

ผลของการบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วม
ต่ออัตราการใช้บริการ และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ อำเภอหันคา ชัยนาท



นางสาวอัจฉริยา บุญยะคงรัตน์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2544

ISBN 974-17-0487-9

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

EFFECTS OF HYPERTENSION AND DIABETES MELLITUS PARTICIPATIVE
SCREENING SERVICE ON CONSUMING RATE AND SATISFACTION OF CLIENTS,
HUNKHA DISTRICT, CHAINAT



Miss Atchariya Boonyakongrut

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Administration

Faculty of Nursing Chulalongkorn University

Academic Year 2001

ISBN 974-17-0487-9

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของการบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน
โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วม ต่ออัตราการใช้บริการและความพึงพอใจ
ของผู้ใช้บริการ อำเภอหันคา ชัยนาท

โดย นางสาวอัจฉริยา บุญยะคงรัตน์

สาขาวิชา การบริหารการพยาบาล

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประพิม สุกสันสนีย์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัย
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

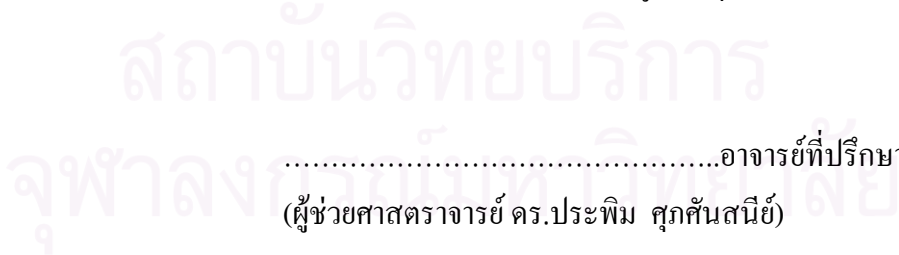
.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประพิม สุกสันสนีย์)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. ศิริเดช สุชีวะ)



อัจฉริยา บุญยะคงรัตน์: ผลของการบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วม ต่ออัตราการใช้บริการและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ (EFFECTS OF HYPERTENSION AND DIABETES MELLITUS PARTICIPATIVE SCREENING SERVICE ON CONSUMING RATE AND SATISFACTION OF CLIENTS, HUNKHA DISTRICT, CHAINAT) อ. ที่ปรึกษา: ผศ. ดร. ประพิม สุกสันสนีย์, 135 หน้า. ISBN 974-17-0487-9.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองศึกษาสองกลุ่ม วัดผลครั้งเดียวหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของการใช้บริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ที่มีต่ออัตราการใช้บริการ และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ในหมู่บ้านที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการออกแบบบริการ และหมู่บ้านที่ประชาชนไม่มีส่วนร่วมในการออกแบบบริการ ประชากร คือประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มแบบกลุ่ม หมู่บ้านทดลอง และหมู่บ้านควบคุม มีจำนวนกลุ่มเป้าหมาย 263 คน และ 267 คน ตามลำดับ ในหมู่บ้านทดลอง จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เป็นเวลา 2 วัน โดยให้ตัวแทนคนในชุมชน จำนวน 21 คน เข้ามามีส่วนร่วมตามกระบวนการAIC (Appreciation, Influence, Control) เพื่อกำหนดแผนการบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน แล้วจึงจัดบริการตามแผน ส่วนหมู่บ้านควบคุมจัดบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในรูปแบบเดิม ที่ทางโรงพยาบาลหันคาเคยปฏิบัติคือให้อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นแกนนำสำคัญในการจัดบริการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการเปรียบเทียบสัดส่วนของประชาชนผู้มาใช้บริการของหมู่บ้านทดลองและหมู่บ้านควบคุม โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square) และทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ของหมู่บ้านทดลองและหมู่บ้านควบคุมโดยใช้ค่าที (t-test)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. อัตราการใช้บริการของหมู่บ้านที่ประชาชนมีส่วนร่วม สูงกว่าอัตราการใช้บริการของหมู่บ้านที่ประชาชนไม่มีส่วนร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
2. ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการในหมู่บ้านที่ประชาชนมีส่วนร่วม สูงกว่าหมู่บ้านที่ประชาชนไม่มีส่วนร่วม ทั้งโดยรวม และในทุกรายด้าน คือ ความเพียงพอของบริการ ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการ การประสานบริการ การแสดงอธยาศัยของผู้ให้บริการ ข้อมูลที่ได้รับ และคุณภาพบริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สาขาวิชา.....การบริหารการพยาบาล..... ลายมือชื่อนิสิต.....

ปีการศึกษา.....2544..... ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

4277838736: MAJOR NURSING ADMINISTRATION

KEY WORD: HYPERTENSION AND DIABETES MELLITUS SCREENING SERVICE /

PEOPLE PARTICIPATION / CONSUMING RATE / SATISFACTION OF CLIENTS

ATCHARIYA BOONYAKONGRUT : EFFECTS OF HYPERTENSION AND

DIABETES MELLITUS PARTICIPATIVE SCREENING SERVICE ON

CONSUMING RATE AND SATISFACTION OF CLIENTS, HUNKHA

DISTRICT, CHAINAT. THESIS ADVISOR: ASSIST.PROF.

PRAPIM SUPASUNSANEE, Ph.D. 135 pp. ISBN 974-17-0487-9.

The purpose of this posttest - only design research was to study effects of hypertension and diabetes mellitus screening service on comparing consuming rate and satisfaction score of clients in the village where the people participated in the hypertension and diabetes mellitus screening program and those in the village where there was no participation of people. Population of the study are people age 40 years and older. Cluster sampling was applied. Two villages with the target group of 263 and 267 were assigned as the experiment and the control group respectively. A two-day workshop using AIC technique (Appreciation-Influence-Control) was conducted in the experimental village for 21 village representatives. A hypertension and diabetes mellitus screening service plan was set and then implemented by these representatives. Screening service in the control group was run by village health volunteers as traditionally perform by Hunkha Hospital. Chi - Square statistics was used to test consuming rate between the experiment and control village. The t - test for mean score of consumers' satisfaction was applied.

The findings revealed that :

1. The consuming rate in village where the people participated in the hypertension and diabetes mellitus screening program is higher than the village where there was no participation of people at the statistical significant level of .01
2. The satisfaction score of clients in village where the people participated in the hypertension and diabetes mellitus screening program is higher than the village where there was no participation of people at the statistical significant level of .01, either the overall or specific satisfaction namely: availability, accessibility, coordination, courtesy, information and quality.

Field of study.....Nursing Administration..... Student's signature.....

Academic year.....2001..... Advisor's signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สร้างความภาคภูมิใจในชีวิตของผู้วิจัย ช่วยให้ผู้วิจัยเกิดความมานะอดทนและมีความสุขกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ผู้ที่มีบทบาทสำคัญในความสำเร็จครั้งนี้ คือ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประพิม สุกสันสนีย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งท่านได้กรุณาให้คำปรึกษาชี้แนะแนวทาง และข้อคิดเห็นต่าง ๆ ในการทำวิทยานิพนธ์ รวมทั้งให้ความห่วงใย เอื้ออาทร ให้กำลังใจ กระตุ้นให้ผู้วิจัยมีความเชื่อมั่น ในการทำวิจัย มาโดยตลอด ยังผลให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณา และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณประธาน คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้กรุณา ตรวจสอบ ชี้แนะแนวทาง เสนอความคิดเห็น อันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงกระบวนการ เนื้อหา และเครื่องมือต่าง ๆ ให้การทำวิจัยมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลหันคา และขอขอบคุณ พี่ ๆ น้อง ๆ เพื่อน ๆ ทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุน ให้ความร่วมมือ ในการทำวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

ขอขอบคุณเพื่อนนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ สาขาบริหารการพยาบาล ภาคนอกเวลา ราชการทุกท่าน ที่คอยให้กำลังใจ สนับสนุนตำรา เอกสารทางวิชาการ รวมทั้งเป็นที่ปรึกษา เสนอแนะแนวทางแก้ไขปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น จนทำให้ผู้วิจัยสามารถเผชิญกับปัญหาและมีกำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

นอกจากนี้ขอขอบคุณประชาชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหันคาที่เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ ช่วยคิดค้นรูปแบบบริการ และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีตลอดกระบวนการวิจัย จนได้รูปแบบบริการที่ประชาชนพึงพอใจ งานวิจัยครั้งนี้จะสำเร็จลุล่วงไปมิได้หากปราศจากประชาชนผู้มาใช้บริการ จึงขอขอบคุณผู้ใช้บริการทุกท่านที่เห็นประโยชน์ และให้ความสำคัญกับบริการที่จัดขึ้น

ท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา-มารดา ซึ่งสนับสนุนในด้านการเงิน ให้ความห่วงใย ทั้งร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ เป็นกำลังใจสำคัญ ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้วิจัยในทุก ๆ ด้าน ด้วยความรัก ความเมตตา และขอขอบคุณ น้องชาย น้องสาว ที่คอยให้ความปรารถนาดี และเป็นกำลังใจ จนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงอย่างสมบูรณ์

อัจฉริยา บุญยะคงรัตน์

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญแผนภูมิ.....	ญ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	6
ปัญหาการวิจัย.....	6
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
2 แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
ข้อมูลทั่วไปในพื้นที่เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหันคา.....	12
การจัดบริการโดยให้ประชาชนมีส่วนร่วม.....	14
แนวคิดเกี่ยวกับการจัดบริการ.....	14
แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชน.....	19
การจัดบริการคัดกรองโรค.....	33
ผลของการจัดบริการ.....	43
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	51
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	57
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	58
ประชากร.....	58
กลุ่มตัวอย่าง.....	58
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	61

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	64
การดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูล.....	65
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	76
4 ผลการวิจัย.....	79
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	82
สรุปผลการวิจัย.....	85
อภิปรายผลการวิจัย.....	85
ข้อเสนอแนะ.....	89
รายการอ้างอิง.....	91
ภาคผนวก.....	99
ภาคผนวก ก.....	100
ภาคผนวก ข.....	102
ภาคผนวก ค.....	125
ภาคผนวก ง.....	130
ประวัติผู้วิจัย.....	135

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1	แสดงจำนวนและอัตราการตายต่อประชากรแสนคน จำแนกตามสาเหตุการตาย 10 อันดับ ของจังหวัดชัยนาท ปี พ.ศ.2542 – 2544.....3
2	จำนวนประชากรที่มีอายุมากกว่า 40 ปี ขึ้นไป และจำนวนอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ในแต่ละหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลหันคา.....13
3	อัตราการตายของโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตจังหวัดชัยนาท.....37
4	เกณฑ์การตัดสินระดับความดันโลหิตสูง.....39
5	ข้อมูลทั่วไปของ 10 หมู่บ้าน ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหันคา อ. หันคา จ. ชัยนาท.....60
6	ขั้นตอนการบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ของหมู่บ้านทดลอง และหมู่บ้านควบคุม.....76
7	จำนวนและร้อยละของผู้มาใช้บริการในหมู่บ้านทดลอง และหมู่บ้านควบคุม จำแนกตามลักษณะทั่วไป80
8	เปรียบเทียบอัตรา การใช้บริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ระหว่างหมู่บ้านทดลองและหมู่บ้านควบคุม.....81
9	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ต่อ บริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน โดยรวมและรายด้าน ระหว่างหมู่บ้านควบคุมและหมู่บ้านทดลอง82
10	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ต่อ บริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ในรายด้านและรายข้อ ระหว่างหมู่บ้านควบคุมและหมู่บ้านทดลอง.....131

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่	หน้า
1 ขั้นตอนในการผลิตบริการที่นำไปสู่บริการที่ผู้ใช้บริการเกิดความพึงพอใจ.....	18
2 ความสัมพันธ์ในแต่ละขั้นตอนของการมีส่วนร่วม.....	23
3 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	57
4 แผนการจัดบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน โดยประชาชนมีส่วนร่วมที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการตามกระบวนการAIC.....	74
5 ระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินการทดลองของหมู่บ้านทดลองและหมู่บ้านควบคุม.....	77



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

แผนพัฒนาสาธารณสุข ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545-2549) ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาประสิทธิภาพ และความสามารถในการจัดบริการสาธารณสุขของภาครัฐ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน และเป็นธรรม เน้นการปรับกระบวนการทำงานเพื่อที่จะตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของประชาชน โดยให้ประชาชน และชุมชนในท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองและชุมชน ให้ประชาชนเป็นผู้ริเริ่ม ดำเนินการพัฒนาการสาธารณสุข โดยรัฐเป็นผู้สนับสนุนในทุกรูปแบบ เพื่อต้องการให้ประชาชนผู้มาใช้บริการเกิดความพึงพอใจ ได้รับบริการในรูปแบบที่ตนเองต้องการ (กระทรวงสาธารณสุข, 2544)

จากการประชุมวิชาการของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ครั้งที่ 3 เรื่อง ภูมิปัญญาประชาคมดูแลสุขภาพประเทศไทย ระหว่างวันที่ 15-17 สิงหาคม 2543 ที่ประชุมเห็นตรงกันว่า นโยบายปฏิรูปสุขภาพที่พึงประสงค์ของคนไทย ต้องเปลี่ยนจากการซ่อมสุขภาพ มาเป็นการสร้างสุขภาพ กล่าวคือ เน้นที่การป้องกันมากกว่าการรักษา เป็นระบบที่คนไทยทุกคนมีสิทธิในการมีสุขภาพดี การทำให้สุขภาพดีจะทำให้ระบบเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่า การรักษาและฟื้นฟูเมื่อสุขภาพเสียแล้ว ระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างสุขภาพ จึงต้องเปลี่ยนจากระบบตั้งรับเป็นระบบเชิงรุก รุกออกไปสร้างสุขภาพที่ดีให้แก่ประชาชน ไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยที่ไม่จำเป็นระบบสุขภาพเชิงรุก จะให้ความสำคัญแก่ การส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) และการป้องกันควบคุมโรค (Disease prevention) (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2543)

Mausner and Bahn (1979: 9-10) ได้แบ่งการป้องกันโรคเป็น 3 ระดับ คือ ระดับปฐมภูมิเป็นการป้องกันกับผู้ที่ยังไม่มีอาการหรือมีภาวะคุกคามของโรค ระดับทุติยภูมิเป็นการป้องกันกับผู้ที่เริ่มมีอาการหรือมีภาวะคุกคามของโรค ระดับตติยภูมิเป็นการป้องกันมิให้ผู้ป่วยมีภาวะแย่ลง กำจัดความพิการหรือช่วยฟื้นฟูสุขภาพ

การพยาบาลเป็นกระบวนการหนึ่งของการสาธารณสุข ดังนั้นทิศทางของการพยาบาลจึงต้องปรับเปลี่ยน ให้สอดคล้องกับนโยบายสาธารณสุข เมื่อการสาธารณสุขของประเทศมุ่งเน้นการสร้างสุขภาพ การพยาบาลจึงต้องขยายบทบาทและเปลี่ยนรูปแบบจากการตั้งรับ มาเป็นการพยาบาลแบบเชิงรุก บทบาทของพยาบาลอนามัยชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างหนึ่งก็คือการให้บริการพยาบาลในการคัดกรองโรค (Lashley, 1995) การคัดกรองโรคเป็นการพยายามค้นหาโรคที่ยังหาไม่พบหรือหาปัจจัยเสี่ยงของโรค อาจทำโดยการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือการทำหัตถการบางอย่าง ซึ่งการดำเนินการเหล่านี้จะต้องทำได้ง่าย รวดเร็ว และเสียค่าใช้จ่ายไม่มาก (Valanis, 1986: 327) การคัดกรองเหล่านี้เกิดขึ้นเพื่อช่วยค้นหาผู้ป่วยหรือผู้มีปัจจัยเสี่ยงของโรคจากคนปกติ การค้นหาโรคตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก เพื่อให้คำแนะนำในรายที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคและส่งต่อในรายที่พบอาการของโรคเพื่อให้ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาที่ถูกต้องจากแพทย์ เป็นการช่วยลดค่าใช้จ่าย ลดการสูญเสียด้านสภาพร่างกายและจิตใจ ทุ่นระยะเวลาในการเจ็บป่วย และคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน การคัดกรองจึงเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการป้องกันโรคแบบทุติยภูมิ

ปัญหาสุขภาพอนามัยของคนไทยในปัจจุบันได้เปลี่ยนแปลงไปตามสภาพเศรษฐกิจ และสังคมที่มีความสลับซับซ้อนมากขึ้น จะเห็นได้จากแนวโน้มของประชาชน ที่เสียชีวิตเนื่องจากโรคไม่ติดต่อสูงขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่า มีอัตราการตายสูง เป็นอันดับหนึ่งมาโดยตลอด จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2534 พบผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจ และหลอดเลือด 54.7 ต่อประชากรแสนคน จนถึงปี พ.ศ. 2541 เพิ่มขึ้น เป็น 65.4 ต่อประชากรแสนคน จากการศึกษาของ จันทรพิชญ์ ชูประภาวรรณ (2543: 237-248) พบว่าคนไทยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ประมาณ 3.7 เท่าของคนปกติ ส่วนผู้ที่ที่เป็นโรคเบาหวานมีความเสี่ยง ต่อการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือด ถึง 4.2 เท่าของคนปกติ นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขต้องการให้มีการควบคุมและป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด กลยุทธ์อย่างหนึ่ง คือ การเร่งรัดคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นโรคนำเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด(กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2542)

โรงพยาบาลหันคา อำเภอหันคา จังหวัดชัยนาท เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้สนองนโยบายกระทรวงสาธารณสุขในการให้บริการเชิงรุก เพื่อป้องกันและควบคุมโรค เช่น การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย การคัดกรองโรคภาวะซึมเศร้า การคัดกรองเพื่อค้นหาเด็กที่มีพัฒนาการผิดปกติ รวมทั้งการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานเพื่อควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น ผลจากการ

ดำเนินงาน ส่วนใหญ่พบว่า มีผู้ให้ความสนใจมาใช้บริการน้อยกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ (ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาลหันคา, 2544) แม้ว่าจะให้บริการโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และได้ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ซึ่งเป็นตัวแทนของประชาชนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการทำงานด้วยก็ตาม ปัญหาดังกล่าวสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุมณฑา สิทธิพงศ์กุล และ ชื่นชม เจริญยุทธ(2539) ที่ศึกษาพบว่าลักษณะการให้บริการ เจริญแก่ประชาชน ไม่บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ เนื่องจากประชาชนไม่เห็นความสำคัญ ลักษณะการให้บริการเป็นการส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชน เป็นงานที่ไม่เห็นผลในทันที

อย่างไรก็ตามปัจจุบันสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท ได้มีนโยบายให้โรงพยาบาลหันคา ดำเนินโครงการเจริญรุกที่มีอยู่อย่างต่อเนื่อง เพื่อสนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ในปัจจุบันที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ให้บรรลุเป้าหมายที่ว่าประชาชนไม่ป่วยและตายด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและอัตราการตายต่อประชากรแสนคน จำแนกตามสาเหตุการตาย 10 อันดับของจังหวัดชัยนาท ปี พ.ศ. 2542 - 2544 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท, 2544)

สาเหตุการตาย	ปี พ.ศ. 2542		ปี พ.ศ. 2543		ปี พ.ศ. 2544	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
1. โรคหัวใจและหลอดเลือด	294	83.02	407	115.68	368	104.92
2. โรคมะเร็งทุกชนิด	102	28.80	115	44.05	147	41.91
3. อุบัติเหตุจากการขนส่ง	59	16.66	125	35.53	82	23.66
4. โรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดในสมอง	107	30.21	88	25.01	74	21.10
5. โรคระบบหายใจ	39	11.01	81	23.02	95	27.09
6. โรคเกี่ยวกับตับและตับอ่อน	34	9.60	80	22.74	73	20.81
7. โรคติดเชื้อและปรสิตอื่น ๆ	49	13.84	79	22.45	71	20.24
8. ปอดบวม	35	10.17	59	16.67	57	16.25
9. การฆ่าตัวตายและทำร้ายร่างกายตัวเอง	38	10.73	44	12.51	56	15.97
10. อุบัติเหตุอื่น ๆ ทั้งหมด	33	9.32	43	12.22	69	19.67

จากตารางที่ 1 ที่แสดงให้เห็นสถานะสุขภาพของประชาชนในจังหวัดชัยนาท ปีพ.ศ.2542 - 2544 พบว่า โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่ง ซึ่งมีอัตราการตายสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545 - 2549) ที่

กำหนดอัตราตาย ไม่เกิน 80 ต่อประชากรแสนคน ดังนั้นในปี พ.ศ. 2545 นี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาทจึงมีนโยบายเร่งรัดให้โรงพยาบาลหันคา ทำโครงการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน เพื่อที่จะช่วยควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือด

ในปี พ.ศ. 2541 และ พ.ศ. 2542 ที่ผ่านมา ทางโรงพยาบาลหันคาจัดให้มีโครงการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน โดยให้พยาบาลอนามัยชุมชนในฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร่วมกันดำเนินการ ผลจากการดำเนินงานพบว่า มีประชาชนมาใช้บริการเพียง ร้อยละ 30 น้อยกว่าเป้าหมาย ที่ตั้งไว้ว่า จะมีผู้มาใช้บริการ ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 60 จากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้น พบว่า สาเหตุที่ทำให้บริการที่จัดขึ้น ไม่ประสบความสำเร็จ เนื่องจาก 1) เจ้าหน้าที่ และอสม. บางคนขาดความรู้ความเข้าใจในขั้นตอนการคัดกรองโรค จึงขาดความมั่นใจในการให้บริการ ทำให้ประชาชนไม่ค่อยให้ความเชื่อถือ 2) ประชาชนบางคนไม่เห็นประโยชน์ และความสำคัญในการมาตรวจคัดกรองโรค เพราะยังมีสุขภาพดีอยู่ คิดว่าเวลาเจ็บป่วยแล้วค่อยไปโรงพยาบาลสะดวกกว่า เมื่อตั้งศูนย์บริการคัดกรองโรคขึ้น จึงมีประชาชนมาใช้บริการน้อย 3) ประชาชนในพื้นที่ส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีงานประจำต้องรับผิดชอบ จึงไม่สะดวกที่จะเดินทางมาใช้บริการ 4) ประชาชนบางส่วนไม่ทราบว่ามีการจัดบริการจึงไม่ได้มาใช้บริการ 5) การดำเนินงานขาดความต่อเนื่อง

ปัญหาดังกล่าวสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุมณฑา สิทธิพงศ์กุล และชื่นชม เจริญยุทธ (2539) ที่ศึกษาถึง กิจกรรมการพยาบาลอนามัยชุมชนของฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ ในโรงพยาบาลชุมชนในประเทศไทย พบว่า แม้ว่าในปัจจุบันได้พยายามให้อสม. ซึ่งเป็นตัวแทนของประชาชน และเป็นคนในท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วม แต่การปฏิบัติเป็นการสั่งการจากบนลงล่าง และเร่งรัดให้ดำเนินการอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้การดำเนินงาน ยังเป็นเพียง ขอความร่วมมือ มากกว่าการให้มีส่วนร่วมอย่างแท้จริง เช่นเดียวกับ ผลการศึกษาของ บังอร ฤทธิ์ภักดี (2528) ที่ศึกษาพบว่า กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่ ให้อสม. มีบทบาทสำคัญในการดำเนินการนั้น ไม่ใช่กิจกรรมตามแนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน แต่เป็นลักษณะของรัฐเป็นผู้กำหนดรูปแบบของการดำเนินการ ประชาชนเป็นผู้ให้ความร่วมมือ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชงชัย สาระกุล (2536) ที่พบว่า อสม. ส่วนมากเป็นเกษตรกร มีรายได้น้อย ต้องประกอบอาชีพจึงให้ความร่วมมือ ด้วยความจำยอมและเกรงใจเจ้าหน้าที่ ไม่ได้เกิดจากจิตใจที่เห็นความสำคัญหรือความต้องการที่จะมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง

จากปัญหาและอุปสรรคดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่า การให้บริการคัดกรองโรคที่ผ่านมามีผู้มาใช้บริการน้อย เป็นบริการที่ประชาชนยังไม่เกิดความพึงพอใจสูงสุด เนื่องจากการให้บริการยังไม่สอดคล้องกับ ความต้องการและการดำเนินชีวิตของประชาชน

การมีส่วนร่วมของประชาชนที่ทุกคนเห็นว่า เป็นพื้นฐานสำคัญในการแก้ไขปัญหาในทุก ๆ ด้าน (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, 2527) ในงานสาธารณสุขถือว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นหัวใจสำคัญในการพัฒนางานสาธารณสุขเช่นเดียวกัน แนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพภาคประชาชนที่บรรจุอยู่ใน แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545 - พ.ศ.2549) ในปัจจุบันจึงส่งเสริมการกระจายอำนาจให้ประชาชน และองค์กรปกครองท้องถิ่น เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ กำหนดทิศทางและบริหารจัดการสุขภาพด้วยตนเอง การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นกระบวนการที่รัฐ ทำการส่งเสริม สนับสนุน และสร้างโอกาส ให้ประชาชนในชุมชน ทั้งในรูปแบบส่วนบุคคล กลุ่มคน ชมรม สมาคม มูลนิธิ และองค์กรอาสาสมัครรูปแบบต่าง ๆ ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน เรื่องใดเรื่องหนึ่ง หรือหลายเรื่องรวมกัน เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ และนโยบายการพัฒนาที่กำหนดไว้ (ไพรัตน์ เดชะรินทร์, 2527: 6-7) การเปิดโอกาสให้กลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องในชุมชน มีส่วนร่วมในการวางแผน และตัดสินใจ เป็นการสร้างความเข้าใจร่วมกัน ในการดำเนินโครงการต่าง ๆ ในชุมชน สร้างการยอมรับและความรับผิดชอบในฐานะที่เป็นสมาชิกของชุมชน รวมทั้งก่อให้เกิดความรู้สึกของการเป็น เจ้าของโครงการ และเกิดความภาคภูมิใจ ในผลงานจากกิจกรรมที่ตนได้มีส่วนร่วม สิ่งเหล่านี้จะเป็นพลังผลักดันให้กิจกรรมต่างๆที่เกิดขึ้นในหมู่บ้านดำเนินไปอย่างราบรื่น ต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพ และประสบความสำเร็จ (อรพินท์ สพโชคชัย, 2537)

ปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่ง ของการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในโครงการ ต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นในชุมชนประสบผลสำเร็จ คือ การให้ตัวแทนกลุ่มผู้นำท้องถิ่นเข้าร่วมกระบวนการ เนื่องจากประชาชนในสังคมไทย ส่วนใหญ่มีความเคารพ เชื่อถือ ศรัทธาในตัวผู้นำ เมื่อผู้นำขอความร่วมมือประชาชนก็จะให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี(อนุภาพ ภิรตาภ, 2528; ปรัชญา เวสารัช, 2528; สัมพันธ์ เดชะอริก, 2540; เสาวนีย์ สีสองสม, 2541) นอกจากนี้ Metsch and Veney (1976: 283) ได้ศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของผู้ใช้บริการในการวางแผนและบริหารจัดการในโครงการด้านสุขภาพ เป็นการตอบสนองร่วมกันของทั้งผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ ด้านผู้ให้บริการได้รับรู้เกี่ยวกับรูปแบบบริการที่ผู้ให้บริการต้องการ ด้านผู้ให้บริการได้รับบริการตามที่ตนเองต้องการ เมื่อจัดบริการขึ้นทำให้มีผู้มาใช้บริการเพิ่มมากขึ้น และผู้ให้บริการพึงพอใจในบริการสูงขึ้น สอดคล้องกับ Coggin (1944: 256) ที่กล่าวว่า การนำความต้องการของผู้ใช้บริการ มาเป็นพื้นฐานในการออกแบบบริการ จะส่งผลให้ได้บริการ ในแบบที่ผู้ให้บริการพึงพอใจ

หลักการสร้าง การมีส่วนร่วมของตัวแทนประชาชน ในการร่วมกันออกแบบบริการ วิธีหนึ่ง คือ การใช้กระบวนการ AIC (Appreciation Influence Control) A ย่อมาจาก Appreciation คือ พลังความรัก และความซาบซึ้งใจ I ย่อมาจาก Influence คือ พลังความคิดและการมีปฏิสัมพันธ์ผสมผสาน C ย่อมาจาก Control คือ พลังความพยายามและการควบคุมจัดการ (ประเวศ วะสี, 2525; อรพินท์ สพโชคชัย, 2537; William E. Smith, 2001) หรือเรียกว่า การประชุมที่ระดมพลังเพื่อแก้ไขปัญหา และหาแนวทางในการพัฒนาเชิงสร้างสรรค์ เป็นการประชุมที่มีวิธีการและขั้นตอนที่เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุม ได้มีโอกาสสื่อสาร แลกเปลี่ยนความรู้ และประสบการณ์ ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งจะก่อให้เกิดความเข้าใจถึงสภาพปัญหา ข้อจำกัด ความต้องการและศักยภาพของผู้ที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ซึ่งผลที่ได้จากการประชุมนี้ มาจากความคิดของผู้ที่เข้าร่วมประชุมทุกคน

จากความสำคัญของบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน เพื่อช่วยควบคุมการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และความจำเป็นต้องพัฒนาบริการคัดกรอง โดยให้ตัวแทนประชาชนผู้ที่เกี่ยวข้องกับบริการ ทั้ง 3 กลุ่ม ได้แก่ ตัวแทนของกลุ่มอาสาสมัคร ซึ่งเป็นผู้ให้บริการ ตัวแทนจากกลุ่มผู้ใช้บริการ และตัวแทนจากกลุ่มผู้นำท้องถิ่น ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยสำคัญในการจะทำให้กิจกรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชุมชนประสบความสำเร็จ เข้ามามีส่วนร่วมโดยใช้กระบวนการ AIC เพื่อวางแผนเกี่ยวกับบริการที่จะเกิดขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเรื่อง ผลของการบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานโดยให้ประชาชนมีส่วนร่วม ต่ออัตราการใช้บริการและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ อำเภอหันคา ชัยนาท โดยคาดว่าจะการเปิดโอกาสให้ประชาชน ผู้ที่เกี่ยวข้องกับบริการเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดบริการ จะสามารถผลิตบริการที่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนได้อย่างแท้จริง เป็นบริการที่มีอัตราการใช้บริการเพิ่มมากขึ้น และเป็นบริการที่ประชาชนผู้ใช้บริการ เกิดความพึงพอใจสูงขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบอัตรา การใช้บริการ คัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ในหมู่บ้านที่ประชาชนมีส่วนร่วมและหมู่บ้านที่ประชาชนไม่มีส่วนร่วม
2. เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ คัดกรองโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ในหมู่บ้านที่ประชาชนมีส่วนร่วม และหมู่บ้านที่ประชาชนไม่มีส่วนร่วม

ปัญหาการวิจัย

1. อัตราการใช้บริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ในหมู่บ้านที่ประชาชนมีส่วนร่วม สูงกว่าหมู่บ้านที่ประชาชนไม่มีส่วนร่วม หรือไม่
2. ความพึงพอใจของผู้มาใช้บริการ คัดกรองโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ในหมู่บ้านที่ประชาชนมีส่วนร่วม สูงกว่าหมู่บ้านที่ประชาชนไม่มีส่วนร่วม หรือไม่

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การมีส่วนร่วม คือ การให้ประชาชนผู้ที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนในการตัดสินใจ ควบคุมไปกับการกำหนดวิธีการดำเนินการ และร่วมสนับสนุนทรัพยากร หรือให้ความร่วมมือในกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งร่วมรับผลประโยชน์และร่วมประเมินผลในโครงการที่เกิดขึ้น (Cohen & Uphoff, 1977)

ปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่ง ของการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในโครงการ ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชุมชนประสบผลสำเร็จ คือ การให้ตัวแทนกลุ่มผู้นำท้องถิ่นเข้าร่วมกระบวนการ เนื่องจากประชาชนในสังคมไทย ส่วนใหญ่มีความเคารพ เชื่อถือ ศรัทธาในตัวผู้นำ เมื่อผู้นำขอความร่วมมือประชาชนก็จะให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี(อนุภาพ ภิรตาภ, 2528; ปรัชญา เวสารัช, 2528; สัมพันธ์ เตชะอธิก, 2540; เสาวนีย์ สีสองสม, 2541) นอกจากนี้ Metsch and Veney (1976: 283) ได้ศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของผู้ใช้บริการ ในการวางแผนและบริหารจัดการในโครงการด้านสุขภาพ เป็นการตอบสนองร่วมกัน ของทั้งผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ ด้านผู้ให้บริการได้รับรู้เกี่ยวกับรูปแบบบริการที่ผู้ให้บริการต้องการ ด้านผู้ให้บริการได้บริการตามที่ตนเองต้องการ เมื่อจัดบริการขึ้นทำให้มีผู้มาใช้บริการเพิ่มมากขึ้น และผู้ให้บริการพึงพอใจในบริการสูงขึ้น สอดคล้องกับ Coggin (1944: 256) ที่กล่าวว่า การนำความต้องการของผู้ใช้บริการ มาเป็นพื้นฐานในการออกแบบบริการ จะส่งผลให้ได้บริการ ในแบบที่ผู้ให้บริการพึงพอใจ

ปัญหาการเข้าถึงบริการ ปัญหาคุณภาพและประสิทธิภาพของบริการ เป็นสิ่งท้าทาย ด้านการบริหารจัดการ ควรมีการส่งเสริมให้ประชากร ในท้องถิ่น เข้ามามีส่วนร่วมในบริการที่จะจัดขึ้น เพื่อพัฒนาสาธารณสุขอย่างจริงจังมากขึ้น (พิรุณ รัตนวนิช, 2543: 43) วิธีการหนึ่งที่เปิดโอกาสให้ตัวแทนประชาชนผู้ที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการออกแบบบริการ ร่วมกันคิด ตัดสินใจเกี่ยวกับลักษณะบริการที่ต้องการด้วยตนเอง คือ เทคนิคของ กระบวนการ AIC ดังที่ปรากฏว่า ประเวศ ะสี (2535: 60-64) อรพินท์ สฟโชคชัย (2537: 13) และ ศิริวรรณ เพียรสุขและคณะ (2542: 2) อธิบายในทำนองเดียวกันว่า กระบวนการ AIC เป็นการส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกันจากการที่ตัวแทนของประชาชนในท้องถิ่นร่วมระดมความคิด ทำให้เกิดพลังสร้างสรรค์ในการแก้ไข

ปัญหา ต่าง ๆ กระบวนการนี้สามารถแก้ปัญหาที่ยากและสลับซับซ้อนได้ ทำให้โครงการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นประสบความสำเร็จและบรรลุตามเป้าหมาย

การให้ผู้ที่เกี่ยวข้องกับบริการ ได้แก่ ตัวแทนของผู้ให้บริการ ตัวแทนของผู้ใช้บริการ และตัวแทนจากกลุ่มผู้นำท้องถิ่น เข้ามามีส่วนร่วมโดยใช้กระบวนการAIC ในการออกแบบบริการ จึงน่าจะสามารถผลิตบริการที่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนในชุมชน เป็นบริการที่มีผู้มาใช้บริการเพิ่มสูงขึ้น และ ผู้ใช้บริการพึงพอใจในบริการเพิ่มมากขึ้น

จากแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า

1. อัตราการใช้บริการ คัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ในหมู่บ้านที่ประชาชนมีส่วนร่วมสูงกว่า หมู่บ้านที่ประชาชนไม่มีส่วนร่วม
2. ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ในหมู่บ้านที่ประชาชนมีส่วนร่วมสูงกว่า หมู่บ้านที่ประชาชนไม่มีส่วนร่วม

ขอบเขตการวิจัย

1. การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาเฉพาะพื้นที่ชุมชน ซึ่งอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหันคา อำเภอยะนาค จังหวัดชัยนาท จำนวน 2 หมู่บ้าน การให้บริการเพื่อคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานครั้งนี้ เป็นการปฏิบัติงานร่วมกันเป็นทีม ของพยาบาลและประชาชนที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการหลัก และเป็นผู้รับผิดชอบการจัดบริการ บริการที่จัดขึ้นในหมู่บ้านทดลองเป็นบริการที่เกิดจากตัวแทนประชาชนร่วมกันออกแบบบริการขึ้น ส่วนบริการที่จัดขึ้นในหมู่บ้านควบคุมเป็นบริการที่ทีมพยาบาล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ให้บริการตามขั้นตอนปกติตามแนวทางปฏิบัติเดิม ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาทกำหนดให้

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
ประชากร คือ ประชาชนที่มี อายุตั้งแต่ 40 ปี ขึ้นไป ในเขตอำเภอยะนาค จังหวัดชัยนาท
กลุ่มตัวอย่าง คือ หมู่บ้าน 2 หมู่บ้าน สุ่มเลือกแบบกลุ่มโดยให้หมู่บ้านแทนกลุ่ม เป็นหมู่บ้านทดลองและหมู่บ้านควบคุม

3.ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ คือ การบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน โดยประชาชนมีส่วนร่วม

ตัวแปรตาม คือ อัตราการใช้บริการ และ ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน หมายถึง การให้บริการเบื้องต้นในการ ชักประวัติ ตรวจร่างกาย วัดความดันโลหิต และตรวจเลือด ให้กับประชาชนกลุ่มที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปี ขึ้นไป เพื่อคัดแยก ผู้มาใช้บริการเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรค และกลุ่มที่สงสัยว่าเป็นโรค รวมทั้งการให้ความรู้ คำแนะนำ เรื่องวิธีการป้องกันโรค และการปฏิบัติตัวเพื่อลดภาวะเสี่ยง และส่งต่อหรือนัดตรวจซ้ำในรายที่สงสัยว่าเป็นโรค เพื่อให้ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ที่โรงพยาบาลต่อไป

การบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน โดยประชาชนมีส่วนร่วม หมายถึง การเปิดโอกาสให้ตัวแทนประชาชนผู้ที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการ ได้แก่ ผู้นำท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และตัวแทนประชาชนผู้ใช้บริการ เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยใช้กระบวนการ AIC เพื่อร่วมกันออกแบบบริการ การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน และจัดทำแผนการจัดบริการ ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนการบริการ ระยะเวลา สถานที่ รวมทั้งผู้รับผิดชอบในแต่ละงาน จากนั้นจึงจัดบริการตามแผน

อัตราการใช้บริการ หมายถึง ร้อยละของผู้มาใช้บริการ จากการจัดการบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ต่อจำนวนประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป ทั้งหมด ในหมู่บ้าน

ความพึงพอใจของผู้มาใช้บริการ หมายถึง ความรู้สึกที่ดี ของประชาชน ผู้มาใช้บริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ที่เกิดจากการประเมินบริการ ที่ได้รับจากบริการที่จัดขึ้น ในพื้นที่ เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหั่นคา ในด้านความเพียงพอของบริการ ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการ การประสานบริการ การแสดงอหิชาติของผู้ให้บริการ ข้อมูลที่ผู้รับบริการได้รับ และคุณภาพบริการ โดยมีนิยามของแต่ละด้าน ดังต่อไปนี้

ความเพียงพอของบริการ หมายถึง มีการจัดเจ้าหน้าที่ สถานที่ และอุปกรณ์ที่ใช้ในการคัดกรองโรคที่เพียงพอ มีบริการครบวงจรตั้งแต่ การประเมินเบื้องต้น การชักประวัติ การชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น ขั้นตอนบริการเหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้บริการ

ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการ หมายถึง การที่ผู้ให้บริการ เข้ามารับบริการได้สะดวก เดินทางมารับบริการได้ง่าย ระยะทางไม่ไกลเกินไป ใช้ระยะเวลาเดินทางไม่มาก วัน เวลาที่เปิดให้บริการเหมาะสม รวมทั้งการได้รับรู้เรื่องบริการจากการประชาสัมพันธ์

การประสานบริการ หมายถึง การส่งประชาชนผู้ให้บริการ ไปตามขั้นตอนบริการต่าง ๆ เจ้าหน้าที่ที่มีความเข้าใจ ในขั้นตอนการให้บริการ สามารถแนะนำขั้นตอนการรับบริการได้อย่างต่อเนื่องและมีการติดตามผลการให้บริการ

การแสดงอรรถยาศัยของผู้ให้บริการ หมายถึง การแสดงอรรถยาศัย ท่าทาง มารยาทที่ดี พุดจาสุภาพ มีความเป็นกันเองและแสดงความสนใจ ห่วงใยของผู้ให้บริการที่มีต่อผู้ให้บริการ

ข้อมูลที่ได้รับ หมายถึง ข้อมูลเกี่ยวกับ ภาวะสุขภาพหลังจากได้รับบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ความรู้เรื่องโรค คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการป้องกันการเกิดโรค หรือลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติถ้าได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคเบาหวาน

คุณภาพบริการ หมายถึง คุณภาพของการให้บริการในภาพรวมทั้งหมด ที่ประชาชนผู้ให้บริการได้รับในทัศนะของประชาชน ที่มีต่อการใช้บริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้แผนการจัดบริการ คัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน โดยประชาชนมีส่วนร่วมในการออกแบบบริการ
2. เป็นการพัฒนา การจัดบริการพยาบาลในเชิงรุก ส่งเสริมบทบาทด้าน การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคของวิชาชีพพยาบาล
3. เป็นแนวทางสำหรับองค์กรด้านสุขภาพที่สนใจ ในการให้ประชาชนมีส่วนร่วม ในการออกแบบบริการ ในโครงการส่งเสริมสุขภาพอื่น ๆ ต่อไป
4. เป็นแนวทางสำหรับผู้ที่จะทำวิจัยเกี่ยวกับการจัดบริการ โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการออกแบบบริการ ต่อไป

สถาบันวิจัยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษา ผลของการบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมต่ออัตราการใช้บริการและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ อำเภอหันคา จังหวัดชัยนาท ผู้วิจัยได้ศึกษา ตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นพื้นฐานและแนวทางในการวิจัย ประกอบด้วยหัวข้อตามลำดับดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไปในพื้นที่เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหันคา
2. การจัดการบริการโดยประชาชนมีส่วนร่วม
 - 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการบริการ
 - 2.1.1 ความหมาย
 - 2.1.2 ลักษณะของงานบริการ
 - 2.1.3 การออกแบบบริการ
 - 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชน
 - 2.2.1 ความหมายของการมีส่วนร่วม
 - 2.2.2 ประเภทของการมีส่วนร่วม
 - 2.2.3 การมีส่วนร่วมตามกระบวนการ AIC
 - 2.2.4 การมีส่วนร่วมของตัวแทนประชาชน
3. การจัดการบริการคัดกรองโรค
 - 3.1 ความหมายของการคัดกรองโรค
 - 3.2 รูปแบบในการคัดกรองโรค
 - 3.3 การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน
 - 3.4 การจัดการบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน
4. ผลของการจัดการบริการ
 - 4.1 ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ
 - 4.2 จำนวนผู้มาใช้บริการ
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปในพื้นที่เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหันคา

การศึกษาข้อมูลทั่วไป ทำให้เข้าใจสถานการณ์ของชุมชน ทราบถึงลักษณะทางกายภาพของพื้นที่ เป็นข้อมูลที่สำคัญสำหรับการวางแผน การเตรียมการ ในการดำเนินการ ต่าง ๆ ที่จะจัดกระทำขึ้น การวิจัยครั้งนี้จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการ และจัดบริการ ขึ้นในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลหันคา ตำบลหันคา อำเภอยะนาค จังหวัดชัยนาท เนื้อหาต่อไป จึงขอกล่าวถึงข้อมูลโดยทั่วไป ในพื้นที่เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหันคา

โรงพยาบาลหันคา ตั้งอยู่ห่างจากตัวจังหวัดชัยนาท ประมาณ 43 กิโลเมตร ตั้งอยู่ห่างจากตัวอำเภอยะนาค 2.5 กิโลเมตร เดิมเป็นสถานีนามยชั้นหนึ่ง เปิดให้บริการ เมื่อปี พ.ศ. 2514 ต่อมาได้รับการยกฐานะเป็นศูนย์การแพทย์และอนามย และเป็นโรงพยาบาลขนาด 10 เตียง ตามลำดับ และเมื่อปี พ.ศ. 2538 ได้รับการยกฐานะเป็นโรงพยาบาล ขนาด 30 เตียง จนถึงปัจจุบัน โดยย้ายจากที่ตั้งเดิม หมู่ที่ 1 ตำบลหันคา ในเขตเทศบาล มาที่ หมู่ 2 บ้านคอนกะพี้ ตำบลเด่นใหญ่ ซึ่งอยู่นอกเขตเทศบาลตำบลหันคา ในปัจจุบัน ให้การบริการด้านสุขภาพกับประชาชน ในเขตอำเภอยะนาค จำนวน 10 หมู่บ้าน ในเขต 2 ตำบล ดังนี้

พื้นที่เขตรับผิดชอบ พื้นที่ตำบลหันคา 9 หมู่บ้าน คือ หมู่ 1 หมู่ 2 หมู่ 3 หมู่ 4 หมู่ 5 หมู่ 6 หมู่ 9 หมู่ 10 หมู่ 11 และในพื้นที่ตำบลเด่นใหญ่ 1 หมู่บ้าน คือ หมู่ 2

จำนวนประชากร มีจำนวนประชากร ในเขตรับผิดชอบทั้งหมด 10,050 คน แบ่งเป็น เพศชาย 4,854 คน เพศหญิง 5,196 คน

จำนวนหลังคาเรือน มีทั้งหมด 2,493 หลังคาเรือน

อาชีพ อาชีพหลักของประชาชนในพื้นที่ ได้แก่ ทำนา และทำสวน

สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน จากสถิติเวชระเบียนของโรงพยาบาลหันคา ในส่วนข้อมูลของแผนกผู้ป่วยนอก พบว่า มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมาใช้บริการทั้งหมด 672 คน และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานมาใช้บริการทั้งหมด 663 คน ต่อมา ปี พ. ศ.2543 มีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 814 คน และ 735 คน ตามลำดับ

ข้อมูลดังกล่าวไม่สามารถยืนยันได้ว่า เป็นข้อมูลภาพรวมของประชาชนทั้งอำเภอยะนาค เนื่องจาก ในอำเภอยะนาค มีโรงพยาบาลเอกชน 1 แห่ง และมีคลินิกแพทย์อีก 5 แห่ง ที่สามารถให้

บริการผู้ป่วยทั้งสองโรคนี้ได้ อีกทั้งอำเภอหันคา มีพื้นที่เขตติดต่อกับ 3 อำเภอ ที่มีโรงพยาบาลชุมชนประจำอำเภอ ได้แก่ อ.สรรคบุรี จ.ชัยนาท อ.วัดสิงห์ จ.ชัยนาท และ อ.เดิมบางนางบวช จ.สุพรรณบุรี ผู้ป่วยจึงสามารถเลือกที่จะไปใช้บริการได้หลายหน่วยบริการ ซึ่งไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวนผู้ป่วยไว้ นอกจากนี้ยังไม่มีข้อมูลที่สามารถยืนยันได้อย่างแท้จริงว่า ในแต่ละหมู่บ้านมีผู้ป่วยทั้งสองโรคนี้จำนวนเท่าไร

การวิจัยครั้งนี้ ประชากรกลุ่มเป้าหมาย คือ ประชาชน ที่มีอายุ ตั้งแต่ 40 ปี ขึ้นไป จากการศึกษารูปแบบ ในการให้ บริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ที่ทางสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดชัยนาทได้กำหนดให้ โรงพยาบาลหันคา จัดบริการดังกล่าวขึ้น ใน ปี พ.ศ. 2541 และ ปี พ.ศ.2542 ที่ผ่านมานั้น พบว่า บริการที่จัดขึ้น มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้มีความสำคัญในการให้บริการ ตารางต่อไปนี้จะขอนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปี ขึ้นไป และจำนวนอสม. ในแต่ละหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบ ของโรงพยาบาลหันคา เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการดำเนินการวิจัยต่อไป

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปี ขึ้นไป และจำนวน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในแต่ละหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลหันคา

หมู่ที่	จำนวนประชากรที่มีอายุ มากกว่า 40 ปี ขึ้นไป (คน)	จำนวนอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) (คน)
1	940	17
2 (ต.หันคา)	263	8
3	655	18
4	330	11
5	188	7
6	311	12
9	265	8
10	201	10
11	267	8
2(ต.เด่นใหญ่)	487	17

จากตารางที่ 2 จะเห็นได้ว่ามีจำนวน 3 หมู่บ้าน ที่มีจำนวนประชาชนที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป ใกล้เคียงกัน คือ หมู่ 9 มีจำนวน 265 คน หมู่ 11 มีจำนวน 260 คน และหมู่ 2 ตำบลเด่นใหญ่มีจำนวน 262 คน ซึ่งทั้ง 3 หมู่บ้านมี อสม.จำนวนเท่ากัน คือ 8 คน ซึ่งข้อมูลที่ได้จากตารางนี้ จะนำไปใช้ในการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งจะกล่าวถึงใน บทที่ 3 เรื่องการสุ่มกลุ่มตัวอย่างต่อไป

เนื้อหาต่อไป จะเป็นการทบทวนแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัย เกี่ยวกับการจัดบริการโดยให้ประชาชนมีส่วนร่วม การจัดการบริการคัดกรองโรค ผลของการจัดบริการ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และใน ส่วนท้ายจะนำเสนอกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

2. การจัดการบริการโดยให้ประชาชนมีส่วนร่วม

การจัดการบริการในปัจจุบัน ปัจจัยสำคัญที่ทำให้บริการที่จัดขึ้นประสบความสำเร็จ มีผู้มาใช้บริการตามเป้าหมาย เป็นบริการที่เกิดประโยชน์ ต่อประชาชนผู้ใช้บริการได้อย่างแท้จริงนั้น ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของประชาชนผู้มาใช้บริการ ในการช่วยกัน คิด ตัดสินใจ เกี่ยวกับลักษณะบริการที่จะจัดขึ้น การทบทวนวรรณกรรมต่อไปนี้ จะกล่าวถึง แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการบริการ และแนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชน

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการบริการ

งานบริการเป็นงานที่ครอบคลุมกิจการทุกกิจการทั้งระดับใหญ่และเล็ก กระจายอยู่ทุกส่วนของการปฏิบัติงาน และการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นงานที่ต้องใช้ความรู้ความสามารถและทักษะต่าง ๆ ผสมผสานกลมกลืน เพื่อให้บริการนั้น ๆ บรรลุวัตถุประสงค์ที่ต้องการ (พิรุณ รัตนวนิช, 2543: 6) ในส่วนของงานบริการสาธารณสุขนั้น เน้นการจัดการบริการและพัฒนา รูปแบบบริการ โดยใช้กลวิธีที่เหมาะสม และเกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาสาธารณสุขมากที่สุด ซึ่งเป็นเป้าหมายของการจัดการบริการ คือ ให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพอนามัยที่ดี หากมีโรคภัยไข้เจ็บหรือภาวะผิดปกติเกิดขึ้น ก็สามารถเข้ารับบริการรักษาได้ทันทั่วถึง หรือสามารถควบคุมสภาวะผิดปกตินั้นได้อย่างรวดเร็ว(วสุชน ต้นวัฒนกุล, 2543: 4)

2.1.1 ความหมาย

ได้มีผู้ให้ความหมายของคำว่าบริการ ไว้ดังนี้

พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2530(2532: 295) ให้ความหมายว่า บริการ หมายถึง การปฏิบัติ รับผิดชอบ การให้ความสะดวกต่าง ๆ

Webster 's School Dictionary (1980: 839) ได้ให้ความหมาย ของคำว่า Service หรือ บริการว่า เป็นอาชีพ หรือผู้มีหน้าที่ให้ การรับใช้ การเสิร์ฟ การช่วยเหลือเอื้อประโยชน์ให้ผู้อื่น เป็นงานที่ใช้มือเป็นองค์ประกอบ เป็นงานเพื่อช่วยเหลือซ่อมแซม เป็นงานที่ช่วยค้ำจุนรักษา

Kotler (1994: 464) กล่าวว่า การบริการ หมายถึง กิจกรรมใด ๆ หรือการปฏิบัติที่กลุ่ม หรือ คณะใดคณะหนึ่ง สามารถเสนอสิ่งสำคัญที่มองไม่เห็นเป็นตัวเป็นตน และไม่มีผลในการเป็นเจ้าของ ผลผลิตของการบริการอาจเป็นหรือไม่เป็นผลิตภัณฑ์ก็ได้

Markland, Vickery and Davis(1998: 44) ให้ความหมายของบริการว่า คือ กิจกรรมของ เศรษฐกิจ ที่มีผลออกมาในรูปของ เวลา สถานที่ หรือ สิ่งเป็นประโยชน์ต่อมนุษย์ ในทางจิตวิทยา

ปลายฝัน สุขารมย์(2536: 12) กล่าวว่า บริการเป็นการกระทำที่เปี่ยมไปด้วยความช่วยเหลือ การให้ความช่วยเหลือ การดำเนินการที่เป็นประโยชน์ต่อผู้อื่น

สุเทพ สังข์เพชร(2538: 53) กล่าวถึง บริการว่าเป็นงานที่ผู้ประกอบบริการให้ความสำคัญ ต่อ ลูกค้า เพราะถ้าปราศจากลูกค้าแล้ว บริการนั้นย่อมดำรงอยู่ไม่ได้

วีระพงษ์ เฉลิมจิระรัตน์(2539: 6) กล่าวว่า บริการ คือ พฤติกรรม กิจกรรม การกระทำที่ บุคคลหนึ่งทำให้แก่บุคคลหนึ่งโดยมีเป้าหมาย และความตั้งใจในการส่งมอบบริการนั้น

พิรุณ รัตนวนิช(2543: 8) กล่าวว่า บริการ คือ การกระทำที่เปี่ยมไปด้วยความช่วยเหลือ เอื้อ ประโยชน์แก่ผู้อื่นอย่างแท้จริง และตรงกับความคาดหวังของประชาชน

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า บริการ หมายถึง การดำเนินกิจกรรมใด ๆ เพื่อให้ความช่วยเหลือ อำนวยความสะดวก ในสิ่งที่จะเป็นประโยชน์ และตรงกับความคาดหวังของผู้ใช้บริการ

2.1.2 ลักษณะของงานบริการ

ลักษณะของงาน การบริการ ที่สำคัญมี 4 ลักษณะ ดังนี้ (รัชชา กุลวานิช, 2535; Kotler, 1994; ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ, 2541)

1. บริการไม่มีตัวตน (Intangibility) หมายถึง บริการเป็นนามธรรม ไม่มีตัวสินค้า ไม่สามารถมองเห็น หรือเกิดความรู้สึกได้ก่อนที่จะได้รับบริการ ผลลัพธ์จะออกมาในรูปของผลงาน (Performance) จะนับวัดหรือนำมาทดสอบโดยตรงไม่ได้ สิ่งที่ใช้บริการจะได้คือ ความพึงพอใจ ความรู้สึกคุ้มค่าที่ได้มาใช้บริการ

2. บริการไม่สามารถแบ่งแยกได้ (Inseparability) หมายถึง การผลิต การส่งมอบและการบริโภคบริการจะเกิดขึ้นพร้อมกัน ไม่อาจกำหนดความต้องการได้แน่นอน กระบวนการผลิตบริการขึ้นอยู่กับผู้ใช้บริการว่าต้องการอะไร และต้องการเมื่อใด

3. บริการมีความหลากหลายในตัวเอง (Variability of heterogeneity) หมายถึง ลักษณะของบริการไม่มีความแน่นอน อาจเปลี่ยนแปลงได้เมื่อเปลี่ยนผู้ให้บริการ เปลี่ยนผู้รับบริการ หรือแม้แต่เปลี่ยนเวลา สถานที่ สิ่งแวดล้อม ทำให้ความสม่ำเสมอ (Consistency) เกิดขึ้นได้ยาก สิ่งที่ทำให้บริการต้องการใช้ อาจจะไม่ตรงกับสิ่งที่ผู้รับต้องการได้รับ เนื่องจากการรับรู้ (Perception) หรือความเข้าใจไม่ตรงกัน

4. บริการไม่สามารถเก็บรักษาไว้ได้ (Perishability) หมายถึง บริการไม่สามารถผลิตไว้ล่วงหน้าแล้วเก็บไว้เหมือนสินค้าอื่น ถ้าความต้องการมีสม่ำเสมอ การให้บริการก็จะมีปัญหา แต่ถ้าลักษณะความต้องการไม่แน่นอน จะทำให้เกิดปัญหา คือ บริการไม่ทันหรือไม่มีผู้มารับบริการ

นอกจากนี้ วีรพงษ์ เฉลิมจิระรัตน์ (2539: 41-44) และ Markland, Vickery and Davis (1998: 44) ได้กล่าวไว้ว่า ลักษณะของงานบริการชนิดใดชนิดหนึ่ง อาจมีลักษณะจำเพาะไม่ครบทุกประเด็น แต่จะมีลักษณะใกล้เคียงในลักษณะที่กล่าวถึงดังต่อไปนี้

1. ผลผลิตที่ออกมามีลักษณะจับต้องยาก
2. ผลผลิต มีความหลากหลาย เบี่ยงเบน และหารูปแบบ ที่เป็นตัววัดเทียบ ให้ตรงกับมาตรฐานใดได้ยาก
3. งานบริการมักต้องส่งมอบ หรือถูกสัมผัส และบริโภค หรือใช้ประโยชน์จากลูกค้า หรือผู้ใช้บริการ โดยทันทีที่ผลิตออกมา
4. ในกระบวนการให้บริการจะมีการสัมผัสบริการโดยลูกค้า หรือผู้ใช้บริการเป็นส่วนมาก ตลอดกระบวนการให้บริการนั้น ๆ
5. ในกระบวนการให้บริการลูกค้า หรือ ผู้ใช้บริการ มักต้องมีส่วนร่วมในการเข้ามามีส่วนร่วมกิจกรรมในขณะที่กำลังให้บริการนั้น ๆ เป็นอย่างมาก เสมอ
6. ผู้ให้บริการมักใช้ทักษะ หรือความชำนาญเฉพาะตัวในการให้บริการแก่ลูกค้า

7. งานบริการไม่สามารถผลิตออกมาทีละมาก ๆ เหมือนการผลิตสินค้าได้
8. งานบริการต้องอาศัยการตัดสินใจ และสามัญสำนึกของผู้ให้บริการเป็นอย่างมาก
9. องค์การที่ให้บริการจะมีค่าใช้จ่าย และต้นทุนในส่วนของบุคลากรสูงกว่าด้านอื่น ๆ
10. หน่วยที่ให้บริการมักถูกกระจายอำนาจ และแจกจ่ายไปที่ตำแหน่งที่ใกล้ชิดกับลูกค้า หรือผู้ใช้บริการ

11. การวัดประสิทธิผล ของการให้บริการใดๆ ทำได้ยาก ในเชิงของตัวเลข หรือคณิตศาสตร์

12. การควบคุมคุณภาพงานบริการ มักทำได้ในเรื่องที่เกี่ยวกับการควบคุมที่กระบวนการให้บริการมากกว่า (Service process control)

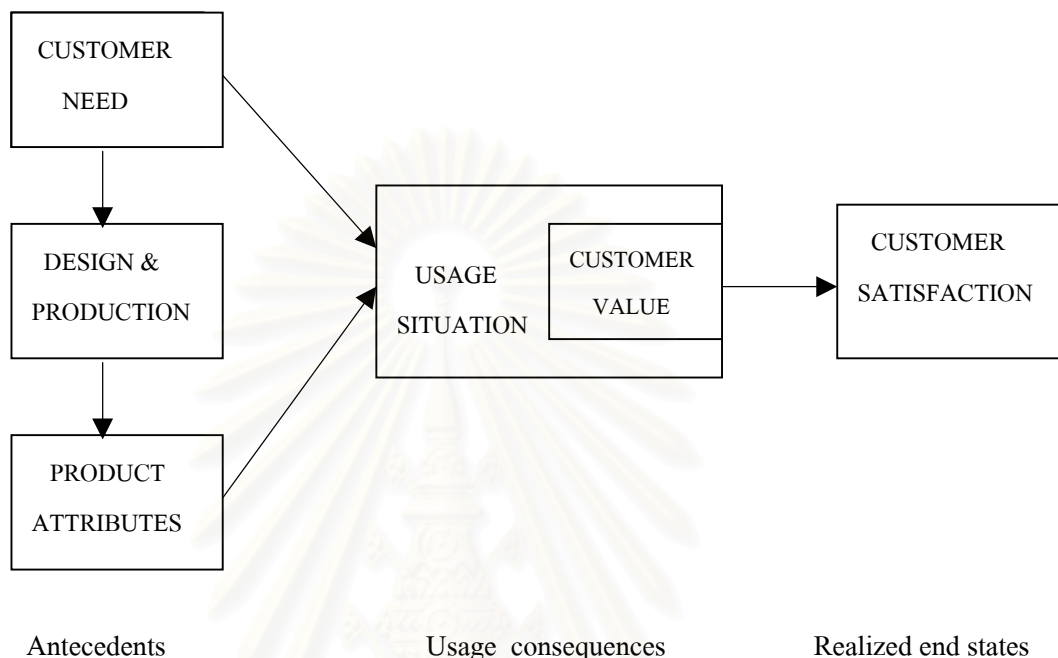
13. การกำหนดราคาบริการกำหนดให้อยู่ในระดับเดียวกัน ในแต่ละองค์กรจะทำได้ยาก

จะเห็นได้ว่างานบริการเป็นงานที่ไม่มีตัวตน จับต้องได้ยาก ต้องมีการส่งมอบ และใช้ประโยชน์โดยทันทีที่ผลิตออกมา ไม่สามารถผลิตเก็บไว้ได้ มีรูปแบบที่ไม่แน่นอน ขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ใช้บริการ

2.1.3 การออกแบบงานบริการ

แม้ว่างานบริการจะมีความแตกต่างจากสินค้า ในเรื่องที่ว่า ลักษณะของงานบริการ เป็นนามธรรมไม่มีตัวตน แบ่งแยกไม่ได้ ไม่สามารถเก็บไว้ได้ และไม่แน่นอน แต่การออกแบบบริการ ก็อาศัยแนวคิดเดียวกันกับการผลิตสินค้า คือ ให้ความสำคัญกับสิ่งที่ลูกค้า หรือผู้ใช้บริการต้องการ (Customer need) เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดลักษณะบริการที่จะจัดขึ้น ทำให้ผลิตบริการ ที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการได้อย่างแท้จริง ส่งผลให้บริการที่จัดขึ้นดี มีคุณภาพ เป็นที่พึงพอใจของผู้ใช้บริการ

แผนภูมิที่ 1 แสดงขั้นตอนในการผลิตบริการที่นำไปสู่บริการที่ผู้ใช้บริการพึงพอใจ
(Robert W. Coggin, 1994: 256)



จากแผนภูมิที่ 1 จะเห็นได้ว่า ขั้นตอนของการให้บริการมีดังนี้

1. ก่อนการผลิตบริการ ต้องมีการศึกษาความต้องการของผู้ใช้บริการ (Customer need) เพื่อให้มีข้อมูลมาประกอบการออกแบบบริการ ซึ่งจะทำได้ตรงกับความต้องการของผู้มาใช้บริการ
2. การนำเสนอบริการ ต้องคำนึงถึงสิ่งที่ผู้ใช้บริการให้ความสำคัญ (Customer value) เช่น ประโยชน์ของบริการ คุณภาพของบริการ ราคา สิ่งอำนวยความสะดวกในบริการ เป็นต้น
3. ผลลัพธ์ของการให้บริการ คือ ความพึงพอใจของผู้มาใช้บริการ (Customer satisfaction)

ดังนั้นลักษณะของงานบริการที่ดี เป็นบริการที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจ ต่อผู้มาใช้บริการได้นั้น ต้องนำความต้องการของผู้ใช้บริการมาเป็นพื้นฐานในการออกแบบบริการ การจะทราบถึงความต้องการของผู้ใช้บริการ ทำได้หลายวิธี เช่น การสำรวจโดยตรงจากผู้ใช้บริการ จากแบบสอบถาม จากการสัมภาษณ์ หรือพูดคุยกับผู้ใช้บริการ อีกวิธีหนึ่งที่สามารถทำได้ ก็คือ การให้

ผู้ใช้บริการเข้ามามีส่วนร่วมในการออกแบบบริการ ในงานบริการด้านสุขภาพผู้ใช้บริการคือประชาชน งานวิจัยครั้งนี้จึงให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการออกแบบบริการ หัวข้อต่อไปจึงขอกล่าวถึง แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชน

2. 2 แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชน

การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นพื้นฐานสำคัญ ในการแก้ไขปัญหา ในทุก ๆ ด้าน ทั้งด้านเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม สังคม การเมือง และสุขภาพ การพัฒนางานบริการด้านสุขภาพในปัจจุบันจึงมุ่งเน้น ให้ความสำคัญกับประชาชนผู้มาใช้บริการ หรือที่เรียกว่า ผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง (Client center) เนื้อหาต่อไปนี้จะกล่าวถึงความหมายของการมีส่วนร่วม ประเภทของการมีส่วนร่วม ขั้นตอนของการมีส่วนร่วม และในส่วนท้ายจะเป็นรายละเอียดเกี่ยวกับเทคนิคของการมีส่วนร่วมตามกระบวนการ AIC (Appreciation, Influence, Control)

2. 2. 1 ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชน

มีผู้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชน ไว้หลายท่าน อาทิ

สำนักงานแรงงานแห่งชาติ (International Labour Office, 1971: 7) กล่าวว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง ความร่วมมือ (Cooperating) การมีส่วนร่วมในบางสิ่งบางอย่าง รวมถึงความรับผิดชอบ

Keith (1962: 427) การมีส่วนร่วม หมายถึง การเกี่ยวข้องทางจิตใจและอารมณ์ (Mental and emotional involvement) ของบุคคลหนึ่งในสถานการณ์กลุ่ม (Group situation) ซึ่งผลของการเกี่ยวข้องดังกล่าวเป็นเหตุเร้าใจ ให้กระทำเพื่อบรรลุตามเป้าหมาย รวมทั้งทำให้เกิดความรู้สึกรับผิดชอบต่อกลุ่มด้วย

Erwin (1976: 138) การมีส่วนร่วมของประชาชน คือ กระบวนการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องใน การดำเนินงานพัฒนา ร่วมคิด ตัดสินใจ แก้ปัญหาของตนเอง เน้นการมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องอย่างแข็งขันของประชาชน ใช้ความคิดสร้างสรรค์ และความชำนาญของประชาชน แก้ไขปัญหา ร่วมกับการใช้วิทยาการที่เหมาะสม และสนับสนุนติดตามผลการปฏิบัติงานขององค์กรและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

Cohen & Uphoff(1977) การมีส่วนร่วม คือ การให้ประชาชนผู้ที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจควบคู่ไปกับการกำหนดวิธีการดำเนินการและร่วมสนับสนุนทรัพยากร หรือให้ความร่วมมือในกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งร่วมรับผลประโยชน์ และร่วมประเมินผลในโครงการที่เกิดขึ้น

กรรณิกา ชมดี(2524: 11) การมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง ความร่วมมือของประชาชนไม่ว่าของปัจเจกบุคคล หรือกลุ่มคนที่เห็นพ้องต้องกัน และเข้าร่วมรับผิดชอบเพื่อดำเนินการพัฒนาเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ต้องการโดยกระทำผ่านกลุ่ม องค์กร เพื่อให้บรรลุถึงความเปลี่ยนแปลงที่พึงประสงค์

ไพรัตน์ เตชะรินทร์ (2527: 6-7) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นกระบวนการที่รัฐบาลทำการส่งเสริม ชักนำ สนับสนุน และสร้างโอกาสให้ประชาชนในชุมชน ทั้งในรูปส่วนบุคคล กลุ่มคน ชมรม สมาคม มูลนิธิ และองค์การอาสาสมัครรูปแบบต่างๆ ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน เรื่องใดเรื่องหนึ่ง หรือหลายเรื่องรวมกัน เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ และนโยบายการพัฒนาที่กำหนดไว้

เจริญศรี แซ่ตั้ง (2542: 7) การมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง การดำเนินกิจกรรมโดยประชาชน ซึ่งจะต้องเป็นกระบวนการ ที่เกิดขึ้นโดยความสมัครใจ ของประชาชนในชุมชน รวมทั้งประชาชน จะต้องเป็นผู้มีส่วนในการตัดสินใจ กิดค้นปัญหา วางแผน ดำเนินการ และติดตามประเมินผล โดยการดำเนินการดังกล่าวจะต้องมีเป้าหมายร่วมกันที่จะแก้ไขปัญหา และนำมาซึ่งสภาพความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นของประชาชน อีกทั้งเกิดความรู้สึกรับผิดชอบร่วมกันด้วย

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง การที่ประชาชนผู้ที่เกี่ยวข้องสมัครใจเข้ามามีส่วนร่วมในการคิด ตัดสินใจ กำหนดวิธีการดำเนินการ ร่วมรับผลประโยชน์จากกิจกรรม และติดตามประเมินผล ซึ่งผลของการเกี่ยวข้องดังกล่าว เป็นเหตุเร้าใจ ให้เกิดการกระทำร่วมกัน เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย รวมทั้งเกิดความรู้สึกรับผิดชอบร่วมกัน

2. 2. 2 ประเภทของการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมของประชาชนสามารถเกิดขึ้นได้ในหลายลักษณะ

องค์การสหประชาชาติ (United Nations Department of International Economic and Social Affairs, 1981: 8) ได้อธิบายถึงลักษณะการมีส่วนร่วมของประชาชนใน 3 ลักษณะ คือ

1. การมีส่วนร่วมของประชาชนแบบเป็นไปเอง หรือแบบธรรมชาติ (spontaneous participation) เป็นการมีส่วนร่วมโดยอาสาสมัครหรือการรวมตัวกันขึ้นเองของประชาชนในการแก้ปัญหา โดยปราศจากความช่วยเหลือจากองค์การภายนอก การมีส่วนร่วมประเภทนี้เป็นสิ่งที่สะท้อนถึงการกระทำที่เป็นความสมัครใจ และเป็นอิสระ กำเนิดจากแรงจูงใจของประชาชน เป็นเพียงภาพในอุดมคติที่พบได้ยากในงานสาธารณสุข

2. การมีส่วนร่วมของประชาชนที่ถูกกระตุ้น หรือชี้นำ ชักชวนให้เกิดขึ้น (sponsored or induced participation) เป็นการเข้าร่วมโดยความต้องการ ความเห็นชอบโดยได้รับการกระตุ้น และสนับสนุน จากรัฐบาล เพื่อให้เกิดการดูแลช่วยเหลือตนเอง (aided self help) ด้วยการส่งผ่านเข้าไปให้ประชาชนในครั้งแรก และดำรงอยู่ช่วงเวลาหนึ่ง ก่อให้เกิดแรงดลใจภายใน (intrinsic motivation) ที่จะพัฒนา เกิดการร่วมรับผิดชอบในกิจกรรมที่ส่งผ่านไป การมีส่วนร่วมประเภทนี้เป็นลักษณะทั่วไปของประเทศกำลังพัฒนา

3. การมีส่วนร่วมโดยการบังคับ (coerced participation) เป็นการมีส่วนร่วมภายใต้การดำเนินการตามนโยบายของรัฐบาล ภายใต้การจัดการโดยเจตนาของเจ้าหน้าที่รัฐ หรือโดยการบังคับโดยตรง เป็นการมีส่วนร่วมที่ผู้กระทำได้ผลในทันที แต่จะไม่ได้ผลในระยะยาว และจะมีผลเสียที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากชุมชนในที่สุด

การมีส่วนร่วมของประชาชนในบริการต่าง ๆ ที่รัฐจัดขึ้น นิยมใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมในลักษณะที่ 2 คือ การมีส่วนร่วมของประชาชนที่ถูกกระตุ้น หรือ ชี้นำ ชักชวน ให้เกิดขึ้น (Mochny, 1983) ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัย จึงใช้การจัดบริการในลักษณะที่ชี้นำ ชักชวน ประชาชนเช่นกัน

2. 2. 3 ขั้นตอนของการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมสามารถแบ่งได้หลายขั้นตอนแตกต่างกัน ตามแต่วิธีการมีส่วนร่วมของประชาชน ดังที่ องค์การ และนักวิชาการต่าง ๆ ได้กล่าวไว้ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1981: 41-49) ได้เสนอรูปแบบของการมีส่วนร่วมที่ถือว่าเป็นรูปแบบที่แท้จริงนั้น จะต้องประกอบด้วยกระบวนการ 4 ขั้นตอน คือ

1. การวางแผน (Planning) ประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา จัดลำดับความสำคัญของปัญหา ตั้งเป้าหมาย กำหนดการใช้ทรัพยากร กำหนดวิธีการติดตาม และประเมินผล และประการสำคัญ คือ การตัดสินใจด้วย

2. การดำเนินกิจกรรม (Implementation) ประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมในการจัดการ และบริหารการใช้ทรัพยากร มีความรับผิดชอบในการจัดสรร ควบคุมทางการเงินและการบริหาร

3. การใช้ประโยชน์ (Utilization) ประชาชนจะต้องมีความสามารถในการนำกิจกรรม มาใช้ให้เกิดประโยชน์ได้ ซึ่งเป็นการเพิ่มระดับของการพึ่งตนเอง และการควบคุมทางสังคม

4. การได้รับประโยชน์ (Obtaining Benefits) ประชาชนจะต้องได้รับการแจกจ่าย ผลประโยชน์จากชุมชนในพื้นที่ฐานที่เท่ากัน ซึ่งอาจจะเป็นผลประโยชน์ส่วนตัว สังคมหรือวัตถุก็ได้

Cohen and Uphoff (1977: 30-58) ได้เสนอขั้นตอนการมีส่วนร่วม 4 ขั้นตอน คือ

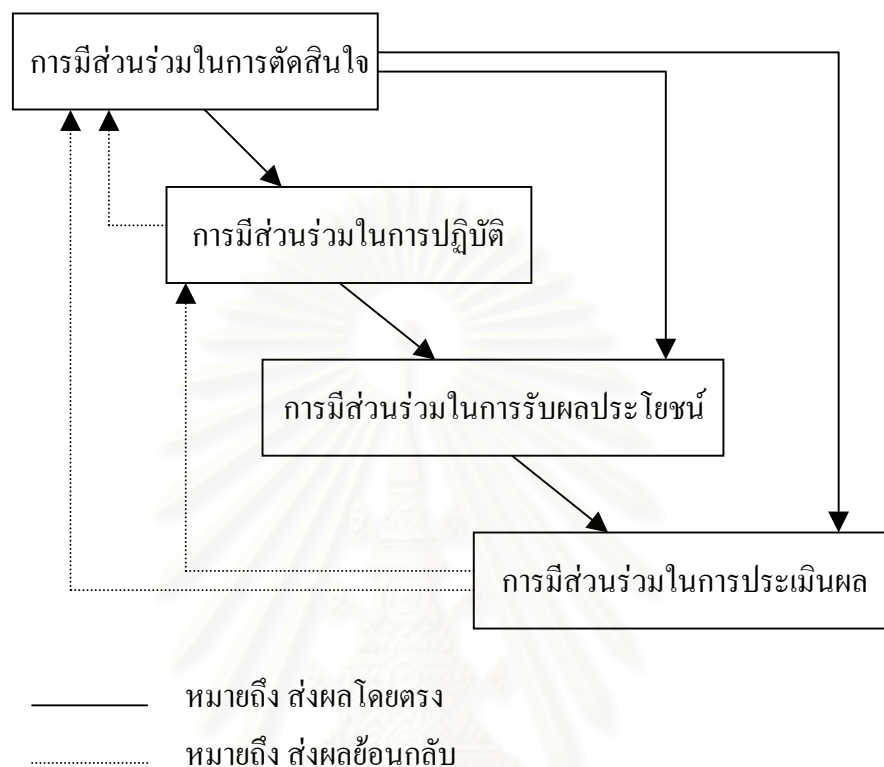
1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ(Decision Making) เป็นการมีส่วนร่วมที่เป็นการแสดงออก ด้านความคิดเกี่ยวกับการจัดระบบ หรือกำหนดระบบของโครงการ เป็นการประเมินปัญหา หรือทางเลือกที่จะสามารถเป็นไปได้ที่จะนำไปปฏิบัติเพื่อการพัฒนา โดยการประเมินสภาพที่เป็นอยู่และสาเหตุของปัญหา

2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ(Implementation) เป็นการดำเนินงานตามโครงการ และแผนงาน เพื่อก่อให้เกิดความรู้สึกร่วมในการเป็นเจ้าของกิจกรรม และผลงานที่ปรากฏ

3. การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (Benefits) ซึ่งเป็นการมีส่วนร่วม ในการเพิ่มผลผลิต รายได้ ทรัพย์สิน หรือเพิ่มคุณภาพชีวิต รวมทั้งรับผลประโยชน์ในด้านบุคคล เช่น ความนับถือตนเอง พลังอำนาจทางการเมือง เป็นต้น

4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล(Evaluation) หมายถึง การมีส่วนร่วมในการวัดผล และวิเคราะห์ผลของการดำเนินงาน รวมทั้งเป็นการค้นหาข้อดี และข้อบกพร่อง เพื่อหาแนวทางแก้ไขการทำงานให้มีประสิทธิภาพต่อไป

แผนภูมิที่ 2 แสดงขั้นตอนและความสัมพันธ์ในแต่ละขั้นตอนของการมีส่วนร่วม
(Cohen and Uphoff, 1977: 8-9)



จากแผนภูมิที่ 2 แสดงให้เห็นว่า การมีส่วนร่วมในแต่ละขั้นตอน ตั้งแต่การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผลมีความสัมพันธ์กัน ทั้งทางตรงและมีผลย้อนกลับถึงกัน

เจมส์ คีดี ปิ่นทอง (2527: 272-273) และ อคิน รพีพัฒน์ (2527: 104-111) ได้แบ่งขั้นตอนการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ เหมือนกัน ใน 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในการค้นปัญหา และสาเหตุของปัญหา เนื่องจากเหตุผลพื้นฐาน คือ ประชาชนที่ประสบปัญหา ย่อมรู้ปัญหาของตนเอง ได้ดีที่สุด
2. การมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหา ปัญหาที่เลือกมาพัฒนา ควรเป็นปัญหาที่ประชาชนเป็นผู้เลือก เพื่อความเหมาะสมกับศักยภาพของประชาชนที่มีอยู่
3. การมีส่วนร่วมในการลงทุน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านแรงงาน การร่วมแรงประกอบกิจกรรมที่จะทำให้ประชาชนมีความผูกพันมากขึ้น และก่อให้เกิดความรู้สึกร่วมกัน ในการเป็นเจ้าของกิจกรรมและผลงาน

4. การมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล เพื่อค้นหา เพื่อหาข้อดี และข้อบกพร่อง เกิดจากการดำเนินกิจกรรม นำมาเป็นบทเรียน ในการหาหนทางปรับปรุงแก้ไข และเพิ่ม ประสิทธิภาพในการทำงานต่อไป

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า ขั้นตอนการมีส่วนร่วมของประชาชน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การมีส่วนร่วมในการคิดตัดสินใจตั้งแต่การวางแผน 2) การมีส่วนร่วมในการ ปฏิบัติ หรือดำเนินกิจกรรม 3) การมีส่วนร่วมในการรับผลจากการดำเนินงาน และ 4) การมีส่วนร่วม ในการประเมินผล เมื่อนำขั้นตอนการมีส่วนร่วมดังกล่าว มาประยุกต์ใช้กับ การมีส่วนร่วมใน บริการของประชาชน จึงได้ขั้นตอนในการมีส่วนร่วมในการจัดบริการดังนี้ 1) การมีส่วนร่วมในการ วางแผนเกี่ยวกับลักษณะบริการ 2) การมีส่วนร่วมในการจัดบริการ 3) การมีส่วนร่วมในการรับผล ประโยชน์จากบริการ 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลจากบริการที่จัดขึ้น

การมีส่วนร่วมของประชาชนที่ทุกฝ่ายต่างยอมรับว่า เป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนางาน ในทุก ๆ ด้านนั้น การพัฒนางานสาธารณสุขของประเทศไทย ให้ความสำคัญเช่นเดียวกัน กระทรวง สาธารณสุขได้พยายามหาวิถีทุกวิถีทาง ที่จะให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ในการพัฒนางานด้าน สุขภาพอนามัยในชุมชน เช่น ในงานสาธารณสุขมูลฐาน ที่กำหนดอยู่ในแผนพัฒนาสาธารณสุข แห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ.2520-2524)เป็นต้นมา มีการปรับเปลี่ยนบทบาทของเจ้าหน้าที่จากเดิม เป็น ผู้ให้บริการประชาชน มาเป็นผู้กระตุ้น ผู้สนับสนุน และผู้ให้คำแนะนำ โดยให้ประชาชนเป็นผู้ให้ บริการกับประชาชนกันเอง ตัวแทนของประชาชนผู้ให้บริการอยู่ในนามของ อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข(ผสส.) คณะกรรมการหมู่บ้าน(กม.) และ กลุ่มแม่บ้าน เป็นต้น แต่จากการศึกษาของ บังอร ฤทธิภักดี(2528) และ สุมณฑา สิทธิพงศ์กุล และ ชื่นชม เจริญยุทธ (2539) พบว่าการจัดบริการสาธารณสุขมูลฐาน ที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่ รัฐเป็นผู้ กำหนดรูปแบบของการดำเนินการ ตั้งแต่การวางแผน จนถึงขั้นประเมินผล โดยให้ตัวแทนของ ประชาชน เช่น อสม. เป็นผู้ให้ความร่วมมือ เป็นการสั่งการจากบนลงล่าง และเร่งรัดให้ดำเนินการ อย่างรวดเร็ว ซึ่งถือว่า เป็นการจัดบริการโดยขอความร่วมมือจากประชาชน มากกว่าเป็นการจัด บริการโดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง

เพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมในงานบริการของสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้น ควรเปิดโอกาสให้ คนในชุมชน หรือกลุ่มผู้แทนของคนในชุมชน (Village Stakeholders) ได้มีส่วนร่วมในการคิด ตัดสินใจ วางแผนอนาคต เกี่ยวกับลักษณะบริการที่ต้องการมากขึ้น การให้ประชาชนเข้ามามี ส่วนร่วมในบริการต่าง ๆ มีหลากหลายวิธี จากการศึกษา ค้นคว้า ของผู้วิจัยพบว่า วิธีการหนึ่งที่

เหมาะสมกับ สภาพสังคมไทยในปัจจุบัน เป็นวิธีการที่มีผู้เคยทดลองนำมาใช้ในการพัฒนาหมู่บ้าน โดยให้ชาวบ้านมีส่วนร่วม แล้วประสบผลสำเร็จ สามารถดำเนินงานได้ราบรื่น และมีประสิทธิภาพ คือ การใช้กระบวนการ AIC (Appreciation, Influence, Control) (ประเวศ วะสี, 2535; อรพินท์ สพโชคชัย, 2537; ศิริวรรณ เพ็ชรสุข อัญชลี ศีลาเกษ และ วัชกรณธ์ ลือไชสงค์, 2542; จิตติมา อินทะท่ามา, 2543; Smith, 2001)

2. 2. 4 เทคนิคการมีส่วนร่วมตามกระบวนการ AIC

กระบวนการ AIC (Appreciation, Influence, Control) ถูกค้นพบ โดย นายวิลเลียม สมิธ (William E. smith) ระหว่างปี ค. ศ. 1978 – 1985 นายวิลเลียม สมิธ เป็นชาวอังกฤษ เคยเป็นผู้จัดการ ภาคสนามของบริษัทแอร์เวย์ ที่กรุงโรม ระหว่างทำงานอยู่ที่นั่น มีปรากฏการณ์อย่างหนึ่งเกิดขึ้น คือ พบว่า เกิดพลังสร้างสรรค์อย่างมหาศาล ในกลุ่มผู้ร่วมงาน ผู้ทำงานมีความสุข และกระตือรือร้น ร่วมมือร่วมใจช่วยกันทำงาน จนกระทั่งบริการของบริษัทแอร์เวย์ ได้รับรางวัลที่ 1 นายวิลเลียม สมิธ พยายามค้นหาคำอธิบาย ปรากฏการณ์ ที่เกิดขึ้น โดยการทำปริญญาดุษฎี เขาจึงค้นพบว่า พลังสร้างสรรค์ที่จะทำให้งานประสบความสำเร็จนั้น เกิดจากกระบวนการ AIC ต่อมา นายวิลเลียม สมิธ ได้ร่วมงานกับ นาง ทูริค ซาโต้ (Turid Sato) นำกระบวนการ AIC มาใช้กับโครงการให้ความช่วยเหลือ ต่าง ๆ ของธนาคารโลก จนประสบความสำเร็จ ปัจจุบันทั้งสองได้ร่วมกันตั้งสถาบันชื่อ Organizing for Development: International Institute หรือ ODII อยู่ใน รัฐวอชิงตัน ดีซี ประเทศสหรัฐอเมริกา เพื่อทำการฝึกอบรมให้เกิดพลังสร้างสรรค์ในการแก้ปัญหาต่าง ๆ โดยเฉพาะปัญหาที่ยาก ๆ โดยฝึกอบรมให้ประเทศต่าง ๆ รวมทั้งประเทศไทย ที่เคยนำมาใช้ในโครงการพัฒนางานในชนบท จนประสบความสำเร็จ

นาย วิลเลียม สมิธ และ นาง ทูริค ซาโต้ ร่วมกับสมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน และสถาบันวิจัยเพื่อพัฒนาประเทศไทย ได้นำกระบวนการAIC มาทดลองใช้ และเผยแพร่ในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2533 ต่อมาปี พ.ศ. 2536 สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย ร่วมกับสมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน และกองฝึกอบรม กรมการพัฒนาชุมชน ได้นำแนวคิดนี้ ไปดัดแปลงและฝึกปฏิบัติ ในระดับ หมู่บ้าน และตำบลจนประสบความสำเร็จ ปัจจุบันมีผู้นำกระบวนการ AIC มาประยุกต์ใช้ ในการพัฒนากิจกรรมโดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมในโครงการหรือรูปแบบบริการต่าง ๆ กัน อย่างแพร่หลาย เพื่อความเข้าใจในกระบวนการAIC มากยิ่งขึ้น เนื้อหาต่อไปจะกล่าวถึง ความหมายของกระบวนการAIC ส่วนประกอบของกระบวนการAIC หลักการกระบวนการAIC และขั้นตอนของกระบวนการAIC

2. 2. 4. 1 ความหมายของกระบวนการ AIC

จากการศึกษาได้มีผู้ให้ความหมายของกระบวนการ AIC ไว้หลายท่านดังนี้

ประเวศ วะสี(2535: 60-61) กล่าวว่า กระบวนการAIC เป็นทฤษฎีและการบริหารจัดการที่พัฒนาขึ้นมาใหม่ มีกระบวนการเรียนรู้และปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน จากการปฏิบัติจริง(Interaction Learning Through Action) ด้วยความรักหรือการเห็นคุณค่า(Appreciation) ซึ่งกันและกัน จึงสามารถเกิดพลังสร้างสรรค์(Empowerment Approach) เพียงพอที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้ โดยคำนึงถึงมิติทางสังคม จิตใจ วิทยาศาสตร์ และการบริหารจัดการ

อรพินท์ สพอิชชชัย (2537: 5) กล่าวว่า กระบวนการ AIC เป็นการประชุมที่มีวิธีการและขั้นตอนที่เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้ มีโอกาสสื่อสาร แลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ ข้อมูลข่าวสารซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดความเข้าใจของสภาพปัญหา ข้อจำกัด ความต้องการ และศักยภาพของผู้ที่เกี่ยวข้อง เป็นกระบวนการประชุมที่ระดมพลังสมองเพื่อแก้ไขปัญหา และแนวทางในการพัฒนาเชิงสร้างสรรค์ เมื่อดำเนินการถูกขั้นตอน ผลงานที่ได้จะมาจากความคิดของผู้เข้าร่วมประชุมทุกคน

พลศักดิ์ โพธิ์ศรีทอง (2539: 35-39) กล่าวว่า กระบวนการ AIC เป็นวิธีการที่ทำให้เกิดพลังสร้างสรรค์ในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ด้วยการปฏิบัติจริง สามารถทำให้ชาวบ้านและนักวิชาการหรือผู้เชี่ยวชาญร่วมมือกันนำภูมิปัญญาท้องถิ่น ซึ่งถือว่าเป็นกระบวนการเรียนรู้แบบองค์รวม (Holistic) มาทำให้เกิดพลังสร้างสรรค์ในการแก้ปัญหาและการพัฒนาที่ยั่งยืน

สมพันธ์ เตชะอธิก และคนอื่น ๆ (2540: 43-44) กล่าวว่า กระบวนการ AIC เป็นการเรียนรู้กระบวนการระดมพลังสร้างสรรค์ ที่เอื้อให้เกิดการระดมความคิดเห็น ในการกำหนดทิศทางของการพัฒนา พลังสร้างสรรค์ที่มีอยู่ในบุคคล กลุ่มคน องค์กรชุมชน และสังคม

จิตติมา อินทะท่ามา (2543: 16) กล่าวว่า กระบวนการ AIC เป็นวิธีการที่เปิดโอกาสให้กลุ่มคนหรือประชาชน เข้ามามีส่วนร่วมในการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ร่วมกัน ซึ่งจะนำไปสู่การระดมความคิดเห็นในการพัฒนาและวางแผน หาแนวทางแก้ไขปัญหามาในเชิงสร้างสรรค์ การมีส่วนร่วมตั้งแต่การร่วมคิด ร่วมวิเคราะห์ ร่วมตัดสินใจ ร่วมวางแผน และร่วมรับผิดชอบ เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ จำเป็นต้องคำนึงถึงการปฏิบัติร่วมกันด้วยความรัก ความเข้าใจ การเห็นคุณค่าซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดบรรยากาศที่เป็นมิตร สมาชิกกลุ่มสามารถ

แสดงความเห็นได้อย่างอิสระ ทำให้เกิดความคิดหลากหลายและตรงกับความต้องการ นำไปสู่การตัดสินใจและได้แนวทางแก้ไขปัญหาคือ

Smith (2001) กล่าวว่า กระบวนการ AIC เป็นการบริหารจัดการที่เกิดจากวัฒนธรรมดั้งเดิม (ancient cultural traditions) ผสมผสานร่วมกันกับ วิทยาศาสตร์สมัยใหม่ (modern sciences) เป็นปรัชญาที่เกิดขึ้นบนพื้นฐานความเข้าใจ ในความสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน รวมพลังกัน สร้างวัตถุประสงค์ โดยวัตถุประสงค์นั้นเกิดจากความต้องการของทุกคนในหน่วยงาน นั้น ๆ แล้วดำเนินการจัดการทำงาน โดยยึดวัตถุประสงค์นั้น เป็นศูนย์กลาง ผลักดันในการทำงานไปสู่ความสำเร็จ

จากแนวคิดของกระบวนการ AIC ดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า กระบวนการ AIC เป็นกระบวนการทำงาน ที่เปิดโอกาสให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกคนมีส่วนร่วม เริ่มตั้งแต่การตั้งเป้าหมายจากพื้นฐานความต้องการของผู้ที่เกี่ยวข้องร่วมกัน จากนั้น ร่วมกันคิด ร่วมวิเคราะห์ ร่วมตัดสินใจ ร่วมวางแผน และร่วมรับผิดชอบ เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ โดยปฏิบัติร่วมกันด้วยความรัก ความเห็นคุณค่าซึ่งกันและกัน ในการแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ ข้อมูลข่าวสาร ทำให้เข้าใจสภาพปัญหา ข้อจำกัด ความต้องการ และศักยภาพของผู้ที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ เป็นกระบวนการประชุมที่ระดมสมอง เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาและพัฒนางานในเชิงสร้างสรรค์ ผลงานที่ได้ เกิดจากความคิดของผู้เข้าร่วมกระบวนการทุกคน ซึ่งจะนำไปสู่การตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ไขปัญหาและวิธีดำเนินการที่ทุกคนต้องการ โดยอาศัยความรับผิดชอบร่วมกัน ในการปฏิบัติให้เป็นรูปธรรม

2. 2. 4. 2 ส่วนประกอบของกระบวนการ AIC

กระบวนการ AIC เป็นปรัชญาที่เกิดขึ้นบนพื้นฐานความเข้าใจ มีพลังแห่งความสามัคคี (Power relationship) เป็นหัวใจสำคัญที่จะทำให้เกิดการสร้างเป้าหมาย และเกิดพลังขับเคลื่อน นำไปสู่สิ่งที่ทุกคนต้องการ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้กับทุกหน่วยงาน ทั้งในภาคเอกชน สมาคม หรือ งานต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชุมชน (Smith, 2001) ซึ่งกระบวนการนี้ มีส่วนประกอบดังนี้ คือ

1. มีการตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน ในสิ่งที่จะทำร่วมกัน
2. มีการรอบความคิดที่แน่นอนว่าจะคิดในเรื่องใด เพื่อควบคุมให้เกิดการคิดแก้ปัญหา เฉพาะส่วนที่ต้องการ ไม่คิดนอกกรอบในเรื่องที่จะทำ

3. เลือกแนวทาง ที่มีอิทธิพลต่อเป้าหมายมากที่สุด เป็นแนวทางที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง กับผู้ที่เกี่ยวข้อง(Stakeholders) จากกระบวนการAIC และนำมาออกแบบการทำงาน ให้มีความเชื่อมโยงกันในแต่ละส่วน

4. ระบุกระบวนการจัดการทำงาน ที่สะดวก เหมาะสมต่อการนำไปปฏิบัติ โดยมีขั้นตอนต่อไปนี้

4.1 ทบทวนปัญหาที่มีอยู่ และหาแนวทางแก้ไข ที่สามารถเป็นไปได้

4.2 เลือกกลยุทธ์ ที่เหมาะสมในการดำเนินการ

4.3 ผู้ที่เกี่ยวข้อง มีอิสระในการเลือก แนวทางที่จะดำเนินการ ในขณะที่เดียวกัน ต้องรับผิดชอบ ต่อการตัดสินใจในสิ่งที่จะกระทำ

2. 2. 4. 3 หลักของกระบวนการ AIC

กระบวนการ AIC เป็นการบริหารจัดการ การวางแผน โดยเน้นจุดสำคัญ 4 เรื่อง คือ (สถาบันจัดการเพื่อชนบทและสังคม, ม.ป.ป.)

1) เน้นการรวมพลังเข้าด้วยกัน และการรวมพลังนี้จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สร้าง วิถีทางแห่งการเสริมสร้างพลังสร้างสรรค์ (Empowerment approach)

2) เน้นการเป็นกระบวนการ (Process) และใช้วิธีการแบบองค์รวม (Holistic) คือ มีการใช้สมองซีกซ้ายและซีกขวา มีการใช้ทั้งธรรมชาติ วิทยาศาสตร์ และการบริหารจัดการ

3) เน้นการคิดสร้างสรรค์มากกว่าการทำลาย (Positive thinking) และการเรียนรู้ จากปฏิสัมพันธ์ทางสังคมผ่านการกระทำ (Interaction learning though action) เป็นการคิดร่วมกัน ในทางสร้างสรรค์ ปฏิบัติกันด้วยความรัก เห็นคุณค่าซึ่งกันและกัน เรียนรู้ร่วมกันจากการกระทำจริง จึงจะทำให้ระบบทั้ง ระบบเกิดพลังสร้างสรรค์เพียงพอ ที่จะเปลี่ยนแปลงไปสู่ความดี

4) เน้นเรื่องอนาคต เพราะเรื่องที่เกิดขึ้นในอดีตหรือแม้ในปัจจุบันเราเปลี่ยนแปลงอะไรไม่ได้อีกแล้ว แต่อนาคตเราสามารถเปลี่ยนแปลงได้ และเมื่อเราทราบอนาคตร่วมกันแล้วพลังสร้างสรรค์ก็จะตามมา

2. 2.4. 3 ขั้นตอนของกระบวนการ AIC

AIC เป็นกระบวนการที่ได้ผ่านการวิจัยและการทดลองใช้ และมีการพัฒนาอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งวิธีการของ AIC เป็นการเชิญ ผู้ที่เกี่ยวข้องที่จะร่วมกันทำงานทั้งหมดในระบบใดระบบหนึ่งเข้ามาประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) กระบวนการนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้กับงานทุกประเภท แต่รูปแบบที่เกิดขึ้นมาแล้ว จะเหมาะสม เฉพาะงานนั้น ๆ เป็นรูปแบบเฉพาะตัว

ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ในขณะนั้น (Smith, 2001) กระบวนการ AIC ที่ใช้เป็นเครื่องมือในการหา รูปแบบการปฏิบัติงาน โดยทั่วไปจะประกอบด้วยขั้นตอน 3 ขั้นตอนเหมือนกัน ดังนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นซาบซึ่งคุณค่า (A: Appreciation) คือ การทำให้ทุกคนให้การยอมรับและชื่นชม คนอื่น โดยไม่รู้สึกรู้สีกแสดงการต่อต้าน หรือวิพากษ์วิจารณ์ ในกระบวนการขั้นนี้ทุกคนจะมีโอกาส แสดงออกอย่างทัดเทียมกัน ด้วย ภาพ ข้อเขียน หรือคำพูด ที่คิดว่าสถานการณ์ในปัจจุบันเป็น อย่างไร และทุกคนอยากเห็นความสำเร็จในอนาคตเป็นอย่างไร ซึ่งจะทำให้ทุกคนได้มีโอกาสใช้ทั้ง ข้อเท็จจริง เหตุผลและความรู้สึก ตลอดจนการแสดงออกในลักษณะต่าง ๆ ตามความเป็นจริง เมื่อ ทุกคนได้แสดงออกโดยได้รับการยอมรับจากคนอื่น ๆ จะทำให้ทุกคนมีความรู้สึกที่ดี มีความสุข มีความอบอุ่น และเกิดพลังงานขึ้นในระหว่างคนที่มาประชุมด้วยกัน

ในช่วงของการแสดงออกว่า แต่ละคนอยากเห็นความสำเร็จในอนาคตเป็นอย่างไร เป็นการใช้จินตนาการที่ไม่ถูกจำกัดด้วยปัจจัย และสถานการณ์ต่าง ๆ ในปัจจุบัน จึงทำให้เกิดความคิด สร้างสรรค์ การมองการณ์ไกล การมองภาพกว้าง และการคิดสิ่งแปลกใหม่ได้ดีกว่าการมองสภาพ ปัญหา หรืออุปสรรคขัดข้องในปัจจุบัน นั่นคือ การใช้ จินตนาการ ซึ่งจินตนาการดังกล่าวช่วยให้ เกิด วิสัยทัศน์ ได้ง่ายขึ้น และเมื่อนำวิสัยทัศน์ของแต่ละคนมารวมกันก็จะยังมีพลังมากขึ้น กลายเป็น วิสัยทัศน์ร่วม หรืออุดมการณ์ร่วม ซึ่งได้แก่ สิ่งที่มีจุดหมายปรารถนาาร่วมกัน

ขั้นที่ 2 ขั้นปฏิสัมพันธ์ หรืออิทธิพลระหว่างกัน(I: Influence) คือ การใช้ความคิดริเริ่ม สร้างสรรค์ที่แต่ละคนมีอยู่ มาช่วยกันกำหนดวิธีการสำคัญ หรือยุทธศาสตร์ ที่จะทำให้บรรลุ วิสัยทัศน์ร่วม หรืออุดมการณ์ร่วม ของกลุ่มที่มาประชุมได้ดีที่สุด ในขั้นนี้ทุกคนยังมีโอกาส ทัดเทียมกันที่จะให้ข้อคิดหา วิธีการที่สำคัญที่จะทำให้บรรลุวิสัยทัศน์ร่วมกันนั้น ประกอบด้วยอะไร บ้าง

เมื่อทุกคนได้แสดงความคิดเห็นแล้ว จะนำ “ วิธีการ ” ที่เสนอแนะทั้งหมดมาจัดหมวดหมู่ แยกแยะ และพิจารณาาร่วมกัน จนกระทั่งได้ “ วิธีการสำคัญ ” ที่กลุ่มเห็นพ้องต้องกันว่า จะนำไปสู่ ความสำเร็จตามที่กลุ่มต้องการ ในการพิจารณาเลือก “ วิธีการสำคัญ ” ดังกล่าว สมาชิกกลุ่มจะมี ปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันสูง รวมถึงการถกเถียงโต้แย้งด้วย ทั้งนี้เพื่อให้ได้ “ วิธีการ ” โดยที่ยังมี เป้าหมายหรืออุดมการณ์ร่วมกัน ฉะนั้นกลุ่มจะยังคงมีแนวโน้มที่จะรักษาความรักสามัคคีไว้โดยไม่ ยกน้ก

ขั้นที่ 3 ขั้นควบคุมไปสู่การกระทำ (C: Control) คือ การนำวิธีการสำคัญมากำหนดเป็น แผนการปฏิบัติ (Action Plan) อย่างละเอียดว่าทำอะไร มีหลักการและเหตุผลอย่างไร มีเป้าหมาย ใด ๆ ไร ใครรับผิดชอบเป็นหลัก ใครต้องให้ความร่วมมือ จะต้องใช้งบประมาณ ในการใช้จ่าย

เท่าไร มีแหล่งสนับสนุนจากที่ใดบ้าง ในขั้นนี้สมาชิกกลุ่มแต่ละคน จะเลือกเอาว่าสมัครใจเป็นผู้รับผิดชอบหลักเรื่องใด ใครจะให้ความช่วยเหลือส่วนไหน ใครจะเป็นผู้ร่วมคิดแผนปฏิบัติการข้อใด เป็นการกำหนด ข้อผูกพัน(Commitment)ให้ตนเอง เพื่อควบคุม(Control) ให้เกิดการกระทำ อันจะนำไปสู่การบรรลุผลที่เป็นเป้าหมาย หรืออุดมการณ์ร่วมกันของกลุ่มในที่สุด

จะเห็นได้ว่า กระบวนการ AIC เป็นวิธีการที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ ได้กับงานทุกประเภท โดย ให้ความสำคัญและเห็นคุณค่าของผู้ที่เกี่ยวข้องทุกคน(Stakeholder) เปิดโอกาสให้ทุกคนร่วมแสดงความคิดเห็น นำพื้นฐานความต้องการของทุกคน มาตั้งเป็นวัตถุประสงค์ ในการคิดรูปแบบการดำเนินการ ในอนาคตร่วมกัน โดยการศึกษาจากประสบการณ์ของผู้ที่เกี่ยวข้อง มีวิธีการ 3 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นซาบซึ้งคุณค่า (Appreciation) 2) ขั้นปฏิสัมพันธ์ หรือมีอิทธิพลระหว่างกัน (Influence) 3) ขั้นควบคุมไปสู่การกระทำ (Control) กระบวนการ AIC มีนักวิชาการ และ นักปฏิบัติ นำไปใช้แล้วประสบความสำเร็จ เพราะ เป็นกระบวนการ การมีส่วนร่วมที่มีประสิทธิภาพ เป็นวิธีการที่ทำให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ในการปฏิบัติการ ผู้วิจัยจึงสนใจวิธีการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยใช้ กระบวนการ AIC มาประยุกต์ใช้ ในการกำหนดแผนการจั้ดบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง และ โรคเบาหวาน ในการวิจัยครั้งนี้

การให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมโดยใช้กระบวนการ AIC ในการออกแบบบริการนั้น ใช้หลักการมีส่วนร่วมจากตัวแทนของประชาชนผู้ที่เกี่ยวข้อง เข้ามามีส่วนร่วมในการคิด ตัดสินใจ กำหนดแผนการบริการที่จะเกิดขึ้น เนื้อหาในส่วนต่อไป จึงนำเสนอในเรื่องเกี่ยวกับ ใครบ้างที่ควรเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดแผนการจั้ดบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและ โรคเบาหวาน ในครั้งนี้

2. 2. 5 การมีส่วนร่วมของตัวแทนประชาชน

การมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ส่วนใหญ่กระทำโดยผ่านกลุ่มผู้เป็นตัวแทนของประชาชน หรือองค์การจั้ดตั้งของประชาชน เพราะการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในทางปฏิบัติ นั้น ไม่สามารถนำประชาชนทุกคนในชุมชนซึ่งมีอยู่จำนวนมากเข้ามามีส่วนร่วมกิจกรรมได้ทั้งหมด ดังนั้นการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ในการออกแบบบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและ โรคเบาหวานก็เช่นเดียวกัน ต้องอาศัยตัวแทนของประชาชนผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับบริการ ได้แก่ ตัวแทนจากผู้ให้บริการ ตัวแทนผู้ใช้บริการ และตัวแทนจากกลุ่มผู้นำท้องถิ่นซึ่งเป็นบุคคลสำคัญในการทำให้โครงการที่เกิดขึ้นในชุมชนประสบความสำเร็จ (อนุภาพ ธีรลาภ, 2528; ปรัชญา เวสารัช, 2528; สัมพันธ์ เตชะอธิก, 2540; เสาวนีย์ สีสองสม, 2541)

2.2.5.1 ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับบริการ

ผู้ที่ควรมีส่วนเกี่ยวข้องในการเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดบริการด้านสุขภาพนั้น ต้องมีทั้ง ผู้ให้บริการ และผู้ใช้บริการ เพื่อที่จะสามารถผลิตบริการได้ตรงตามความต้องการของทั้งสองฝ่าย (Metsch and Veney, 1976)

ก. ผู้ให้บริการ

งานบริการสาธารณสุขในชุมชน หรือที่เรียกว่า งานสาธารณสุขมูลฐานนั้น มีความมุ่งหมาย เพื่อพัฒนาศักยภาพของชุมชน การพัฒนาดังกล่าวอาศัยกลไกของระบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) เป็นผู้สนองตอบต่อความต้องการของชุมชน มีหน้าที่รับผิดชอบให้บริการด้านสุขภาพในเบื้องต้น ต่อประชาชนในชุมชน รวมทั้งงานบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานที่เกิดขึ้นในหมู่บ้าน กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้อสม.ทำหน้าที่วัดความดันโลหิตสูงและตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ เพื่อค้นหาผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานรายใหม่ ซึ่งโครงการนี้เป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการควบคุมโรคไม่ติดต่อ ได้ดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 จนถึงปัจจุบัน

จะเห็นได้ว่าผู้ให้บริการในงานคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน คือ อสม. ดังนั้นผู้แทนประชาชนในกลุ่มผู้ให้บริการในการมีส่วนร่วมในครั้งนี้ จึงให้ตัวแทนจากกลุ่ม อสม.เข้ามาเป็นตัวแทนส่วนหนึ่งของประชาชนในการวางแผนการจัดบริการ

ข. ผู้ใช้บริการ

การให้บริการคัดกรองโรค เป็นโครงการที่ตรวจหาโรคเบื้องต้นให้กับประชาชนกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง(อมรรัตน์ รัตนสิริ และคณะ, 2541) การวางแผนการจัดบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ใช้เกณฑ์ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ที่กำหนดไว้ว่า กลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ได้แก่ บุคคลที่มีอายุ ตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป

ดังนั้นผู้ใช้บริการในการวิจัยครั้งนี้ จึงหมายถึงประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป

2.2.5.2 ผู้นำท้องถิ่น

ผู้นำท้องถิ่นเป็นปัจจัยหนึ่ง ที่มีผลต่อการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนในสังคมไทย ช่วยให้การดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในหมู่บ้านประสบความสำเร็จ จะเห็นได้จากการศึกษาดังต่อไปนี้

ปรัชญา เวสารัชช(2528) กล่าวว่า ผู้นำท้องถิ่นเป็นปัจจัยสำคัญช่วยผลักดันให้บุคคลอื่น ๆ เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาท้องถิ่น

สุจินต์ ดาววีระกุล(2528) ได้ศึกษาถึง ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการพัฒนาหมู่บ้าน ได้แก่ ตำแหน่งทางสังคมในหมู่บ้าน การรู้สึกว่าคุณมีความสำคัญต่อหมู่บ้าน รวมทั้งการได้รับการชักจูงจากกรรมการหมู่บ้าน

อานุกาฬ ธีรลาภ(2528) ได้วิเคราะห์การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชนบทพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนประการหนึ่ง คือ ความเกรงใจผู้มีสถานภาพสูงกว่า และความเชื่อถือในตัวผู้นำ

อรวรรณ จิตระวัง(2540) ได้กล่าวไว้ว่า การพัฒนาชนบทตามแนวคิดเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชน สิ่งที่สำคัญ ได้แก่ การดึงประชาชนให้เข้ามามีส่วนร่วมกัน ผู้ที่มีบทบาทสำคัญในเรื่องนี้คือ ผู้นำท้องถิ่น

เสาวนีย์ สีสองสม(2541) ศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ทำให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในโครงการป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ของชุมชนบ้านกิ้วพร้าว อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงรายนั้น สืบเนื่องมาจากลักษณะโครงสร้างทางสังคมและจิตวิทยาสังคมชุมชน ที่สำคัญ ได้แก่ ความเชื่อถือ ศรัทธา ในผู้นำชุมชน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีตำแหน่งทางสังคม บุคคลเหล่านี้ถือว่าเป็นสัญลักษณ์บุคคลที่ชาวบ้านเคารพ และเชื่อถือ ศรัทธา

จะเห็นได้ว่าผู้นำท้องถิ่นซึ่งเป็นผู้มีตำแหน่งทางสังคม เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน คณะกรรมการหมู่บ้าน เป็นต้น เป็นบุคคลที่ชาวบ้านให้ความเชื่อถือ เคารพและศรัทธา มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน สามารถจูงใจให้คนเข้ามามีส่วนร่วมทำกิจกรรมจนบรรลุตามเป้าประสงค์

จากที่กล่าวมาสามารถสรุปได้ว่า การจัดบริการที่จะเกิดขึ้นในชุมชนหรือในหมู่บ้าน จะประสบความสำเร็จได้ ต้องอาศัยตัวแทนจากประชาชนผู้ที่เกี่ยวข้อง ทั้ง 3 กลุ่ม คือ ผู้ให้บริการ ผู้ใช้บริการ และผู้นำท้องถิ่น ดังนั้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในการบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในครั้งนี้ จึงประกอบ ตัวแทนจากอสม. ซึ่งเป็นผู้ให้บริการ ตัวแทนจากประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปี ขึ้นไป ซึ่งเป็นผู้ใช้บริการ และตัวแทนจากกลุ่มผู้นำท้องถิ่นซึ่งเป็นผู้ชาวบ้านให้ความเคารพนับถือ และเป็นบุคคลที่สามารถชักจูงให้ประชาชนมามีส่วนร่วมในบริการ

3. การจัดบริการคัดกรองโรค

การคัดกรองโรคเป็นการพยายามค้นหาโรคที่ยังหาไม่พบ หรือหาปัจจัยเสี่ยงของโรคให้ได้ ตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น เพื่อยับยั้ง หรือลดการเกิดโรคต่าง ๆ งานสาธารณสุข มีการใช้กระบวนการคัดกรองโรค กันอย่างกว้างขวาง การคัดกรองมักเกิดขึ้นเมื่อมีการระบาดของโรค ที่เป็นปัญหา และส่งผลกระทบต่อรุนแรง เพื่อช่วยควบคุมและป้องกันโรค เนื้อหาต่อไปจะกล่าวถึงการคัดกรองโรคที่เกี่ยวข้องอย่างไรกับการบริการสาธารณสุข ความหมายของการคัดกรองโรค รูปแบบการคัดกรองโรค และ การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน

การคัดกรองโรคเป็นการ ป้องกันโรคในระดับทุติยภูมิ จากการแบ่งระดับของการป้องกันโรค ตามขั้นตอนการดำเนินโรค ของ Mauner and Bahn (1979: 9-10) ที่แบ่งไว้ 3 ระดับ คือ

1. การป้องกันโรคในระดับปฐมภูมิ (Primary prevention) หมายถึง การป้องกันการเกิดพยาธิสภาพหรือการเป็นโรคใดๆ โดยการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

2. การป้องกันโรคในระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) หมายถึง การจำกัดหรือหยุดยั้ง การเจริญเติบโตของโรค ช่วยลดระยะเวลาการเจ็บป่วย และระยะการติดต่อของโรค การป้องกันระดับนี้ส่วนใหญ่ จะกระทำ ในระยะก่อนมีอาการ และขณะมีอาการของโรคเกิดขึ้น การป้องกันระยะนี้ประกอบด้วย

2.1 การค้นหาผู้ป่วยในระยะที่ยังไม่มีอาการ(Early detection of asymptomatic case) ส่วนใหญ่ตรวจพบโดยการคัดกรองโรค (Screening of disease)

2.2 การวินิจฉัยผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วเมื่อพบมีอาการ(Early diagnosis of symptomatic case)

3. การป้องกันโรคในระดับตติยภูมิ (Tertiary prevention) หมายถึง การป้องกันมิให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคอยู่แล้วมีภาวะแย่ลง ให้สามารถทำหน้าที่ของตนได้เต็มความสามารถที่เหลืออยู่ โดยการจำกัดความเป็นโรคมิให้ลุกลามต่อไป และการฟื้นฟูสภาพทั้งร่างกายและจิตใจ

นโยบายการปฏิรูปสุขภาพในปัจจุบัน มุ่งเน้น “ การสร้างสุขภาพ ” ปรับเปลี่ยนจาก “ ระบบตั้งรับ ” ที่รอให้เป็นโรคแล้วจึงมารักษา มาเน้น “ ระบบเชิงรุก ” รุกออกไปสร้างสุขภาพที่ดีให้แก่ประชาชน ไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยที่ไม่จำเป็น การทำให้สุขภาพดี จะทำให้ระบบเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่า การรอรับการรักษา และฟื้นฟูเมื่อสุขภาพเสียแล้ว(สถาบันพัฒนาระบบสาธารณสุข, 2543) จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์(2543) กล่าวว่า ระบบสุขภาพเชิงรุกนั้นต้องให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพ(Health promotion) และการป้องกันควบคุมโรค (Disease prevention)

ดังนั้น การคัดกรองโรค จึงเป็นส่วนหนึ่ง ของการป้องกันโรคแบ่งทุติยภูมิ (Secondary prevention) นับว่าเป็นงานที่กระทรวงสาธารณสุขกำลังสนใจ และให้ความสำคัญ เพราะเป็นการให้บริการสุขภาพ ในเชิงรุก

3.1 ความหมายของการคัดกรองโรค

จากการศึกษาได้มีผู้ให้ความหมายของการคัดกรองโรคไว้ หลายท่าน ดังนี้

ไพบุลย์ สุริยวงษ์ไพศาล (2537: 94) การคัดกรองโรค คือ การค้นหาภาวะผิดปกติก่อนการวินิจฉัย ด้วยวิธีมาตรฐาน และนำไปสู่การรักษาที่ได้ผลดีกว่าการไม่คัดกรอง

จิตร สิทธิอมร และ วัฒนา ศ. จันเจริญ (2541: 37) การคัดกรองโรคเป็นการค้นหาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของร่างกาย เช่น ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน เพื่อแนะนำ วางแผนให้การรักษาต่อไป นับเป็นกระบวนการด่านแรก ในการวางแผนเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค

สามารถ นิธินันท์ (2542: 161) การคัดกรองโรคเป็นการตรวจหาโรคที่ยังไม่ปรากฏอาการ ซึ่งการตรวจคัดกรองจะทำในโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศ เป็นโรคที่พบบ่อย หรือก่อให้เกิดอัตราตายหรือทุพพลภาพได้สูงแต่สามารถรักษาป้องกันได้

Valanis (1986: 327) การคัดกรองโรค คือ การค้นหาโรค หรือสิ่งผิดปกติ จากคนทั่วไป โดยการทดสอบ การตรวจร่างกาย หรือใช้กระบวนการอื่น ๆ ที่สามารถตรวจค้นหา ได้สะดวก รวดเร็ว และเสียค่าใช้จ่ายไม่มาก

Robert H. Fletcher, Suzanne W. Fletcher and Edward H. Wagner(1997: 193) การคัดกรองโรคเป็นการพยายามค้นหาโรคที่ยังหาไม่พบ หรือ หาปัจจัยเสี่ยงของโรค อาจทำได้โดยการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือ การทำหัตถการบางอย่าง ซึ่งการดำเนินการเหล่านี้จะต้องทำได้อย่างรวดเร็ว การคัดกรองเหล่านี้ มีไว้เพื่อช่วยค้นหาผู้ป่วย หรือ หาปัจจัยเสี่ยงของโรคจากคนปกติ การคัดกรองโรคเป็นส่วนหนึ่งของการป้องกันทั้งแบบปฐมภูมิ และทุติยภูมิ

สรุปได้ว่า การคัดกรองโรคเป็นการพยายามค้นหาโรคที่ยังหาไม่พบ หรือหาปัจจัยเสี่ยงของโรค อาจทำได้โดยการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือการทำหัตถการบางอย่าง ซึ่งการดำเนินการเหล่านี้จะต้องทำได้อย่างรวดเร็ว การคัดกรองเหล่านี้มีได้เพื่อช่วยค้นหาผู้ป่วยหรือปัจจัยเสี่ยงของโรคจากผู้ซึ่งดูเหมือนว่าปกติออกจากคนปกติ

3.2 รูปแบบในการคัดกรองโรค

การคัดกรองโรค แบ่งตามลักษณะการตรวจค้นหาโรค ตามประชากรกลุ่มเป้าหมาย ได้ 2 ลักษณะ คือ การคัดกรองโรคแบบเฉพาะเจาะจง (Selective screening) และ การคัดกรองโรคในประชาชนกลุ่มใหญ่ (Mass screening) ซึ่งใน 2 ลักษณะนี้ จะมีการทดสอบในเงื่อนไขที่แตกต่างกัน อีก 2 แบบ คือ การคัดกรองโรคเพื่อค้นหาโรคเพียงโรคเดียว (Single disease screening) และการคัดกรองโรคในหลายระยะ (Multiphasic screening) เป็นการค้นหาโรคที่อาจเกิดขึ้นได้ในช่วงเวลานั้น ๆ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (Valanis, 1986; Farmer, Mailler and Lawrenson, 1996)

2.2.1 การคัดกรองโรคแบบเฉพาะเจาะจง (Selective screening) คือ การตรวจคัดกรองโรคในประชาชนกลุ่มที่พบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงหรือเป็นประชาชนกลุ่มที่มีการเปลี่ยนแปลงตามเงื่อนไขของภาวะสุขภาพ

การคัดกรองโรคเพื่อค้นหาโรคเพียงโรคเดียว (Single disease screening) เช่น การตรวจหาโครโมโซมที่ผิดปกติในทารกของหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุ มากกว่า 35 ปี หรือการตรวจเสมหะหาเชื้อวัณโรคให้กับผู้ที่ดูแลผู้ป่วยวัณโรค เป็นต้น

การคัดกรองโรคในหลายระยะ (Multiphasic screening) เช่น การตรวจก่อนคลอดในหญิงตั้งครรภ์ การตรวจ สุขภาพก่อนจ้างงานในกลุ่มอาชีพเสี่ยง เป็นต้น

2.2.2 การคัดกรองโรคในประชาชนกลุ่มใหญ่ (Mass screening) คือ การคัดกรองโรคในประชาชนเป็นจำนวนมาก ในประชาชนที่ไม่สามารถหนดกลุ่มเสี่ยงสูงได้ เพื่อต้องการคัดกรอง

ให้ครอบคลุมกลุ่มประชากรเป้าหมาย การคัดกรองแบบนี้ จะจำกัดอยู่เฉพาะตัวแปรสำคัญที่เกี่ยวกับโรค เช่น อายุ เพศ อาชีพ หรือพื้นที่อาศัย

การคัดกรองโรคเพื่อค้นหาโรคเพียงโรคเดียว (Single disease screening) เช่น การค้นหาภาวะพร่องไทรอยด์ในทารกแรกเกิดทุกราย การตรวจหาน้ำตาลในเลือดในประชาชนที่มีอายุ 40 ปี ขึ้นไป เพื่อที่จะคัดกรองโรคเบาหวาน เป็นต้น

การคัดกรองโรคหลายระยะ (Multiphasis screening) เช่น การตรวจสุขภาพประจำปีให้กับพนักงานในโรงงาน การตรวจสุขภาพสตรีวัยทอง เป็นต้น

การวิจัยครั้งนี้ คัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน โดยตรวจคัดกรอง ให้กับประชาชน ใน 2 หมู่บ้าน เขตอำเภอหันคา จังหวัดชัยนาท เลือกคัดกรองประชาชนเฉพาะกลุ่มอายุ 40 ปี ขึ้นไป จึงจัดว่าเป็น การคัดกรองโรคในประชาชนกลุ่มใหญ่ (Mass screening)

3.3 การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน

การตรวจคัดกรองจะทำในโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศ เป็นโรคที่พบบ่อย หรือก่อให้เกิดอัตราตายหรือทุพพลภาพได้สูงแต่สามารถรักษาป้องกันได้ (สามารถ นิธินันท์, 2542: 161)

โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นโรคไม่ติดต่อที่เป็นสาเหตุการตาย สูงเป็นอันดับ 1 มาโดยตลอด จากสถิติของสำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534 พบประชากรตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 54.7 ต่อ ประชากรแสนคน จนถึงปัจจุบัน พ.ศ.2541 พบเพิ่มขึ้นเป็น 65.4 ต่อประชากรแสนคน ทั้งโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน เป็นโรคนำเหตุที่สำคัญของโรคหัวใจและหลอดเลือด (Americar Heart Association, 1998; กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2541) โรคกลุ่มนี้ เป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรม หรือแบบแผนการดำเนินชีวิตของบุคคล ที่สามารถป้องกันได้ (Edin and Gulanlay, 1985; Selwyn, Kinlay and Ganz, 1997)

กระทรวงสาธารณสุขมีโครงการ เร่งรัดการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน เพื่อจะควบคุม โรคหัวใจและหลอดเลือด ตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2529 - 2534) ต่อมาปี พ.ศ. 2536 ได้นำโครงการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ร่วมไปกับกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานและการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข แต่แนวโน้มการตาย หรือการป่วยของโรคกลุ่มนี้ยังมีการขยายตัวของปัญหา เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และรุนแรง (สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2542) เพื่อการพัฒนาบริการต่าง ๆ ในการแก้ไขปัญหาที่ต่อเนื่อง ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544) ได้ตั้งเป้าหมาย ให้ลดอัตราการตาย จากโรคหัวใจและหลอดเลือด เหลือไม่เกิน 50 ต่อประชากรแสนคน แต่ยังไม่สามารถลดอัตราการตายด้วยโรคดังกล่าวได้ ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545-2549) ในปัจจุบัน จึงนโยบายที่ต่อเนื่อง โดยตั้งเป้าหมายว่าจะลดอัตราการตาย จากโรคหัวใจและหลอดเลือด ให้เหลือไม่เกินร้อยละ 80 ต่อประชากรแสนคน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท ได้มีมาตรการดำเนินการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน มาตั้งแต่ ปี 2540 เนื่องจาก ในเขตจังหวัดชัยนาทมีอัตราการตายของโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่า เป้าหมายที่กำหนดไว้ ดังข้อมูลที่แสดงไว้ในตารางที่ 2

ตารางที่ 3 แสดงอัตราการตายของโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตจังหวัดชัยนาท (งานส่งเสริมสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท,2545)

ปี พ.ศ.	อัตราการตายของโรคหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ ต่อ ประชากรแสนคน)
2540	176.7
2541	88.3
2542	90.7
2543	115.68
2544	104.92

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่าการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการพัฒนาสาธารณสุขของประเทศ การคัดกรองโรคให้ได้ตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกจะช่วยลดอัตราการตาย และความพิการจากโรค ลดผลกระทบของโรคต่อชุมชนต่อไปจะขอกล่าวถึงเรื่องเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน

3.3.1 โรคความดันโลหิตสูง

1. คำจำกัดความของโรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิต หมายถึง ความดันเลือดต่อผนังหลอดเลือดแดง ความดันโลหิตสูง เป็นภาวะที่มีการเบี่ยงเบนของระดับ ความดันโลหิตจากปกติ ซึ่งยังหาเส้นแบ่งที่ชัดเจนไม่ได้ ระหว่างระดับความดันโลหิตปกติและระดับความดันโลหิตสูง ตามมาตรฐาน WHO/ISH (World Health Organization / International Society of Hypertension) ได้กำหนดเกณฑ์ในการวินิจฉัยความดัน

โลหิตสูงจากระดับความดันโลหิตที่สัมพันธ์ โดยตรงกับความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Disease – CVD) คือ ความดันโลหิตที่วัดอย่างถูกต้องหลาย ๆ ครั้งในต่างวาระที่ Systolic Blood Pressure (SBP) \geq 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ Diastolic Blood Pressure (DBP) \geq 90 มิลลิเมตรปรอท (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, มปป)

2. แนวทางในการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง

สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข(2541) ได้ปรับแนวทางการคัดกรองภาวะความดันโลหิตสูง เพื่อให้กระบวนการใช้เครื่องมือคัดกรองกลุ่มเสี่ยงมีความเฉพาะในการกรองกลุ่มประชากรที่สงสัยว่ามี ภาวะความดันโลหิตสูงได้แม่นยำขึ้น โดยมีแนวทางการคัดกรองดังนี้

1. กลุ่มเสี่ยงที่เป็นกลุ่มเป้าหมายได้แก่ประชากรทุกคนที่อายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป

2. ในการวัดความดันโลหิตได้กำหนดเกณฑ์ขั้นพื้นฐานดังนี้เมื่อวัดความดันโลหิตให้ใช้เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดปรอท และแนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับระดับความดันโลหิต ดังต่อไปนี้

2.1 ระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ให้ตรวจวัดความดันโลหิตทุกปี

2.2 ระดับความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป ให้ตรวจวัดความดันโลหิต ทุกสัปดาห์ ติดต่อกัน 3 ครั้ง โดยอาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) และถ้าความดันโลหิตที่วัดได้ ยังคงได้มากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไป ให้ส่งสถานอนามัย หรือโรงพยาบาลชุมชน

2.3 ระดับความดันโลหิตมากกว่า 180/110 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป หรือ ต่ำกว่า 180/110 มิลลิเมตรปรอท และมีอาการที่เกี่ยวข้องกับระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น เวียนศีรษะ เจ็บหน้าอก ให้ส่งโรงพยาบาลชุมชนโดยเร็วที่สุดทันที และอย่างน้อยที่สุดต้องไม่เกิน 1 สัปดาห์

3. เกณฑ์ในการวินิจฉัยและการสังเกตติดตามดูแลโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจุบันสำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้สร้างเกณฑ์ตัดสินระดับความดันโลหิตสูง ที่อิงจาก รายงานการสัมมนาแนวทางการดูแลรักษาภาวะความดันโลหิตสูงในประเทศไทย (พ.ศ. 2538) ร่วมกับผลการรายงาน แนวทางการดูแลรักษาภาวะความดันโลหิตสูงขององค์การอนามัยโลก ในปี พ.ศ. 2539 และ The Sixth Report the Joint National Committee on Prevention Detection Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (1997) สรุปดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เกณฑ์การตัดสินใจระดับความดันโลหิตสูง (ประยุกต์จาก JNCV)

	Systolic Hypertention	และ	Diastolic hypertention	Observation
ปกติ	< 130		< 85	- ในประชาชนอายุ < 40 ปี วัดความดันโลหิตทุก 2 ปี - ในประชากรอายุ > 40 ปี วัดความดันโลหิตทุกปี
ปกติค่อนข้างสูง	130-139	หรือ	85-89	- วัดความดันโลหิตทุก 6 เดือน และให้ศึกษาเรื่องการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Life style modification)
ความดันโลหิตสูง ระยะที่ 1 (Stage 1) (ความดันสูงเล็กน้อย)	140-159	หรือ	90-99	- วัดความดันโลหิตซ้ำใน 2 เดือน หากไม่มีปัจจัยเสี่ยงร่วมให้ สังเกตอาการ 12 เดือนร่วมกับ การรักษาชนิดไม่ใช้ยา - หากมีปัจจัยเสี่ยงร่วม ให้สังเกต อาการ 6 เดือน หลังจากเริ่ม รักษา
ระยะ 2 (Stage 2) (ความดันสูงเล็กน้อย)	160-179	หรือ	100-109	- ประเมินรักษาหรือส่งต่อเพื่อ รักษาภายใน 1 เดือน
ระยะ 3 (Stage 3) (ความดันสูงรุนแรง)	≥ 180	หรือ	≥ 110	- รักษาหรือส่งต่อเพื่อ รักษาทันที หรือภายใน 1 สัปดาห์
(ความดันสูงรุนแรงมาก)	≥ 180		≥ 110	- รักษาหรือส่งต่อเพื่อ รักษาทันที

เนื่องจากความดันโลหิตที่วัดได้มักไม่คงที่ การวินิจฉัยความดันโลหิตสูงจึงควรขึ้นกับการวัดหลาย ๆ ครั้งในต่างวาระ โดยให้ผู้รับบริการอยู่ในท่านั่งและใช้เครื่องวัดความดันโลหิตที่เป็นปรอท หรือ เครื่องมือชนิด Digital ซึ่งได้รับการตรวจเช็คความถูกต้องเป็นระยะ ๆ โดยเทียบกับเครื่องวัดชนิดปรอท ขั้นตอนในการวัดความดันโลหิตที่ถูกต้องคือ

- ให้ผู้รับบริการนั่งพักเป็นเวลา 5 นาทีก่อนวัด
- ใช้ Arm Cuff ซึ่งมีถุงลมขนาด 12-13 ซม. × 35 ซม. และใช้ Arm Cuff ที่ใหญ่ขึ้น

หากแขนผู้รับบริการใหญ่

- พัน Arm Cuff ที่แขนในระดับเดียวกับหัวใจ ไม่ว่าผู้รับบริการจะอยู่ในท่าใดก็ตาม
- ใช้เสียง Korotkoff Phase (เสียงหาย) เป็น DBP
- วัดความดันโลหิตที่ต้นแขนทั้ง 2 ข้าง ในการตรวจผู้รับบริการครั้งแรก
- วัดความดันโลหิตในท่ายืนด้วยในผู้รับบริการที่สูงอายุและเป็นเบาหวาน

3.3.2 โรคเบาหวาน

1. คำจำกัดความของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเป็นกลุ่มโรคทางเมตาบอลิซึมซึ่งก่อให้เกิดระดับน้ำตาลในเลือดสูง อันเป็นผลมาจากความผิดปกติในการหลั่งอินซูลินหรือความผิดปกติในการออกฤทธิ์ของอินซูลิน หรือทั้งสองอย่าง การที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน ๆ ในโรคเบาหวานจะก่อให้เกิดความผิดปกติ และการทำงานต่ออวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายได้แก่ ตา ไต เส้นประสาท หัวใจ และหลอดเลือด ความผิดปกติพื้นฐานทางเมตาบอลิซึมของคาร์โบไฮเดรต ไขมัน และโปรตีนในโรคเบาหวานนั้น เป็นผลมาจากการหลั่งอินซูลินที่ไม่เพียงพอ และ/หรือการที่เนื้อเยื่อตอบสนองต่ออินซูลินลดลง ความผิดปกติในการหลั่งอินซูลิน และความผิดปกติในการตอบสนองของเนื้อเยื่อต่ออินซูลินมักจะพบร่วมกันได้บ่อยในคนเดียวกัน ซึ่งบ่อยครั้งเป็นการยากที่จะบอกว่าจะอะไรเป็นสาเหตุเริ่มต้น ในการทำให้เกิดระดับน้ำตาลในเลือดสูง (สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, 2543)

2. การจำแนกประเภทโรคเบาหวาน

สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย (2543) จำแนกประเภทโรคเบาหวานโดยยึดหลักของสหพันธ์โรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา พ.ศ. 2540 ซึ่งจำแนกเป็น 4 ชนิดดังนี้

โรคเบาหวานชนิดที่ 1 หมายถึง โรคเบาหวานชนิดที่เกิดจากการทำลายเบตาเซลล์ของตับอ่อน ส่วนใหญ่จะเกิดจาก Autoimmune ส่วนน้อยจะไม่ทราบ สาเหตุโรคเบาหวานชนิดนี้ในที่สุดจำเป็นต้องใช้อินซูลิน เพื่อป้องกัน การเกิดภาวะ Ketoacidosis

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 หมายถึง โรคเบาหวานชนิดที่เกิดจากภาวะดื้ออินซูลินร่วมกับ ความผิดปกติในการหลั่งอินซูลินของตับอ่อน

โรคเบาหวานชนิดอื่น ได้แก่ โรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติของฮอร์โมน ยา หรือสารเคมี และอื่น ๆ

โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ หมายถึง โรคเบาหวาน หรือ ความผิดปกติของความทน ต่อกลูโคสที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกขณะตั้งครรภ์

3. แนวทางคัดกรองโรคเบาหวาน

ชมรมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน (2544: 10) ได้แนะนำการตรวจหาโรคเบาหวาน ใน คนปกติว่า ปัจจุบันยังไม่แนะนำให้ตรวจหา Immune Marker ต่าง ๆ เพื่อค้นหาผู้ป่วยที่เป็นโรค เบาหวานชนิดที่ 1 (นอกจากงานวิจัย) เนื่องจากอุบัติการณ์ของโรคนี้พบได้น้อยมากและยังไม่ทราบ ว่ามีวิธีการรักษาใดที่ได้ผลดีที่สุดและปลอดภัยที่สุดในการป้องกันหรือชะลอการเกิดโรคเบาหวาน ชนิดที่ 1 ได้ ส่วนโรคเบาหวานชนิดที่ 2 นั้นพบได้บ่อยพอสมควร ในสหรัฐอเมริกาพบว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดนี้ไม่ทราบว่าตัวเองเป็นโรคเบาหวานมาก่อนที่จะพบจากการตรวจโรค จากหลักฐานทางระบาดวิทยาพบว่าโรคแทรกซ้อนทาง Retinopathy จะเริ่มเกิดขึ้นอย่างน้อย 7 ปี ก่อนที่จะมีอาการของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เกิดขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่มี อาการ (Undiagnosed diabetes) ยังพบว่าเพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ อัมพาต และเส้นเลือดปลายขาตีบตันอีกด้วย ดังนั้นการค้นหาผู้ป่วยเหล่านี้จึงมีความสำคัญเพื่อที่ จะให้การรักษาดังแต่ระยะเริ่มต้น เพื่อเป็นการลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้น อย่างไรก็ตาม ในทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขเมื่อคำนึงถึง Cost-effectiveness การตรวจชนิดที่ 2 นี้ควรทำเฉพาะ ประชาชนที่มีความเสี่ยงสูงเท่านั้น

สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2541: 20) ได้พัฒนา คุณภาพเกี่ยวกับการคัดกรองโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หรือ โรคเบาหวานไม่พึ่งอินซูลิน ดังนี้

1. ประชากรทุกอายุต้องตรวจคัดกรองในกรณีที่มีอาการนำสงสัย ว่าเป็นโรคเบาหวาน (Clinical sign)

2. ประชากรอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป ร่วมกับมีปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อย 1 ปัจจัย ควรต้อง ตรวจคัดกรองโรคได้แก่

- 2.1 มีญาติสายตรงคนใดคนหนึ่งเป็นโรคเบาหวาน
- 2.2 น้ำหนักเกิน/อ้วน (ดัชนีมวลกาย (BMI) ≥ 25)
- 2.3 มีภาวะความดันโลหิตสูง
- 2.4 มีไขมันในเส้นเลือดสูง

2.5 มีประวัติการเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ หรือมีประวัติการคลอดบุตร น้ำหนักเกิน 4 กิโลกรัม

2.6 มีประวัติน้ำตาลในเลือดสูง ตัวใดตัวหนึ่ง

2.6.1 ระดับกลูโคสในพลาสมาขณะอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (Fasting Plasma Glucose – FPG) อยู่ในช่วง 110-125 มก./ค.ล.

2.6.2 ระดับกลูโคสในพลาสมาที่ 2 ชั่วโมง หลังการดื่มน้ำตาลกลูโคส 75 กรัม (Impaired Glucose Tolerance – IGT) อยู่ในช่วง 140-199 มก./ค.ล.

3. เกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคเบาหวาน (สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, 2543)

การวินิจฉัยว่าเป็น “เบาหวาน” เมื่อผลการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการมีค่าดังต่อไปนี้

3.1 ระดับกลูโคสในพลาสมาขณะอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (Fasting Plasma Glucose) มากกว่าหรือเท่ากับ 126 มก./ค.ล. อย่างน้อย 2 ครั้ง หรือ

3.2 ระดับกลูโคสในพลาสมาเวลาใดก็ได้ (Random Plasma Glucose) มากกว่าหรือเท่ากับ 200 มก./ค.ล. ร่วมกับมีอาการของโรคเบาหวาน (ปัสสาวะบ่อย คิมน้ำมาก น้ำหนักตัวลดไม่ทราบสาเหตุ) หรือ

3.3 ระดับกลูโคสในพลาสมาที่ 2 ชั่วโมง หลังการดื่มน้ำตาลกลูโคส 75 กรัม (2 Hour Oral Glucose Tolerance Test) มากกว่า หรือเท่ากับ 200 มก./ค.ล. อย่างน้อย 2 ครั้ง

3.4 การจัดการบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน

การจัดการบริการเพื่อคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน เป็นส่วนหนึ่งของงานควบคุมโรคติดต่อ ที่กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญตลอดมา เพื่อใช้เป็นแนวทางในการควบคุมอัตราการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือด จะเห็นได้จากการที่กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้ทุกจังหวัด ทำโครงการควบคุมโรคดังกล่าว ตั้งแต่ปี พ.ศ.2529 และมีการเร่งรัดให้คัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานอย่างจริงจังมากขึ้น ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540 - 2544) ต่อเนื่องมาถึงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545 - 2549) ในปัจจุบัน

โรงพยาบาลหันคา อำเภอยะนาค จังหวัดชัยนาท อยู่ในสังกัดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท ได้สนองนโยบายสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท ในเรื่องการควบคุมโรคไม่ติดต่อ โดยให้พยาบาลอนามัยชุมชนในฝ่ายส่งเสริมสุขภาพพร้อมกับ อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน

(อสม.) ร่วมกันดำเนินการจัดโครงการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 โดยใน ปี พ.ศ. 2541 และ พ.ศ. 2542 ที่ผ่านมา ได้จัดบริการคัดกรองโรคดังกล่าวขึ้น ในอำเภอห้วยคา ปีละ 1 หมู่บ้าน และต่อมาปี พ.ศ.2544 นี้ได้จัดให้มีการคัดกรองโรคนี้ขึ้นอีก ใน 2 หมู่บ้าน ผลจากการจัดบริการที่ผ่านมา พบว่า ไม่ประสบความสำเร็จเนื่องจากมีประชาชนในกลุ่มเป้าหมาย มาคัดกรองโรคเพียง ประมาณ ร้อยละ 30 จากการเก็บข้อมูลเบื้องต้น โดย การสัมภาษณ์ ประชาชน กลุ่มเป้าหมาย อสม. และเจ้าหน้าที่ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลห้วยคา เมื่อ เดือน สิงหาคม 2543 พบว่าการจัดบริการไม่ประสบความสำเร็จเนื่องจาก

- 1) เจ้าหน้าที่ และ อสม.บางคน ขาดความรู้ความเข้าใจในขั้นตอนการคัดกรองโรค จึง ขาด ความมั่นใจในการให้บริการ ทำให้ประชาชนไม่ค่อยให้ความเชื่อถือ
- 2) ประชาชนบางคนไม่เห็นประโยชน์ และความสำคัญ ในการมาตรวจคัดกรองโรค เพราะ ยังสุขภาพดีอยู่ คิดว่าเวลาเจ็บป่วยแล้วค่อยไปโรงพยาบาลสะดวกกว่า เมื่อจัดตั้งศูนย์บริการ คัดกรองโรคขึ้น จึงมีประชาชนมาใช้บริการ น้อยกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้
- 2) ประชาชนในพื้นที่ส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีงานประจำต้องที่ รับผิดชอบ จึงไม่สะดวกที่จะเดินทางมาใช้บริการ
- 4) ประชาชนบางส่วนไม่ทราบว่ามีการจัดบริการจึงไม่ได้มาใช้บริการ
- 5) ขั้นตอนการดำเนินงาน ขาดความต่อเนื่อง

จากปัญหาของการจัดบริการในรูปแบบเดิม และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชนผู้ใช้บริการ ที่กล่าวถึงในหัวข้อที่ 1 เรื่องการจัดบริการโดยให้ประชาชนมีส่วนร่วม ในเนื้อหาที่ผ่านมา พบว่าการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยใช้กระบวนการ AIC ในการ ออกแบบบริการ น่าจะสามารถแก้ปัญหาดังกล่าวได้ ผู้วิจัยจึงพัฒนาบริการการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานขึ้นมาใหม่ โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการออกแบบบริการที่จะ จัดขึ้น การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการทดลอง จัดบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานโดยประชาชนมีส่วนร่วมในการออกแบบบริการให้กับหมู่บ้านทดลอง และจัดให้มี บริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในรูปแบบเดิมให้กับหมู่บ้านควบคุม โดย ประเมินผลจากการเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการจัดบริการใน 2 หมู่บ้าน ซึ่งการประเมินผลของ บริการ จะใช้อะไรเป็นตัวชี้วัด รูปแบบไหน อย่างไร จะกล่าวถึงในลำดับต่อไป

4. ผลของการจัดบริการ

ผลจากการจัดบริการต่าง ๆ สามารถประเมินได้จากประสิทธิภาพ ประสิทธิผลของ การบริการ หรือคุณภาพบริการ ตัวชี้วัดผลลัพธ์ของบริการแต่ละบริการ ขึ้นอยู่กับเป้าหมายใน

การจัดบริการ ในครั้ง นั้น ๆ สำหรับการจัดบริการโดยให้ผู้ใช้บริการเข้ามามีส่วนร่วม ในการจัดบริการ เป้าหมายคือ การได้รูปแบบที่มีตรงกับความต้องการของผู้ใช้บริการ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ใช้บริการ เกิดความพึงพอใจ และมีจำนวนผู้มาใช้บริการเพิ่มมากขึ้น (Metsch and Veney, 1976; Dianne, Mara and Alan, 1994) จึงกล่าวได้ว่า ทั้งความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ และจำนวนผู้มาใช้บริการ เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์ที่สำคัญอย่างหนึ่ง ของการจัดบริการแบบให้ผู้ใช้บริการมีส่วนร่วม ต่อไปจึงขอกล่าวถึง แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจ และจำนวนผู้มาใช้บริการ

4.1 แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

ตัวชี้วัดผลลัพธ์ที่สำคัญอย่างหนึ่ง ของบริการ คือ การวัดความพึงพอใจในบริการของผู้ใช้บริการ (Hildman and Ferguson, 1990; Fitzpatrick, 1991; วันเพ็ญ แก้วปาน, 2543; Thayer and Fine, 2001)

4.1.1 ความหมายของความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

มีผู้ให้ความหมายของความพึงพอใจ และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ไว้ในลักษณะคล้ายคลึงกัน ดังนี้

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2530) ได้ให้ความหมายของ ความพึงพอใจว่า หมายถึง รู้สึกสมใจ ชอบใจ เหมาะ ตรงกับภาษาอังกฤษว่า “ Satisfy ” มีรากศัพท์มาจากภาษาละติน ว่า “ Satis ” ซึ่งหมายถึง ความเพียงพอ (Enough) และ คำว่า “ Satisfaction ” หมายถึง ความยินดี ความสุขสบาย ความอิ่มใจ ความภูมิใจ การสมปรารถนา ความพอใจ ความสำราญใจ เป็นต้น (A New Thesaurus of Synonyms and Antonyms in Dictionary, 1977: 691) ส่วนความหมาย ตามพจนานุกรมเวปสเตอร์(Guralnik, 1982: 663) ความพึงพอใจ หมายถึง การบรรลุถึงความต้องการ หรือปรารถนา การก่อให้เกิดความอิ่ม การบรรลุถึงข้อกำหนด หรือ สิ่งจำเป็น

Myllins (1985: 280) กล่าวว่า ความพึงพอใจเป็นทัศนคติของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ หลาย ๆ ด้าน เป็นสภาพภายในที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกของบุคคลที่ ประสบความสำเร็จทั้งปริมาณ และคุณภาพ

Loudon & Bitta (1993: 579) กล่าวว่า ความพึงพอใจเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในขั้นตอนการประเมินความพอใจนี้ ส่งผลให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจจากสิ่งที่ได้รับ และความรู้สึกพึงพอใจนี้เป็นผลมาจากการเปรียบเทียบประสบการณ์ในอดีตกับสิ่งที่ได้รับ

จิตตินันท์ เศษะคุปต์ (2538: 23) กล่าวว่าความพึงพอใจในบริการ หมายถึง ภาวะทางอารมณ์ หรือความรู้สึกทางบวกของบุคคล ที่เป็นผลมาจากการประเมินเปรียบเทียบสิ่งที่บุคคลได้รับจริงในระดับที่สอดคล้องกับสิ่งที่บุคคลหวังเอาไว้ ในสถานการณ์บริการ ความพึงพอใจในการบริการมีความสำคัญต่อผู้ให้และผู้ให้บริการ โดยทำให้ผู้ใช้บริการสามารถกำหนดคุณลักษณะของบริการ ประเมินคุณภาพของการบริการ และบ่งชี้ถึงความสำเร็จของงานบริการ รวมทั้งทำให้ผู้ใช้บริการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จากการพัฒนาบริการที่มีคุณภาพตรงกับความต้องการของผู้ใช้บริการ เพื่อให้เกิดความพอใจและใช้บริการต่อ ๆ ไป

บังอร เทียนอำนาจ(2540: 7) กล่าวว่า ความพึงพอใจในบริการ (Service Satisfaction) เป็นการเน้นการประเมินค่าโดยลูกค้า หรือผู้ใช้บริการ ต่อการจัดบริการเรื่องใดเรื่องหนึ่ง หรือจากชุดของบริการที่กำหนดขึ้น

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า ความพึงพอใจในบริการ คือ การประเมินบริการ ตามความรู้สึกของผู้ใช้บริการ เปรียบเทียบสิ่งที่ได้รับกับสิ่งที่ต้องการ ภายหลังจากได้รับบริการ จากการจัดบริการ นั้น ๆ

4.1.2 แนวทางที่ทำให้เกิดความพึงพอใจในบริการ

ความพึงพอใจในบริการเกิดขึ้นได้ เนื่องจากปัจจัยหลายอย่างร่วมกัน ขึ้นอยู่กับความคาดหวัง และความต้องการของผู้รับบริการ ในลักษณะบริการที่แตกต่างกัน เกี่ยวกับความพึงพอใจในการให้บริการด้านสุขภาพ ได้มีผู้ศึกษาไว้ ดังนี้

Millet (1954: 397) กล่าวว่า เป้าหมายสำคัญของการบริการคือการสร้างความพึงพอใจในการให้บริการแก่ประชาชน โดยมีหลักหรือแนวทาง คือ

1. การให้บริการอย่างเสมอภาค (Equitable) หมายถึง ความยุติธรรมในการบริหารงานภาครัฐที่มีฐานคติที่ว่า คนทุกคนเท่าเทียมกัน ดังนั้นประชาชนทุกคนจะได้รับการปฏิบัติอย่างเท่าเทียมกัน ในแง่มุมของกฎหมาย ไม่มีการแบ่งแยกกีดกันในการให้บริการ ประชาชนจะได้รับการปฏิบัติในฐานะปัจเจกบุคคลที่ใช้มาตรฐาน การให้บริการเดียวกัน

2. การให้บริการที่ตรงเวลา (Timely Service) หมายถึง ในการให้บริการจะต้องมองว่าการให้บริการสาธารณะ จะต้องตรงเวลา ผลการปฏิบัติงานของหน่วยงานภาครัฐจะถือว่าไม่มีประสิทธิผลเลย ถ้าไม่มีการตรงเวลา ซึ่งจะสร้างความไม่พึงพอใจให้แก่ประชาชน

3. การให้บริการอย่างเพียงพอ (Ample Service) หมายถึง การให้บริการสาธารณะต้องมีลักษณะ มีจำนวนการให้บริการและสถานที่ให้บริการอย่างเหมาะสม Millet เห็นว่า ความเสมอภาคหรือการตรงต่อเวลา จะไม่มีความหมายเลยถ้ามีจำนวนการให้บริการที่ไม่เพียงพอ และสถานที่ตั้งที่ให้บริการ สร้างความไม่ยุติธรรมให้เกิดขึ้นแก่ผู้รับบริการ

4. การให้บริการอย่างต่อเนื่อง (Continuous Service) หมายถึง การให้บริการสาธารณะที่เป็นไปอย่างสม่ำเสมอ โดยยึดประโยชน์ของสาธารณะเป็นหลัก ไม่ใช่ยึดความพอใจของหน่วยงานที่ให้บริการว่าจะให้หรือหยุดบริการเมื่อใดก็ได้

5. การให้บริการอย่างก้าวหน้า (Progressive Service) หมายถึง การให้บริการสาธารณะที่มีการปรับปรุงคุณภาพและผลการปฏิบัติงาน กล่าวอีกนัยหนึ่ง คือ การเพิ่มประสิทธิภาพ หรือความสามารถที่จะทำหน้าที่ได้มากขึ้น โดยใช้ทรัพยากรเท่าเดิม

Aday & Andersen (1975: 52-80) นักวิจัยทาง พฤติกรรมศาสตร์ ได้ศึกษาความพึงพอใจของประชาชนต่อบริการรักษาพยาบาลในสหรัฐอเมริกา โดยสัมภาษณ์ ความคิดเห็นของประชาชนต่อศูนย์บริการสุขภาพ จำนวน 4,966 ราย เรื่องที่ประชาชนไม่พอใจมากที่สุด คือ ความไม่สะดวกในการรับบริการและค่าใช้จ่ายในการรับบริการ ซึ่ง Aday & Andersen ได้ชี้ถึงปัจจัยพื้นฐาน 6 ประการที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการรักษาพยาบาล และความรู้สึกของผู้ใช้บริการที่ได้รับจากบริการดังนี้

1. ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับจากการบริการ (Convenience) แบ่งออกเป็น
 - 1.1 การใช้เวลารอคอยในสถานบริการ (Office Waiting Time)
 - 1.2 การได้รับการดูแลรักษา เมื่อมีความต้องการ (Availability or Care When Need)
 - 1.3 ความสะดวกที่ได้รับในสถานบริการ (Base of Getting to Care)
2. ความพึงพอใจต่อการประสานบริการ (Coordination) แบ่งออกเป็น
 - 2.1 การได้รับบริการทุกประเภทในสถานที่เดียว คือ ผู้รับบริการสามารถขอรับบริการได้ทุกประเภทตามความต้องการของผู้มาใช้บริการ (Getting All Need at One Place)
 - 2.2 แพทย์ให้ความสนใจสุขภาพทั้งหมดของผู้ใช้บริการ ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ (Concern of Doctor for Overall Health)
 - 2.3 แพทย์มีการติดตามผลการรักษา (Follow-up Care)
3. ความพึงพอใจต่ออหยาศัย ความสนใจต่อผู้ให้บริการ (Courtesy) ได้แก่ การแสดงอหยาศัยท่าทางที่ดี เป็นกันเองของผู้ให้บริการ และแสดงความสนใจห่วงใยต่อผู้ให้บริการ

4. ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากบริการ (Medical Information)

4.1 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุการเจ็บป่วย (Information about What Was Wrong)

4.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการให้การรักษาแก่ผู้ใช้บริการ (Information about Treatment) เช่น การปฏิบัติตนของผู้รับบริการ การใช้ยา เป็นต้น

5. ความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการ (Quality of Care) ได้แก่ คุณภาพของการดูแลทั้งหมดที่ผู้ใช้บริการได้รับ ในทัศนะของผู้ใช้บริการที่มีต่อบริการของผู้ให้บริการ

6. ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ (Out of Pocket Costs) ได้แก่ ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่ผู้รับบริการจ่ายไปกับการรักษาพยาบาล

Penchansky and Thomas (1981: 127-140) กล่าวถึง แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจ ในการเข้ารับบริการทางการแพทย์ โดยสรุปจำแนกออกเป็น 5 ประเภท คือ

1. ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ (Availability) คือ ความพอเพียงระหว่างการบริการ ที่มีอยู่กับความต้องการของผู้ใช้บริการ

2. การเข้าถึงแหล่งบริการ (Accessibility) คือ ความสามารถที่จะไปใช้แหล่งบริการได้อย่างสะดวก โดยคำนึงถึงลักษณะที่ตั้งของสถานบริการ และการเดินทางของผู้ใช้บริการ

3. ความสะดวก และสิ่งอำนวยความสะดวก ของสถานบริการ (Accommodation) ได้แก่ แหล่งบริการที่ผู้ใช้บริการยอมรับว่าให้ความสะดวกและมีสิ่งอำนวยความสะดวกเมื่อไปใช้บริการ

4. ความสามารถของผู้ใช้บริการในการที่จะต้องเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ ที่ได้รับ (Affordability)

5. การยอมรับคุณภาพของบริการ (Acceptability) รวมถึงการยอมรับลักษณะ ของผู้ใช้บริการ

พงษ์ศักดิ์ วิทยากร (2533: 56) กล่าวถึงหลักการให้ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจสูงสุด โดยการจัดบริการดังนี้

1. การดูแลต้อนรับ เอาใจใส่ และ อำนวยความสะดวก จากเจ้าหน้าที่ทุกคนด้วยอัธยาศัยไมตรี เป็นกันเอง เรียบร้อย สุภาพ

2. ความเชื่อมั่นในความรู้ ความสามารถและประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาลของบุคลากร

3. ความสะดวกและบรรยากาศที่ดี ตลอดจนความสวยงามของสถานที่

4. ค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมไม่สูงเกินกว่าบริการที่ได้รับ

พิชาย รัตนดิลก ณ ภูเก็ต (2537: 150-152) ได้เสนอปัจจัยที่เกี่ยวข้องและเป็นสาเหตุให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ หรือไม่พึงพอใจ ต่อการรับบริการประกอบด้วย

1. ระบบการให้บริการ หมายถึง องค์ประกอบและโครงข่ายที่สัมพันธ์กันของกิจกรรมบริการต่าง ๆ ตัวชี้วัดสาเหตุด้านนี้ ได้แก่

- 1.1 ความสะดวกในเงื่อนไขการขอรับบริการ
- 1.2 ความเพียงพอทั่วถึงของบริการ
- 1.3 การมีคุณค่าใช้สอยของบริการที่ได้รับ
- 1.4 ความคุ้มค่า ยุติธรรมในราคาของระบบบริการที่ให้
- 1.5 ความก้าวหน้าและพัฒนาของระบบบริการที่ให้

2. กระบวนการให้บริการ คือ ขั้นตอนต่าง ๆ ของการบริการที่ต่อเนื่องกัน ตั้งแต่เริ่มต้น จนถึงขั้นสุดท้าย ตัวชี้วัดเรื่องนี้ประกอบด้วย

- 2.1 ความสะดวกในการติดต่อขอรับบริการ
- 2.2 ความรวดเร็วในขั้นตอนของการให้บริการ
- 2.3 ความสม่ำเสมอต่อเนื่องของบริการที่ให้
- 2.4 ความปลอดภัยของบริการที่ให้

3. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ได้แก่ เจ้าหน้าที่รับผิดชอบในกิจกรรมต่าง ๆ ในบริการที่จัดให้ ตัวชี้วัดเรื่องนี้ประกอบด้วย

- 3.1 ความเอาใจใส่ในงานของเจ้าหน้าที่
- 3.2 ความเสมอภาคและเสมอหน้าของบริการที่ให้
- 3.3 การมีบุคลิก ท่าทีและมารยาทในการให้บริการ
- 3.4 ความซื่อสัตย์สุจริตของผู้ให้บริการ

จิตตินันท์ เดชะคุปต์ (2538: 27-28) ได้เสนอ แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ได้แก่

1. ผลสัมฤทธิ์ของบริการ ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการจะเกิดขึ้นเมื่อได้รับบริการที่มีลักษณะคุณภาพ และระดับการให้บริการตรงกับความต้องการ ความเอาใจใส่ของผู้ให้บริการ และคุณภาพบริการ

2. ราคาค่าบริการ ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ขึ้นอยู่กับราคาค่าบริการ ที่ผู้ใช้บริการยอมรับ หรือ พิจารณาว่าเหมาะสม กับคุณภาพของการบริการตามความเต็มใจที่จะจ่าย (Willingness to pay) ของผู้ใช้บริการ ทั้งนี้เจตคติของผู้ใช้บริการที่มีต่อราคาค่าบริการกับคุณภาพการบริการ ของแต่ละบุคคล จะแตกต่างกันออกไป

3. สถานที่บริการ การเข้าถึงบริการ ได้สะดวก เมื่อผู้ใช้บริการมีความต้องการยอมก่อให้เกิดความพึงพอใจต่อบริการ ทำเลที่ตั้ง และการกระจายสถานที่ให้บริการให้ทั่วถึง เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ใช้บริการจึงเป็นเรื่องสำคัญ

4. การส่งเสริมแนะนำบริการ ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการเกิดขึ้น ได้จากการ ได้ยินข้อมูลข่าวสาร หรือบุคคลอื่นกล่าวถึงคุณภาพการบริการในทางบวก ซึ่งหากตรงกับความเชื่อที่มีอยู่ ก็จะรู้สึกดีกับบริการดังกล่าว อันเป็นแรงจูงใจผลักดันให้มีความต้องการบริการตามมาได้

5. ผู้ให้บริการ เป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญต่อการปฏิบัติงานบริการให้ผู้ใช้บริการเกิดความพึงพอใจ ผู้บริหารการบริการที่วางนโยบายการบริการ โดยคำนึงถึงความสำคัญของผู้ใช้บริการเป็นหลัก ย่อมสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ ให้เกิดความพึงพอใจได้ง่าย

6. สภาพแวดล้อมของการบริการ สภาพแวดล้อมและบรรยากาศของการบริการ มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

7. กระบวนการบริการ วิธีการนำเสนอบริการในกระบวนการบริการเป็นส่วนสำคัญ การสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ใช้บริการ ประสิทธิภาพของการจัดระบบบริการ ส่งผลให้การปฏิบัติงานบริการมีความคล่องตัว และสนองตอบความต้องการของผู้ใช้บริการได้อย่างถูกต้อง

จากการทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในบริการ ข้างต้น จะเห็นได้ว่า ส่วนใหญ่มีความคล้ายคลึงกัน ในปัจจัยพื้นฐานเกี่ยวกับความพึงพอใจ โดยแบ่งแยกเป็นรายด้าน ในมุมมองที่แตกต่างกัน ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิด การประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อการแพทย์ ของ Aday and Andersen (1975) และแนวคิดความพึงพอใจเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ของ Penchansky and Thomas (1981) มาเป็นกรอบในการวิจัย เนื่องจากแนวคิดทั้งสองครอบคลุมแนวคิดของ Millet (1954) ที่ให้ความสำคัญกับการให้บริการอย่างเพียงพอ มีสถานที่ให้บริการเหมาะสม เพราะ Millet เห็นว่าถ้าไม่มีความพึงพอใจในเรื่องดังกล่าว ก็จะไม่มีความพึงพอใจในเรื่อง อื่น ๆ ตามมา อีกทั้งแนวคิดทั้งสองที่เลือกมาศึกษา เป็นแนวคิดที่ครอบคลุมแนวคิดของ พงษ์ศักดิ์ วิทยากร (2533) พิชาขัย รัตนดิลก ณ ภูเก็ต (2537) และจิตตินันท์ เดชะคุปต์ (2538) ในปัจจัยที่ทำให้ผู้ใช้บริการเกิดความพึงพอใจ ในด้านความสะดวกที่ได้รับจากบริการ อัยศาสตร์ของเจ้าหน้าที่ กระบวนการทำงานที่มีการประสานงาน การให้ข้อมูลกับผู้รับบริการ และความพึงพอใจในด้านค่าใช้จ่าย นอกจากนี้ยังพบว่า แนวคิดของทั้งสอง ยังกล่าวถึง ความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการ ว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่ง ที่จะทำให้ผู้มาใช้บริการเกิดความพึงพอใจ แต่แนวคิดของคนอื่น ๆ ไม่ได้กล่าวถึง ด้วยเหตุผลดังกล่าว การประเมินความพึงพอใจในการบริการ คัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในครั้งนี้ จึงนำแนวคิด Aday and Andersen (1975) และ Penchansky and Thomas (1981) มาใช้เป็นกรอบในการวิจัย

แนวคิดเรื่องความพึงพอใจของ Aday and Andersen (1975) ประกอบด้วยความพึงพอใจในด้าน ความสะดวก การประสานบริการ การแสดงอหยาศัยของผู้ให้บริการ ข้อมูลที่ผู้ให้บริการได้รับ คุณภาพบริการ และค่าใช้จ่าย ส่วนแนวคิดของ Penchansky and Thomas (1981) ประกอบด้วย ความเพียงพอของบริการที่มีอยู่ การเข้าถึงแหล่งบริการ ความสะดวกในการติดต่อขอรับบริการ ความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล และการยอมรับคุณภาพบริการใน 2 แนวคิดนี้ มีบางด้านที่ศึกษาในเรื่องเหมือน หรือคล้ายคลึงกัน เพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อนในการศึกษา ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาจากแนวคิดของ Aday and Andersen (1975) 4 ด้าน คือ การประสานบริการ การแสดงอหยาศัยของผู้ให้บริการ การให้ข้อมูลต่อผู้ให้บริการ คุณภาพของการบริการ และเลือกศึกษาจากแนวคิดของ Penchansky and Thomas (1981) 2 ด้าน คือ ความเพียงพอของบริการที่มีอยู่ ความสามารถในการเข้าถึงบริการ ส่วนตัวแปรด้าน ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการ ที่ทั้ง 2 แนวคิดกล่าวถึง ผู้วิจัยไม่ได้เลือกมาศึกษาเพราะ การจัดบริการครั้งนี้ ประชาชนสามารถใช้สิทธิบัตรต่าง ๆ เช่นบัตรประกันสุขภาพ บัตรประกันสังคม บัตรผู้สูงอายุ เป็นต้น มาขอรับบริการได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย รวมทั้งผู้ที่ไม่มีบัตรหรือสิทธิเบิกค่ารักษาใดๆ ก็จะได้รับบริการโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายเช่นกัน เนื่องจากได้รับการสนับสนุนด้านบุคลากร วัสดุ อุปกรณ์ที่ใช้ในการคัดกรองโรคจากทางโรงพยาบาลหันคา

กล่าวโดยสรุป การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดของ Aday and Andersen (1975) และ Penchansky and Thomas (1981) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย เรื่องความพึงพอใจในบริการของผู้มาใช้บริการ ซึ่งประกอบด้วย ความพึงพอใจใน 6 ด้าน คือ ความเพียงพอของบริการ ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการ การประสานบริการ การแสดงอหยาศัย ข้อมูลที่ได้รับ และคุณภาพบริการ

4.2 จำนวนผู้มาใช้บริการ

จำนวนผู้มาใช้บริการ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ใช้ประเมินผลของบริการที่จัดขึ้น จากการศึกษาของ Metsch and Veney (1976) และ Dianne, Mara and Alan (1994) พบว่า การให้บริการในรูปแบบที่ตรงกับความต้องการของผู้มาใช้บริการ จะส่งผลให้ จำนวนผู้มาใช้บริการเพิ่มมากขึ้น

การจัดบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ที่จะจัดขึ้นในพื้นที่ อำเภอหันคา จังหวัดชัยนาท โดยการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่าง 2 หมู่บ้านนั้น ผู้วิจัยทราบจำนวนกลุ่มเป้าหมาย ที่เป็นประชาชน อายุ 40 ปี ขึ้นไป จึงประเมินบริการครั้งนี้จาก จำนวนผู้มารับบริการจริง

ต่อ จำนวนที่กำหนดไว้ทั้งหมด การเปรียบเทียบ จากระดับ หรือเกณฑ์ ที่กำหนดไว้ เรียกว่า อัตรา (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2535)

ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงใช้อัตราการใช้บริการเป็นตัวชี้วัด ผลของการจัดบริการ ร่วมกับคามพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาค้นคว้ารวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ เรื่อง การมีส่วนร่วมของประชาชนผู้ให้บริการ การมีส่วนร่วมโดยใช้กระบวนการ AIC และความพึงพอใจในบริการของผู้ใช้บริการ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ มีรายละเอียดดังนี้

5.1 การมีส่วนร่วมของประชาชนผู้ให้บริการ

Mestch and Veney (1976) ได้วิเคราะห์เอกสาร ที่เกี่ยวข้องกับ การมีส่วนร่วมของผู้ใช้ บริการ พบว่า การมีส่วนร่วมของผู้ใช้บริการ ในการวางแผน และบริหารจัดการ ในโครงการด้าน สุขภาพ เป็นการตอบสนองร่วมกัน ของทั้งผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ ผู้ให้บริการสามารถรับรู้ ความต้องการ ในรูปแบบบริการ ที่ผู้ให้บริการต้องการมากขึ้น ด้านผู้ให้บริการเมื่อได้มีส่วนร่วมใน การกำหนดรูปแบบบริการ ทำให้เกิดความมั่นใจในบริการ ส่งผลให้ผู้ให้บริการเกิดความรู้สึก พึงพอใจในบริการ และมีจำนวนผู้มาใช้บริการเพิ่มมากขึ้น

ชดช้อย วัฒนะ (2539) ได้พัฒนารูปแบบการจัดบริการพยาบาล ที่เป็น การดูแลอย่างมี ส่วนร่วมระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการที่ได้รับไว้รักษา ในโรงพยาบาลแก่งหางแมว อำเภอ แก่งหางแมว จังหวัดราชบุรี ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างเป็น พยาบาลที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานการพยาบาล จำนวน 16 คน และผู้รับบริการเป็นผู้ป่วยผู้ใหญ่ ที่รับ ไว้รักษาในโรงพยาบาล จำนวน 20 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม การ สัมภาษณ์แบบเจาะลึก และการสนทนากลุ่ม การศึกษาพบว่า ทั้งพยาบาล และผู้รับบริการมีความ พึงพอใจ ต่อรูปแบบการดูแลอย่างมีส่วนร่วม ในระดับสูง

เสาวนีย์ สีทองสม (2541) วิจัยเชิงคุณภาพ เรื่องลักษณะการมีส่วนร่วมของชุมชนและ ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในโครงการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เลือ กศึกษาชุมชนบ้านกิ้วพร้าว ตำบลจันทจำใต้ อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย ซึ่งเป็นชุมชนที่

ประสบความสำเร็จในการดำเนินการ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือน สิงหาคม พ.ศ.2541 ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนในโครงการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงนั้น ไม่พบการมีส่วนร่วมในระดับของการตัดสินใจในการดำเนินกิจกรรม การมีส่วนร่วมในปฏิบัติกิจกรรม และการมีส่วนร่วมในการควบคุมประเมินผล มีแต่การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์จากกิจกรรมเท่านั้น ซึ่งถือได้ว่าลักษณะการมีส่วนร่วมของชุมชนในโครงการนี้ เป็นเพียงการให้ความร่วมมือ (Co-operation) ของประชาชน บทบาทดังกล่าวไม่อาจกล่าวได้ว่า เป็นการมีส่วนร่วม (Participation) ปัจจัยที่ทำให้ประชาชนเข้าร่วมในโครงการนี้คือ ความเชื่อถือศรัทธาในผู้นำชุมชน และความเชื่อถือศรัทธาในบทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การที่ประชาชนยินดีเข้าร่วมโครงการอย่างสม่ำเสมอ เพราะ ประจักษ์แก่ตนเองว่า การเข้าร่วมโครงการทำให้สามารถควบคุม โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงได้ดี ผู้วิจัยได้เสนอแนะว่า ควรมีการศึกษา วิเคราะห์หารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนตามสภาพโครงสร้างของสังคมไทย

ผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของ พิมพวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคณะ (2527) บังอร ฤทธิภักดี (2528) เสาวนีย์ สีสองสม (2541) และ โสภิญญา สุวรรณ (2541) ที่พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน ในโครงการสาธารณสุขมูลฐานนั้นประชาชนไม่ได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การดำเนินกิจกรรม และการประเมินผล แต่จะมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์จากกิจกรรมมากกว่า ชุมชนจะได้รับการดึงให้เข้ามามีส่วนร่วมในรูปแบบกิจกรรมที่ทางเจ้าหน้าที่ของรัฐกำหนดมาแล้วทั้งสิ้น

สัมฤทธิ์ ต่อสดี (2542) ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการดำเนินงานของสถานบริการสาธารณสุขเขตเมือง ในพื้นที่ชุมชนเมืองพระนครศรีอยุธยา 2 แห่ง คือ ศูนย์แพทย์ชุมชน ป้อมเพชรและศูนย์แพทย์ชุมชนวัดกล้วย ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชน คือ ความต่อเนื่องในการดำเนินงานของสถานบริการ ความสนใจของหัวหน้าครอบครัวที่จะเข้าร่วมเป็นสมาชิกกลุ่ม/องค์กรชุมชน การเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมของสถานบริการ การเยี่ยมบ้าน ความคุ้นเคยกันระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับประชาชนในชุมชน และภูมิลาเนาเดิม

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การให้ผู้ให้บริการ เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดรูปแบบบริการ จะส่งผลให้ ผู้ใช้บริการเกิดความพึงพอใจ มีผู้มาใช้บริการเพิ่มมากขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับ การมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการสุขภาพ พบว่า ประชาชนผู้มาใช้บริการไม่มีส่วนร่วมในระดับของการวางแผน การตัดสินใจในการดำเนินกิจกรรม มีเพียงเข้ามามีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ปัจจัยที่ทำให้ ประชาชนสนใจเข้ามามีส่วนร่วม คือ ความเชื่อถือ

ศรัทธาในผู้นำชุมชน ความคุ้นเคยและความศรัทธาที่มีต่อเจ้าหน้าที่ รวมทั้งการได้รับโอกาสให้เข้าไปมีส่วนร่วม

5.2 การมีส่วนร่วมโดยใช้กระบวนการ AIC

กรมการพัฒนาชุมชน (อ้างถึงใน อรพินท์ สฟโชคชัย, 2538: 71-77) ได้ศึกษา โครงการจัดการทรัพยากรธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อม โดยพลังประชาชน โดยใช้กระบวนการ AIC พบว่า กระบวนการ AIC ทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการ ได้มีโอกาส ทบทวนภาพของหมู่บ้านในอดีตที่มีความอุดมสมบูรณ์ ภาพปัจจุบันที่เริ่มเสื่อมโทรม จาการร่วมกันคิดและวางแผน แก้ไขปัญหา ของผู้เข้าร่วมโครงการทุกคน ทำให้เกิดภาพในอนาคต ในการแก้ไขปัญหาทรัพยากรธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อมของหมู่บ้าน จึงกล่าวได้ว่า กระบวนการ AIC ปลุกจิตสำนึกให้ประชาชนในหมู่บ้านเกิดความห่วงแหนธรรมชาติ อันจะนำไปสู่ การมีส่วนร่วมของประชาชน ในการพัฒนาสิ่งแวดล้อมในหมู่บ้าน ให้เป็นรูปธรรม

ศิริวรรณ เพียรสุข อัญชลี ศิลาเกษ และกัลยา จันชื่น (2542) วิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อศึกษา ผลการพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน โดยใช้กระบวนการ AIC กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนเดียวกับผู้ป่วยโรคจิต เขตจังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อนบ้านและญาติของผู้ป่วยโรคจิต เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ 2 วัน ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการนี้ ทำให้ชุมชนมีทัศนคติ ต่อผู้ป่วยโรคจิตดีขึ้น ภายหลังการประชุม ประชาชนมีความพร้อมที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตมากกว่าก่อนเข้าประชุม

จิตติมา อินทะท่ามา (2543) วิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อ พัฒนารูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อม โดยใช้กระบวนการ AIC ในเขตเทศบาลนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ได้แก่ กรรมการชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐาน จำนวน 28 คน ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการใช้กระบวนการ AIC ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนของกระบวนการเรียนรู้ ขั้นตอนแรก คือ การสร้างความรู้ และจิตสำนึกร่วมกัน (Appreciation) ขั้นที่สอง คือ การสร้างแนวทางพัฒนาชุมชนร่วมกัน (Influence) ส่วนขั้นสุดท้าย คือ การกำหนดแนวทางการปฏิบัติและการควบคุมกำกับ (Control) รูปแบบดังกล่าวนี้ เมื่อนำไปปฏิบัติด้วยการประชุมปฏิบัติการแล้ว พบว่า ผู้เข้าร่วมประชุมมีความรู้และเจตคติเพิ่มขึ้น มีความพึงพอใจต่อกระบวนการเรียนรู้ ดังกล่าวอยู่ในระดับมาก และแผนปฏิบัติการที่เขียนขึ้น เป็นรูปแบบที่สามารถนำไปใช้ได้จริง ในการวางแผน การจัดการสิ่งแวดล้อม

สุดารัตน์ ศรีจันทร์ (2544) ได้ใช้กระบวนการประชุมเพื่อระดมความคิด (AIC) ในการส่งเสริมการจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน กลุ่มตัวอย่างคือผู้บริหารสถานศึกษา จำนวน 20 คน สังกัดกรมสามัญศึกษาเขตการศึกษา 5 โดยใช้กระบวนการ AIC ในการออกแบบ หลักสูตรอบรมเกี่ยวกับการส่งเสริมการจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน ผลการศึกษาพบว่า หลังอบรมผู้บริหารสถานศึกษา มีคะแนนเฉลี่ย ด้านความรู้ และด้านทัศนคติเพิ่มขึ้น กว่าก่อนอบรม การประเมินการอบรมพบว่า ผู้บริหารสถานศึกษามีความพึงพอใจ และได้รับประโยชน์ จากการอบรมที่เน้น การมีส่วนร่วม

ผลการวิจัยดังกล่าว แสดงให้เห็นว่า กระบวนการ AIC เป็นวิธีการหนึ่งที่ใช้ในการวางแผน ออกแบบแนวทางการดำเนินงาน ที่มีประสิทธิภาพ โดยอาศัยการเรียนรู้ร่วมกันจากปัญหาที่มีอยู่ในปัจจุบัน แผนปฏิบัติที่เกิดขึ้น เป็นรูปแบบที่สามารถนำไปใช้ ได้อย่างเป็นรูปธรรมในอนาคต

5.3 ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

Mark, Philip and Donald (1993) ศึกษา เรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ ความพึงพอใจของผู้มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก ที่ไม่เกี่ยวกับความพึงพอใจในเรื่องการรักษาทางการแพทย์ เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามทางไปรษณีย์ กับผู้ที่อยู่ในเมืองเล็ก ๆ แห่งหนึ่ง แถบแอตแลนติกกลาง จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 1,366 คน พบว่า ตัวแปรที่ส่งผลให้ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการเพิ่มมากขึ้น คือ ข้อมูลที่ได้รับ (Information) ความสะดวก (Convenience) และความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคคล (Interpersonal warmth)

Mustapha & Haqq (1996 อ้างถึงใน อรพินท์ ไชยพยอม, 2542) ได้ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ที่ศูนย์สุขภาพใน ไตรนิแดด และโทบาโก้ โดยเก็บข้อมูลจาก ผู้มาใช้บริการ จำนวน 1,500 คน ผลการศึกษา พบว่า ความพึงพอใจส่วนใหญ่ มาจากเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ได้แก่ อธิษาศัย และคำแนะนำที่ได้รับ ด้านระบบการให้บริการพบว่า ความสะดวกสบายในการรับบริการ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจ

Newman (1998) ศึกษา ความพึงพอใจในบริการ ของผู้ป่วย ใน จังหวัดโมนีก้า ประเทศโมแซมบิก สุ่มตัวอย่างจากคลินิกสุขภาพ 34 แห่ง สอบถามจากผู้ป่วยทั้งหมด 879 คน ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด ไม่พึงพอใจกับ การเดินทางที่ไม่สะดวก และบริการที่ไม่เพียงพอกับจำนวนผู้ป่วยนอก ทั้งนี้ได้เสนอว่า ให้มีการเพิ่มจำนวนเจ้าหน้าที่ และขยายบริการรักษาพยาบาลไปยังพื้นที่ที่ขาดแคลน เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย

นันท์วัฒน์ วัฒนรุ่งเรือง และคณะ (2533) ศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช อำเภอดงพวนหิน จังหวัดพิจิตร เก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 500 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ใช้บริการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อบริการทั้ง 6 ด้าน คือ ความสะดวก การประสานงาน การแสดงอหยาศัยของผู้ให้บริการ ข้อมูลที่ได้รับ คุณภาพการบริการ และค่าใช้จ่าย ปัจจัยทางด้านสังคมและประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การใช้บริการที่อื่น และปัจจัยการเข้าถึงบริการ ได้แก่ เวลารอคอย ไม่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการในทุกหน่วยบริการ

บังอร ผงผ่าน (2538) ศึกษาเรื่องความพึงพอใจของผู้มาใช้บริการ ต่องานบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้บริการในระดับต่าง ๆ โดยใช้แบบสัมภาษณ์ จากกลุ่มตัวอย่าง 2,297 คน ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ขึ้นอยู่กับ ความเพียงพอของบริการ ความสะดวกในการขอรับบริการ ความพร้อมของเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ และบุคลิก ท่าที มารยาทในการให้บริการ โดยสาเหตุของความไม่พึงพอใจ ส่วนใหญ่ คือ ความไม่สะดวก การรอคอยในขั้นตอนการขอรับบริการ

บังอร เทียนอำนาจ (2540) ศึกษาเรื่องความพึงพอใจของผู้มาใช้บริการในงานบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอ่างทอง ผลการวิจัยพบว่า ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจมาก ในเรื่องความเพียงพอของบริการ รองลงมาได้แก่เรื่องคุณภาพบริการ ความสะดวกรวดเร็วของแหล่งบริการ ตามลำดับ

บุญชู ชาวเชียงขวาง (2541) ได้ประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้แรงงาน ต่อการรับบริการประกันสุขภาพในโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช จังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ใช้แรงงานที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 316 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจต่อความทั่วถึง เพียงพอของการจัดบริการอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 71.1 พึงพอใจ ต่อความสะดวกในการให้บริการอยู่ในระดับสูง ใกล้เคียงปานกลางคือ ร้อยละ 50.9 และพึงพอใจด้านบุคลิกภาพ อหยาศัยของผู้ให้บริการในระดับค่อนข้างสูง ร้อยละ 57.0

อรพินท์ ไชยพยอม (2542) ศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช โดยการสัมภาษณ์ ผู้มาใช้บริการ จำนวน 330 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ใช้บริการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจร้อยละ 41.2 เมื่อคิดเป็นรายด้าน ด้านที่ผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจมาก คือ การให้เกียรติ และค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ ด้านที่ผู้ให้บริการ ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจน้อย คือ คุณภาพบริการ ข้อมูลที่ได้รับ การประสานบริการ และมีความพึงพอใจ

ปานกลาง ด้านความสะดวก ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการ ได้ระดับปานกลาง เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าถึงบริการ กับความพึงพอใจ พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวก ตัวแปรที่สามารถอธิบายความพึงพอใจได้ตามลำดับ คือ ทักษะการให้บริการ การให้คำอธิบาย ความสะดวกในการติดต่อขอรับบริการ ศิลปะการให้บริการ และความสามารถในการจ่ายค่าบริการ โดยสามารถอธิบายความผันแปร ของความพึงพอใจได้ ร้อยละ 50.7

อนงค์ เอื้อวัฒนา (2542) ศึกษาความพึงพอใจของผู้มาใช้บริการ ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอำนาจเจริญ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์จากผู้รับบริการ จำนวน 270 คน ผลการวิจัยพบว่า ความพึงพอใจ ในบริการทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความสะดวก การประสานบริการ อธิยาศัย ข้อมูลที่ได้รับ คุณภาพบริการ และค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ อยู่ในระดับเดียวกัน คือ ปานกลาง

เกศินี ศรีคงอยู่ (2543) ศึกษาระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการใน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปากท่อ จังหวัดราชบุรี โดยใช้แบบสัมภาษณ์ จากผู้มารับบริการ จำนวน 255 คน ผลการวิจัย พบว่า ผู้ใช้บริการส่วนใหญ่ มีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง ตัวแปรที่สามารถอธิบายความพึงพอใจได้ ตามลำดับ คือ ความสะดวกในการรับบริการ ความปลอดภัยของบริการ ความทั่วถึงเพียงพอของบริการที่ให้ ความเอาใจใส่ในการให้บริการ ความซื่อสัตย์ สุจริต และบุคลิกภาพ อธิยาศัย โดยสามารถอธิบายความผันแปรของความพึงพอใจได้ ร้อยละ 46.8

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ตัวแปรที่เป็นปัจจัย สำคัญ ทำให้ผู้ใช้บริการเกิดความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ ได้แก่ 1) การเข้าถึงบริการ หรือความสะดวก 2) สัมพันธภาพระหว่างบุคคล อธิยาศัย หรือศิลปะการให้บริการ 3) บริการที่เพียงพอ ทั้งด้านสถานที่ บุคลากร และเครื่องมือ อุปกรณ์ ต่าง ๆ 4) ข้อมูลที่ได้รับ หรือคำอธิบาย 5) การประสานบริการ 6) คุณภาพบริการ และ 7) ค่าใช้จ่าย

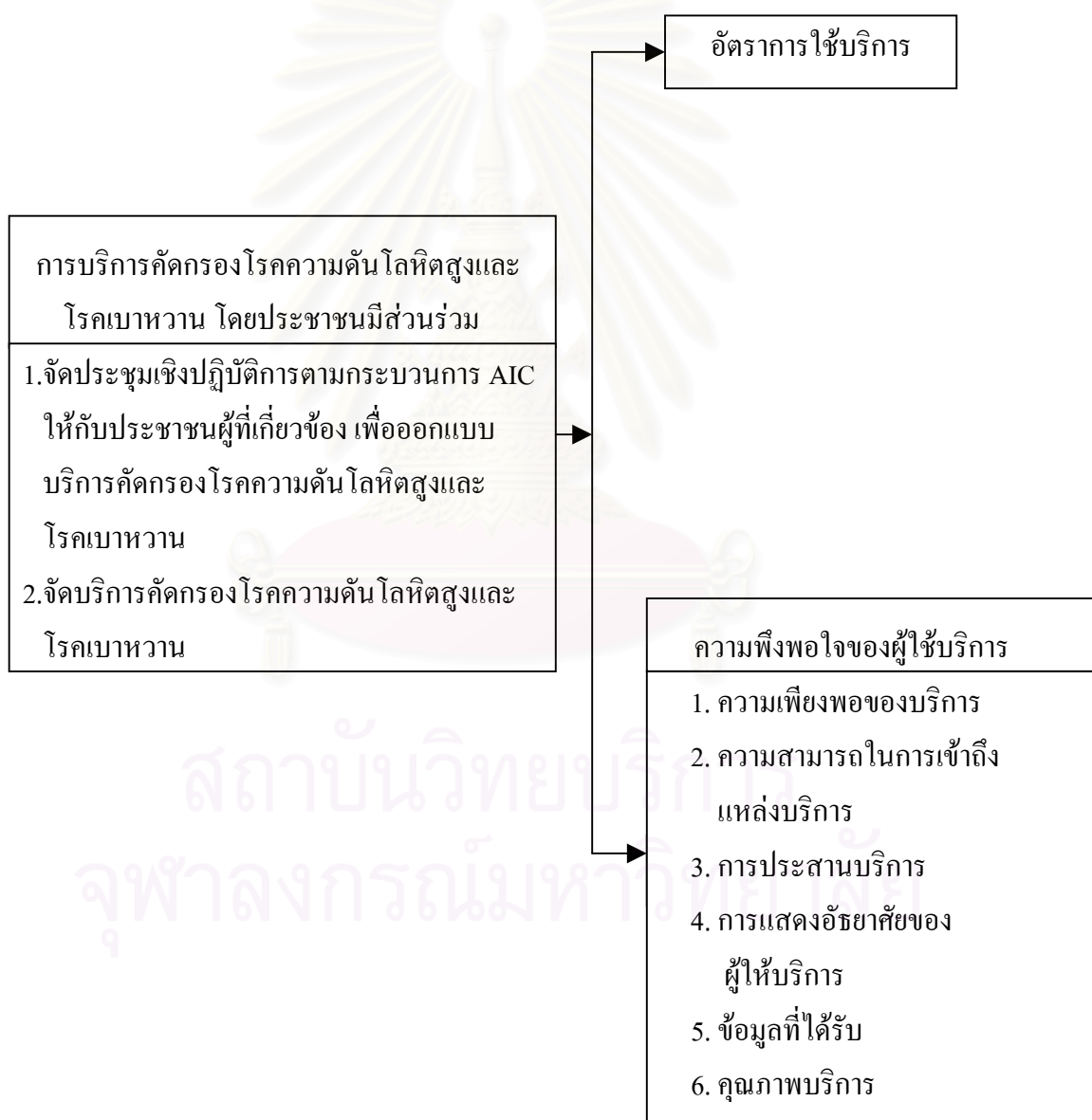
5. กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัย ใช้รูปแบบการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน โดยให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ในการออกแบบบริการ ตามกระบวนการAIC ของ William E. Smith and Turid Sato โดยประยุกต์จากการจัดประชุมเพื่อระดมความคิดในการพัฒนาหมู่บ้าน โดยพลังประชาชน ของ อรพินท์ สฟโซคชัย (2537) ประเมินผลของบริการจาก อัตราผู้มารับ

บริการ และความพึงพอใจในบริการของผู้มารับบริการ ซึ่งใช้กรอบแนวคิดเรื่องความพึงพอใจในบริการของ Penchansky and Thomas (1981) และ Aday and Andersen (1975)

จากแนวคิด และงานวิจัย ที่กล่าวถึงข้างต้น สามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิด ในงานวิจัยครั้งนี้ ได้ดังนี้

แผนภูมิที่ 3 กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research Design) แบบศึกษาสองกลุ่มวัดครั้งเดียว (The Posttest - Only Design with Nonequivalent Groups) มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบอัตราการใช้บริการ และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ในหมู่บ้านที่ประชาชนมีส่วนร่วม และหมู่บ้านที่ประชาชนไม่มีส่วนร่วม โดยมีรูปแบบการวิจัยดังนี้

X1	O1	กลุ่มทดลอง
X2	O2	กลุ่มควบคุม

X1: การบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วม ในการออกแบบบริการ

O1: ประเมินอัตราการใช้บริการและความพึงพอใจของประชาชนผู้ให้บริการ ภายหลังจากได้รับบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วม

X2: การบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน โดยประชาชนไม่มีส่วนร่วมในการออกแบบบริการ

O2: ประเมินอัตราการใช้บริการและความพึงพอใจของประชาชนผู้ให้บริการ ภายหลังจากได้รับบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน โดยประชาชนไม่มีส่วนร่วม

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ประชาชนที่มี อายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป ในเขตอำเภอหันคา จังหวัดชัยนาท

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ได้จากการสุ่ม โดยสุ่มเลือกแบบกลุ่ม (Cluster Sampling) ให้หมู่บ้าน แทนกลุ่มที่ใช้สุ่ม สุ่มมา 2 หมู่บ้าน เป็น หมู่บ้านทดลอง และหมู่บ้านควบคุม เก็บข้อมูลจากผู้มาใช้บริการทุกคน

กำหนดคุณสมบัติหมู่บ้านที่ใช้สุ่มดังนี้

1. เป็นหมู่บ้านที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหั่นคา อำเภอหั่นคา จังหวัดชัยนาท
2. มีจำนวนประชาชน อายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป ใกล้เคียงกัน
3. ระยะห่างจากโรงพยาบาลของทั้ง 2 หมู่บ้าน ใกล้เคียงกัน
4. ประชาชนในพื้นที่ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเหมือนกัน

เก็บข้อมูลจากผู้ที่มาใช้บริการทุกคนที่มีคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นผู้มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
2. ยินดีให้ข้อมูลในการทำวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 5 แสดงข้อมูลทั่วไปของ 10 หมู่บ้าน ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหันคา อ.หันคา จ.ชัยนาท (ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลหันคา, มกราคม 2545)

หมู่บ้าน	จำนวนประชากรที่อายุตั้งแต่ 40 ปี ขึ้นไป(คน)	ระยะห่างจากโรงพยาบาลหันคา(กิโลเมตร)	อาชีพหลัก
หมู่ 1	940	3	ทำนา/ค้าขาย
หมู่ 2 (ต.หันคา)	263	เขตติดต่อกับโรงพยาบาลทางด้านทิศตะวันออกเฉียงเหนือ	ทำนา
หมู่ 3	655	8	ทำนา/ทำสวน
หมู่ 4	330	7	ทำนา/ทำสวน
หมู่ 5	188	3	ทำนา
หมู่ 6	311	3	ทำนา
หมู่ 9	265	เขตติดต่อกับโรงพยาบาลทางด้านทิศตะวันออกเฉียงใต้	ทำนา
หมู่ 10	201	4	ทำนา
หมู่ 11	267	เขตติดต่อกับโรงพยาบาลทางด้านทิศใต้	ทำนา
หมู่ 2 (ต.เด่นใหญ่)	487	เขตติดต่อกับโรงพยาบาลทางด้านทิศเหนือ	ทำนา

ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้หมู่บ้านแทนกลุ่มตัวอย่าง 3 หมู่บ้าน คือ หมู่ 2 หมู่ 9 และหมู่ 11 ตำบลหันคา ซึ่งทั้ง 3 หมู่บ้าน มีประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป ใกล้เคียงกัน คือ 263 265 และ 267 ตามลำดับ และมีคุณสมบัติที่เหมือนกันคือ มีพื้นที่เขตติดต่อกับโรงพยาบาล และประชาชนในพื้นที่ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำนา

เมื่อได้หมู่บ้านที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุด 3 หมู่บ้าน ทำการสุ่มอย่างง่าย โดยวิธีการจับฉลาก ได้หมู่ 2 เป็นหมู่บ้านทดลอง และหมู่ 11 เป็นหมู่บ้านควบคุม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ครั้งนี้ มี 2 ประเภท คือ

ประเภทที่ 1 เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ซึ่งประกอบด้วย 2 ชุด คือ

ชุดที่ 1 คู่มือการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ตามกระบวนการ AIC เพื่อใช้ออกแบบ บริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน โดยประชาชนมีส่วนร่วม ใช้กรอบแนวคิด การมีส่วนร่วมโดยกระบวนการ AIC ของ Smith and Sato โดยประยุกต์จากการจัดประชุมเพื่อระดมความคิดในการพัฒนาหมู่บ้านโดยพลังประชาชน ของ อรพินท์ สพอโชคชัย (2537)

วิธีการสร้างเครื่องมือ

1.1 กำหนดวัตถุประสงค์ของการประชุมเชิงปฏิบัติการ

1.2 กำหนดขอบเขต เนื้อหา สาระของแผนการประชุมเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย

1.2.1 การจัดบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน รูปแบบเดิมที่ทางโรงพยาบาลหันคา เคยปฏิบัติ ในปี พ.ศ. 2541 และ พ.ศ. 2542

1.2.2 กระบวนการคัดกรองโรค

1.2.3 แบบประเมินในการคัดกรองโรค เพื่อคัดกรองผู้ใช้บริการเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มที่สงสัยว่าเป็นโรค

1.2.4 ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน

1.2.5 ชุดข้อมูลให้คำแนะนำเกี่ยวกับความรู้ และการปฏิบัติตัวกับผู้ใช้บริการ ทั้ง 3 กลุ่ม คือ กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มที่สงสัยว่าเป็นโรค

1.3 กำหนดเนื้อหาและกิจกรรม นำเข้าสู่ขั้นตอนตามกระบวนการ AIC โดยสร้างเครื่องมือการประชุม เป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างความรู้ซาบซึ่งคุณค่า (Appreciation)

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างแนวปฏิบัติร่วมกัน (Influence)

ขั้นตอนที่ 3 การควบคุมไปสู่การปฏิบัติ (Control)

1.4 กำหนดหน้าที่ มีผู้วิจัยเป็น ผู้นำการประชุม และมีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ช่วยวิจัยในการรับผิดชอบการประชุมกลุ่มย่อย

1.5 กำหนด วัสดุ อุปกรณ์ สื่อ ต่าง ๆ และสถานที่ สำหรับการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ

หลังจากการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการตามกระบวนการ AIC จะได้แผนการจัดบริการ อย่างละเอียดว่า จะจัดบริการอย่างไร ใครรับผิดชอบในขั้นตอนใด ใครต้องให้ความร่วมมือ ใครจะให้ความช่วยเหลือในส่วนไหน จะใช้วัสดุ อุปกรณ์อะไรบ้าง วัน เวลา และสถานที่ ซึ่งเป็นเครื่องมืออีกชุดหนึ่งในการทดลองครั้งนี้

ชุดที่ 2 คู่มือการจัดบริการ

ได้จากกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการ AIC ซึ่งเป็นแผนการจัดบริการ ผู้ใช้เครื่องมือคือ ผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบในขั้นตอน ต่าง ๆ ประกอบด้วย พยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ประชาชนอาสาสมัคร หรือตัวแทนจากประชาชน

ประเภทที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลการทดลอง ซึ่งประกอบด้วย 2 ชุด คือ

ชุดที่ 1 แบบบันทึกจำนวนผู้มาใช้บริการ

ผู้วิจัยสร้างแบบบันทึกจำนวนผู้มาใช้บริการ คัดกรองโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ประกอบด้วยรายละเอียดเกี่ยวกับ ลำดับที่ ชื่อ - นามสกุล อายุ ที่อยู่ และลายมือชื่อ ซึ่งมีลักษณะ ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ - นามสกุล	อายุ	ที่อยู่	ลายมือชื่อ
1				
2				
3				
.				
.				
.				

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ เป็นแบบสัมภาษณ์ เกี่ยวกับความพึงพอใจ ต่อบริการการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้กรอบแนวคิด ของ เพนชานสกีร์ และ โทมัส (Penchansky & Thomas, 1981) ร่วมกับ กรอบแนวคิดของ อเดย์ และแอนเดอร์เซน (Aday & Andersen, 1975)

มีขั้นตอนการสร้าง คือ

2.1 ทบทวนแนวคิดทฤษฎีจากตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในบริการของผู้ใช้บริการด้านสุขภาพ

2.2 วิเคราะห์เนื้อหาที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมากำหนดและสร้างข้อคำถามแบบประเมิน ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมี 24 ข้อ มีเนื้อหา 6 ด้าน ด้านละ 4 ข้อดังนี้

- ความพึงพอใจของบริการ
- ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการ
- การประสานบริการ
- การแสดงอริยาวัตรของผู้ให้บริการ
- ข้อมูลที่ได้รับ
- คุณภาพบริการ

โดยลักษณะของแบบสอบถาม เป็นคำถามแบบประมาณค่ามาตราส่วน(Rating Scale) ตามแบบลิเคิร์ต(Likert) โดยกำหนดความพึงพอใจ ใน 5 ระดับ ในแต่ละคำตอบมีความหมาย ดังนี้

พึงพอใจมากที่สุด	หมายถึง	เมื่อผู้ตอบ มีความรู้สึกพึงพอใจกับข้อความนั้นทั้งหมด
พึงพอใจมาก	หมายถึง	เมื่อผู้ตอบ มีความรู้สึกพึงพอใจกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่
พึงพอใจปานกลาง	หมายถึง	เมื่อผู้ตอบ มีความรู้สึกพึงพอใจกับข้อความนั้นเป็นบางส่วน
พึงพอใจน้อย	หมายถึง	เมื่อผู้ตอบ มีความรู้สึกไม่พึงพอใจกับข้อความนั้นเป็นบางส่วน
พึงพอใจน้อยที่สุด	หมายถึง	เมื่อผู้ตอบ มีความรู้สึกไม่พึงพอใจกับข้อความนั้นทั้งหมด

เกณฑ์ที่ใช้ในการให้คะแนน มีดังนี้

พึงพอใจมากที่สุด	ให้	5	คะแนน
พึงพอใจมาก	ให้	4	คะแนน
พึงพอใจปานกลาง	ให้	3	คะแนน
พึงพอใจน้อย	ให้	2	คะแนน
พึงพอใจน้อยที่สุด	ให้	1	คะแนน

กำหนดเกณฑ์การแปลผล ดังนี้

ค่าเฉลี่ยคะแนน	4.50 – 5.00	หมายถึง	พึงพอใจมากที่สุด
ค่าเฉลี่ยคะแนน	3.50 – 4.49	หมายถึง	พึงพอใจมาก
ค่าเฉลี่ยคะแนน	2.50 – 3.49	หมายถึง	พึงพอใจปานกลาง
ค่าเฉลี่ยคะแนน	1.50 – 2.49	หมายถึง	พึงพอใจน้อย
ค่าเฉลี่ยคะแนน	1.00 – 1.49	หมายถึง	พึงพอใจน้อยที่สุด

วิธีการตอบแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

เก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์ โดยผู้สัมภาษณ์อ่านข้อคำถามเป็นรายข้อ ให้ผู้ตอบพิจารณาตอบข้อความแต่ละข้อและตัดสินใจตอบตามความเป็นจริง ว่าตนเองมีความพึงพอใจต่อข้อความนั้น ๆ ในระดับใดใน 5 ระดับ คือ พึงพอใจมากที่สุด พึงพอใจมาก พึงพอใจปานกลาง พึงพอใจน้อย พึงพอใจน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยเป็นคู่มือเกี่ยวกับการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ตามกระบวนการ AIC สำหรับออกแบบบริการ ผู้วิจัยนำคู่มือที่สร้างขึ้น เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อปรับปรุงแก้ไขในขั้นต้น และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งมีประสบการณ์ ในเรื่องการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยใช้กระบวนการ AIC จำนวน 5 คน ตรวจสอบแก้ไข ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิเห็นด้วยเป็นส่วนใหญ่ แนะนำให้แก้ไขกิจกรรมต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับกระบวนการ AIC เน้นเนื้อหาให้เกี่ยวข้องกับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน และแนะนำให้ปรับวัตถุประสงค์ของบางแผนกิจกรรมให้ตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยนำคู่มือมาปรับปรุงตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจของประชาชนผู้ใช้บริการ ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้น เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อปรับปรุงแก้ไขในขั้นต้น แล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่มีประสบการณ์การทำงานด้านการพยาบาลอนามัยชุมชน และมีวุฒิการศึกษา ตั้งแต่ระดับปริญญาโทด้านการพยาบาลอนามัยชุมชนขึ้นไป ช่วยตรวจสอบ และให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับเนื้อหา ความถูกต้อง ความครอบคลุมและความ

เหมาะสมของภาษาที่ใช้ การตัดสินใจเกณฑ์ความคิดเห็นตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ 7 ใน 9 คน ผู้ทรงคุณวุฒิส่วนใหญ่เห็นด้วย แนะนำให้ปรับภาษาให้อ่านเข้าใจง่ายและชัดเจนมากยิ่งขึ้นในบางข้อ ข้อคำถามส่วนใหญ่เป็นไปตามคำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย ยกเว้นด้านความเพียงพอของบริการที่ไม่ครอบคลุม เรื่องเจ้าหน้าที่ และอุปกรณ์ ผู้วิจัยจึงสร้างข้อคำถามเพิ่มขึ้นอีก 2 ข้อ ภายหลังจากแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ จึงมีข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ จากเดิม 24 ข้อ เรียงตามกระบวนการให้บริการ และมีข้อความทางลบ 1 ข้อ ซึ่งเนื้อหาทั้ง 6 ด้าน ประกอบด้วยข้อคำถามดังนี้

ความเพียงพอของบริการ ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ4 ข้อ5 ข้อ6 ข้อ8 ข้อ22 และข้อ25

ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการ ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ1 ข้อ2 ข้อ3 และ ข้อ7

การประสานบริการ ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ9 ข้อ10 ข้อ11 และ ข้อ21

การแสดงอหยาศัยของผู้ให้บริการ ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ16 ข้อ17 ข้อ18 และ ข้อ19

ข้อมูลที่ได้รับ ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ12 ข้อ13 ข้อ14 และ ข้อ15

คุณภาพบริการ ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ20 ข้อ23 ข้อ24 และ ข้อ26

การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการ ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับประชาชน ในหมู่บ้าน 1 หมู่บ้าน ในเขตอำเภอหันคา ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียง หรือลักษณะคล้ายกับหมู่บ้านที่เลือกมาศึกษา คือ หมู่9 ตำบลหันคา ทดลองจัดบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน สัมภาษณ์ความพึงพอใจของผู้มาใช้บริการจำนวน 30 คน แล้วนำคะแนนมาหาค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา(Alpha Coefficient or Crobach's Coefficient) แบบสัมพัทธ์ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ได้ค่าความเที่ยง .7625

การดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูล

การดำเนินการวิจัย เพื่อจัดทำแผนบริการการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการออกแบบบริการ และศึกษาผลของการใช้บริการดังกล่าวแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการ ขั้นดำเนินการ ขั้นประเมินผล ซึ่งมีรายละเอียดในแต่ละขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 เตรียมความพร้อมของผู้วิจัย

1.1.1 ศึกษาสถานการณ์ นโยบายและแผนการดำเนินการ ปัญหาการจัดการบริการ การคัดกรองโรค ที่เคยปฏิบัติในอดีต

1.1.2 ทบทวนตำรา เอกสาร เนื้อหาเกี่ยวกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน การมีส่วนร่วมตามกระบวนการAIC การออกแบบบริการ การจัดการ แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ และอัตราการใช้บริการ

1.1.3 ผู้วิจัยเตรียม ฝึกทักษะการเป็นผู้นำการประชุมศึกษาขั้นตอน AIC บทบาทหน้าที่ของผู้นำการประชุม การแก้ไขปัญหาสถานการณ์เฉพาะหน้า วิธีการประนีประนอมข้อขัดแย้งของผู้เข้าร่วมประชุมที่อาจเกิดขึ้น

1.1.4 ศึกษาข้อมูลพื้นฐานของชุมชน เพื่อสุ่มเลือกกลุ่ม ตัวอย่างจากการศึกษาข้อมูลพื้นฐานในเดือนมกราคม 2545 พบว่า มี 3 หมู่บ้าน ตรงตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ตั้งไว้ ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับฉลาก ได้ หมู่2 ตำบลหันคา เป็นหมู่บ้านทดลอง และหมู่11เป็นหมู่บ้านควบคุม (รายละเอียดกล่าวถึงในหัวข้อกลุ่มตัวอย่าง หน้า57)

1.2 เตรียมการดำเนินการในแหล่งที่จะศึกษา

1.2.1 เสนอโครงการ ต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลหันคา

1.2.2 อบรมผู้ช่วยวิจัย ซึ่งประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 3 คน เพื่อช่วยรับผิดชอบการจัดกิจกรรม ในการประชุมกลุ่มย่อย

1.2.3 ติดต่อวิทยากรร่วม เพื่อถ่ายทอดเนื้อหาสาระที่สำคัญของการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ

1.2.4 เตรียมความพร้อมของหมู่บ้านทดลองและหมู่บ้านควบคุม

1.2.4.1 การเตรียมความพร้อมของหมู่บ้านทดลอง

ผู้วิจัยติดต่อ กำนัน ผู้ใหญ่บ้านของตำบลหันคา และหัวหน้าอสม. ของหมู่ 2 ตำบลหันคา ในปลายเดือนมกราคม 2545 ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินงาน ประโยชน์ที่จะได้รับ เนื่องจากในช่วงนั้นกำนัน กำลังอยู่ในระยะพักฟื้น ภายหลังจากการเป็นโรคลำไส้อักเสบ จึงไม่สามารถเข้าร่วมโครงการครั้งนี้ ส่วนผู้ใหญ่บ้าน และหัวหน้าอสม. ซึ่งเคยเป็นคณะกรรมการหมู่บ้านและอดีตผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ทั้งสองคนให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี เป็นแกนนำคนสำคัญในการให้ข้อมูลให้คำปรึกษาต่าง ๆ ภายหลังจากปรึกษาหารือกับแกนนำทั้งสองคน ได้ข้อตกลงว่า ผู้วิจัยควรจะบอกชักชวนผู้มาเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการด้วยตนเอง ในวันจันทร์ที่ 4 กุมภาพันธ์ 2545 เวลา 13.30 – 15.00 น. ซึ่งเป็นวันทำกิจกรรมร่วมกันของชมรมผู้สูงอายุในหมู่บ้าน และวันพุธที่ 6 กุมภาพันธ์ 2545 เวลา 09.00 – 12.00 น. เป็นวันที่ ประชาชนทุกครัวเรือนมาติดต่อขึ้นทะเบียนเป็นเกษตรกร ณ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน(ศสมช.) เพื่อบอกวัตถุประสงค์ ของการจะจัด

ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อออกแบบบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ความสำคัญของการให้ทุกคนเข้ามามีส่วนร่วม บทบาทหน้าที่ของผู้เข้าร่วมประชุม และประโยชน์ที่ประชาชนในหมู่บ้านจะได้รับร่วมกัน ภายหลังจากผู้วิจัยชี้แจง และชักชวนผู้ที่สนใจเข้าร่วมโครงการ ได้อาสาสมัครตามเป้าหมาย จำนวน 21 คน

ผู้นำท้องถิ่น 6 คน ซึ่งประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน 1 คน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน 2 คน เลขานุการกลุ่มสหกรณ์ออมทรัพย์ประจำหมู่บ้าน 1 คน และ คณะกรรมการหมู่บ้าน 2 คน

กลุ่มอสม. จำนวน 6 คน

กลุ่มตัวแทนประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีไปขึ้นซึ่งเป็นกลุ่มผู้ใช้บริการ จำนวน 9 คน

ผู้วิจัยนัดผู้ที่จะเข้าประชุมเชิงปฏิบัติการ ทั้ง 21 คน ตามรายชื่อ ประชุมแบบไม่เป็นทางการใน วันศุกร์ ที่ 15 กุมภาพันธ์ 2545 เวลา 17.00 – 18.00 น. ณ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) เพื่อยืนยัน รายชื่อผู้ที่จะเข้าร่วมประชุม และขอมติที่ประชุม ในเรื่อง วัน เวลา และสถานที่ที่จะจัดประชุม เมื่อถึงวันประชุมแบบไม่เป็นทางการมีผู้เข้าร่วมประชุมทั้งหมด 11 คน ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน 1 คน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน 1 คน เลขานุการกลุ่มสหกรณ์ออมทรัพย์ประจำหมู่บ้าน 1 คน ตัวแทนอสม. 3 คน และตัวแทนผู้ใช้บริการ 4 คน

ผลการประชุมได้ข้อตกลงร่วมกันดังนี้

1. สถานที่ในการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเลือกที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน(ศสมช.) เพราะเป็นที่ ที่ทุกคนรู้จัก คั่นเคย การเดินทางไปมาสะดวก

2. วัน – เวลา ผู้วิจัยเสนอให้จัดการประชุม 2 วัน ตามตารางที่กำหนดไว้ ผู้เข้าร่วมประชุมส่วนใหญ่ ต้องการให้ลดจำนวนวันเหลือเพียง 1 วัน เพราะ ช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ตรงกับเดือนไทยคือเดือนสาม เป็นเดือนที่ชาวบ้านมีเทศกาลงานบุญต่างๆ มีงานวัดประจำปี งานบวช งานขึ้นบ้านใหม่ เป็นต้น และช่วงปลายเดือน ชาวนาจะเริ่มทำนาคร่าวใหม่ จึงทำให้ชาวบ้านไม่ค่อยมีเวลาว่าง ผู้วิจัยได้ชี้แจง พยายามให้เหตุผลและความจำเป็นที่ต้องจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ จำนวน 2 วัน เพื่อให้ครบตามกระบวนการ AIC ที่ได้วางแผนไว้ เมื่อผู้เข้าประชุมได้ฟังจึงตกลงร่วมกันโดยใช้เสียงส่วนใหญ่ ให้จัดประชุม 2 วัน แต่ให้เริ่มในเวลา 09.00 น. และเลิกประชุมเวลา 15.00 น. เพื่อที่ชาวบ้านจะได้มีเวลาทำธุระส่วนตัว ในเวลา ก่อน 09.00 น. และหลัง 15.00 น. ผู้วิจัยยอมรับข้อตกลงจากที่ประชุม ได้ปรับตารางการประชุมให้กระชับมากยิ่งขึ้นแต่ครบถ้วนตามกระบวนการ AIC มติจากที่ประชุมเลือกวัน เสาร์ – อาทิตย์ ที่ 23 – 24 มีนาคม 2545 เป็นวันจัดประชุม

3. รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ เสียงส่วนใหญ่ยืนยันรายชื่อเดิม ทั้ง 21 คน ได้ข้อตกลงว่า จะมอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบติดตาม เพื่อขอคำยืนยันในการยินดีเข้าร่วมประชุมในวัน เวลา ที่กำหนด ถ้าผู้ใดคิดธุระให้ส่งตัวแทนมาเข้าร่วมประชุมแทน ผู้รับผิดชอบติดตามผู้ที่ไม่มาประชุมมีดังนี้

กลุ่มผู้นำท้องถิ่น ผู้รับผิดชอบ คือ ผู้ใหญ่บ้าน

กลุ่มอสม. ผู้รับผิดชอบ คือ หัวหน้าอสม. และตัวแทนอสม. อีก 1 คน

กลุ่มตัวแทนผู้ใช้บริการ ผู้รับผิดชอบ คือ ตัวแทนผู้ใช้บริการจำนวน 2 คน

1.2.4.2 การเตรียมความพร้อมของหมู่บ้านควบคุม

ผู้วิจัยติดต่อ อสม. หมู่ 11 ตำบลหันคา จำนวน 8 คน ในวันประชุม อสม. ในสัปดาห์แรกของเดือน กุมภาพันธ์ 2545 และนัดประชุมแบบเป็นทางการ ในวันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2545 เวลา 10.00 – 12.00 น. ที่ห้องประชุมโรงพยาบาลหันคา ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์การดำเนินการ เกี่ยวกับการจัดบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน โดยขอความร่วมมือ จาก อสม. ให้เป็นแกนนำในการจัดบริการ รวมทั้งขอข้อตกลงในเรื่องวันที่จะอบรม เพื่อเสริมทักษะที่จำเป็น ในการให้บริการสำหรับคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน มีผู้เข้าร่วมประชุมทั้งหมด 8 คน

ผลการประชุมได้ข้อตกลงร่วมกันดังนี้

1. อสม.ทุกคนยินดีให้ความร่วมมือในการจัดบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ในหมู่บ้านให้กับประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป
2. เลือกวันอบรม คือวันจันทร์ที่ 11 กุมภาพันธ์ 2545 เวลา 8.30 – 16.00 น.

2. ขั้นตอนในการ

1.2 หมู่บ้านทดลอง

2.2.1 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการตามกระบวนการAIC เพื่อออกแบบบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ให้กับหมู่บ้านทดลองในวันที่ 23 – 24 กุมภาพันธ์ 2545 ณ ศูนย์สาธารณสุขชุมชนประจำหมู่ 2 ตำบลหันคา โดยมีผู้เข้าร่วมประชุมทั้งหมด 21 คน ตามรายชื่อที่นัดหมายไว้ ดำเนินการประชุมตามกำหนดการประชุมเชิงปฏิบัติการ ดังนี้

กำหนดการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ

วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2545

- 09.00 – 09.15 น. - ลงทะเบียน
- 09.00 – 09.30 น. - พิธีเปิดการประชุม
- 09.30 – 10.15 น. - การสร้างความเข้าใจที่ตรงกัน / เกมละลายพฤติกรรม (กิจกรรมที่1)
โดย ผู้วิจัย และ พยาบาลวิชาชีพ 1 ท่าน
- 10.15 – 10.30 น. - พักรับประทานอาหารว่าง
- 10.30 – 11.00 น. - การแสดงบทบาทสมมติ เรื่อง ตั้งหน่วยบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานที่ไหนดี?/ การสร้างข้อตกลงร่วมกัน (กิจกรรมที่2) (A1)
โดย ผู้วิจัย และ พยาบาลวิชาชีพ 3 ท่าน
- 11.00 – 12.00 น. - ประชุมกลุ่มเรื่อง ประสิทธิภาพการใช้บริการจากหน่วยบริการเคลื่อนที่ของโรงพยาบาลหันคา ที่เคยจัดบริการในหมู่บ้าน (กิจกรรมที่3) (A2)
โดย ผู้วิจัย
- 12.00 – 13.00 น. - พักรับประทานอาหาร
- 13.00 – 14.30 น. - ประชุมกลุ่มเรื่องภาพฝันเกี่ยวกับลักษณะบริการของหน่วยบริการเคลื่อนที่ที่อยากไปใช้บริการ (กิจกรรมที่4) (A3)
โดย ผู้วิจัย

วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2545

- 09.00 – 09.30 น. - ลงทะเบียน
- 09.30 – 09.45 น. - ทบทวนผลการประชุม ในวันที่ 1
โดย ผู้วิจัย
- 09.45 – 10.30 น. - การบรรยายเรื่อง สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานและความจำเป็นของการจัดบริการ (กิจกรรมที่5)
โดย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรคบุรี
- 10.30 – 10.45 น. - พักรับประทานอาหารว่าง
- 10.45 – 11.15 น. - การบรรยายเรื่อง ขั้นตอนการให้บริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน (กิจกรรมที่6)
โดย ผู้วิจัย
- 11.15 – 12.00 น. - ประชุมกลุ่มเรื่องภาพฝันลักษณะของบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานที่พวกเราต้องการ(กิจกรรมที่7) (A3)
โดย ผู้วิจัย
- 12.00 – 13.00 น. - พักรับประทานอาหาร
- 13.00 – 13.45 น. - ประชุมกลุ่มเรื่องกำหนดแนวทางที่จะนำไปสู่บริการที่พวกเราต้องการ (กิจกรรมที่8) (I)

- โดย ผู้วิจัย
- 13.45 – 14.30 น. - ประชุมกลุ่มเรื่องหน้าที่ความรับผิดชอบของพวกเราในทางปฏิบัติ (กิจกรรมที่9) (C)
- โดย ผู้วิจัย
- 14.30 – 14.45 น. - พักรับประทานอาหารว่าง
- 14.45 – 15.30 น. - สรุปผลการประชุมและสร้างข้อตกลงร่วมกัน / ปิดการประชุม(กิจกรรมที่10)
- โดย ผู้วิจัย

ผลการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ

การดำเนินการประชุมเป็นไปตามตารางการประชุมเชิงปฏิบัติการที่กำหนดไว้ ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 10 กิจกรรม (สำหรับแผนการดำเนินกิจกรรมโดยละเอียดอยู่ในคู่มือการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ภาคผนวก 119-129หน้า)

การดำเนินตามแผนกิจกรรมทั้งหมด 10 กิจกรรมนั้น เน้นให้ประชาชนมีส่วนร่วม ตามกระบวนการ AIC ซึ่งมีขั้นตอนสำคัญ 3 ขั้นตอน ในแต่ละขั้นตอนได้ผลลัพธ์จากกิจกรรมดังต่อไปนี้

ก. ขั้นตอนการสร้างความรู้และซาบซึ้งคุณค่า (A:Appreciation)

ขั้นตอนนี้ ผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนช่วยกัน ระดมสมองเพื่อ การสร้างข้อตกลง หรือกฎ กติกาของการประชุมร่วมกัน จากนั้นทบทวนสภาพบริการที่เคยได้รับตามความเป็นจริง และช่วย กันจินตนาการภาพฝัน เกี่ยวกับลักษณะของบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและ โรคเบาหวาน ตามที่ผู้เข้าร่วมประชุมต้องการ

ผลงานของที่ประชุม

1. กฎ กติกา ของที่ประชุม

- 1.1 ไม่มีการตัดสินว่าความคิดใครถูกหรือผิด
- 1.2 ตรงต่อเวลา (มาตรงเวลา/ไม่กลับก่อนเวลา)
- 1.3 ก่อนพูดให้ยกมือขออนุญาตก่อน
- 1.4 ให้เกียรติซึ่งกันและกัน(ปรบมือให้ผู้ที่เสนอความคิดเห็น/เวลามีคนพูดต้องฟัง)
- 1.5 มีปัญหาอะไรให้คุยกันในที่ประชุม ไม่นำปัญหา หรือเรื่องไม่ดีไปพูดนอกที่

ประชุม

- 1.6 ขออนุญาตที่ประชุมก่อนออกจากที่ประชุม

2. ข้อดีและข้อที่ต้องปรับปรุงของบริการของหน่วยบริการเคลื่อนที่ ในอดีต

ข้อดี	ข้อที่ต้องปรับปรุง
1. เดินทางไปมาสะดวก ใกล้	1. เจ้าหน้าที่
2. เจ้าหน้าที่	1.1 มีจำนวนน้อย
2.1 เป็นกันเอง	1.2 มาไม่ตรงเวลา(บางครั้งไม่มาก็ไม่แจ้งล่วงหน้า)
2.2 มีความคุ้นเคย	1.3 บางคนพูดไม่ไพเราะ
2.3 บางคนพูดจาดี ไพเราะ	1.4 จ่ายยาไม่ตรงกับโรค
3. เร็วไม่ต้องรอนาน	2. เวลาเปิดให้บริการน้อยไป (1 – 2 ชั่วโมง)
4. เอาคนแก่มาตรวจได้สะดวก	3. ประชาสัมพันธ์ไม่ทั่วถึง
5. มียาประจำกิน/ ไม่ขาดยา	4. มียาไม่ครบทุกโรค
	5. เครื่องมือน้อย ไม่ทันสมัย

3. ข้อความที่ใช้สื่อถึงภาพฝันของลักษณะบริการคัดกรองโรคที่พวกเราอยากไปใช้บริการ คือ “สะดวกรวดเร็ว เจ้าหน้าที่เพียงพอและพูดจาไพเราะ มีการประชาสัมพันธ์ล่วงหน้า มียาครบทุกโรค เครื่องมือทันสมัย มาให้บริการบ่อยๆ

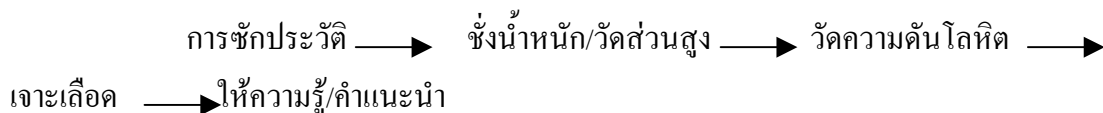
ข. ขั้นตอนการสร้างแนวปฏิบัติร่วมกัน(I:Influence)

ขั้นตอนนี้ทุกคนช่วยกันกำหนดวิธีการที่จะนำไปสู่รูปแบบบริการที่ต้องการ โดยยึดแนวทางให้เกิด ตามข้อความที่สื่อความหมาย ภาพฝันของบริการคัดกรองโรคที่พวกเราต้องการ (ที่ได้จากขั้นตอน ก.)

ผลงานของที่ประชุม

ผลการประชุมสรุปว่าการไปสู่รูปแบบบริการที่ต้องการนั้นต้องประกอบด้วย

1. การประชาสัมพันธ์ เป็นไปอย่างทั่วถึง
2. สถานที่จัดบริการเป็นที่ ที่ทุกคนเดินทางไป - มา สะดวก และมีความพร้อม
3. เจ้าหน้าที่ในแต่ละจุดเพียงพอ และรู้หน้าที่
4. ขั้นตอนการให้บริการไม่มาก
5. เลือกรตรวจเบาหวานด้วยวิธีเจาะเลือดปลายนิ้ว
6. เครื่องมือที่ตรวจไม่เก่า เชื่อถือได้
7. เจ้าหน้าที่เป็นกันเองและพูดภาษาที่เข้าใจง่าย
8. ขั้นตอนการให้บริการควรเป็นดังนี้



ค. ขั้นตอนการควบคุมไปสู่การปฏิบัติ(C:Control)

เป็นการนำวิธีการที่ได้จาก ข้อ ข. มากำหนดแผนการปฏิบัติอย่างละเอียด หาผู้รับผิดชอบ หรือผู้ให้ความร่วมมือ C คือ การนำวิธีการมากำหนดเป็นแผนการอย่างและ ผลงานของที่ประชุม

1. การประชาสัมพันธ์ ให้ทุกคนช่วยกันรับผิดชอบ ใช้วิธีบอกปากต่อปาก ได้วิธีเดียว เพราะ ไม่สามารถใช้หอกระจายข่าวประจำหมู่บ้านได้ เนื่องจากหอกระจายข่าวเสีย และไม่รู้ว่าจะมีงบประมาณซ่อมได้เมื่อไร ที่ประชุมตกลงกันว่า ควรมีคนรับผิดชอบในแต่ละพื้นที่ด้วย แบ่งรับผิดชอบกลุ่มเป้าหมายตามที่อยู่อาศัย ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 พื้นที่ คือ

1.1 ทิศตะวันออก(เขตติดต่อเทศบาล) ผู้รับผิดชอบ คือ ตัวแทนจากกลุ่มผู้ใช้บริการ 1 คน

1.2 ทิศตะวันตก(เขตฟากคลอง) ผู้รับผิดชอบ คือ ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านคนที่ 1 และ เลขาธิการกลุ่มสหกรณ์ออมทรัพย์ประจำหมู่บ้าน รวมมีผู้รับผิดชอบ 2 คน

1.3 ทิศเหนือ (บริเวณบ้านผู้ใหญ่) ผู้รับผิดชอบ คือ ผู้ใหญ่บ้าน และ ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านคนที่ 2 รวมมีผู้รับผิดชอบ 2 คน

1.4 ทิศใต้ (เขตติดต่อโรงพยาบาล) ผู้รับผิดชอบ คือ ตัวแทนอสม. 1คน และตัวแทนผู้ใช้บริการ 1 คน รวมมีผู้รับผิดชอบ 2 คน

1.5 กลางหมู่บ้าน (บ้านคอนไร่) ผู้รับผิดชอบ คือ หัวหน้าอสม. และตัวแทนผู้ใช้บริการ 1 คน รวมมีผู้รับผิดชอบ 2 คน

2. สถานที่ เลือกที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน(ศสมช.) เป็นที่จัดบริการทั้ง 2 วัน เพราะเป็นที่ ที่ทุกคนรู้จัก คั่นเคยและเดินทางไปมาสะดวก ไม่มีใครเป็นเจ้าของ เป็นสถานที่ของส่วนรวม ผู้ที่รับผิดชอบในการจัดเตรียมสถานที่ คือ กลุ่มอสม.และตัวแทนพยาบาลจากโรงพยาบาล

3. วัน เวลา เลือกจัดบริการ 2 วัน เป็นวันธรรมดา(จันทร์ - ศุกร์) 1 วัน วันหยุดราชการ (เสาร์ - อาทิตย์) 1 วัน คือวันที่ 1 - 2 มีนาคม 2545 เวลา 06.30 - 9.30 น.

4. ขั้นตอนการให้บริการ

4.1 ขั้นตอนการซักประวัติ ผู้รับผิดชอบ คือ กลุ่มผู้นำท้องถิ่น (ผู้ใหญ่บ้านและผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน) จำนวน 3 คน

4.2 ขั้นตอนการชั่งน้ำหนัก/วัดส่วนสูง ผู้รับผิดชอบ คือ กลุ่ม อสม. จำนวน 6 คน

4.3 ขั้นตอนการวัดความดันโลหิต ผู้รับผิดชอบ คือ ตัวแทนพยาบาลจากโรงพยาบาล หันคา จำนวน 2 คน

4.4 ขั้นตอนการเจาะเลือด ผู้รับผิดชอบ คือ ตัวแทนพยาบาลจากโรงพยาบาลหันคา
จำนวน 2 คน

4.5 ขั้นตอนการให้ความรู้/คำแนะนำ ผู้รับผิดชอบ คือ ตัวแทนจากทีมวิทยากร 2 คน
และตัวแทนจาก ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป จำนวน
2 คน คือ ตัวแทนจากผู้นำท้องถิ่นคนหนึ่ง ซึ่งมีประสบการณ์เป็นความดันโลหิตสูง และตัวแทน
จากประชาชนผู้ใช้บริการคนหนึ่ง ที่มีประสบการณ์การดูแลมารดา ซึ่งป่วยเป็นโรคเบาหวาน และ
เสียชีวิตจากโรคแทรกซ้อนของเบาหวาน

5. เครื่องมือที่ใช้ในการให้บริการ

5.1 เครื่องชั่งน้ำหนัก ใช้ของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน(ศสมช.) ที่วัดสวนสูง
ใช้ตลับเมตรของอสม. คนหนึ่งซึ่งเป็นช่างก่อสร้าง ติดกับเสาของอาคาร

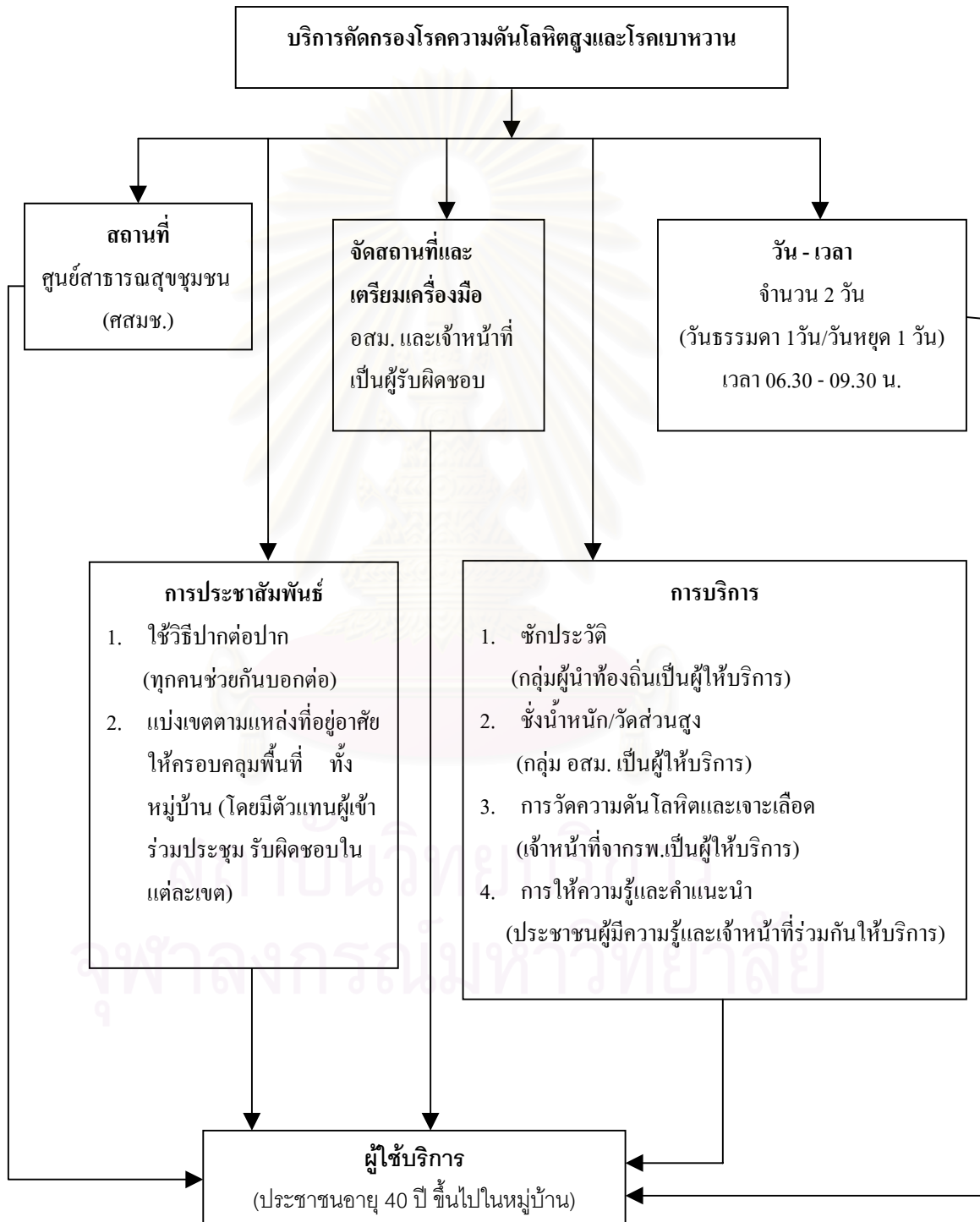
5.2 เครื่องวัดความดันโลหิต ใช้ของที่โรงพยาบาล ที่ยังใช้งานได้ดี

5.3 เครื่องตรวจเลือดใช้เครื่อง Dextro strips ของ โรงพยาบาล ขอเครื่องใหม่ ๆ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สามารถสรุปเป็นแผนการจัดบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ได้ดังนี้

แผนภูมิที่ 4 แสดงแผนการจัดบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน โดยประชาชนมีส่วนร่วมที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการตาม กระบวนการAIC



2.1.2 จัดบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานตามแผนการจัดบริการที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ

1.3 หมู่บ้านควบคุม

1.3.2 จัดอบรมทักษะที่จำเป็น ในการให้บริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานให้กับอสม. หมู่ 11 จำนวน 8 คน ในวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2545 เวลา 09.00 – 16.00 น. ณ ห้องประชุม โรงพยาบาลหันคา การอบรมมีเนื้อหาและกิจกรรม ดังนี้

ตารางอบรมทักษะที่จำเป็นในการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานสำหรับ อสม.

วันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2545

08.30 – 09.00 น.	- ลงทะเบียน
09.00 – 09.15 น.	- พิธีเปิดการอบรม
09.15 – 10.00 น.	- สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน โดย ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลหันคา
10.00 – 10.15 น.	- พักรับประทานอาหารว่าง
10.15 – 12.00 น.	- ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน/การให้คำแนะนำ โดย ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสรรคบุรี
12.00 – 13.00 น.	- พักรับประทานอาหาร
13.00 – 13.30 น.	- การใช้แบบคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน โดย ผู้วิจัย
13.30 – 14.30 น.	- การฝึกปฏิบัติวัดความดันโลหิตสูง โดย ผู้วิจัย
14.30 – 14.45 น.	- พักรับประทานอาหารว่าง
14.45 – 15.30 น.	- ขั้นตอนการให้บริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน/ การให้คำแนะนำ โดย ผู้วิจัย
15.30 – 16.00 น.	- ปิดการประชุม

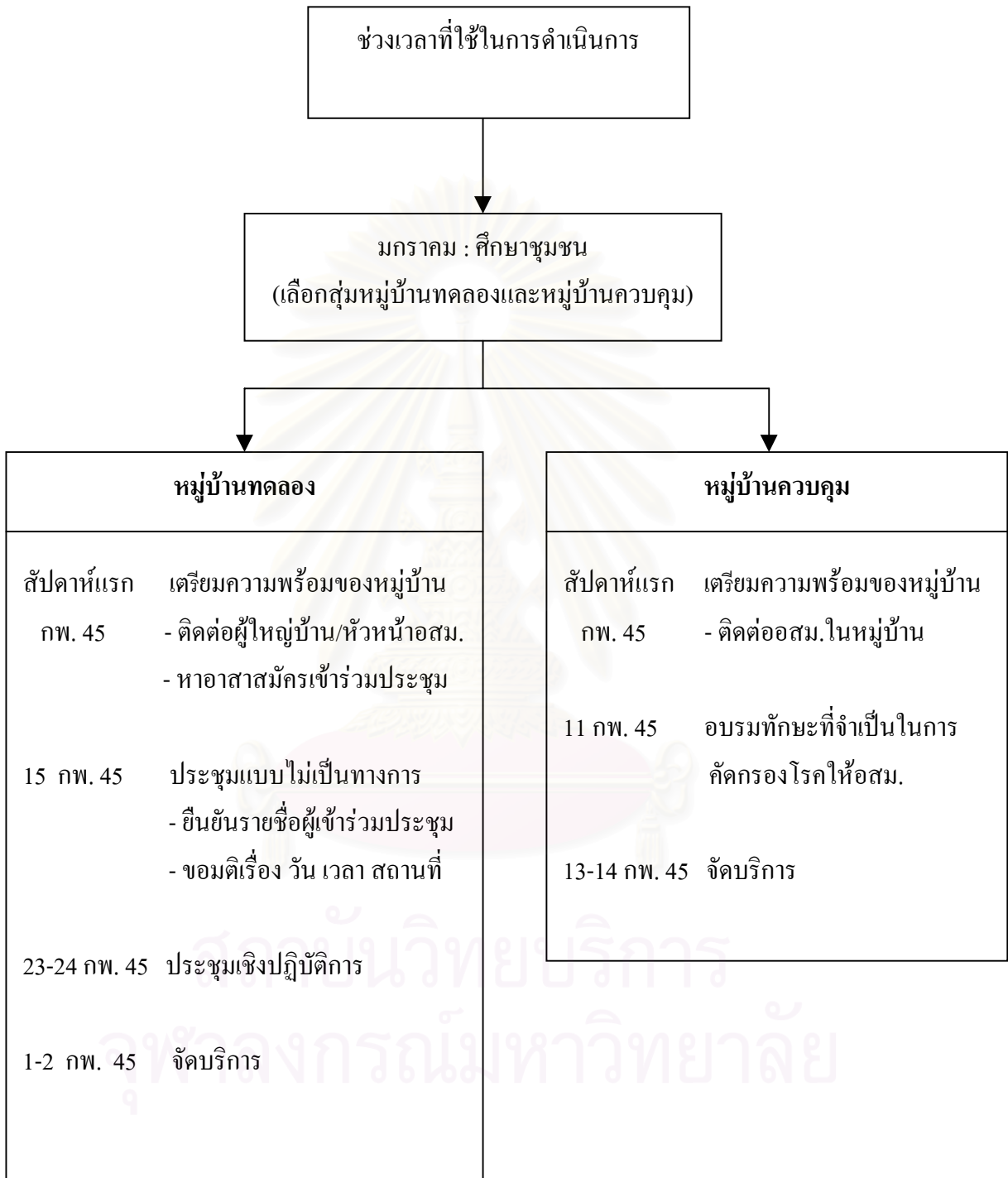
1.3.3 จัดบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ในรูปแบบเดิมที่ทางโรงพยาบาลเคยปฏิบัติ โดยมี อสม. เป็นแกนนำคนสำคัญในการให้บริการ ในวันที่ 13 - 14 กุมภาพันธ์ 2545 เวลา 07.00 - 09.00 น.

จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้น สามารถเปรียบเทียบให้เห็นภาพรวมระหว่างความแตกต่างของหมู่บ้านทดลองและหมู่บ้านควบคุม ในเรื่องขั้นตอน และระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินงาน ได้ดังนี้

ตารางที่ 6 แสดงขั้นตอนการบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ของหมู่บ้านทดลอง และหมู่บ้านควบคุม

การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ในหมู่บ้านทดลอง	การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ในหมู่บ้านควบคุม
<p>1. การวางแผน</p> <p>การวางแผนบริการเกิดจากประชาชนในหมู่บ้านซึ่งประกอบด้วยตัวแทนจากผู้นำท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) และประชาชนผู้ใช้บริการ ร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อช่วยกันวางแผนคิด และตัดสินใจเกี่ยวกับบริการที่จะจัดขึ้น</p>	<p>1. การวางแผน</p> <p>การวางแผนโดยเจ้าหน้าที่ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร่วมกับเจ้าหน้าที่ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล เกี่ยวกับแผนการบริการที่จะจัดขึ้น โดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการให้บริการ</p>
<p>2. การดำเนินกิจกรรม</p> <p>2.1 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วม ตามกระบวนการ AIC เป็นเวลา 2 วัน เพื่อให้ได้มติ เกี่ยวกับแผนการจัดบริการ ประกอบด้วยรายละเอียดในเรื่อง วัน เวลา สถานที่ ขั้นตอนการให้บริการ และผู้รับผิดชอบในแต่ละงาน</p> <p>2.2 จัดบริการตามแผนบริการที่ได้จาก การประชุมเชิงปฏิบัติการ</p>	<p>2. การดำเนินกิจกรรม</p> <p>2.1 จัดอบรม อสม. เป็นเวลา 1 วัน โดยพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ ให้ความรู้เกี่ยวกับ</p> <p>2.2.1 การใช้แบบคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน</p> <p>2.2.2 ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน</p> <p>2.2.3 เกณฑ์การประเมินผลการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน</p> <p>2.2.4 การฝึกปฏิบัติวัดความดันโลหิตสูง</p> <p>2.2.5 อสม. ร่วมกับเจ้าหน้าที่ กำหนดวิธีการ ขั้นตอน วัน เวลา และสถานที่ ที่จะจัดบริการ</p> <p>2.2 จัดบริการตามแบบเดิมที่ได้จากอสม. และเจ้าหน้าที่ร่วมกันกำหนดขึ้น</p>
<p>3. การประเมินผล</p> <p>ประเมินผลจากอัตราการใช้บริการ และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ</p>	<p>3. การประเมินผล</p> <p>ประเมินผลจากอัตราการใช้บริการ และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ</p>

แผนภูมิที่ 5 ระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินการทดลองของหมู่บ้านทดลองและหมู่บ้านควบคุม



3. ชั้นประเมินผล

3.1 เก็บข้อมูลเกี่ยวกับ จำนวนผู้มาใช้บริการ ของหมู่บ้านทดลอง และหมู่บ้านควบคุม เพื่อเปรียบเทียบกับจำนวนประชากรตามกลุ่มเป้าหมายที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไปทั้งหมด

3.2 เก็บข้อมูลเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ โดยใช้แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจ ที่มีต่อบริการ จากผู้มาใช้บริการทุกคน

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจ ผู้วิจัยอบรมทีมวิจัยจำนวน 6 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 3 คน พยาบาลเทคนิค 3 คน ผู้วิจัยได้ประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การดำเนินการวิจัย และการประเมินผล โดยใช้แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจ อธิบายความหมายของข้อคำถามในแต่ละข้อ และปรึกษาหารือ เรื่องเทคนิคหรือภาษาพูดที่จะช่วยให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เข้าใจในข้อคำถามได้ถูกต้อง ตรงกัน ทดลองใช้แบบสัมภาษณ์ร่วมกันในวันอาทิตย์ ที่ 27 มกราคม 2545 ซึ่งเป็นวันที่ทดลองจัดบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ให้กับหมู่ 9 ต.หันคา อ.หันคา จ.ชัยนาท ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับหมู่บ้านทดลอง ภายหลังจากการทดลองใช้แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจ พบว่า ผู้ช่วยวิจัยและผู้ให้บริการส่วนใหญ่ เข้าใจในข้อคำถาม ได้คำตอบที่ตรงประเด็น ยกเว้นคำถามในข้อ 8 ที่เป็นคำถามเชิงลบ ผู้ถามและผู้ตอบบางคนรู้สึกสับสน ผู้วิจัยจึงแก้ไขข้อคำถามให้เป็นประโยคบอกเล่าเหมือนข้อ อื่น ๆ หลังจากนั้นจึงนัดผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลในวันและเวลาที่จัดบริการ ทีมผู้ช่วยวิจัยชุดนี้ ทำหน้าที่เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เพียงอย่างเดียวเท่านั้น ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินการวิจัยในส่วนอื่น ๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for WINDOW (version 10) ช่วยประมวลผล นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ภายหลังจากการทดลองมาคำนวณหาค่าสถิติ ดังต่อไปนี้

1. อัตราการใช้บริการ เปรียบเทียบสัดส่วนของประชาชนผู้มาใช้บริการในหมู่บ้านทดลอง และหมู่บ้านควบคุม โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi – Square)

2. คะแนนความพึงพอใจในบริการของผู้ใช้บริการ วิเคราะห์โดย การคำนวณหาค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ในหมู่บ้านทดลองและหมู่บ้านควบคุม โดยใช้สถิติการทดสอบค่าที (Independent t-test)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาผลของการบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วม ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัย ในลักษณะของตารางประกอบคำอธิบาย ดังนี้

1. จำนวนและร้อยละของผู้มาใช้บริการในหมู่บ้านทดลอง และหมู่บ้านควบคุม จำแนกตามลักษณะทั่วไป (ตารางที่ 7)
2. เปรียบเทียบอัตรา การใช้บริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ระหว่างหมู่บ้านทดลองและหมู่บ้านควบคุม(ตารางที่ 8)
3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อ บริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน โดยรวมและรายด้าน ระหว่างหมู่บ้านควบคุมและหมู่บ้านทดลอง (ตารางที่ 9)



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของผู้มาใช้บริการในหมู่บ้านทดลอง และหมู่บ้านควบคุม จำแนกตามลักษณะทั่วไป

รายการ	หมู่บ้านทดลอง		หมู่บ้านควบคุม	
	N = 263		N = 267	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. จำนวนผู้มาใช้บริการ	133	50.57	46	17.23
2. เพศ				
ชาย	44	33.08	16	34.78
หญิง	89	66.92	30	65.22
3. อายุ				
40 – 49	42	31.58	20	43.49
50 – 59	38	28.57	14	30.43
60 – 69	34	25.56	6	13.04
70 – 79	16	12.03	5	10.87
80 ปี ขึ้นไป	3	2.26	1	2.17
4. อาชีพ				
ทำนา	87	65.41	31	67.39
รับจ้าง	21	15.79	6	13.04
ค้าขาย	9	6.77	3	6.52
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	16	12.03	6	13.04

จากตารางที่ 7 พบว่า ผู้มาใช้บริการของหมู่บ้านทดลองและหมู่บ้านควบคุม มีลักษณะดังนี้

จำนวนผู้มาใช้บริการ หมู่บ้านทดลองมีผู้มาใช้บริการจำนวน 133 คน มากกว่าหมู่บ้านควบคุมซึ่งมีผู้มาใช้บริการจำนวน 46 คน

เพศ ทั้งในหมู่บ้านทดลองและหมู่บ้านควบคุมผู้มาใช้บริการส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละของเพศชายและเพศหญิง ของทั้งสองหมู่บ้านใกล้เคียงกัน หมู่บ้านทดลองร้อยละ 66.92

เป็นเพศหญิง และร้อยละ 33.08 เป็นเพศชาย ส่วนหมู่บ้านควบคุม ร้อยละ 65.22 เป็นเพศหญิง และ ร้อยละ 34.08 เป็นเพศชาย

อายุ ผู้มาใช้บริการของทั้งหมู่บ้านทดลองและหมู่บ้านควบคุมส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 40–49 ปี โดยในหมู่บ้านทดลองพบ ร้อยละ 31.58 หมู่บ้านควบคุมพบ ร้อยละ 43.49 รองลงมา คือ ช่วงอายุ 50–59 ปี, 60–69 ปี, 70–79 ปี และ 80 ปีขึ้นไปตามลำดับ เหมือนกันทั้งสองหมู่บ้าน เมื่อวิเคราะห์อายุตามวัยผู้สูงอายุ(อายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป) จะพบว่าผู้มาใช้บริการของทั้งสองหมู่บ้าน เป็นผู้ที่มียุ่ต่ำกว่า 60 ปี มากกว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป

อาชีพ ผู้มาใช้บริการของทั้งหมู่บ้านทดลองและหมู่บ้านควบคุมส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพเหมือนกัน คือ ทำนา ในหมู่บ้านทดลองพบ ร้อยละ 65.41 และหมู่บ้านควบคุมพบร้อยละ 67.39 รองลงมาคือ อาชีพ รับจ้าง ค้าขาย พ่อบ้าน/แม่บ้าน ตามลำดับ เหมือนกันทั้งสองหมู่บ้าน

ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบอัตราผู้มาใช้บริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานของหมู่บ้านทดลองและหมู่บ้านควบคุม

การใช้บริการ	หมู่บ้านทดลอง		หมู่บ้านควบคุม		χ^2
	N = 263		N = 267		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
มาใช้บริการ	133	50.57	46	17.23	64.87*
ไม่มาใช้บริการ	130	49.43	221	82.77	

* $p < .01$

จากตารางที่ 8 พบว่าอัตราผู้มาใช้บริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานของหมู่บ้านทดลองและหมู่บ้านควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 โดยหมู่บ้านทดลอง มีอัตราการใช้บริการร้อยละ 50.57 ซึ่งสูงกว่าหมู่บ้านควบคุมที่มีอัตราการใช้บริการร้อยละ 17.23

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับความพึงพอใจของผู้ใช้ บริการต่อ บริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน โดยรวมและรายด้าน ระหว่าง หมู่บ้านควบคุมและหมู่บ้านทดลอง

ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ	หมู่บ้านทดลอง		หมู่บ้านควบคุม		t
	N = 133		N = 46		
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	
ด้านความพึงพอใจของบริการ	4.44	0.39	3.44	0.39	8.88*
ด้านความสามารถในการเข้าถึงแหล่ง บริการ	4.53	0.43	4.05	0.40	6.57*
ด้านการประสานบริการ	4.45	0.42	3.90	0.44	7.50*
ด้านการแสดงอหยาศัยของผู้ให้บริการ	4.49	0.49	4.16	0.55	3.79*
ด้านข้อมูลที่ได้รับ	4.29	0.55	3.26	0.53	11.05*
ด้านคุณภาพบริการ	4.48	0.43	3.69	0.41	10.67*
ความพึงพอใจโดยรวม	4.48	0.37	3.82	0.31	10.24*

* $p < .01$

จากตารางที่ 9 พบว่า ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน โดยรวมของหมู่บ้านทดลองและหมู่บ้านควบคุมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยหมู่บ้านทดลองมีความพึงพอใจโดยรวมเท่ากับ 4.48 ซึ่งสูงกว่าหมู่บ้านควบคุมที่มีความพึงพอใจโดยรวมเท่ากับ 3.82

ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในรายด้าน ได้แก่ ด้านความพึงพอใจของบริการ ด้านความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการ ด้านการประสานบริการ ด้านการแสดงผลอหยาศัยของผู้ให้บริการ ด้านข้อมูลที่ได้รับ ด้านคุณภาพบริการ ของหมู่บ้านทดลองและหมู่บ้านควบคุมแตกต่างกันในทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยพบว่าความพึงพอใจของผู้ใช้บริการในหมู่บ้านทดลองสูงกว่าหมู่บ้านควบคุมในทุกด้าน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ ศึกษาผลของการบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วม ต่ออัตราการใช้บริการและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบศึกษาสองกลุ่มวัดครั้งเดียว (The Posttest – Only Design with Nonequivalent Groups) วัดจุดประสงค์การวิจัยเพื่อเปรียบเทียบอัตราการใช้บริการและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ในหมู่บ้านที่ประชาชนมีส่วนร่วมและหมู่บ้านที่ประชาชนไม่มีส่วนร่วม โดยมีสมมติฐานของการวิจัยว่า อัตราการให้บริการ และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ในหมู่บ้านที่ประชาชนมีส่วนร่วมสูงกว่า หมู่บ้านที่ประชาชนไม่มีส่วนร่วม

ประชากร คือ ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster sampling) โดยให้หมู่บ้านแทนกลุ่ม กำหนดคุณสมบัติ ให้เป็นหมู่บ้านที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหันคา อำเภอหันคา จังหวัดชัยนาท มีจำนวนประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไปใกล้เคียงกัน มีระยะทางห่างจากโรงพยาบาลใกล้เคียงกัน และประชาชนในพื้นที่ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเหมือนกัน ได้หมู่บ้านที่เป็นกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ 3 หมู่บ้าน ใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลาก ได้ หมู่ 2 ต. หันคา เป็นหมู่บ้านทดลอง และ หมู่ 11 ต. หันคาเป็นหมู่บ้านควบคุม ทั้ง 2 หมู่บ้านมีประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปี ขึ้นไป 263 คน และ 267 คน ตามลำดับ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ชุด คือ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยเป็นคู่มือเกี่ยวกับการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ตามกระบวนการAIC สำหรับออกแบบบริการ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งมีประสบการณ์ในเรื่องการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยใช้กระบวนการAIC จำนวน 5 คน ตรวจสอบก่อนนำไปใช้จริง และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกจำนวนผู้มาใช้บริการและแบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ในส่วนของแบบสัมภาษณ์ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 9 คน โดยใช้เกณฑ์ 7 ใน 9 คน และนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับ 1 หมู่บ้าน ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับหมู่บ้านที่ทำการศึกษา โดยทดลองจัดบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานขึ้น เก็บข้อมูลจากผู้มาใช้บริการจำนวน 30 คน ทดสอบความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอบบาซ ได้ค่าความเที่ยง .7625

ผู้วิจัยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ให้ประชาชนมีส่วนร่วมโดยใช้กระบวนการAIC เพื่อออกแบบบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน เป็นเวลา 2 วัน ให้กับ หมู่ 2 ต.หันคา ซึ่งเป็นหมู่บ้านทดลอง ผู้เข้าร่วมประชุม คือ อาสาสมัครที่เป็นตัวแทน ของประชาชนในชุมชนทั้งหมด 21 คน ประกอบด้วย ผู้นำท้องถิ่น 6 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

6 คน และตัวแทนประชาชนผู้ให้บริการ 9 คน การประชุมเชิงปฏิบัติการทั้ง 2 วัน เน้นให้กิจกรรมเป็นไปตามกระบวนการ AIC ซึ่งมีขั้นตอนที่สำคัญ 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นตอนการสร้างความรู้และซาบซึ้งคุณค่า (Appreciation) 2) ขั้นตอนการสร้างแนวปฏิบัติร่วมกัน (Influence) 3) ขั้นตอนการควบคุมไปสู่การปฏิบัติ (Control) จากการประชุมทำให้ได้ แผนการจัดบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ที่มีรายละเอียด ดังนี้

1. สถานที่
เลือกศูนย์สาธารณสุขชุมชน (ศสมช.) เป็นจุดให้บริการ
2. วัน - เวลา
กำหนด 2 วัน วันหยุด 1 วัน (เสาร์ - อาทิตย์) วันธรรมดา 1 วัน (จันทร์ - ศุกร์)
เวลา 06.30 - 09.30 น.
3. การจัดสถานที่และเตรียมเครื่องมือ
อสม. และเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบ
4. การประชาสัมพันธ์
 - 4.1 ใช้วิธีบอกปากต่อปาก ทุกคนช่วยกันรับผิดชอบบอกต่อ
 - 4.2 แบ่งเขตตามแหล่งที่อยู่อาศัย ครอบคลุมพื้นที่ทั้งหมดบ้าน 5 เขต แต่ละเขตมีตัวแทนผู้เข้าร่วมประชุมรับผิดชอบเขตละ 2 คน
5. การบริการ

ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน

 - 5.1 ชักประวัติ ผู้ให้บริการ คือ ตัวแทนจากกลุ่มผู้นำท้องถิ่น
 - 5.2 ชั่งน้ำหนัก/วัดส่วนสูง ผู้ให้บริการ คือ ตัวแทนจากกลุ่มอสม.
 - 5.3 การวัดความดันโลหิต และเจาะเลือด ผู้ให้บริการ คือ เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาล
 - 5.4 การให้ความรู้และคำแนะนำ ผู้ให้บริการ คือ ตัวแทนผู้ให้บริการที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง และเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาล

ส่วนหมู่ 11 ต.หันคา ซึ่งเป็นหมู่บ้านควบคุมผู้วิจัยจัดบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในรูปแบบเดิม ที่ทางโรงพยาบาลเคยปฏิบัติ ในปี พ.ศ. 2542 โดยให้อสม.เป็นแกนนำในการให้บริการ ดำเนินการ โดยจัดอบรมฟื้นฟูทักษะที่จำเป็น ในการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานให้กับอสม. จำนวน 8 คน เป็นเวลา 1 วัน จากนั้นให้อสม. เป็นผู้เลือกสถานที่ กำหนดวันเวลา และเป็นแกนนำสำคัญในการให้บริการ พยาบาลและเจ้าหน้าที่อื่น ๆ เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือ เข้าไปให้บริการเฉพาะจุดที่จำเป็น แล้วจึงจัดบริการให้กับหมู่บ้านทดลอง

และหมู่บ้านควบคุม เก็บข้อมูลจากจำนวนผู้มาใช้บริการ และจากการสัมภาษณ์ความพึงพอใจของผู้มาใช้บริการ นำข้อมูลที่รวบรวมได้ภายหลังจากการจัดบริการใน 2 หมู่บ้านมาวิเคราะห์ข้อมูลโดย

1. เปรียบเทียบอัตราการใช้บริการ คำนวณจากจำนวนผู้มาใช้บริการ ต่อจำนวนประชากร ที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไปในหมู่บ้านทั้งหมด ระหว่างหมู่บ้านทดลองและหมู่บ้านควบคุม โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi – Square)

2. เปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจในบริการของผู้ใช้บริการทุกคน ระหว่างหมู่บ้านทดลองและหมู่บ้านควบคุม โดยใช้การทดสอบค่าที (Independent t – test)

สรุปผลการวิจัย

1. ผลการเปรียบเทียบอัตราการใช้บริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ในหมู่บ้านทดลองสูงกว่า หมู่บ้านควบคุม อย่างมีนัยสำคัญที่ .01 แสดงให้เห็นว่าอัตราการใช้บริการของหมู่บ้านที่ประชาชนมีส่วนร่วมสูงกว่า อัตราการให้บริการของหมู่บ้านที่ประชาชนไม่มีส่วนร่วม

2. ผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ใช้บริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ทั้งโดยรวมและรายด้านของหมู่บ้านทดลองสูงกว่า หมู่บ้านควบคุม แสดงให้เห็นว่าความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ในหมู่บ้านที่ประชาชนมีส่วนร่วมสูงกว่า หมู่บ้านที่ประชาชนไม่มีส่วนร่วมในทุกๆด้าน คือ ความเพียงพอของบริการ ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการ การประสานบริการ การแสดงอหยาศัยของผู้ให้บริการ ข้อมูลที่ได้รับ และคุณภาพบริการ

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายได้ดังนี้

การให้ประชาชนในหมู่บ้านทดลองเข้ามามีส่วนร่วมในการประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยใช้กระบวนการ AIC เพื่อออกแบบบริการนั้น ทำให้ได้แผนการจัดบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ตามแบบที่ประชาชนต้องการ เมื่อนำแผนนี้ไปจัดบริการ พบว่า อัตราการให้บริการ และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ คัดกรองโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ในหมู่บ้านที่ประชาชนมีส่วนร่วมสูงกว่า หมู่บ้านที่ประชาชนไม่มีส่วนร่วม ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้เพราะ ในขั้นตอนการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมผู้วิจัยดำเนินการประชุมเชิงปฏิบัติการตามกระบวนการ AIC 3 ขั้นตอน คือ

1. ขั้นตอนการสร้างความรู้และซาบซึ้งคุณค่า (A:Appreciation)

ขั้น A1 คือ ขั้นตอนการสร้างกฎ กติกา ร่วมกัน

ขั้นตอนนี้ผู้เข้าร่วมประชุมทุกคน ช่วยกันสร้างข้อตกลง หรือ กฎ กติกา ที่จะทำให้การประชุมครั้งนี้ประสบความสำเร็จร่วมกัน ข้อตกลงที่เกิดขึ้นเสมือนเป็นข้อผูกมัดที่ทุกคนต้องปฏิบัติตาม ทำให้ การประชุมดำเนินไปอย่างราบรื่น

ขั้น A2 คือ การทบทวนสภาพความเป็นจริง

เป็นขั้นตอนที่เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน เป็นการเปิดโอกาส ให้ผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนได้แสดงความคิดเห็นตามความนึกคิด ที่มีต่อลักษณะบริการในอดีต เมื่อนำสิ่งที่ได้จากความคิดของแต่ละคนมารวมกัน ทำให้ผู้เข้าร่วมประชุมเกิดความมั่นใจในตนเองมากขึ้น เมื่อข้อความของตนเองคิดเหมือนกับคนอื่น ๆ ส่วนบางคนที่มีความเห็นที่แตกต่างจากผู้อื่น แต่ความคิดที่ต่างต่างนั้น ได้นำไปเขียนเป็นภาพรวมของกลุ่มด้วย ก็จะเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ มีความมั่นใจในตนเอง และกล้าที่จะแสดงความคิดเห็นของตนเอง ในการทำกิจกรรมกลุ่มในครั้งต่อไป เพิ่มขึ้น

ขั้น A3 คือการคิดถึงภาพที่พึงปรารถนา

เป็นการใช้จินตนาการ ความคิด ความฝัน ที่ทุกคนอยากให้เกิดขึ้น โดยการเขียนข้อความที่สื่อความหมาย ภาพฝันของตน และหล่อหลอมเป็นความฝันของกลุ่ม ขั้นตอนนี้ ช่วยให้ เกิด “วิสัยทัศน์”(VISION) ของแต่ละคน มารวมกันก็จะยังมี “พลัง” มากขึ้น กลายเป็น “วิสัยทัศน์ร่วม”(Shared Vision) หรือ “อุดมการณ์ร่วม” (Shared Ideal) ซึ่งได้แก่สิ่งที่ทุกคนปรารถนาสูงสุดร่วมกัน

2. ขั้นตอนการสร้างแนวปฏิบัติร่วมกัน (I:Influence)

เป็นขั้นตอนการหาวิธีการ และนำเสนอแนวทางเลือก หรือกำหนดกิจกรรม ที่จะมีการอธิบายความคิด ของตนเองให้ สมาชิกคนอื่น ๆ ฟัง และมีการซักถามข้อสงสัย ขั้นตอนนี้ ถือได้ว่า สมาชิกได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันด้วยเหตุผล และรู้ถึงข้อจำกัดต่าง ๆ ในมุมมองของแต่ละบุคคล ทำให้ได้แนวทางที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง เพราะเกิดจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จริง ของผู้เข้าร่วมประชุมทุกคน

3. ขั้นตอนการควบคุมไปสู่การปฏิบัติ (C:Control)

เป็นขั้นตอนที่กำหนดแผนการปฏิบัติอย่างละเอียด หาผู้รับผิดชอบ ในแต่ละงาน กำหนดวัน เวลา และสถานที่ไว้อย่างชัดเจน เป็นการเขียนแผนงานอย่างละเอียด พร้อมทั้งนำไปปฏิบัติได้จริง ในขั้นตอนนี้ทุกคน ร่วมคิดวิธีการที่เหมาะสม และเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ เพื่อหาข้อตกลงที่เหมาะสมที่สุด สิ่งสำคัญในขั้นตอนนี้ ผู้เข้าร่วมประชุมได้มีส่วนรับผิดชอบ ในบริการที่ตนเองคิดขึ้น จะเห็นได้จาก ผู้เข้าร่วมประชุมช่วยกันเสนอชื่อ หรือกลุ่มของตน รับผิดชอบงานที่ตนเองสามารถปฏิบัติได้ และช่วยกันเสนอชื่อคนอื่น ที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมกับงาน นั้น ๆ จากการร่วมด้วยช่วยกันของผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนทำให้ได้แผนการ ซึ่งเป็นแผนการจัดบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานที่สมบูรณ์

ผลจากการวิจัยโดยใช้กระบวนการ AIC เป็นเทคนิคให้ประชาชนในหมู่บ้านทดลองได้เข้ามามีส่วนร่วมในการออกแบบบริการ ทำให้ได้แผนการจัดบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ตามที่ประชาชนต้องการ จากนั้นจึงจัดตามแผนที่กำหนดไว้ ส่วนหมู่บ้านควบคุมจัดบริการในรูปแบบเดิมที่โรงพยาบาลหันคาเคยปฏิบัติ ผลที่เกิดขึ้นหลังจากการจัดบริการ ใน 2 หมู่บ้านมาเปรียบเทียบกัน พบว่า หมู่บ้านทดลองมีผู้มาใช้บริการ 133 คน จากกลุ่มเป้าหมาย 263 คน ส่วนหมู่บ้านควบคุมมีผู้มาใช้บริการ 46 คน จากกลุ่มเป้าหมาย 267 คน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับความพึงพอใจ ของผู้ใช้บริการ ต่อบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ได้แก่ ด้านความเพียงพอของบริการ ด้านความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการ ด้านการประสานบริการ ด้านการแสดงอภัยชัยของผู้ให้บริการ ด้านข้อมูลที่ได้รับ และด้านคุณภาพบริการ พบว่าทั้งโดยรวมและรายด้าน ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการหมู่บ้านทดลองที่ประชาชนมีส่วนร่วมสูงกว่าหมู่บ้านควบคุมที่ประชาชนไม่มีส่วนร่วม

ผลการวิจัยสนับสนุนแนวคิดที่ว่า การมีส่วนร่วมโดยใช้กระบวนการ AIC เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพ ทำให้การจัดบริการประสบความสำเร็จในระดับหนึ่ง สอดคล้องกับความเห็นของ Smith (2001) ซึ่งเป็นต้นแบบ กระบวนการ AIC ที่กล่าวไว้ว่า กระบวนการ AIC เป็นการบริหารจัดการที่เกิดจากวัฒนธรรมดั้งเดิม (ancient cultural tradition) ผสมผสานร่วมกับแนวทางสมัยใหม่ (modern sciences) เกิดบนพื้นฐานความเข้าใจ ในสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน รวมถึงกันสร้างเป้าหมาย โดยเป้าหมายนั้นเกิดจากความต้องการของทุกคน แล้วดำเนินการจัดการทำงาน โดยยึดเป้าหมายนั้นเป็นศูนย์กลางผลักดัน ในการทำงานไปสู่ความสำเร็จ และสอดคล้องกับ ความคิดเห็นของ อรพินท์ สพโชคชัย(2537 :1) ซึ่งจัดประชุมโดยใช้กระบวนการ AIC เพื่อระดมความคิดเห็นในการพัฒนาหมู่บ้าน กล่าวไว้ว่า การที่จัดให้ผู้แทนจากกลุ่ม ต่าง ๆ ในชุมชนได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการวางแผน และตัดสินใจ เป็นการสร้างความเข้าใจร่วมกันในการดำเนินงาน สร้างความยอมรับและ ความรับผิดชอบในฐานะเป็นสมาชิกของชุมชน และสร้างความรู้สึกร่วมกันของการเป็นเจ้าของโครงการ และมีความภูมิใจในผลงาน สิ่งเหล่านี้ เป็นพลังผลักดันให้โครงการหรือกิจกรรม ที่ช่วยกันคิดขึ้น ดำเนินไปอย่างราบรื่น ต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพ และประสบความสำเร็จ เช่นเดียวกับผลการวิจัยของ ศิริวรรณ เพียรสุข อัญชลี ศิลาเกษ และกัลยา จันชื่น (2542) ศึกษาผลการพัฒนาการมีส่วนร่วมของ ประชาชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน โดยใช้กระบวนการ AIC พบว่า กระบวนการนี้ ทำให้ชุมชนมีทัศนคติ ต่อผู้ป่วยโรคจิตดีขึ้น และผลการวิจัยของ จิตติมา อินทะท่ามา (2543) ศึกษาการจัดการสิ่งแวดล้อม โดยใช้กระบวนการ AIC ในเขตเทศบาล นครราชสีมา พบว่า ผลการประชุมทำให้ได้แผนการปฏิบัติการที่เขียนขึ้น เป็นรูปแบบที่สามารถนำไปใช้ได้จริง ในการจัดการสิ่งแวดล้อม

การเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจ ในการจัดบริการด้านสุขภาพที่จะเกิดขึ้นในชุมชน พบว่าประชาชนในชุมชนเป็นผู้มีศักยภาพ สามารถวางแผน หาแนวทางแก้ไขปัญหา ทำให้เกิดบริการ ที่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนในชุมชนได้ จากพื้นฐานความเอื้ออาทรซึ่งกันและกันของคนในท้องถิ่นที่มีอยู่ดั้งเดิม ทำให้สามารถได้อาสาสมัครผู้รับผิดชอบงาน จากตัวแทนของประชาชนในทุกกลุ่ม มาร่วมแรงร่วมใจกัน ผลักดันให้บริการที่เกิดขึ้นประสบความสำเร็จ เป็นบริการที่มีผู้มาใช้บริการมากกว่าและผู้ให้บริการมีความพึงพอใจสูงกว่า หมู่บ้านที่ประชาชนไม่มีส่วนร่วม

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Mestch and Veney (1976) ซึ่งได้วิเคราะห์เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของผู้ใช้บริการ พบว่า การมีส่วนร่วมของผู้ใช้บริการในการวางแผน และบริหารจัดการในโครงการด้านสุขภาพเป็นการตอบสนองร่วมกัน ของทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ผู้ให้บริการสามารถรับรู้ความต้องการในรูปแบบบริการที่ผู้ให้บริการต้องการมากขึ้น ส่วนผู้ใช้บริการเมื่อได้มีส่วนร่วมในการกำหนดรูปแบบบริการทำให้เกิดความรู้สึกมั่นใจในบริการที่ได้รับ ส่งผลให้ผู้ใช้บริการเกิดความพึงพอใจในบริการและมีผู้มาใช้บริการจำนวนเพิ่มมากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชดช้อย วัฒนะ (2539) ได้พัฒนารูปแบบการจัดบริการพยาบาลที่เป็นการดูแลอย่างมีส่วนร่วมระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ ผลการศึกษาพบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลอย่างมีส่วนร่วมในระดับสูง

ปัจจัยที่ส่งเสริมให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมาใช้บริการเพิ่มมากขึ้น อีกอย่างหนึ่งก็คือ การให้ตัวแทนผู้นำท้องถิ่น เข้ามามีส่วนร่วม ในการวางแผนการจัดบริการ และรับผิดชอบบริการที่จะเกิดขึ้นร่วมกัน เมื่อผู้นำไปขอความร่วมมือ หรือชักชวนประชาชนมาใช้บริการ ประชาชนส่วนใหญ่ จะให้ความร่วมมือ เนื่องจากสังคมของชุมชนชนบท จะให้ความเคารพ ศรัทธาในตัวผู้นำ เมื่อผู้นำขอความร่วมมือ หรือบอกชักชวนให้มาใช้บริการ ประชาชนจะเห็นความสำคัญ รวมทั้งเกิดความรู้สึกเกรงใจไม่กล้าปฏิเสธ ส่งผลให้มีผู้มาใช้บริการเพิ่มสูงขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ อานุกาฬดิตรลาภ(2528) ปรีชญญา เวสารัช(2528) และเสาวนีย์ สีสองสม(2541) ที่พบว่า ผู้นำในท้องถิ่น จะเป็นผู้นำศักยภาพในการดึงชาวบ้านให้เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน เพราะชาวบ้านให้การยอมรับ และให้ความเคารพนับถือ สอดคล้องกับการศึกษาของ นิรันดร์ จงวุฒิเวศน์(2527) สดภาพ อธิพิพงษ์ (2536) และนงเยาว์ หลีพันธ์(2537) ที่กล่าวไว้ว่า ปัจจัย ที่มีผลต่อการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชน คือ ความศรัทธาที่มีต่อความเชื่อถือต่อตัวบุคคล และความเกรงใจต่อผู้มีสถานภาพทางสังคมที่สูงกว่า

นอกจากนี้ในส่วนของหมู่บ้านควบคุมประชาชนไม่มีส่วนร่วมในการออกแบบบริการแต่เป็นการจัดบริการในรูปแบบเดิมที่ทางโรงพยาบาลหันคาเคยปฏิบัติ คือให้อสม. เป็นแกนนำใน

การจัดบริการและให้บริการ ผลการวิจัยพบว่า อัตราการใช้บริการและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ คัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน น้อยกว่าหมู่บ้านที่ประชาชนมีส่วนร่วม ผลการวิจัยที่สามารถนำมาสนับสนุนได้ คือ ผลการวิจัยของ พิมพวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคณะ(2527) บังอร กุฑริ์กดี(2528) เสาวนีย์ สีสองสม(2541) และโสภิญ สุวรรณะ(2541) ที่พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน ในโครงการสาธารณสุขมูลฐานนั้นประชาชน ไม่ได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การดำเนินกิจกรรมและการประเมินผล แต่จะมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์จากกิจกรรมมากกว่า จึงทำให้การบริการที่เกิดขึ้นยังไม่สามารถตอบสนอง ความต้องการและความพึงพอใจ ของประชาชน ได้อย่างแท้จริง เช่นเดียวกับการศึกษาของสุมนฉา สิทธิพิงศ์กุล และ ชื่นชม เจริญยุทธ(2539) ที่พบว่า กิจกรรมการพยาบาลอนามัยชุมชน ของฝ่ายส่งเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชน ของประเทศไทยนั้น แม้ว่าได้มีความพยายามให้อสม. ซึ่งถือว่าเป็นตัวแทนของประชาชนในท้องถิ่น เข้ามามีส่วนร่วม แต่การปฏิบัติเป็นการสั่งการจากบนลงล่าง และเร่งรัดให้เกิดการดำเนินการอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้การดำเนินงานเป็นเพียงขอความร่วมมือ มากกว่าการให้เข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะ

ผลจากการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยและข้อเสนอแนะ ในการทำวิจัยในครั้งต่อไป ดังต่อไปนี้

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. การให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผน ออกแบบแนวทางการดำเนินงาน ด้านบริการส่งเสริมสุขภาพ สามารถทำให้เกิดแผนการบริการ ที่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน เหมาะสมกับสภาพความเป็นจริง เมื่อนำแผนการบริการไปปฏิบัติ พบว่า บริการที่จัดขึ้น มีอัตราการใช้บริการสูงขึ้น ประชาชนผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจในบริการเพิ่มมากขึ้น
2. การให้ประชาชนผู้ที่เกี่ยวข้องกับบริการ ซึ่งประกอบด้วย ตัวแทนจากกลุ่มผู้นำท้องถิ่น ตัวแทนจากกลุ่มผู้ให้บริการ ตัวแทนจากกลุ่มผู้ใช้บริการ เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนออกแบบบริการ ด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในชุมชน เป็นการพัฒนาการให้บริการสุขภาพในเชิงรุก เป็นแนวทางหนึ่งที่สามารถกระตุ้นให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการรับผิดชอบการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน ด้วยคนในชุมชนเอง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการให้ตัวแทนประชาชนผู้ใช้บริการ กลุ่มอื่น ๆ เช่น ตัวแทนคนในครอบครัว

กลุ่มเป้าหมาย หรือ ตัวแทนของประชาชนในแต่ละเขตบ้านตามแหล่งที่อยู่อาศัย ได้มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วม ในการวางแผนออกแบบบริการที่จะจัดขึ้น เพื่อที่จะศึกษาว่า อัตราการใช้บริการ และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการเพิ่มสูงขึ้นหรือไม่

2. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของตัวแทนผู้ให้บริการ ต่อการจัดบริการใน โครงการส่งเสริมสุขภาพ อื่น ๆ เพื่อศึกษาถึงอัตราการใช้บริการ และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรณีศึกษา ชมคติ. (2524). การมีส่วนร่วมของประชาชนที่มีต่อการพัฒนาทางเศรษฐกิจ:
ศึกษาเฉพาะกรณีโครงการสารภี อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- การแพทย์, กรม. (2541). การพัฒนาคุณภาพการดูแลและรักษาโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน.
นนทบุรี: สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (อัดสำเนา)
- เกศินี ศรีคงอยู่. (2543). ความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปากท่อ
จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- คณะกรรมการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข. (2544). แผนพัฒนาสุขภาพ
ของกระทรวงสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงพัฒนาเศรษฐกิจและ
สังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 - 2549) (ร่างที่ 3) 7 กุมภาพันธ์ 2544 ณ ห้องประชุม
501 ชั้น 5 อาคาร 3 กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ จังหวัดนนทบุรี. (อัดสำเนา)
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรณ. (2543). สถานะสุขภาพคนไทย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
จรรย์เพ็ญ แทนนิต. (2532). ผลของการมีส่วนร่วมในกระบวนการพยาบาลต่อระดับการดูแล
ตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จรรุวรรณ ชิตโชติ. (2540). ความพึงพอใจในงาน: ศึกษากรณีพนักงานระดับล่างในโรงงาน
อุตสาหกรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะสังคมวิทยาและคณะมานุษยวิทยา
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จิตตินันท์ เดชะคุปต์. (2538). เอกสารการสอนชุดวิชา จิตวิทยาบริการ. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี:
สำนักพิมพ์สุโขทัยธรรมมาธิราช.
- จิตติมา อินทะท่ามา. (2543). การพัฒนาการเรียนรู้ของคณะกรรมการชุมชนในการจัดการ
สิ่งแวดล้อมเมืองโดยกระบวนการ AIC: กรณีศึกษาชุมชนในเขตเทศบาลนครราชสีห์มา.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสิ่งแวดล้อม คณะศึกษาศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิตร สิทธิอมร และ วัฒนา ส. จันเจริญ. (2541). ภาวะโรคในคนไทยและแนวคิดเพื่อการส่งเสริม
สุขภาพและป้องกันโรค. กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยการสาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. (2543). **ประสิทธิภาพในระบบสุขภาพ**. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ชนินทร์ เจริญกุล. (2526). **การมีส่วนร่วมของชุมชนในงานสาธารณสุขมูลฐาน แนวคิดและข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ**. ศูนย์ฝึกอบรมและวิจัยอนามัยชนบท คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. (อัครา)
- ถนอมขวัญ ทวีบุรณ์. (2543). แนวโน้มวิชาชีพการพยาบาล. **วารสารพยาบาล 49 (1): 7-11.**
- ทัศนาศู บุญทอง. (2543). ทิศทางปฏิรูประบบบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบสุขภาพไทย. **จดหมายข่าวสภาการพยาบาล 3 (1): 4-9.**
- บั้งอร ฤทธิศักดิ์. (2528). **การมีส่วนร่วมของประชาชนในงานสาธารณสุขมูลฐาน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- บุญชู ชาวเชียงขวาง. (2541). **การประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้แรงงาน ต่อการรับบริการประกันสุขภาพในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัดสุพรรณบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประเทือง วงษ์แจ่ม. (2541). **การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพประชาชน เรื่องความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษาเฉพาะกรณี อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ประเวศ วะสี. (2535). บนเส้นทางชีวิตตอน 58: เอ ไอ ซี (AIC). **วารสารหมอชาวบ้าน 14 (161): 60 - 64.**
- พงษ์ศักดิ์ วิทยากร. (2533). **การบริหารโรงพยาบาลเอกชน. เอกสารการสอนชุดวิชาความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการบริการโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.**
- พลสันต์ โพธิ์ศรีทอง. (2539). **การนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาทำให้เกิดพลังสร้างสรรค์ในการแก้ปัญหาและพัฒนาวิถีชีวิตไทย**. **วารสารข้าราชการ 41 (3): 35-39.**
- พิชาย รัตนดิลล กณ ภูเก็ต. (2537). **แนวความคิดและการวิจัยเรื่องความพึงพอใจในงานบริการสาธารณสุข**. **วารสารหมออนามัย 23 (3): 49-154.**
- พิรุณ รัตนวิช. (2543). **คุณภาพบริการด้านสาธารณสุขสำหรับพยาบาล**. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีตรัง.
- ไพบุณย์ สุริยะวงษ์ไพศาล. (2537). **การคัดกรอง**. ใน **รวมบทบรรยายการสัมมนาพยาบาลวิทยาแห่งชาติ ครั้งที่ 12**, หน้า 94 - 97. กรุงเทพมหานคร: กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

- ไพรัตน์ เตชะรินทร์. (2527). **นโยบายและวิธีการมีส่วนร่วมของชุมชนในยุทธศาสตร์การพัฒนา**
ปัจจุบันการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา. กรุงเทพมหานคร: ศักดิ์โสภณการพิมพ์.
- ฟาร์เมอร์, ริชาร์ด; มิเกลอร์, เดวิด และ ลอเรนสัน, รอลด์. (2541). **ระบาดวิทยาและเวชศาสตร์**
สาธารณสุข, แปลโดย อมรรัตน์ รัตนศิริ และคนอื่น ๆ. กรุงเทพมหานคร:
แมคกรอ-ฮิล อินเทอร์เน็ต เนชั่นเนล เอ็นเตอร์ไพรส์.
- เฟทเซอร์, โรเบิร์ต; เฟซเซอร์, ซูซานนี่; และ วากเนอร์; เอ็ดเวิร์ด. (2540). **ระบาดวิทยาคณិត.**
แปลโดย วีระชัย โควสุวรรณ และคนอื่น ๆ. ขอนแก่น: คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วสุธร ต้นวัฒนกุล. (2543). **สุขภาพกับคุณภาพชีวิตเส้นทางที่ต้องร่วมกันพัฒนา.** ชลบุรี:
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วัชรารักษ์ เชี่ยววัฒนา. (2536). **ผลของการส่งเสริมมารดาให้มีส่วนร่วมในการให้นมบุตรตลอด**
ก่อนกำหนด ขณะบุตรอยู่ในโรงพยาบาล ต่อความพึงพอใจของมารดาและระยะเวลาใน
การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วันดี ยมภักดี. (2544). **การศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง**
และเบาหวานจังหวัดสุราษฎร์ธานี. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สุราษฎร์ธานี.
- วันเพ็ญ แก้วปาน. (2543). **แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพบริการและการวัดคุณภาพบริการ. ใน**
คุณภาพการบริการพยาบาลอนามัยชุมชน ภาพลักษณ์ในศตวรรษที่ 21, หน้า 122-125.
กรุงเทพมหานคร: สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยและภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วีระพงษ์ เถลิมาจรัสรัตน์. (2539). **คุณภาพในงานบริการ.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร:
ดวงกมลสมัย.
- ศิริวรรณ เพ็ชรสุข, อัญชลี ศิลาเกษ และ กัลยา จันชื่น. (2542). **ผลการพัฒนารูปแบบการมี**
ส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน. อุบลราชธานี:
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ศิริวรรณ เพ็ชรสุข, อัญชลี ศิลาเกษ และ วัชรารักษ์ ลือไชสงค์. (2542). **คู่มือการจัดกิจกรรม**
การมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน. กรมสุขภาพจิต
กระทรวงสาธารณสุข.
- ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคนอื่น ๆ. (2540). **การบริหารการตลาดยุคใหม่.** กรุงเทพมหานคร:
ธีระฟิล์ม และไซเท็กซ์.

- สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา. (2539). เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการกระบวนการวางแผนโดยชุมชนท้องถิ่นเพื่อพัฒนาสากลี. กรุงเทพมหานคร: สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา.
- สมพันธ์ เตชะอธิก และคนอื่น ๆ. (2540). *อบต. ในอุดมคติ*. กรุงเทพมหานคร: เจริญวิทย์การพิมพ์.
- สมยศ นาวิการ. (2525). *การบริหารแบบมีส่วนร่วม*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย. (2543). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์พัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สัมฤทธิ์ ต่อสดี. (2542). *การมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานของสถานบริการสาธารณสุขเขตเมือง: กรณีศึกษาศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองนครศรีอยุธยา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สาธารณสุข, กระทรวง กรมการแพทย์ สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์. (ม.ป.ป.). *แนวทางในการดูแลรักษาความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป*. นนทบุรี: สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สาธารณสุข, กระทรวง สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ. (2543). *ระบบสุขภาพที่คนไทยต้องการ? สรุปรายการสัมมนาระดับชาติ วันที่ 3 พฤษภาคม 2543*. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สาธารณสุข, กระทรวง. (2540). *สรุปสาระสำคัญแผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 - 2544)*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สามารถ นิธินันท์ และคนอื่น ๆ. (2542). การตรวจคัดกรองเพื่อหาปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองในทหารไทย. *เวชสารแพทย์ทหารบก* 52 (3): 161-164.
- สุโขทัยธรรมมาธิราช, มหาวิทยาลัย. (2537). *เอกสารการสอนชุดวิชาโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ*. นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- สุจินต์ ดาววิระกุล. (2528). *ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน ในโครงการพัฒนาหมู่บ้าน: ศึกษาเฉพาะกรณีหมู่บ้านชนะเลิศการประกวดหมู่บ้านดีเด่นระดับจังหวัด นครสวรรค์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุดารัตน์ ศรีจันทร์. (2544). *การพัฒนาหลักสูตรอบรมผู้บริหารสถานศึกษา สังกัดสามัญศึกษาโดยใช้กระบวนการประชุมเพื่อระดมความคิด (AIC) ในการส่งเสริมการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาในโรงเรียน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาสิ่งแวดล้อม คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุมณฑา สิทธิพงษ์ และ ชื่นชม เจริญยุทธ. (2539). การศึกษากิจกรรมพยาบาลอนามัยชุมชนของฝ่ายส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาลชุมชนในประเทศไทย. *วารสารพยาบาล ศาสตร์* 1 (1): 37-46.

- เสาวนีย์ สีสองสม. (2541). การมีส่วนร่วมของชุมชนในโครงการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง บ้านกิ้วพร้าว อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิตศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อนงค์ เอื้อวัฒนา. (2542). ความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอำนาจเจริญ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิตศึกษา สาขาวิชาการบริหารโรงพยาบาล คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรพินท์ ไชยพยอม. (2542). ความพึงพอใจของผู้รับบริการของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรพินท์ บุญนาค และ อัจฉรา เอ็นซ์. (2538). โครงการศึกษาความพึงพอใจและความต้องการของประชาชนต่อศูนย์บริการสาธารณสุขและโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดกรุงเทพมหานคร. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพินท์ สพอชชัย. (2537). คู่มือการจัดประชุมเพื่อระดมความคิดเห็นในการพัฒนาหมู่บ้าน การพัฒนาหมู่บ้านโดยพลังประชาชน. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศ.
- อรรวรรณ จิตระวัง. (2540). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้นำในการพัฒนาองค์กรประชาชนศึกษาเฉพาะกรณี: สหกรณ์ชุมชนพระนครธนบุรี เขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิตศึกษา คณะพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- อศิน ระพีพัฒน์. (2527). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชนบทในสภาพสังคมและวัฒนธรรมไทย. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อานุกาญ ธิรลาภ. (2528). การวิเคราะห์เชิงสมมุติฐานการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการพัฒนาชนบท: ศึกษาเฉพาะกรณี อำเภอวิบูลย์มังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิตศึกษา คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- อุดม ศรีทิพย์. (2527). การมีส่วนร่วมของชุมชนในงานสาธารณสุขมูลฐาน: ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนในภาคใต้. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาษาอังกฤษ

- Aday, L. A. (1996). **Designing and conducting health survey**. 2nd ed. San Francisco: Jossey - Bass.
- Aday, L. A. , and Andersen, R. (1975). **Development of induce to medical care**. Michigan: Ann Arbor Health Administration Press.

- Aday, L. A. , and Andersen, R. (1981). Equity to Access to Medical Care: A Conceptual and Emprical Overview. **Medical Care** 19 (2): 4-27.
- Bennett, P. D. , and Robert , M. M. (1969). Prepurchase Information Seeking Behavior of New Care Purchasers The Learning Hypothesis. **Journal of Marketing Research** 6 (November): 430-433.
- Cohern, J. M. & Uphoff, N. T. (1977). **Rural development participation: Concepts and measures for project design, Implementation and Evaluation**. Rural Development monograph no. 2.
- Davis, Keith. (1962). **Human relation at work**. New York: Mcgrew - Hill.
- Dianne, C. , Mara, F. K. , and Alan, P. R. (1994). Customer participation in service specification and delivery. **Journal of Applied Business Research** 10 (2): 90-97.
- Erwin, W. (1976). **Participation management : Concept theory and implemetation**. Atlanta Ca: Georgia State University.
- Fitzpatrick, R. (1991). Survey of patient satisfaction: 1 - impotent general consideration. **British Medical Journal** 302 (13): 887-889.
- Gorroll, A. H. , May, L. M. , and Mulley, A. G. (1995). **Primary care medicine: office evaluation and management of the adult pation**. 3rd ed. Philadephia: Lippincott.
- Gurlnik, D. B. (1988). **Webster 's new world dictionary**. 3rd ed. New York: Prentice Hall.
- Hildman, T. B. , and Fergusun, G. H. (1990). Prompt service: A Factor in Patient Satisfaction. **Nursing Management** 21 (2): 26 - 29.
- Hughes, J. (1991). **Satisfaction with medical care: A review of the field** [Online].
 Availavle from: <http://www.changesurfer.com/Hlth/RatSat.html> [2000, January 16]
- International Labour Office. (1971). **Participation by employers' and workers' organization economic and social planning**. Geneva: International Labour office.
- Keith, D. (1962). **Human relation at work**. New York: McGraw -Hill.
- Kotter, P. (1994). **Marketing management: Analysis planing implementation and control**. 8th ed. New Jersey: Pretice - Hall.
- Lashley, M. E. (1995). Screening and Referral. In Smith, C. M and Mauser, F. A. (ed), **Community health nursing: Theory and practice**, pp. 429-449.
 Philadelphia: W.B. Saunders.
- Lawin, K. (1951). **Field theory in social science**. New York: Harper & Row.

- Likert , R. (1961). **New pattern of management**. New York: McGraw - Hill.
- Loudon, D. L. , & Bitta. A. J. (1993). **Consumer behavior**. 4th ed. New York: McGraw -Hill.
- Mark, P. , Philip, D. C. , and Donald, S. (1993). Consumer satisfaction and perceived quality of outpatient health service. **Journal of Health Care Marketing** 13 (1): 24-33.
- Marland E. R, Vickery K. S. , and Davis, A. R. (1998). **Operations management: Concept in manufacturing and service**. 2nd ed. Ohio: South-Western Collage.
- Maslow, A. H. (1954). **Motivation and personality**. New York: Harper.
- Mausner, J. S. , and Bahn, A. H. (1974). **Epideminology: An introductory text**. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Mcgregor, D. M. (1960). **The human side of enterprise**. New York: Mcgraw -Hill.
- Metsch, J. M. , and Veney, J. E. (1976). Consumer Paticipation and Social Accountability. **Medical Care** 14 (4): 283 - 291.
- Millet, J. D. (1954). **Management in the publics service: The quest for effective performance**. New York: McGraw -Hill.
- Myllins, L. J. (1985). **Management and organization behavior**. London: Pitman.
- Neumann, E. , & Giel, K. (1995). **Customer satisfaction measurement and management**. Ohio: Thomson Executive Press.
- Parasuraman, A. , Aeithaml, V. A. , & Berry, L. L. (1988). A conceptual model of service quality and its implication for future research. **Journal of Marketing** 46 (6): 41-50.
- Penchansky, R. , and Thomas, J. W. (1981). The Concept of Access Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. **Medical Care** 19 (2): 127-140.
- Robert , W. Coggin. (1994). Measuring Customer Value. In B. Greg; Y. Lyle; A. Mel; and R, Gipsie (eds.), **Beyond total quality management toward the emerging paradigm**, pp. 253-295. New York: McGraw - Hill.
- Smith, W. E. (2001). **THE AIC PROCESS (AIC NATURAL SYSTEMS)**[Online]. Available from: <http://www.odii.com/reviews.html> [2001, July 7]
- Spitzer, R. B. (1988). Meeting consumer expectation. **Nursing Administration** 12 (3): 1-2.
- Thayer, C. E. , and Fine, A. H. (2001). Evaluation and outcome measurement in the non-profit sector: stakholder participation. **Evaluation and Program Planing** 24: 103-108.

United Nations, Department of International Economic and Social affairs. (1981). **Popular participation as strategy for promoting community level action and development.**

New York: United Nation.

Valanis, B. (1986). **Epidemiology in nursing and health care.** Norwalk, CT:

Appleton - Century - Crofts.

Whith, Alastair T. (1982). **Why community participation ?.** USA: United Nation Children 's Fund.

World Health Organization. (1981). **Global strategy for health for all by the year 2000.**

Health for all Series No. 30 Geneva: WHO.



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

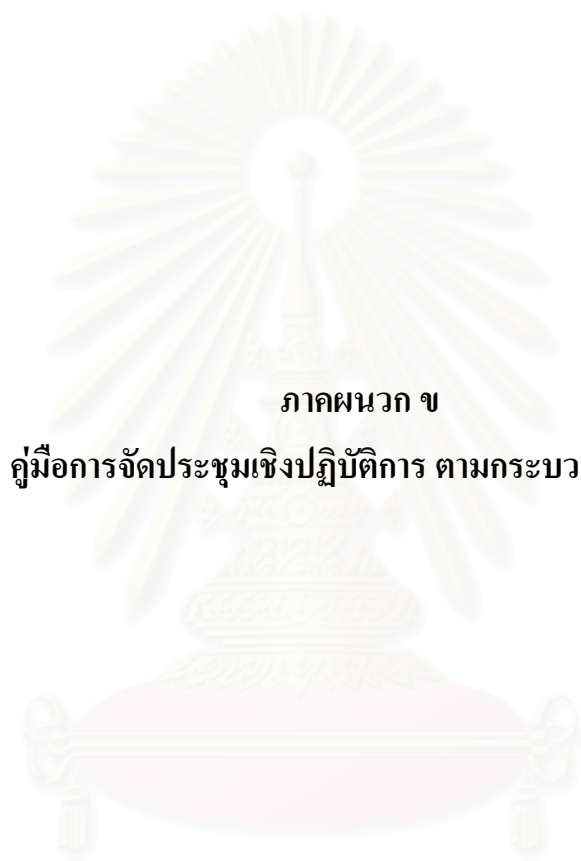
สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคู่มือการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการตามกระบวนการ AIC
และแบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจ (เรียงชื่อตามตัวอักษร)

- | | |
|-----------------------------------|---|
| 1. กนกวรรณ สุวรรณปฏิกรณ์ (นางสาว) | อาจารย์ภาควิชาการพยาบาล
สาธารณสุข วิทยาลัยสหราชอาณาจักร
โรงพยาบาลราชวิถี |
| 2. พวงทิพย์ ชัยพิบาลสกุลย์ (ดร.) | รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาล
สาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 3. พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ (ดร.) | รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาล
สาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 4. รัชณี สรรเสริญ (ดร.) | อาจารย์ภาควิชาการพยาบาล
อนามัยชุมชน มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 5. สุรินทร กลัมพากร (ดร.) | อาจารย์ภาควิชาการพยาบาล
สาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล |

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบแบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจ(เรียงชื่อตามตัวอักษร)

- | | |
|--------------------------------|--|
| 1. ชันทอง บุญเสริม (นางสาว) | พยาบาลวิชาชีพ 7
โรงพยาบาลสรรพยา อำเภอสรรพยา
จังหวัดชัยนาท |
| 2. ทิพย์วรรณ ตั้งวงศ์กิจ (นาง) | อาจารย์ภาควิชาบริหารการพยาบาล
และพื้นฐานวิชาชีพ วิทยาลัยพยาบาล
บรมราชชนนี ชัยนาท |
| 3. พนิดา ดามาพงษ์ (ดร.) | ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 4. วรรณมา บุญนวน (นาง) | อาจารย์ภาควิชาอนามัยชุมชน
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
สวรรคภ์ประชารักษ์ |



ภาคผนวก ข

คู่มือการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ตามกระบวนการAIC

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

(ตัวอย่าง)

คู่มือการประชุมเชิงปฏิบัติการตามกระบวนการ AIC

สำหรับ

ออกแบบบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคความเบาหวาน

โดย นางสาว อัจฉริยา บุญยะคงรัตน์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คู่มือนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์

หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หมายเหตุ ผู้สนใจคู่มือการประชุมเชิงปฏิบัติการฉบับเต็ม ติดต่อได้ที่ ผู้วิจัย อัจฉริยา บุญยะคงรัตน์
รพ. หันคา อ. หันคา จ. ชัยนาท

คำนำ

คู่มือการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการตามกระบวนการ AIC สำหรับออกแบบบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ฉบับนี้ ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้น เพื่อเป็นส่วนหนึ่ง ของวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน คือ คำชี้แจงในการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ และเอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ

ขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านไว้ ณ โอกาสนี้ ที่ช่วยกรุณาตรวจสอบ และให้คำแนะนำ จนกระทั่งได้คู่มือการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการที่สมบูรณ์ ฉบับนี้

อัจฉริยา บุญยะคงรัตน์

ผู้วิจัย



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

หน้า

คำชี้แจงในการจัดประชุมเชิงปฏิบัติ

วัตถุประสงค์.....	1
ผู้ใช้คู่มือ.....	1
บทบาทผู้วิจัย.....	1
ขั้นตอนการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ.....	1
1. ขั้นเตรียมการ.....	2
2. ขั้นดำเนินการ.....	6
3. ขั้นประเมินผล.....	7

แผนการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ

กิจกรรมที่ 1 การสร้างความเข้าใจที่ตรงกันและ เกมละลายพฤติกรรม.....	10
กิจกรรมที่ 2 การแสดงบทบาทสมมติ เรื่อง ตั้งหน่วยบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานที่ไหนดี ?/ สร้างข้อตกลงร่วมกัน (A1).....	13
กิจกรรมที่ 3 ประชุมกลุ่มเรื่อง ประสบการณ์การใช้บริการจากหน่วยบริการเคลื่อนที่ของ โรงพยาบาลหันคา ที่เคยจัดบริการในหมู่บ้าน(A2).....	17
กิจกรรมที่ 4 ประชุมกลุ่มเรื่อง ภาพฝันเกี่ยวกับลักษณะบริการของหน่วยบริการเคลื่อนที่ ที่อยากไปใช้บริการ(A3).....	18
กิจกรรมที่ 5 การบรรยายเรื่อง สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน และ ความจำเป็น ของการจัดบริการ.....	21
กิจกรรมที่ 6 การบรรยายเรื่อง ขั้นตอนการให้บริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและ โรคเบาหวาน.....	30
กิจกรรมที่ 7 การประชุมกลุ่มเรื่อง ภาพฝันลักษณะของบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานที่พวกเราต้องการ(A3).....	35
กิจกรรมที่ 8 การประชุมกลุ่มเรื่อง การกำหนดแนวทางที่จะนำไปสู่บริการที่พวกเราต้องการ (I).....	36
กิจกรรมที่ 9 การประชุมกลุ่มเรื่อง หน้าที่ความรับผิดชอบของพวกเราในทางปฏิบัติ(C).....	38
กิจกรรมที่ 10 สรุปการประชุมและสร้างข้อตกลงร่วมกัน.....	39

คำชี้แจงในการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ

วัตถุประสงค์

เพื่อออกแบบบริการ คัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน โดยตัวแทนประชาชน ผู้ใช้บริการ และตัวแทนเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ร่วมกันออกแบบบริการ

ผู้ใช้คู่มือ

ผู้ใช้คู่มือประกอบด้วย

1. ผู้รับผิดชอบการประชุม (ผู้วิจัย)
2. วิทยากรร่วม (ผู้ช่วยวิจัย)

บทบาทของผู้วิจัย

1. วางแผนการจัดการประชุม
2. เตรียมชุมชน และเตรียมการประชุม
3. รับผิดชอบและดำเนินการประชุม
4. ติดต่อประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องกับการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ
5. เป็นวิทยากร ในส่วนของเนื้อหา หรือกิจกรรมที่ใช้แนวคิดกระบวนการAIC

ขั้นตอนการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ

การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อระดมความคิดจากผู้ที่เกี่ยวข้อง ช่วยกันออกแบบบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ใช้เป็นเครื่องมือในการเปิดโอกาสให้ผู้แทนประชาชน ร่วมกันแสดงความคิดเห็น เสนอแนะ แนวทางในการออกแบบบริการ การจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการ มีขั้นตอนที่ต่อเนื่องกัน 3 ขั้นตอน ตามลำดับดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ (ก่อนการประชุมประมาณ 4 สัปดาห์)

1.1 การศึกษาชุมชน

การศึกษาชุมชน คือ การที่ผู้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ศึกษาข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับ ลักษณะของชุมชน สภาพหมู่บ้าน ลักษณะภูมิประเทศ ผู้นำชุมชน ความเชื่อ ความศรัทธา การดำเนินชีวิต

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้จัดการประชุม เข้าใจสภาพชุมชน รู้ข้อมูลพื้นฐาน นำไปประกอบการวางแผนการจัดประชุม ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตและความเป็นอยู่ของประชาชนในชุมชน

วิธีการ 1. ศึกษาจากข้อมูลพื้นฐานของชุมชนจาก ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับชุมชนอำเภอห้วยคา ของฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ ของโรงพยาบาลห้วยคา ข้อมูลจากหน่วย บริการปฐมภูมิโรงพยาบาลห้วยคา (Primary Medical Care Unit)

2. สนทนา กับผู้นำท้องถิ่น เจ้าหน้าที่ ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ทำงานร่วมกับโรงพยาบาลในโครงการต่าง ๆ

ระยะเวลา ก่อนจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ 4 สัปดาห์

1.2 การคัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย

การคัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย เป็นขั้นตอนที่ใช้ กำหนดผู้ที่เกี่ยวข้องกับบริการ เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ

วัตถุประสงค์ เพื่อคัดเลือกผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ จำนวน 21 คน ตามจำนวน และคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

ผู้เข้าร่วมประชุม	จำนวน (คน)	คุณสมบัติ
ผู้นำท้องถิ่น	6	- เป็นผู้มีตำแหน่งทางสังคม ที่สำคัญในหมู่บ้าน เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล เป็นต้น - สมัครใจเข้าร่วมประชุม
อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน (อสม.)	6	- สมัครใจเข้าร่วมประชุม - พร้อมทั้งจะแสดงความคิดเห็นและ ยินดีที่จะมีส่วนร่วม ในการ รับผิดชอบรูปแบบบริการที่ร่วมกัน สร้างขึ้น
ตัวแทนผู้ใช้บริการ	9	- มีอายุ 40 ปี ขึ้นไป - สมัครใจเข้าร่วมประชุม - พร้อมทั้งจะแสดงความคิดเห็นและ ยินดีให้ความร่วมมือ

นอกจากผู้เข้าร่วมประชุมจะประกอบด้วย ตัวแทนผู้นำท้องถิ่น อสม. และประชาชนผู้ใช้บริการแล้ว ในการประชุมครั้งนี้ มีพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 3 คน เป็นวิทยากรร่วม ทำหน้าที่ให้การสนับสนุน การดำเนินการประชุม ซึ่งมีคุณสมบัติ คือ เป็นผู้มีความรู้เรื่องการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน สามารถทำกิจกรรมกลุ่มได้ และยินดีให้ความร่วมมือในการประชุม

วิธีการ ประสานงานกับ ผู้นำท้องถิ่น หัวหน้าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อขออาสาสมัครเข้าร่วมประชุม สุ่มสอบถามจากประชาชน ให้ช่วยเสนอแนะชื่อตัวแทนผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปี ขึ้นไป และขอความร่วมมือจากพยาบาลวิชาชีพเข้าร่วมประชุม

ระยะเวลา ดำเนินการพร้อมกับการศึกษาชุมชน คือ ก่อนจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ 4 สัปดาห์

1.3 การเตรียมชุมชนและจัดประชุม เพื่อเตรียมความพร้อม

การเตรียมชุมชนและจัดประชุมเพื่อเตรียมความพร้อม เป็นการเตรียมความพร้อมให้ประชาชนในพื้นที่โดยการจัดประชุมแบบไม่เป็นทางการ ให้กับผู้ที่มิบทบาทสำคัญในชุมชน ก่อนที่จะจัดประชุมเชิงปฏิบัติการขึ้น เพื่อให้คนในท้องถิ่น เข้าใจ วัตถุประสงค์ของการจัดประชุม ประโยชน์ และผลที่ประชาชนในพื้นที่จะได้รับ นับว่าเป็นขั้นตอนที่จำเป็นในการดำเนินการจัดประชุมอีกขั้นหนึ่ง

วัตถุประสงค์ 1. เพื่อชี้แจงให้ตัวแทนของประชาชนในท้องถิ่นซึ่งอยู่ในรูปของคณะกรรมการหมู่บ้าน เข้าใจถึงความสำคัญ และวัตถุประสงค์ในการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการในครั้งนี้

3. เพื่อขอคำปรึกษา ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ จากแกนนำชุมชนในรายละเอียดต่าง ๆ ในการจัดประชุม รวมทั้งรวบรวมรายชื่อของผู้เข้าร่วมประชุม

วิธีการ 1. ขอความร่วมมือ กำหนด ผู้ใหญ่บ้าน เขียนคณะกรรมการหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และบุคคลสำคัญ เข้าร่วมประชุม

2. จัดการประชุมแบบไม่เป็นทางการ

3. ชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดในการจัดประชุม

4. ขอคำปรึกษาเกี่ยวกับรายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

5. ขอมติในเรื่อง วัน เวลา และสถานที่ในการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ตามความสะดวกของประชาชน

6. จัดทำรายชื่อผู้ที่เข้าร่วมประชุม หรือผู้ที่ช่วยติดต่อประสานงาน

ระยะเวลา ก่อนจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ 2 สัปดาห์ (ประชุมในตอนเย็นวันใดวันหนึ่ง หลังจากประชาชนเสร็จจากภารกิจประจำ ใช้เวลาประมาณ 1 – 2 ชั่วโมง)

1.4 การเตรียมตัวของผู้รับผิดชอบการประชุม

การเตรียมตัวของผู้รับผิดชอบการประชุม คือ การที่ผู้วิจัย ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบการประชุม ศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการนำการประชุม การดำเนินการประชุม โดยใช้กระบวนการ AIC อย่างละเอียด และเรียนรู้ ฝึกฝนทักษะที่จำเป็นที่ต้องใช้ในการดำเนินการประชุมให้ประสบความสำเร็จ

วัตถุประสงค์ 1. เพื่อให้ผู้รับผิดชอบการประชุมสามารถ ดำเนินการประชุมได้อย่างราบรื่น และประสบความสำเร็จ

2. เพื่อสร้างความมั่นใจในการประชุมเชิงปฏิบัติการ

วิธีการ 1. ศึกษาขั้นตอนการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ตามกระบวนการ AIC อย่างละเอียด
2. วางแผน การดำเนินการประชุม กำหนดหน้าที่ของผู้นำการประชุม
3. เตรียมเนื้อหาเกี่ยวกับ กระบวนการให้บริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรค

เบาหวาน

4. ฝึกฝนทักษะต่าง ๆ ที่จำเป็นต้องใช้ ในการดำเนินการประชุม

5. เตรียมเกม และกิจกรรม ต่าง ๆ ที่จะใช้ร่วมกับการดำเนินการประชุม

ระยะเวลา ก่อนการประชุมเชิงปฏิบัติการ อย่างน้อย 4 สัปดาห์

1.5 การเตรียมความพร้อมให้กับวิทยากรร่วม

การเตรียมความพร้อมให้กับวิทยากรร่วม คือ การถ่ายทอดเนื้อหาสาระที่สำคัญของการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ และแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบให้กับพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นผู้ช่วยวิจัย (วิทยากรร่วม)

วัตถุประสงค์ 1. เพื่อสร้างความเข้าใจที่ตรงกัน เกี่ยวกับ เป้าหมาย การดำเนินการ และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

2. เพื่อกำหนดบทบาทหน้าที่ของวิทยากรร่วม

วิธีการ 1. ดำเนินการประชุมแบบไม่เป็นทางการ ให้กับวิทยากรร่วม ชี้แจง เป้าหมาย วิธีการดำเนินการ และรายละเอียดในขั้นตอน ต่าง ๆ รวมทั้งแบ่งหน้าที่การทำงาน เช่น การลงทะเบียน การนำเล่นเกม การแจกอุปกรณ์ การประสานงาน เป็นต้น

2. ร่วมกันคิดกิจกรรมและเกม ต่าง ๆ ที่เหมาะสม สำหรับการประชุมในแต่ละช่วง

ระยะเวลา ก่อนการประชุมเชิงปฏิบัติการอย่างน้อย 2 สัปดาห์

1.6 การเตรียมสถานที่และอุปกรณ์

การเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ เป็นการจัดเตรียมสถานที่ให้พร้อมสำหรับการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ รวมทั้งการจัดหา หรือจัดทำวัสดุอุปกรณ์ที่ต้องใช้ในการจัดประชุม

วัตถุประสงค์ เพื่อให้มีสถานที่และอุปกรณ์ เพียงพอ และพร้อมสำหรับการดำเนินการประชุม

วิธีการ 1. จัดสถานที่ตามมติที่ได้จาก การจัดประชุมเพื่อเตรียมชุมชน ในเรื่องสถานที่ โดยให้มีพื้นที่ เพียงพอสำหรับจำนวนผู้เข้าร่วมประชุม เป็นสถานที่ ที่อยู่ในหมู่บ้าน ผู้เข้าร่วมประชุม สามารถเดินทางสะดวก

2. จัดหา หรือจัดทำอุปกรณ์ ต่าง ๆ ที่จำเป็นต้องใช้ ในการประชุมเชิงปฏิบัติการ

3. จัดเตรียมอาหาร และเครื่องดื่มไว้บริการ ตลอดระยะเวลา 2 วัน ที่ดำเนินการประชุม

ระยะเวลา ก่อนการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ 1 สัปดาห์

2. ขั้นตอนการ

จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการ เป็นเวลา 2 วัน ดำเนินการตามตาราง การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ดังนี้

กำหนดการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ

วันที่ 1

- | | |
|------------------|---|
| 09.00 – 09.15 น. | - ลงทะเบียน |
| 09.00 – 09.30 น. | - พิธีเปิดการประชุม |
| 09.30 – 10.15 น. | - การสร้างความเข้าใจที่ตรงกัน / เกมละลายพฤติกรรม (กิจกรรมที่1)
โดย ผู้วิจัย และ พยาบาลวิชาชีพ 1 ท่าน |
| 10.15 – 10.30 น. | - พักรับประทานอาหารว่าง |
| 10.30 – 11.00 น. | - การแสดงบทบาทสมมติ เรื่อง ตั้งหน่วยบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและ |

- โรคเบาหวานที่ไหนดี?/ การสร้างข้อตกลงร่วมกัน (กิจกรรมที่2) (A1)
โดย ผู้วิจัย และ พยาบาลวิชาชีพ 3 ท่าน
- 11.00 – 12.00 น. - ประชุมกลุ่มเรื่อง ประสบการณ์การใช้บริการจากหน่วยบริการเคลื่อนที่ของ
โรงพยาบาลหันคา ที่เคยจัดบริการในหมู่บ้าน (กิจกรรมที่3) (A2)
โดย ผู้วิจัย
- 12.00 – 13.00 น. - พักรับประทานอาหาร
- 13.00 – 14.30 น. - ประชุมกลุ่มเรื่องภาพฝันเกี่ยวกับลักษณะบริการของหน่วยบริการเคลื่อนที่ที่อยาก
ไปใช้บริการ (กิจกรรมที่4) (A3)
โดย ผู้วิจัย
- วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2545**
- 09.00 – 09.30 น. - ลงทะเบียน
- 09.30 – 09.45 น. - ทบทวนผลการประชุม ในวันที่ 1
โดย ผู้วิจัย
- 09.45 – 10.30 น. - การบรรยายเรื่อง สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน
และความจำเป็นของการจัดบริการ (กิจกรรมที่5)
โดย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรคบุรี
- 10.30 – 10.45 น. - พักรับประทานอาหารว่าง
- 10.45 – 11.15 น. - การบรรยายเรื่อง ขั้นตอนการให้บริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและ
โรคเบาหวาน (กิจกรรมที่6)
โดย ผู้วิจัย
- 11.15 – 12.00 น. - ประชุมกลุ่มเรื่องภาพฝันลักษณะของบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและ
โรคเบาหวานที่พวกเราต้องการ(กิจกรรมที่7) (A3)
โดย ผู้วิจัย
- 12.00 – 13.00 น. - พักรับประทานอาหาร
- 13.00 – 13.45 น. - ประชุมกลุ่มเรื่องการกำหนดแนวทางที่จะนำไปสู่บริการที่พวกเราต้องการ
(กิจกรรมที่8) (I)
โดย ผู้วิจัย
- 13.45 – 14.30 น. - ประชุมกลุ่มเรื่องหน้าที่ความรับผิดชอบของพวกเราในทางปฏิบัติ
(กิจกรรมที่9) (C)
โดย ผู้วิจัย
- 14.30 – 14.45 น. - พักรับประทานอาหารว่าง
- 14.45 – 15.30 น. - สรุปผลการประชุมและสร้างข้อตกลงร่วมกัน / ปิดการประชุม(กิจกรรมที่10)
โดย ผู้วิจัย

3. ชั้นประเมินผล

ประเมินผลการประชุมจาก

1. ผลลัพธ์ที่ได้จากการประชุม ในเรื่องแผนการจัดบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน มีรายละเอียดของขั้นตอนการบริการว่าประกอบด้วยกิจกรรมอะไรบ้าง ใครรับผิดชอบในการให้บริการในขั้นตอนไหน อย่างไร และจะจัดบริการขึ้นที่ไหน เมื่อไร
2. บรรยากาศของการประชุมและพฤติกรรมการแสดงออกของผู้เข้าร่วมประชุม
3. จากการตอบข้อซักถามของผู้เข้าร่วมประชุมทุกคน ในประเด็นคำถาม “ ท่านมีความคิดเห็น หรือมีความรู้สึกอย่างไรต่อการประชุมเชิงปฏิบัติการในครั้งนี้ ? ”



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารประกอบการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ

เอกสารประกอบการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ จัดทำขึ้นเพื่อให้วิทยากรและผู้ดำเนินการประชุมทราบถึงขอบเขต เนื้อหา วิธีการดำเนินการประชุมในแต่ละช่วงกิจกรรม ระยะเวลาในการประชุม และการประเมินผล เอกสารประกอบการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการชุดนี้ ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 10 กิจกรรม ดังนี้

- กิจกรรมที่ 1 การสร้างความเข้าใจที่ตรงกันและ เกมละลายพฤติกรรม
- กิจกรรมที่ 2 การแสดงบทบาทสมมติ เรื่อง ตั้งหน่วยบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานที่ไหนดี ?/ สร้างข้อตกลงร่วมกัน (A1)
- กิจกรรมที่ 3 ประชุมกลุ่มเรื่อง ประสบการณ์การใช้บริการจากหน่วยบริการเคลื่อนที่ของโรงพยาบาลหันคา ที่เคยจัดบริการในหมู่บ้าน(A2)
- กิจกรรมที่ 4 ประชุมกลุ่มเรื่อง ภาพฝันเกี่ยวกับลักษณะบริการของหน่วยบริการเคลื่อนที่ที่อยากไปใช้บริการ(A3)
- กิจกรรมที่ 5 การบรรยายเรื่อง สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน และความจำเป็น ของการจัดบริการ
- กิจกรรมที่ 6 การบรรยายเรื่อง ขั้นตอนการให้บริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน
- กิจกรรมที่ 7 การประชุมกลุ่มเรื่อง ภาพฝันลักษณะของบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานที่พวกเราต้องการ(A3)
- กิจกรรมที่ 8 การประชุมกลุ่มเรื่อง การกำหนดแนวทางที่จะนำไปสู่บริการที่พวกเราต้องการ (I)
- กิจกรรมที่ 9 การประชุมกลุ่มเรื่อง หน้าที่ความรับผิดชอบของพวกเราในทางปฏิบัติ(C)
- กิจกรรมที่ 10 สรุปการประชุมและสร้างข้อตกลงร่วมกัน

แผนการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมร่วมกันออกแบบบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน

กิจกรรมที่ 1 : การสร้างความเข้าใจที่ตรงกัน และเกมละลายพฤติกรรม

ระยะเวลา 45 นาที

วัตถุประสงค์เฉพาะ	เนื้อหา / กิจกรรม	สื่อและอุปกรณ์	การประเมินผล
1. ผู้เข้าร่วมประชุมบอกวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ได้ 2. ผู้เข้าร่วมประชุม และทีมวิทยากรทำความรู้จักซึ่งกันและกัน 3. สร้างบรรยากาศ ให้ผู้เข้าร่วมประชุมเกิดความสนุกสนาน ตื่นตัว และเกิดความคุ้นเคยกัน	1. ผู้ดำเนินการประชุมบอกวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ 2. ผู้ดำเนินการประชุมและทีมวิทยากรแนะนำตัว 3. ทำความรู้จักและสร้างความคุ้นเคยกัน ระหว่างผู้เข้าร่วมประชุม และทีมวิทยากรด้วยกิจกรรม ร้องเพลงไชโย และเพลงสวัสดี พร้อมทำท่าทางประกอบ ร่วมกัน 4. เล่นเกมจับคู่บัตรคำและสัมภาษณ์คู่ของตนเอง	- ภาพพลิก - บัตรคำ 12 คู่	1. การซักถามและการตอบคำถาม 2. สังเกตพฤติกรรม การแสดงออก สีหน้า ท่าทาง ในขณะที่เล่นเกม

กิจกรรมที่ 2 : การแสดงบทบาทสมมติเรื่องตั้งหน่วยบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานที่ไหนดี?/สร้างข้อตกลงร่วมกัน (A1) ระยะเวลา 30 นาที

วัตถุประสงค์เฉพาะ	กิจกรรม	สื่อและอุปกรณ์	การประเมินผล
<p>ผู้เข้าร่วมประชุม บอกถึงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของสมาชิกกลุ่มในขณะที่เข้าประชุมได้</p> <p>ผู้เข้าร่วมประชุม สร้างข้อตกลงที่ทุกคนควรปฏิบัติ ในการประชุมครั้งนี้ร่วมกันได้</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. การแสดงบทบาทสมมติของอาสาสมัครจากสมาชิกในที่ประชุม ประกอบด้วยผู้แสดง 4 คน แสดงบทบาทสมมติว่ากำลังประชุมเพื่อหาข้อตกลงในเรื่อง “จะตั้งหน่วยบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานที่ไหนดี?” โดยนักแสดง ทั้ง 4 คน มีบุคลิกลักษณะ และบทบาทการแสดงแตกต่างกันไป 2. ให้ทุกคนแสดงความคิดเห็นว่าตนเองเหมือนนักแสดงคนใด คนนี้ดี หรือไม่ใช่อะไร แล้วคนที่มาประชุมน่าจะแสดงบทบาทอย่างไร 3. ร่วมกันสร้างข้อตกลงในการประชุมร่วมกัน เพื่อให้การประชุมประสบความสำเร็จ 	<p>- ใบเอกสารระบุบทบาทของผู้แสดง</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. การซักถามและการตอบคำถาม 2. ข้อเสนอแนะและความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมประชุม 3. ผลงานของที่ประชุม

กิจกรรมที่ 3 : ประชุมกลุ่มเรื่อง ประสิทธิภาพการใช้บริการ จากหน่วยบริการเคลื่อนที่ของ โรงพยาบาลหันคา ที่เคยจัดบริการในหมู่บ้าน(A2) ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์เฉพาะ	กิจกรรม	สื่อและอุปกรณ์	การประเมินผล
<p>1. ผู้เข้าร่วมประชุมแสดงความ คิดเห็นของตนเอง เกี่ยวกับ ประสิทธิภาพการใช้บริการจาก หน่วยบริการเคลื่อนที่ของ โรงพยาบาลได้</p> <p>2. ผู้เข้าร่วมประชุม สามารถระบุ ข้อดี และข้อที่ต้องปรับปรุงจาก ประสิทธิภาพการใช้บริการจาก หน่วยบริการเคลื่อนที่ของ โรงพยาบาลได้</p>	<p>1. แบ่งกลุ่มออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 7 คน ในแต่ละกลุ่มประกอบ ด้วย ผู้นำท้องถิ่น 2 คน อสม. 2 คน ตัวแทนประชาชนผู้ใช้บริการ 3 คน โดยการนับ แบ่งกลุ่ม จากนั้นให้เข้าประจำกลุ่ม มี พยาบาลวิชาชีพ ประจำกลุ่ม กลุ่มละ 1 คน</p> <p>2. ดำเนินกิจกรรมกลุ่มดังต่อไปนี้</p> <p>2.1 ให้แต่ละกลุ่มตั้งชื่อกลุ่ม</p> <p>2.2 ให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคนมองย้อนหลัง ลงไปในอดีต นึกถึง บริการเคลื่อนที่ ที่เคยมาใช้บริการว่ามีข้อดี ข้อไม่ดีที่ควรปรับปรุง อะไรบ้าง แล้วเขียนสิ่งที่คิดลงในกระดาษ คนละอย่างน้อย 3 ข้อ ความ เขียนข้อความละ 1 ประเด็น นำกระดาษที่เขียนแล้วไปติดบน กระดาน</p> <p>2.3 สรุปลงเป็นภาพรวมของกลุ่ม</p> <p>2.4 ส่งตัวแทนกลุ่มนำเสนอผลงาน</p> <p>2.5 ผู้เข้าร่วมประชุมช่วยกันสรุปลงเป็นผลงานของที่ประชุม</p>	<p>- กระดาษฟาง</p> <p>- กระดาน(บอร์ด)</p> <p>- ปากกาเคมี</p> <p>- กระดาษ A4</p> <p>- กระดาษกาวสองหน้า</p>	<p>1. สังเกตการมีส่วนร่วมในการ ทำกิจกรรมกลุ่ม</p> <p>2. การนำเสนอผลงานของแต่ละ กลุ่ม</p> <p>3. การอภิปรายแลกเปลี่ยน ความคิดเห็นกันระหว่างกลุ่ม</p> <p>4. ผลงานที่เป็นภาพรวมของที่ ประชุม</p>

กิจกรรมที่ 4 : ประชุมกลุ่มเรื่องภาพฝันเกี่ยวกับลักษณะบริการของหน่วยบริการเคลื่อนที่ที่อยากไปใช้บริการ (A3)

ระยะเวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์เฉพาะ	กิจกรรม	สื่อและอุปกรณ์	การประเมินผล
<p>1. ผู้เข้าร่วมประชุมสามารถแสดงความคิดเห็นของตนเองเกี่ยวกับภาพฝันหน่วยบริการเคลื่อนที่ ที่อยากไปใช้บริการได้</p> <p>2. ผู้เข้าร่วมประชุมร่วมกันกำหนดข้อความที่เป็นสัญลักษณ์หรือข้อความที่สื่อความหมายลักษณะของหน่วยบริการที่ทุกคนอยากไปใช้บริการได้</p>	<p>1. แบ่งกลุ่มออกเป็น 3 กลุ่ม (กลุ่มเดิม) ให้แต่ละกลุ่ม ระดมความคิด ความฝัน จินตนาการของหน่วยบริการเคลื่อนที่ของโรงพยาบาล ที่ทุกคนอยากให้เกิดขึ้น เป็นลักษณะที่ทุกคนอยากไปใช้บริการ โดยนำผลที่ได้จากกิจกรรมที่ 3 มาประกอบการสร้างจินตนาการ</p> <p>2. สมาชิกกลุ่มช่วยกันเขียนข้อความที่สื่อความหมายในสิ่งที่ตนเองคิด ลงในกระดาษและนำกระดาษไปติดบนกระดาน</p> <p>3. สมาชิกกลุ่มอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน ร่วมกันรวบรวมข้อความที่ได้ เป็นผลงานของกลุ่ม</p> <p>4. ส่งตัวแทนกลุ่มนำเสนอผลงาน</p> <p>5. ร่วมกันสรุปข้อความที่สื่อความหมาย ภาพฝันของหน่วยบริการเคลื่อนที่ที่อยากให้เกิดขึ้น</p>	<ul style="list-style-type: none"> - กระดาษฟาง - กระดาษ(บอร์ด) - ปากกาเคมี - กระดาษ A4 - กระดาษกาวสองหน้า 	<p>1. การสังเกตการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกลุ่ม</p> <p>2. การอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นภายในกลุ่ม</p> <p>3. การนำเสนอผลงานของแต่ละกลุ่ม</p> <p>4. ผลงานที่เป็นข้อสรุปของผู้เข้าร่วมประชุม</p>

กิจกรรมที่ 5 : การบรรยาย เรื่อง สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน และความจำเป็นของการจัดบริการ

ระยะเวลา 45 นาที

วัตถุประสงค์เฉพาะ	กิจกรรม	สื่อและอุปกรณ์	การประเมินผล
<p>1. ผู้เข้าร่วมประชุม สามารถบอกได้ว่าสถานการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานทั้งในระดับประเทศไทย ระดับจังหวัดชัยนาท และระดับอำเภอหันคา ขณะนี้มีความรุนแรงอยู่ในระดับใด</p> <p>1. ผู้เข้าร่วมประชุม บอกถึงอันตรายและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ได้</p> <p>3. ผู้เข้าร่วมประชุมตระหนักถึงความสำคัญของการจัดบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ได้</p>	<p>วิทยากรบรรยายสถิติของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน สาเหตุของโรค อันตรายหรือภาวะแทรกซ้อน นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน รวมทั้งความสำคัญของการจัดบริการ โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วม</p>	<p>- เอกสารประกอบ การบรรยาย</p> <p>- แผ่นภาพพลิก</p>	<p>1. การซักถามและการตอบคำถาม</p> <p>2. การสังเกตพฤติกรรมขณะฟังบรรยาย</p>

กิจกรรมที่ 6 : การบรรยายเรื่อง ขั้นตอนและเกณฑ์ที่ใช้ในการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน

ระยะเวลา 30 นาที

วัตถุประสงค์เฉพาะ	กิจกรรม	สื่อและอุปกรณ์	การประเมินผล
<p>1. ผู้เข้าร่วมประชุม สามารถบอกและ ขั้นตอนของบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานได้</p> <p>2. ผู้เข้าร่วมประชุมสามารถบอกเกณฑ์ที่ใช้ในการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานได้</p>	<p>วิทยากรบรรยายเรื่อง ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน เกณฑ์ที่ใช้ในการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ขั้นตอนของบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน</p>	<ul style="list-style-type: none"> - เอกสารประกอบ - การบรรยาย - แผ่นภาพพลิก - แผ่นภูมิแสดง ขั้นตอนการให้บริการ 	<p>การซักถามและการตอบคำถาม</p> <p>2. การสังเกตพฤติกรรมขณะฟังบรรยาย</p>

กิจกรรมที่ 7 : การประชุมกลุ่มเรื่อง ภาพฝันลักษณะบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานที่พวกเราต้องการ

ระยะเวลา 45 นาที

วัตถุประสงค์เฉพาะ	กิจกรรม	สื่อและอุปกรณ์	การประเมินผล
<p>ผู้เข้าร่วมประชุม ร่วมกัน กำหนดข้อความ ที่เป็น สัญลักษณ์ หรือ ข้อความที่สื่อ ความหมายลักษณะของหน่วย บริการคัดกรองโรคความดัน โลหิตสูงและโรคเบาหวาน ที่ พวกเราต้องการได้</p>	<p>ผู้นำการประชุมบอกวัตถุประสงค์ของกิจกรรม</p> <p>2. ระดมสมองจากผู้เข้าร่วมประชุมทุกคน ในเรื่องการหาข้อความที่เป็นตัวแทนภาพฝัน ของลักษณะบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง และ โรคเบาหวานที่พวกเราต้องการ โดยเอาผลงานที่ได้จากกิจกรรม ที่ 4 มาประกอบการตัดสินใจ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - กระดาษฟาง - กระดาษ(บอร์ด) - ปากกาเคมี 	<p>การสังเกตการมีส่วนร่วม ในการทำกิจกรรม</p> <p>การอภิปรายแลกเปลี่ยน ความคิดเห็นกันภายในกลุ่ม</p> <p>3. ผลงานของที่ประชุม</p>

กิจกรรมที่ 8 : การประชุมกลุ่มเรื่องการกำหนดแนวทางที่จะนำไปสู่บริการที่พวกเราต้องการ (I)

ระยะเวลา 45 นาที

วัตถุประสงค์เฉพาะ	กิจกรรม	สื่อและอุปกรณ์	การประเมินผล
<p>ผู้เข้าร่วมประชุม ร่วมกัน กำหนดแนวทางที่จะนำไปสู่ บริการคัดกรองโรค ความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานที่ ต้องการได้</p>	<p>ประชุมกลุ่มใหญ่ร่วมกันเพื่อร่วมกันกำหนดแนวทางที่จะ นำไปสู่ รูปแบบบริการในทางปฏิบัติ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ทบทวนลักษณะบริการที่ทุกคนอยากให้เกิดขึ้น หรืออยากไปใช้ บริการ 2. ร่วมกันประยุกต์ลักษณะบริการของหน่วยบริการเคลื่อนที่ ที่ได้ จากภาพฝัน หรือจินตนาการ ประยุกต์เข้ากับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน โดยคำนึงถึงความเป็นไปได้ ตามความเป็นจริง <p>ระดมสมองโดยให้ทุกคน ได้มีโอกาสในการวางแผนว่าบริการที่ ฝันไว้ ที่จะเกิดขึ้นต้องประกอบด้วยขั้นตอนอะไรบ้าง</p>	<ul style="list-style-type: none"> - กระดาษฟาง - กระดาน(บอร์ด) - ปากกาเคมี 	<ol style="list-style-type: none"> 1. การสังเกตการมีส่วนร่วมใน การทำกิจกรรมกลุ่ม 2. การอภิปรายแลกเปลี่ยน ความคิดเห็นกันภายในที่ ประชุม 3. ผลงานของที่ประชุม

กิจกรรมที่ 9 : ประชุมกลุ่มเรื่องหน้าที่ความรับผิดชอบของพวกเราในทางปฏิบัติ (C)

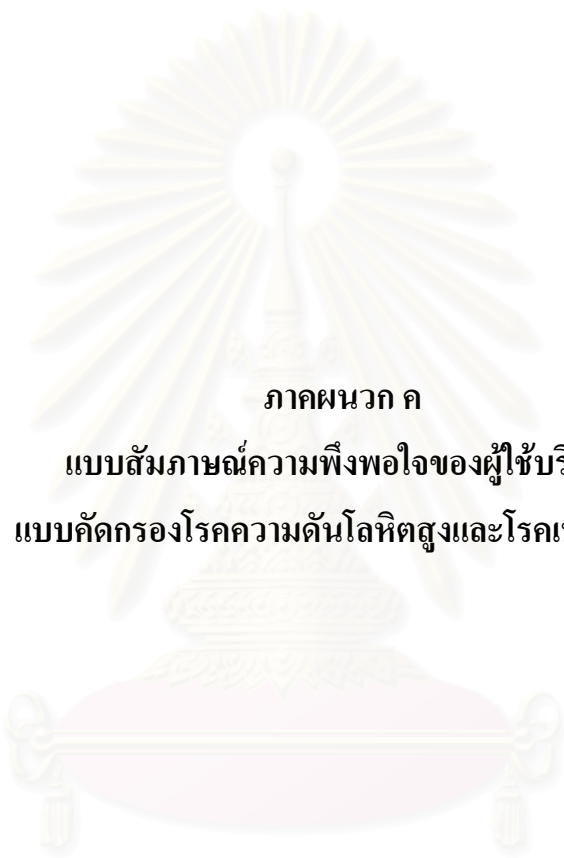
ระยะเวลา 45 นาที

วัตถุประสงค์เฉพาะ	กิจกรรม	สื่อและอุปกรณ์	การประเมินผล
<p>ผู้เข้าร่วมประชุมสามารถหาตกลงกัน เรื่องหน้าที่ความรับผิดชอบของสมาชิกในแต่ละขั้นตอน และร่วมกันกำหนดรายละเอียดของแต่ละกิจกรรมได้</p>	<p>ประชุมกลุ่มย่อย เรื่องการหน้าที่ความรับผิดชอบของพวกเรา</p> <p>1. แบ่งกลุ่มตามงานที่ได้จากการทำกิจกรรมที่ 8 โดยให้ผู้เข้าร่วมประชุมสมัครใจ หรือมีคนในที่ประชุมเสนอชื่อตัวแทนรับผิดชอบ ในแต่ละงาน ช่วยกันกำหนดวิธีการของแต่ละงาน</p> <p>ส่งตัวแทนกลุ่มนำเสนอรายละเอียด</p> <p>ผู้เข้าร่วมประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและเสนอแนะเพิ่มเติม</p> <p>ช่วยกันรวบรวมข้อมูล สรุปเป็นมติของที่ประชุม</p>	<ul style="list-style-type: none"> - กระดาษฟาง - กระดาน(บอร์ด) - ปากกาเคมี 	<p>1. การสังเกตการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกลุ่ม</p> <p>2. ผลงานของที่ประชุม</p>

กิจกรรมที่ 10 : สรุปการประชุมและสร้างข้อตกลงร่วมกัน

ระยะเวลา 30 นาที

วัตถุประสงค์เฉพาะ	กิจกรรม	สื่อและอุปกรณ์	การประเมินผล
<p>ผู้เข้าร่วมประชุมสามารถสรุป รูปแบบการจัดบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานที่เกิดจากการประชุมครั้งนี้ได้</p> <p>ผู้เข้าร่วมประชุม ยอมรับข้อตกลงที่ได้จากการประชุม และ ยินดี ที่จะมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการจัดบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานได้</p>	<p>ประชุมกลุ่มใหญ่ร่วมกัน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้นำการประชุมและผู้เข้าร่วมประชุม สรุปสิ่งที่ได้รับจากการประชุมร่วมกัน 2. ทบทวน ขั้นตอนต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต เพื่อที่จะนำสู่รูปแบบบริการที่เราต้องการ 3. ให้ตัวแทนของแต่ละฝ่าย ทั้งผู้นำท้องถิ่น อสม. ประชาชนผู้ใช้บริการ และผู้ช่วยวิจัย (วิทยากรประจำกลุ่มย่อย) กล่าวแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ในครั้งนี้ 4. นัดหมายผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดบริการ ให้ปฏิบัติงานตามที่วางแผนไว้ 5. ทุกคนร้องเพลง “คำสัญญา” และ จับมือ สวัสดี บอกลากัน 	<ul style="list-style-type: none"> - กระดาน(บอร์ด) ที่เขียนรายละเอียดเกี่ยวกับบริการคัดกรองโรคที่เราต้องการ - วิทยุ/ เทปเพลง คำสัญญา 	<ol style="list-style-type: none"> 1. การสังเกตพฤติกรรม การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกลุ่ม 2. บรรยากาศ ของการทำกิจกรรม 3. ของสรุปร่วมกันของที่ประชุม



ภาคผนวก ก

แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ
แบบคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสัมภาษณ์

ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน

คำชี้แจง หลังจากท่านได้รับบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ท่านมีความพึงพอใจในเรื่องต่อไปนี้ในระดับใด โปรดตอบตามระดับความพึงพอใจ ที่ตรงกับความรู้สึกของท่านเพียงคำตอบเดียว

พึงพอใจมากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกพึงพอใจกับข้อความนั้นทั้งหมด
พึงพอใจมาก	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกพึงพอใจกับข้อความนั้นส่วนใหญ่
พึงพอใจปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกพึงพอใจกับข้อความนั้นบางส่วน
พึงพอใจน้อย	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกไม่พึงพอใจกับข้อความนั้นบางส่วน
พึงพอใจน้อยที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกไม่พึงพอใจกับข้อความนั้นทั้งหมด

ข้อความ	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. วันที่เปิดให้บริการ					
2. ช่วงเวลาที่เปิดให้บริการ					
3. ความสะดวกในการเดินทางมาใช้บริการ					
4. สถานที่มีความกว้างขวางเพียงพอกับจำนวนผู้มาใช้บริการ					
5. จำนวนผู้ให้บริการเหมาะสมกับจำนวนผู้มาใช้บริการ					
6. ความเพียงพอของเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองโรค					

ข้อความ	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
7. ความทั่วถึงของการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับบริการ					
8. ความเหมาะสมของขั้นตอนการให้บริการ					
9. ความต่อเนื่องคล่องตัวของบริการ					
10. ผู้ให้บริการแต่ละจุดทราบถึงบริการที่ต้องให้กับท่าน					
11. การให้คำแนะนำเกี่ยวกับขั้นตอนการใช้บริการ					
12. การแจ้งผลการตรวจสอบคุณภาพ					
13. การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว					
14. การได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน					
15. การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการตรวจสอบคุณภาพในครั้งต่อไป					
16. การแสดงท่าทีเป็นกันเองของผู้ให้บริการ					
17. การแสดงความสนใจ หรือเอาใจใส่ของผู้ให้บริการ					

ข้อความ	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
18. ความสุภาพของกิริยา วาจา ของผู้ให้บริการ					
19. การยอมรับและการให้เกียรติท่าน					
20. ความรู้สึกอบอุ่นใจ ปลอดภัย ในบริการที่ได้รับ					
21. การได้รับการอำนวยความสะดวกใน ขณะใช้บริการ					
22. ระยะเวลาที่ใช้ในการรอคอย ขณะใช้บริการ					
23. ประโยชน์ที่ท่านได้รับจากการมาใช้บริการ ในครั้งนี้					
24. ความน่าเชื่อถือของบริการ					
25. ความสอดคล้องระหว่างบริการคัดกรองโรค ความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานกับ ความต้องการของท่าน					
26. ภาพรวมของบริการที่ท่านได้รับ					

แบบคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและระดับน้ำตาลในเลือด

ชื่อ – นามสกุล.....อายุ.....ปี
วัน-เดือน-ปี เกิด.....ที่อยู่.....

ความดันโลหิต

ค่าความดันโลหิต.....mmHg (ภายหลังจากนั่งพัก 5-10 นาที)
อาการ (ปกติ / ปวดศีรษะมึนงง คลื่นไส้ อาเจียน ชาแขนขาข้างใดข้างหนึ่ง เจ็บหน้าอก เป็นต้น)
.....

ผลการวินิจฉัยเบื้องต้น

ปกติ (BP < 140/90 mmHg)

นัดวัดความดันปีละครั้ง

ปกติค่อนข้างสูง (BP \geq 140/90 mmHg แต่ BP < 160/95 mmHg)

นัดวัดความดันซ้ำอีก 2 สัปดาห์

สงสัยว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง (BP \geq 160/95 mmHg หรือ ต่ำกว่าแต่มีอาการร่วมด้วย)

ส่งต่อไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล

ระดับน้ำตาลในเลือด

DTX.....mg/dl (เจาะภายหลังจากงดน้ำงดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง)

ผลการวินิจฉัยเบื้องต้น

ปกติ DTX < 126 mg/dl

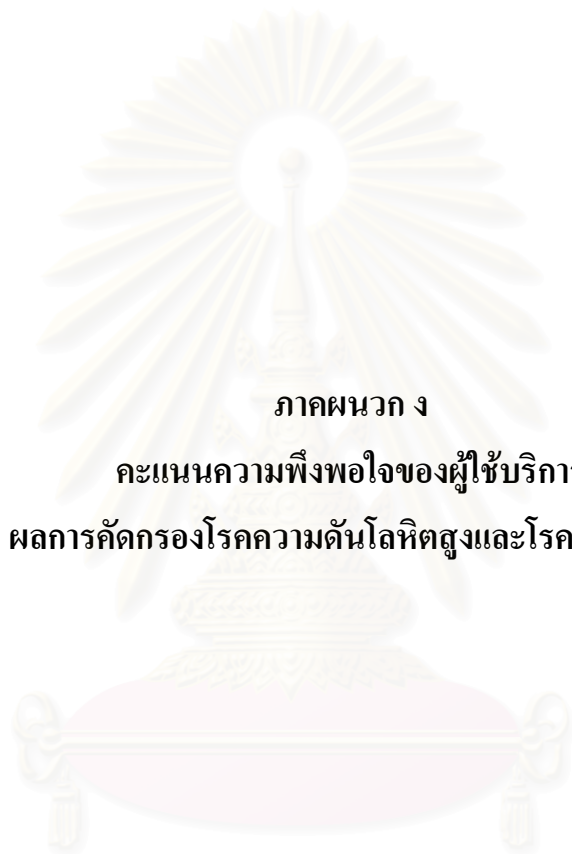
นัดตรวจซ้ำ ปีละครั้ง

เสี่ยง DTX \geq 126 mg/dl แต่ DTX < 140 mg/dl

นัดตรวจซ้ำอีก 2 สัปดาห์ ร่วมกับควบคุมอาหาร

มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง DTX \geq 140 mg/dl

ส่งพบแพทย์ที่โรงพยาบาล



ภาคผนวก ง

คะแนนความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

ผลการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับความพึงพอใจของผู้ใช้ บริการต่อ บริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ในรายด้านและรายข้อ ระหว่าง หมู่บ้านควบคุมและหมู่บ้านทดลอง

ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ	หมู่บ้านทดลอง		หมู่บ้านควบคุม		t
	N = 133		N = 46		
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	
1. ด้านความเพียงพอของบริการ	4.44	.39	3.44	.39	8.88*
1.1 สถานที่มีความกว้างขวางเพียงพอ กับจำนวนผู้มาใช้บริการ	4.47	.53	3.98	.65	5.14*
1.2 จำนวนผู้ให้บริการเหมาะสมกับ จำนวนผู้มาใช้บริการ	4.45	.54	3.74	.68	7.16*
1.3 ความเพียงพอของเครื่องมือที่ใช้ใน การคัดกรองโรค	4.44	.54	3.67	.73	7.48*
1.4 ความเหมาะสมของขั้นตอนการให้บริการ	4.38	.56	4.15	.60	2.30
1.5 ระยะเวลาที่ใช้ในการรอคอยขณะใช้บริการ	4.48	.56	4.13	.58	3.63*
1.6 ความสอดคล้องระหว่างบริการคัดกรอง โรค ที่จัดให้กับความต้องการของท่าน	4.41	.52	3.39	.65	10.64*
2. ด้านความสามารถในการเข้าถึงแหล่ง บริการ	4.53	.43	4.05	.40	6.57*
2.1 วันที่เปิดให้บริการ	4.55	.58	3.89	.74	6.14*
2.2 ช่วงเวลาที่เปิดให้บริการ	4.64	.53	4.41	.54	2.49
2.3 ความสะดวกในการเดินทางมาใช้บริการ	4.68	.49	4.43	.50	2.89*
2.4 ความทั่วถึงของการประชาสัมพันธ์ เกี่ยวกับบริการ	4.25	.61	3.48	.84	6.68*
3. ด้านการประสานบริการ	4.45	.42	3.90	.44	7.50*
3.1 ความต่อเนื่องคล่องตัวของบริการ	4.42	.51	4.11	.60	3.41*
3.2 ผู้ให้บริการแต่ละจุดทราบถึงความต้องการ ที่ต้องให้กับท่าน	4.39	.56	4.26	.61	1.32

* $p < .01$

ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ	หมู่บ้านทดลอง		หมู่บ้านควบคุม		t
	N = 133		N = 46		
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	
3.3 การให้คำแนะนำเกี่ยวกับขั้นตอนการให้บริการ	4.47	.53	3.09	.96	12.15*
3.4 การได้รับการอำนวยความสะดวกในขณะใช้บริการ	4.50	.53	4.15	.51	3.90*
4. ด้านการแสดงอหยาตย์ของผู้ให้บริการ	4.49	.49	4.16	.55	3.79*
4.1 การแสดงท่าที่เป็นกันเอง	4.46	.61	4.17	.60	2.65*
4.2 การแสดงความสนใจ หรือ เอาใจใส่	4.49	.56	4.13	.62	3.65*
4.3 ความสุภาพของ กิริยา วาจา	4.51	.52	4.15	.56	3.98*
4.4 การยอมรับและให้เกียรติ	4.50	.50	4.20	.62	3.29*
5. ด้านข้อมูลที่ได้รับ	4.29	.55	3.26	.53	11.05*
5.1 การแจ้งผลการตรวจสุขภาพ	4.50	.56	3.54	.94	8.32*
5.2 การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว	4.23	.61	3.07	.61	11.11*
5.3 การได้รับความรู้เกี่ยวกับโรค	4.24	.64	3.17	.68	9.59*
5.4 การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการตรวจสุขภาพในครั้งต่อไป	4.42	.51	4.11	.60	3.41*
6. คุณภาพบริการ	4.48	.43	3.69	.41	10.67*
6.1 ความรู้สึกอุ่นใจ ปลอดภัยในบริการ	4.47	.54	4.17	.53	3.16*
6.2 ประโยชน์ที่ท่านได้รับจากการมาใช้บริการ	4.52	.50	3.61	.58	10.20*
6.3 ความน่าเชื่อถือของบริการ	4.51	.52	3.54	.62	10.38*
6.4 ภาพรวมของบริการ	4.42	.54	3.46	.72	9.54*

* $p < .01$

จากตาราง จะเห็นได้ว่า ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ในรายด้าน ทั้ง 6 ด้าน คือ ด้านความเพียงพอของบริการ ด้านความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการ ด้านการประสานบริการ ด้านการแสดงอหยาตย์ของผู้ให้บริการ ด้านข้อมูล

ที่ได้รับ ด้านคุณภาพบริการ ของหมู่บ้านควบคุมและหมู่บ้านทดลองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01

ส่วนความพึงพอใจของผู้ใช้บริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ในรายชื่อ ของหมู่บ้านควบคุมและหมู่บ้านทดลองส่วนใหญ่แตกต่างกัน ยกเว้น ข้อ 1.4 ความเหมาะสมของขั้นตอนการให้บริการ ข้อ2.2 ช่วงเวลาที่เปิดให้บริการ ข้อ3.2 ผู้ให้บริการแต่ละจุดทราบถึงบริการที่ต้องให้กับท่าน ที่พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผลการคัดกรองโรค

1. หมู่บ้านทดลอง (หมู่ 2 ต.หันคา อ.หันคา จ.ชัยนาท)
 - 1.1 จำนวนผู้มาใช้บริการ 133 คน
 - 1.2 ผลการคัดกรองภาวะความดันโลหิตสูง
 - 1.2.1 ปกติ(BP< 140/90 mmHg) 117 คน
 - 1.2.2 ปกติค่อนข้างสูง (BP \geq 140/90 mmHg แต่BP< 160/95 mmHg) 12 คน
 - 1.2.3 สงสัยว่ามีภาวะความดันในเลือดสูง(BP \geq 160/95mmHg หรือ ต่ำกว่าแต่มีอาการร่วมด้วย) 4 คน
 - 1.3 ผลการคัดกรองภาวะน้ำตาลในเลือดสูง
 - 1.3.1 ปกติ (DTX< 126 mg/dl) 130 คน
 - 1.3.2 เสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (DTX \geq 126 mg/dl แต่ DTX< 140 mg/dl) ไม่พบ
 - 1.3.3 มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง(DTX \geq 140 mg/dl) 3 คน

2. หมู่บ้านควบคุม (หมู่ 11 ต.หันคา อ.หันคา จ.ชัยนาท)
 - 2.1 จำนวนผู้มาใช้บริการ 46 คน
 - 2.2 ผลการคัดกรองภาวะความดันโลหิตสูง
 - 2.2.1 ปกติ(BP< 140/90 mmHg) 38 คน
 - 2.2.2 ปกติค่อนข้างสูง (BP \geq 140/90 mmHg แต่BP< 160/95 mmHg) 5 คน
 - 2.2.3 สงสัยว่ามีภาวะความดันในเลือดสูง(BP \geq 160/95mmHg หรือ ต่ำกว่าแต่มีอาการร่วมด้วย) 3 คน
 - 2.3 ผลการคัดกรองภาวะน้ำตาลในเลือดสูง
 - 2.3.1 ปกติ (DTX< 126 mg/dl) 43 คน
 - 2.3.2 เสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (DTX \geq 126 mg/dl แต่ DTX< 140 mg/dl) 1 คน
 - 2.3.3 มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง(DTX \geq 140 mg/dl) 2 คน

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวอัจฉริยา บุญยะคงรัตน์ เกิดวันที่ 8 ตุลาคม พ.ศ. 2515 ที่อำเภอหันคา จังหวัดชัยนาท สำเร็จการศึกษา ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์เทียบเท่าปริญญาตรี จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ เมื่อปี พ.ศ. 2537 และเข้ารับการศึกษต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อ ภาคปลายปีการศึกษา 2542 ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 ประจำหน่วยศูนย์สุขภาพชุมชนของ โรงพยาบาลหันคา อำเภอหันคา จังหวัดชัยนาท



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย