



วารสาร การพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

ปีที่ 15 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2557 ISBN 0859-3949

วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิชาการในรูปแบบ
รายงานวิจัย (Research Article) และบทความปริทัศน์
(Review Article) สาขาการพยาบาล การสาธารณสุข และ
การศึกษา

กำหนดออก

ทุกๆ 4 เดือน (ปีละ 3 ฉบับ)
มกราคม - เมษายน
พฤษภาคม - สิงหาคม
กันยายน - ธันวาคม

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา
312 หมู่ 11 ต.บ้านต้อม อ.เมือง จ.พะเยา 56000
โทรศัพท์ 0-5443-1779 โทรสาร 0-5443-1889

ที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ ดร.เวคิน นพนิศย์
ผู้อำนวยการ Professional Associates of Thailand
ดร.สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์
ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

บรรณาธิการ

ดร.กฤตพัทธ์ ฝึกฝน

กองบรรณาธิการ

ดร.ปิ่นฉัตร ชัชวรัตน์ ดร.พิมพ์มล วงศ์ไชยา

สำนักงาน

อาจารย์จรรยา	แก้วใจบุญ
อาจารย์สมศรี	ทาทาน
อาจารย์อัมพร	ยานะ
อาจารย์วรรณิภา	เย็นใจ
อาจารย์สุพิชญา	เสมอเชื้อ
นายอานนท์	ดีบัย้อย

กองบรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.อุทัย ภิรมย์รัตน์

มหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น

รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพล นธการกิจกุล

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

รองศาสตราจารย์ ดร.พรรณพิไล ศรีอาภรณ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

รองศาสตราจารย์ ดร.สายพิน เกษมกิจวัฒนา

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชัยณรงค์ อภิณพพัฒน์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ดร.สมานจิต ภิรมย์รัตน์

ผู้อำนวยการหลักสูตรศึกษาศาสตรดุษฎีบัณฑิต

มหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น

ดร.บรรจง ไชยรินคำ

คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

ดร.นฤมล สิงห์ตง

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ดร.ประจวบ แผลมหลัก

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

ดร.นุสรา ประเสริฐศรี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ์ประสงค์

ดร.สุชาดา อินทรกำแหง ณ ราชสีมา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี

สวรรคตประชาธิ์ นครสวรรค์

ดร.ปิ่นฉัตร ชัชวรัตน์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

ดร.กฤตพัทธ์ ฝึกฝน

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

สารบัญ

	หน้า
- ปัญหาเสพติดในสังคมไทยมุมมองทางสังคมวิทยา	3
* ประจวบ เหมลมหลัก, พิษณุ เดชโชติวิรุฬห์, ประภาพร คำเหมื่อง, นิภรดา ยาวีราช, จีรวรรณ ยศแผ่น, ธนกมล สีหมากสุก	
- การวางแผนการพัฒนาทรัพยากรบุคคลของมหาวิทยาลัยการจัดการ และเทคโนโลยีอีสเทิร์น	14
* ดร. สมานจิต ภิรมย์รัตน์	
- ความรู้ ทัศนคติ ความคาดหวังและการปฏิบัติจริงเกี่ยวกับ บริการปฐมภูมิของผู้ปฏิบัติงานเวชปฏิบัติ	23
* พิณฑอง ปินใจ, พิมพิมล วงศ์ไชยา, พรพิมล อรุณรุ่งโรจน์, สิริสุดา เตชะวิเศษ	
- การพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม	31
* ดวงดาว ปิงสุแสน	
- รูปแบบการบริหารเพื่อพัฒนาวัฒนธรรมองค์กรของโรงเรียนมัธยมศึกษา	44
* ยิ่งยง นันทวนิชชากร	
- การพัฒนาแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพวัยเยาวชน จังหวัดนครสวรรค์	55
* เบ็ญจา ยมสาร	
- การมีส่วนร่วมการขับเคลื่อนกระบวนการจัดการเครือข่ายสุขภาพ ระดับอำเภอ จังหวัดพะเยา	69
* สุริย์ภรณ์ เลิศวัชรสกุล, สุทธิพร ชมพูศรี	



ปัญหายาเสพติดในสังคมไทยมุมมองทางสังคมวิทยา

ประจวบ แหลมหลัก, พิษณุ เตชะโกวิทวิรุฬห์,
ประภาพร คำเหมือง, นิกรดา ยาวีราช,
จิรวรรณ ยศแผ่น, ธนภมร สีมหากุล

บทนำ

ประเทศไทยเป็นประเทศที่อยู่ในช่วงกำลังพัฒนา ความเจริญทางด้านเศรษฐกิจส่งผลให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในทุกมิติของสังคมไทย ความเจริญดังกล่าวไม่ได้เพียงแต่นำวิทยาการความก้าวหน้าและเทคโนโลยีมาเพื่อตอบสนองความต้องการที่ไม่มีที่สิ้นสุดของมนุษย์เท่านั้น เป็นนัยว่าเมื่อความเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นย่อมส่งผลกระทบต่อทั้งด้านบวกและด้านลบต่อสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลกระทบของการเกิดปัญหาสังคมต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นปัญหาความยากจน ปัญหาการว่างงาน ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว ปัญหาปริมาณขยะที่เพิ่มมากขึ้น ปัญหาอาชญากรรมเป็นต้น นอกจากนี้ปัญหาสังคมที่สำคัญที่ประเทศไทยเผชิญอยู่นับเป็นปัญหาที่ถือได้ว่าเป็นภัยร้ายแรงบั่นทอนทำลายมวลมนุษยชาติและความมั่นคงของประเทศ ก่อให้เกิดผลเสียหายต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต ทำให้เกิดความเสียหายด้านกำลังคน ซึ่งถือเป็นทรัพยากรสำคัญในการพัฒนาประเทศนั้นก็คือปัญหา ยาเสพติด

ทุกวันนี้เราจะพบว่าปัญหา ยาเสพติดไม่ได้เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นเฉพาะในเขตพื้นที่สลัมหรือชุมชนแออัดอีกต่อไป อีกทั้งกลุ่มประชากรที่พบว่ามี การเสพยาเสพติดไม่ได้มีแต่เฉพาะในกลุ่มของผู้ใช้แรงงานเพียงอย่างเดียว แต่กลับเป็นกลุ่มเยาวชนผู้ที่จะเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศในอนาคต เยาวชนกับปัญหา ยาเสพติดเป็นปัญหาในระดับชาติ ปัญหาเรื้อรังและปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างจริงจัง เร่งด่วนและต่อเนื่อง

แต่ปัญหา ยาเสพติดมิใช่สิ่งทีภาครัฐจะเข้าดำเนินการป้องกัน แก้ไข และเอาชนะได้โดยฝ่ายเดียว จำเป็นต้อง

ได้รับความร่วมมือจากประชาชน ชุมชน และสังคมโดยรวม ทั้งนี้เนื่องจากว่าการมองปัญหา ยาเสพติดต้องพิจารณาทั้งในด้านของอุปสงค์ของยาเสพติด (Demand) และอุปทานของยาเสพติด (Supply) ควบคู่กัน และต้องปรากฏองค์ประกอบของปัญหาให้ครบทุกส่วน คือ 1) ตัวบุคคล 2) ครอบครัวและชุมชน 3) การแพร่ระบาดของยาเสพติด และ 4) ปัญหาอื่นๆ ที่ต่อเนื่องมาจากปัญหา ยาเสพติด และเนื่องจากสาเหตุที่ทำให้เด็ก เยาวชนและแรงงานของไทยหลงเข้าไปใช้ยาเสพติด มีทั้งสาเหตุจากตัวบุคคล สาเหตุจากครอบครัว รวมทั้งสาเหตุทางสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรม ดังนั้น การป้องกันและแก้ไขปัญหา ยาเสพติดจึงต้องดำเนินการตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน รวมไปถึงการดำเนินนโยบายของภาครัฐที่ดำเนินงานในระดับมหภาค การแก้ไขจึงจะครบเป็นองค์รวมและประสบผลสำเร็จ

คำนิยาม

ยาเสพติด : หมายถึง สารเคมีหรือวัตถุชนิดใดๆ ซึ่งเมื่อเสพยาเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าจะโดยรับประทาน ดม สูบ ฉีด หรือด้วยประการใดๆ แล้วทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจในลักษณะสำคัญ เช่น ต้องเพิ่มขนาดการเสพยาเรื่อยๆ มีอาการถอนยาเมื่อขาดยา มีความต้องการเสพยาทั้งร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรงอยู่ตลอดเวลา และสุขภาพโดยทั่วไปจะทรุดโทรมลง กับให้รวมตลอดถึงพืชหรือส่วนของพืชที่เป็นหรือให้ผลผลิตเป็นยาเสพติดให้โทษหรืออาจใช้ผลผลิตเป็นยาเสพติดให้โทษ และสารเคมีที่ใช้ในการผลิตยาเสพติด



ให้โทษ ดังกล่าวด้วย ทั้งนี้ ตามที่รัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษา แต่ไม่หมายความถึงยาสามัญประจำบ้านบางตำรับตามกฎหมายว่าด้วยยาที่มียาเสพติดให้โทษผสมอยู่ (พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 มาตรา 4 แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 20) พ.ศ. 2528 มาตรา 4)

สังคมไทย : หมายถึง ชนทุกกลุ่มที่ดำรงชีวิตอยู่ร่วมกัน โดยมีวัฒนธรรมไทยเป็นพื้นฐานในการดำเนินชีวิต สังคมไทยมิได้เน้นเฉพาะชนเชื้อชาติไทยเท่านั้น แต่รวมถึงชนกลุ่มน้อยอื่นๆ ซึ่งอาจมีเชื้อชาติ ศาสนา และวัฒนธรรมบางอย่างแตกต่างกัน แต่ทุกกลุ่มยึดถือวัฒนธรรมไทยเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตร่วมกัน (ศาสตราจารย์พระยาอนุমানราชธน)

สถานการณ์ปัญหา ยาเสพติดในประเทศไทย

สถานการณ์ปัญหา ยาเสพติดของประเทศไทยในปัจจุบัน จัดได้ว่าอยู่ในขั้นวิกฤตโดยสถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดได้ทวีความรุนแรงขึ้นอย่างรวดเร็ว เพราะมีการผลิตยาเสพติดทั้งภายในประเทศและมีการลักลอบนำเข้ามาจากต่างประเทศมากมายหลายชนิด เช่น เฮโรอีน ยาบ้า ยาอี เป็นต้น ถึงแม้เจ้าหน้าที่จะได้ปราบปรามจับกุมการค้ายาเสพติดอย่างเข้มงวดและจริงจัง แต่ก็ไม่ทำให้การแพร่ระบาดของยาเสพติดลดลงเลย แต่กลับทำให้ผู้ผลิตได้พัฒนา ยาเสพติดให้ออกฤทธิ์ได้แรงขึ้น และการตรวจพบสารเสพติดในตัวผู้เสพได้ยากขึ้น ทำให้เจ้าหน้าที่จับกุมได้ยากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ ในการดำเนินการปราบปรามยาเสพติดยังมีเจ้าหน้าที่ของรัฐจำนวนไม่น้อยเข้าไปมีผลประโยชน์และมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติดเสียเอง ทำให้การป้องกันและปราบปรามยาเสพติดไม่สัมฤทธิ์ผล

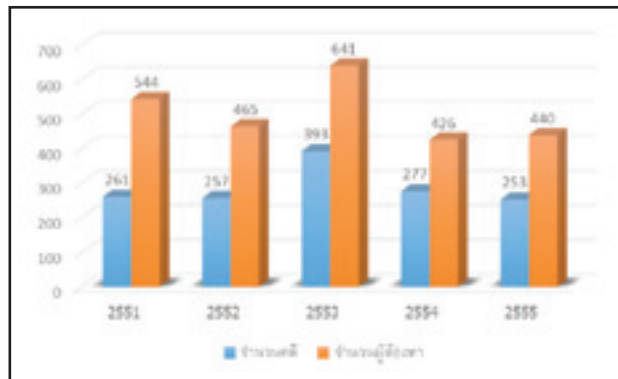
สถานการณ์ด้านการผลิต ปัจจุบันพบว่าการผลิตยาเสพติดมีมาจาก 2 แหล่งสำคัญ คือ แหล่งผลิตนอกประเทศ และแหล่งผลิตที่อยู่ในประเทศ โดยที่แหล่งผลิตนอกประเทศที่สำคัญได้แก่ ประเทศพม่า ลาว และกัมพูชา

ในขณะที่แหล่งผลิตในประเทศก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยมีการลักลอบผลิต ในลักษณะการผลิตในครัวเรือน (Kitchen Lab) ในส่วนนี้ถือว่าเป็นจุดที่ต้องเฝ้าระวัง เนื่องจากเป็นจุดที่อยู่ใกล้ตัวของผู้ใช้ยาเสพติด นอกจากนั้นจากสถิติยังพบว่าพื้นที่ปลูกฝิ่นในประเทศไทย ปี 2554/2555 พบการลักลอบปลูกฝิ่นในพื้นที่ภาคเหนือรวม 1,124 ไร่ ใน 9 จังหวัด เป็นพื้นที่ภาคเหนือตอนบน 912.6 ไร่ ในพื้นที่ 17 อำเภอ 5 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน น่าน เชียงราย และลำปาง ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เป็นพื้นที่เดิม แต่มีการเคลื่อนย้ายไปปลูกในพื้นที่ทุรกันดารยากแก่การเข้าถึงของเจ้าหน้าที่มากขึ้น

สถานการณ์การลักลอบนำเข้ายาเสพติด พื้นที่การลักลอบนำเข้ากลุ่มเครือข่ายนักค้าจะยังคงใช้พื้นที่ชายแดนภาคเหนือเป็นหลักโดยเฉพาะพื้นที่ จังหวัดเชียงราย เชียงใหม่ และแม่ฮ่องสอน แต่การลักลอบนำ เข้าทางชายแดนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากกลุ่มนักค้าต้องการหลีกเลี่ยงการตรวจค้นจับกุมในพื้นที่ภาคเหนือซึ่งมีความเข้มงวดมากขึ้น ในการลำเลียงยาเสพติดจากพื้นที่ชายแดนเข้ามายังพื้นที่ตอนในกลุ่มการค้ามักจะทำอาศัยบุคคลในพื้นที่ทั้งกลุ่มคน 3 สัญชาติจากประเทศเพื่อนบ้านรวมทั้งชนกลุ่มน้อยต่างๆ เนื่องจากกลุ่มคนเหล่านี้คุ้นเคยกับสภาพในพื้นที่สามารถหาเส้นทางที่หลีกเลี่ยงการตรวจค้นจับกุมของเจ้าหน้าที่ จึงทำให้ได้รับความไว้วางใจจากกลุ่มนักค้า



แผนภูมิ 1 สถิติการจับกุมการลักลอบนำเข้ายาเสพติดรายสำคัญ พ.ศ. 2551-2555



แหล่งที่มา : ส่วนข้อมูลเฝ้าระวังปัญหาเสพติด สำนักยุทธศาสตร์ (22 กุมภาพันธ์ 2556)

ซึ่งพบว่าการนำเข้าส่วนใหญ่ จะเป็นยาบ้า ไอซ์ กัญชา และพืชกระท่อม นอกจากนั้นยังพบ เฮโรอีน ฟีน และยาแก้หวัด ด้วยเช่นกัน

สถานการณ์ด้านการค้ายาเสพติด จากการประกาศนโยบายพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดของรัฐบาล ทำให้มีการดำเนินการแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างเข้มข้น เอาจริงเอาจังของทุกภาคส่วน เห็นได้จากสถิติการจับกุม และสถิติการเข้าบำบัดรักษาที่เพิ่มสูงขึ้น แต่จากการสำรวจสถานการณ์ยาเสพติดจากประชาชนพบว่าประชาชนส่วนใหญ่ยังเห็นว่าสถานการณ์ยาเสพติดในหมู่บ้าน/ชุมชน ที่อาศัยอยู่ยังคงมีสถานการณ์รุนแรง สอดคล้องกับการร้องเรียนเกี่ยวกับปัญหายาเสพติดจากประชาชนที่เพิ่มขึ้น เช่นเดียวกัน ปัญหาที่เกิดขึ้นบ่งชี้ว่า การแก้ไขปัญหายา ในหมู่บ้าน/ชุมชนยังไม่เกิดประสิทธิผล เครือข่ายนักค้า ทั้งรายกลางและรายย่อยยังคงมีพฤติกรรมในพื้นที่ได้อย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามเนื่องจากกำลังเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงานมีอยู่อย่างจำกัด ดังนั้นการสร้างความเข้มแข็งให้กับหมู่บ้าน/ชุมชนให้สามารถป้องกันและแก้ไขปัญหายา ด้วยตนเอง เป็นนโยบายสำคัญที่จะต้องดำเนินการอย่าง เร่งด่วนและต่อเนื่อง รวมทั้งการดำเนินมาตรการทางกฎหมาย ที่ทำให้ผู้ค้าเหล่านี้ กลับสู่ชุมชนได้ช้าลง เช่น การคัดค้าน การประกันตัวชั่วคราว

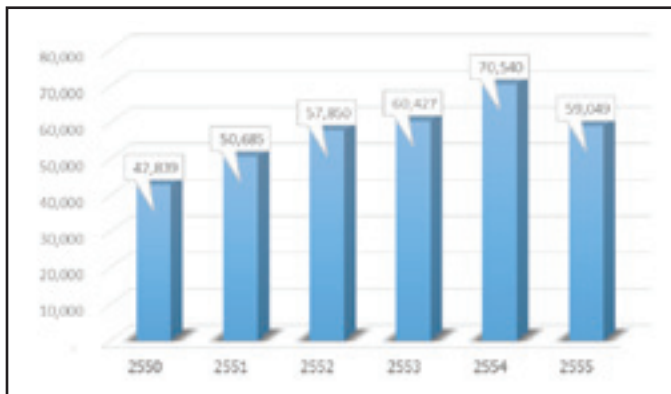
สิ่งหนึ่งที่ทำให้สถานการณ์ยาเสพติดในประเทศ ยังคงดำรงอยู่ คือ การที่กลุ่มนักค้ารายสำคัญยังคงมี

บทบาทโดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มนักค้าที่ถูกควบคุมตัวอยู่ใน เรือนจำ ซึ่งพบว่ายังมีการบงการให้เครือข่ายภายนอก เรือนจำดำเนินการการค้ายาเสพติดอยู่ ซึ่งขัดจากสถิติการ จับกุมที่พบคดีในลักษณะดังกล่าวอย่างต่อเนื่องทั้งคดี การผลิตและการค้ารายสำคัญ ดังนั้นการดำเนินการต่อกลุ่ม นักค้ารายสำคัญที่ถูกจับกุมจะต้องมีมาตรการดำเนินการ อย่างเด็ดขาด นับตั้งแต่กระบวนการดำเนินคดีจนกระทั่งถึง การดำเนินการควบคุมตัว ตั้งแต่การเข้มงวดในการเข้าเยี่ยม รวมทั้งการนำระบบตัดสัญญาณโทรศัพท์มาติดตั้งใน เรือนจำที่มีปัญหาการสั่งการเรื่องยาเสพติด

นอกจากนั้นพบว่า นักค้าชาวต่างชาติที่เข้ามา เกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติดในประเทศไทยนอกจากบุคคล 3 สัญชาติจากประเทศเพื่อนบ้านแล้ว กลุ่มแอฟริกันและ กลุ่มจากประเทศเอเชียใต้ยังคงเป็นกลุ่มหลักที่มีการจับกุม อย่างต่อเนื่อง และแนวโน้มของผู้กระทำความผิดยาเสพติด ที่ถูกจับกุม ประมาณ 3 ใน 4 เป็นรายใหม่ สัดส่วน ผู้กระทำผิดในกลุ่มที่เป็นเยาวชนมีเพิ่มสูงขึ้นและแม้ว่า สัดส่วนโดยรวมส่วนใหญ่ของผู้กระทำผิดจะเป็นเพศชาย แต่พบว่าการกระทำผิดในเพศหญิงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่าง นำเป็นห่วง สิ่งบอกเหตุดังกล่าวเหล่านี้ได้ปรากฏผลมา ระยะเวลาหนึ่ง สะท้อนให้เห็นถึงแนวทางแก้ไขปัญหายา ที่ จะต้องมีการทบทวนถึงการป้องกันในกลุ่มเด็กและเยาวชน อย่างจริงจังโดยการประเมินการดำเนินการที่ผ่านมา รวมถึงการหาแนวทางใหม่ๆ ที่ทำให้เกิดการดำเนินการที่ได้ผล



แผนภูมิ 2 สถิติการจับกุมผู้ต้องหาคดีค้ายาเสพติด พ.ศ. 2550 - 2555



แหล่งที่มา : ส่วนข้อมูลเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด สำนักยุทธศาสตร์ (22 กุมภาพันธ์ 2556)

สถานการณ์การจับกุมคดีค้ายาเสพติดตั้งแต่ปี 2550 - 2555 พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2550 สามารถจับกุมได้ 42,839 คน เพิ่มขึ้นเป็น 59,049 คน ในปี 2555 ปริมาณของกลางยาเสพติดสำคัญที่พบการค้า และแพร่ระบาดมากในประเทศทั้งยาบ้าและไอซ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

สถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติด เช่นเดียวกับสถานการณ์การค้าที่พบว่ากลุ่มเด็กและเยาวชนเป็นกลุ่มหลักที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับการเสพและมีแนวโน้มสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มเด็กและเยาวชนในสถานศึกษาซึ่งกลุ่มเด็กมัธยมศึกษาตอนต้นและประถมศึกษาเป็น 2 กลุ่มที่ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด

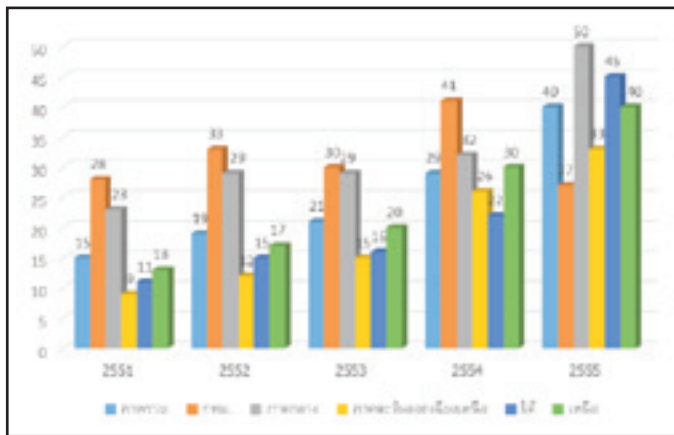
ยาเสพติดที่แพร่ระบาดแม้ว่ายาบ้าจะยังคงเป็นตัวยาลึก แต่ในแง่ของสัดส่วนแล้วพบว่าค่อนข้างที่จะคงที่ต่างจากไอซ์ที่มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดดทั้งในด้านการค้าและการเสพ ด้วยกลยุทธ์ทางการตลาดที่ทำให้ทุกชนชั้นสามารถเข้าถึงไอซ์และการโฆษณาชวนเชื่อที่เข้าใจถึงความต้องการของผู้เสพทำให้ไอซ์สามารถติดตลาดได้อย่างรวดเร็ว สถานการณ์ที่เกิดขึ้นดังกล่าวจำเป็นต้องมีมาตรการที่มีประสิทธิภาพทั้งการป้องกันและปราบปรามเพื่อหยุดยั้งการขยายตัวของปัญหา

นอกจากยาบ้าและไอซ์ที่เป็นตัวยาลึกที่มีการแพร่ระบาดอยู่ในขณะนี้ ปัญหาเฮโรอีนก็ยังไม่สามารถนิ่งนอนใจได้เนื่องจากยังมีการจับกุมและการเข้าบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง ในส่วนของพืชกระท่อมและ สีสุนทร้อยแม้ว่าสถิติการเข้าบำบัดรักษายังไม่มีการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องชัดเจนแต่การที่พบการจับกุมการลำเลียงพืชกระท่อมจากพื้นที่ กทม. และปริมณฑล และมีการจับกุมการลักลอบนำเข้าจากประเทศมาเลเซียอย่างต่อเนื่อง ซึ่งให้เห็นถึงความต้องการที่ยังคงมีอยู่สูง การกระจายตัวของผู้เสพสีสุนทร้อยไปในภูมิภาคอื่นๆ ประกอบกับเป็นสิ่งเสพติดที่มีราคาไม่สูงสามารถจัดทำขึ้นมาเสพเองได้ง่าย ทำให้มีโอกาสที่จะแพร่ระบาดเพิ่มมากขึ้นในอนาคต

สำหรับอัตราผู้เข้ารับการรักษาต่อประชากร หรือ ความชุกของปัญหาเสพติดซึ่งเป็นตัววัดความรุนแรงของปัญหาการแพร่ระบาดในพื้นที่ ภาพรวมพบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 15 คนต่อประชากร 10,000 คน ในปี 2551 เป็น 40 คนต่อประชากร 10,000 คน ในปี 2555 และเมื่อพิจารณาแยกรายภาคพบว่า ภาคกลาง มีแนวโน้มความชุกของปัญหาเสพติดเพิ่มขึ้นมากที่สุด



แผนภูมิ 3 สถิติผู้เข้ารับการรักษาบำบัดต่อประชากร 1,000 คน พ.ศ.2551-2555



แหล่งที่มา : ส่วนข้อมูลเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด สำนักงานยุทธศาสตร์ (22 กุมภาพันธ์ 2556)

สถานการณ์การแพร่ระบาดมีแนวโน้มดีขึ้นแต่ยังคงมีความรุนแรงอยู่ เห็นได้จากจำนวนผู้เข้ารับการรักษาบำบัดที่เพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่าตัวเมื่อเทียบกับ ปี 2551 และตั้งแต่เปิดปฏิบัติการในเดือนกันยายน 2554 จนถึงปัจจุบัน มีผู้เข้ารับการรักษาบำบัดเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะระบบสมัครใจที่มีผู้เข้ารับการรักษาบำบัดรักษาต่างจากช่วงก่อนหน้านี้ อย่างสิ้นเชิงโดยพบผู้เข้ารับการรักษาบำบัดสูงถึง ร้อยละ 70.0 ของผู้เข้ารับการรักษาบำบัดทั้งหมด กลุ่มหลักที่เข้ารับรักษา ยังคงเป็นกลุ่มอาชีพรับจ้างว่างงาน และเกษตรกร กลุ่มอายุที่เข้ารับการรักษาบำบัดรักษามากที่สุดยังคงเป็นกลุ่มอายุระหว่าง 15 - 19 ปี ในขณะที่กลุ่มอายุน้อยกว่า 15 ปี มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ผู้เข้ารับบำบัดรักษาครั้งแรกหรือรายใหม่ในช่วง 5 ปี มีสัดส่วนคงที่อยู่ที่ร้อยละ 76 - 80 ยาบ้าเป็นตัวยามีการแพร่ระบาดมากที่สุด ขณะเดียวกันที่ ไอซ์ กระท่อมและ สีสัญร้อย ก็มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน

สาเหตุของปัญหายาเสพติด

ทั้งนี้ส่วนใหญ่สาเหตุของปัญหามาจาก การดำรงอยู่ของสถานบริการและแหล่งอบายมุข ซึ่งขาดการควบคุมในการดำเนินการให้เป็นไปตามกฎหมายสถานบริการเหล่านี้

เป็นแหล่งค้าและแพร่ระบาดของยาเสพติดไปยังกลุ่มเป้าหมายต่างๆ โดยเฉพาะกลุ่มเด็กและเยาวชน อีกทั้งแหล่งผลิตยาเสพติดมักอยู่นอกประเทศ โดยมีกำลังการผลิตอย่างไม่จำกัด และมีช่องทางการลำเลียงนำเข้าสู่ประเทศมากมาย ยากแก่การป้องกันและปราบปราม จึงเป็นสาเหตุให้มีกลุ่มนักค้า รายใหญ่ รายย่อย รายกลาง เพิ่มขึ้นและกระจายในพื้นที่ต่างๆ

นอกจากนั้นพบว่าสิ่งแวดล้อมนับว่ามีอิทธิพลสำคัญอย่างยิ่งในการชักจูงให้บุคคลใช้ยาเสพติด เช่น อยู่ในละแวกที่มีการค้ายาเสพติด ผู้ที่ใช้และติดยาเสพติดส่วนใหญ่รู้จักยาจากเพื่อน ได้รับยาครั้งแรกจากเพื่อน ใช้ยาครั้งแรกที่บ้านเพื่อน และเป็นผู้ที่มักจะหันไปปรึกษาเพื่อนเมื่อมีปัญหา เพื่อนจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการชักนำผู้หนึ่งผู้ใดไปใช้ยาเสพติด การเลือกคบหรือเข้ากลุ่มกับเพื่อนที่เป็นผู้ใช้ยาเสพติด ย่อมเป็นทางนำให้บุคคลที่มีบุคลิกภาพอ่อนแอหรือขาดภูมิคุ้มกันอยู่แล้ว หันไปใช้และติดยาได้ และการที่เยาวชนมีเวลาว่าง และไม่มีสิ่งใดที่เพลิดเพลินและพอใจให้ทำในเวลาว่าง ทำให้เยาวชนไปมั่วสุมกันในที่ต่างๆ เป็นก๊วน หรือแก๊งค์ และชักจูงกันไปทำสิ่งต่างๆ ถ้ามีเพื่อนที่ไม่ได้อยู่ร่วมในกลุ่ม ก็อาจชักนำไปในทางอบายมุข



ต่างๆ เช่น การพนัน การมั่วสุมทางเพศ ตลอดจนการใช้
บุหรี่ เหล้า และยาเสพติดต่างๆ

สภาพแวดล้อมที่มีความกดดันต่อจิตใจจะเป็นแรงดัน
ให้เยาวชนหันไปใช้ยาเสพติดเป็นทางออกหรือทางหนี
ของปัญหาที่เกิดขึ้น สภาพในครอบครัวอาจเป็นเหตุของ
ความกดดันของเด็กได้ เช่น เด็กที่ไม่มีความสุขที่บ้าน
พ่อแม่แตกแยกกัน พ่อหรือแม่เป็นผู้มีบุคลิกภาพหรือ
อุปนิสัยไม่ดี ดุดสุราหรือยาเสพติด เด็กที่ขาดความรัก
เป็นต้น อีกทั้งความกดดันทางเศรษฐกิจ สังคม ก็เป็นปัญหา
สำคัญ ชุมชนที่เศรษฐกิจไม่ดีมีความยากจนมาก มีผู้ที่
ติดยาเสพติดมาก ผู้ที่ติดยาในกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่
เป็นผู้ที่อยู่ในบริเวณชุมชนแออัด หรือบริเวณใกล้เคียง
และยังพบว่าความลำบากในการดำรงชีพและการขาด
ความหวังสำหรับอนาคต อาจผลักดันให้คนบางคนหันไป
ใช้ยาเสพติดได้เช่นกัน

ผลกระทบจากปัญหายาเสพติด

ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาสำคัญยิ่งของ
ประเทศไทย เนื่องจากเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อ
ปัญหาอื่นๆ มากมายในประเทศ ปัญหายาเสพติด
ในประเทศไทยได้มีการเปลี่ยนแปลงและขยายตัวมากขึ้น
จากผลของการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองเศรษฐกิจ สังคม
และเทคโนโลยี การพัฒนาทางเศรษฐกิจที่มีการเปลี่ยนแปลง
อย่างรวดเร็ว ส่งผลให้โครงสร้างทางสังคมเปลี่ยนแปลง
ในลักษณะที่ขาดพลังและขาดความสมดุลในการพัฒนา
สถาบันหลักทางสังคมหลายสถาบันเกิดความอ่อนแอ
เป็นช่องว่างทำให้ปัญหายาเสพติดแพร่ระบาดอย่าง
รวดเร็วและกว้างขวางมากขึ้น ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการค้า
ยาเสพติดไม่ว่าจะเป็นนายทุนผู้ผลิต ผู้ค้า ผู้นำเข้า และ
ส่งออกยาเสพติด อาศัยผลพวงจากการเปลี่ยนแปลง
ดังกล่าว นำยาเสพติดทั้งที่มีอยู่เดิมและชนิดใหม่เข้ามา
เผยแพร่ในหมู่ประชาชนในแต่ละกลุ่มซึ่งเป็นทรัพยากร
บุคคลที่สำคัญต่อการพัฒนาประเทศ

ยาเสพติดเป็นปัญหาที่ “เป็นภัยคุกคาม กัดกร่อน
บ่อนทำลาย” ประเทศไทยส่งผลกระทบต่ออย่างกว้างขวาง
ทั้งต่อปัจเจกบุคคล และสังคมส่วนรวมในมิติต่างๆ ไม่ว่าจะ
จะเป็น

ผลกระทบต่อตัวบุคคล ยาเสพติดทุกชนิด จะมี
ผลกระทบโดยตรงต่อร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะด้าน
บุคลิกภาพและสุขภาพอนามัย ความเสียหายทั้งชีวิตและ
ทรัพย์สิน

ผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชนและสังคม
ครอบครัวที่มีผู้ติดยา มักได้รับความเดือดร้อนจากผู้ติดยา
ในทุกด้าน นำไปสู่ความยุ่งยาก ขัดแย้ง แตกแยก และ
สิ้นเปลืองในการแก้ปัญหา ผู้ติดยา มักก่อให้เกิดอาชญากรรม
ต่อเนื่อง ตั้งแต่การเข้าไปเกี่ยวข้องกับแหล่งอบายมุข
การลักเล็กขโมยน้อย การประทุษร้ายต่อชีวิตและทรัพย์สิน
การพนันและอาชญากรรมต่างๆ สำหรับผู้ค้าและหรือ
ผู้เสพซึ่งเป็นหัวหน้าครอบครัว เมื่อถูกจับกุมและดำเนินการ
ทางกฎหมาย จะส่งผลกระทบต่อสมาชิกภายในครอบครัว
ได้รับความเดือดร้อนในการดำรงชีวิตทั้งด้านเศรษฐกิจ
และสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กและเยาวชนที่อยู่ภายใต้
การปกครองจะต้องออกจากโรงเรียน ซึ่งเป็นการทำลาย
อนาคตของประเทศชาติ

ผลกระทบต่อการบริหารจัดการภาครัฐ คดียาเสพติด
ที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นภาระต่องานด้านกระบวนการ
ยุติธรรมทั้งระบบ ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาระค่าใช้จ่าย
ของรัฐที่เพิ่มสูง และทำให้การดำเนินคดีด้านอื่นๆ
เกิดความล่าช้า นอกจากนี้ ปัญหายาเสพติดได้ก่อให้เกิดการ
ทุจริต คอร์รัปชัน โดยเฉพาะการทุจริตต่อหน้าที่ การรับสินบน
การกลั่นแกล้งรีดไถ แสวงหาผลประโยชน์จากผู้กระทำ
ความผิดซึ่งทำให้ประชาชนและสังคมเกิดความไม่ศรัทธา
และเชื่อมั่นในการทำงานของเจ้าหน้าที่ของรัฐ

ผลกระทบต่อเศรษฐกิจและการคลังของประเทศ
การผลิตและการค้ายาเสพติด จัดเป็นกลุ่มธุรกิจ และ
เศรษฐกิจนอกกฎหมายที่ไม่ก่อให้เกิดการผลิต แม้ว่า การ



ค้ายาเสพติดบางส่วนจะก่อให้เกิดมูลค่าเพิ่มและสร้างรายได้เมื่อมีการค้าขาย แต่ก็ยังเป็นรายได้สำหรับคนบางกลุ่มที่กระทำผิดกฎหมายและเอาไรต์เอาเปรียบสังคม ปัญหา ยาเสพติดทำให้รัฐบาลต้องทุ่มเทงบประมาณจำนวนมากเพื่อใช้ในการป้องกันปราบปราม บำบัดรักษาและฟื้นฟูแทนที่จะนำไปใช้ในการด้านอื่นๆ ที่มีความจำเป็นต้องสูญเสียทรัพยากรในการป้องกันและแก้ไขปัญหาโดยไม่จำเป็นรวมทั้งกระทบต่อทรัพยากรมนุษย์ เพราะยาเสพติดมีส่วนทำลายพัฒนาการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสมองของเด็กและเยาวชน และแรงงานที่จะเป็นพลังของประเทศไทยในอนาคต

ผลกระทบต่อความมั่นคงและชื่อเสียงของประเทศ
สาเหตุเนื่องจากปัญหา ยาเสพติดได้ส่งผลกระทบต่อความมั่นคงทางเศรษฐกิจ สังคมและการเมือง ทั้งภายในและภายนอกประเทศ โดยเฉพาะความสัมพันธ์ระหว่างไทยกับประเทศเพื่อนบ้าน ซึ่งเป็นที่ตั้งของแหล่งผลิตยาเสพติด การแพร่ระบาดของยาเสพติด จะก่อให้เกิดความเสื่อมเสียชื่อเสียงและเกียรติภูมิของประเทศไทยไม่เป็นที่ไว้วางใจของนานาชาติในด้านความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ทำให้ไม่กล้าเข้ามาทำท่องเที่ยวหรือลงทุนทางการค้าและธุรกิจต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งทำให้ประเทศคู่แข่งฉวยโอกาสในการโจมตีประเทศไทย

ทฤษฎีทางสังคมวิทยาที่เกี่ยวข้องกับปัญหา ยาเสพติด ในสังคมไทย

มาตรการสำคัญในการป้องกันและแก้ไขปัญหา ยาเสพติด สิ่งแรกที่ควรให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง คือ บทบาทของสถาบันทางสังคมไทยในระดับรากหญ้า ซึ่งประกอบด้วย สถาบันครอบครัว สถาบันชุมชน สถาบันโรงเรียน และสถาบันศาสนา เพื่อเป็นการป้องกันและแก้ไขปัญหา

ออกุสต์ ก็องต์ [4] (Auguste Comte : 1798 - 1875) เป็นบิดาแห่งสังคมวิทยา ได้กล่าวความสัมพันธ์

ในระบบสังคม ว่าครอบครัวเป็นหน่วยงานทางสังคมเบื้องต้นเป็นต้นแบบของการรวมกลุ่ม ก็องต์ ระบุว่าในสังคมทั้งหมดหน่วยเบื้องต้นที่เราจะต้องให้ความสำคัญและเข้าใจก็คือ “ครอบครัว” เพราะครอบครัวเป็นต้นแบบของสังคม แต่ในปัจจุบันหน่วยพื้นฐานนี้อาจจะมีบทบาทน้อยลงไปมาก เมื่อหน่วยทางสังคมเบื้องต้นเปลี่ยนไป การเป็นต้นแบบในการรวมกลุ่มก็จะเปลี่ยนไป

ก็องต์ (Comte) อธิบายว่า สังคมเปรียบเหมือนกับร่างกายของมนุษย์ตั้งแต่เรื่องของครอบครัวชั้นจนกระทั่งประกอบเป็นบ้านเมือง เขาเปรียบว่าครอบครัวก็เหมือนธาตุในร่างกาย นั่นคือ element ทั้งหมด เขาเรียกมันว่าธาตุ เป็นหน่วยย่อยที่สุด ถ้าหากในทางวิทยาศาสตร์ธาตุหมายถึงหน่วยที่เล็กที่สุด ในทางสังคมหน่วยที่เล็กที่สุดในทางสังคมหน่วยที่เล็กที่สุดก็คือครอบครัว ในระดับสูงจากครอบครัวขึ้นมาในร่างกายของเราธาตุทั้งหลายก็ประกอบเป็นเนื้อเยื่อ เนื้อหนังของเรา และเนื้อหนังประกอบขึ้นเป็นอวัยวะต่างๆ เป็น แขน ขา หัว ตาก็เหมือนกับบ้านเมือง สิ่งนี้เป็นการเปรียบเทียบแบบพื้นฐานว่าสังคมเหมือนร่างกายมนุษย์ และก็องต์ กล่าวว่า คนที่อยู่ด้วยกันได้ต้องรู้จักตกลงกันว่าใครทำอะไร นั่นคือการจัดระเบียบทางสังคมการที่สังคมแบ่งหรือมอบหมายหน้าที่ให้หน่วยต่างๆ ในสังคม มีการกำหนดเป็นสถาบันต่างๆ เช่น สถาบันการศึกษา สถาบันครอบครัว ศาสนา เป็นต้น เพราะฉะนั้น การจัดระเบียบทางสังคมจึงรวมถึงแบบแผนพฤติกรรมด้วย เช่น สถาบันครอบครัว จะมีแบบแผนพฤติกรรมอย่างไร สถาบันศาสนาจะมีแบบแผนพฤติกรรมอย่างไร ในสิ่งที่ก็องต์ พูดถึงนี้ การแบ่งงานกันทำก็คือส่วนหนึ่งในการจัดระเบียบทางสังคม การกำหนดว่าใครมีบทบาทหน้าที่อย่างไรในสังคม ทำให้คนเราสามารถทำในสิ่งที่ตนเองถนัดได้ และพึงพากันได้

จะเห็นได้ว่าปัญหา ยาเสพติดเป็นปัญหาระดับชาติ ดังนั้นการป้องกัน และแก้ไขปัญหา ยาเสพติดจึงมิใช่หน้าที่



ของใครคนใดคนหนึ่ง หรือองค์กรใดองค์กรหนึ่ง แต่หากเป็นหน้าที่ของทุกคน ทุกองค์กร ในชาติที่จะต้องร่วมมือ ร่วมใจกันป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยมีเป้าหมายร่วมกัน คือ การขจัดยาเสพติดให้หมดไป ดังนั้นแต่ละสถาบันในสังคมต้องร่วมมือกันอย่างจริงจัง โดยเริ่มต้นจาก

สถาบันทางครอบครัว ต้องถือเป็นสถาบันแรก ที่มีบทบาทหน้าที่ในการป้องกันปัญหายาเสพติดโดยตรง ทั้งทางนิตินัย และพฤตินัย พ่อแม่ คือ บุคคลสำคัญในการอบรม เลี้ยงดู สั่งสอนลูก นอกจากนี้ยังจะต้องประพฤติปฏิบัติเป็นแบบอย่างที่ดี ที่ถูกต้องให้กับบุตรหลาน

สถาบันทางการศึกษา จะต้องทำหน้าที่เชื่อมต่อจากสถาบันครอบครัว โรงเรียนเป็นสถาบันที่ทำหน้าที่อบรมสั่งสอนที่กว้างกว่าครอบครัว และเป็นสถาบันที่เด็กต้องใช้ชีวิตอยู่ในโรงเรียนนานมาก และอยู่ในช่วงวัยของการเรียนรู้ การเลียนแบบ การจดจำ เป็นต้น ดังนั้นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญ ซึ่งได้แก่ ครู จะต้องทำหน้าที่ในการถ่ายทอด การอบรม สั่งสอน รวมถึงเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับเด็กและเยาวชน

สถาบันศาสนา เป็นสถาบันอีกสถาบันหนึ่งที่เป็นที่เคารพนับถือของคนในชุมชน คนในชุมชนจะให้ศรัทธาเป็นพิเศษ และคนในชุมชนยังยึดถือแบบอย่างที่ดีงามของสถาบันศาสนาเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินวิถีชีวิต

สถาบันชุมชน สถาบันชุมชนเป็นแหล่งเรียนรู้ของเด็กถัดจากสถาบันครอบครัว ชุมชนจึงมีส่วนสำคัญ

ในการป้องกันปัญหายาเสพติด โดยเฉพาะชุมชนที่มีขนาดเล็ก คนในชุมชนจะต้องช่วยกันอบรมสั่งสอน ปลูกฝังค่านิยม อุดมการณ์ คุณธรรมที่ดีงามและเหมาะสม ช่วยกันสอดส่องดูแลเด็กและเยาวชนในชุมชนโดยเปรียบเสมือนเป็นลูกหลานของตนเอง ชุมชนที่มีสภาพแวดล้อมที่ดี คนในชุมชนมีจิตสำนึกที่ดี คนในชุมชนประพฤติปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับเด็กและเยาวชน เด็กและเยาวชนย่อมเจริญเติบโต และเรียนรู้แต่สิ่งดี ๆ จากชุมชน

สถาบันการเมือง เป็นสถาบันที่ดูแลในเรื่องของการออกกฎหมาย และนโยบายที่เกี่ยวข้องต่อการดำเนินงานด้านยาเสพติด รวมถึงการแก้ปัญหาสังคมต่างๆ อันจะนำไปสู่การใช้ยาเสพติดของเด็กและเยาวชน รวมถึงคนในกลุ่มชั้นต่างๆ ของประเทศด้วยเช่นกัน

แนวทางการแก้ไขปัญหายาเสพติดในสังคมไทย

ปัญหายาเสพติดทำให้ประเทศชาติของเราต้องสูญเสียพลเมือง เด็กและเยาวชนไปเป็นจำนวนมาก ยาเสพติดทำลายทั้งสุขภาพ อนาคต ตลอดจนการสูญเสียชีวิต การป้องกันปัญหายาเสพติดเป็นมาตรการที่ดีที่สุด ดังคำสุภาษิตที่ว่า “ป้องกันไว้ ดีกว่าแก้” แม้ในความเป็นจริงจะเรื่องยากมากที่พวกเราจะปกป้องลูกหลานของเราให้รอดพ้นจากวงจรของยาเสพติด การป้องกันปัญหายาเสพติดมิใช่หน้าที่ของใครคนใดคนหนึ่งหรือองค์กรใดองค์กรหนึ่ง แต่หากเป็นหน้าที่ของทุกคนในชาติที่จะต้องร่วมมือร่วมใจป้องกันไม่ให้ลูกหลานของเราตกเป็นทาสของ



วงจรของยาเสพติด ซึ่งสถาบันทางสังคมในระดับรากหญ้า และระดับนโยบาย ควรต้องมีบทบาทหน้าที่สำคัญในการป้องกันแก้ไขปัญหานี้ร่วมกัน โดยแยกบทบาทหน้าที่ในการป้องกันปัญหา ยาเสพติดของสถาบันทางสังคมในระดับต่างๆ ได้ดังนี้

การป้องกันตนเองในระดับบุคคล การป้องกันตนเองจากยาเสพติดถือเป็นหัวใจสำคัญของการแก้ไขปัญหายาเสพติด เนื่องจากเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจของเด็ก และบุคคลที่จะเลือกใช้หรือไม่ใช้ยาเสพติด การสร้างความตระหนักถึงพิษภัยของยาเสพติด รวมถึงการส่งเสริมให้เด็ก และเยาวชนมีการพัฒนาทักษะชีวิตที่ดี โดยเฉพาะทักษะการปฏิเสธเมื่อถูกเพื่อนชักชวนให้เสพสิ่งเสพติด การรู้จักปฏิเสธอย่างจริงจังและจิตใจแน่วแน่จะทำให้เพื่อนเกรงใจไม่กล้าชวนอีก นอกจากนี้การประยุกต์ใช้แนวคิด 4H Life Skill ก็เป็นอีกแนวทางหนึ่งในการพัฒนาทักษะชีวิตให้กับเยาวชนและบุคคล [6] (Iowa State University) ที่กล่าวถึงการพัฒนาบุคคล โดยเน้นใน 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ความคิด (Head) ความรู้สึก (Heart) การกระทำ (Hand) และการดำเนินชีวิตโดยรวม (Health)

สถาบันครอบครัว สถิต วงศ์สวรรค์ (อ้างถึงใน ัญญา สนิตวงศ์ ณ อรุณยา. 2545 : 129) กล่าวไว้ว่า การอบรมเลี้ยงดูเป็นกระบวนการที่ทำให้มนุษย์รู้จักกฎเกณฑ์ทางสังคม โดยผ่านทางผู้ให้การอบรม (พ่อ แม่) ทำให้คนคนนั้นเกิดการเรียนรู้และเกิดการประพฤติปฏิบัติ

ตามกระบวนการอบรมเลี้ยงดูจะอบรมกลมกลืนเด็ก ตั้งแต่เกิด โดยบุคคลที่อยู่แวดล้อม เช่น พ่อ แม่ ญาติ พี่น้องเป็นต้น ทำให้เด็กได้รู้สึก ได้เข้าใจ ได้รู้สิ่งดีไม่ดียิ่งใดควรทำไม่ควรทำ จนทำให้เกิดพฤติกรรมต่างๆ เช่น เรียบร้อย เกเร มีมารยาท ไม่มีมารยาท ไปจนถึงลักษณะ ซื่อสัตย์ คดโกง มีเมตตา หรือโหดร้าย

ดังนั้นสถาบันครอบครัว โดยเฉพาะพ่อ แม่ เป็นผู้มีบทบาทหน้าที่สำคัญในการอบรมเลี้ยงดู ให้ความรู้ สิ่งไหนดีไม่ดี สิ่งไหนควรทำไม่ควรทำ จะต้องปลูกฝังค่านิยมที่ดีให้กับลูก รวมถึงการประพฤติปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างที่ดี เพื่อสร้างทัศนคติที่ดีให้กับลูก เป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำ ที่ถูกต้อง สร้างความอบอุ่นให้กับครอบครัวไม่สร้างปัญหาให้กับครอบครัว อาจารย์วิโรจน์ ตั้งวานิช เคยกล่าวในที่ประชุมสัมมนา เรื่อง บทบาทของเพศที่ 3 ว่า “ทำครอบครัวให้ร่มเย็นเด็กจึงอยากอยู่บ้าน ถ้าหากครอบครัวมีแต่ ความร้อนรุ่มเด็กก็ไม่อยากอยู่บ้าน”

สถาบันครอบครัวถือเป็นจุดเริ่มต้นของการป้องกันปัญหายาเสพติด ในขณะที่เดียวกันก็เป็นสถาบันแรกที่จะแก้ไขปัญหายาเสพติด เมื่อเราทราบว่ามีบุตรหลานของเรา ติดยาเสพติด เราจะทำอย่างไร? เราจะต้องตั้งสติให้ดี อย่าตกใจเกินกว่าเหตุ แล้วค้นหาให้พบถึงสาเหตุของการติดยา พุดคุยทำความเข้าใจถึงโทษของยาเสพติด ให้ความหวัง กับลูก ปรึกษาแพทย์หรือผู้ที่มีความรู้ด้านนี้ เพื่อทำการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจเพื่อป้องกันการกลับไปใช้ยาอีกครั้งหนึ่ง

สถาบันชุมชน/สังคม สถาบันชุมชนต้องทำบทบาทหน้าที่ต่อจากสถาบันครอบครัว สอดส่องดูแลบุคคลในชุมชน ปลูกฝังค่านิยมที่ดี สร้างวัฒนธรรมที่ดีงามให้การยกย่องนับถือคนดี ไม่นับถือคนที่เงิน ไม่ให้เกียรติคนที่ประพฤติปฏิบัติตนไม่ดี นอกจากนี้ชุมชนต้องเข้าใจเห็นใจผู้ที่กลับตัวกลับใจ เห็นความสำคัญของกลุ่มคนดังกล่าวเป็นพิเศษ เพราะหากกลุ่มคนดังกล่าว หันกลับไปใช้ยาเสพติดอีกก็จะสร้างปัญหาให้กับชุมชนอย่างไม่รู้จักจบสิ้น ชุมชนจะต้องมีความเข้มแข็งพอที่จะใช้มาตรการทางสังคม





ขั้นเด็ดขาด เช่น ไม่คบค้าสมาคมด้วย ไม่ให้มีส่วนร่วม ในกิจกรรมของชุมชน ซึ่งมาตรการของชุมชนต้องผ่านการ ประชาคมของชุมชนเช่นกัน เพื่อป้องกันไม่ให้เป็นดาบสองคม ที่อาจทำให้ผู้เสียหายรู้สึกแตกต่าง หรือถูกมองว่าเป็นการ กีดกันจากสังคม

นอกจากนั้น การส่งเสริมกิจกรรมยามว่าง โดยการ ส่งเสริมอาชีพแก่ชุมชนยามว่าง เช่น การเย็บเสื้อผ้า การทำรองเท้า การตั้งศูนย์รับแจ้งเบาะแสเกี่ยวกับสิ่งเสพติด เมื่อพบว่ามี การซื้อขายหรือเสพสิ่งเสพติดภายในชุมชน การเข้าร่วมโครงการชุมชนปลอดสิ่งเสพติดต่างๆ ทั้งที่ ทางราชการจัดขึ้น และชุมชนคิดริเริ่มขึ้นมาเอง สิ่งต่างๆ เหล่านี้ถือเป็นบทบาทที่ชุมชนต้องเร่งดำเนินการให้เกิดขึ้น ในชุมชนเช่นเดียวกัน

สถาบันทางการศึกษา เด็กและเยาวชนใช้ชีวิต ส่วนใหญ่อยู่ที่โรงเรียน ครูจึงเป็นผู้มีบทบาทที่สำคัญในการ ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด โรงเรียนจะต้องกล้า เผชิญกับความเป็นจริง ไม่ใช่เป็นห่วงแต่ชื่อเสียงของ โรงเรียน เมื่อโรงเรียนประสบกับปัญหาเด็กนักเรียนติดยา จะต้องรีบแจ้งให้ผู้ปกครองทราบทันทีเพื่อหาแนวทางแก้ไข ส่งไปทำการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจเพื่อที่จะ สามารถกลับมาเรียนหนังสือได้ตามปกติ ครูจะต้องมี บทบาทสำคัญในการชี้แจงให้นักเรียนเข้าใจและยอมรับ นักเรียนที่ผ่านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจเพื่อที่จะ สามารถเรียนหนังสือได้ตามปกติ

ทั้งนี้โรงเรียนควรสร้างระบบการประสานงานและความไว้วางใจระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะ กับฝ่ายปราบปราม ครู อาจารย์ รวมถึงหน่วยงานทางด้าน สาธารณสุข นอกจากนั้นควรส่งเสริมหรือจัดเวทีเพื่อให้ นักเรียน นักศึกษา ได้แสดงความสามารถและความคิด สร้างสรรค์ โดยให้นักเรียน นักศึกษา ได้มีส่วนร่วมในการ แสดงความคิดเห็นในการจัดกิจกรรมที่สำคัญในเรื่องของ งบประมาณในการดำเนินงานด้านรณรงค์ป้องกันยาเสพติด ของสถาบันการศึกษาต่างๆ ควรจัดให้มืออย่างเหมาะสม และเพียงพอต่อการดำเนินงาน

สถาบันศาสนา หลักคำสอนของศาสนามีส่วนสำคัญ ในด้านจิตใจ ทำให้จิตใจสงบ เป็นที่พึ่ง และที่ยึดเหนี่ยว ทางจิตใจของคนในชุมชน ทุกชุมชนมีสถาบันทางศาสนา เป็นแหล่งที่พึ่งตั้งแต่เกิดจนถึงตาย สถาบันศาสนาจึงมีส่วน สำคัญในการแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยอาจจะทำหน้าที่ ในการปรับสภาพจิตใจให้แก่ผู้รับการบำบัดรักษาและฟื้นฟู หรือการใช้หลักคำสอนของศาสนาเป็นแนวทางในการ ประพฤติปฏิบัติตน เป็นต้น

สถาบันทางการเมือง เป็นสถาบันที่มีบทบาทสำคัญ ในเรื่องของการบังคับใช้กฎหมายต่างๆ รวมถึงการกำหนด เชนโยบาย เพื่อเอื้อให้เกิดการแก้ไขปัญหายาเสพติด ในระดับพื้นที่ ทั้งนี้โยบายที่ดำเนินการควรเป็นนโยบาย ที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในเชิงป้องกันมากกว่าการ ปราบปราม “ยุทธศาสตร์ 5 ร้ว ป้องกัน” ถือเป็นอีก นโยบายหนึ่งที่ส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมการดำเนินงาน ในหลายภาคส่วน เป็นยุทธศาสตร์เพื่อป้องกันจุดอ่อน 5 ด้าน ทั้งด้านชายแดน ด้านปัจจัยเสี่ยงทางสังคม ด้านความอ่อนแอ ของครอบครัว - ชุมชน และด้านปัจจัยทางเศรษฐกิจ - สังคม สภาพแวดล้อม

“ร้ว” ในที่นี้หมายถึง การสร้างภูมิคุ้มกัน สร้างกิจกรรม สร้างกระบวนการทำงานทั้งภาครัฐและ ประชาชนได้ดำเนินการร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ อันได้แก่ ร้วชายแดน ร้วชุมชน ร้วสังคม ร้วโรงเรียน และร้วครอบครัว

ในส่วนของ การประสานความร่วมมือในระดับ อาเซียน ยังพบว่า มีการพัฒนาระบบกลไกความร่วมมือ ระหว่างประเทศในกลุ่มอาเซียน ซึ่งประกอบไปด้วย การทำ MOU การประชุมหารือเพื่อหาแนวทางร่วมกัน การส่งเสริมให้มี สนง.BLO เพื่อป้องกัน ปราบปราม ยาเสพติดในเขตชายแดนอย่างจริงจัง นอกจากนั้นยังมี การใช้กฎหมายเพื่อจับกลุ่มผู้ค้าข้ามชาติ

การประสานความร่วมมือระหว่างประเทศจะส่งผลดี ให้แต่ละประเทศที่มีปัญหายาเสพติดได้แลกเปลี่ยน ประสบการณ์และสามารถให้ความช่วยเหลือระหว่างกัน ได้อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ



องค์กรและหน่วยงานต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นหน่วยงานภาครัฐ หรือ เอกชน ต้องหันหน้าเข้าหากันเพื่อหารือและหาแนวทางร่วมกันในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างจริงจัง และเป็นรูปธรรม ไม่ว่าจะเป็นหน่วยงานด้านการปราบปราม หน่วยงานด้านการรักษา บำบัด หน่วยงานด้านการ

สนับสนุนวิชาการ และสนับสนุนด้านอื่นๆ จัดให้มีระบบประสานงานที่ดี ระบบการจัดเก็บข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงการเพิ่มศักยภาพของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการแก้ไขปัญหาขยะเสพติด เหล่านี้เป็นกลวิธีที่ต้องดำเนินการให้เกิดขึ้นโดยเร็ว

เอกสารอ้างอิง

- สำนักงานปราบปรามยาเสพติด.กระทรวงยุติธรรม. (2556). ส่วนข้อมูลเฝ้าระวังปัญหาเสพติด สำนักงานยุทธศาสตร์.
วารสารศรีวิชัย ชอย 9 (2553) 2, (22 กรกฎาคม - สิงหาคม)
- ศูนย์วิชาการด้านเสพติด. วิทยาการป้องกันเสพติด 4H Life Skill (Targeting Life Skill :TLS MODEL)
ทางเลือกใหม่สำหรับงานป้องกันเสพติด. บทความเผยแพร่
- สุภางค์ จันทวานิช. (2552). ทฤษฎีสังคมวิทยา. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. พระราชบัญญัติสารเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2528. (2528 : 32-33).
- จิตติ มงคลชัยอรัญญา. (2552). การถอดบทเรียนการดำเนินงานโครงการสร้างบทบาทและพื้นที่สร้างสรรค์
สำหรับเด็กและเยาวชน ประจำปี 2552. คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ธัญญา สนิทวงศ์ ณ อยุธยา. (2545). สถาบันครอบครัวกับความเข้มแข็งของชุมชนและสังคม. บัณฑิตวิทยาลัย,
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ. กรุงเทพมหานคร.
- เสนีย์ วัชรวัฒน์. (2552). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดภายในชุมชน: ศึกษากรณีชุมชน
พัฒนาสื่อ 4-5-6 แขวงคลองเตย เขตคลองเตยกรุงเทพมหานคร. ภาคนิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต, สถาบันบัณฑิต
พัฒนบริหารศาสตร์, คณะพัฒนาสังคม, สาขาพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม.
- เอื้อมเดือน ไชยหาญ. (2542). ลักษณะเครือข่ายชุมชนเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต, สาขาการบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม. คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- พิสุทธิ วรรณฉัตรสิริ. (2546). การศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนและผู้บริหารโรงเรียนต่อการจัดระเบียบสังคมในชุมชน
กลุ่มรัตนโกสินทร์ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์,
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สำนักนายกรัฐมนตรี (2552). นโยบายของรัฐบาล. คำสั่งสำนักนายกรัฐมนตรี ที่ 82/2552. (อัตรสำเนา). ปฏิบัติการประเทศไทย
เข้มแข็ง ชนเสพติดยั่งยืนภายใต้ยุทธศาสตร์ 5 รั้วป้องกัน ระยะ 2. คำสั่งสำนักนายกรัฐมนตรี ที่ 249/2552.
(อัตรสำเนา).
- ศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะเสพติดแห่งชาติ. (2554). แนวทางการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์พลัง
แผ่นดินเอาชนะเสพติด.
Targeting Life Skills Model. Iowa State University. สืบค้นเมื่อ 25 ตุลาคม 2556. จาก <http://www.extension.iastate.edu/4h/explore/lifeskills>.
- World Health Organization. (1994). Life skills educations in schools. Geneva : WHO.



การวางแผนการพัฒนาทรัพยากรบุคคลของมหาวิทยาลัย การจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น

The Human Resource Planning of the Eastern University of Management and Technology (UMT)

ดร. สมานจิต ภิรมย์รื่น
มหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น

บทคัดย่อ

การศึกษากการวางแผนการพัฒนาทรัพยากรบุคคลของมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อวิเคราะห์การบริหารทรัพยากรบุคคลของมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น และเพื่อพัฒนาแนวทางในการวางแผนบริหารทรัพยากรบุคคลของมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น โดยสอบถามข้อมูลจากอาจารย์ของมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์นที่สมัครใจและยินยอมให้ข้อมูลเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลของอาจารย์ และการพัฒนาทรัพยากรบุคคลของมหาวิทยาลัยโดยมีความเที่ยงเท่ากับ 0.91 ขั้นตอนในการดำเนินการประกอบด้วยศึกษาสภาพการณ์การพัฒนาทรัพยากรบุคคลของมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น และการกำหนดแนวทางในการวางแผนบริหารทรัพยากรบุคคลของมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น ผลการวิจัย พบว่า การบริหารทรัพยากรบุคคลของมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์นด้านมหาวิทยาลัย ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.67 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.307 ส่วนการบริหารทรัพยากรบุคคลของมหาวิทยาลัยการจัดการ

และเทคโนโลยีอีสเทิร์น ด้านบุคลากร พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.77 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.668 สำหรับผลการพัฒนาแนวทางในการวางแผนบริหารทรัพยากรบุคคลของมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์นแนวทางการวางแผนบริหารทรัพยากรบุคคลของมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น ประกอบด้วย 1) ใช้ระบบการประเมินผลการปฏิบัติงาน 2) พัฒนาระบบการบริหารทรัพยากรบุคคล 3) ส่งเสริมและพัฒนาสมรรถนะบุคลากร 4) สร้างองค์กรที่เป็น Happy Work Place 5) เสริมสร้างและปลูกฝังค่านิยม/วัฒนธรรมองค์กรเพื่อหล่อหลอมและสร้างวัฒนธรรม UMT 6) การพัฒนาสมรรถนะ (Competency) ด้านการทำงานเป็นทีม (Teamwork) ความซื่อสัตย์ (Honesty) และความรับผิดชอบต่อสังคม (Social Responsibility) ให้แก่บุคลากร 7) พัฒนาระบบการประเมินผลการปฏิบัติงาน 8) พัฒนาระบบบริหารค่าตอบแทน 9) จัดระบบสวัสดิการ 10) พัฒนาระบบการวิเคราะห์อัตราค่าจ้าง 11) พัฒนาระบบสารสนเทศ 12) พัฒนาระบบฐานข้อมูลบุคลากรที่มีประสิทธิภาพ 13) การบริหารจัดการบุคคลเพื่อยกระดับมาตรฐานการวิจัยสู่ระดับโลก 14) ปรับปรุงกระบวนการทำงานโดยนำ



หลักการ/แนวคิด Lean มาประยุกต์ใช้ข้อค้นพบสามารถเป็นข้อมูลให้ผู้บริหารนำไปประยุกต์ใช้ในเชิงนโยบายในการวางแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลของมหาวิทยาลัยต่อไป

คำสำคัญ : ทรัพยากรบุคคล การวางแผนการพัฒนาทรัพยากรบุคคล แนวคิด Lean

Abstract

The purposes of The Human Resource Planning of the Eastern University of Management and Technology (UMT) are to 1) analyses the human resource management and 2) develop the ways in the planning process in human resource management of the UMT. The process of the study in to gain information from the faculty members who was pleased to response to the questionnaires referring to the status and the performance of the human resource development of the UMT of which, the reliability of the questionnaires is 0.91. The study reveals that the performance of the human resource management of the UMT in overall was being moderate, $x = 2.67$, $S.D = 0.307$. In personnel issue overall was high, $x = 3.77$, $S.D. = 0.668$. The ways in human resource planning process included 1) using the personnel performance appraisal, 2) develop the human resource development system. 3) promote and develop personnel competency 4) build organization to happy work place 5) promote and inculcate values/organization culture responsibility for personnel competencies 7) develop performance appraisal system 8) develop cooperation system 9) organize welfare system 10) develop manpower analysis system 11) develop IT

system, 12) develop the efficiency of personnel data-based 13) uplift personnel researches to world class standard and 14) apply the use of LEAN management in action. The finding can apply for the setting the university's human resource development policy in advance.

Key words : human resource, human resource development planning and LEAN management

บทนำ

ทรัพยากรบุคคลในสถาบันอุดมศึกษามีลักษณะเฉพาะแตกต่างจากองค์กรอื่น คือ บุคลากรส่วนใหญ่มีวุฒิการศึกษาและความสามารถสูง ภารกิจที่รับผิดชอบสอน วิจัย บริการชุมชนและทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม เป็นภารกิจที่สำคัญ เพราะทำหน้าที่พัฒนาทรัพยากรบุคคลในสังคมสร้างสรรคนวัตกรรมและองค์ความรู้ใหม่ให้แก่สังคม การบริหารทรัพยากรบุคคลและการพัฒนาทรัพยากรบุคคลในสถาบันอุดมศึกษา จึงเป็นงานที่ท้าทายสำหรับผู้บริหารสถาบันการศึกษา แนวคิดพื้นฐานในการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคลในสถาบันอุดมศึกษาให้ประสบผลสำเร็จ คือ การศึกษาระบบการดำเนินงานและวัฒนธรรมอาจารย์ (สุกัญญา โสวิไลกุล, 2547)

ความก้าวหน้าของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงขึ้นอย่างมากหลายด้านองค์กรต่างๆ ได้มีความพยายามในการสร้างและพัฒนา รูปแบบต่างๆ ในการบริหารงานหรือการนำเอาเครื่องมือต่างๆ ในการพัฒนาองค์กรมาใช้ เพื่อสร้างประโยชน์ให้กับองค์กร ทั้งสร้างความได้เปรียบในการแข่งขัน สร้างความเจริญเติบโตให้กับองค์กร สร้างความสามารถในการปรับตัวต่อสภาพการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา (กฤตินี กุลเพ็ง, 2551) องค์กรไหนมีทรัพยากรมนุษย์ที่มีศักยภาพ มีการพัฒนาขีดความสามารถในแต่ละคน



ให้เพิ่มมากขึ้นอย่างหลากหลาย รวดเร็ว มีการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้กันในองค์กรและระหว่างบุคคลเพื่อต่อยอดความรู้และประสบการณ์ใหม่ๆ อยู่เสมอก็จะทำให้องค์กรนั้นสามารถแข่งขันได้ และเกิดความคุ้มค่าในการลงทุน (ธำรงค์ดี คงคาสวัสดิ์, 2550)

ทุนมนุษย์ขององค์กร อาจมองได้ว่า หมายถึง คนที่มีทักษะสูง มีความคิดสร้างสรรค์ มีแรงจูงใจ มีความร่วมมือกัน และเป็นบุคคลที่รอบรู้ซึ่งเข้าใจถึงกลไกของสภาวะแวดล้อมในการดำเนินงานขององค์กรและนำองค์กรไปสู่การแข่งขันได้ มีความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ที่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ การสร้างคุณค่าและการแข่งขันขององค์กร และเพื่อให้บรรลุจุดประสงค์ดังกล่าว พวกเขาจะต้องเรียนรู้และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีการแบ่งปัน การบูรณาการ และการใช้ความรู้ทั้งในระดับของส่วนบุคคลและในกลุ่มผู้ร่วมงาน เพื่อสร้างศักยภาพในการแข่งขันขององค์กร การสร้างนวัตกรรมใหม่ และกระบวนการในการดำเนินกิจการที่รวดเร็วและเชิงรุกโดยมีเป้าหมายอยู่ที่ความสำเร็จขององค์กรทั้งในปัจจุบันและอนาคต (Rastogi, 2000) การสร้างทุนมนุษย์ในองค์กรผู้บริหารจึงต้องพัฒนาความรู้ขั้นสูงอย่างต่อเนื่องทั้งด้านทักษะ และประสบการณ์ในการทำงาน โดยการจำแนก การสรรหา และการคัดเลือกคนที่มีความรู้ความสามารถสูงสำหรับการทำงาน ขณะเดียวกันผู้บริหารต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจกระบวนการ พัฒนาทุนมนุษย์ที่ดีพอ เพื่อให้การพัฒนาทุนมนุษย์เป็นไปได้โดยถูกทิศทางและสามารถดึงศักยภาพทุนมนุษย์ในองค์กรออกมาใช้ผลิตผลงานได้อย่างเต็มที่ เพราะการพัฒนาทุนมนุษย์ คือการพัฒนาด้านความรู้ ทักษะและความสามารถของแต่ละบุคคลที่นำมาสู่การสร้างคุณค่าให้กับองค์กร (Bohlander and Snell, 2007)

การพัฒนาทุนมนุษย์นั้นไม่ได้หมายความถึงการเพิ่มระดับการศึกษา หรือการจัดอบรมเพื่อเพิ่มทักษะแต่เพียงอย่างเดียว แต่การพัฒนาทุนมนุษย์เป็นการพัฒนาในภาพรวมกระบวนการของการพัฒนาทุนมนุษย์ไม่เพียงแต่

ดูจากการขับเคลื่อนผลลัพธ์ขององค์กรเท่านั้น แต่มันจะเกี่ยวข้องกับความผูกพันของคนต่อองค์กร ภาวะผู้นำ และการปรับตัวกับการทำงาน องค์กรที่ต้องการความสำเร็จในการปรับปรุงความสามารถของทุนมนุษย์ด้านใดด้านหนึ่งหรือมากกว่าควรต้องมีเป้าหมายที่กระบวนการที่เจาะจงที่มีความสัมพันธ์สูงกับความสามารถของทุนมนุษย์ที่เราต้องการ

วิธีการหนึ่งของการพัฒนาที่นิยมกันในปัจจุบัน คือแนวคิดแบบลีน ในอุตสาหกรรมการผลิตมีการนำไปใช้อย่างกว้างขวางเรียกว่าการผลิตแบบลีน (lean manufacturing) ที่พัฒนามาจากแนวคิดของ Womack & Jones (2003) ทำให้สามารถลดระยะเวลา ลดต้นทุนการผลิต เพิ่มผลกำไร ได้ผลลัพธ์ที่ดี และผลิตสินค้าที่มีคุณภาพ ต่อมามีการนำแนวคิดแบบลีนมาประยุกต์ในองค์กร ทำให้บุคลากรทุกคนมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ สามารถพัฒนาบุคลากรและทรัพยากรให้มีคุณค่ามากขึ้น มีความรวดเร็วชัดเจน มีมาตรฐานซึ่งเป็นพื้นฐานของการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Jones & Mitchell, 2006) รวมทั้งทำให้องค์กรมีการปรับปรุงการจัดสถานที่ทำงาน (workplace organization) ให้มีความสะดวก สะอาด หยิบใช้ของได้ง่าย สอดคล้องกับ Womack et al. (2005) ที่กล่าวว่า แนวคิดแบบลีนเป็นกลยุทธ์ในการจัดการองค์กรทั้งหมดเน้นการปรับปรุงด้านกระบวนการ ช่วยเพิ่มขีดความสามารถให้องค์กรโดยการพิจารณาคุณค่าในการดำเนินงาน มุ่งสร้างคุณค่าในตัวสินค้าและบริการ สร้างความรวดเร็วของกระบวนการและกำจัดความสูญเปล่า (waste หรือ Muda) ที่เกิดขึ้นตลอดทั้งกระบวนการอย่างต่อเนื่องทำให้ระบบการทำงานไหลลื่น มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล

แนวคิดแบบลีนมีหลักการในการจัดการ 5 ประการ (Womack & Jones, 2003) ได้แก่ 1) ระบุเน้นที่คุณค่าของสินค้าหรือบริการ (value) โดยการให้คุณค่าจากมุมมองของลูกค้า 2) การกำหนดสายธารแห่งคุณค่าหรือผังสายธารแห่งคุณค่า (value stream) เป็นการทำให้



ความสูญเปล่าปรากฏเด่นชัดโดยจำแนกแจกแจงให้เห็นถึงกิจกรรมใดที่สร้างคุณค่า กิจกรรมใดไม่ก่อให้เกิดคุณค่า เพื่อสามารถกำจัดกิจกรรมที่ไม่ทำให้เกิดคุณค่าออกจากกระบวนการ 3) การไหล (flow) เป็นการทำให้กิจกรรมต่างๆ ที่มีคุณค่าดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่องโดยปราศจากการติดขัด การอ้อม การย้อนกลับ การเกิดความสูญเปล่าหรือการรอคอย 4) ระบบดึง (pull system) คือการให้ความสำคัญเฉพาะสิ่งที่ลูกค้าต้องการเท่านั้นเป็นการบริการได้ตรงตามต้องการของลูกค้ามากที่สุด 5) ความสมบูรณ์แบบ (perfection) เป็นการค้นหาประสิทธิภาพของกระบวนการอย่างสม่ำเสมอตามระยะเวลาเพื่อให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ค้นหาความสูญเปล่าแล้วกำจัดออกไปอย่างต่อเนื่อง

การวางแผนทรัพยากรบุคคลเป็นกิจกรรมของการจัดหาบุคคลที่มีคุณสมบัติและความสามารถเหมาะสมกับงานทำได้โดยการสำรวจความต้องการทรัพยากรบุคคลที่มีทักษะตามที่ต้องการ เพื่อกำหนดจำนวนและลักษณะของบุคลากรที่จะสรรหาเข้ามาให้เหมาะสมกับงานหรือทดแทนบุคลากรที่ออกจากงาน สถาบันอุดมศึกษาควรตระหนักถึงความสำคัญของกิจกรรมนี้ให้มาก โดยเฉพาะในสถาบันอุดมศึกษาของเอกชน ซึ่งได้รับผลกระทบจากภาวะเศรษฐกิจ ทำให้มีข้อจำกัดด้านงบประมาณในหมวดเงินเดือนในเรื่องการรับบุคลากรใหม่ การวางแผนกำลังคนจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับสถาบัน (สุกัญญา ไชวโลกุล, 2547) มหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์นมีความมุ่งมั่นในการดำเนินการพัฒนาการศึกษาให้เข้าสู่การเป็นสังคมฐานปัญญา (Wisdom - based Society) และการจัดให้มีกระบวนการเรียนรู้เพื่อความเจริญงอกงามของบุคคลและสังคม ด้วยการถ่ายทอดความรู้ การอบรมปมนิสัย ภายใต้ภาวะการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของยุคโลกาภิวัตน์ ผู้วิจัยจึงได้ศึกษา การวางแผนการพัฒนาทรัพยากรบุคคลของมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์นผลการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการ

ดำเนินงานของมหาวิทยาลัย รวมทั้งข้อสนเทศที่ได้นำมาวางแผนปรับปรุงการบริหารทรัพยากรบุคคล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์การบริหารทรัพยากรบุคคลของมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการวางแผนบริหารทรัพยากรบุคคลของมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น

ระเบียบวิธีการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ อาจารย์ของมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์นที่สมัครใจและยินยอมให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลของอาจารย์ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเต็มคำสั้นๆ 13 ข้อ ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นของอาจารย์ที่เกี่ยวกับการพัฒนาทรัพยากรบุคคลของมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น จำนวน 30 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับตามเกณฑ์ดังนี้

ในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการวิจัย จำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) และความชัดเจนของการใช้ภาษา และวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Coefficient Alpha's Cronbach) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.91



ขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้คือ

ขั้นที่หนึ่งการศึกษาข้อมูลพื้นฐาน

การวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของการพัฒนาทรัพยากรบุคคลของมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น

ขั้นที่สองศึกษาสภาพการณ์การพัฒนาทรัพยากรบุคคลของมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น โดยการสำรวจโดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับสภาพการณ์การพัฒนาทรัพยากรบุคคลของมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น เป็นสำรวจความคิดเห็นจากอาจารย์ของวิทยาลัย จำนวน 33 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติ ร้อยละ การหาค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ขั้นตอนที่สาม การกำหนดแนวทางในการวางแผนบริหารทรัพยากรบุคคลของมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น และการตรวจสอบแนวทางการวางแผนบริหารทรัพยากรบุคคลของมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน นำผลจากการตรวจสอบแนวทางการวางแผนบริหารทรัพยากรบุคคลของมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์นของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้มีความชัดเจนและสมบูรณ์และมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้เป็นแนวทางการบริหารทรัพยากรบุคคลของมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์นให้มีคุณภาพเพิ่มขึ้นต่อไป

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยสรุปได้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

ผลการวิเคราะห์การบริหารทรัพยากรบุคคลของมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น

ปรากฏว่า ข้อมูลทั่วไป พบว่าเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คือ เป็นเพศหญิงร้อยละ 54.8 เมื่อ ส่วนระดับการศึกษา พบว่า อาจารย์ส่วนใหญ่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโท ร้อยละ 80.6 ในด้านประสบการณ์การทำงาน

พบว่า อาจารย์มีประสบการณ์การทำงานในสถาบันอุดมศึกษา มากกว่า 10 ปีมากที่สุด คือ ร้อยละ 58.1

การบริหารทรัพยากรบุคคลของมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์นด้านมหาวิทยาลัย พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.67 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.307 โดยมีประเด็นมีการกำหนดแผนการปฏิบัติงานด้านบริหารทรัพยากรบุคคล ได้สอดคล้องกับเป้าหมายและตัวชี้วัดของมหาวิทยาลัย อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.68 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.832 ส่วนประเด็นมีระบบการพัฒนาที่สอดคล้องกับความต้องการของอาจารย์มีการวางแผนงบประมาณในการพัฒนาอาจารย์ที่เหมาะสมมีการวางแผนการบริหารกำลังคนและปรับเปลี่ยนรูปแบบการปฏิบัติงานของบุคลากรในหน่วยงานให้เหมาะสมกับสมรรถนะของบุคลากรแต่ละคนอย่างเหมาะสม และมีการกำหนดสวัสดิการให้บุคลากรอย่างเหมาะสมและเพียงพอต่อสภาพสภาวะการณ์ปัจจุบัน อยู่ในระดับน้อย ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.23 - 2.45 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.475 - 0.805

ส่วนการบริหารทรัพยากรบุคคลของมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น ด้านบุคลากร พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.77 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.668 โดยมีประเด็นบุคลากรกระตือรือร้นในการศึกษาหาความรู้ด้านวิชาชีพและด้านเทคโนโลยี เพื่อประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานและบุคลากรปรับปรุงพัฒนางานของตนเองและประยุกต์ใช้ประสบการณ์ ความรู้ ทักษะ วิทยาการที่ทันสมัย เพื่อปฏิบัติงานในความรับผิดชอบ ให้ดีขึ้นอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.13 - 3.16 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.340 - 0.373 ส่วนประเด็นบุคลากรมีส่วนร่วมในการกำหนดกระบวนการบริหารทรัพยากรบุคคลตามความเหมาะสมกับตำแหน่งหน้าที่ อยู่ในระดับน้อย ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.19 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.401



ผลการพัฒนาแนวทางในการวางแผนบริหาร
ทรัพยากรบุคคลของมหาวิทยาลัยการจัดการและ
เทคโนโลยีอีสเทิร์น

ผลการพัฒนาแนวทางการวางแผนบริหาร
ทรัพยากรบุคคลของมหาวิทยาลัยการจัดการและ
เทคโนโลยีอีสเทิร์นมีรายละเอียด ดังนี้

1. ใช้ระบบการประเมินผลการปฏิบัติงาน
(Performance Agreement) เพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์
มหาวิทยาลัย

2. พัฒนาระบบการบริหารทรัพยากรบุคคล
(Human Resource Management) อาทิการสรรหาและ
คัดเลือก (Recruitment) การพัฒนา (Development)
และการรักษาคนดีคนเก่งให้อยู่กับองค์กร (Maintenance)

3. ส่งเสริมและพัฒนาศมรรถนะบุคลากรให้มี
ความสามารถในการปฏิบัติงานสอดคล้องกับเป้าหมาย
เชิงยุทธศาสตร์ของมหาวิทยาลัย

4. สร้างองค์กรที่เป็น Happy Work Place ได้แก่
ด้านอาคารสถานที่สร้างเสริมสุขภาพ/การรักษาพยาบาล
การเงิน นันทนาการและศิลปวัฒนธรรม พาหนะการเดินทาง
ร้านค้าสวัสดิการ การเชิดชูเกียรติ

5. เสริมสร้างและปลูกฝังค่านิยม/วัฒนธรรม
องค์กรเพื่อหล่อหลอมและสร้างวัฒนธรรม UMT ได้แก่
การใช้ทรัพยากรอย่างประหยัด (Sense of saving) การมี
ธรรมาภิบาล (Good governance)

6. การพัฒนาสมรรถนะ (Competency) ด้านการ
ทำงานเป็นทีม (Teamwork) ความซื่อสัตย์ (Honesty)
และความรับผิดชอบต่อสังคม (Social Responsibility)
ให้แก่บุคลากร

7. พัฒนาระบบการประเมินผลการปฏิบัติงาน
โดยกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงานเพื่อสร้างตัวชี้วัด
ในการปฏิบัติงานของบุคลากรเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ
ประสิทธิผลและสมรรถนะในการปฏิบัติงาน

8. พัฒนาระบบบริหารค่าตอบแทนเพื่อเพิ่ม
ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานและสมรรถนะ

9. จัดระบบสวัสดิการเพื่อกระตุ้นให้บุคลากร
เกิดความทุ่มเทในการปฏิบัติงานและมีความผูกพันต่อองค์กร

10. พัฒนาระบบการวิเคราะห์อัตรากำลังเพื่อการ
วางแผนกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ

11. พัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อสนับสนุน
กระบวนการบริหารทรัพยากรบุคคล

12. พัฒนาระบบฐานข้อมูลบุคลากรที่มี
ประสิทธิภาพ

13. การบริหารจัดการบุคคลเพื่อยกระดับ
มาตรฐานการวิจัยสู่ระดับโลกและเพิ่มคุณค่าแก่สังคม
เช่นสนับสนุนการทำ Routine to Research (R to R)
การตั้งกองทุนสนับสนุนการวิจัยการพัฒนาสามารถด้าน
วิจัยให้แก่บุคลากร

14. ปรับปรุงกระบวนการทำงานโดยนำหลักการ/
แนวคิด Lean มาประยุกต์ใช้เพื่อลดขั้นตอนและเพิ่ม
ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน

อภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์การบริหารทรัพยากรบุคคลของ
มหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์นปรากฏว่า
ข้อมูลทั่วไป พบว่าเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อาจารย์
ส่วนใหญ่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโท สำหรับ
ประสบการณ์การทำงาน พบว่า อาจารย์มีประสบการณ์
การทำงานในสถาบันอุดมศึกษามากกว่า 10 ปีมากที่สุด

การบริหารทรัพยากรบุคคลของมหาวิทยาลัย
การจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์นด้านมหาวิทยาลัย พบว่า
ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และความคิดเห็นของบุคลากร
ในประเด็นมีระบบการพัฒนาที่สอดคล้องกับความต้องการ
ของอาจารย์มีการวางแผนงบประมาณในการพัฒนา
อาจารย์ที่เหมาะสมมีการวางแผนการบริหารกำลังคนและ
ปรับเปลี่ยนรูปแบบการปฏิบัติงานของบุคลากรในหน่วยงาน



ให้เหมาะสมกับสมรรถนะของบุคลากรแต่ละคนอย่างเหมาะสม และมีการกำหนดสวัสดิการให้บุคลากรอย่างเหมาะสมและเพียงพอต่อสภาพสถานการณ์ปัจจุบันอยู่ในระดับน้อย สอดคล้องกับการศึกษา เรื่องการบริหารทรัพยากรมนุษย์ในมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ : กรณีศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี (มรกด โคมลดิษฐ์, 2546) ที่พบว่า มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี มีระดับการดำเนินงานบริหารทรัพยากรมนุษย์ ประกอบด้วย การจัดหาทรัพยากรมนุษย์ การให้รางวัลทรัพยากรมนุษย์ การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และการอ้างรักษาและป้องกันทรัพยากรมนุษย์ ในภาพรวมและรายได้อยู่ในระดับปานกลางส่วนประเด็นมีการกำหนดแผนการปฏิบัติงานด้านบริหารทรัพยากรบุคคลได้สอดคล้องกับเป้าหมายและตัวชี้วัดของมหาวิทยาลัย อยู่ในระดับมาก ซึ่งตรงกับการศึกษาการพัฒนาทรัพยากรบุคคลของสถานศึกษาสังกัดกรมอาชีวศึกษาในกรุงเทพมหานครที่พบว่าสถานศึกษาสังกัดกรมอาชีวศึกษา ในกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่มีการพัฒนาทรัพยากรบุคคลตามกระบวนการพัฒนาทรัพยากรบุคคลครบทั้ง 5 ขั้นตอน ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของอาชีวศึกษา

ส่วนการบริหารทรัพยากรบุคคลของมหาวิทยาลัย การจัดการและเทคโนโลยีอีอีทีริน ด้านบุคลากร พบว่าภาพรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งตรงกับการศึกษา แนวทางพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงขององค์การในปี 2000 กรณีศึกษา บริษัทอินซ์เคปเอ็นอาร์จี (ประเทศไทย) จำกัด (สุชาติ แม้นโชติ, 2542) ผลการศึกษาพบว่า ในด้านความสามารถในการปฏิบัติงานโดยเฉลี่ยของพนักงาน มีความเห็นว่าตนเองสามารถปฏิบัติงานได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดเป็นส่วนใหญ่ โดยมีประเด็นบุคลากรกระตือรือร้นในการศึกษาหาความรู้ด้านวิชาชีพและด้านเทคโนโลยีเพื่อประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานและบุคลากรปรับปรุงพัฒนางานของตนเองและประยุกต์ใช้ประสบการณ์ความรู้ ทฤษฎี วิทยาการที่ทันสมัย เพื่อปฏิบัติงาน

ในความรับผิดชอบให้ดีขึ้นอยู่ในระดับปานกลาง ศึกษาเรื่อง Strategic Intellectual Capital Development : A Defining Paradigm for HRD? (Holton and Yamkovenko, 2008) เสนอว่าการพัฒนาทุนทางปัญญา ก่อให้เกิดการพัฒนาทฤษฎีทุนมนุษย์ตามมา สิ่งที่สำคัญอย่างยิ่งสำหรับการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และส่งผลให้องค์การเพิ่มศักยภาพได้นั้น คือการส่งเสริมให้เกิดต้นทุนทางปัญญาของบุคลากรในองค์การเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของยุทธศาสตร์ขององค์การ และการวิจัยการบริหารทรัพยากรบุคคลในมหาวิทยาลัยของรัฐตามความคิดเห็นของอาจารย์และข้าราชการที่ปฏิบัติงานด้านบุคลากร ผลการวิจัย (พรทิพย์ พุ่มศิริ, 2540) ที่พบว่า ด้านการพัฒนาบุคลากรนั้น อาจารย์และข้าราชการที่ปฏิบัติงานด้านบุคลากรมีความเห็นไม่สอดคล้องกันในทุกกิจกรรมตามสภาพที่เป็นจริงและสภาพที่ควรจะเป็น ดังนั้นมหาวิทยาลัยควรมีการพัฒนาและฝึกอบรมบุคลากรในทุกด้าน เพื่อให้มีความผูกพันต่อองค์การและมีทัศนคติและพฤติกรรมในการทำงานดีขึ้นสำหรับประเด็นบุคลากรมีส่วนร่วมในการกำหนดกระบวนการบริหารทรัพยากรบุคคลตามความเหมาะสมกับตำแหน่งหน้าที่อยู่ในระดับน้อย สอดคล้องกับการศึกษาผลกระทบของการบริหารคนกับผลประกอบการ (Malcolm Patterson and colleagues, 1997) พบว่าหากผู้บริหารต้องการปรับปรุงผลการปฏิบัติงานขององค์การต้องเน้นที่การบริหารคนรวมถึงการความผูกพันต่อองค์การและความพึงพอใจในงานของผู้ปฏิบัติงานด้วย ในส่วนของการพัฒนาคนหมายรวมถึงการพัฒนาทักษะด้วยนอกนั้นคือการออกแบบงานที่รวมถึงความยืดหยุ่นด้านทักษะความรับผิดชอบในงานและการใช้ทีมงานที่หลากหลาย

ผลการพัฒนาแนวทางในการวางแผนบริหารทรัพยากรบุคคลของมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีอีทีริน พบว่า แนวทางการวางแผนบริหารทรัพยากรบุคคลของมหาวิทยาลัยการจัดการและ



เทคโนโลยีอีไอเอสเทอร์น ประกอบด้วย 1) ใช้ระบบการประเมินผลการปฏิบัติงาน 2) พัฒนาระบบการบริหารทรัพยากรบุคคล 3) ส่งเสริมและพัฒนาสมรรถนะบุคลากร 4) สร้างองค์กรที่เป็น Happy Work Place 5) เสริมสร้างและปลูกฝังค่านิยม/วัฒนธรรมองค์กรเพื่อหล่อหลอมและสร้างวัฒนธรรม UMT 6) การพัฒนาสมรรถนะ (Competency) ด้านการทำงานเป็นทีม (Teamwork) ความซื่อสัตย์ (Honesty) และความรับผิดชอบต่อสังคม (Social Responsibility) ให้แก่บุคลากร 7) พัฒนาระบบการประเมินผลการปฏิบัติงาน 8) พัฒนาระบบบริหารค่าตอบแทน 9) จัดระบบสวัสดิการ 10) พัฒนาระบบการวิเคราะห์อัตราค่าจ้าง 11) พัฒนาระบบสารสนเทศ 12) พัฒนาระบบฐานข้อมูลบุคลากรที่มีประสิทธิภาพ 13) การบริหารจัดการบุคคลเพื่อยกระดับมาตรฐานการวิจัยสู่ระดับโลก 14) ปรับปรุงกระบวนการทำงานโดยนำหลักการ/แนวคิด Lean มาประยุกต์ใช้สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาทุนมนุษย์ขององค์การ (Rastogi, 2000) สรุปไว้ว่าการพัฒนาทุนมนุษย์นั้นจำเป็นต้องมีการส่งเสริมอย่างต่อเนื่องในรูปแบบของการเรียนรู้และความรู้ทักษะและความสามารถเพื่อให้เป็นทรัพยากรที่ยั่งยืนเหนือกาลเวลาและจำเป็นต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและเน้นตรงไปที่ความสามารถขององค์การ

ในการเผชิญหน้ากับสภาพการแข่งขันที่ท้าทายท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงที่ไม่แน่นอนการพัฒนาทุนมนุษย์มีพื้นฐานมาจากสมมุติฐานที่ว่าคนต้องถูกกระตุ้นด้วยวิสัยทัศน์ที่เป็นเลิศเป้าหมายที่ยิ่งใหญ่และความหวังที่สูงสุดคนจะไม่ถูกกระตุ้นด้วยเป้าหมายที่เป็นเพียงเงินตอบแทนที่มากขึ้นและรางวัลที่ไม่ใช่เงิน เช่น การยอมรับขององค์กรยอมรับในกลุ่มเพื่อนและโอกาสในการพัฒนาตนเองการมีส่วนร่วมในการทำงานที่ท้าทายที่ต้องใช้ทั้งทักษะและความสามารถและความรู้ดีกว่าตนเองเป็นคนสำคัญและมีงานที่มีความหมายมากกว่ารางวัลที่เป็นเงิน การพัฒนาทั้งด้านทุนมนุษย์และทุนทางสังคมจะขึ้นอยู่กับความสามารถในการเป็นผู้นำของผู้บริหารที่จะทำให้มีการสั่งการที่ชัดเจนทั้งด้านเป้าหมายวิถิทางและทิศทางในการดำเนินงานโดยการให้ผู้ปฏิบัติงานเข้ามามีส่วนร่วมในระดับของข้อมูลข่าวสารและการพัฒนายุทธศาสตร์ขององค์การหรือการวางแผนกลยุทธ์เป็นประโยชน์สูงสุดขององค์การและการพัฒนาทุนมนุษย์การมีส่วนร่วมจะช่วยในการพัฒนาที่ชัดเจนและมีเหตุผลที่แหลมคมในการคิดกลยุทธ์ขององค์การการอำนวยความสะดวกในการกระจายกลยุทธ์ออกไปการทำความเข้าใจการแบ่งปันให้กับทุกระดับขององค์การและการช่วยทำให้กลยุทธ์นั้นมีความยืดหยุ่นและนำไปสู่ความสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ



เอกสารอ้างอิง

- กฤติน กุลเพ็ง. (2551). *ไม่อยากเสียคนเก่งในองค์กรต้องทำอะไร*. กรุงเทพฯ : เอชอาร์เซ็นเตอร์.
- ธำรงค์ดี คงคาสวัสดิ์. (2550). *ทุนมนุษย์ : การกำหนดตัวชี้วัดเพื่อพัฒนา*. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ ส.ส.ท.
- นงนุช วงษ์สุวรรณ. (2546). *การบริหารทรัพยากรมนุษย์*. กรุงเทพฯ : จามจุรีโปรดักท์.
- พรทิพย์ พุ่มศิริ. (2540). *การบริหารทรัพยากรบุคคลในมหาวิทยาลัยของรัฐตามความคิดเห็นของ
อาจารย์และข้าราชการที่ปฏิบัติงานบุคลากร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาครุศาสตร์
อุตสาหกรรมสถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ.
- มรกต โกมลดิษฐ์. (2546). *การบริหารทรัพยากรมนุษย์ในมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ : กรณีศึกษา
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาบริหารธุรกิจ
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- สุกัญญา ไชวโกล. (2547). *การวิเคราะห์ระบบเพื่อการบริหารสถาบันอุดมศึกษา*. กรุงเทพฯ :
โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุชาติ แม้นโชติ. (2542). *แนวทางการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงขององค์การ
ในปี 2000 กรณีศึกษาบริษัท อินท์เคป เอ็นอาร์จี (ประเทศไทย) จำกัด*. วิทยานิพนธ์
ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการบริการธุรกิจ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต.
- Bohlander, G. and Snell, S. (2007). *Managing human resources*. 14th ed. Mason, Ohio :
Thomson-Southwester.
- Holton, Elwood F. and Yamkovenko, Bogdan. (2008). "Strategic Intellectual Capital Development:
A Defining Paradigm for HRD?". *Human Resource Development Review* 7,3 : 2701 - 291.
- Jones, D., & Mitchell, A. (2006). *Lean thinking for the NHS*. The NHS Confederation, 1 - 24.
- Malcolm G. Patterson and others, (1997). "Impact of people management practices on
performance," *Journal of Management Studies*. 32,2 : 215 - 47.
- Rastogi, P.N. (2000) "Sustaining enterprise competitiveness - is human capital the answer?,"
Human Systems Management. 19 : 193 - 203.
- Womack, J. P., & Jones, D. T. (2003). *Lean Thinking*. New York: Simon & Schuster.
- Womack, J. P., et al. (2005). "Going Lean in Health Care". (D. Miller, Ed.) *Institute for
Healthcare Improvement*, 1-20.



ความรู้ ทักษะ ความคาดหวังและการปฏิบัติจริงเกี่ยวกับ บริการปฐมภูมิของผู้ปฏิบัติงานเวชปฏิบัติ

Title Knowledge, Attitudes, Expectation and Practice primary
health care service of health care workers

พินทอง ปินใจ, พิมพ์มล วงศ์ไชยา, พรพิมล อรุณรุ่งโรจน์, ลีริสสุดา เตชะวิเศษ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงของสังคมปัจจุบันเข้าสู่ยุคข้อมูลข่าวสาร ส่งผลกระทบต่อสังคมมากมาย ทำให้วิถีชีวิตของผู้คนมีความซับซ้อนมากขึ้น สังคมหันมาให้ความสำคัญกับการมีสุขภาพดีมากกว่าในอดีต ระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันได้เน้นพัฒนาศักยภาพผู้รับบริการในการส่งเสริมและป้องกันโรค ดังจะเห็นได้ว่ารัฐบาลได้มีมาตรการการปฏิรูประบบสุขภาพ เน้นให้มีการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิที่มีคุณภาพและมาตรฐาน เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการพื้นฐานอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม โดยรัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ มากกว่าการจัดการความเจ็บป่วย (เกษม วัฒนชัย, 2547) จึงได้มีความพยายามในการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขเพื่อมีความเป็นธรรม ทั่วถึง และมีคุณภาพ โดยการออกพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และเน้นการพัฒนาบริการปฐมภูมิในรูปเวชปฏิบัติครอบครัว (กระทรวงสาธารณสุข, 2545) ซึ่งบุคลากรที่มีหน้าที่โดยตรงคือ แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว แต่เนื่องจากการที่จะผลิตแพทย์เพื่อให้ปฏิบัติงานได้ครอบคลุมพื้นที่ดูเหมือนจะเป็นไปได้ในน้อยในช่วงหลายทศวรรษข้างหน้า แม้แต่ในประเทศที่พัฒนาแล้วก็ยังไม่

สามารถผลิตแพทย์ให้ครอบคลุมพื้นที่บริการได้ ในภาวะเช่นนี้จึงมีความจำเป็นต้องให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นมาทำหน้าที่แทน ซึ่งกลุ่มบุคลากรได้แก่เจ้าพนักงานสาธารณสุข พนักงานอนามัยและผดุงครรภ์ และพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งในความเป็นจริงบุคลากรกลุ่มนี้ได้ให้บริการระบบปฐมภูมิในชุมชนมาก่อนอยู่แล้วในระบบบริการสาธารณสุขไทย ซึ่งเรียกกันติดปากว่าหมออนามัย

พยาบาลวิชาชีพ คือบุคลากรที่มีความรู้พื้นฐานด้านโรคการรักษาและทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยทางกาย จึงมีการขยายบทบาทของพยาบาลเพื่อตอบรับกับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ซึ่งที่ผ่านมานั้นความสามารถทางการพยาบาลโดยทั่วไปแม้ว่าจะสามารถเสริมสร้างการดูแลตนเองให้แก่ผู้รับบริการได้ แต่ก็ยังไม่เพียงพอที่จะตอบรับกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างมากมาย และทันท่วงที สภาพการณ์ดังกล่าวทำให้พยาบาลได้ให้มีความรู้มากขึ้น และขยายบทบาทด้วยการใช้ความรู้ทางการพยาบาลให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการ แสดงทักษะการพยาบาลขั้นสูงและพัฒนาประสิทธิภาพระบบบริการพยาบาลให้มากที่สุด โดยเฉพาะบทบาทเชิงเวชปฏิบัติที่ต้องพัฒนาการใช้ความเชี่ยวชาญทางคลินิกในการปฏิบัติพยาบาลขั้นสูง ประยุกต์ความรู้ของศาสตร์



ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการ (สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2545) ได้มีการกำหนดให้พยาบาลสามารถให้การรักษาโรคเบื้องต้นได้ โดยจะต้องผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาลเวชปฏิบัติที่มีระยะเวลาการอบรมตั้งแต่ 4 เดือนขึ้นไป อย่างไรก็ตามมีพยาบาลจำนวนหนึ่งที่ทำงานในสถานบริการปฐมภูมิที่ยังไม่ผ่านการฝึกอบรมเฉพาะทาง สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ถึงแม้จะไม่มีหน้าที่ตามกฎหมายในการรักษาเบื้องต้น แต่ในทางปฏิบัติอาจสามารถปฏิบัติได้โดยการได้รับมอบหมายและรับรองจากสาธารณสุขจังหวัด เนื่องจากความจำเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ผ่านการอบรม และมีประสบการณ์ทำการรักษาเบื้องต้นจึงมีอยู่จำนวนหนึ่งที่สามารถให้การรักษาเบื้องต้นได้ ถ้าในสถานพยาบาลไม่มีพยาบาลประจำอยู่ โดยที่บุคลากรเหล่านี้จะได้รับการอบรมเพื่อเพิ่มเติมความรู้ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของบริการ

ในสถานการณ์ที่มีการให้บริการเวชปฏิบัติในระดับปฐมภูมิดูเหมือนว่าจะยังไม่พร้อม เนื่องจากข้อจำกัดด้านบุคลากร ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาว่า สภาพการทำงานของผู้ปฏิบัติงานเวชปฏิบัติ นั้น ทั้งที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นอย่างไร โดยสำรวจความรู้และทัศนคติต่อการทำงานด้านเวชปฏิบัติ รวมทั้งศึกษาความสอดคล้องของความคาดหวังในการทำงานและการปฏิบัติงานจริง และปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงาน

ทั้งนี้เนื่องจาก ความรู้เป็นสิ่งสำคัญในการทำงาน มีองค์ประกอบหลายประการที่มีผลต่อความคงอยู่ของความรู้ ตัวอย่างเช่น ระยะเวลา ความถี่ของการใช้ความรู้ ความรู้ที่พยาบาลเวชปฏิบัติได้รับจากการอบรม บางส่วนอาจได้นำไปใช้ในการทำงานจริง บางส่วนอาจมีโอกาสนำไปใช้น้อย บางส่วนจึงขาดหายไป จึงควรมีการติดตามประเมินความรู้เป็นระยะๆ นอกจากนี้เพื่อติดตามความก้าวหน้าของโรคและการรักษา ซึ่งมีการพัฒนาตามการเปลี่ยนแปลงของโรคและเทคโนโลยีต่างๆ ทำให้บางครั้งการทำหน้าที่ของพยาบาลด้านการรักษายังไม่ครบถ้วน สมบูรณ์และมีประสิทธิภาพตามความคาดหวัง

สำหรับทัศนคติเป็นองค์ประกอบสำคัญของการแสดงพฤติกรรมของมนุษย์ ทัศนคติที่ดีนำไปสู่การแสดงออกที่ดี ขณะเดียวกันทัศนคติเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ จึงเป็นจำเป็นที่จะต้องศึกษาทัศนคติของพยาบาลที่ทำงานเวชปฏิบัติ ทั้งนี้เพื่อนำเอาข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการปรับเปลี่ยนทัศนคติเพื่อให้เกิด การปฏิบัติงานเวชปฏิบัติที่ดี

นอกจากนี้ในการปฏิบัติงานเวชปฏิบัติในสถานการณ์จริง ความสอดคล้องของความคาดหวังและการปฏิบัติจริง อาจส่งผลต่อการปฏิบัติได้ หากสองปัจจัยมีความแตกต่างมากอาจเกิดผลเสียต่อการทำงาน การศึกษาในเรื่องนี้จึงเพื่อประโยชน์ในการจัดหลักสูตรให้เหมาะสมกับการทำงานจริงของพยาบาลเวชปฏิบัติ

บทคัดย่อ

งานเวชปฏิบัติ เป็นนโยบายที่เร่งรัดของรัฐบาล เพื่อให้ผู้รับบริการได้เข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพ ทั้งทางด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู อย่างทั่วถึง การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับการรักษาโรคเบื้องต้น ของผู้ที่เข้ารับการอบรมฟื้นฟูวิชาการเวชปฏิบัติ เพื่อศึกษาทัศนคติเกี่ยวกับการทำงานรักษาเวชปฏิบัติ ของผู้ที่เข้ารับการอบรมฟื้นฟูวิชาการเวชปฏิบัติ เพื่อศึกษาความคาดหวังและความเป็นจริงในการปฏิบัติงานของผู้อบรมฟื้นฟูวิชาการเวชปฏิบัติ และเพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติงานเวชปฏิบัติ งานวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา เก็บข้อมูลจากประชากรผู้เข้ารับการฟื้นฟูวิชาการเวชปฏิบัติ จำนวน 128 คน ระหว่างวันที่ 15 - 18 มิถุนายน 2553 โดยใช้เครื่องมือประเมินความรู้ ทัศนคติ และเครื่องมือประเมินความคาดหวังและการปฏิบัติจริง และคำถามปลายเปิด ซึ่งถามเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงาน ผลวิจัยพบว่า ความรู้ของผู้เข้าอบรมที่เคยผ่านการอบรม สูงกว่าผู้ที่ไม่เคยผ่านการอบรม ($p < 0.01$) คะแนนทัศนคติโดยรวมอยู่ในระดับดี ถึงดีมาก โดยคะแนนของผู้ที่เคยผ่าน



การอบรมดีกว่าผู้ที่ไม่เคยผ่านการอบรม ($p < .05$) สำหรับคะแนนความคาดหวังและคะแนนการปฏิบัติจริง พบว่าแตกต่างกัน โดยคะแนนความคาดหวังสูงกว่าปฏิบัติ ($p < .01$) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่เคยอบรมเวชปฏิบัติและกลุ่มที่ยังไม่เคยอบรม พบว่ากลุ่มที่เคยผ่านการอบรมมีคะแนนความคาดหวังสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ผ่านการอบรม ($p < .05$) และคะแนนการปฏิบัติจริงของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p = .13$) ปัญหาอุปสรรคในการทำงานที่พบได้แก่ ปัญหาการขาดความรู้เรื่องยา และความมั่นใจในการตรวจและรักษา ปัญหาความขาดแคลนเครื่องมือ อุปกรณ์ และกำลังคน ไม่ได้สัดส่วนกับพื้นที่ให้บริการ และปัญหากระบวนการส่งต่อและสื่อสารกับโรงพยาบาลผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่า มีความจำเป็นที่จะต้องอบรมความรู้เพิ่มเติมแก่ผู้ปฏิบัติงาน และให้การสนับสนุนผู้ปฏิบัติงานที่ทางด้านกำลังคนและเครื่องมือที่ใช้ในการทำงาน เพื่อให้การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทำได้เต็มที่ และมีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน

คำสำคัญ : การรักษาเบื้องต้น ความรู้ ทศนคติ ความคาดหวัง

Abstract

Enhancing access to primary medical care is an urgent policy of the country. Capacities of health care workers who deliver primary medical care service are crucial to ensure quality of services. This descriptive study aimed to assess knowledge, attitudes, expectation and practice of health care workers who provided primary health care service. Barriers for practice was also explored. Data were collected from nurses and other health workers who attended a 3 - day primary medical care training in June, 2010 at the Boromarajonani College of Nursing at Phayao. Three instruments were used to assess knowledge,

and attitudes, and expectation and practice regarding primary medical care. The results revealed that those who had training experiences in primary medical care had higher scores for knowledge, attitude, and expectation than those who had not been trained. However, scores for practice did not differ statistically. Opened end questions demonstrated the following obstacles: not enough knowledge and confidence in practice, lack of equipments and staff, and inefficient communication system between practitioners and consultants. Findings suggest that it is important to support practitioners for knowledge, and to provide practical helps such as consultation and equipments to increase confidence in practice and to improve quality of services.

Key words : primary medical care, knowledge, attitude, expectation

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับการรักษาโรคเบื้องต้น ของผู้ที่เข้ารับการอบรมพื้นฐานวิชาการเวชปฏิบัติ
2. เพื่อศึกษาทัศนคติเกี่ยวกับการทำงานรักษาเวชปฏิบัติ ของผู้ที่เข้ารับการอบรมพื้นฐานวิชาการ เวชปฏิบัติ
3. เพื่อศึกษาความคาดหวังและความเป็นจริงในการปฏิบัติงานของผู้อบรมพื้นฐานวิชาการเวชปฏิบัติ
4. เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติงานเวชปฏิบัติ

ระเบียบวิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ ทศนคติ ความคาดหวัง และการรับรู้การปฏิบัติจริง และปัญหาอุปสรรคในการทำงานของผู้ปฏิบัติงานเวชปฏิบัติ



ประชากร

เป็นผู้ที่มาเข้ารับการอบรมฟื้นฟูวิชาการรักษาเบื้องต้น ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพะยา ซึ่งจัดในระหว่างวันที่ 15 - 18 มิถุนายน 2553 ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ และนักวิชาการสาธารณสุข จากโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และสถานีอนามัย จำนวน 128 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เกี่ยวกับลักษณะของประชากร ได้แก่ เพศ อายุ การฝึกอบรม ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ตำแหน่ง และลักษณะงานที่ปฏิบัติ
2. แบบทดสอบความรู้ แบบถูก ผิด จำนวน 33 ข้อ คำถาม สร้างโดยผู้วิจัย โดยคิดระดับคะแนนดังนี้ ร้อยละ 0 - 50 เป็นระดับอ่อน ร้อยละ 51 - 75 เป็นระดับปานกลาง ร้อยละ 76 - 100 เป็นระดับดี
3. แบบวัดทัศนคติ มีจำนวน 20 ข้อความเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่เห็นด้วยจนถึงเห็นด้วยอย่างมาก คะแนนน้อยหมายถึงทัศนคติไม่ดี คะแนนมากหมายถึงทัศนคติดี สร้างโดยผู้วิจัย ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ค่าความเชื่อมั่น ตรวจสอบโดยทดสอบค่าความเที่ยงตรงภายใน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ Alpha Cronbach เท่ากับ 0.87 แบ่งระดับของทัศนคติดังต่อไปนี้ คะแนน 0 - 20 แสดงถึงระดับทัศนคติต่ำ คะแนน 21 - 40 แสดงถึงระดับทัศนคติปานกลาง และคะแนน 41 - 60 แสดงถึงระดับทัศนคติดี และคะแนน 61 - 80 แสดงถึงทัศนคติระดับดีมาก
4. แบบประเมินความคาดหวังและการรับรู้การปฏิบัติงานเวชปฏิบัติจริง ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินผลผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป สร้างโดยกลุ่มพัฒนาบุคลากร สถาบันพระบรมราชชนก (2553) มีจำนวน 16 ข้อความ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า

5 ระดับ ตั้งแต่ น้อยที่สุด ถึงมากที่สุด คะแนนน้อยหมายถึงความคาดหวัง และการรับรู้ปฏิบัติจริงที่มาก ทดสอบความเที่ยงตรงภายใน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ Alpha Cronbach 0.95 และ 0.93 ตามลำดับ การแปลผลคะแนนคะแนนเฉลี่ยของความคาดหวังและคะแนนการรับรู้การปฏิบัติจริง มีดังต่อไปนี้

1.00 - 1.49 หมายถึง ความคาดหวังและการรับรู้การปฏิบัติจริงต่ำมาก และต้องปรับปรุง

1.50 - 2.49 หมายถึง ความคาดหวังและการรับรู้การปฏิบัติจริงระดับน้อย และต้องปรับปรุง

2.50 - 3.49 หมายถึง ความคาดหวังและการรับรู้การปฏิบัติจริงระดับปานกลาง

3.50 - 4.49 หมายถึง ความคาดหวังและการรับรู้การปฏิบัติจริงระดับดี

4.50 - 5.00 หมายถึง ความคาดหวังและการรับรู้การปฏิบัติจริงระดับดีมาก

5. แบบคำถามปลายเปิด ถามเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงาน 4 คำถาม ถามเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคในการทำงานด้าน การรักษาด้วยยา การตรวจรักษา การติดตามเยี่ยมผู้ป่วย และการส่งต่อผู้ป่วย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เขียนโครงการนำเสนอคณะกรรมการวิจัยของวิทยาลัยเพื่อพิจารณาความเหมาะสมด้านระเบียบวิธีและด้านจริยธรรม
2. สร้างเครื่องมือ และตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย
3. เก็บข้อมูล โดยชี้แจงข้อมูลแก่ประชากรเพื่อขอความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยและวิธีการตอบแบบสอบถาม ผู้ที่สมัครใจจะได้รับแจกแบบสอบถาม
4. รวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล



การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ร่วมวิจัย

ประชากรที่เข้าร่วมวิจัย จะได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับ สิทธิของผู้ร่วมวิจัย ได้แก่ สิทธิในการปฏิเสธเข้าร่วมวิจัย และการตอบแบบสอบถาม ซึ่งจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อ ผู้ร่วมวิจัยใดๆ ทั้งสิ้น และการไม่เปิดเผยชื่อและข้อมูล ส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถามไม่ว่าในกรณีใดๆ แก่ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้อง นอกจากที่มวิจัย การนำเสนอผลวิจัยจะเป็น ไปเพื่อผลประโยชน์ในการพัฒนา และจะนำเสนอในภาพ รวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพื้นฐานได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย โดยสถิติ paired t-test

ผลการวิจัย

มีผู้เข้าร่วมอบรม จำนวน 128 คน ได้รับแบบ สอบถามคืน 103 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 80.47 ในจำนวนนี้เป็นหญิง 97 คน หรือร้อยละ 94.2 เป็น ชาย 6 คน หรือ ร้อยละ 5.8 เป็นพยาบาลเวชปฏิบัติ 41 คนหรือร้อยละ 39.8 และไม่ใช่ 62 คนหรือร้อยละ 60.2 พยาบาลเวช ปฏิบัติเป็นผู้ผ่านการอบรมไม่เกินหนึ่งสัปดาห์ จำนวน 5 คน หรือร้อยละ 4.9 ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง 33 คน หรือร้อยละ 32.0 ปริญญาโทสาขาพยาบาลเวชปฏิบัติ 3 คน หรือร้อยละ 2.9 ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ 80 คน หรือร้อยละ 77.7 รองลงมาเป็นนักวิชาการสาธารณสุข 12 หรือ ร้อยละ 11.7 อายุเฉลี่ย 38.7 ระยะเวลาปฏิบัติงาน เฉลี่ย 4.25 ปี

ผลการทดสอบความรู้เกี่ยวกับการรักษาเบื้องต้น พบว่า คะแนนเฉลี่ยผู้เข้าอบรมทั้งหมดเท่ากับ 22.46 หรือ ร้อยละ 68.06 และคะแนนผู้ที่เคยผ่านการอบรม เท่ากับ 24.19 หรือร้อยละ 73.30 ส่วนผู้ที่ไม่เคยผ่านการอบรม มีคะแนนเฉลี่ย 21.29 หรือร้อยละ 64.24 ซึ่งทั้งหมดอยู่ใน

ระดับปานกลาง และเมื่อเปรียบเทียบความรู้ก่อนอบรม ระหว่างพยาบาลที่เคยอบรมเวชปฏิบัติและพยาบาล ที่ไม่เคยอบรมในจำนวนพยาบาลที่ผ่านการอบรม 21 คน และไม่ผ่านการอบรม 17 คน พบว่า พยาบาลที่ผ่านการ อบรมเวชปฏิบัติมีคะแนนความรู้มากกว่ากลุ่มที่ไม่เคย อบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .01$ โดยกลุ่มที่ผ่าน การอบรมมีคะแนนเฉลี่ย 24.19 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.64 กลุ่มที่ไม่ผ่านการอบรมมีคะแนนเฉลี่ย 21.29 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.26

ผลการศึกษาทัศนคติต่อการปฏิบัติงานเวชปฏิบัติ พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมเฉลี่ยของทัศนคติอยู่ใน ระดับดีมาก คือ 67.53 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.64 มีผู้ที่มีคะแนนทัศนคติในระดับดีมากอยู่ 69 คน หรือ ร้อยละ 77.5 มีผู้ที่มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง 20 คน หรือร้อยละ 22.5 และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนทัศนคติของ ผู้ที่เคยอบรมและผู้ที่ไม่เคยอบรมเวชปฏิบัติ ผู้ที่ผ่านการ อบรมมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าคือเท่ากับ 3.51 ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน 0.33 ผู้ที่ไม่เคยผ่านการอบรมมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.34 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.42 ทดสอบ ความแตกต่างด้วยสถิติ t-test พบความแตกต่างอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษาความคาดหวังต่อบทบาทในงาน เวชปฏิบัติและการปฏิบัติจริง พบว่ามีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .01$ โดยคะแนนความ คาดหวังสูงกว่าคะแนนการปฏิบัติจริง ค่าเฉลี่ยคะแนน ความคาดหวังเท่ากับ 4.39 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.45 คะแนนการปฏิบัติจริงเท่ากับ 3.74 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.52 และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความคาดหวัง ต่อบทบาทของผู้ที่เคยผ่านการอบรมและผู้ที่ไม่เคยผ่าน การอบรมพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ $p < .05$ โดยกลุ่มที่เคยผ่านการอบรมมีคะแนนความ คาดหวังสูงกว่ากลุ่มที่ไม่เคยอบรม โดยกลุ่มที่เคยผ่าน การอบรมเวชปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ยคะแนน 4.50 และส่วน



เบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.33 และกลุ่มที่ไม่เคยผ่านการอบรม มีคะแนนเฉลี่ยที่ 4.23 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.54 สำหรับการเปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติจริงระหว่างผู้ที่เคยผ่านการอบรม และผู้ที่ไม่เคยผ่านการอบรม พบว่า ส่วนคะแนนการปฏิบัติจริง ของทั้งสองกลุ่ม ไม่แตกต่างกันโดยผู้ที่ผ่านการอบรมมีคะแนนการปฏิบัติจริง 3.83 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.53 ส่วนผู้ที่ไม่ผ่านการอบรมมีคะแนน 3.62 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.50

ส่วนที่สอง คำถามปลายเปิด

คำถามปลายเปิดตามคำถามเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคในการทำงาน 4 ประเด็น ได้แก่ ด้านการใช้ยาทาน การตรวจรักษา ด้านการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย และด้านการส่งต่อผู้ป่วย

ด้านการใช้ยา

พบว่าปัญหาสำคัญคือ ขาดความรู้เรื่องยา การออกฤทธิ์ ผลข้างเคียงของยา ขนาดยา การคำนวณยา ไม่มั่นใจในการให้ยาในเด็ก โดยเฉพาะในเด็ก และหญิงตั้งครรภ์ นอกจากนี้เป็นปัญหาในเรื่องของการบริหารจัดการ เช่น ยามีน้อย ไม่เพียงพอ ไม่ครอบคลุม ยาที่ใช้รักษาโรคบางอย่างเกินขอบเขตหน้าที่ของผู้ให้การรักษา ผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อมาจากโรงพยาบาล ได้รับยารักษาที่ไม่มีในสถานบริการ

ด้านการตรวจรักษา

มีปัญหาอยู่สามประเด็นหลัก คือ เกี่ยวกับเครื่องมือ และอุปกรณ์ ความรู้และความมั่นใจของผู้ให้บริการ และความสมดุลของสัดส่วนของบุคลากรและผู้รับบริการ มีเครื่องมือเครื่องใช้ในการตรวจไม่เพียงพอ บางอย่างต้องอาศัยการตรวจทางห้องปฏิบัติการประกอบ แต่ทำไม่ได้ ผู้รับบริการมาก ให้บริการได้ไม่ดี ไม่ครบถ้วน ไม่สามารถตรวจอย่างละเอียดได้ ไม่มั่นใจในการตรวจร่างกาย

ด้านการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย

ปัญหาที่เป็นอุปสรรคในการติดตามเยี่ยมที่พบบ่อยคือ คือการมีภาระงานมาก และกำลังคนน้อย ทำให้

ไม่สามารถติดตามเยี่ยมผู้ป่วยได้ทั่วถึง ปัญหาพื้นที่ดูแลที่กว้าง ทำให้การคมนาคมไม่สะดวก บางพื้นที่มีปัญหาการสื่อสารกับผู้รับบริการที่เป็นชนเผ่า

ด้านการส่งต่อผู้ป่วย

ปัญหาที่มีผู้กล่าวถึงบ่อยที่สุดคือ ยานพาหนะและอุปกรณ์ฉุกเฉินที่จะใช้ระหว่างการส่งต่อ บางแห่งมีเลย บางแห่งมีแต่ไม่พร้อมใช้ ที่พบรองลงมาคือ ปัญหาการติดต่อสื่อสารกับแพทย์และโรงพยาบาล และปัญหาระเบียบขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องเป็นลำดับ ทำให้การส่งต่อผู้ป่วยที่มีความจำเป็นไปมีความล่าช้า

อภิปรายผล

ผลการทดสอบความรู้พบว่าคะแนนความรู้ของประชากรอยู่ในระดับปานกลาง แม้ว่าผู้ที่เคยผ่านการอบรม จะคะแนนสูงกว่ากลุ่มอื่น แต่ระดับคะแนนความรู้ก็ยังไม่สูง ซึ่งเป็นเหตุผลทำให้คะแนนการรับรู้การปฏิบัติจริงไม่สอดคล้องกันกับคะแนนความคาดหวัง และสอดคล้องกับปัญหาที่ระบุในข้อคำถามปลายเปิดซึ่งรายงานถึงความไม่มั่นใจในความรู้ในการปฏิบัติงาน แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นที่จะต้องเร่งรัดให้ความรู้และอบรมผู้ปฏิบัติงาน สอดคล้องกับ การประเมินโครงการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) รุ่นที่ 9 (เพชรฯ ทองผา และเกตุกัญญา ไชยวงศา, 2555) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อประโยชน์/ความรู้ที่ได้รับสามารถนำไปสู่การปฏิบัติในระดับมากที่สุด (X 4.54 SD 0.56) ความคุ้มค่าของการเข้าร่วมกิจกรรม/โครงการในระดับมากที่สุด (X 4.56 SD 0.56) มีผลต่อการพัฒนาและเสริมสร้างความเข้มแข็งในการปฏิบัติงานเพื่อสังคมในระดับมากที่สุด (X 4.57 SD 0.58) และผลสัมฤทธิ์ทางการอบรม ในระดับมากที่สุด (X 4.51 SD 0.38) นอกจากนี้มีความคิดเห็นต่อความเหมาะสมของด้านผลผลิตอยู่ในระดับมาก



สำหรับคะแนนทัศนคติพบว่า ผู้เข้าอบรมมีคะแนนทัศนคติอยู่ในระดับดี และส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับที่ดี รองลงมาคือปานกลาง และไม่มีผู้ที่มีคะแนนทัศนคติที่อยู่ในระดับที่ต่ำเลย แสดงให้เห็นว่า ผู้ปฏิบัติงานเวชปฏิบัติส่วนใหญ่มีความชอบในการทำหน้าทึนี้ ควรมีการสนับสนุนและพัฒนาศักยภาพของผู้ที่ทำงานเวชปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ เช่นการจัดทำหลักสูตรฟื้นฟูเป็นระยะ หรือการสนับสนุนให้มีการเรียนในระดับสูงต่อไป เพื่อเพิ่มขีดความสามารถของผู้ปฏิบัติงาน และเพิ่มประสิทธิภาพของการให้บริการ นอกจากนี้ผลการวิเคราะห์ยังพบว่าผู้ที่ผ่านการอบรมเวชปฏิบัติมาก่อนมีทัศนคติต่อบทบาทดีกว่าผู้ที่ไม่ผ่านการอบรมมาก่อน ซึ่งอาจเป็นผลมาความรู้ที่ได้จากการอบรม ทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน จึงทำให้เกิดความชอบในการปฏิบัติงาน และเห็นคุณค่าของงานมากกว่า ข้อมูลนี้สนับสนุนความจำเป็นในการเร่งรัดให้มีการจัดอบรมให้แก่ผู้ปฏิบัติงานเวชปฏิบัติให้ทั่วถึง เพื่อช่วยส่งเสริมทัศนคติที่ดีในการทำงานเวชปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษา คุณภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป : กรณีศึกษาภาคตะวันออก (สุวรรณ จันทรประเสริฐ, 2555) ที่พบว่า พยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปส่วนใหญ่มีขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานจากการยอมรับของผู้ใช้บริการ ผู้ร่วมงานและผู้บริหาร การให้ความสำคัญมอบหมายหน้าที่การรักษาโรคเบื้องต้นในคลินิกต่างๆ บางหน่วยงานได้จัดสื่อให้ ตลอดจนได้รับน้ำใจจากผู้ใช้บริการโดยการนำ ผลไม้ที่ปลูกไว้มามอบให้ ถือเป็นกำลังใจที่สำคัญของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป ผลการศึกษาความคาดหวังต่อบทบาทในงานเวชปฏิบัติและการปฏิบัติจริง พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .01$ โดยคะแนนความคาดหวังสูงกว่าคะแนนการปฏิบัติจริง ค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังเท่ากับ 4.39 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.45 คะแนนการปฏิบัติจริงเท่ากับ 3.74 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.52 สอดคล้องกับการศึกษาของศุภรัตน์ แจ่มแจ้ง และคณะ

(2552) ซึ่งพบว่าพยาบาลเวชปฏิบัติมีการรับรู้สมรรถนะการปฏิบัติงานด้านการปฏิบัติงานเวชปฏิบัติในระดับดี และดีมาก แต่แตกต่างจากผลการศึกษาของ จริญญา ลิมานันท์ (2550) ที่ศึกษาในพยาบาลเวชปฏิบัติที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนเขต 9 หรือภาคตะวันออก ซึ่งพบว่าระดับการปฏิบัติของพยาบาลเวชปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง แต่พิจารณาเป็นรายข้อแล้ว พบว่าข้อที่เกี่ยวข้องกับการซักประวัติ การตรวจรักษาอยู่ในระดับมากและมากที่สุด ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าผู้ปฏิบัติงานเวชปฏิบัติรับรู้การทำงานเวชปฏิบัติในระดับมาก อย่างไรก็ตามการเปรียบเทียบระหว่างการศึกษาต้องระมัดระวังเพราะใช้เครื่องมือประเมินแตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบระหว่างคะแนนความคาดหวังและการรับรู้การปฏิบัติจริง พบว่าคะแนนการรับรู้การปฏิบัติจริงต่ำกว่าคะแนนความคาดหวัง และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าต่ำกว่าทุกรายข้อ แสดงให้เห็นว่า ผู้ปฏิบัติงานแม้จะรับรู้ว่าตนเองปฏิบัติได้ในขั้นดี แต่ก็รับรู้ว่าตนเองไม่สามารถทำงานได้ตามความคาดหวัง ซึ่งน่าจะเกิดจาก ปัญหาอุปสรรคต่างๆ ดังที่รายงานในข้อคำถามปลายเปิด เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ปฏิบัติงานไม่สามารถปฏิบัติงานได้อย่างเต็มที่ ความแตกต่างของความคาดหวังและความเป็นจริงนี้ มักจะเป็นสาเหตุให้เกิดความผิดหวัง วิตกกังวล และอาจความเครียดในการทำงานได้ (ปริดา ภิโญ และคณะ, 2542) จึงเป็นปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไข เพื่อการปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพ และไม่เกิดปัญหากับผู้ปฏิบัติงาน อย่างไรก็ตามความแตกต่างอาจเกิดจากความคาดหวังที่สูงเกินไป และไม่สอดคล้องกับความเป็นไปได้จริง การประเมินการปฏิบัติจริง จึงอาจประเมินด้วยวิธีการอื่นร่วมด้วย เพื่อให้มีความเป็นปรนัย เช่น จำนวนครั้งของการปฏิบัติในบทบาทต่างๆ และการประเมินจากการรับรู้ของผู้รับบริการ

การที่พบว่าผู้ที่เคยผ่านการอบรมมีความคาดหวังสูงกว่าผู้ที่ไม่เคยอบรมมาก่อน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ที่ผ่าน



การอบรมมีความคาดหวังว่าตนเองจะปฏิบัติหน้าที่ได้เต็มที่ และดีกว่า แต่การที่คะแนนการรับรู้การปฏิบัติจริงระหว่างสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ถึงแม้ว่ากลุ่มที่ผ่านการอบรมจะมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก็ตาม แสดงว่าในการปฏิบัติจริงของทั้งสองกลุ่มถูกจำกัดด้วยปัญหาและอุปสรรคเช่นเดียวกัน แต่กลุ่มที่ผ่านการอบรม อาจจะมีการรับรู้การปฏิบัติในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความรู้ที่มากกว่า ในขณะที่ปัญหาอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับความคิดแลคนต่างๆ ก็ยังคงมีอยู่ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษา

ของ ทศนา บุญทอง และคณะ (2550) และคล้ายคลึงกับผลการศึกษาของ จริยา ลิมานนท์ (2550) ซึ่งพบปัญหาเกี่ยวข้องกับการขาดแคลนบุคลากร การมีภาระงานมาก และการขาดงบประมาณในการอบรมความรู้ ในการวิจัยนี้ ยังพบปัญหาเกี่ยวกับการส่งต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารกับบุคลากรและสถานบริการที่รับส่งต่อไกลของรัฐที่เกี่ยวข้องกับการส่งต่อผู้ป่วย และปัญหาพื้นที่การดูแลที่อยู่ไกลและการสื่อสารกับผู้รับบริการที่เป็นชนเผ่า ซึ่งเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นเฉพาะบางพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

- เกษม วัฒนชัยและคณะ. (2547). *หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มุมมองที่ต้องเติม*. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2545). *สถานบริการใกล้บ้านใกล้ใจ*. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.
- จริยา ลิมานนท์ (2550). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติบทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น)*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยบูรพา ชลบุรี.
- ปริดา ภิญโญ, วาสนา สวัสดิ์นฤนาท, สุดธดา ไตรวงศ์ย่อย, และศรีธัญญา เบญจกุล. (2542). ความสัมพันธ์ระหว่างความสอดคล้องของคุณลักษณะของพยาบาลที่เลี้ยงตามความคาดหวังและการตอบสนองที่ได้รับกับความสามารถปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลจบใหม่. *วารสารสภาการพยาบาล*, 14(4), 37-53
- เพชร ทองเฝ้า และ เกศกัญญา ไชยวงศา. (2555). *การประเมินโครงการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) รุ่นที่ 9*. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข
- ทศนา บุญทอง, สุปราณี อัทธเสรี, นัทธมน ศิริกุล. (2550). บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติต่อการรักษาโรคเบื้องต้นในการให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ. *วารสารสภาการพยาบาล*, 22(2), 24-37
- ศุภรัตน์ แจ่มแจ้ง, กาญจนา ร้อยนาค, และ วิรดา อรรถเมธากุล. (2552). *การติดตามประเมินผลสมรรถนะในการปฏิบัติงานของผู้ผ่านการอบรม หลักสูตรพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) รุ่นที่ 6*. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี, สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. (2545). *ใกล้ใจ บริการสุขภาพ ใกล้บ้าน. เอกสารวิชาการลำดับที่ 1 ในชุดเอกสารเพื่อการพัฒนาบริการปฐมภูมิ. (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. นนทบุรี : สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข.
- สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ. (2555). “คุณภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป : กรณีศึกษาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ”. *วารสารสภาการพยาบาล*. 27(1),



การพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูง โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม

Self-care Behaviors Development of Hypertention Patients by
adaptation of Self-regulation Theory and social support.

ดวงดาว บิงสุแสน
โรงพยาบาลเชียงคำ จังหวัดพะเยา

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองและมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในภาวะปกติได้ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองศึกษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งกล้วยได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบสมมุติฐานให้ Paired t-test และ Independent t-test ผลการทดลองพบว่า ภายหลังการดำเนินโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถ และความคาดหวังต่อผลลัพธ์ในการปฏิบัติตัวพฤติกรรมการปฏิบัติตัว และแรงสนับสนุนทางสังคม เพิ่มมากขึ้นดีวก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ : พฤติกรรมการดูแลตนเอง, ความดันโลหิตสูง, การกำกับตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม

Abstract

This quasi - experimental study intended to examine the effectiveness of the program applied the self-regulation and the social support to change health behaviors of hypertension patients. The 60 patients who cannot control blood pressure to normal level were selected and as signal to an experimental group and a control group,30 subjects each. The experimental group studied in Thungklouy Primary Care Setting and got activities under the developed program. Data were collected using a questionnaire and were analyzed using frequency, percentage, mean,standard deviation and for testing hypotheses the paired t test and the independent t test. The results showed that the experimental group after implementing program showed gains in



mean scores of knowledge self perception, case expectation of self practice, outcomes, and practice behavior, social support from before the experiment. Also, they indicated these outcomes more than the comparison group (p 0.05).

Key words : Self-care behaviors, Hypertension, Self - regulation and social support.

บทนำ

ในปัจจุบันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและประเทศ ก่อให้เกิดความพิการและเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรค ล้วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของมนุษย์ที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามกระแสความเจริญของโลก โดยทวีปเอเชียมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าร้อยละ 15 (อ้างในปราณี ลอยหา. 2551) ในประเทศไทย พบว่า ผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงนอนรักษาตัวที่สถานบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้น จาก พ.ศ. 2543 ถึง พ.ศ. 2552 3.8 เท่าในรอบ 10 ปี พบผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีภาวะแทรกซ้อน พบสูงสุด ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจ ร้อยละ 76.54 รองลงมา ภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 15.05 (สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

ในปีงบประมาณ 2555 กระทรวงสาธารณสุข กำหนดนโยบายการขับเคลื่อนสุขภาพดี วิถีชีวิตไทยเป็น ยุทธศาสตร์หลักในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 5 โรคสำคัญคือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจขาดเลือด หลอดเลือดสมอง และมะเร็ง จากการจัดลำดับความสำคัญ ของปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนจังหวัดพะเยา ปี 2554 พบว่า ปัญหาที่สำคัญ 3 ลำดับแรก คือโรค ความดันโลหิตสูง ไตวายและอุบัติเหตุจรรยาจร โดยพบว่า อัตราตายด้วยกลุ่มโรควิถีชีวิตของประชาชนจังหวัดพะเยา มีแนวโน้มสูงขึ้นโดยโรคความดันโลหิตสูงอัตราตายเพิ่มจาก 4.72 ต่อประชากรแสนคนในปี 2548 เป็น 8.63 ต่อ

ประชากรแสนคน ในปี 2553 ซึ่งสูงกว่าระดับประเทศ ประมาณ 2 เท่า ตั้งแต่ปี 2544-2553 ในจังหวัดพะเยา พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในปี พ.ศ. 2551, 2552 และ 2553 จำนวน 908.86, 1244.12 และ 1557.18 คนต่อแสนประชากร ตามลำดับ และมีอัตราการตายจากโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น จาก 6.57 เป็น 8.63 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2552 และ 2553 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา, 2554) สำหรับโรงพยาบาลเชียงคำพบว่า ในปี พ.ศ. 2553 ถึงปี 2556 มีผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ร้อยละ 36.0, 43.0, 52.1 และ 40.8 ตามลำดับ และในปี พ.ศ. 2554 , 2555 และ 2556 มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนต้องเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ด้วยโรคทางไต ร้อยละ 5.28, 3.88 และ 9.90 ตามลำดับ หลอดเลือดสมอง ร้อยละ 2.24, 2.76 และ 2.45 ตามลำดับ โรคหัวใจ ร้อยละ 0.79, 2.66 และ 1.57 ตามลำดับ (งานเวชสถิติ โรงพยาบาล เชียงคำ, 2556) ซึ่งจังหวัดพะเยา มีระบบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยโรควิถีชีวิตเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง ระหว่างสถานบริการสุขภาพแต่ละระดับและชุมชนโดยโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง มีการส่งผู้ป่วยกลับไปรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โดยมีเกณฑ์/ แนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการส่งต่อผู้ป่วย โดยปี 2555 ส่งต่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ไปรักษาที่ รพ.สต.ในภาพรวม จังหวัด ร้อยละ 40.72 และในปี 2556 พบว่า ผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงที่ส่งต่อไปรักษาที่ รพ.สต. เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 46.82 (สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดพะเยา, 2556)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษา การพัฒนา พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเอง และแรง สนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคความดัน โลหิตสูง การรับรู้ความสามารถของตนเองและผลลัพธ์ ในการปฏิบัติตัว การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในด้านการควบคุม



อาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดและการรับประทานยาและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูง ให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในภาวะปกติได้ เนื่องจากเป้าหมาย และความสำเร็จในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงอยู่ที่การดูแลตนเองอย่างเหมาะสมของผู้ป่วย ตลอดจนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยจะต้องตัดสินใจและตั้งใจปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในภาวะปกติอย่างต่อเนื่อง ชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน ช่วยยืดอายุขัย (ปราณี ลอยหา. 2551) การจัดการกิจกรรมให้ความรู้ตามที่กำหนด แล้วติดตามผลการปฏิบัติงานตามกรอบการทำงานของวงจรคุณภาพ Deming 4 ขั้นตอน (PDCA) คือ วางแผน (Plan) ปฏิบัติ (Do) ตรวจสอบ (Check) ปรับปรุง (Act) เพื่อรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองโดยใช้แบบสอบถาม โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเอง (Self-Regulation Theory - SRT) ของ Bandura โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้อธิบายขั้นตอนต่างๆของกระบวนการให้ผู้ป่วยฟังอย่างละเอียด จากนั้นตัวผู้ป่วยเองจะเป็น ผู้ดำเนินการในขั้นตอนถัดไป โดยมีผู้วิจัยเป็นวิทยากรทำให้ผู้ป่วยเกิดความรูสึกว่าตนเองมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม ซึ่งกระบวนการดังกล่าวต้องผ่านการฝึกฝน ประกอบด้วยกระบวนการสังเกตพฤติกรรมดูแลตนเอง จากการจดบันทึกการรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดและการรับประทานยา กระบวนการตัดสินใจด้วยตนเอง จากการเปรียบเทียบพฤติกรรมของตนเองกับตัวแบบและวางแผนในการปฏิบัติตัวเพื่อการมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่การให้ความช่วยเหลือจากผู้วิจัย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และสมาชิกในครอบครัวของกลุ่มทดลอง เพื่อให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในภาวะปกติ ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดของเฮ้าส์ (อั้งในชุนณรงค์ สุขประเสริฐ 2553) ซึ่งครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือการสนับสนุน

ด้านข้อมูลข่าวสารด้านอารมณ์ ด้านวัตถุประสงค์ของและด้านการประเมิน โดยวิธีการกระตุ้นเตือน การให้การสนับสนุนการให้กำลังใจและให้คำชมเชยและติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่ม ซึ่งประโยชน์สูงสุดย่อมเกิดกับตัวผู้ป่วยและครอบครัวนั่นเอง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบผลของการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบผลของการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ระเบียบวิธีการวิจัย

1. ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรค

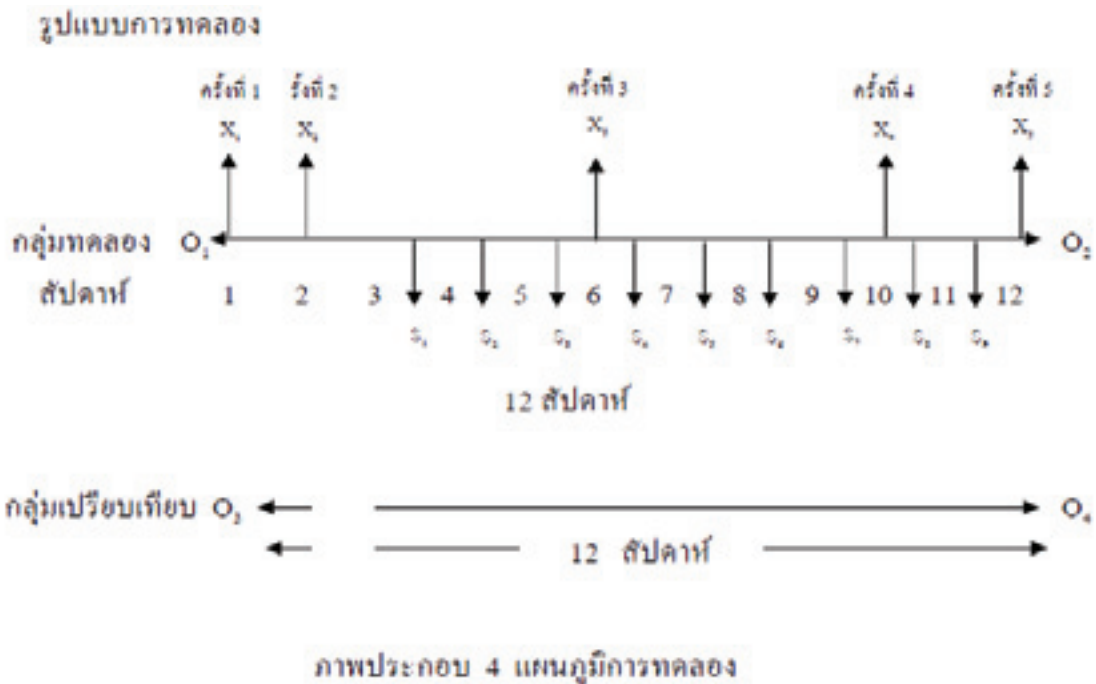
ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำบลทุ่งกล้วย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำบลสบง ในปี 2557

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย เป็นกลุ่มทดลองคือผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่

สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในภาวะปกติได้ ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชาย และเพศหญิง จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำบลทุ่งกล้วย อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดพะเยาซึ่งจากการสำรวจข้อมูลมีจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่คุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ (เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท) ทั้งหมด 35 คน กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตาราง Krejcie & Morgan ได้กลุ่มตัวอย่าง 32 คนแต่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ คือผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่



สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในภาวะปกติได้ (เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท) ที่มีอายุ 35 ขึ้นไป ทั้งเพศชาย และเพศหญิง ที่อาศัยอยู่ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำบลสบง อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดสุรินทร์ เข้าร่วมโครงการ จำนวน 30 ราย รวมทั้งหมด 60 คน ตามคุณสมบัติดังนี้ คือผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค และสามารถอ่านออกเขียนได้ ยินดีให้ความช่วยเหลือและร่วมมือในการวิจัยตลอดโครงการ



2. ขอบเขตด้านเนื้อหา

เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง (Experimental Group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison Group) โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-Posttest with Control Group Design) มุ่งศึกษาถึงผลของโปรแกรมการจัดการคุณภาพโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเอง ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเก็บข้อมูล พฤษภาคม 2557 - สิงหาคม 2557 โดยกำหนดให้

O1 O3 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้แบบสอบถาม

O2 O4 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้แบบสอบถาม

X1 หมายถึง ขั้นตอนการเตรียมการและการวางแผน (Plan) สัปดาห์ที่ 1

X2 หมายถึง ขั้นตอนการดำเนินการ (Do) สัปดาห์ที่ 2



X3 - X4 หมายถึง ขั้นตอนการตรวจสอบ (Check) สัปดาห์ที่ 6 และสัปดาห์ที่ 10

X5 หมายถึง ขั้นตอนการแก้ไขและปรับปรุง (Action) สัปดาห์ที่ 12

S1 - S9 หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคม แก่กลุ่มทดลอง โดยผู้วิจัย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. โดยการกระตุ้นเตือนโดยวิธีเยี่ยมบ้านการให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา 1 ครั้ง ต่อสัปดาห์ ในสัปดาห์ที่ 3-11

จำนวน 9 ครั้ง และการกระตุ้นเตือนจากสมาชิก ในครอบครัวในการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดและการรับประทานยา ตั้งแต่ สัปดาห์ที่ 3 -11 ทุกวัน

เครื่องมือและคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ชนิด คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

1.1 โปรแกรมการจัดการคุณภาพโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม โดยได้รับโปรแกรม ตามแผนปฏิบัติการ ที่ใช้ในกลุ่มทดลอง

1.2 แบบบันทึกกิจกรรมการกำกับตนเอง โดยผู้วิจัยจัดสร้างขึ้น ประกอบด้วยเนื้อหาดังนี้ พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดและการรับประทานยา รวมถึงการสังเกตจากการลงติดตามเยี่ยมบ้าน

1.3 แบบบันทึกการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

1.4 สื่อวีดิทัศน์ เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

1.5 สื่อบุคคล (ตัวแบบ) ผู้ป่วยความดันโลหิต

สูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต ให้อยู่ในภาวะปกติได้ ถ่ายทอดประสบการณ์

1.6 เครื่องชั่งน้ำหนัก ที่วัดส่วนสูง สายวัด รอบเอว และเครื่องวัดความดันโลหิต

1.7 การตรวจสอบเครื่องมือ ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านโดยตรวจหาความตรง (Validity) โปรแกรมการจัดการคุณภาพโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเอง ร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม

2. แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 2) ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงมีทั้งหมด 17 ข้อ โดยเลือกตอบเพียงอย่างเดียว ซึ่งครอบคลุม

เนื้อหาเกี่ยวกับความรู้โรคความดันโลหิตสูง ลักษณะข้อคำถามเป็น ลักษณะมาตราส่วนประเมินค่า (Nominal Scale) ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน 3) การรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังต่อผลลัพธ์ในการปฏิบัติตัวในเรื่องการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการรับประทานยา จำนวน 13 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็น ลักษณะมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) กำหนดให้ 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย หรือไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ใช้ภาวะการให้คะแนนอ้างอิงมาจากมาตรวัดของลิเคอร์ท (Likerts Scale) 4) พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตสูง จำนวน 20 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็น ลักษณะมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) กำหนดให้ 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หรือไม่ปฏิบัติ ใช้เกณฑ์การให้คะแนนอ้างอิงมาจากมาตรวัดของลิเคอร์ท (Likerts Scale) 5) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็น ลักษณะมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) กำหนดให้ 3 ระดับ คือ ได้รับเป็นประจำ ได้รับเป็นบางครั้ง และไม่ได้รับเลย ใช้เกณฑ์การให้คะแนนอ้างอิงมาจากมาตรวัดของลิเคอร์ท (Likerts Scale) นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ความถูกต้องของการใช้ภาษา



ความชัดเจนของภาษานำเครื่องมือที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try out) สอบถามกับกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่เข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำบลเจดีย์คำ อำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษารวม 30 คน และนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้อง นำแบบสอบถามมาวิเคราะห์ ทาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามด้วยวิธี คูเดอร์ ริชชิตัน (Kuder Richardson : KR-20) มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.84 และวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) สำหรับข้อคำถามด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังต่อผลลัพธ์ในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.85 ข้อคำถามด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.87 และข้อคำถามด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการพัฒนาพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.80

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลจากแบบสอบถามที่เก็บรวบรวมได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์และนำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ค่าเฉลี่ย (Mean) ร้อยละ (Percentage) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum) และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เพื่อทดสอบสมมติฐานของงานวิจัย ในการเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยแต่ละด้านภายในกลุ่ม ก่อนการทดลองและหลังการทดลองด้วยสถิติ Dependent Samples t – test และเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยแต่ละด้านระหว่างกลุ่ม ก่อนการทดลองและหลังการทดลองด้วยสถิติ Independent Samples t-test

ผลการวิจัย

1 ข้อมูลทั่วไป ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อายุเฉลี่ย ในกลุ่มเปรียบเทียบคือ 57.13 ปี และอายุเฉลี่ย ในกลุ่มทดลอง คือ 60.67 ปี สถานภาพสมรส คู่ ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ จบชั้นประถมศึกษามีอาชีพเกษตรกรกรรม มีรายได้เฉลี่ย ต่อเดือน น้อยกว่า 2,000 บาท มีความพอเพียงสำหรับการใช้จ่ายส่วนใหญ่ไม่เพียงพอในกลุ่มกลุ่มทดลอง ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีความเพียงพอ มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยในกลุ่มเปรียบเทียบ อยู่ในช่วง 1-5 ปี (ร้อยละ 60.00) รองลงมาคือ ระหว่าง 6-10 ปี (ร้อยละ 30.00) ในกลุ่มทดลอง อายุ 6-10 ปี (ร้อยละ 46.67) รองลงมาคือ ระหว่าง 1-5 ปี (ร้อยละ 40.00) จำนวนสมาชิกในครอบครัว 4-5 คน ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

2 ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

2.1 ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง หลังทดลองไม่แตกต่างกับก่อนการทดลอง ($p>0.05$) ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยคะแนน ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)

ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	<i>d</i>	S.D.	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	15.7000	1.84110	29	-3.624	.001
หลังการทดลอง	16.8667	.34575			
กลุ่มเปรียบเทียบ					
ก่อนการทดลอง	15.1333	1.77596	29	-1.795	.083
หลังการทดลอง	15.2333	1.67504			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนน ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ระหว่าง กลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยคะแนน ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)

ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	<i>d</i>	S.D.	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	15.7000	1.8411	58	1.213	.230
กลุ่มเปรียบเทียบ	15.1333	.1.7759			
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	16.8667	.34575	58	5.231	.000
กลุ่มเปรียบเทียบ	15.2333	1.6750			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



3. ด้านพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวเรื่องการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดและการรับประทานยา ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

3.1 กลุ่มทดลองพบว่า ภายหลังจากการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติตัว แยกรายด้านทั้ง 4 ด้าน และโดยรวม สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ยคะแนน ความสามารถในการปฏิบัติตัว โดยรวม หลังการทดลอง ไม่แตกต่างกับก่อนการทดลอง ($p>0.05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน ความสามารถในการปฏิบัติตัว แยกรายด้านและโดยรวมก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง และ กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)

ความสามารถในการปฏิบัติตัว รายด้านและโดยรวม	\bar{X}	S.D.	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง (n=30)					
1. การควบคุมอาหาร					
ก่อนการทดลอง	2.3286	.29576	29	-5.931	.000*
หลังการทดลอง	2.6619	.20022			
2. การออกกำลังกาย					
ก่อนการทดลอง	2.1000	.31894	29	-6.817	.000*
หลังการทดลอง	2.4417	.39543			
3. การจัดการความเครียด					
ก่อนการทดลอง	2.4467	.39543	29	-3.346	.002*
หลังการทดลอง	2.6533	.22854			
4. การรับประทานยา					
ก่อนการทดลอง	2.5083	.46903	29	-2.186	.037*
หลังการทดลอง	2.6917	.34543			
โดยรวม					
ก่อนการทดลอง	2.3486	.21794	29	-6.132	.000*
หลังการทดลอง	2.6212	.14000			
กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)					
1. การควบคุมอาหาร					
ก่อนการทดลอง	2.4333	.33857	29	-1.682	.103
หลังการทดลอง	2.4574	.31407			



2. การออกกำลังกาย					
ก่อนการทดลอง	1.9583	.41044	29	-1.439	.161
หลังการทดลอง	1.9750	.41184			
3. การจัดการความเครียด					
ก่อนการทดลอง	2.5733	1.21114	29	-1.3619	.127
หลังการทดลอง	2.5733	1.21114			
4. การรับประทานยา					
ก่อนการทดลอง	2.5667	.46855	29	-2.09815	.054
หลังการทดลอง	2.5667	.46855			
โดยรวม					
ก่อนการทดลอง	2.4000	.34366	29	-1.989	.056
หลังการทดลอง	2.4100	.34775			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

3.2 ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติตัวแยกรายด้าน ทั้ง 4 ด้าน และโดยรวมก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน ($p > 0.05$) แต่หลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติตัว ทั้ง 4 ด้าน และโดยรวมสูงเพิ่มขึ้นกว่า ก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยคะแนน ความสามารถในการปฏิบัติตัว แยกรายด้าน และโดยรวม ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่าง กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ($n=30$)

ความสามารถในการปฏิบัติตัว รายด้านและโดยรวม	\bar{X}	S.D.	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง					
1. ด้านการควบคุมอาหาร					
กลุ่มทดลอง	2.3286	.29576	58	-1.281	.205
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.4333	.33657			
2. ด้านการออกกำลังกาย					
กลุ่มทดลอง	2.1000	1.31894	58	1.493	.141
กลุ่มเปรียบเทียบ	1.9583	.41044			



3. ด้านการจัดการความเครียด					
กลุ่มทดลอง	2.4467	.39543	58	-.545	.588
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.5733	1.2114			
4. ด้านการรับประทานยา					
กลุ่มทดลอง	2.5083	.48903	58	-.472	.639
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.5667	.46855			
โดยรวม					
กลุ่มทดลอง	2.3483	.21794	58	-.695	.490
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.4000	.34366			
หลังการทดลอง					
1. ด้านการควบคุมอาหาร					
กลุ่มทดลอง	2.6619	.31407	58	3.081	.003*
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.4524	.25158			
2. ด้านการออกกำลังกาย					
กลุ่มทดลอง	2.4417	.25158	58	5.296	.000*
กลุ่มเปรียบเทียบ	1.9760	.41184			
3. ด้านการจัดการความเครียด					
กลุ่มทดลอง	2.6533	.22854	58	.356	.723
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.5733	1.21114			
4. ด้านการรับประทานยา					
กลุ่มทดลอง	2.6917	.34543	58	1.176	.244
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.5667	.46855			
โดยรวม					
กลุ่มทดลอง	2.6217	.14000	58	3.093	.003*
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.4100	.34775			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ยคะแนนการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม หลังการทดลอง ไม่แตกต่างกับก่อนการทดลอง ($p>0.05$) ดังตารางที่ 5



ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)

แรงสนับสนุนทางสังคม	\bar{X}	S.D.	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	2.5900	.32942	29	-2.529	.017*
หลังการทดลอง	2.6900	.22644			
กลุ่มเปรียบเทียบ					
ก่อนการทดลอง	2.1600	.62566	29	-1.00	.326
หลังการทดลอง	2.1633	.62614			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

อภิปรายผล

1. จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลอง ภายหลังจากทดลอง มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้นมากกว่า ก่อนการทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นั้น กล่าวได้ว่าเป็นผลมาจากกลุ่มทดลองเห็นความสำคัญและเกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งนี้มาจากผลของโปรแกรมการจัดการคุณภาพโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีการกระตุ้นและเกิดการรับรู้แก่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จึงทำให้ผลคะแนนด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งผลของโปรแกรมมีการนำกระบวนการกลุ่ม มาประยุกต์ใช้ในกิจกรรมการให้ความรู้ ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ และสมาชิกในกลุ่มมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาาร่วมกัน จึงนับว่าเป็นวิธีการที่ดี สามารถช่วยให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ และสามารถ นำไปใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ต่อไป

2. จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลอง ภายหลังจากทดลอง มีการรับรู้ความสามารถ

ของตนเองและความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวในเรื่อง การควบคุมอาหารการออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการรับประทานยา เพิ่มขึ้นมากกว่า ก่อนการทดลองและ กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นั้น เป็นผลมาจากกระบวนการจัดการคุณภาพทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดการตื่นรู้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของชูณรงค์ สุขประเสริฐ (2553 : 86) พบว่าภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังต่อผลลัพธ์ในการปฏิบัติตัว สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลอง ภายหลังจากทดลอง มีพฤติกรรมในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในเรื่อง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการรับประทานยา เพิ่มขึ้นมากกว่า ก่อนการทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นั้น อธิบายได้ว่ากลุ่มทดลองได้รับการติดตามและมีการเสริมทักษะทั้งด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และด้านอื่นๆ อย่างต่อเนื่องและผู้วิจัยและทีมเจ้าหน้าที่



สาธารณสุขได้ใช้วิธีการกำกับติดตามที่ไม่กดดันผู้ป่วย แต่เน้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เกิดการกำกับตนเองโดยกระบวนการกลุ่มอย่างแท้จริง มีการพูดคุยกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์และให้กำลังใจ ซึ่งกันและกันเกิดความเห็นอกเห็นใจกันซึ่งสอดคล้องกับผล การศึกษาของ มาลัย กำเนิดชาติ (2552 : 101) พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการปฏิบัติตัวโดยรวม ของกลุ่มทดลอง มากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่า กลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับผลการศึกษาของสุภัททา อินทรศักดิ์ (2551 : 56) พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีความสามารถในการดูแลตนเองแยกรายด้าน 4 ด้าน และโดยรวมเพิ่มขึ้น กว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลอง ภายหลังจากทดลอง ได้รับแรงสนับสนุนทาง สังคม เพิ่มขึ้นมากกว่า ก่อนการทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ0.05 นั้น อธิบายได้ว่า การนำกระบวนการจัดการคุณภาพของเดมมิ่ง (PDCA) มาประกอบการวางแผนการดำเนินงานร่วมกับผู้ที่เกี่ยวข้อง ในการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วยผู้วิจัย ผู้ช่วยผู้วิจัย เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผู้ดูแล และญาติ วางแผนการดำเนินงานให้มีกิจกรรมต่อเนื่องมีกระบวนการ ที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยที่เหมาะสม มีการติดตามประเมินผล และมีแนวทางในการแก้ปัญหาครั้งต่อไปร่วมกัน เพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและปฏิบัติตัว ด้านการควบคุม อาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดและ การรับประทานยาที่ถูกต้องและยั่งยืนต่อไป

นอกจากนี้การบันทึกการตรวจสุขภาพ มีการแจ้ง ผลการวัดความดันโลหิตทุกครั้งให้ออกติดตามเยี่ยมบ้าน ให้กำลังใจทุกครั้ง จะช่วยให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีกำลังใจ

ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง และทำให้สามารถ ควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในภาวะปกติได้

จากการที่ผู้วิจัยได้ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดัน โลหิตสูง ด้วยการบรรยาย ประกอบวีดิทัศน์ การนำเสนอตัว แบบที่เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้เล่าประสบการณ์จากการเจ็บป่วยและวิธีการดูแลสุขภาพ จนสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้มีความสม่ำเสมอ และลดลงได้ ทำให้ผู้ที่เข้ารับการอบรมสนใจและมีความ เข้าใจมากขึ้น ประกอบกับการสาธิต และแจกเอกสาร คู่มือการดูแลตนเองให้กลับบ้านเพื่อนำไปทบทวน มีผล ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสูงมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้าน ความรู้และการกำกับตนเอง ในการปฏิบัติตัว ด้านการ ควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการรับประทานยา เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และจากการประเมินผล ระดับความดันโลหิตของ กลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลงกว่าก่อนการทดลองและ มีความดันโลหิตปกติ โดยมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก ก่อนการทดลองเท่ากับ 143.33 มิลลิเมตรปรอท หลังการ ทดลองเท่ากับ 133.37 มิลลิเมตรปรอท และมีค่าเฉลี่ย ความดันโลหิตไดแอสโตลิก ก่อนการทดลองเท่ากับ 92.07 มิลลิเมตรปรอท หลังการทดลองเท่ากับ 86.50 มิลลิเมตร ปรอท ซึ่งอธิบายได้ว่าระดับความดันโลหิตที่ลดลงเกิดจาก รูปแบบการจัดการคุณภาพโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการ กำกับตนเองร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ที่นำมา ใช้ในการให้ความรู้ในเรื่องความดันโลหิตสูง การปฏิบัติตัว มีผลทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองมีการ เปลี่ยนแปลงด้านความรู้ที่เพิ่มขึ้น มีการกำกับตนเอง ในการ ปฏิบัติตัว ด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการรับประทานยา มากขึ้น มีส่วนร่วมมากขึ้น ส่งผลให้พฤติกรรมกรดูแลตนเองดีขึ้น และต่อเนื่อง จนสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้ ลดลงและอยู่ในระดับปกติได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษา



ของปราณี ลอยหา (2550 : 143) พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตัวความคาดหวังต่อผลลัพธ์ในการปฏิบัติตัวและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ นวัชรพร วัฒนวิโรจน์ (2550 : 70) พบว่า กลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับโปรแกรมการบริหารจัดการโดย ประยุกต์ใช้วงจรคุณภาพเดมมิง กระบวนการกลุ่ม ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม มีความรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงและมีพฤติกรรมมารับประทานยา ถูกต้องเพิ่มขึ้น และมีความดันโลหิตลดลงกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ภัทรภรณ์ ประจันพล (2552 : 43)

พบว่า การให้คำแนะนำในกลุ่มทดลอง มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี โดยได้รับความกรุณาและช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากอาจารย์ ดร.รุ่งวงศ์วัฒน์ มหาวิทยาลัยพะเยา นายแพทย์ปรีศนิ อารีรัตน์ หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลเชียงคำ คุณอนงค์สิน แดนไพบุลย์ และเพื่อนร่วมงานทุกท่าน ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำและแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ในทุกขั้นตอน ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2554). ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. กลุ่มแผนงานและยุทธศาสตร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา (2556). สรุปผลการดำเนินงานประจำปี.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา.

ชูณรงค์ สุขประเสริฐ. (2553). ผลของโปรแกรมการจัดการคุณภาพโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ที่มีต่อการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านหนองบัวอำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุขมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

วัชรพร วัฒนวิโรจน์. (2550). การบริหารจัดการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุในการควบคุมความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง จังหวัดนครพนม. วิทยานิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุขมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

ปราณี ลอยหา. (2551). ประสิทธิภาพการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อพัฒนาพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในภาวะปกติ. วิทยานิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุขมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ภัทรภรณ์ ประจันพล. (2552). ผลของการให้คำแนะนำในผู้ที่มีการเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

มาลัย กำเนิดชาติ. (2551). การจัดการแบบมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุขมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

โรงพยาบาลเชียงคำ จังหวัดพะเยา. (2556). สรุปผลการดำเนินงาน NCD. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลเชียงคำ.

สุภัททา อินทรศักดิ์. (2551). รูปแบบการบริการสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ตำบลนางบวช อำเภอบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุขมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2555). รายงานโรคไม่ติดต่อ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.



รูปแบบการบริหารเพื่อพัฒนาวัฒนธรรมองค์กร ของโรงเรียนมัธยมศึกษา

The Administrative Model for Developing Organizational Culture in High school

ยิ่งยง นันทวนิชชากร
โรงเรียนห้วยทับทันวิทยาคม

บทคัดย่อ

การพัฒนาแบบการบริหารเพื่อพัฒนาวัฒนธรรมองค์กรของโรงเรียนมัธยมศึกษา เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาสภาพการณ์วัฒนธรรมองค์กรของโรงเรียนมัธยมศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2) เพื่อพัฒนาแบบการบริหารเพื่อพัฒนาวัฒนธรรมองค์กรของโรงเรียนมัธยมศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 3) เพื่อตรวจสอบแบบการบริหารเพื่อพัฒนาวัฒนธรรมองค์กรของโรงเรียนมัธยมศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและ 4) เพื่อทดลองใช้รูปแบบการบริหารเพื่อพัฒนาวัฒนธรรมองค์กรของโรงเรียนมัธยมศึกษา การดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสภาพการณ์วัฒนธรรมองค์กรของโรงเรียนมัธยมศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นสถานศึกษา กำหนดให้มีโรงเรียนมัธยมศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานในทุกจังหวัด และมีขนาดเล็ก กลาง ใหญ่ และใหญ่พิเศษ จังหวัดละ 6 โรงเรียน สุ่มอย่างง่าย รวมจำนวนทั้งสิ้น 120 โรงเรียน กำหนดกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ดังนี้ 1) ผู้อำนวยการ 1 คน 2) รองผู้อำนวยการ 1 คน 3) หัวหน้ากลุ่มสาระ 6 คน 4) ครูผู้สอน 2 คน จำนวนทั้งสิ้น 10 คน รวมผู้ให้ข้อมูล

ทั้งสิ้น 1,200 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสภาพของผู้ตอบแบบสอบถาม และส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับสภาพการณ์วัฒนธรรมองค์กรของโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา ตรวจสอบความเที่ยงตรงเนื้อหา เพื่อหาค่า IOC ตั้งแต่ 0.60 - 1.00 และค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ 0.963

ผลการวิจัย ปรากฏว่า ผลการวิเคราะห์ สภาพการณ์วัฒนธรรมองค์กรของโรงเรียนมัธยมศึกษา ตามความคิดเห็นของผู้อำนวยการโรงเรียน รองผู้อำนวยการโรงเรียนและหัวหน้ากลุ่มสาระ และครู พบว่า ความคิดเห็นโดยภาพรวมของสภาพการณ์วัฒนธรรมองค์กรอยู่ในระดับมาก สำหรับวัฒนธรรมองค์กรของโรงเรียน ความมุ่งประสงค์ของสถานศึกษา การมีคุณภาพ ความเป็นส่วนหนึ่งของสถานศึกษา ความหลากหลายของบุคคล การให้อำนาจ การยอมรับ ความไว้วางใจ ความเอื้ออาทร ความซื่อสัตย์สุจริต และการตัดสินใจ โดยผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นสอดคล้องกันว่า หากผู้บริหารและครูมีการแสดงบทบาทตามที่กำหนดให้เป็นวัฒนธรรมองค์กรของโรงเรียนและการดำเนินการคุณภาพการศึกษาของโรงเรียนได้ และผลการทดลองใช้รูปแบบการบริหารเพื่อพัฒนาวัฒนธรรมองค์กรของ



โรงเรียนมัธยมศึกษา ปรากฏว่า ครูและบุคลากรทางการศึกษา มีความคิดเห็นต่อการทดลองใช้รูปแบบการบริหาร เพื่อพัฒนาวัฒนธรรมองค์กรของโรงเรียนมัธยมศึกษา โดยภาพรวมหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยค่าเฉลี่ยความคิดเห็นก่อนการทดลอง เท่ากับ 265.851 ท 32.66 และค่าเฉลี่ยความคิดเห็นหลังการทดลอง เท่ากับ 344.426 ท 35.51 ผลจากการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมองค์กรคือ การลดความเป็นวัฒนธรรมเดิมและสร้างสรรค์วัฒนธรรมใหม่ ที่ผู้บริหารต้องแสวงหาวิธีการปรับปรุงความสามารถขององค์กร โดยความร่วมมือของบุคลากรในการเปลี่ยนแปลงเพื่อพัฒนาองค์กร เพื่อพัฒนาองค์กรสู่ความมีคุณภาพ

คำสำคัญ : รูปแบบการบริหาร วัฒนธรรมองค์กร โรงเรียนมัธยมศึกษา

Abstract

This research and development aimed at identifying the situation of organizational culture, developing the administrative model for developing organizational culture, and testing the administrative model for developing organizational culture in secondary school. There are four steps of research procedures. Firstly, to identify the situation of organizational culture among secondary schools in the northeast of Thailand. One-twenty secondary schools located in the northeast educational area were randomly recruited to participate in this study. One director, one vice director, six department chairs and two teachers per each school, totally 1,200 participants, were voluntary participated in this study. The self-administrated questionnaires compose of demographic

characteristics and the opinion toward the situation of organizational culture in secondary school. The questionnaire was approved by three experts, and its reliability was 0.963.

Research reveals that over all opinion toward the situation of organizational culture in secondary school was at very good level. They expressed that the component of organizational cultural consists of institutional goals, quality, to be part of the institutional, multidisciplinary, authorization, acknowledgement, trust, generosity, loyalty and decision. All experts agreed that the director and teachers in secondary school should play their roles according organizational culture in order to promote the quality of school. There was significant increasing in the opinion score after implement the administrative model for developing organizational cultural in secondary school ($p < 0.05$).

Research suggests that the process of organizational culture development should be reducing negative organizational culture, but promoting positive organizational culture. Moreover, leaders should promote organizational capacity in order to improve the organizational quality.

Key words : administrative model, organizational culture, secondary school

บทนำ

โรงเรียนเป็นสถาบันทางสังคมที่มีสำคัญที่สุดในอันที่จะทำหน้าที่สร้างและพัฒนา “คน” ให้เป็น “มนุษย์” ที่ดีมีคุณภาพสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขด้วยการพึ่งตนเองซึ่งเป็นความคาดหวังของสังคมที่มีต่อ



โรงเรียนจึงเป็นผลให้โรงเรียนต้องมีกระบวนการบริหารจัดการที่ทำให้ผู้เรียนมีคุณภาพสูงตามมาตรฐานการศึกษาที่กำหนดและให้ได้รับการพัฒนาในทุกด้านตามความสามารถที่จะจัดการศึกษาให้สอดคล้องกับความต้องการของชุมชนเป็นที่ยอมรับและสามารถเป็นแบบอย่างในด้าน “คุณภาพ” แก่โรงเรียนอื่นได้ซึ่งขึ้นอยู่กับองค์ประกอบและรูปแบบที่ใช้ในการบริหารงานโดยเน้นเป้าหมายหลักคือการพัฒนาศักยภาพของผู้เรียนและหากนำองค์ประกอบและรูปแบบในการบริหารงานมาใช้จนประสบผลสำเร็จแล้วก็จะเรียกได้ว่าเป็นการบริหารโรงเรียนที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งผลถึงการพัฒนาคุณภาพการศึกษ้อันหมายถึงความมีชื่อเสียงและการยอมรับอีกทั้งความภาคภูมิใจของบุคลากรในโรงเรียนเพื่อที่จะเป็นแรงกระตุ้นให้ทุกฝ่ายเกิดความพยายามที่จะรักษาระดับมาตรฐานคุณภาพอีกทั้งการพัฒนาโรงเรียนอย่างไม่หยุดยั้งมีทิศทางในการพัฒนาที่ชัดเจนมั่นคงและสามารถหล่อหลอมเป็นวัฒนธรรมการทำงานขององค์กรที่มีคุณค่ามีบรรยากาศที่เอื้ออำนวยให้เป็นโรงเรียนแห่งการเรียนรู้มีความพร้อมทางด้านทรัพยากรที่เพียงพอในการบริหารจัดการทำให้ผู้เรียนมีคุณภาพสูงตามมาตรฐานที่กำหนดส่งผลให้นักเรียนเป็นคนดีคนเก่งสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุขได้ (สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา, 2547)

ในการทำงานขององค์กรต่างๆ จะพบว่าแต่ละองค์กรนั้นจะมีรูปแบบการทำงานหรือพฤติกรรมการทำงานส่วนใหญ่แตกต่างกันและมีวัฒนธรรมการทำงานหรือลักษณะการจัดการองค์กรที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะตนซึ่งปรากฏในรูปของข้อความที่ว่าด้วยเรื่องกฎระเบียบ ข้อบังคับของบุคลากรในองค์กรหรือนโยบายขององค์กร ตลอดจนวิสัยทัศน์ (Vision) พันธกิจ (Mission) แต่ในทำนองเดียวกันนั้นรูปแบบของการประพฤติปฏิบัติบางอย่างก็ไม่ปรากฏให้เห็นอย่างชัดเจนดังนั้นเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องอันจะนำไปสู่การทำงานร่วมกันและทำให้การดำเนินงานนั้นได้เป็นไปอย่างราบรื่นมากที่สุดจึงสมควร

ที่บุคลากรในองค์กรต้องเข้าใจและรับรู้วัฒนธรรมองค์กรของตน (เพ็ชรี ระบุวิชิตร์, 2554) วัฒนธรรมองค์กรหมายถึง แบบแผนความคิดหรือความรู้สึกที่สมาชิกในองค์กรได้มีส่วนร่วมกันกำหนดขึ้นภายในองค์กรเพื่อยึดเป็นแนวทางปฏิบัติให้กับบุคลากรขององค์กรซึ่งวัฒนธรรมองค์กรนี้สามารถพัฒนาได้ตามต้องการขององค์กร ตรงกันข้ามวัฒนธรรมองค์กรสามารถหยุดอยู่กับที่ได้เช่นกัน (Cumming & Worley, 2009) ดังนั้นวัฒนธรรมองค์กรจึงมีความสำคัญต่อการบริหารงานองค์กรทั้งนี้ไม่ว่าจะเป็นวัฒนธรรมที่เข้มแข็งหรือวัฒนธรรมที่อ่อนแอ สมาชิกในองค์กรจะมีค่านิยมความคิดความเชื่อที่แตกต่างกันไป ไม่เป็นเป้าหมายเดียวกันขององค์กร ไม่มีความเข้าใจในเป้าหมายขององค์กรและส่งผลเสียต่อองค์กรในที่สุด (Bateman & Snell, 2002)

วัฒนธรรมองค์กรยังส่งผลต่อกระบวนการบริหารไม่ว่าจะเป็น การจูงใจภาวะผู้นำการตัดสินใจ การสื่อสาร การเปลี่ยนแปลง ตลอดจนการควบคุม การประเมินผล และระบบการให้รางวัล ซึ่งผู้บริหารจะต้องตระหนักถึงความสำคัญในการศึกษาการนำวัฒนธรรมองค์กรมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการบริหารองค์กรให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลด้วยการส่งเสริมให้องค์กรมีวัฒนธรรมที่แข็งแกร่ง (STRONG CULTURE) และสร้างสรรค์วัฒนธรรมที่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรในองค์กรเพื่อเป็นแบบแผนของวัฒนธรรมที่เป็นที่ยอมรับของสมาชิกในองค์กร และนำไปสู่การหลอมรวมความมุ่งมั่น ตั้งใจจริงของบุคลากรในการร่วมกันขับเคลื่อนภารกิจขององค์กรไปสู่การบรรลุเป้าหมายขององค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ (Lussier & Achua, 2004) ดังนั้น วัฒนธรรมองค์กรจำเป็นที่จะต้องมีการปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับกลยุทธ์ขององค์กรหรือสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปในขณะนั้นๆ และรองรับเพื่อการเปลี่ยนแปลงในอนาคตอีกด้วยทั้งนี้เพื่อความอยู่รอดขององค์กรต่อไป (เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ และปณณธร ชัชวรัตน์, 2550)



ผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษาที่มีภาระหน้าที่ที่จะต้องบริหารงานในโรงเรียน 4 งานหลักคือ 1. งานบริหารวิชาการ 2. งานบริหารบุคลากร 3. งานบริหารงบประมาณ และ 4. งานบริหารทั่วไปซึ่งการดำเนินงานตามความรับผิดชอบในหน้าที่จะได้ผลตามเป้าหมายอย่างสูงสุดก็ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการบริหารของผู้บริหารการปฏิบัติงานของโรงเรียนจะดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพเพียงใดนั้นย่อมขึ้นอยู่กับการใช้หลักการบริหารที่เหมาะสมของผู้บริหาร พฤติกรรมการบริหารที่เหมาะสมของผู้บริหารจะสร้างทัศนคติที่ดีต่อการทำงานของครูจะเป็นแรงผลักดันให้ครูทำงานด้วยความกระตือรือร้นและสมัครใจหรือมีความพึงพอใจในการทำงานทำให้ภารกิจของโรงเรียนบรรลุเป้าหมายและเกิดประสิทธิภาพมากที่สุดการบริหารจัดการที่ดีจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ร่วมงานเกิดความตระหนักและมีความพึงพอใจในการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ เพราะการที่ผู้ร่วมงานมีความพึงพอใจในการทำงานสูงย่อมจะทำให้ผลผลิตที่จะออกมาดีย่อม ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาพัฒนารูปแบบการบริหารเพื่อพัฒนาวัฒนธรรมองค์กรสำหรับโรงเรียนมัธยมศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเป็นข้อความรู้ที่เป็นประโยชน์เพื่อนำไปใช้ในการกำหนดแนวทางในการดำเนินงานของโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา ให้เกิดการพัฒนาการจัดการการศึกษา เพื่อให้การศึกษาเป็นพื้นฐานที่ดีในการพัฒนาคนให้มีคุณภาพแก่สังคมและประเทศชาติ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์วัฒนธรรมองค์กรของโรงเรียนมัธยมศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารเพื่อพัฒนาวัฒนธรรมองค์กรของโรงเรียนมัธยมศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
3. เพื่อตรวจสอบรูปแบบการบริหารเพื่อพัฒนาวัฒนธรรมองค์กรของโรงเรียนมัธยมศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

4. เพื่อทดลองใช้รูปแบบการบริหารเพื่อพัฒนาวัฒนธรรมองค์กรของโรงเรียนมัธยมศึกษา

ระเบียบวิธีการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการบริหารเพื่อพัฒนาวัฒนธรรมองค์กรของโรงเรียนมัธยมศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นการวิจัย และพัฒนา (Research and Development) มีวิธีดำเนินงานประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 (R) การศึกษาสภาพการณ์วัฒนธรรมองค์กรของโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ โรงเรียนมัธยมศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน โดยใช้ตารางของ Yamane (1973) ที่ระดับความคลาดเคลื่อน ท 10% ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 91 โรงเรียน ใช้วิธีการสุ่มหลายวิธี (Multi - Stage Sampling) กำหนดให้มีโรงเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในทุกจังหวัด โดยกำหนดให้มีโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน ขนาดเล็ก กลาง ใหญ่ และใหญ่พิเศษ จังหวัดละ 6 โรงเรียน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่กว้าง ครอบคลุม และเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรทั้งหมด และสุ่มเลือกอย่างง่ายโรงเรียนขนาดเล็ก กลาง ใหญ่ และใหญ่พิเศษ รวมจำนวนทั้งสิ้น 120 โรงเรียน กำหนดกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ดังนี้ 1) ผู้อำนวยการ 1 คน 2) รองผู้อำนวยการ 1 คน 3) หัวหน้ากลุ่มสาระ 6 คน 4) ครูผู้สอน 2 คน จำนวนทั้งสิ้น 10 คน รวมผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 1,200 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการขั้นตอนนี้เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับสภาพการณ์การบริหารวัฒนธรรมองค์กรของโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสถานภาพของผู้ตอบแบบสอบถาม และส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับ



สภาพการณ์วัฒนธรรมองค์กรของโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา ตรวจสอบความเที่ยงตรงเนื้อหา (Content Validity) เพื่อหาค่า IOC ตั้งแต่ 0.60 - 1.00 และค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ 0.963

การวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อนำไปเป็นข้อมูลสำคัญในการพัฒนารูปแบบการบริหารวัฒนธรรมคุณภาพของโรงเรียนมัธยมศึกษา

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการบริหารเพื่อพัฒนาวัฒนธรรมองค์กรของโรงเรียนมัธยมศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ผู้วิจัยได้ทำการพัฒนารูปแบบการบริหารเพื่อพัฒนาวัฒนธรรมองค์กรของโรงเรียนมัธยมศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ด้วยการจัดทำกรอบรูปแบบการบริหารเพื่อพัฒนาวัฒนธรรมองค์กร และประชุมระดมความคิดเห็น (Brain Storming) กับผู้อำนวยการเขตการศึกษา รองผู้อำนวยการเขตการศึกษา ผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษาของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานระดับเชี่ยวชาญ รองผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่มสาระและครู รวมจำนวน 9 ท่าน ปรับปรุงการพัฒนารูปแบบการบริหารเพื่อพัฒนาวัฒนธรรมองค์กรของโรงเรียนมัธยมตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะความเป็นไปได้จากการระดมความคิดเห็น (Brain Storming) ให้มีความสมบูรณ์ และนำไปใช้ได้จริง

ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบรูปแบบการบริหารโรงเรียน

การตรวจสอบรูปแบบการบริหารเพื่อพัฒนาวัฒนธรรมองค์กรของโรงเรียนมัธยมศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กระทำโดยจัดการประชุมอย่างเป็นทางการเพื่อการวิพากษ์รูปแบบการบริหารวัฒนธรรมคุณภาพสำหรับโรงเรียนมัธยมศึกษา ที่จัดทำขึ้นโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 9 ท่าน นำผลจากการวิพากษ์รูปแบบการบริหารเพื่อพัฒนาวัฒนธรรมองค์กรของโรงเรียนมัธยมศึกษาในภาค

ตะวันออกเฉียงเหนือ ของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขรูปแบบที่จัดทำขึ้นเพื่อให้มีความชัดเจนและสมบูรณ์และมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้เป็นแนวทางการบริหารจัดการวัฒนธรรมคุณภาพสำหรับโรงเรียนมัธยมศึกษา

ขั้นตอนที่ 4 (R2) การวิจัยทดลองใช้รูปแบบการบริหารเพื่อพัฒนาวัฒนธรรมองค์กรของโรงเรียนมัธยม

ผู้วิจัยได้นำรูปแบบการบริหารเพื่อพัฒนาวัฒนธรรมองค์กรของโรงเรียนมัธยมศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่ได้จากขั้นที่ 3 มาทดลองใช้ ในโรงเรียนทุ่งไชยพิทยา ในระหว่างภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2557 (เดือนเมษายน 2557 ถึงเดือนกันยายน 2557) จากนั้นทำการประเมินผลการส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมองค์กรของโรงเรียนมัธยมศึกษา การทดลองในขั้นนี้ผู้วิจัยใช้แผนแบบการทดลองแบบทดสอบก่อนและหลังแบบกลุ่มเดียว (The One - Group Pretest - Posttest Design) เพื่อศึกษาผลของพัฒนารูปแบบการบริหารเพื่อพัฒนาวัฒนธรรมองค์กรของโรงเรียนมัธยมศึกษา

ผลการวิจัย

ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.67 รองลงมาเป็น เพศชาย ร้อยละ 47.33 มีอายุระหว่าง 40 - 49 ปี ร้อยละ 41.50 รองลงมา มีอายุระหว่าง 30 - 39 ปี ร้อยละ 33.17 และ มีอายุ 50 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 17.42 สำหรับวุฒิการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี ร้อยละ 58.75 รองลงมาปริญญาโท ร้อยละ 40.75 และปริญญาเอก ร้อยละ 0.50 และมีตำแหน่ง/สถานภาพเป็นหัวหน้ากลุ่มสาระ ร้อยละ 60.00 รองลงมาเป็นครู ร้อยละ 20.00 และผู้อำนวยการโรงเรียน รองผู้อำนวยการโรงเรียน ร้อยละ 10.00 ซึ่งมีจำนวนเท่ากัน มีประสบการณ์ในการดำรงตำแหน่ง/สถานภาพเป็นระยะเวลา (นับรวมปีการศึกษา 2555) มีประสบการณ์ระหว่าง 18 - 20 ปี ร้อยละ 19.42 รองลงมา มีประสบการณ์มากกว่า 20 ปี ร้อยละ 16.25 และมีประสบการณ์ระหว่าง 15 - 17 ปี ร้อยละ 15.25



มีประสบการณ์การทำงานในสถานศึกษาแห่งนี้ ระหว่าง 10 - 14 ปี ร้อยละ 24.75 รองลงมา มีประสบการณ์การทำงานในสถานศึกษาแห่งนี้ ระหว่าง 5 - 9 ปี ร้อยละ 22.92 และมีประสบการณ์การทำงานในสถานศึกษาแห่งนี้ ระหว่าง 20 - 24 ปี ร้อยละ 15.08

ผลการวิเคราะห์ สภาพการณ์วัฒนธรรมองค์กรของโรงเรียนมัธยมศึกษา ตามความคิดเห็นของผู้อำนวยการโรงเรียน รองผู้อำนวยการโรงเรียนและหัวหน้ากลุ่มสาระ และครู พบว่า ความคิดเห็นโดยภาพรวมของสภาพการณ์วัฒนธรรมองค์กรอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.43, 4.44$ และ 4.42) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า สภาพการณ์วัฒนธรรมองค์กรของโรงเรียนมัธยมศึกษา ตามความคิดเห็นของผู้อำนวยการโรงเรียน รองผู้อำนวยการโรงเรียนและหัวหน้ากลุ่มสาระ และครู พบว่าความคิดเห็นของผู้อำนวยการด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ความซื่อสัตย์สุจริต ($\bar{X} = 4.64$) การตัดสินใจ ($\bar{X} = 4.60$ และความเอื้ออาทร ($\bar{X} = 4.51$) ส่วนความคิดเห็นของรองผู้อำนวยการโรงเรียนและหัวหน้ากลุ่มสาระ พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ความซื่อสัตย์สุจริต ($\bar{X} = 4.59$) การตัดสินใจ ($\bar{X} = 4.51$) และความเอื้ออาทร ($\bar{X} = 4.51$) สำหรับความคิดเห็นของครู พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านความซื่อสัตย์สุจริต ($\bar{X} = 4.61$) เมื่อศึกษาในรายละเอียดของข้อมูลในแต่ละด้าน มีรายละเอียด ดังนี้ **ด้านความมุ่งประสงค์ของสถานศึกษา** ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ตามความคิดเห็นของผู้อำนวยการโรงเรียน รองผู้อำนวยการโรงเรียนและหัวหน้ากลุ่มสาระ และครู คือ มีการจัดเตรียมคู่มือการปฏิบัติงานไว้อย่างครบถ้วนทุกภารกิจ **ด้านการมีคุณภาพ** ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดตามความคิดเห็นของผู้อำนวยการโรงเรียน รองผู้อำนวยการโรงเรียนและหัวหน้ากลุ่มสาระ และครูที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ สร้างความเป็นเอกภาพในการปฏิบัติงานภายใต้มาตรฐาน และคุณภาพของบุคลากร **ในด้านความเป็นส่วนหนึ่งของสถานศึกษา** ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ตามความคิดเห็น

ของผู้อำนวยการโรงเรียน รองผู้อำนวยการโรงเรียนและหัวหน้ากลุ่มสาระ และครู พบว่า ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ บุคลากรมีความรู้สึกว่าเป็นของทุกคน ส่วน**ด้านความหลากหลายของบุคคล** ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดตามความคิดเห็นของผู้อำนวยการโรงเรียน รองผู้อำนวยการโรงเรียนและหัวหน้ากลุ่มสาระ คือ ปฏิบัติกับบุคลากรอย่างปัจเจกบุคคลที่มีความต้องการและเชี่ยวชาญเฉพาะในการดำเนินงานของโรงเรียน ในขณะที่ความคิดเห็นของครู ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ประสานและจัดการความคิดเห็นที่แตกต่างของบุคลากร **ส่วนด้านการมอบอำนาจ** ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ตามความคิดเห็นของผู้อำนวยการโรงเรียน รองผู้อำนวยการโรงเรียนและหัวหน้ากลุ่มสาระ พบว่าค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ทำทนายบุคลากรให้หา/เสนอวิธีการทำวิธีการที่ดีขึ้นในการดำเนินงาน แต่ความคิดเห็นของครูพบว่า ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ นำให้บุคลากรดำเนินงานของโรงเรียนด้วยการ “ทำมากกว่าที่จะ “สั่ง”

ด้านการยอมรับ ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดตามความคิดเห็นของผู้อำนวยการโรงเรียน รองผู้อำนวยการโรงเรียนและหัวหน้ากลุ่มสาระ และครู คือ ไม่พยายามจะเปลี่ยนแปลง อะไรเกี่ยวกับการดำเนินงานตรงเท่าที่สิ่งต่างๆ ยังดำเนินไปได้ด้วยดี **ด้านความไว้วางใจ** ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ตามความคิดเห็นของผู้อำนวยการโรงเรียน รองผู้อำนวยการโรงเรียนและหัวหน้ากลุ่มสาระ และครู คือ ให้อิสระแก่บุคลากรในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินงานที่สำคัญของโรงเรียน **ในด้านความเอื้ออาทร** ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดตามความคิดเห็นของผู้อำนวยการโรงเรียน รองผู้อำนวยการโรงเรียนและหัวหน้ากลุ่มสาระ และครู คือ ให้การยกย่องชมเชยเป็นการส่วนตัว เมื่อบุคลากรดำเนินงานในโรงเรียนได้ดียิ่งใน**ด้านความซื่อสัตย์สุจริต** ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ตามความคิดเห็นของผู้อำนวยการโรงเรียน คือ เป็นที่เคารพของทุกคนในโรงเรียน ความคิดเห็นของ



รองผู้อำนวยการโรงเรียนและหัวหน้ากลุ่มสาระ พบว่า ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ สร้างบรรทัดฐานในการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ตามความคิดเห็นของครู พบว่า ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ให้ตัวแบบการบริหารงานที่ดีแก่เราเพื่อปฏิบัติตาม ส่วน**ด้านการตัดสินใจ** ตามความคิดเห็นของผู้บริหารโรงเรียนและรองผู้อำนวยการโรงเรียนและหัวหน้ากลุ่มสาระ พบว่า ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ใช้ข้อมูลสารสนเทศมาประกอบการตัดสินใจ แต่ความคิดเห็นของครู ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ จัดให้มีข้อมูลที่ใช้ประกอบในการวินิจฉัยสั่งการอย่างเพียงพอถูกต้องแม่นยำ

ผลการพัฒนารูปแบบการบริหารเพื่อพัฒนาวัฒนธรรมองค์กรของโรงเรียนมัธยมศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

รูปแบบการบริหารเพื่อพัฒนาวัฒนธรรมองค์กรของโรงเรียนมัธยมศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ผู้วิจัยร่างขึ้น มีรายละเอียด ดังนี้

1. ความมุ่งประสงค์ของสถานศึกษา วัฒนธรรมการบริหารงานของผู้บริหาร จำนวน 21 ข้อ วัฒนธรรมการปฏิบัติของครู จำนวน 11 ข้อ

2. การมีคุณภาพ วัฒนธรรมการบริหารงานของผู้บริหาร จำนวน 19 ข้อ วัฒนธรรมการปฏิบัติของครู จำนวน 8 ข้อ

3. ความเป็นส่วนหนึ่งของสถานศึกษา วัฒนธรรมการบริหารงานของผู้บริหาร จำนวน 5 ข้อ วัฒนธรรมการปฏิบัติของครู จำนวน 8 ข้อ

4. ความหลากหลายของบุคคล วัฒนธรรมการบริหารงานของผู้บริหาร จำนวน 9 ข้อ วัฒนธรรมการปฏิบัติของครู จำนวน 4 ข้อ

5. การให้อำนาจ วัฒนธรรมการบริหารงานของผู้บริหาร จำนวน 13 ข้อ วัฒนธรรมการปฏิบัติของครู จำนวน 4 ข้อ

6. การยอมรับ วัฒนธรรมการบริหารงานของผู้บริหาร จำนวน 9 ข้อ วัฒนธรรมการปฏิบัติของครู จำนวน 6 ข้อ

7. ความไว้วางใจ วัฒนธรรมการบริหารงานของผู้บริหาร จำนวน 4 ข้อ วัฒนธรรมการปฏิบัติของครู จำนวน 2 ข้อ

8. ความเอื้ออาทร วัฒนธรรมการบริหารงานของผู้บริหาร จำนวน 14 ข้อ วัฒนธรรมการปฏิบัติของครู จำนวน 6 ข้อ

9. ความซื่อสัตย์สุจริต วัฒนธรรมการบริหารงานของผู้บริหาร จำนวน 8 ข้อ วัฒนธรรมการปฏิบัติของครู จำนวน 4 ข้อ

10. การตัดสินใจ วัฒนธรรมการบริหารงานของผู้บริหาร จำนวน 10 ข้อ วัฒนธรรมการปฏิบัติของครู จำนวน 7 ข้อ

โดยรูปแบบการบริหารที่พัฒนาขึ้น และผ่านการประชุมอย่างเป็นทางการของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อการวิพากษ์วัฒนธรรมองค์กรที่จัดทำขึ้น โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 9 ท่าน ได้ข้อมูลคุณภาพที่สามารถนำมาจัดปรับให้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น มีความเหมาะสมและมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้

สำหรับผลการทดลองใช้รูปแบบการบริหารเพื่อพัฒนาวัฒนธรรมองค์กรของโรงเรียนมัธยมศึกษาปรากฏว่า ครูและบุคลากรทางการศึกษา มีความคิดเห็นต่อการทดลองใช้รูปแบบการบริหารเพื่อพัฒนาวัฒนธรรมองค์กรของโรงเรียนมัธยมศึกษา โดยภาพรวมหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยค่าเฉลี่ยความคิดเห็นก่อนการทดลองเท่ากับ 265.851 ท 32.66 และค่าเฉลี่ยความคิดเห็นหลังการทดลอง เท่ากับ 344.426 ท 35.51 เมื่อศึกษาในรายละเอียดแต่ละตัวบ่งชี้ พบว่า

ครูและบุคลากรทางการศึกษา มีความคิดเห็นต่อการทดลองใช้รูปแบบการบริหารเพื่อพัฒนาวัฒนธรรมองค์กรของโรงเรียนมัธยมศึกษา ด้านความมุ่งประสงค์ของสถานศึกษา หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยค่าเฉลี่ยความ



คิดเห็นก่อนการทดลอง เท่ากับ 53.32 ท 6.65 และค่าเฉลี่ยความคิดเห็นหลังการทดลอง เท่ากับ 70.06 ท 8.42 ด้านการมีคุณภาพ หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยค่าเฉลี่ยความคิดเห็นก่อนการทดลอง เท่ากับ 23.43 ท 3.47 และค่าเฉลี่ยความคิดเห็นหลังการทดลอง เท่ากับ 30.40 ท 3.63 ด้านความเป็นส่วนหนึ่งของสถานศึกษา หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยค่าเฉลี่ยความคิดเห็นก่อนการทดลอง เท่ากับ 16.60 ท 2.81 และค่าเฉลี่ยความคิดเห็นหลังการทดลอง เท่ากับ 21.62 ท 2.95

ส่วนด้านความหลากหลายของบุคคล หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยค่าเฉลี่ยความคิดเห็นก่อนการทดลอง เท่ากับ 22.49 ท 3.53 และค่าเฉลี่ยความคิดเห็นหลังการทดลอง เท่ากับ 29.04 ท 4.04 ด้านการมอบอำนาจ หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยค่าเฉลี่ยความคิดเห็นก่อนการทดลอง เท่ากับ 34.89 ท 5.91 และค่าเฉลี่ยความคิดเห็นหลังการทดลอง เท่ากับ 45.64 ท 6.31 ด้านการยอมรับ หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยค่าเฉลี่ยความคิดเห็นก่อนการทดลอง เท่ากับ 16.13 ท 2.58 และค่าเฉลี่ยความคิดเห็นหลังการทดลอง เท่ากับ 20.96 ท 2.76 ด้านความไว้วางใจ หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยค่าเฉลี่ยความคิดเห็นก่อนการทดลอง เท่ากับ 16.36 ท 2.39 และค่าเฉลี่ยความคิดเห็นหลังการทดลอง เท่ากับ 21.32 ท 2.51

สำหรับ ด้านความเอื้ออาทร หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยค่าเฉลี่ยความคิดเห็นก่อนการทดลอง เท่ากับ 32.89 ท 4.65 และค่าเฉลี่ยความคิดเห็นหลังการทดลอง เท่ากับ 41.04 ท 5.62 ด้านความซื่อสัตย์สุจริต หลังการทดลอง

มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยค่าเฉลี่ยความคิดเห็นก่อนการทดลอง เท่ากับ 20.66 ท 2.66 และค่าเฉลี่ยความคิดเห็นหลังการทดลอง เท่ากับ 26.34 ท 3.02 ด้านการตัดสินใจ หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยค่าเฉลี่ยความคิดเห็นก่อนการทดลอง เท่ากับ 21.09 ท 5.19 และค่าเฉลี่ยความคิดเห็นหลังการทดลอง เท่ากับ 38.00 ท 5.33

อภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ สภาพการณ์วัฒนธรรมองค์กรของโรงเรียนมัธยมศึกษา ตามความคิดเห็นของผู้อำนวยการโรงเรียน รองผู้อำนวยการโรงเรียนและหัวหน้ากลุ่มสาระและครู พบว่า ความคิดเห็นโดยภาพรวมของสภาพการณ์วัฒนธรรมองค์กรอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า มีความแตกต่างของความคิดเห็นระหว่างผู้อำนวยการโรงเรียน รองผู้อำนวยการโรงเรียนและหัวหน้ากลุ่มสาระและครู คือ ความคิดเห็นของผู้อำนวยการ ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ความซื่อสัตย์สุจริต การตัดสินใจ และความเอื้ออาทร ส่วนความคิดเห็นของรองผู้อำนวยการโรงเรียนและหัวหน้ากลุ่มสาระ พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ความซื่อสัตย์สุจริต การตัดสินใจ และความเอื้ออาทร สำหรับความคิดเห็นของครู พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านความซื่อสัตย์สุจริต ซึ่งตรงกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์ของผู้บริหารโรงเรียนกับวัฒนธรรมองค์กรในโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา มัธยมศึกษาเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (รวิษฎา ดวงจันทา, 2556) ซึ่งผลการวิจัยพบว่าวัฒนธรรมองค์กรในโรงเรียนมัธยมศึกษา โดยรวมอยู่ในระดับดี และรายด้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี โดยเรียงลำดับจากค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย ดังนี้ ความหลากหลายของบุคลากร การเป็นที่ยอมรับ ความซื่อสัตย์สุจริต การเสริมพลัง ความเอื้ออาทร



ความมีคุณภาพ ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของโรงเรียน ความมุ่งหมายของโรงเรียน และความไว้วางใจ ส่วนการตัดสินใจ ทั้งนี้เป็นเพราะโรงเรียนเห็นคุณค่าการปฏิบัติงานของบุคลากรที่หลากหลาย เป็นที่ยอมรับของโรงเรียน ซึ่งมีความซื่อสัตย์สุจริตทำให้เป็นสิ่งส่งเสริมสนับสนุนในการทำงานเกิดความเอื้ออาทรแก่กันและกัน เมื่อศึกษาในรายละเอียดของข้อมูลในแต่ละด้าน มีรายละเอียด ดังนี้

ด้านความซื่อสัตย์สุจริต ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ตามความคิดเห็นของผู้อำนวยการโรงเรียน คือ เป็นที่เคารพของทุกคนในโรงเรียน ความคิดเห็นของรองผู้อำนวยการโรงเรียนและหัวหน้ากลุ่มสาระ พบว่า ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ สร้างบรรทัดฐานในการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ตามความคิดเห็นของครู พบว่า ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ให้ตัวแบบการบริหารงานที่ดีแก่เราเพื่อปฏิบัติตาม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาลักษณะผู้นำ (อารีย์ พันธมณี, 2544) ที่ผู้นำควรเป็นตัวอย่างที่ดีในทุกด้าน แก่ลูกน้อง เพื่อนร่วมงาน ย่อมสร้างศรัทธาและความเต็มใจในการให้ความร่วมมือ ดังนั้น ผู้นำจึงไม่เพียงแต่สอนงาน อธิบายงาน สาธิตให้ดูแต่จะต้องมีชีวิตเป็นอยู่ให้เห็นอีกต่างหาก

ด้านความมุ่งประสงค์ของสถานศึกษา ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ตามความคิดเห็นของผู้อำนวยการโรงเรียน รองผู้อำนวยการโรงเรียนและหัวหน้ากลุ่มสาระและครู คือ มีการจัดเตรียมคู่มือการปฏิบัติงานไว้อย่างครบถ้วนทุกภารกิจ **ด้านการมีคุณภาพ** คือ สร้างความเป็นเอกภาพในการปฏิบัติงานภายใต้มาตรฐานและคุณภาพของบุคลากร **ในด้านความเป็นส่วนหนึ่งของสถานศึกษา** คือ บุคลากรมีความรู้สึกว่าเป็นของทุกคน **ด้านการยอมรับ** คือ ไม่พยายามจะเปลี่ยนแปลง อะไรเกี่ยวกับการดำเนินงานตรงเท่าที่สิ่งต่างๆ ยังดำเนินไปได้ด้วยดี **ด้านความไว้วางใจ** คือ ให้อิสระแก่บุคลากรในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินงานที่สำคัญของโรงเรียน **ด้านความเอื้ออาทร** คือ ให้การยกย่องชมเชยเป็นการ

ส่วนตัว เมื่อบุคลากรดำเนินงานในโรงเรียนได้ดียิ่ง ซึ่งตรงกับการศึกษาเรื่อง วัฒนธรรมโรงเรียนและแนวทางการพัฒนาวัฒนธรรมโรงเรียนสาธิต “พิบูลบำเพ็ญ” มหาวิทยาลัยบูรพา (นภัสสร โอสถานนท์, 2549) ที่พบว่าแนวทางการพัฒนามีดังนี้ โรงเรียนควรปลูกจิตสำนึกให้เกิดความรู้สึกว่าโรงเรียนเป็นของทุกคน โดยให้มีการทำกิจกรรมร่วมกัน มีการกำหนดกฎเกณฑ์ของพฤติกรรมเพื่อให้บุคลากรเป็นผู้รับและผู้ให้มีความรับผิดชอบ มีการช่วยเหลือและร่วมกันพัฒนาโรงเรียน และที่สำคัญโรงเรียนต้องมีนโยบายที่ชัดเจนเพื่อให้บุคลากรปฏิบัติตามนโยบายและหน้าที่ มีการประเมินตามมาตรฐานเดียวกัน ปฏิบัติตามมาตรฐานที่วางไว้ มีการวัดผล มีผลงานที่สามารถประเมินได้ ยอมรับและนับถือผลงานให้ความสำคัญซึ่งกันและกัน แสดงออกถึงการรับรู้ในคุณค่าของบุคคล ด้านความหลากหลายโรงเรียนควรมีการใช้บุคลากรให้เหมาะสมกับความรู้ ความสามารถตามแต่ละคนถนัด

ส่วนด้านความหลากหลายของบุคคล ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ตามความคิดเห็นของผู้อำนวยการโรงเรียน รองผู้อำนวยการโรงเรียนและหัวหน้ากลุ่มสาระคือ ปฏิบัติกับบุคลากรอย่างปัจเจกบุคคลที่มีความต้องการและเชี่ยวชาญเฉพาะในการดำเนินงานของโรงเรียน ในขณะที่ความคิดเห็นของครู ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ประสานและจัดการความคิดเห็นที่แตกต่างของบุคลากร

ส่วนด้านการมอบอำนาจ ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดตามความคิดเห็นของผู้อำนวยการโรงเรียน รองผู้อำนวยการโรงเรียนและหัวหน้ากลุ่มสาระ พบว่าค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ทำทนายบุคลากรให้หา/เสนอวิธีการทำวิธีการที่ดีขึ้นในการดำเนินงาน แต่ความคิดเห็นของครูพบว่า ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ นำให้บุคลากรดำเนินงานของโรงเรียนด้วยการ “ทำ” มากกว่าที่จะ “สั่ง” ส่วน **ด้านการตัดสินใจ** ตามความคิดเห็นของผู้อำนวยการโรงเรียนและรองผู้อำนวยการโรงเรียนและหัวหน้ากลุ่มสาระ พบว่า ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ใช้ข้อมูลสารสนเทศมาประกอบการตัดสินใจ แต่ความ



คิดเห็นของครู ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ จัดให้มีข้อมูลที่ใช้ประกอบในการวินิจฉัยสั่งการอย่างเพียงพอถูกต้องแม่นยำ ซึ่งตรงกับการศึกษาการดำรงวัฒนธรรมองค์กรของโรงเรียนปริ้นส์รอยแยลส์วิทยาลัย (มัลลิกามโนชฌฎ, 2547). พบว่าบุคลากรในโรงเรียนให้ความสำคัญในเรื่องการทำงานเป็นทีมปฏิบัติตามตามนโยบายของสถานศึกษา มีความรับผิดชอบในการปฏิบัติงาน อีกทั้งมีการส่งเสริมสนับสนุนให้บุคลากรได้รับการอบรมดูงานและศึกษาต่อ โดยผู้บริหารมีความเป็นผู้นำมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ สนับสนุนให้ทุกคนมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในการดำเนินงานของสถานศึกษาเอาใจใส่ต่อพิธีกรรม พิธีการในสถานศึกษา เพื่อสร้างขวัญและกำลังใจให้ทั้งนักเรียนและบุคลากร นอกจากนี้บุคลากรยอมรับความคิดเห็นของบุคคลอื่น ตระหนักและเห็นคุณค่าของการสื่อสารและให้ความสนใจในการแสวงหาความรู้ข่าวสารจากหลายๆ แหล่ง

ผลการพัฒนารูปแบบการบริหารเพื่อพัฒนาวัฒนธรรมองค์กรของโรงเรียนมัธยมศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และผลการตรวจสอบรูปแบบการบริหารเพื่อพัฒนาวัฒนธรรมองค์กรของโรงเรียนมัธยมศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รูปแบบการบริหารเพื่อพัฒนาวัฒนธรรมองค์กรของโรงเรียนมัธยมศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยผลการตรวจสอบรูปแบบการบริหารเพื่อพัฒนาวัฒนธรรมองค์กรของโรงเรียนมัธยมศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปรากฏว่า รูปแบบการบริหารเพื่อพัฒนาวัฒนธรรมองค์กรของโรงเรียนมัธยมศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่พัฒนาขึ้น และผ่านการประชุมอย่างเป็นทางการของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อการวิพากษ์วัฒนธรรมองค์กรที่จัดทำขึ้น โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 9 ท่าน ได้ข้อมูลคุณภาพที่สามารถนำมาจัดปรับให้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น มีความเหมาะสมและมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ซึ่งตรงกับการศึกษาเรื่อง Corporate Culture and Performance ในองค์กรขนาดใหญ่ของสหรัฐอเมริกา (Kotter and Heskett, 1992) ผลการ

วิจัยพบว่า วัฒนธรรมองค์กรเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จ และความล้มเหลวขององค์กร การเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมองค์กรต้องได้รับการสนับสนุนจากผู้นำองค์กร โดยกำหนดวิสัยทัศน์ที่ปฏิบัติจริงได้ เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการเปลี่ยนแปลง และวิธีการที่ทำให้วัฒนธรรมองค์กรสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานอย่างเข้มแข็ง ประกอบด้วย 1) เป้าหมายขององค์กรและพนักงานต้องดำเนินการไปในแนวทางเดียวกัน 2) วัฒนธรรมองค์กรต้องจูงใจให้พนักงานมีพฤติกรรมและค่านิยมร่วมกัน โดยทำให้พนักงานรู้สึกพึงพอใจเกี่ยวกับงานที่ให้กับองค์กร และ 3) องค์กรที่ปราศจากโครงสร้างและปราศจากการควบคุมโดยระบบราชการอย่างเป็นทางการ สามารถจูงใจพนักงานและสร้างนวัตกรรมได้

สำหรับผลการทดลองใช้รูปแบบการบริหารเพื่อพัฒนาวัฒนธรรมองค์กรของโรงเรียนมัธยมศึกษา ปรากฏว่าครูและบุคลากรทางการศึกษา มีความคิดเห็นต่อการทดลองใช้รูปแบบการบริหารเพื่อพัฒนาวัฒนธรรมองค์กรของโรงเรียนมัธยมศึกษา โดยภาพรวมหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อศึกษาในรายละเอียดแต่ละตัวบ่งชี้ พบว่า ทุกด้านประกอบด้วย ด้านความมุ่งประสงค์ของสถานศึกษา ด้านการมีคุณภาพ ด้านความเป็นส่วนหนึ่งของสถานศึกษา ด้านความหลากหลายของบุคคล ด้านการมอบอำนาจ ด้านการยอมรับ ด้านความไว้วางใจ ด้านความเอื้ออาทร ด้านความซื่อสัตย์สุจริต ด้านการตัดสินใจ หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าครูและบุคลากรทางการศึกษาของโรงเรียนทุ่งไผ่พิทยา มีความตั้งใจในการปฏิบัติวัฒนธรรมองค์กรของโรงเรียน เพื่อให้เกิดวัฒนธรรมของโรงเรียนและได้ผลลัพธ์ที่ดีที่เกิดขึ้นกับโรงเรียน ซึ่งตรงกับ McShane and Glinow (2008) กล่าวว่า การปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมองค์กรคือ การลดความเป็นวัฒนธรรมเดิมและสร้างสรรค์วัฒนธรรมใหม่ และ Greenwald (2008)



ได้กล่าวถึงความร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงเพื่อพัฒนาองค์กร ผู้บริหารแสวงหาวิธีการปรับปรุงความสามารถขององค์กร ซึ่งสนับสนุนองค์กรประกอบองค์กรแห่งการเรียนรู้ที่เน้นการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาองค์กรสู่ความเป็นเลิศ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันของผู้บริหารและบุคลากร

เอกสารอ้างอิง

- นภัตสร โอสถานนท์. (2549). *วัฒนธรรมโรงเรียนและแนวทางการพัฒนาวัฒนธรรมโรงเรียนสาธิตพิบูลบำเพ็ญ มหาวิทยาลัยบูรพา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เพ็ชรี รูปะวิเชตร. (2554). *การเรียนรู้ลักษณะการจัดการ : การจัดการข้ามวัฒนธรรม*. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ดวงกมลพับลิชชิง.
- มัลลิกา มโนชมพู่. (2547). *การอ้างวัฒนธรรมองค์กรของโรงเรียนปรีณส์รอยแยลส์วิทยาลัย*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิตสาขาวิชาการบริหารการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์. และ ปันณธร ชัชวรัตน์. (2550). กลยุทธ์การพัฒนาวัฒนธรรมคุณภาพการศึกษาของวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา*, 2 (กรกฎาคม - ธันวาคม), 126 - 138.
- รวิษฎา ดวงจินทา. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์ของผู้บริหารโรงเรียนกับวัฒนธรรมองค์กรในโรงเรียนมัธยมศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารการบริหารการศึกษามหาวิทยาลัยบูรพา*, 7(2), (เดือนเมษายน - กันยายน).
- สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษากระทรวงศึกษาธิการ. (2547). *แนวทางการบริหารและการพัฒนาสถานศึกษาสู่...โรงเรียนคุณภาพ (Guidelines on the best practice for quality School)*. กรุงเทพฯ : อัมรินทร์พรินติ้งแอนพับลิชชิง.
- Bateman, T.S & Snell, S.A. (2002). *Management competing in the new ear*. New york : McGraw - Hill.
- Cummings, Thomas G. and Worley, Christopher G. (2009). *Organization Development & Change*. Canada : Nelson Education, Ltd.
- Kotter, John P. and Heskett, James L. (1992). *Corporate Culture and Performance*. New York : The Free Press.
- Lussier, R.N, Achua. C.F. (2004). *Leadership : Theory, Application, Skill Development*. Ohio : Thompsom/South - Western.



การพัฒนาแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์การสร้างเสริม สุขภาพเยาวชน จังหวัดนครสวรรค์ Developing Nakhonsawan Adolescent Health Promotion Strategic Route Map

เบ็ญจา ยมสาร
ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการวิจัยพัฒนา (Development Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ประเมินความต้องการในการแก้ไขปัญหาและสร้างเสริมสุขภาพเยาวชนจังหวัดนครสวรรค์ และ 2) พัฒนาแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพเยาวชนจังหวัดนครสวรรค์ ดำเนินการเป็น 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 ประเมินความต้องการในการแก้ไขปัญหาและสร้างเสริมสุขภาพเยาวชนจังหวัดนครสวรรค์ โดยใช้ Mind Map เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์สถานการณ์และบริบท กลุ่มตัวอย่างคือ บุคลากรสาธารณสุข บุคลากรทางการศึกษา บุคลากรทางการปกครองส่วนท้องถิ่น แกนนำชุมชน และกลุ่มแกนนำวัยรุ่นในอำเภอเมืองและอำเภอท่าตะโก จังหวัดนครสวรรค์ รวม 90 คน ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพเยาวชนจังหวัดนครสวรรค์ ประยุกต์กระบวนการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนและในแต่ละขั้นตอน วิเคราะห์ความต้องการใน 4 ระดับได้แก่ ระดับประชาชน ระดับภาคี ระดับกระบวนการและระดับรากฐาน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้แทนจากขั้นตอนที่ 1 รวม 30 คน ผลการศึกษาพบว่า 1) ความต้องการในการแก้ไขปัญหาและสร้างเสริมสุขภาพเยาวชนจังหวัดนครสวรรค์ คือ ต้องการเห็นวัยรุ่นมีความรู้ ทักษะในการป้องกันตนเองจากปัจจัย

เสี่ยงต่างๆ มีสุขภาพแข็งแรงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ มีครอบครัวอบอุ่น อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี ไม่ติดยาเสพติด และไม่ตั้งครมภ์ก่อนวัยอันควร โดยต้องการให้ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม และบทบาทที่ชัดเจน มีการบูรณาการ ทั้งเรื่อง การดำเนินงานและงบประมาณ 2) พัฒนาแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพเยาวชนจังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ภาคีเครือข่ายร่วมวิเคราะห์สถานการณ์ บริบท กำหนด จุดหมายปลายทางและสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพเยาวชนจังหวัดนครสวรรค์ ปี 2553 - 2556 (Strategic Route Map : SRM) และแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพเยาวชนจังหวัดนครสวรรค์ฉบับปฏิบัติการ ปี 2553 (Strategic Linkage Model : SLM) เพื่อดำเนินการแก้ไขปัญหาและสร้างเสริมสุขภาพเยาวชน ที่มีพื้นฐานมาจากความต้องการของวัยรุ่นและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง มีการบูรณาการแผนงาน/โครงการร่วมกัน เป็นการเสริมพลังในการแก้ไขปัญหาวัยรุ่น โดยมีแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพเยาวชนจังหวัดนครสวรรค์เป็นหลัก/แนวทางในการดำเนินงาน

คำสำคัญ : แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์, แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ฉบับปฏิบัติการ, การสร้างเสริมสุขภาพเยาวชน



Abstract

This Development Research aims to 1.) Evaluate needs and wants for the purpose of problem solving and planning to encourage adolescent health promotion within Nakhonsawan Province. 2.) Develop the strategic route map regarding adolescent health promotion, which based on 2 steps which are 1. Evaluating needs and wants to seek for the best solution in order to solve the problem and support adolescent health promotion within Nakhonsawan province. Mind Map is employed as a tool in this case to analyze such situation and circumstance. Sample set in this case consists of 90 individual members from healthcare department, educational department, local government, local leader, and teenage leader in the area of Muang and Thatako district within Nakhonsawan province. 2. Developing Nakhonsawan adolescent health promotion strategic route map and applying such strategic route map which can be classified into 4 consecutive steps and each step mainly focus on needs and wants of 4 level which are value level, stakeholder level, management level, and learning level. Sample set in this case consist of 30 people who are representative members from the first step. The result identified that 1) Needs and wants regarding problem solving and planning to support adolescent health promotion within Nakhonsawan Province are to provide teenager with knowledge and skill to avoid health risk, to be both physically and mentally healthy, and to live in a warm family with an appropriate

environment to prevent drug and teen-mom problem which requires association network to take serious action and integration of both operation and budget. 2.) Developing Nakhonsawan adolescent health promotion strategic route map discovered that association network played a crucial role in analyzing situation, setting goal, and creating Nakhonsawan adolescent health promotion strategic route map for the year 2553-2556(SRM) and Nakhonsawan adolescent health promotion strategic linkage model (SLM) for the year 2553 for the purpose of problem solving and supporting adolescent health promotion within Nakhonsawan Province which based on teenage needs and wants. In addition, integration of coordinated project is used to strengthen procedure of solving and promoting adolescent health according to Nakhonsawan adolescent health promotion strategic linkage model.

Key words : Strategic Route Map, Strategic Linkage Model, Adolescent Health Promotion

บทนำ

ปัจจุบันความเจริญก้าวหน้าทางด้านเศรษฐกิจสังคมของประเทศไทยได้มีการพัฒนาไปอย่างรวดเร็วทั้งในด้านการพัฒนาเมือง การอุตสาหกรรม การท่องเที่ยวและการบริการต่างๆ ผลจากการพัฒนาดังกล่าว ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งด้านกายภาพ เศรษฐกิจและสังคม ซึ่งส่งผลให้วิถีการดำรงชีวิตของคนไทยเปลี่ยนรูปแบบไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งวัยรุ่น ซึ่งเป็นช่วงวัยวิกฤตที่เป็นช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อของการเจริญเติบโต เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ไปพร้อมๆ กัน จึงทำให้วัยรุ่นส่วนใหญ่ประสบปัญหาเรื่องการปรับตัว รวมทั้ง



เกิดความเสี่ยงที่จะถูกชักชวนให้มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม อาทิเช่น การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร การมีเพศสัมพันธ์แบบเสรี การดื่มสุรา การใช้สารเสพติด การมีพฤติกรรมก้าวร้าว ทะเลาะวิวาท จากพฤติกรรมดังกล่าวส่งผลให้เกิดการตั้งครกไม่พึงประสงค์ มีการทำแท้ง ติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ เป็นต้น ปี 2550 - 2551 ประเทศไทยมีวัยรุ่นหญิงอายุ 15 - 19 ปี คลอดบุตรในอัตรา 49.7 และ 50.1 ต่อประชากรหญิงอายุ 15 - 19 ปีพันคน ในส่วนของเขตตรวจราชการที่ 3 ซึ่งประกอบด้วยจังหวัดกำแพงเพชร นครสวรรค์ พิจิตร อุทัยธานีและชัยนาท พบว่าวัยรุ่นหญิงอายุ 15 - 19 ปี คลอดบุตรในอัตรา 56.8 และ 56.6 ต่อประชากรหญิงอายุ 15 - 19 ปีพันคน โดยจังหวัดนครสวรรค์เป็นจังหวัดที่มีวัยรุ่นอายุ 15 - 19 ปี คลอดบุตรมากที่สุด อัตรา 57.6 และ 58.9 ต่อประชากรหญิงอายุ 15 - 19 ปีพันคน ซึ่งสูงกว่าระดับเขตฯ และประเทศและเกินกว่าเป้าหมายที่กำหนดให้ไม่เกิน 50 ต่อพัน (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย, 2557) ในปี 2550 วัยรุ่นและเยาวชน อายุ 10 - 24 ปี ป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ด้วยอัตรา 34.8 ต่อประชากรแสนคน และป่วยด้วยโรคเอดส์ ร้อยละ 9.43 (สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค, 2552) ปี 2551 พบวัยรุ่นและเยาวชน อายุ 10 - 24 ปี ในจังหวัดนครสวรรค์ป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ด้วยอัตรา 53.0 ต่อประชากรแสนคน ป่วยด้วยโรคเอดส์ ร้อยละ 15.1 โดยวัยรุ่นที่ป่วย ร้อยละ 39.9 เป็นนักเรียน/นักศึกษา นอกจากนี้เมื่อสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 และมัธยมศึกษาปีที่ 5 พบว่า นักเรียนทั้งชายและหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 มีอัตราของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกมากกว่านักเรียนทั้งชายและหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ถึง 2 เท่า โดยนักเรียนชายทั้ง 2 ระดับชั้นมีอัตราของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกมากกว่านักเรียนหญิง ในขณะที่อัตราการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันการตั้งครกและโรคติดต่อทางเพศ

สัมพันธ์ พบว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 มีอัตราการใช้มากกว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 (สำนักป้องกันควบคุมโรคที่ 8, 2552)

จากสภาพปัญหาของวัยรุ่นที่เกิดขึ้นนับวันจะทวีความรุนแรงและซับซ้อนมากยิ่งขึ้น ถึงแม้มีหลายหน่วยงานทั้งภาครัฐ ท้องถิ่นและเอกชน ที่ดำเนินการแก้ไขปัญหา แต่สิ่งที่มีมักจะพบเห็นอยู่เสมอ คือ แผนงานและโครงการที่หน่วยงานต่างๆ ปฏิบัติเป็นปกติอยู่นั้น มิได้สะท้อนหรือตอบสนองต่อยุทธศาสตร์ที่กำหนดไว้เท่าที่ควร เป็นแผนงานและโครงการที่เกิดขึ้นมาแบบเดี่ยวๆ เพื่อตอบสนองต่อวัตถุประสงค์เฉพาะของหน่วยงานบางหน่วยในระยะสั้นเท่านั้น แต่ไม่ได้แสดงความเชื่อมโยงกับเป้าประสงค์โดยรวมขององค์กรซึ่งกำหนดไว้ในยุทธศาสตร์ แสดงให้เห็นว่ายังมีช่องว่าง หรือมีบางอย่างขาดหายไป (Missing Link) ระหว่างยุทธศาสตร์ที่กำหนดขึ้นกับการปฏิบัติงานของโครงการหรือแผนงานตามยุทธศาสตร์นั้น (สุจิตรา อังศรีทองกุล, 2552) เมื่อปี 2548 นายแพทย์อมร นนทสูต อดีตปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้พัฒนาเครื่องมือแผนที่ยุทธศาสตร์ เพื่อนำมาใช้ในภาคสังคมครั้งแรก นั่นคือแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (Strategic Route Map) ซึ่งช่วยให้มองเห็นภาพความเชื่อมโยงและความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ และช่วยให้เกิดความผสมผสานแนวคิดและบทบาทของทุกฝ่ายประกอบด้วย 2 กระบวนการ 7 ขั้นตอน คือ กระบวนการสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ มี 3 ขั้นตอน คือ 1) การวิเคราะห์บริบทและสถานการณ์ 2) การกำหนดจุดหมายปลายทาง 3) การสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ สำหรับกระบวนการใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ มี 4 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ฉบับปฏิบัติการ (Strategic Linkage Model : SLM) 2) การนิยามเป้าประสงค์และ กำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จ 3) การสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ฉบับปฏิบัติการย่อย (Mini Strategic Linkage Model Construction : Mini - SLM) 4) เปิดงานและการติดตามผล (อมร นนทสูต,



2549) แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (Strategic Route Map) จะเป็นเครื่องมือช่วยให้ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายเห็นภาพรวมทั้งระบบ เกิดความเข้าใจร่วมกันในการดำเนินงานตามกระบวนการ เกิดความสอดคล้องเชื่อมโยงกันและรู้บทบาทหน้าที่ของตน ดังนั้นจึงเห็นว่าการพัฒนาแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการสร้างเสริมสุขภาพะยาวชน จังหวัดนครสวรรค์ ซึ่งเป็นการนำปัญหาวิจัยรุ่นเป็นตัวกำหนดแนวคิดและเป้าหมายการดำเนินงานร่วมกันของเครือข่ายและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างเป็นระบบและมีความเชื่อมโยงกัน จะก่อให้เกิดพลังและแนวทางในการทำงานแก้ไขปัญหายุทธศาสตร์ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินความต้องการในการแก้ไขปัญหและการสร้างเสริมสุขภาพะยาวชนจังหวัดนครสวรรค์
2. เพื่อพัฒนาแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพะยาวชน จังหวัดนครสวรรค์

ระเบียบวิธีการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยพัฒนา (Development Research) เลือกพื้นที่ดำเนินงานในอำเภอเมืองและอำเภอท่าตะโก จังหวัดนครสวรรค์ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีวัยรุ่นอายุ 15-19 ปีตลอดบุตรสูงและเป็นพื้นที่ที่มีการดำเนินงานแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 1 ประเมินความต้องการในการแก้ไขปัญหและการสร้างเสริมสุขภาพะยาวชน จังหวัดนครสวรรค์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข บุคลากรทางการศึกษา บุคลากรทางการปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน และกลุ่มแกนนำวัยรุ่นจากพื้นที่อำเภอเมืองและอำเภอท่าตะโก รวม 90 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ คือแผนที่ความคิด (Mind Map) ใช้ในการวิเคราะห์ประเมินสถานการณ์และสรุปประเด็น

ปัญหาและความต้องการในการแก้ไขปัญหสุขภาพะยาวชน

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพะยาวชน จังหวัดนครสวรรค์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้แทนจากกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข บุคลากรทางการศึกษา บุคลากรทางการปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน และกลุ่มแกนนำวัยรุ่นจากขั้นตอนที่ 1 รวม 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้คือ แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (Strategic Route Map) ซึ่งจะประยุกต์กระบวนการสร้างและกระบวนการใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เพียง 4 ขั้นตอนและในแต่ละขั้นตอน จะวิเคราะห์ปัญหาใน 4 ระดับได้แก่

1. ระดับประชาชน (Value Perspective) หมายถึง สิ่งที่มุ่งหวังให้ประชาชนมีบทบาทในการพัฒนางานในพื้นที่ที่รับผิดชอบ รวมถึงพฤติกรรมที่วัยรุ่นพึงต้องแสดงออก เช่น วัยรุ่นควรมีทักษะและพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างไร
2. ระดับภาคี (Stakeholder Perspective) หมายถึง พันธมิตร ภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องได้ทำกิจกรรมหรือแสดงบทบาทที่จะส่งผลให้วัยรุ่นมีทักษะและพฤติกรรมที่พึงประสงค์ตาม Value Perspective
3. ระดับกระบวนการ (Management Perspective) เป็นกระบวนการขององค์กร ชุมชน หรือท้องถิ่น ที่จะจัดการสิ่งต่างๆ ให้เกิดขึ้น ที่จะทำให้ภาคีเครือข่ายให้การสนับสนุนการดำเนินงาน
4. ระดับรากฐาน (Learning Perspective) เป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพะยาวชน ได้แก่ ทีมงาน หรือคนทำงานมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะ จิตสำนึก ระบบข้อมูลของวัยรุ่น และบรรยากาศขององค์กรที่เอื้ออำนวยต่อการทำงานร่วมกัน



กระบวนการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ มี 4 ขั้นตอนดังนี้

1. วิเคราะห์บริบทและสถานการณ์ปัญหาวัยรุ่นจังหวัดนครสวรรค์ใน 4 ระดับได้แก่ ระดับประชาชน ระดับภาคี ระดับกระบวนการและระดับรากฐาน ขั้นตอนนี้เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และระดมความคิดเห็นร่วมกันถึงสถานการณ์ปัญหาวัยรุ่นและบริบทที่เกี่ยวข้อง

2. กำหนดจุดหมายปลายทางวัยรุ่นที่ต้องการให้เป็น ของจังหวัดนครสวรรค์วิเคราะห์ใน 4 ระดับเช่นเดียวกัน เป็นความคาดหวังที่ต้องการให้เกิดขึ้น/เห็นความเปลี่ยนแปลง ภายในระยะเวลาที่กำหนด โดยนำข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 มากำหนดเป็นความคาดหวัง

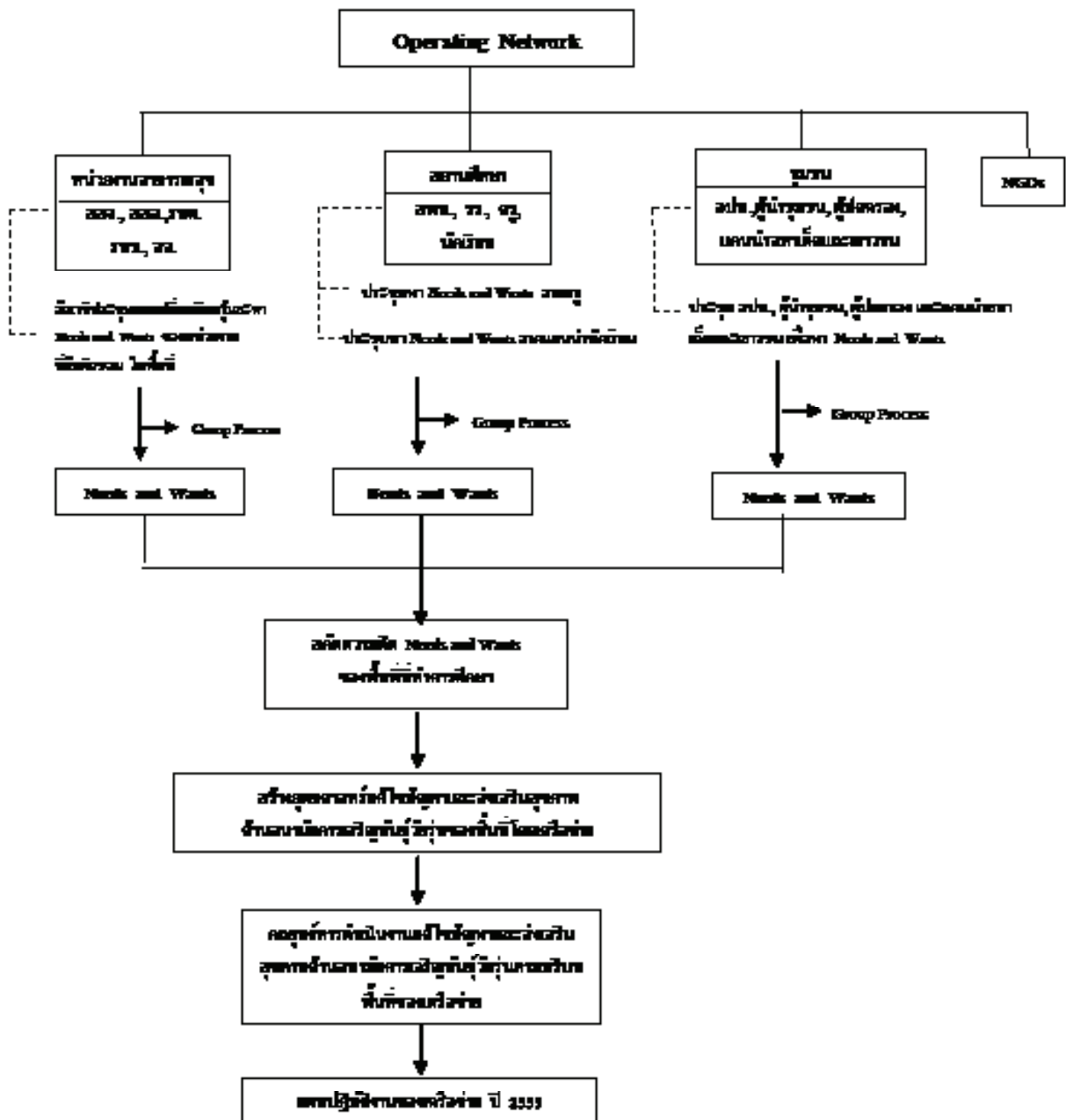
3. สร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาวะเยาวชน จังหวัดนครสวรรค์ ปี 2553 - 2556 (Strategic Route Map) โดยการสรุปประเด็นจากจุดหมายปลายทาง มาสร้างเป็นเป้าประสงค์ของยุทธศาสตร์ (Strategic Objective) หรือสิ่งที่ต้องการทำให้เกิดขึ้นในแต่ละระดับ พร้อมทั้งพิจารณาความเกี่ยวข้องต่อเนื่องกันในเชิงเป็นเหตุเป็นผลต่อกัน และคิดกลยุทธ์ที่จะนำไปสู่การบรรลุเป้าประสงค์

4. สร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาวะเยาวชน จังหวัดนครสวรรค์ฉบับปฏิบัติการปี 2553 (Strategic Linkage Model) เป็นการร่วมกันพิจารณาแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาวะเยาวชน จังหวัดนครสวรรค์ ปี 2553 - 2556 (Strategic Route Map) ในประเด็นที่สำคัญและต้องการดำเนินก่อนใน 1 ปี โดยเลือกเป้าประสงค์มา 1 - 2 เป้าประสงค์และเลือกกลยุทธ์ที่จะสามารถดำเนินการขับเคลื่อนให้บรรลุเป้าประสงค์นั้นได้ โดยใช้ลูกศรเชื่อมโยงสัมพันธ์เชิงเหตุและผล เพื่อให้เห็นเส้นทางเดิน

ระยะเวลาดำเนินการ 1 ธันวาคม 2551 - 30 พฤศจิกายน 2552



การดำเนินการดำเนินการวิจัย





ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ผลการประเมินความต้องการในการแก้ไขปัญหาและการสร้างเสริมสุขภาวะเยาวชน จังหวัดนครสวรรค์ ของบุคลากรสาธารณสุข บุคลากรทางการศึกษา บุคลากรทางการปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชนและกลุ่มแกนนำวัยรุ่น สรุปผลได้ดังนี้

ระดับประชาชน (วัยรุ่น)

- มีครอบครัวอบอุ่นมีความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ดี
- ไม่ติดยาเสพติด ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่
- รักนวลสงวนตัว ไม่ตั้งครรภก่อนวัยอันสมควร มีการป้องกันทางเพศสัมพันธ์
- มีสุขภาพแข็งแรงทั้งกาย จิต มีความมั่นคงทางอารมณ์
- มีพัฒนาการทางการศึกษา ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์
- มีจิตสาธารณะ รับผิดชอบต่อหน้าที่และสังคม
- มีความรู้ คิด/วิเคราะห์ มีจิตสำนึกและมีทักษะในการป้องกันตนเองจากปัจจัยเสี่ยงต่างๆ
- เป็นคนดีของสังคม เป็นผู้นำที่ดีในอนาคต กล้าแสดงออก ไม่ก้าวร้าว เชื่อฟังผู้ใหญ่
- ไม่ฟุ่มเฟือย
- มีศีลธรรม ความเชื่อ ความศรัทธา ด้านศาสนาและวัฒนธรรมมากขึ้น มีคุณธรรม จริยธรรม
- อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี

ระดับภาคี

1. อบต.
 - สนับสนุนงบประมาณในการแก้ไขปัญหา
 - สนับสนุนสถานที่ เช่น ลานกีฬา ฐานข้อมูล
2. อสม.
 - ช่วยดูแล แก้ไขปัญหาในวัยรุ่นมากขึ้น และมีความเข้มแข็ง

3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

- ร่วมวางแผนและแก้ไขปัญหากับชุมชนให้มากขึ้น
- การติดตาม/ประสานงาน
- ให้การสนับสนุนด้านวิทยากร สื่อและสิ่งสนับสนุน

4. ครู

- ร่วมวางแผนและแก้ไขปัญหากับชุมชนให้มากขึ้น
- การจัดสรรบุคลากรให้เหมาะสมกับงาน

5. พระสงฆ์

- อบรม สั่งสอน คุณธรรม จริยธรรมแก่เยาวชนให้มากขึ้น

6. ผู้ปกครอง

- เอาใจใส่ อบรมเลี้ยงดูอย่างใกล้ชิดมากขึ้น
- ให้ความร่วมมือ

7. ตำรวจ

- ดูแลรักษาความปลอดภัย ตรวจตราและบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจังสอดส่องดูแลความปลอดภัย

8. ประชาชน

- เข้ามามีส่วนร่วมในชุมชนให้มากขึ้น

9. NGO

- ภาครัฐร่วมในการทำงานด้านเยาวชนของจังหวัด
- สนับสนุนงบประมาณ
- การฝึกอบรมและบุคลากร

10. วัฒนธรรม

- วิทยากร สถานที่และงบประมาณ

11. แกนนำนักเรียน

- เผื่อระวัง ให้ข้อมูลข่าวสาร
- ตั้งกลุ่มแกนนำเพื่อนช่วยเพื่อน



ระดับกระบวนการ

- มีการวางแผนในการทำงานใช้หลักการทำงาน แบบเป็นระบบ (PDCA)
- ทำงานเป็นทีม ลักษณะภาคีเครือข่าย
- มีการประสานงานกับทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- ปัญหาควรให้นักเรียน ผู้ปกครอง และชุมชนมีส่วนร่วมในการกำหนดและมีส่วนร่วมในการทำงาน
- ทำงานตามปัญหาของชุมชน
- ติดตามประเมินผลการทำงาน
- ให้เยาวชนมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา
- มีการบริหาร จัดการงบประมาณอย่างเป็นระบบ
- มีการติดตามและประเมินผล
- นำแผนไปพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
- ประชาสัมพันธ์และทำประชาคมให้มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา

ระดับรากฐาน

- มีบุคลากรที่มีความรู้ และมีศักยภาพ
- มีระบบข้อมูลที่ทันสมัย
- มีการทำงานเป็นทีม ผู้บริหารมีส่วนร่วม
- มีภาคีเครือข่ายในการทำงาน
- จัดสรรงบประมาณอย่างชัดเจน และเพียงพอ

ตอนที่ 2 ผลจากการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพะเยาวชนจังหวัดนครสวรรค์ (Strategic Route Map : SRM) ผู้เข้าร่วมประชุมวิเคราะห์สถานการณ์และกำหนดจุดจุดหมายปลายทางของการแก้ไขปัญหาอนามัยการเจริญพันธุ์วัยรุ่น ได้ข้อสรุปดังตาราง



จุดหมายปลายทางในการเสริมสร้างสุขภาพะวัยรุ่นจังหวัดนครสวรรค์ ปี 2553 - 2556

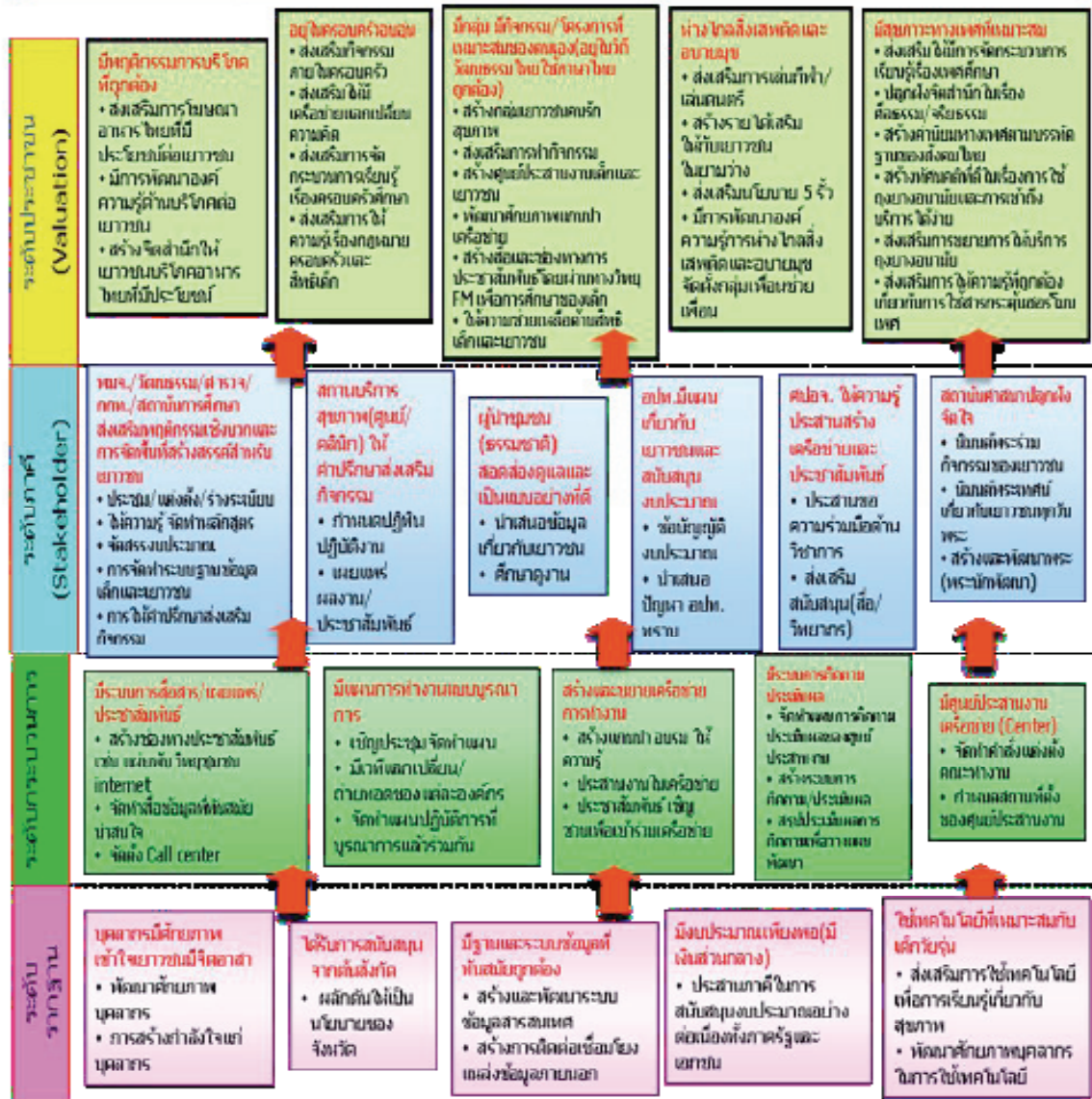
ประชาชน	กระบวนการ
- ห่างไกลสิ่งเสพติดและอบายมุข	- สร้างและขยายเครือข่ายการทำงาน
- มีสุขภาพะทางเพศที่เหมาะสม	- มีแผนการทำงานแบบบูรณาการ
- มีพฤติกรรมการบริโภคที่ถูกต้อง	- มีระบบติดตามประเมินผล
- มีกลุ่มมีกิจกรรม / โครงการที่เหมาะสมของตนเอง	- มีระบบการสื่อสารและเผยแพร่ประชาสัมพันธ์
- อยู่ในครอบครัวที่อบอุ่น	- มีศูนย์ประสานงานเครือข่าย (Center)
ภาคี	รากฐาน
- สถานบริการสุขภาพ ให้คำปรึกษา (ศูนย์ / คลินิก)	- บุคลากรมีศักยภาพเข้าใจเยาวชน มีจิตอาสา
ส่งเสริมกิจกรรม	- มีฐานและระบบข้อมูลที่ทันสมัยถูกต้อง
- พมจ./วัฒนธรรม/ตำรวจ/กทท./ สถาบันการศึกษา	- มีงบประมาณเพียงพอ
ส่งเสริมพฤติกรรมเชิงบวกและการจัดพื้นที่สร้างสรรค์สำหรับเยาวชน	- ได้รับการสนับสนุนจากต้นสังกัด
- ผู้นำชุมชน (ธรรมชาติ)	- ใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมกับเด็กวัยรุ่น
สอดส่องดูแลและเป็นแบบอย่างที่ดี	
- อปท. มีแผนเกี่ยวกับเยาวชน	
และสนับสนุนงบประมาณ	
- ศปอจ. ให้ความรู้ประสาน	
สร้างเครือข่าย และประชาสัมพันธ์	
- สถาบันศาสนาปลูกฝังจิตใจ	

นำจุดหมายปลายทางมากำหนดเป็นเป้าประสงค์ที่ต้องการและกลยุทธ์ที่จะทำให้บรรลุเป้าประสงค์นั้นๆ อย่างน้อย 3 - 5 กลยุทธ์ เพื่อที่จะมั่นใจว่าจะบรรลุเป้าประสงค์ได้ ดังภาพ

ต่อจากนั้นร่วมกันพิจารณาแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพะเยาวชน จังหวัดนครสวรรค์ ปี 2553 - 2556 ในประเด็นที่สำคัญและต้องการดำเนินการก่อนใน 1 ปี โดยเลือกเป้าประสงค์มา 1 - 2 เป้าประสงค์ และเลือกกลยุทธ์ที่จะสามารถดำเนินการขับเคลื่อนให้บรรลุเป้าประสงค์นั้นได้ ดังภาพ

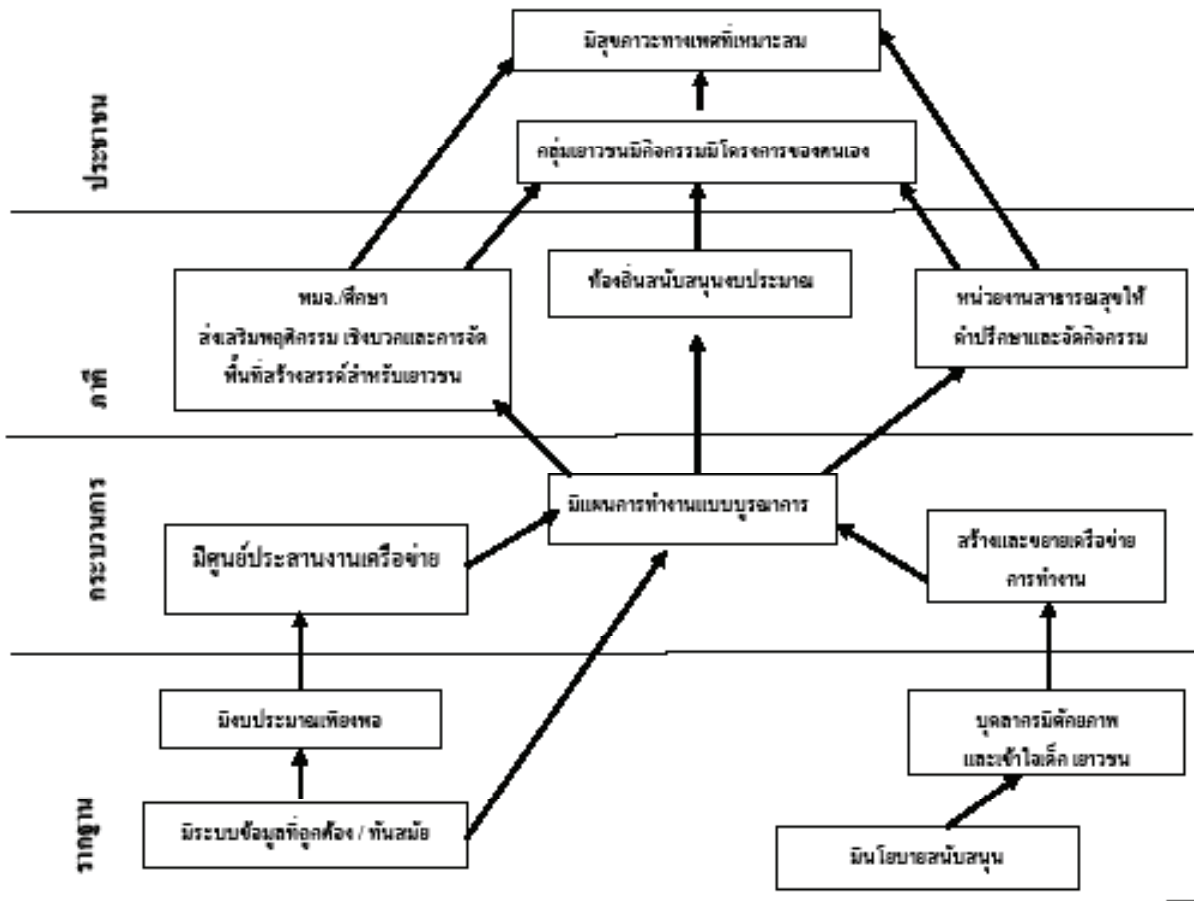


แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพเยาวชน จังหวัดนครสวรรค์ปี 2553-2556





แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพเยาวชน จังหวัดนครสวรรค์ ฉบับปฏิบัติการ ปี 2553



เมื่อได้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพเยาวชนจังหวัดนครสวรรค์ ปี 2553-2556 (SRM) และแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพเยาวชน จังหวัดนครสวรรค์ ฉบับปฏิบัติการ ปี 2553 (SLM) แล้วให้ผู้ร่วมประชุมพิจารณาความสมบูรณ์ ถูกต้องของเป้าประสงค์ยุทธศาสตร์ และกลยุทธ์ของแต่ละเป้าประสงค์ ใน 4 มิติ พร้อมทั้งปรับแก้ไขเพื่อความเหมาะสม รวมทั้งพิจารณาแนวทางการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ อย่างเป็นรูปธรรม เพื่อนำเสนอให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไป จากนั้นได้เชิญเครือข่ายที่รับผิดชอบงาน มาประชุมเพื่อนำเสนอแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ และแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ฉบับปฏิบัติการ เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ และบูรณาการแผนงาน/โครงการ เป็นการเสริมพลังในการแก้ไขปัญหาวัยรุ่น โดยมีแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ การส่งเสริมสุขภาพเยาวชนจังหวัดนครสวรรค์เป็นหลัก/แนวทางในการดำเนินงาน



อภิปรายผล

จากการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพะยาวชน จังหวัดนครสวรรค์ ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์และกรอบการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. การประเมินความต้องการในการแก้ไขปัญหาและการสร้างเสริมสุขภาพะยาวชนจังหวัดนครสวรรค์ของบุคลากรสาธารณสุขบุคลากรทางการศึกษา บุคลากรทางการปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชนและกลุ่มแกนนำวัยรุ่น

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานแก้ไขปัญหาและส่งเสริมสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์วัยรุ่น วิเคราะห์สถานการณ์และหาความต้องการ โดยแบ่งกลุ่มเป็นบุคลากรสาธารณสุข บุคลากรทางการศึกษา บุคลากรทางการปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชนและกลุ่มแกนนำวัยรุ่น เพื่อให้มีอิสระทางความคิดในการแสดงความคิดเห็นและความต้องการ แต่ผลที่ได้ไม่แตกต่างกันทั้ง 4 กลุ่ม ดังนี้ ต้องการเห็นวัยรุ่นมีความรู้ ทักษะในการป้องกันตนเองจากปัจจัยเสี่ยงต่างๆ มีสุขภาพแข็งแรงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ มีครอบครัวอบอุ่นอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี ไม่ติดยาเสพติดและไม่ตั้งครุภักก่อนวัยอันควร โดยต้องการให้ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม และบทบาทที่ชัดเจน มีการบูรณาการทั้งเรื่องการดำเนินงานและงบประมาณ

2. พัฒนาแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพะยาวชน จังหวัดนครสวรรค์

2.1 กระบวนการสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพะยาวชนจังหวัดนครสวรรค์ ปี 2553 - 2556 (SRM) จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า จังหวัดนครสวรรค์ มีการดำเนินกระบวนการสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพะยาวชนจังหวัดนครสวรรค์ ปี 2553 - 2556 (SRM) จากนั้นร่วมกันพิจารณาแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพะยาวชน จังหวัดนครสวรรค์ ปี 2553 - 2556 (ฉบับหลัก) ในประเด็นที่สำคัญและต้องการดำเนินการก่อน

ใน 1 ปี โดยเลือกเป้าประสงค์มา 1-2 เป้าประสงค์และเลือกกลยุทธ์ที่จะสามารถดำเนินการขับเคลื่อนให้บรรลุเป้าประสงค์นั้นได้สำเร็จ เมื่อได้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพะยาวชน จังหวัดนครสวรรค์ ฉบับปฏิบัติการ ปี 2553 (SLM) แล้วจากนั้นนำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพะยาวชน จังหวัดนครสวรรค์ ฉบับปฏิบัติการ ปี 2553 มาพิจารณา มอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นเจ้าของภาพหลักในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน โดยสอดคล้องกับการศึกษาของสุจิตรา อังศรีทองกุล และคณะ (2550) ได้ศึกษารูปแบบการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพ เฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ โดยใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ พบว่า 1) อบต.หาดอาษา มีแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันควบคุมโรคภายในปี 2551 และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น (2552) ได้ศึกษาการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กปลอดภัย โดยการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ พบว่ามีการจัดทำกระบวนการสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (SLM) การพัฒนาศูนย์เด็กเล็กในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค อบต.หนองกุง อ.ชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม ปี 2552 - 2553 โดยการเทียบเคียงกับแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ปี 2552 - 2555 ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น และจากการศึกษาของ ปาณิสรา ภูโสภา (2554) ได้ศึกษา กระบวนการใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการป้องกันควบคุมโรคใช้เลือดออก เทชบาลตำบลปทุม อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า เทชบาลตำบลปทุม มีกระบวนการสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ฉบับปฏิบัติการเฉพาะ จากแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ฉบับปฏิบัติการการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันควบคุมโรคปี 2554 ผลที่ได้คือชุมชนมีแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ฉบับปฏิบัติการ (SLM) การป้องกันควบคุมโรคใช้เลือดออก เทชบาลตำบลปทุม ในปี 2554



2.2 กระบวนการสร้างแผนปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพะยาวชน จังหวัดนครสวรรค์ปี 2553

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าจังหวัดนครสวรรค์มีจัดการทำกระบวนการสร้างแผนปฏิบัติการ โดยหน่วยงานที่รับผิดชอบเป็นเจ้าภาพหลัก ในการนำเป้าประสงค์และกลยุทธ์ที่เลือก ไปจัดทำแผนปฏิบัติการ

ผลที่ได้ในขั้นตอนนี้คือมีแผนปฏิบัติการตามเป้าประสงค์ จากแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพะยาวชน จังหวัดนครสวรรค์ ฉบับปฏิบัติการปี 2553 (SLM) โดยสอดคล้องกับการศึกษาของสุจิตรา อังครีทองกุลและคณะ (2550) ได้ศึกษารูปแบบการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพ เฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ โดยใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ พบว่า อบต.หาดอาษา จัดทำกระบวนการสร้างแผนปฏิบัติการการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันควบคุมโรคภายในปี 2554 โดยเครือข่ายแกนนำสุขภาพและคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล มีการใช้แผนที่ฉบับปฏิบัติการรายประเด็นไปสู่การอนุมัติแผนงาน/โครงการแก้ไขปัญหาในพื้นที่

2.3 การเปิดงานและการติดตามผลการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพะยาวชน จังหวัดนครสวรรค์ จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าจังหวัดนครสวรรค์ มีการดำเนินการเปิดงานและการติดตามผลการ

ดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพะยาวชน จังหวัดนครสวรรค์ โดยมีการปรับความคิดและบทบาทหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง โดยสัมพันธ์สอดคล้องตามบทบาททางสังคมและบทบาททางวิชาการ แสดงความร่วมมือตามบทบาทหน้าที่ โดยสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด เป็นเจ้าภาพเป้าประสงค์ อยู่ในครอบครัวอบอุ่น และมีกลุ่ม มีกิจกรรม/โครงการที่เหมาะสมของตนเอง (อยู่ในวิถีวัฒนธรรมไทยใช้ภาษาไทยถูกต้อง) ฝ่ายการศึกษา เป็นเจ้าภาพเป้าประสงค์ ท่างไกลลิ่งเสฟติด

และอบายมุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยงานส่งเสริมสุขภาพเป็นเจ้าภาพเป้าประสงค์ มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่ถูกต้อง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยงานควบคุมโรคเป็นเจ้าภาพเป้าประสงค์ มีสุขภาพะยาวทางเพศที่เหมาะสม โดยจะบูรณาการงานร่วมกับ สพท. และ พมจ. ภายใต้คณะอนุกรรมการเอดส์จังหวัด และทาง พมจ. มีแนวทางจะนำยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพะยาวชน จังหวัดนครสวรรค์ไปขับเคลื่อนต่อในคณะกรรมการคุ้มครองเด็กจังหวัด โดยท่านผู้ว่าราชการจังหวัดนครสวรรค์เป็นประธาน โดยมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมในด้านภาคี เป็นคณะกรรมการ ถ้าผ่านการเห็นชอบนำจะมีการขับเคลื่อนได้เร็วขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุจิตรา อังครีทองกุลและคณะ (2550) ได้ศึกษารูปแบบการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพ เฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ โดยใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ พบว่า อบต. หาดอาษา ใช้แผนที่ฉบับปฏิบัติการในภาพรวมเพื่อการพัฒนาของชุมชน โดยเครือข่ายแกนนำสุขภาพและคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล มีการใช้แผนที่ฉบับปฏิบัติการรายประเด็นไปสู่การอนุมัติแผนงาน/โครงการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ และเครือข่ายมีคู่มือการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ทุกชุมชนมีแผนงาน/โครงการและได้รับอนุมัติงบประมาณจากคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล ปัจจุบัน ตำบลหาดอาษา เป็นพื้นที่ต้นแบบ บุคลากรแกนนำทุกระดับสามารถสร้างและใช้แผนที่ยุทธศาสตร์ในการแก้ไขปัญหาพื้นที่ได้ด้วยตนเอง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนทุกภาคส่วน และปาณิสรา ภูโสภา (2554) ได้ศึกษากระบวนการใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก เทศบาลตำบลปทุม อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ชุมชนมีแผนปฏิบัติการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกเทศบาลตำบลปทุม ในปี 2553 ขั้นตอนการเปิดงานและการติดตามผล ผลที่ได้คือชุมชนดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ร่วมกับกลยุทธ์การพัฒนามหาภาค



ประชาชน ดังนี้ (1) การปรับความคิดและบทบาทประชาชนและองค์กรภาครัฐ ได้แสดงความสัมพันธ์บทบาทหน้าที่ตามวิธีการทางสังคมและวิธีการทางวิชาการจากตารางอธิบายนิยามเป้าประสงค์โดยประชาชนและแกนนำสุขภาพชุมชนมีบทบาทหลักในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก องค์กรภาครัฐมีบทบาทในการสนับสนุนแกนนำสุขภาพชุมชนในการขับเคลื่อนให้ประชาชนมีพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก (2)

การมีส่วนร่วมของประชาชน แสดงออกจากการร่วมคิดร่วมวางแผนมาตรการชุมชนในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและไข้เลือดออก (3) การมีส่วนร่วมของทุกภาคี แสดงออกจากการร่วมดำเนินการในการสนับสนุนชุมชนในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกตามมาตรการทางวิชาการ และ (4) เป็นการปรับแผนกองทุนสุขภาพตำบลให้สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการ (Mini-SLM) การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

เอกสารอ้างอิง

ปานิสรา ภูโสภา. (2554). กระบวนการใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกเทศบาลตำบลปทุม อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี. เอกสารประกอบการประชุมเสนอผลงานวิจัย

ระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 1

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น. (2552). การพัฒนาศูนย์เด็กเล็กปลอดภัยโดยการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์. รายงานการวิจัย

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดนครสวรรค์. (2552). สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์จังหวัดนครสวรรค์. รายงานการวิจัย

สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. (2552). สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ประเทศไทย. รายงานการวิจัย

สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2557). การตั้งครรภ์วัยรุ่น : นโยบายแนวทางการดำเนินงานและติดตามประเมินผล. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.

สุจิตรา อังศรีทองกุล และคณะ. (2553). การพัฒนางานเสริมสร้างสุขภาพและป้องกันควบคุมโรคโดยใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์กรณีศึกษา : ตำบลหาดอาษา อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท. วารสารควบคุมโรค, ปีที่ 36 (ฉบับที่ 1), มกราคม - มีนาคม 2553 : 1 - 9

สุจิตรา อังศรีทองกุล. (2552). คู่มือการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในงานส่งเสริมสุขภาพเพื่อระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร : กรมควบคุมโรค.

อมร นนทสุต. (2549). อะไรอย่างใดคือแผนที่ยุทธศาสตร์กับการสร้างและใช้ประโยชน์จากแผนที่ยุทธศาสตร์. กรุงเทพฯ : เรดิชั่น



การมีส่วนร่วมการขับเคลื่อนกระบวนการจัดการเครือข่าย สุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดพะเยา

To Participate in the management District Health System process in Phayao Province.

สุรีย์ภรณ์ เลิศวัชรสกุล, สุทธิพร ชมพูศรี
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา

บทคัดย่อ

การศึกษาการมีส่วนร่วมจัดการระบบสาธารณสุขในระดับอำเภอมิมีบทบาทสำคัญต่อการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติจากระดับจังหวัดสู่ระดับอำเภอ/ตำบล/หมู่บ้าน บริหารจัดการบริการสุขภาพให้กับประชาชนและชุมชนให้มีความเข้มแข็ง สามารถดูแลตนเอง พึ่งตนเองได้ด้านสุขภาพ โดยมีหน่วยงานส่วนราชการสาธารณสุขในระดับอำเภอ (สสอ.) โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และภาคีภาคประชาชน ขับเคลื่อนและบูรณาการงานในพื้นที่ ส่งเสริม สนับสนุนการทำงานแบบมีส่วนร่วมด้านการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน การส่งเสริมป้องกัน รักษา พื้นฟูสุขภาพของประชาชนให้มีสุขภาพดีถ้วนหน้า เป็น “อำเภอสุขภาพะ” มีวัตถุประสงค์เพื่อขับเคลื่อนกระบวนการจัดการ และพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอตามสภาพปัญหา บริบทของพื้นที่อย่างมีส่วนร่วม รูปแบบการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ตามการพัฒนาการดำเนินงานตามบันได 5 ขั้นตอน ใช้แบบวัดผลการพัฒนาของกระทรวงสาธารณสุขและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมโครงการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วม “หนึ่งอำเภอหนึ่งโครงการ” (One District One Project : ODOP) ในพื้นที่ 9 อำเภอ จังหวัดพะเยา จัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างตำบล อำเภอ และพัฒนาศักยภาพบุคลากรภาคีเครือข่าย

ระดับอำเภอ ถอดบทเรียนจากการเรียนรู้แก้ไขปัญหาในพื้นที่ (Context Base Learning) ใช้แนวทางการมีส่วนร่วม (PAR : Participatory Action Research) ผลการศึกษาการมีส่วนร่วมขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนาภาพรวมอยู่ระดับบันไดขั้น 3 คือการวิเคราะห์ข้อมูลนำมาใช้ในการวางแผนงานโครงการ การพัฒนาบุคลากร และจัดทำโครงการแก้ไขปัญหาเพื่อดูแลสุขภาพชุมชน โดยการมีส่วนร่วมแบบบูรณาการของภาคีเครือข่ายระดับหมู่บ้าน/ตำบล/อำเภอ ส่งเสริมการเรียนรู้การแก้ไขปัญหา การดูแลสุขภาพที่จำเป็น (Essential Care) สอดคล้องกับสภาพปัญหาของพื้นที่ดำเนินการตามโครงการขับเคลื่อนทั้งอำเภอหนึ่งโครงการ หนึ่งอำเภอโดยชุมชน เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) สนับสนุนงบประมาณและบูรณาการงานพื้นที่ (Resource Sharing) ทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร (Human Development) นำข้อมูลมาวางแผนยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการเชื่อมโยงกระบวนการเรียนรู้สู่การปฏิบัติงานประจำ และพัฒนางานประจำสู่การวิจัย (Routine to research : R2R) จากการนำประเด็นปัญหาและการพัฒนาในพื้นที่รับผิดชอบในทุกอำเภอมาเป็นการเรียนรู้เพื่อพัฒนางานและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว (Fammed) การเยี่ยมบ้าน การดูแลสุขภาพในครอบครัวและชุมชน (Home Ward, Home



Care) การศึกษาดูงานแลกเปลี่ยน สัญจรระหว่างพื้นที่อำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) ร่วมกับการเยี่ยมสำรวจประเมินการพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิ (Primary Care : PCA) แต่ทั้งนี้ การพัฒนาดังกล่าวยังคงความแตกต่างหลากหลายของบริบทในแต่ละพื้นที่ซึ่งการพัฒนาบริการปฐมภูมิ ทฤษฎีภูมิ และสุขภาพองค์รวมให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายได้นั้นต้องอาศัยการพัฒนากลไกการบริหารจัดการเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอที่เข้มแข็ง จริงจัง ครอบคลุมตามสภาพปัญหา บริบทพื้นที่การจัดการสุขภาพตนเองของภาคประชาชนที่หลากหลาย ดังนั้นทุกระดับควรกำหนดเป็นนโยบายสำคัญที่มีกระบวนการอย่างต่อเนื่องและให้การสนับสนุนการมีส่วนร่วมการจัดการสุขภาพ พัฒนาศักยภาพภาคประชาชน จัดอาสา อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน/ตำบลจัดการสุขภาพ ตามวิถีชีวิตเพื่อนำไปสู่การดูแลและพึ่งพาตนเองให้สุขภาพดีตลอดจนการลดความแออัดการไปรับบริการในหน่วยบริการ

คำสำคัญ : กระบวนการ จัดการ เครือข่ายสุขภาพ ระดับอำเภอ หนึ่งอำเภอ หนึ่งโครงการ การดูแลสุขภาพ ที่จำเป็น

Abstract

The study of participatory action on management of the health system of the district level is very important to apply as policy into practice from districts to sub-districts and to villages. Administering the health service is carried out for the people and community to make them strong enough to be able to take care of themselves and depend on themselves in their health. The section of the governmental health service of the district level, the community hospital, the local governing organization and the united people drives and

integrates the work in the regional area. It is to promote and support the participating work in looking after health integrates with the promotion of the prevention, protection and rehabilitation the condition of the people so that they all will have good health as the “ Healthy District” which has the aim to drive and move forward the procedures of management and to develop the potentiality of the connection of the health networks of the district level according to the condition of the problems, the context of the region. The study and research is to encourage participation among individuals into practice and the evaluation of the development that applies the 5 steps to measure the development of the Health Ministry and the activity project of the participation work “One District One Project” (ODOP). This project will be carried out in 9 districts in Phayoa Province. There will be an exchange knowledge process among districts of the province to improve the potentiality of the members of the united networks of the provincial levels. Context Base Learning is used to solve the problems of the region by applying the concept of the participation on management and The result of the study sparks the picture of the development as a whole to 3 steps, which are: the analysis of information to apply in the plan of the project, the development of the health staff, and the organization of the project to solve the problems. All of the former mentioned is in order to take care of the health of the community by people being involved in integrating the united networks of the



villages, sub-districts and districts to promote the learning to solve the problems essentially to care for health. (Essential Care) It should be blended to the nature of the problems in the region where the project is started by the whole district - one project. One district joins the community, the networks of health in the district level (DHS). The organization governing the local area supports the budgets and integrates the work of the local area to share the resources and to develop health staff. The information is used to plan the strategy and to plan the combining learning process from the routine practice to research (R 2 R) and by using the particular problem and the development of the local area responsible in every district to learn to improve and exchange the learning about health of the family. There is visiting people from house to house and caring for the health of the family and community. There are also the study and exchange the observation of the activities, the traveling between districts and hospitals to promote health of the district level together with the visit to explore and evaluate the development of the quality of the primary care. (PCA) But that development is still different and of various contexts in each area which develops the primary service, the final service and the whole organization to accomplish the objective that depends on the development of the ways and means of the administration of the networks of the health system of the district, which is strong and serious. It has to cover the situation of the problems, the context of the management of the self care health on

the part of the variety of people. So every level should set the essential policy which has the continuation process and support the participation of the people to take care of their health, to develop the potential of the people, the volunteer spirits, the health volunteers, the villages/ districts to look after the public health to improve health and ways of life to lead to the care of oneself to be healthy and to reduce the crowded service in the unit of the health service.

Key words : District Health System Process, One District One Project (ODOP), Essential Care

บทนำ

ระบบงานสาธารณสุขในระดับอำเภอ มีความสำคัญต่อการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติจากระดับ จังหวัด อำเภอ ตำบลและหมู่บ้าน/ชุมชน ซึ่งบทบาทเดิมนั้นจะเป็น ผู้ให้บริการ ผู้ประสานงาน จัดบริการในเขตพื้นที่เรียกว่า CUP: Contracting Unit for Primary care ดำเนินการบริหารจัดการบริการสุขภาพให้กับประชาชนและชุมชนให้มีความเข้มแข็งสามารถดูแลตนเอง ฟังตนเองได้ด้านสุขภาพ โดยมีหน่วยงานส่วนราชการสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.), โรงพยาบาลชุมชน (รพช.), องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และภาคีภาคประชาชน ในพื้นที่ ส่งเสริม สนับสนุน การทำงานแบบมีส่วนร่วมขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพ พสมพสานการส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟูสุขภาพของประชาชนให้มีสุขภาพดีถ้วนหน้า ทั้งอำเภอ “อำเภอสุขภาพะ” โดยมีเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ คือ โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นหน่วยจัดบริการที่เหมาะสม มีกระบวนการเรียนรู้สภาพปัญหาพื้นที่ และสร้างเสริมศักยภาพของสังคมในชุมชน ครอบครัว และบุคคลตามบริบทของพื้นที่ ซึ่งมีเป้าหมายของระบบสุขภาพระดับอำเภอ คือ



1. สถานะสุขภาพ (Health status) ของประชาชนในอำเภอดีขึ้น ลดโรคที่เป็นปัญหา ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันความเจ็บป่วยที่ป้องกันได้ และมีศักยภาพในการรับมือกับปัญหาสาธารณสุขที่เปลี่ยนแปลงได้

2. ประชาชนสามารถดูแลและพึ่งตนเองด้านสุขภาพองค์รวมได้ (Self and Essential care) โดยการมีส่วนร่วมของ ประชาชน ครอบครัว ชุมชนและท้องถิ่นอย่างต่อเนื่อง

3. ทีมเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System :DHS) มีความเข้มแข็งและมีเอกภาพในการบริหารจัดการอย่างมีเอกภาพ (Unity District Health Team)

4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยาได้มีการกำหนดนโยบายและกระบวนการดำเนินงานที่ถ่ายทอดนโยบายลงไปยังพื้นที่ เพื่อเกิดการดำเนินงานทิศทางเดียวกันในทุกระดับเป็นเรื่องสำคัญ ต้องอาศัยการดำเนินการแบบบูรณาการอย่างมีส่วนร่วม และนำแนวคิดกระบวนการพัฒนาสุขภาพแบบมีส่วนร่วม (Participatory health process) ซึ่งเป็นกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วม เน้นการสานพลังจากทุกภาคส่วนในพื้นที่มาทำงานและเรียนรู้ไปด้วยกันโดยมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์จากทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จึงจะบรรลุความสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนด ดังนั้น การจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ ให้มีศักยภาพในการรองรับนโยบาย ประสานให้เกิดการมีส่วนร่วมพัฒนาระบบสุขภาพและความเข้มแข็งของชุมชนของการทำงานแบบบูรณาการทั้งเชิงปฏิบัติการและบริหารจัดการที่มีความแตกต่างหลากหลายตามบริบทของพื้นที่ มีการพัฒนาโครงสร้าง แนวทาง ทิศทาง รูปแบบการดำเนินงานที่เชื่อมโยงมีเอกภาพ ในการขับเคลื่อนระบบบริการสาธารณสุข ตามระดับของการมีส่วนร่วม 5 ระดับดังนี้คือ การให้ข้อมูลข่าวสาร (Inform) การปรึกษาหารือ (Consult) การให้เข้าร่วมมีบทบาท (Involve) การสร้างความร่วมมือ (Collaborate) การเสริมพลังอำนาจ (Empower) ในการ

จัดการชุมชนผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการมีส่วนร่วม การจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอในประเด็นการเรียนรู้ การแก้ไขปัญหาการดูแลสุขภาพที่จำเป็น (Essential Care) ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของพื้นที่ และดำเนินการตามโครงการขับเคลื่อนทั้งอำเภอหนึ่งโครงการ หนึ่งอำเภอ โดยชุมชน เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอทุกอำเภอ ในจังหวัดพะเยา

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการในระบบสุขภาพระดับอำเภอที่เป็นเอกภาพ (Unity District Health Team) ในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System : DHS) ระดับอำเภอ ตำบล หมู่บ้าน ตามสภาพปัญหาบริบท ในพื้นที่

ระเบียบวิธีการวิจัย

1. รูปแบบการศึกษา เชิงปฏิบัติการ แบบมีส่วนร่วม (PAR : Participatory action research)
2. การเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือในการวิจัยโดยสร้างแบบบันทึกข้อมูล 5 ระดับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพอำเภอ คือ การให้ข้อมูลข่าวสาร (Inform) การปรึกษาหารือ (Consult) การให้เข้าร่วมมีบทบาท (Involve) การสร้างความร่วมมือ (Collaborate) การเสริมพลังอำนาจ (Empower) และขั้นตอนพัฒนาการดำเนินงานตามกระบวนการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System : DHS) 5 ขั้นตอน ด้วยกลไกบันได 5 ชั้น ตั้งแต่การมอบนโยบาย และการปฏิบัติ ระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล กิจกรรม, การบริหารจัดการ, การมีส่วนร่วม, การดำเนินการตามแผนงาน โครงการประเด็นการพัฒนางานสาธารณสุขในพื้นที่และกระบวนการพัฒนาเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary care Award : PCA) ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขและแผนงาน



สาธารณสุขระดับจังหวัดพะเยา และถอดบทเรียนจากการเรียนรู้จากการมีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาและพัฒนาในพื้นที่ (Context Base Learning : CBL) โดยรวบรวมข้อมูลมาวิเคราะห์ เชิงคุณภาพที่ได้จากขั้นตอนการมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้วยการมีส่วนร่วมในกิจกรรม สังเกต สัมภาษณ์ ตามแบบสอบถามที่สร้างขึ้นตามเนื้อหา กิจกรรมปัญหา และข้อเสนอแนะ และข้อมูลทฤษฎีภูมิที่ได้จากการศึกษาจากเอกสาร วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์และสังเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เชิงคุณภาพ ด้านการนำนโยบายระบบสุขภาพระดับ ส่วนกลาง เขต จังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน บริบทพื้นที่ สถานการณ์การจัดบริการด้านสาธารณสุข ระดับอำเภอและปฐมภูมิที่มีอยู่ก่อนดำเนินงาน โครงการบริหารจัดการเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System : DHS) ในพื้นที่ การจัดทำแผนระบบบริการสุขภาพระดับจังหวัด (Service Plan), กิจกรรม โครงการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System : DHS), กระบวนการพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary care Award : PCA), งบประมาณ,บุคลากร, ทีมงาน,วัสดุอุปกรณ์ และกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ฯลฯ และแบบบันทึกวิเคราะห์การมีส่วนร่วม 5 ระดับของการมีส่วนร่วม การดำเนินการตามแผนงาน โครงการประเด็นการพัฒนา งานสาธารณสุขในพื้นที่ ระดับอำเภอ การควบคุม ติดตาม ประเมินผล การบริหารจัดการโครงการ (CUP Management) กิจกรรมการบริการปฐมภูมิ (Primary care) การเรียนรู้ การแก้ไขปัญหาในพื้นที่ (Context base learning) สรุปการดำเนินงานตามโครงการ กิจกรรมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System : DHS) แต่ละอำเภอตามประเด็นการขับเคลื่อน (Essential care) การบูรณาการ องค์กรในระดับ อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน การจัดการสุขภาพ กระบวนการทำแผนชุมชนแบบมีส่วนร่วม (SRM) นวัตกรรมชุมชนที่แก้ปัญหาได้ กิจกรรมการดูแลตนเองและพึ่งตนเองด้านสุขภาพ ชุมชนเข้มแข็ง การพึ่งตนเองด้าน การแก้ไขปัญหา/อุปสรรค

3. ประชากร/กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา - เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System : DHS) ทุกแห่ง 9 อำเภอ ในพื้นที่จังหวัดพะเยา ได้แก่ อำเภอเมือง (รวมพื้นที่ในเขตเทศบาลเมือง ซึ่งมีศูนย์สาธารณสุขชุมชนเมือง : ศสม.), อำเภอเชียงคำ, อำเภอแม่ใจ, อำเภอดอกคำใต้, อำเภอจุน, อำเภอปง, อำเภอภูกามยาว, อำเภอเชียงม่วน, อำเภอภูซาง ประกอบด้วยคณะกรรมการบริหารจัดการเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ คือ บุคลากรผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล, สาธารณสุขอำเภอ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, นายอำเภอ,นายกและเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาล, ผู้นำชุมชน, อาสาสมัครสาธารณสุข, พระสงฆ์, แกนนำผู้สูงอายุ, เยาวชนจิตอาสาในหมู่บ้าน, เครือข่ายองค์กรในชุมชน

4. การวัดผล/การวิเคราะห์ผลการวิจัย วัดผลจากการมีส่วนร่วมตามขั้นตอนตามกระบวนการพัฒนา ลำดับการพัฒนา 5 ขั้นตอน คือ กลไก 5 ชั้น วิเคราะห์ผลเชิงคุณภาพ การบริหารและพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System : DHS) จากการเรียนรู้ระหว่างเครือข่ายปฐมภูมิระดับอำเภอและโรงพยาบาล ระดับอำเภอในบริบทของพื้นที่ มีการพัฒนาตนเองด้วยกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างผสมผสานด้านทรัพยากรบุคลากร ทีมสหสาขาวิชาชีพ (Interdisciplinary team) จากการมีส่วนร่วมของชุมชน 5 ระดับและมีประเด็นสุขภาพในการขับเคลื่อน โครงการในพื้นที่ (ODOP : One District One Project) เพื่อพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ให้เป็นหนึ่งเดียวกันไม่แยกส่วนการพัฒนา ส่งเสริมให้ประชาชนมีความร่วมมือในการจัดการปัญหาสุขภาพของชุมชนและพร้อมที่จะพัฒนาสู่อำเภอสุขภาวะในอนาคตภายใต้ความร่วมมือจากทุกภาคส่วนตามบันไดการพัฒนากระบวนการดำเนินงานและประเมินผลการดำเนินงาน (Process) ในแต่ละขั้นตอน คือ

บันไดขั้นที่ 1 - การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity District Health Team)



1.1 มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ DHS พร้อมกำหนดบทบาทชัดเจน

1.2 ทีมงาน DHS ทำงานตามหน้าที่ที่รับมอบหมาย

1.3 พัฒนา บุคลากรตามความต้องการของบุคคลหน่วยงาน (Training Need)

1.4 รวบรวมข้อมูลและปัญหาสุขภาพในพื้นที่

1.5 ชุมชนและเครือข่าย DHS มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมด้านสุขภาพ

บันไดขั้นที่ 2 - การทำงานให้เกิดคุณค่า ทั้งกับผู้รับบริการ และผู้ให้บริการ (Appreciation)

1.1 คณะกรรมการ DHS มีการประชุมสม่ำเสมอ มีบันทึกเป็นหลักฐาน

1.2 ทีมงานวิเคราะห์ข้อมูลและการแก้ไขปัญหาพื้นที่

1.3 มีแผนการพัฒนาบุคลากรเน้นองค์ความรู้ทักษะ (Knowledge management KM, CBL, Family Medicine : FM, Skill)

1.4 มีการวิเคราะห์ข้อมูล และปัญหา การดูแลสุขภาพที่จำเป็น (Essential care)

1.5 ชุมชนและเครือข่าย DHS องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) มีการสนับสนุนและบูรณาการงบประมาณ (Resource sharing)

บันไดขั้นที่ 3 - การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร (Resource sharing and Human development)

1.1 คณะกรรมการมีการใช้ข้อมูลในการวางแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการ

1.2 เจ้าหน้าที่และทีมงานมีความพึงพอใจในงานและผลลัพธ์ของงานที่เกิดขึ้น

1.3 มีแผนพัฒนาบุคลากรเชื่อมโยงกระบวนการเรียนรู้สู่การปฏิบัติงานประจำ

1.4 มีการพัฒนา, แก้ไขปัญหา และดูแลสุขภาพที่จำเป็นของประชาชน (Essential care)

5. ชุมชนและเครือข่าย DHS มีส่วนร่วมในการคิดวางแผน จัดการระบบสุขภาพชุมชนร่วมกันและมีการดำเนินงานที่เกิดขึ้นเป็นรูปธรรม

บันไดขั้นที่ 4 - การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential care)

4.1 คณะกรรมการสามารถดำเนินงานได้อย่างเป็นรูปธรรม (โครงการตามประเด็นฯ)

4.2 บุคคลอื่น/ผู้รับบริการเห็นคุณค่า และชื่นชมเจ้าหน้าที่และทีมงาน

4.3 มีแผนพัฒนาบุคลากรเชื่อมโยงกระบวนการเรียนรู้สู่การปฏิบัติงานประจำ

4.4 บุคลากรมีพัฒนาตนเองนำไปสู่การสร้างสรรค์นวัตกรรม

4.5 ชุมชนและเครือข่ายมีแผนการบริหารจัดการสุขภาพชุมชน พร้อมมีส่วนร่วมรับผิดชอบร่วมตรวจสอบผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

บันไดขั้นที่ 5 - การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน (community participation)

5.1 คณะกรรมการเครือข่ายสุขภาพ DHS มีการประเมินเพื่อวางแผนพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

5.2 เจ้าหน้าที่และทีมงานรู้สึกมีคุณค่าในงานที่ทำ

5.3 การพัฒนาบุคลากรเชื่อมโยงการดูแลมิติทางจิตใจ และจิตวิญญาณ

5.4 มีการขยายผลประเด็นสุขภาพอื่นๆ หรือเป็นแบบอย่างที่ดี

5.5 ชุมชนและเครือข่ายมีการกำหนดนโยบายสาธารณะด้านการจัดการสุขภาพ และประเมินกระบวนการดำเนินงานตั้งแต่การมอบนโยบาย และการปฏิบัติระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล กิจกรรม, การบริหารจัดการ, การมีส่วนร่วม, การดำเนินการตามแผนงาน โครงการ ประเด็นการพัฒนางานสาธารณสุขในพื้นที่ ระดับอำเภอ การควบคุม ติดตาม ประเมินผล CUP Management,



PCA, CBL, ประเด็นการขับเคลื่อนกิจกรรม หนึ่งโครงการ หนึ่งอำเภอ (One District One Project : ODOP)

ผลการวิจัย

ผลการดำเนินงานโครงการ DHS : District Health System ตามนโยบายสำคัญของกระทรวง จังหวัดพะเยามีเป้าหมายการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพอำเภอทั้ง 9 อำเภอคือ อำเภอเมือง (รวมพื้นที่ในเขตเทศบาลเมือง ซึ่งมีศูนย์สาธารณสุขชุมชนเมือง : ศสม.), อำเภอเชียงคำ, อำเภอแม่ใจ, อำเภอดอกคำใต้, อำเภอจุน, อำเภอปง, อำเภอภูกามยาว, อำเภอเชียงม่วน, อำเภอภูซาง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาทีมในการทำงาน การบริหารจัดการ และการแบ่งปันทรัพยากร กำหนดแนวทางการให้บริการ อย่างเป็นระบบตามปัญหาและความจำเป็นพื้นที่และสร้างคุณค่าของคนทำงาน มีความสุขและได้รับการยอมรับ และบูรณาการสนับสนุนงบประมาณในพื้นที่ การพัฒนาตาม บันได 5 ชั้น อยู่ในระดับที่ 3 และมีประเด็นการขับเคลื่อน หนึ่งโครงการ หนึ่งอำเภอ (One District One Project : ODOP) ในพื้นที่ทุกอำเภอ

การมีส่วนร่วมตามขั้นตอนการดำเนินงานคือ

1. มีการมอบนโยบายและจัดสรรงบประมาณตามแผนงานระดับจังหวัด/อำเภอ
2. จัดตั้ง คณะทำงาน ในระดับจังหวัดและอำเภอ ทุกอำเภอ (ทุกภาคส่วน)
3. คณะกรรมการระดับอำเภอมีการจัดประชุม ประชาคมในพื้นที่ และ ทุกอำเภอประเมินตนเองตามแบบฟอร์ม (บันได 5 ชั้น) ก่อนการขับเคลื่อนและวิเคราะห์ สภาพพื้นที่ปัญหาและโอกาสพัฒนาสะท้อนการพัฒนาตนเอง ภายใต้บริบทและทรัพยากรที่มีอยู่จริงว่า อยู่ใน ระดับใดตามบันไดการพัฒนา ลำดับ 1 - 5 ผลการประเมิน อยู่ในระดับ 1 (ประเมินเดือน มิถุนายน 2556) เริ่มแรกคือ มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ DHS พร้อมกำหนดบทบาท

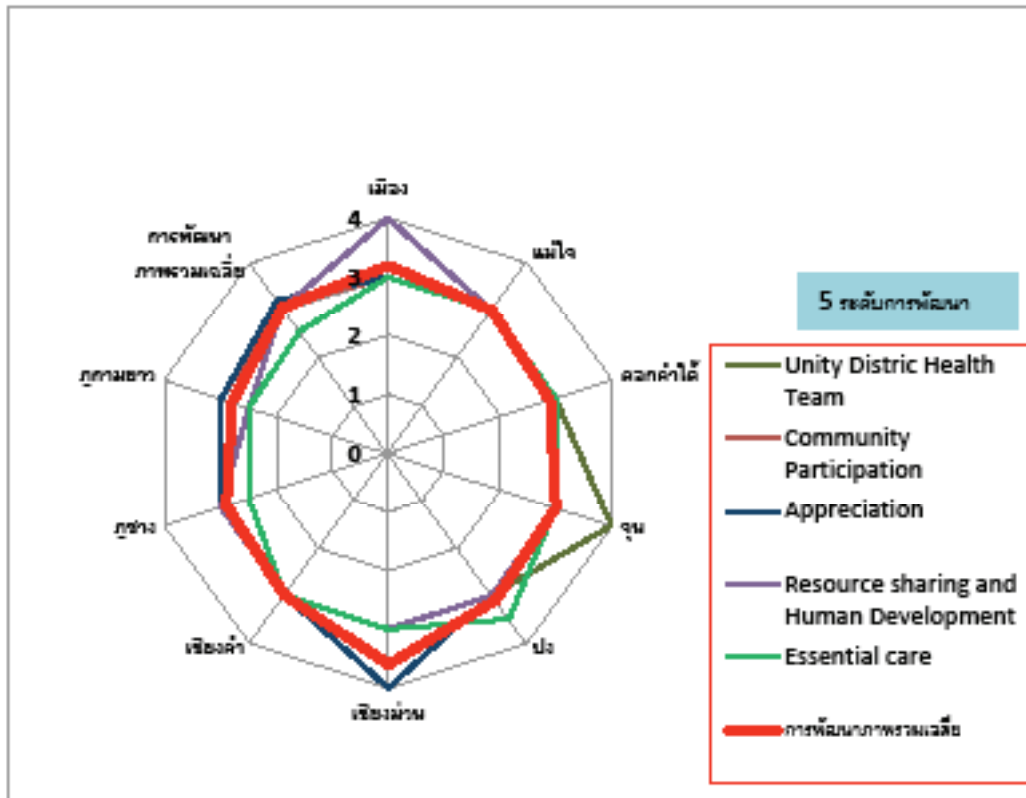
ชัดเจนมีทีมงาน DHS ทำงานตามหน้าที่ที่รับมอบหมาย มีแผนการพัฒนา บุคลากรตามความต้องการของบุคคล หน่วยงาน (Training Need) รวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลและ ปัญหาสุขภาพพื้นที่ชุมชนและเครือข่าย DHS มีส่วนร่วม ในการทำกิจกรรมด้านสุขภาพ

4. จัดทำการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (เป็นขั้นๆ จากเดิม) พัฒนาโดยใช้ทีมสหวิชาชีพ (ทุกระดับเครือข่ายภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ภาคีต่างๆ และชุมชน ประชาชนในพื้นที่ มีส่วนร่วมจัดกระบวนการร่วมคิด ร่วมวางแผน ระดมทรัพยากร ร่วมแก้ไข/พัฒนา และ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

5. ทุกอำเภอดำเนินการประเมินตนเอง รอบ 2 (บันได 5 ชั้น) เพื่อติดตามความก้าวหน้าของการพัฒนา (ประเมินเดือน สิงหาคม - กันยายน 2556) ผลการประเมิน อยู่ในระดับ 2 - 3 คือ การทำงานให้เกิดคุณค่า ทั้งกับ ผู้รับบริการ และผู้ให้บริการ (Appreciation) คณะกรรมการ DHS มีการประชุมสม่ำเสมอ มีบันทึกเป็นหลักฐาน มีการวิเคราะห์ข้อมูลและการแก้ไขปัญหาพื้นที่ มีแผน และดำเนินการพัฒนาบุคลากรเน้นองค์ความรู้ ทักษะ (Knowledge management KM ,CBL,Family Medicine : FM, Skill) จัดทำโครงการแก้ไขปัญหา การดูแลสุขภาพที่ จำเป็น (Essential care) สอดคล้องกับสภาพปัญหาและ ความต้องการของพื้นที่เป็นโครงการขับเคลื่อนทั้งอำเภอ หนึ่งโครงการ หนึ่งอำเภอ (One District One Project: ODOP) โดยชุมชนและเครือข่าย DHS องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น (อปท.) มีการสนับสนุนและบูรณาการ งบประมาณ (Resource sharing) ทรัพยากรและ การพัฒนาบุคลากร (Resource sharing and Human development) จากการใช้ข้อมูลในการวางแผนยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการเชื่อมโยงกระบวนการเรียนรู้สู่การ ปฏิบัติงานประจำ



แผนภูมิ การพัฒนาตามบันได 5 ขั้นของเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอจำแนกตามระดับการพัฒนา



ตารางสรุป ระดับการมีส่วนร่วมในกลไกกระบวนการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ

5 ระดับการมีส่วนร่วมในกลไกกระบวนการพัฒนาDHSอำเภอ 5 ขั้นตอน	การให้ข้อมูลข่าวสาร(Inform)	การปรึกษาหารือ(Consult)	การให้เข้าร่วมมีบทบาท (Involve)	การสร้างความเร็ว	การเสริมพลังอำนาจ (Empower)
1.)unity district health team โครงสร้างองค์กร/กรรมการ (การพัฒนาระดับ 3.22)	มีการมอบนโยบายคำสั่งแนวทางปฏิบัติชัดเจนทุกอำเภอ	คณะกรรมการมีการประชุมตามวาระและปรึกษาหารือกัน	คณะกรรมการมีส่วนร่วมตามบทบาทที่ถนัดและหน่วยงาน	มีการประสานความร่วมมือในการทำงานเป็นเรื่องเดียวกัน	คณะกรรมการมีการเรียนรู้แลกเปลี่ยนกระตุนและพัฒนาซึ่งกันและกัน



2.) appreciation การสร้างคุณค่าในงาน องค์ความรู้ (การพัฒนาระดับ 3.11)	มีการถ่ายทอด พัฒนางานสู่ การเรียนรู้ให้ กับชุมชนและ ประชาชนเป็นผู้ ให้ข้อมูลตนเอง	มีการแลกเปลี่ยนพัฒนา เรียนรู้ให้คำ ปรึกษาระหว่าง หน่วยงานและ องค์กรชุมชน	ชุมชนพัฒนา บทบาทจาก ผู้รับมาเป็น ผู้ให้ร่วมเป็น เจ้าของใน กิจกรรม	ชุมชนมีการ ประสาน ความร่วมมือ มือจากผู้รู้/ ปราชญ์และ ร่วมมือทำงาน	สร้างการเรียนรู้ จากงานประจำ สู่การวิจัย(R2R) และการถอดบท เรียนและคุณค่า/ พึงพอใจในงาน
3.)resource sharing and human devel- opment การบูรณาการ แบ่ง ปันทรัพยากร พัฒนา บุคลากร (การพัฒนาระดับ 3.22)	องค์กรต่างๆ ให้การมีส่วนร่วม ร่วมการ ประชาสัมพันธ์ รับทราบการ สนับสนุนงบ ประมาณและ การเรียนรู้ของ ชุมชนในพื้นที่	มีการประชุม ปรึกษาหารือ ถึงการระดม ทรัพยากรมาแก้ ปัญหา/พัฒนา ตามประเด็น ของพื้นที่ว่า เหมาะสมหรือไม่/อย่างไร	มีหน่วย งานองค์กร ชุมชนและ ประชาชน สนับสนุน ทรัพยากรคน เงิน อุปกรณ์ ตามแผนการ แก้ปัญหา พื้นที่	หน่วยงานใน พื้นที่/องค์กร ชุมชนและ ประชาชน มีส่วนร่วม ตามบทบาท ของหน่วย งานและ ความถนัดใน ประเด็นพื้นที่	หน่วยงาน สนับสนุน ทรัพยากรและ ให้การโอกาส พัฒนาศักยภาพ ด้านการบริหาร จัดการและการ ให้บริการตลอด จนการสร้าง คุณค่าในงาน พื้นที่
5.)essential care ให้บริการตามบริบท สภาพปัญหาในระดับ บุคคล ครอบครัว ชุมชน สิ่งแวดล้อม (การพัฒนาระดับ 3.06)	ในพื้นที่ทราบ ปัญหาและร่วม มือในการแก้ไข และพัฒนา สุขภาพตาม ประเด็นพื้นที่	มีการแลกเปลี่ยน ประสบการณ์/ ถอดบทเรียน การทำงานใน อำเภอ/ตำบล/ ชุมชน	หน่วยงาน/ องค์กร/แกน นำประชาชน ในพื้นที่มีส่วน ร่วมในการ ทำงาน	มีการประสาน ความร่วมมือ จากหน่วย งานเพื่อเชื่อม ต่อการแก้ไข ปัญหา	หน่วยงาน สนับสนุนการ พัฒนาศักยภาพ ทั้งผู้ให้บริการ และรับบริการ ให้สามารถแก้ ปัญหา
5)community par- ticipation เครือข่ายและชุมชน ร่วมกันทำงานเป็น หนึ่ง และขยายผล(การ พัฒนาระดับ 2.50)	ประชาชนรับ ทราบถึงแนวทาง และบทบาทของ ตนที่มีส่วนร่วม ในการแก้ปัญหา/ พัฒนา	องค์กร/แกนนำ/ ประชาชนมีการ ปรึกษาหารือ และมีส่วนร่วม การแสดงความ คิดเห็น	องค์กร/แกน นำ/ประชาชน มีส่วนร่วมใน การทำงาน เพื่อแก้ปัญหา พื้นที่	ชุมชนและ หน่วยงาน สร้างความ ร่วมมือใน เครือข่ายพื้นที่ และต่างพื้นที่	มีการร่วมกัน ถอดบทเรียน แก้ไขปัญหาและ พัฒนางานใน พื้นที่และการ ศึกษาดูงานมา เพื่อพัฒนา



ประเด็นหนึ่งอำเภอ หนึ่งในโครงการ (ODOP) ในพื้นที่ที่ขับเคลื่อนในพื้นที่ตามการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพอำเภอ ทั้ง 9 อำเภอคือ

อำเภอเมือง (รวมพื้นที่ในเขตเทศบาลเมือง)

- พัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพด้านการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้พิการได้ช่วยเหลือผู้พิการซ้ำซ้อนที่ไม่เข้าถึงบริการ มีสภาพการดำรงชีวิตไม่เหมาะสม จนสามารถใช้ชีวิตแบบคนปกติ ปรับปรุงสภาพ ที่อยู่อาศัย การดำรงชีวิตดีขึ้น มีการติดตามดูแลอย่างใกล้ชิดจากญาติ/อสม./อปท./ พมจ. รพ.สต.บูรณาการการมีส่วนร่วม

อำเภอเชียงคำ - อำเภอสุขภาพดี 80 ปี ยังแจ้ว พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชนแบบองค์รวมมีนวัตกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ คนเฒ่าเล่านิทาน/จิตอาสาดูแลผู้สูงอายุ/ภาคีเครือข่าย ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้าน เงิน คน ของ เวลา เกิดการเรียนรู้ที่จะดูแลคนในชุมชนกันเอง

อำเภอแม่ใจ - การพัฒนาระบบบริการแบบครบวงจร ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง) ประชุม/ประชาคมแกนนำ/ผู้ป่วยและญาติ/จัดบริการโรคเรื้อรังเชิงรุก/คัดกรองภาวะแทรกซ้อน/เสริมสร้างความรู้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสมรรถภาพ/ติดตามเยี่ยมบ้าน/อาสาสมัครผู้สูงอายุเยี่ยมบ้านสนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรม/โรงเรียนผู้สูงอายุ

อำเภอดอกคำใต้ - การพัฒนาระบบงานควบคุมป้องกันโรคโดยชุมชนมีส่วนร่วม มีการคืนข้อมูลและวางแผนร่วมกับชุมชนในเวทีประชาคมความครอบคลุมในการคัดกรองผู้สัมผัสเสี่ยงน้อย

อำเภอจุน - การพัฒนาระบบสุขภาพวัยรุ่นที่ยั่งยืน โดยชุมชนมีส่วนร่วมมีการพัฒนาบุคลากรและแกนนำให้คำปรึกษา อบรมให้ความรู้แกนนำนักเรียน/พัฒนาคุณภาพระบบบริการ ในสถานบริการและในโรงเรียน/พัฒนาสถานบริการ ให้ได้มาตรฐานคลินิกให้คำปรึกษา/เกิดศูนย์ให้คำปรึกษาคุณภาพวัยรุ่นในโรงเรียน

อำเภอปง - “ชุมชนงดสุราในงานศพ และงานบุญในวัด” ผู้นำเป็นตัวอย่างที่ดีในการลดการดื่มสุรา ผู้ติดสุรา เข้าระบบบำบัดสุรา วันพระไม่จำหน่าย ไม่ดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน ห้ามจำหน่ายสุราในอายุต่ำกว่า 20 ปี และในช่วงเวลาที่กำหนดมีระบบการดูแลบำบัดทั้งในชุมชน และสถานบริการผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราที่ชุมชนมีส่วนร่วม

อำเภอภูพานยาว - “การส่งเสริมสุขภาพโดยการออกกำลังกาย (Fit For Live) เพื่อป้องกันโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง” กินปลาเป็นหลัก กินผักเป็นยา กินกล้วยน้ำหว่านเป็นอาหารว่าง เดินๆ หย่างๆ วันละ 30 ลิบนาที้ แบ่งอารมณ์ดี ลดบุหรี ลดเล้าพบว่าเป็นการสร้างกระแสความต่อเนื่อง สะดุดและขาดความเชื่อมโยงกับแม่ข่ายทำให้การดำเนินงานล่าช้า กลุ่มเป้าหมายบางส่วนมีการเข้าร่วมกิจกรรมไม่ต่อเนื่อง งบประมาณก็หยุด

อำเภอเชียงม่วน - วาระคนเชียงม่วนชวนกันลด ละ เลิกสุรา “กินอ้ม นอนอุ่น ทุ่นดี หนีหมัด ทีมงานเอากันเป็นกันแต่” (นายอำเภอ)

อำเภอภูซาง - การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ทำไปพร้อมกันกับประเด็นปัญหาในพื้นที่ NCD/โรคติดต่อจากพฤติกรรมบริโภคสุกๆ ดิบๆ/เฮดส์ และวันโรค/ปัญหาสุขภาพจิต

อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานที่ผ่านมาสำคัญคือขาดความเชื่อมโยงอย่างเป็นระบบของระบบบริการทุติยภูมิ ปฐมภูมิตั้งสุขภาพองค์รวมในบาง CUP ดังนั้น ในปี 2556 จังหวัดพะเยา ได้ดำเนินการพัฒนาสาขาบริการ บริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิและสุขภาพองค์รวมให้มีความเชื่อมโยงกัน ผ่านการพัฒนากลไกการบริหารจัดการตามแนวทางของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System : DSH) และคณะกรรมการ Service Plan ระดับจังหวัด ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความเป็นเอกภาพของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ มีการช่วยเหลือแบ่งปันทรัพยากรตามหลัก พบส. พื้นที่ช่วยกันมีการพัฒนาบุคลากรโดยใช้บริบทเป็นฐาน (CBL)



เพื่อให้สามารถจัดบริการที่จำเป็นได้ตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว โดยการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน พัฒนาบุคลากรระดับอำเภอด้านสุนทรีย์สนทนา, การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการจัดกระบวนการเรียนรู้การดำเนินงานประจำมาสู่การวิจัย (R2R) โดยการนำประเด็นปัญหาและพัฒนาในพื้นที่รับผิดชอบในทุกอำเภอมาเป็นการเรียนรู้เพื่อพัฒนางานและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว การเยี่ยมบ้าน การดูแลสุขภาพในชุมชน (Home Ward, Home care) การศึกษาดูงานแลกเปลี่ยนในพื้นที่อำเภอ การประชุมสัมมนาในอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร่วมกับการประเมินการพัฒนาการบริการปฐมภูมิในพื้นที่ (Primary Care : PCA) แต่ทั้งนี้การพัฒนาดังกล่าวยังคงความแตกต่างหลากหลายของบริบทในแต่ละพื้นที่ ซึ่งการพัฒนาบริการปฐมภูมิ ทักษะภูมิและสุขภาพองค์รวมให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายได้นั้นต้องอาศัยการพัฒนากลไกการบริหารจัดการเครือข่ายสุขภาพอำเภอ (DSH) ที่เข้มแข็ง จริงจัง ดังนั้นในทุกระดับควรกำหนดเป็นนโยบายสำคัญที่ต้องมีกระบวนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และให้การสนับสนุนการมีส่วนร่วมและความเข้มแข็งในการจัดการตนเองด้านสุขภาพของภาคประชาชนในรูปแบบต่างๆ ให้หลากหลาย เช่น ตำบลจัดการสุขภาพจิตอาสา การเสริมศักยภาพของชุมชน และ อสม. ในการสร้างเสริมสุขภาพตามวิถีชีวิต เพื่อนำไปสู่การดูแลพึ่งพาตนเองและลดความแออัดในหน่วยบริการ การสนับสนุนการพัฒนากระบวนการปฐมภูมิ ของเครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP) บางแห่ง ยังขาดการสนับสนุนเชิงนโยบายในส่วนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างจริงจัง เพื่อพัฒนาศักยภาพระบบบริการปฐมภูมิซึ่งบทบาทหลักยังเป็นบุคลากรด้านสาธารณสุข ระบบการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีความหลากหลาย และต้องอาศัยทักษะการปฏิบัติงานของแต่ละสาขาวิชาชีพที่เชื่อมโยงกัน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยใช้ข้อมูลพื้นที่เป็นฐานในการพัฒนาระบบบริการและศักยภาพบุคลากรซึ่งระดับจังหวัดดำเนินการพัฒนาระบบ

ฐานข้อมูลออนไลน์และจำแนกทั้งระดับอำเภอ ตำบลที่สามารถค้นหา บันทึก และประมวลผลได้ซึ่งเป็นนวัตกรรมด้านระบบข้อมูลด้วยเทคโนโลยี จึงเป็นกระบวนการที่สำคัญในการพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิการขับเคลื่อนหนึ่งโครงการหนึ่งอำเภอ (One District One Project : ODOP) บทบาทหลักยังเป็นความรับผิดชอบของบุคลากรสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่ซึ่งเป็นประเด็นท้าทายที่สร้างความตระหนักให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรชุมชนประชาชนที่ควรมีส่วนร่วมและมีความสำนึกเป็นเจ้าของในการดำเนินการเพื่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตในชุมชนต่อไปที่จะต้องมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

อภิปรายผล

บริบทพื้นที่ที่มีการทำงานต่อยอดจากงานเดิมที่ทำอยู่แล้ว DHS ทำให้เกิดเชิงรุกมากขึ้นและคืนข้อมูลให้ประชาชนในพื้นที่เพื่อความเข้าใจ เห็นความสำคัญ โดยจังหวัดพะเยากำหนดเป็นนโยบาย ตัวชี้วัดหลัก ให้ิสรระการดำเนินงาน แผนงาน/โครงการ ตามสภาพปัญหาและบริบทพื้นที่ในระดับอำเภอ ซึ่งสอดคล้องกับสรุปผลการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ (2556) ที่เริ่มพัฒนาระบบการจากสภาพปัญหา สถานการณ์ในพื้นที่มาวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเป็นแนวทางการดำเนินงาน และสอดคล้องกับการศึกษา “เรื่องการประเมินผลการพัฒนา DHS เครือข่ายบริการที่ 8 จังหวัดอุดรธานี” ของปรีดี แต่อารักษ์และคณะ (2557) ได้ประเมินผลการพัฒนาในพื้นที่จังหวัดในเครือข่ายบริการจำนวน 7 จังหวัด คือ อุดรธานี, สกลนคร, นครพนม, เลย, หนองบัวลำภู, หนองคาย และบึงกาฬ พบว่าการขับเคลื่อนการพัฒนาการจัดการเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ มีการบูรณาการ แผนงาน/กิจกรรม ร่วมกับโครงการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ ที่จัดทำตามปีงบประมาณและได้สร้างเครือข่ายเพิ่มขึ้นโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคส่วนท้องถิ่น ท้องที่ แกนนำองค์กรในชุมชนอาสาสมัครต่างๆ ที่เป็นต้นทุนเดิมด้านศักยภาพบุคคล และทรัพยากร



แต่ได้เพิ่มกิจกรรม วรรณคดีสร้างกระแส และทำงานเชิงรุก ด้านบริการถึงระดับบุคคล ครอบครัวซึ่งมีหลายหน่วยงาน องค์กรเข้ามามีส่วนร่วมทำงานเป็นทีมหนึ่งเดียว และ เชื่อมโยงบทบาทตามภารกิจที่ผสมผสานการทำงาน

ด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในพื้นที่ได้รับการพัฒนา ต่อยอดด้านการศึกษาชุมชนจังหวัดพะเยา (โครงการ ล้านนา : LANNA) ทีมนำ, แกนนำต่างๆ ในองค์กรเครือข่าย ระดับอำเภอ ได้พัฒนาการบริการจัดการด้านเกณฑ์คุณภาพ บริการปฐมภูมิ, เวชปฏิบัติครอบครัว, การบริการด้วยหัวใจ ความเป็นมนุษย์, การบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับ อำเภอ (PCA/Family Medicine/Humanize care/ CUP Management) พื้นที่ระดับอำเภอได้จัดตั้ง “คณะกรรมการชุดเดียว” มีนายอำเภอ เป็นประธานและมีหลายภาคส่วนเป็นคณะกรรมการทำให้เกิดการมีส่วนร่วมมากขึ้น” (ข้อเสนอแนะจากกลุ่มสาธารณสุขอำเภอ) “ด้านนโยบายการจัดการระบบสุขภาพและคุณภาพชีวิต ประชาชน ลงที่ปกครองจะมีอำนาจการสั่งการ (Power) มากขึ้น คนทำงานบางคนยังติดกรอบวิชาชีพซึ่งสหวิชาชีพ ยังไม่อยู่ในคนเดียวที่สามารถทำงานได้หลายบทบาท” (ข้อเสนอแนะจากกลุ่มแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว)

ด้านการจัดทำโครงการ “หนึ่งอำเภอ หนึ่งโครงการ (ODOP)” ทุกอำเภอมีการวิเคราะห์สภาพปัญหาและ กำหนดประเด็นโครงการที่ใช้ขับเคลื่อน นำร่องการจัดการ ระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) ที่มีความแตกต่างกันของสภาพ และบริบทของพื้นที่ จากงานประจำที่ดำเนินการต่อเนื่อง ที่ไม่เพิ่มภาระงานใหม่ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษา ของแนวทางการพัฒนานั้น ถ้ากำหนดประเด็น ODOP ด้วย “โรค” ส่วนใหญ่ผู้ปฏิบัติงานเป็นบุคลากรสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) หากเป็นกลุ่มเป้าหมาย การทำงานกับกลุ่มประชาชนที่มีความหลากหลายของสภาพ ปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับกลุ่ม เพศ อายุ บริบทสภาพสิ่งแวดล้อมในพื้นที่นั้น หน่วยงานและองค์กร

ต่างๆ ได้มีบทบาทเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น ทำงานได้กว้าง เป็นทีมงานหนึ่งเดียวตามภารกิจ มีการบูรณาการ ทำงาน อย่างจริงจัง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาเรื่อง “การพัฒนา การดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอจังหวัดน่าน ปี 2556” ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน พบว่า การคัดเลือกประเด็นการพัฒนา “หนึ่งโครงการ หนึ่งอำเภอ (ODOP)” โดยการใช้ข้อมูลปัญหาพื้นที่ บูรณาการกับงาน ประจำที่ได้ดำเนินการ ทำให้ความรู้สึกรับการรับภาระงาน ที่ลดลง และต่อยอดการพัฒนา ด้วยต้นทุนเดิมของภาคี เครือข่ายในการดำเนินการในตำบลจัดการสุขภาพเข้มแข็ง และชุมชนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา จากการพัฒนา ในหลายพื้นที่ในระดับหมู่บ้าน ตำบล และอำเภอ ที่ขับเคลื่อน ต่อยอดการพัฒนาโครงการเดิมที่ต่อเนื่องจากปีที่ผ่านมา แต่เพิ่มความเข้มข้น เชิงรุกมากขึ้น ส่วนจังหวัดพะเยา มีความแตกต่างจากจังหวัดน่านคือ กระบวนการพัฒนา บุคลากรสาธารณสุขด้านเวชศาสตร์ครอบครัวที่เน้นการ จัดการสุขภาพในระดับบุคคล ครอบครัว โดยเครือข่าย แพทย์เวชศาสตร์และพยาบาลเวชปฏิบัติจังหวัดพะเยา เป็นผู้ให้คำปรึกษาทีมให้บริการเชิงรุกด้านสุขภาพ และ พัฒนาทีมเยี่ยมบ้านแบบสหสาขาวิชาชีพบูรณาการงาน สุขภาพกับการสวัสดิการสงเคราะห์ (อำเภอเมือง, แม่ใจ, เชียงคำ) และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียน การทำงานในระดับอำเภอ

การพัฒนาทีมแกนนำของ เครือข่ายสุขภาพอำเภอ (โรงพยาบาล/สาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) ที่ต้องมีบทบาทในการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ เชื่อมโยง สถานการณ์เชิงระบบ มีวิสัยทัศน์ และเป้าหมาย ร่วมกัน นำการขับเคลื่อน ควรมีการวิเคราะห์ข้อมูล และ คั้นข้อมูลให้กับทีมหน่วยงาน ภาคีเครือข่ายในพื้นที่ระดับ อำเภอ เป็นระยะ เพื่อปรับปรุง และดำเนินการตามโครงการ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในกระบวนการอย่างแท้จริง วางระบบและสนับสนุนการดำเนินงาน ตลอดจนรวมถึง การติดตามประเมินผลการดำเนินงาน สร้างการมีส่วนร่วม



กับชุมชนในการดำเนินงานโรงเรียนนวัตกรรมสุขภาพ ชุมชน กองทุนสุขภาพ แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ค่ากลาง แผนสุขภาพตำบล (สร้างทีมกระบวนการ) ระบบและ สนับสนุนการดำเนินงาน ตลอดจนถึงการติดตามประเมิน ผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยอย่างบูรณาการต่อเนื่อง และเป็นองค์รวม เชื่อมต่อโรงพยาบาลชุมชนกับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและชุมชน การพัฒนา กลไกการบริหารจัดการตามแนวทางของเครือข่ายสุขภาพ ระดับอำเภอ (District Health System : DSH) ไม่มีวันจบ ควรพัฒนาต่อเนื่องไปตามบริบทสภาพปัญหาและความ ต้องการของชุมชนในพื้นที่ ที่แปรไปตามสภาวะ สภาพสังคม เศรษฐกิจ การเมือง ลิ่งแวดล้อม ฯลฯ (สุรเกียรติ อชานานุกภาพ, 2556)

ปัญหา/จุดอ่อน ของการศึกษาการมีส่วนร่วมในการ บริหารงานเครือข่ายระดับอำเภอเป็นการศึกษาจากการ ทำงานตามนโยบายที่มีการเร่งรัดเพื่อให้ได้ตามเป้าหมาย

ซึ่งการทำงานตามบริบทพื้นที่ที่มีความแตกต่างจาก รากฐานเดิมของสถานการณ์ด้านสังคม ลิ่งแวดล้อมและ ลักษณะทางประชากรในพื้นที่ จึงไม่สามารถสรุปผลในเชิง ปริมาณและคุณภาพภาพรวมได้ชัดเจนจึงต้องมีการจำแนก ประเด็น “หนึ่งอำเภอ หนึ่งโครงการ” มาเป็นแนวทาง การวิเคราะห์การมีส่วนร่วม จากการบันทึกตามเครื่องมือ ที่สร้างขึ้นเพื่อรวบรวมข้อมูลและผู้ใช้ข้อมูลใช้ตัวแทน ในพื้นที่ที่แตกต่างกันตามประเด็นการจัดการ DHS และ สรุปจากรายงานผลการดำเนินงานระดับพื้นที่ต่อสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดพะเยา รวมทั้งสรุปผลจากการจัดทีม ออกนิเทศงาน ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานในระดับ อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน ที่มีการเลือกติดตามผล บูรณา การกับงานสาธารณสุขในพื้นที่และการมีส่วนร่วมในการ ดำเนินงานและการบันทึกข้อมูลจากผู้ช่วยวิจัยในระดับ อำเภอ ที่มีความแตกต่างด้านคุณลักษณะของบุคคล ด้านทักษะ การปฏิบัติ



เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2555). เอกสารแนวทางทางการพัฒนา DHSA (District Health System Appreciation)
- เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ เมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ. (2556). เอกสาร District Health System Profile. การนำเสนอผลงานเดือน มีนาคม 2556
- จิรพันธุ์ วิบูลย์วงศ์, วิรุณศิริ อารยวงศ์และคณะ. (2555). รายงานผลการวิจัยเรื่องการพัฒนาขีดความสามารถ อสม.นครบาล: การประสานราษฎร์เชื่อมรัฐ จัดภัยสุขภาพ.
- ปารีชาติ วลัยเสถียร. (2554). กระบวนการและเทคนิคการพัฒนา กรุงเทพมหานคร. สำนักงานกองทุน การสนับสนุนการวิจัย.
- ปรีดี เต็มอรัญและคณะ. (2557). ประเมินผลการพัฒนา DHS เครือข่ายบริการที่ 8 จังหวัดอุดรธานี : การนำเสนอเอกสารรายงานการศึกษางานประจำสู่งานวิจัย (R2R).
- รองศาสตราจารย์วิชัย โปษยจินดา. (2544). แนวคิดการทำงานอย่างมีส่วนร่วม. เอกสารการศึกษาชุมชน. การประชุมโครงการศึกษาชุมชนเพื่อการพัฒนา จังหวัดพะเยา.
- สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน(องค์การมหาชน). (2548). สร้างความเข้มแข็งของสังคมจากรากฐานด้วยพลัง องค์กรชุมชนและประชาสังคม. : กรุงเทพมหานคร
- สำนักงานวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน(สพช.). (2556). เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) เครือข่ายพื้นที่พัฒนาระบบสุขภาพชุมชน. : รายงานเอกสาร
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน. (2556). การพัฒนาการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอจังหวัดน่าน. เอกสารสรุปรายงาน เดือน กันยายน 2556.
- สุรเกียรติ์ อาชานานุกาฬ. (2556). แนวทางการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพอำเภอเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน ที่ยั่งยืน. วารสารคลินิก มกราคม 2556.
- อคิน ระพีพัฒน์และคณะ. (2525). ความสำคัญของการมีส่วนร่วม. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาชุมชน



คำแนะนำ

การเตรียมต้นฉบับ

เมื่อลงพิมพ์วารสาร วพบ.พะเยา

อารสาร การศึกษา การพยาบาลและการสาธารณสุข ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพเยา เป็นเอกสารวิชาการที่ได้มาตรฐานสากล ออกเป็นราย 4 เดือน (ปีละ 3 ฉบับ) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิชาการในรูปแบบรายงานวิจัย (Research Article) และบทความปริทัศน์ (Review Article) สาขาการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา นิพนธ์ต้นฉบับของผลงานทั้ง 2 ชนิดดังกล่าวที่ส่งมาเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์ ในวารสารฉบับนี้ ต้องเป็นผลงานใหม่ที่ไม่เคยได้รับตีพิมพ์เผยแพร่ในสื่อสิ่งพิมพ์ใดมาก่อน นิพนธ์ต้นฉบับแต่ละเรื่องจะได้รับการประเมินคุณภาพทางวิชาการ โดยผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาที่เกี่ยวข้อง



การเตรียมนิพนธ์ต้นฉบับ

ผลงานวิชาการ ทั้งรายงานวิจัย (Research Article) และบทความปริทัศน์ (Review Article) ต้องมีลักษณะ ดังนี้

1. ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
2. ชื่อผู้นิพนธ์ทุกคน และสถานที่ทำงาน โดยใช้ภาษาไทย
3. บทคัดย่อ (Abstract) ให้เขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษเป็นความเรียงย่อหน้าเดียว
4. ประกอบด้วยสาระสังเขปที่สำคัญและครบถ้วนมีความยาวไม่เกิน 200 คำและคำสำคัญ (Key words) มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษจำนวน 3-5 คำ

5. รายงานการวิจัย (Research Article) ประกอบด้วย บทนำ วัตถุประสงค์การวิจัย ระเบียบวิธีการวิจัย ผลการวิจัย อภิปรายผล กิตติกรรมประกาศ (หากมี) และเอกสารอ้างอิง

6. บทความปริทัศน์ (Review Article) ประกอบด้วย บทนำ สาระปริทัศน์ในประเด็นต่างๆ วิจาร์ณกิตติกรรมประกาศ (หากมี) และเอกสารอ้างอิง

7. การอ้างอิงในเนื้อความระบบนามปี และในรายการเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง ใช้ระบบของ APA ปี ค.ศ. 2011 รายละเอียดศึกษา จากหนังสือ Publication Manual of the American Psychological Association.

8. โปรดตรวจสอบ ต้นฉบับดูว่า ท่านได้เขียนหัวข้อต่างๆ และให้ข้อมูลครบถ้วน ใช้คำต่างๆ ถูกต้องตามพจนานุกรมไทย และอังกฤษ รวมทั้งคำศัพท์ทางวิชาการและระบบการอ้างอิง ได้ถูกต้อง

9. ส่งต้นฉบับ เป็นเอกสาร จำนวน 4 ชุด พร้อมบันทึกเนื้อหาลงในแผ่น CD และกรอกแบบฟอร์มส่งต้นฉบับ ส่งไปยัง บรรณาธิการวารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพเยา



พะเยา เลขที่ 312 หมู่ 11 ตำบลบ้านต๋อม อำเภอเมือง
จังหวัดพะเยา 56000 หรือส่งเป็น E-Mail มาที่
journalphayao@gmail.com

การอ้างอิงเอกสาร

ใช้รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิงระบบ American
Psychological Association (APA) ดังตัวอย่าง

1. หนังสือ

ชื่อผู้นิพนธ์. (ปีที่พิมพ์). ชื่อหนังสือ (ครั้งที่พิมพ์ ตั้งแต่พิมพ์
ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป). เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์

บุญชม ศรีสะอาด. (2547). *วิธีการทางสถิติสำหรับการวิจัย*.
(พิมพ์ครั้งที่4). กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น.

Kosslyn, S. M., & Rosenberg, R. S. (2004). *Psychology: The brain, the person, the world (2nd ed.)*. Essex, England: Pearson Education Limited.

Mussen, P., Rosenzweig, M. R., Aronson, E., Elkind, D., Feshbach, S., Geiwitz, P. J., et al. (1973). *Psychology: An introduction*. Lexington, Mass.: Heath.

2. วารสาร

ชื่อผู้นิพนธ์. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่
(ฉบับที่), หน้า.

เผชิญ กิจระการ และสมนึก ภัททิยธนี. (2545). ดัชนี
ประสิทธิผล (Effectiveness Index: E.I.).
*วารสารการวัดผลการศึกษา มหาวิทยาลัย
มหาสารคาม*, 8(1), 30-36.

Klimoski, R., & Palmer, S. (1993). The ADA and the
hiring process in organizations. *Consulting
Psychology Journal: Practice and
Research*, 45(2), 10-36.

3. หนังสือรวมเรื่อง (Book Review)

ชื่อผู้นิพนธ์. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง. ในชื่อบรรณาธิการ
(บรรณาธิการ), ชื่อหนังสือ (ครั้งที่พิมพ์ ตั้งแต่
พิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป, หน้า). เมืองที่พิมพ์:
สำนักพิมพ์

ประสม เนืองเฉลิม. (2549). *วิทยาศาสตร์ที่ในบ้าน:
การจัดการเรียนรู้มิติทางวัฒนธรรมท้องถิ่น
การบูรณาการ ความรู้พื้นบ้านกับการจัดการ
เรียนรู้วิทยาศาสตร์เพื่อชุมชน: กรณีศึกษาจาก
แหล่งเรียนรู้ป่าปู่ตา*. ใน ฉลาด จันทร์สมบัติ
(บรรณาธิการ), *ศึกษาศาสตร์วิจัย ประจำปี
2548 – 2549 (หน้า 127 – 140)*. มหาสารคาม:
สารคาม-การพิมพ์-สารคามเปเปอร์

Cooper, J., Mirabile, R., & Scher, S. J. (2005).
*Actions and attitudes: The theory of
cognitive dissonance*. In T. C. Brock &
M. C. Green (Eds.), *Persuasion: Psychological
insights and perspectives (2nd ed., pp.
63-79)*. Thousand Oaks, CA, US:
Sage Publications, Inc.

4. สื่ออิเล็กทรอนิกส์

ชื่อผู้นิพนธ์. (วันที่ เดือน ปีที่ปรับปรุงล่าสุด). ชื่อเรื่อง.
วันที่ทำการสืบค้น, ชื่อฐานข้อมูล

สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. (3 ธันวาคม 2548).
ธนาคารหลักสูตร. สืบค้นเมื่อ 1 มีนาคม 2550,
จาก [http://db.onec.go.th/thaigifted/
lessonplan/index.php](http://db.onec.go.th/thaigifted/lessonplan/index.php). Wollman, N. (1999,
November 12). *Influencing attitudes
and behaviors for social change*.
Retrieved July 6, 2005, from [http://www.
radpsynet.org/docs/wollmanattitude.html](http://www.radpsynet.org/docs/wollmanattitude.html)



การส่งต้นฉบับ

ต้นฉบับที่ส่งมารับพิจารณาเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ ต้องจัดพิมพ์ด้วยกระดาษ A4 โดยพิมพ์ หมายเลขหน้าทุกหน้า ให้ส่งต้นฉบับ จำนวน 4 ชุด พร้อม CD จำนวน 1 แผ่น ตามสถานที่ที่แนบท้ายหรือส่งตาม E-mail : journalphayao@gmail.com

บรรณาธิการวารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

312 หมู่ 11 ตำบลบ้านต่อม อำเภอเมือง

จังหวัดพะเยา รหัสไปรษณีย์ 56000

ผลงานทางวิชาการทุกเรื่องที่ได้รับการตีพิมพ์ผู้นิพนธ์จะได้รับวารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา 1 ฉบับ อีกทั้งสิ่งพิมพ์ซ้ำ (Reprints) จำนวน 10 ชุด ในกรณีที่ผู้นิพนธ์ต้องการวารสารพิมพ์ จะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายตามความเป็นจริง

การบอกรับวารสาร

ผู้ประสงค์จะเป็นสมาชิกวารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา ต้องชำระค่าสมัครปีละ 300 บาท (3 ฉบับ) หากประสงค์จะซื้อปลีกเป็นรายฉบับ ราคาฉบับละ 100 บาท สมาชิกหรือผู้อ่านท่านใดประสงค์จะขอข้อมูลหรือรายละเอียดเพิ่มเติมโปรดติดต่อกองบรรณาธิการ ได้ดังนี้

กองบรรณาธิการวารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

312 หมู่ 11 ตำบลบ้านต่อม อำเภอเมือง

จังหวัดพะเยา รหัสไปรษณีย์ 56000

โทรศัพท์ 0-5443-1779 ต่อ 114, 135 โทรสาร 0-5443-1889

มือถือ 08-6728-5935 E-mail : journalphayao@gmail.com



ใบสมัครเป็นสมาชิกวารสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ที่จะเป็นสมาชิก วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา มีกำหนด.....ปี
ตั้งแต่ ปีที่..... ฉบับที่..... ถึง
ปีที่..... ฉบับที่.....

โปรดส่งวารสารไปยัง ที่บ้าน
..... ที่ทำงาน
ถึง น.ส./นาง/นาย.....

โทร.

อัตราค่าสมาชิก ปีละ 300 บาท

กำหนดออก ราย 4 เดือน ปีละ 3 ฉบับ (มกราคม - เมษายน), (พฤษภาคม - สิงหาคม), (กันยายน - ธันวาคม)

ข้าพเจ้าได้ส่ง () ตัวแลกเงินไปรษณีย์ () ธนาณัติ สั่งจ่าย ปณจ.พะเยา
() เงินสด () ดราฟธนาคาร.....

จำนวน..... บาท (.....) มาพร้อมนี้
กรุณาออกใบเสร็จรับเงินในนาม

หมายเหตุ : ธนาณัติสั่งจ่ายไปรษณีย์พะเยา ในนามผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี พะเยา

ลงชื่อ.....

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ : การชำระเงินให้ชำระโดยตรงกับ

บรรณาธิการ วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

ที่อยู่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

312 หมู่ 11 อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา 56000