์มาเป็นกรอบในการจัดกิจกรรมการเรียนการสอน ดังนี้

๑. การร่วมมือ (Collaboration) เป็นการแบ่งกลุ่มผู้เรียนออกเป็นกลุ่มย่อยตามประเด็นหัวข้อที่นักเรียนสนใจ มีการกำหนดบทบาท หน้าที่และความรับผิดชอบ โดยสมาชิกทุกคนในกลุ่มต้องร่วมมือกันในการเรียนรู้หรือทำกิจกรรมโดยใช้สื่อสังคมออนไลน์เป็นเครื่องมือ เช่น Group (กลุ่มร่วมมือกันเรียนรู้ตามหัวข้อที่นักเรียนสนใจ) และ Member (การเป็นสมาชิกในกลุ่ม)

๒. การสื่อสาร (Communication) เป็นการใช้องค์ประกอบของสื่อสังคมออนไลน์ในการติดต่อสื่อสาร พูดคุย แลกเปลี่ยน สอบถาม ติดตาม แสดงความคิดเห็นเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน ในสถานที่และเวลาที่แตกต่างกัน เครื่องมือสื่อสารควรเลือกให้เหมาะสมกับความต้องการและสภาพการใช้งานของผู้เรียนและสอดคล้องกับลักษณะกิจกรรม เช่น Facebook จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (E-mail) กระดานสนทนา (WebBoard) การพูดคุย (Chat)

๓. บริบททางสังคม (Social Context) เป็นองค์ประกอบด้านสภาพแวดล้อม ความสัมพันธ์ ช่องทาง สถานที่ เวลา และสถานการณ์หรือเรื่องราวที่กำหนดให้ผู้เรียนเข้าไปร่วมทำกิจกรรมการเรียนรู้โดยใช้พื้นที่ของสื่อสังคมออนไลน์ที่มีระบบการจัดการเรียนรู้ที่พัฒนาขึ้นโดยสมาชิกทุกคนในห้องต้องเข้าร่วมกลุ่มจึงจะสามารถทำกิจกรรมได้ และมีการเชื่อมโยงเพื่อการสื่อสารกับกลุ่มในเฟซบุ๊ก (Facebook)

๔. เทคโนโลยี (Technologies) เป็นการจัดสภาพแวดล้อมการเรียนรู้หรือสิ่งอำนวยความสะดวกโดยอาศัยเทคโนโลยีเครือข่ายในรูปแบบของสื่อสังคมออนไลน์ เป็นสื่อกลางในการติดต่อสื่อสารเพื่อเพิ่มศักยภาพในการเรียนรู้ การสื่อสารในลักษณะของการโต้ตอบ เช่น Facebook , Blog , YouTube , E-mail (Discussion , Web

Board , Chat , Comment , Reply) แบบทดสอบออนไลน์ รวมถึงการเชื่อมโยงไปยังแหล่งทรัพยากรสารสนเทศอื่นๆ

๕. การแบ่งปัน (Sharing) หรือการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นกระบวนการสำคัญในการจัดการความรู้ ข้อมูล แหล่งข้อมูล ภาพ เสียง เนื้อหาผ่านสื่อสังคมออนไลน์เพื่อแบ่งปันให้กับสมาชิกในกลุ่มโครงการและในเครือข่าย เช่น การแบ่งปันโดยใช้ Google Drive , Google Docs , Google Forms , Google Sheets , Google Presentation อื่นๆ

๖. ความสัมพันธ์ (Connections) โดยการให้สมาชิกทุกคนได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมทั้งในส่วนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ช่วยเหลือซึ่งกันและกันทั้งภายในกลุ่ม ระหว่างกลุ่มทุกคนอย่างสม่ำเสมอ โดยกิจกรรมจะมุ่งเน้นการนำความรู้มาแลกเปลี่ยนกัน ร่วมแสดงความคิดเห็น รวมถึงการตั้งประเด็นการศึกษา คำถาม วัตถุประสงค์และหัวข้ออื่นๆ เช่น Group (กลุ่มตามหัวข้อโครงการของนักเรียนแต่ละกลุ่ม และกลุ่มแต่ละห้องเรียน)

๗. การใช้เครื่องมือร่วมกันสร้างเนื้อหา (Content co-creation Tools) โดยการที่สมาชิกในกลุ่ม นอกกลุ่มและในเครือข่ายมีส่วนร่วมในการสร้างสรรค์ (Co-Creation) และนำเสนอข้อมูลเนื้อหา (Content) แสดงความคิดเห็น ด้วยการโพสต์คอมเมนต์ ได้ตอบกันได้อย่างอิสระ ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยนักเรียนจะเป็นทั้งผู้รับและผู้ให้ เช่น การแบ่งปัน (Sharing) การแสดงความคิดเห็น (Comment) การโต้ตอบ (Reply) การนำเสนอ (YouTube) การทำแผนที่ความคิด (Mind Map)

โดยสรุป การประยุกต์ใช้สื่อสังคมออนไลน์ในปัจจุบันนั้น มีการประยุกต์ใช้ในหลายรูปแบบทั้ง ใช้เป็นเครื่องมือในการจัดเก็บข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัย ใช้เป็นเครื่องมือในการเผยแพร่ แบ่งปันข้อมูลข่าวสาร ใช้เป็นเครื่องมือในการติดต่อสื่อสารระหว่างหน่วยงานของรัฐกับประชาชน และใช้เป็นเครื่องมือในการจัดการเรียนการสอน ทั้งในรูปแบบของสื่อการสอน แหล่งข้อมูลการเรียนรู้ และสภาพแวดล้อมการเรียนรู้

ขั้นตอนการดำเนินงาน

ขั้นเตรียมชุมชนเพื่อกำหนดทิศทางการทำงานร่วมกันและค้นหาศักยภาพชุมชน

๑. ประชุมชี้แจงเพื่อทำความเข้าใจการพัฒนาเครือข่ายทางสังคม (Social network) ในการดูแลผู้สูงอายุตำบลป่าสักอำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่ให้กับ แกนนำผู้สูงอายุ คณะกรรมการวัดชมรมผู้สูงอายุ ชมรม อสม. อผส.ช่าง อบต. ทีมงานช่างในหมู่บ้าน หรือองค์กรเอกชนที่ทำงานด้านผู้สูงอายุ

๒. ประสานกับองค์กรเครือข่ายในชุมชน

๓. เตรียมข้อมูลผู้สูงอายุ ตัดสังคม ตัดบ้าน ตัดเตียง

๔. เตรียมข้อมูลความพร้อมของผู้สูงอายุและแกนนำชุมชน เกี่ยวกับ อุปกรณ์การสื่อสาร และเครือข่าย (Social network)

๕. จัดหาแหล่งสนับสนุน อุปกรณ์การสื่อสาร และเครือข่าย (Social network) พร้อมสร้างช่องทางการสื่อสาร

๖. เตรียมข้อมูลด้านสุขภาพที่จำเป็นต้องใช้ในการสื่อสาร กำหนดแนวทางการแบ่งปันการใช้ Social network

ขั้นดำเนินการ

การส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพของแกนนำด้านสุขภาพ

๑. ประสานผู้นำชุมชน คณะกรรมการวัดชมรมผู้สูงอายุ ชมรม อสม. อผส.ช่าง อบต. ทีมงานช่างในหมู่บ้าน หรือ องค์กรเอกชนที่ทำงานด้านผู้สูงอายุ เพื่อชี้แจงโครงการ

๒. ร่วมประชุมจัดทำแนวทางการพัฒนาเครือข่ายทางสังคม (Social network) ในการดูแลผู้สูงอายุตำบลป่าสัก อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่

๓.กำหนดรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวของเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป้าสัก อำเภอวังชัน จังหวัดแพร่ โดยยึดตามมาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ๓ กลุ่ม คือ ติดบ้าน ติดเตียง ติดสังคม โดยการร่วมวิเคราะห์ศักยภาพและความเป็นไปได้ในการ ในการออกแบบที่เหมาะสมกับบริบท

การดำเนินการและพัฒนากิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน

๔. ส่งเสริมกิจกรรมการดำเนินงานในชมรมผู้สูงอายุ

๕. ประชุมเชิงปฏิบัติการ สหสาขาวิชาชีพ ผู้เกี่ยวข้องในการพิจารณาให้ความช่วยเหลือสถานบริบาลที่บ้าน

๖. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาเครือข่ายทางสังคม(Social network)ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตำบลป้าสัก อำเภอวังชัน จังหวัดแพร่เป็นระยะๆ

ขั้นประเมินผล

๗. ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

๗.๑ ประเมินความครอบคลุมการได้รับการดูแลตามความจำเป็น

๗.๒ ประเมินผลการดำเนินงาน สภาพปัญหา และแนวทางแก้ไข

๗.๓ ประเมินผลการพัฒนาเครือข่ายทางสังคม(Social network)ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตำบลป้าสักอำเภอวังชัน จังหวัดแพร่จากแบบประเมินคุณภาพชีวิต แบบวัดสมรรถภาพ แบบวัดพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. มีฐานข้อมูลผู้สูงอายุ ข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ และข้อมูลกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นปัจจุบันตลอดเวลา
๒. มีและใช้(เครือข่ายทางสังคม(Social network)เชื่อมโยงเครือข่ายระหว่างชุมชน ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลป้าสักอำเภอวังชัน จังหวัดแพร่ระยะยาวอย่างต่อเนื่องเป็นรูปธรรม โดยการจัดบริการสุขภาพ
๓. ภาคิเครือข่ายให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และพัฒนาศักยภาพทีม Care giver เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน อสม. อาสาสมัครดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (อผส.) และอาสาสมัครหรือหน่วยงานที่จัดระบบสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุอื่น ทั้งภาค รัฐ และเอกชน ที่ต้องดูแลพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ได้ตลอดเวลา
๔. มีการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุที่ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ของศูนย์อนามัย กระทรวงสาธารณสุข
๕. พัฒนาระบบเครือข่ายบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้พิการ ระดับหมู่บ้านและมีการควบคุม กำกับเป็นระยะๆ

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

ภาคิเครือข่ายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสามารถใช้ เครือข่ายสังคม(Social network) พัฒนาศักยภาพทีม Care giver เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน อสม. อาสาสมัครดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (อผส.) และอาสาสมัครหรือและตัวผู้สูงอายุเอง รวมทั้งหน่วยงานที่จัดระบบสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุอื่น ทั้งภาค รัฐ และเอกชน ที่ต้องดูแลพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Health Care) มีความรู้ ทักษะความมั่นใจ ในการดูแลและมีการวางแผนดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือเข้าสู่สังคมได้

(ลงชื่อ)

(...นางศิราภรณ์ ภิญโญชูโต.....)

(ตำแหน่ง)นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ.....

(วันที่)๖...../.....มิถุนายน...../..๒๕๖๖.....

ผู้ขอประเมิน