

การพัฒนาเครื่องมือที่สนับสนุนระบบบริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชน

ศุภฤกษ์ ศรีคำ^a, ธันยา จรลี*

บทคัดย่อ

การพัฒนาเครื่องมือที่สนับสนุนระบบบริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชน โดยใช้เครื่องมือเทคโนโลยีดิจิทัลที่เชื่อมโยงไปยังหน่วยบริการภายในโรงพยาบาลกุดข้าวปุ้น เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้เป็นบุคลากรสุขภาพที่ดำเนินงานในระบบบริการเชิงรุกในชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยใช้กลุ่มทดลองจำนวน 35 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 35 คน รวม 70 คน เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถาม ใช้ระยะเวลา 6 เดือน สถิติที่ใช้ คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ t-test

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุ 16-45 ปี ปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ระดับการศึกษามัธยมศึกษา มีประสบการณ์ทำงาน 11-15 ปี หลังทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้ความเข้าใจในกระบวนการใช้เครื่องมือที่สนับสนุนระบบบริการเชิงรุกในชุมชน แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมที่สนับสนุนระบบบริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชน หลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.41, SD=0.55$), ส่วนเจ้าหน้าที่ อสม./CG ผู้ใช้โปรแกรม หลังการใช้งานโปรแกรมมีความพึงพอใจ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.17, SD=0.53$) และประชาชนผู้รับบริการ หลังเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานร่วมกับการใช้โปรแกรม มีความพึงพอใจ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.30, SD=0.72$)

ข้อเสนอแนะ 1) พัฒนาเครื่องมือให้มีความหลากหลายเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการ และช่วยบุคลากรการแพทย์ในการวางแผนการดำเนินงาน 2) ขยายผลการใช้ไปยังฝ่ายงานอื่นหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ใกล้เคียง เพื่อพัฒนาต่อยอดการบริหารจัดการให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

คำสำคัญ : ระบบบริการสุขภาพเชิงรุก; เทคโนโลยีสุขภาพ; การบริการเชิงรุกในชุมชน; เข็มบ้าน

* โรงพยาบาลกุดข้าวปุ้น อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี

^a Corresponding author: ศุภฤกษ์ ศรีคำ Email: suparoek.toffee@gmail.com

รับบทความ: 3 ม.ค. 68; รับบทความแก้ไข: 20 ม.ค. 68; ตอรับตีพิมพ์: 20 ม.ค. 68; ตีพิมพ์ออนไลน์: 2 ก.พ. 68

Development of Tools Supporting Proactive Health Services in the Community of Kudkhaopun District, Ubon Ratchathani Province

Suparoek Srikam^{*a}, Thunya Joralee^{*}

Abstract

This study aimed to develop a model of proactive health services in the community using digital technology tools whereby connecting to the service units at Kudkhaopun hospital using quasi-experimental designs. The samples were personnel who worked in the proactive community service system at Kudkhaopun primary care unit, Ubon Ratchathani province. The stratified sampling 70 persons consisted of 35 persons for the experimental group and 35 persons for the control group. The research tool was a questionnaire, conducted in 6 months period. Statistics included percentages, means, standard deviations, and independent t-tests.

Results: The majority of both experimental and control groups were females, aged 16-45 years, with 11-15 years of experiences in working as public health volunteers. After the experiment, the experimental group showed a significant improve in knowledge and understanding using tools that supported the proactive health services than those from the control group at $p < 0.05$. After attending the program, the experimental group contributed to the proactive health services at a high-level ($\bar{x}=3.41$, $SD=0.55$). For Village health volunteers or caregivers (CG), the satisfaction after using the program was at a high level ($\bar{x}=4.17$, $SD=0.53$) and the satisfaction among the clients who received the services was also at a high level ($\bar{x}=4.30$, $SD=0.72$).

Recommendations: 1) Develop the tools that can be applied in various settings and clients; 2) Replicate the tools to neighboring health centers for the effective use of the tools.

Keywords: Proactive health service system; Health technology; Community proactive services; Home visits

* Kudkhaopun Hospital, Kudkhaopun District, Ubon Ratchathani Province

^a Corresponding author: Suparoek Srikam Email: suparoek.toffee@gmail.com

Received: Jan. 5, 24; Revised: Jan. 14, 25; Accepted: Jan. 14, 25; Published Online: Feb. 2, 25

บทนำ

ประชากรโลกกำลังเพิ่มช้าลง จำนวนและสัดส่วนของประชากรสูงอายุกลับเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี 2565 ทั่วทั้งโลกมีประชากรสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) มากถึง 1,109 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรโลก 8,000 ล้านคน การสูงวัยของประชากรอาเซียนกำลังมีอายุสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2565 มี 7 ใน 10 ประเทศสมาชิกอาเซียนได้เป็นสังคมสูงอายุ ประเทศสิงคโปร์ มีอัตราผู้สูงอายุสูงสุดในอาเซียน ร้อยละ 23 รองลงมา คือประเทศไทย ร้อยละ 19 ประเทศไทย มีประชากรตามหลักฐานทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทยจำนวน 66 ล้านคน ในจำนวนนี้มีประชากรสูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป 13 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด ประชากรไทยกำลังมีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว อีกไม่เกิน 20 ปี ข้างหน้าประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงวัย ระดับสุดยอดที่ 1 ใน 3 ของคนไทย จะมีอายุเกิน 60 ปี และผู้สูงอายุวัยปลายที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป จะมีสัดส่วนมากถึงร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด สถานะสุขภาพของผู้สูงอายุในปี 2563-2565 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มีจำนวน 6.5, 6.8 และ 7.1 แสนคน ตามลำดับ ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะติดเตียง มีจำนวน 43,520, 45,182 และ 44,325 คน ในปี 2565 ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้าน จำนวน 198,338 คน ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะติดสังคม จำนวน 7,270,162 คน ผู้สูงอายุพิการ จำนวน 1,244,907 คน⁽¹⁾

สังคมไทยก้าวเข้าสู่ยุคสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว ทำให้ความต้องการในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่สำคัญยิ่ง ผู้สูงอายุมักป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายประการ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ เป็นต้น การดูแลผู้สูงอายุจึงไม่สามารถพึ่งพาแค่การรักษาในโรงพยาบาลเท่านั้น แต่ควรมีการดูแลเชิงรุกในชุมชนด้วยการให้บริการเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลสุขภาพเชิงรุก ที่พัฒนาปรับปรุงประสิทธิภาพการให้บริการที่รวบรวมเทคโนโลยีดิจิทัลเสริมในขั้นตอนกระบวนการทำงาน ที่เป็นไปในแนวทางเดียวกันภายในระบบบริการสุขภาพ ถือเป็นนวัตกรรมทางการแพทย์ที่มีบทบาทสำคัญ ในการลดภาระงานในโรงพยาบาลและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ บริการนี้ไม่เพียงแต่ช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสม แต่ยังเสริมสร้างความสัมพันธ์และความเชื่อมั่นระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลอีกด้วย ประเทศไทยมีการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานมาเป็นเวลายาวนาน เป็นการวางรากฐานแนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพที่มุ่งเน้นให้ประชาชนพึ่งตนเองได้ และพัฒนางานสาธารณสุขให้สามารถสนับสนุนการแก้ปัญหาสุขภาพพื้นฐานในชุมชน ตลอดจนการป้องกันโรคที่พบบ่อยในชุมชน ขณะเดียวกันหน่วยบริการสุขภาพหรือสถานพยาบาลระดับต่าง ๆ ได้รับการพัฒนาไปพร้อม ๆ กัน คือ มีสถานีนอมนามัยในทุกตำบล โรงพยาบาลชุมชนในทุกอำเภอ และโรงพยาบาลทั่วไปในทุกจังหวัด มีการพัฒนาเฉพาะทางด้านต่าง ๆ อย่างมาก แต่ก็ยังพบว่ามีส่วนที่บางส่วนของประชาชนยังไม่เข้าถึงบริการ และการดูแลสุขภาพยังขาดคุณภาพไม่สามารถตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของประชาชน ซึ่งประชาชนมีความเข้าใจต่อการดูแลสุขภาพตนเองไม่มาก ประกอบกับสภาพสังคมของประเทศไทยมีการไปสู่สภาพความเป็นเมืองมากขึ้น ประชากรย้ายถิ่นจากชนบทไปทำงานในเขตเมือง ประชากรมีอายุยืนมากขึ้นทำให้แบบแผนปัญหาสุขภาพเปลี่ยนไป เป็นปัญหาโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ อัมพาต ปัญหาสุขภาพที่เชื่อมโยงกับวิถีชีวิต เช่น

ความเครียด ความอ้วน การติดยาเสพติด เอดส์ ซึ่งสภาพปัญหาดังกล่าว ต้องการระบบการดูแลสุขภาพที่สามารถนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม⁽²⁾ ประเทศไทยมีประสบการณ์ของการพัฒนาสถานบริการในระดับอำเภอมากกว่าครึ่งศตวรรษ^(3,4) และมีความจำเพาะเชิงประวัติศาสตร์ที่แตกต่างไปจากระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอโดยทั่วไป^(5,6) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในมิติของการบริหารจัดการ ที่มีพัฒนาการของความพยายามในการเชื่อมระหว่างโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอและสถานีอนามัย⁽⁷⁾ ทำให้มีความท้าทายในการทำให้เกิดการผสมผสาน การให้ความสำคัญกับการทำความเข้าใจเจาะลึกปัญหาสุขภาพที่มีการเชื่อมโยงระหว่างร่างกาย จิตใจ วัฒนธรรม สังคม ความเชื่อตามความจำเพาะของรายบุคคล ครอบครัว และชุมชน ซึ่งเรียกรวมว่า บริบท ซึ่งเป็นฐานองค์ความรู้สำคัญและเป็นความท้าทายของบริการปฐมภูมิพร้อมกับมีการพัฒนาศาสตร์ทางการแพทย์ ที่เรียกในปัจจุบันว่า เวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งเริ่มมีประสบการณ์ของการพัฒนาตามความจำเพาะในบริบทของประเทศ⁽⁸⁾ เป็นความเคลื่อนไหวที่ประเทศไทยเริ่มได้รับการกล่าวถึงมากขึ้นในระดับนานาชาติ⁽⁹⁾

เทคโนโลยีดิจิทัลมีบทบาทช่วยยกระดับระบบสาธารณสุขโดยรวมของประเทศไทย ในภาพรวมโรงพยาบาลเราครึ่งหนึ่งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีสถานะเป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะ คือ ได้นำเทคโนโลยีมาใช้เพิ่มประสิทธิภาพการบริการ และลดความแออัดในสถานบริการสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ในภาพรวมประเทศไทยยังต้องติดตามความเหลื่อมล้ำทางเทคโนโลยีที่เกิดขึ้นระหว่างโรงพยาบาลในแต่ละพื้นที่ ประโยชน์สำหรับประชาชนทั่วไปได้หลายช่องทาง เช่น การค้นหาข้อมูลสุขภาพทางอินเทอร์เน็ต การติดตามสุขภาพของตนเองผ่านอุปกรณ์อัจฉริยะ การกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดีผ่านการส่งข้อความทางโทรศัพท์เคลื่อนที่ และการเพิ่มความรอบรู้สุขภาพผ่านการใช้อพพลิเคชัน การเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการผ่านการใช้อพพลิเคชัน การคัดกรองคนไข้ โดยรวมแล้ว เทคโนโลยีดิจิทัลมีโอกาสในการเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการสุขภาพของผู้ให้บริการได้ อย่างไรก็ตาม ต้องมีการคำนึงถึงความคุ้มค่าทางการเงิน เนื่องจากเทคโนโลยีมีราคาสูง ซึ่งทำให้ต้นทุนการรักษาเพิ่มขึ้น⁽¹⁰⁾

ในปัจจุบันการให้บริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชนมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพของประชาชนก่อนที่จะเกิดโรคหรือปัญหาสุขภาพ การให้บริการสุขภาพเชิงรุกนี้ ต้องการเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการติดตามและประเมินผลสุขภาพของประชาชน รวมถึงการให้คำแนะนำและการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม นวัตกรรมการสื่อสารไร้รอยต่อเป็นเทคโนโลยีที่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพจากหลายแหล่งเข้าด้วยกันอย่างไร้รอยต่อ ทำให้ผู้ให้บริการสุขภาพสามารถเข้าถึงข้อมูลที่จำเป็นได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำ นอกจากนี้ยังช่วยให้การสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพและผู้รับบริการเป็นไปอย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพมากขึ้น การให้บริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชน เป็นหนึ่งในกลยุทธ์สำคัญในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่การเข้าถึงบริการสุขภาพยังคงมีข้อจำกัด การนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาประยุกต์ใช้ในการเยี่ยมบ้านและการให้บริการสุขภาพเชิงรุก สามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการ ลดระยะเวลาในการบันทึกและส่งต่อข้อมูล และเพิ่มความแม่นยำในการติดตามผลการรักษา ซึ่งหนึ่งในปัญหาหลักที่เจ้าหน้าที่พบในการเยี่ยมบ้าน คือการบันทึกและจัดการข้อมูลที่ได้

จากการเยี่ยมบ้านแบบเชิงรุกในชุมชน การบันทึกข้อมูลด้วยวิธีการแบบดั้งเดิม เช่น การเขียนบันทึกลงในกระดาษ อาจทำให้เกิดความผิดพลาดและเสียเวลาในการบันทึกและส่งต่อข้อมูล นอกจากนี้ การจัดการข้อมูลที่ได้จากการเยี่ยมบ้านยังเป็นเรื่องที่ท้าทาย เนื่องจากข้อมูลที่ได้มักมีปริมาณมากและต้องการการจัดการที่มีประสิทธิภาพ ช่วยให้เจ้าหน้าที่สามารถบันทึกข้อมูลได้ทันทีที่เยี่ยมบ้าน และสามารถส่งต่อข้อมูลไปยังฐานข้อมูลกลางได้อย่างรวดเร็ว อีกทั้ง ยังช่วยให้สามารถติดตามผลการให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในการบันทึกและจัดการข้อมูลยังช่วยลดความผิดพลาดในการบันทึกข้อมูล เนื่องจากข้อมูลที่บันทึกจะถูกส่งต่อไปยังฐานข้อมูลกลางโดยตรง นอกจากนี้ การใช้เทคโนโลยีมือถือยังช่วยให้เจ้าหน้าที่สามารถเข้าถึงข้อมูลที่บันทึกได้ทันทีทุกที่ทุกเวลา ทำให้การติดตามผลการให้บริการเป็นไปอย่างราบรื่น

ในปี 2566 ประชากรอำเภอภูซำปวน มีจำนวน 36,714 คน และมีผู้สูงอายุทั้งหมด 6,263 คน⁽¹¹⁾ ส่วนเขตรับผิดชอบหน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลภูซำปวน มีผู้สูงอายุ จำนวน 873 คน ข้อมูลผู้รับบริการในกลุ่มผู้สูงอายุในอำเภอภูซำปวนในหน่วยบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม ซึ่งประชากรดังกล่าว เป็นกลุ่มที่ต้องการการดูแลสุขภาพอย่างใกล้ชิด ในรูปแบบบริการเยี่ยมบ้านเชิงรุกในชุมชน รวมไปถึงกลุ่มเป้าหมายที่มักได้รับการเยี่ยมบ้านประกอบด้วย ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะสุขภาพที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง เช่น ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการ รวมถึงผู้ที่มีความพิการทางร่างกายหรือจิตใจที่ต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและโรคปอด ผู้ป่วยจิตเวช ที่ต้องการการดูแลและติดตามอาการอย่างใกล้ชิด หญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด เพื่อให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพทั้งแม่และเด็ก ผู้วิจัยจึงต้องการจะพัฒนาเครื่องมือที่สนับสนุนระบบบริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชน ระบบบริการปฐมภูมิ เน้นการบริการเชิงรุกในชุมชนทั้งการเยี่ยมบ้าน การติดตามสถานะสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน รวมถึงการให้บริการในสถานีสภาพ Health station โดย อสม. การให้บริการผู้ป่วยที่บ้านโดย Caregiver (CG) การคัดกรองประเมิน ADL โดยศึกษาการทำงานในรูปแบบที่ชัดเจน เพิ่มการใช้เครื่องมือที่สนับสนุนระบบบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นเทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพ ใช้งานผ่านเทคโนโลยีมือถือด้วยโปรแกรม Kkp Online ร่วมในกระบวนการดำเนินงาน ช่วยในการสื่อสารส่งต่อข้อมูลสุขภาพในด้านการให้บริการ ภายใต้การดูแลผู้ป่วยในระบบบริการปฐมภูมิ การออกเยี่ยมบ้านเชิงรุกเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการ เพื่อพัฒนาและประเมินผลของเครื่องมือที่สนับสนุนระบบบริการสุขภาพ โดยใช้นวัตกรรมการสื่อสารไร้รอยต่อการบันทึกการรับการคืนข้อมูลและการรวบรวมข้อมูลกลับสู่ผู้ดำเนินงาน เป็นกระบวนการที่สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานอย่างมาก

การวิจัยนี้ ผู้วิจัยจึงมุ่งเน้นการสำรวจและวิเคราะห์วิธีการในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลภูซำปวน ตำบลภูซำปวน อำเภอภูซำปวน จังหวัดอุบลราชธานี จากการพัฒนาเครื่องมือที่สนับสนุนระบบบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นเทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพ ใช้งานผ่านเทคโนโลยีมือถือด้วยโปรแกรม Kkp Online ที่สามารถนำมาใช้ในการคืนข้อมูลและรวบรวมข้อมูลกลับสู่ผู้ดำเนินงาน เสริมสร้างการตัดสินใจที่มีข้อมูลสนับสนุน และเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชน การให้บริการสุขภาพและการป้องกันโรคในระดับชุมชน ลดความผิดพลาดในการสื่อสาร รวมไปถึงเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ ผลการวิจัยคาดว่าจะสามารถ

นำไปใช้ในการพัฒนาระบบการบริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชนด้านต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชนโดยเครื่องมือที่สนับสนุนระบบการบริการสุขภาพแบบเทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพที่เชื่อมโยงหน่วยบริการภายในโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก 30 เตียง (F2)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 1) ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยในระบบบริการเชิงรุกในชุมชน ของเจ้าหน้าที่ อสม./CG ผู้ให้บริการในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลกุดข้าวปุ้น ตำบลข้าวปุ้น อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี
- 2) เจ้าหน้าที่ อสม./CG ผู้ให้บริการและประชาชนผู้รับบริการ มีความพึงพอใจในการใช้เครื่องมือที่สนับสนุนรูปแบบการบริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชน ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลกุดข้าวปุ้น ตำบลข้าวปุ้น อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี
- 3) พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย โดยใช้เครื่องมือที่สนับสนุนบริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชน ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลกุดข้าวปุ้น ตำบลข้าวปุ้น อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) โดยใช้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ บุคลากรสุขภาพที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานในระบบบริการเชิงรุกในชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี ตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ. 2566 ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 รวมระยะเวลา 6 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานระบบบริการเชิงรุกในชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี โดยการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) คำนวณโดยใช้สูตรของยามานะ⁽¹¹⁾ ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.95 กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ 0.05 จากจำนวนทั้งหมด 84 คน ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 70 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 35 คน โดยกลุ่มทดลองคือ เจ้าหน้าที่ อสม./CG ที่ใช้เครื่องมือที่สนับสนุนการบริการสุขภาพซึ่งเป็นเครื่องมือเทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพใช้งานผ่านเทคโนโลยีมือถือด้วยโปรแกรม Kkp Online ส่วนกลุ่มควบคุม คือ เจ้าหน้าที่ อสม./CG ที่ไม่ได้ใช้เครื่องมือที่สนับสนุนการบริการสุขภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับการพัฒนาเครื่องมือที่สนับสนุนบริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชน อำเภอ กุดข้าวปุ้น แบ่งเป็น 5 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่งหน้าที่ ระดับการศึกษาสูงสุด และประสบการณ์ในการทำงานในตำแหน่งปัจจุบัน เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการศึกษา โดยใช้คำถามปลายปิดแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจในกระบวนการออกให้บริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชน เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ลักษณะแบบสอบถามเป็นข้อคำถาม เกณฑ์การให้คะแนน ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ตอบได้ 0 คะแนน เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลัง การทดลอง แปรผลโดยใช้ค่าร้อยละ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่า Independent t-test⁽¹²⁾ ทดสอบ สถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาเครื่องมือที่สนับสนุนบริการสุขภาพเชิงรุก ในชุมชน เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาจากการปรับประยุกต์แบบสอบถามของวิรัตน์ ปานศิลา⁽¹³⁾ ประกอบด้วยเนื้อหา 5 ด้านคือ ด้านการกำหนดนโยบาย ด้านร่วมปรึกษาหารือวิเคราะห์ปัญหา ด้านร่วมคิด ร่วมวางแผน ด้านดำเนินการการใช้งาน และด้านร่วมตรวจสอบและประเมินผล ลักษณะของแบบสอบถาม เป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) แบบลิเคิร์ทสเกล⁽¹²⁾ แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ใช้เกณฑ์ในการแปลผลของเบสท์⁽¹⁴⁾ มี 5 ระดับดังนี้ 4.21-5.00 มีส่วนร่วมมากที่สุด 3.41-4.20 มีส่วนร่วมมาก 2.61-3.40 มีส่วนร่วมปานกลาง 1.81-2.60 มีส่วนร่วมน้อย และ 1.00-1.80 มีส่วนร่วมน้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ อสม./CG. ผู้ใช้เครื่องมือที่สนับสนุนบริการ สุขภาพเชิงรุกในชุมชน เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง โดยมีเนื้อหา 3 ด้าน คือ ด้านกระบวนการ และขั้นตอน ด้านคุณภาพสารสนเทศ และด้านคุณภาพของระบบ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตรวัด ประมาณค่าแบบลิเคิร์ทสเกล⁽¹²⁾ แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ใช้เกณฑ์ ในการแปลผลของบุญชม ศรีสะอาด⁽¹²⁾ 5 ระดับ ดังนี้ 4.51-5.00 พึงพอใจมากที่สุด 3.51-4.50 พึงพอใจมาก 2.51-3.50 พึงพอใจปานกลาง 1.51-2.50 พึงพอใจน้อย และ 1.00-1.50 พึงพอใจน้อยที่สุด

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความพึงพอใจของประชาชนผู้รับบริการ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ประกอบด้วยเนื้อหา 3 ด้าน คือ ด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่ ด้านการใช้โปรแกรมในการให้บริการ และด้านผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ได้รับจากการให้บริการลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า แบบลิเคิร์ทสเกล⁽¹²⁾ แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และ น้อยที่สุด ใช้เกณฑ์ในการ แปลผลของบุญชม ศรีสะอาด⁽¹²⁾ 5 ระดับดังนี้ 4.51-5.00 พึงพอใจมากที่สุด 3.51-4.50 พึงพอใจมาก 2.51-3.50 พึงพอใจปานกลาง 1.51-2.50 พึงพอใจน้อย และ 1.00-1.50 พึงพอใจน้อยที่สุด

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือแบบสอบถามทั้งฉบับ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของเนื้อหา ความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ ของแบบสอบถาม ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และผลการทดลอง มาใช้คำนวณเพื่อหาค่า ความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้บริการในระบบบริการ สุขภาพเชิงรุกในชุมชนที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient)⁽¹²⁾ ของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 0.937

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิ์กับผู้วิจัยให้ความเคารพในความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมโครงการหรือผู้ยินยอมตนโดยได้ขออนุมัติคำรับรองจริยธรรมการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ได้รับเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ SSJ.UB 2566-001.2 และรับรองวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2566 ถึงวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2567

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับการวิเคราะห์ โดยใช้สถิติบรรยายและสถิติอ้างอิง ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่า Independent t-test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจในกระบวนการออกให้บริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชน ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05

ผลการวิจัย

ด้านข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับเพศ อายุ ตำแหน่ง ประสบการณ์ในตำแหน่งปัจจุบัน และระดับการศึกษาสูงสุดของกลุ่มประชากรตัวอย่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ ตำแหน่ง ประสบการณ์ในตำแหน่งปัจจุบัน และระดับการศึกษาสูงสุด

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
เพศชาย	8	22.86	6	17.15
เพศหญิง	27	77.14	29	82.85
อายุ				
อายุ 0 – 15 ปี	0	00.00	0	00.00
อายุ 16 – 30 ปี	12	34.28	16	45.71
อายุ 31 – 45 ปี	16	45.72	12	34.29
อายุ 46 ปีขึ้นไป	7	20.00	7	20.00
ตำแหน่งหน้าที่				
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	8	22.86	8	22.86
อาสาสมัครสาธารณสุข	20	57.14	20	57.14
Caregiver (CG)	7	20.00	7	20.00
อื่น ๆ				

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ ตำแหน่ง ประสบการณ์ในตำแหน่ง ปัจจุบัน และระดับการศึกษาสูงสุด

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษาสูงสุด				
ประถมศึกษา	6	17.14	5	14.29
มัธยมศึกษา	22	62.86	21	60.00
ปริญญาตรี	7	20.00	9	25.71
สูงกว่าปริญญาตรี	0	00.00	0	00.00
ประสบการณ์ทำงานในตำแหน่งปัจจุบัน				
0 – 5 ปี	4	11.43	4	11.43
6 – 10 ปี	9	25.71	11	31.43
11 – 15 ปี	20	57.14	18	51.42
16 ปีขึ้นไป	2	5.72	2	5.72

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 31-45 ปี ปฏิบัติงานปัจจุบันเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ศึกษาในระดับมัธยมศึกษา และมีประสบการณ์ทำงาน 11-15 ปี ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 16-30 ปี ปฏิบัติงานปัจจุบันเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ศึกษาในระดับมัธยมศึกษา และมีประสบการณ์ทำงาน 11-15 ปี

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจในกระบวนการออกให้บริการสุขภาพเชิงรุก ในชุมชน ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ความรู้ความเข้าใจ ในการออกให้บริการฯ	n	$\bar{x}$	SD	Mean Diff	95%CI	p-value
ก่อนทดลอง						
กลุ่มทดลอง	35	0.81	0.14	-0.05	-0.120,0.006	0.079
กลุ่มควบคุม	35	0.87	0.12			
หลังทดลอง						
กลุ่มทดลอง	35	0.94	0.08	0.05	0.008-0.105	0.021*
กลุ่มควบคุม	35	0.89	0.11			

* p<0.05

จากตารางที่ 2 พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีด้านความรู้ความเข้าใจในกระบวนการออกให้บริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชน แตกต่างจากกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาเครื่องมือที่สนับสนุนบริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชน ในกลุ่มทดลอง โดยภาพรวมก่อนและหลังการมีส่วนร่วม (n=35)

การมีส่วนร่วมในการพัฒนา เครื่องมือ จำแนกเป็นรายด้าน	ก่อนมีส่วนร่วม			หลังมีส่วนร่วม		
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ร่วมกำหนดนโยบาย	2.70	0.44	ปานกลาง	3.30	0.49	ปานกลาง
ร่วมปรึกษาหารือวิเคราะห์ปัญหา	2.34	0.59	น้อย	2.65	0.87	ปานกลาง
ร่วมคิดร่วมวางแผน	2.87	0.44	ปานกลาง	3.67	0.60	มาก
ร่วมดำเนินการการใช้งาน	3.25	0.37	ปานกลาง	3.85	0.42	มาก
ร่วมตรวจสอบและประเมินผล	3.13	0.30	ปานกลาง	3.62	0.40	มาก
ภาพรวม	2.85	0.42	ปานกลาง	3.41	0.55	มาก

จากตารางที่ 3 ในภาพรวม ของระดับการมีส่วนร่วมก่อนและหลัง การพัฒนาเครื่องมือที่สนับสนุนบริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชน พบว่า หลังการมีส่วนร่วมในการพัฒนาเครื่องมือที่สนับสนุนบริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชน มีค่าเฉลี่ยสูงกว่า ก่อนการมีส่วนร่วมในการพัฒนาเครื่องมือที่สนับสนุนบริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชน ที่ระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.41, SD=0.55)

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ อสม./CG ผู้ใช้เครื่องมือที่สนับสนุนบริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชน หลังการใช้งานในกลุ่มทดลอง แยกเป็นรายด้าน

ความพึงพอใจจำแนกเป็นรายด้าน	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ด้านกระบวนการและขั้นตอน	3.45	0.45	ปานกลาง
ด้านคุณภาพสารสนเทศ	4.61	0.63	มากที่สุด
ด้านคุณภาพของระบบ	4.47	0.51	มาก
ภาพรวม	4.17	0.53	มาก

จากตาราง 4 ในภาพรวม ของผลการวิเคราะห์ระดับความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ อสม./CG. ที่ใช้เครื่องมือที่สนับสนุนบริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชน พบว่า ของเจ้าหน้าที่ อสม./CG. ผู้ใช้โปรแกรม มีระดับความพึงพอใจ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =4.17, SD=0.53)

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับความพึงพอใจของประชาชนผู้รับบริการ หลังเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานร่วมกับการใช้เครื่องมือที่สนับสนุนบริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชน จำแนกเป็นรายด้าน (n=35)

ความพึงพอใจจำแนกเป็นรายด้าน	$\bar{X}$	SD	ระดับ
การให้บริการของเจ้าหน้าที่	4.31	0.69	มาก
การใช้โปรแกรมในการให้บริการ	4.38	0.72	มาก
ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ได้รับจากการให้บริการ	4.22	0.75	มาก
ภาพรวม	4.30	0.72	มาก

จากตารางที่ 5 ในภาพรวม ของผลการวิเคราะห์ระดับความพึงพอใจของประชาชนผู้รับบริการ หลังเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานร่วมกับการใช้เครื่องมือที่สนับสนุนบริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชน พบว่า มีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =4.30, SD=0.72)

การอภิปรายผล

การพัฒนาเครื่องมือที่สนับสนุนระบบบริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชน โรงพยาบาลกุดข้าวปุ้น อำเภอ กุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี ในครั้งนี้ ทำให้ทราบข้อมูลด้านต่าง ๆ ที่สามารถนำไปใช้วางแผนพัฒนา ปรับปรุง ต่อยอดยกระดับการบริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชนให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลยิ่งขึ้น เช่น ข้อมูลทั่วไป ความรู้ความเข้าใจในกระบวนการออกให้บริการสุขภาพเชิงรุก การมีส่วนร่วมในการพัฒนา เครื่องมือที่สนับสนุนบริการเชิงรุก ทั้งความพึงพอใจของผู้ให้บริการและผู้รับบริการต่อกิจกรรมที่สนับสนุน บริการเชิงรุกในชุมชน ซึ่งการให้บริการเชิงรุกนี้ ถือเป็นภารกิจสำคัญหนึ่งของโรงพยาบาลชุมชน ประเด็น วัฒนกิจ⁽¹⁵⁾ เป็นการให้บริการสุขภาพที่เข้าสู่ชุมชนเพื่อมุ่งเน้นให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนทั้งเจ็บป่วย และยังไม่เจ็บป่วย ด้วยการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค พ้นฟูสุขภาพและรักษาพยาบาล อย่างต่อเนื่อง โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์⁽¹⁶⁾ กล่าวว่า การดูแลสุขภาพปฐมภูมิและงานสุขภาพชุมชน เป็นระบบงานสุขภาพที่มีเอกลักษณ์อยู่ที่การเน้นการทำงานเชิงรุกและการดูแลรักษาความเจ็บป่วย อย่างบูรณาการสอดคล้องกับวิถีชุมชนเพราะเป็นบริการสุขภาพที่ใกล้ชิดเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตชุมชน จึงสามารถเอาใจใส่และมีความเข้าใจในมิติสังคมวัฒนธรรมและสามารถตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพ ที่พบบ่อยในท้องถิ่น ผู้วิจัยได้สร้างและพัฒนาเครื่องมือที่สนับสนุนการบริการ ซึ่งเป็นเครื่องมือเทคโนโลยี ดิจิทัลด้านสุขภาพใช้งานผ่านเทคโนโลยีมือถือด้วยโปรแกรม Kkp Online เพื่ออำนวยความสะดวก ในการให้บริการสุขภาพทั้งในและนอกพื้นที่บริการโรงพยาบาลกุดข้าวปุ้น ในรูปแบบนวัตกรรมเทคโนโลยี สื่อสารข้อมูลออนไลน์ ผ่านการศึกษาในด้านผลงานวิชาการระดับเขตสุขภาพ โดยผู้ใช้งานสามารถใช้งาน เครื่องมือที่สนับสนุนระบบบริการโปรแกรม Kkp Online ได้ตามความต้องการ อาทิเช่น งานบริการเยี่ยมบ้าน งานบริการ คัดกรองสุขภาพ งานบริการในสถานี่สุขภาพระดับหมู่บ้านโดยอสม./CG. การประเมินADL

งานบริการ Home ward งานควบคุมและป้องกันโรค งานบริการนัดจองคิวล่วงหน้าก่อนเข้ารับบริการ เช่น งานทันตกรรม งานแพทย์แผนไทย โดยทั้งหมดเมื่อทำการเข้าใช้งานข้อมูลตามโปรแกรม Kkp Online จะถูกส่งเข้ายังไลน์กลุ่มผู้รับผิดชอบงานกลุ่มต่าง ๆ รูปแบบไลน์โนติฟิเคชันที่ผู้ใช้ทำการกรอกข้อมูล ซึ่งส่งผลให้กระชับเวลาในการสื่อสารและลดข้อผิดพลาดในการส่งต่อข้อมูล เกิดความสะดวกรวดเร็ว ลดการเดินทาง ลดความแออัดในโรงพยาบาล ทำให้เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการและผู้รับบริการมีความพึงพอใจจากการใช้เครื่องมือที่สนับสนุนบริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชน ซึ่งจากผลการวิจัยผู้วิจัยได้นำมาอภิปรายผลตามประเด็น 3 ประเด็น ประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจในกระบวนการออกให้บริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชน การมีส่วนร่วมในการพัฒนาเครื่องมือที่สนับสนุนระบบบริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชน และความพึงพอใจการจากเครื่องมือที่สนับสนุนระบบบริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชนของเจ้าหน้าที่ อสม./CG และประชาชนผู้รับบริการ หลังเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานร่วมกับการใช้เครื่องมือที่สนับสนุนบริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชน

ความรู้ความเข้าใจในกระบวนการออกให้บริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชน จะเห็นได้ว่าหลังทดลองกลุ่มทดลอง มีความรู้ความเข้าใจในกระบวนการออกให้บริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชน แตกต่างจากกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อาจเป็นเพราะกลุ่มทดลองก่อนออกให้บริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชน ยังไม่ได้ศึกษาเรียนรู้กระบวนการใช้เครื่องมือสนับสนุนระบบบริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชน หลังจากออกให้บริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชนแล้วการได้รับข้อมูลข่าวสารเทคนิควิธีการเข้าใจกระบวนการใช้เครื่องมือจากเจ้าหน้าที่ผู้รู้ที่ร่วมปฏิบัติงานออกให้บริการสุขภาพจึงเกิดการเรียนรู้และเข้าใจที่ดีกว่า ซึ่งก็พอสรุปได้ว่าการได้รับการส่งเสริมสนับสนุนการให้ข้อมูลข่าวสารความรู้เทคนิควิธีการหรือเปิดโอกาสให้ได้เรียนรู้ส่งผลให้บุคคลเกิดการเรียนรู้มากขึ้น สอดคล้องกับ ทรรศนีย์ บุญมัน⁽¹⁷⁾ พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าการพัฒนาศักยภาพ อสม.อย่างต่อเนื่องในพื้นที่ โดยเฉพาะตามองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทำให้ อสม. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น สอดคล้องกับ ภานุวัฒน์ พิทักษ์ธรรมากุล⁽¹⁸⁾ กล่าวถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มากเพียงพอต่อการปฏิบัติตนได้ถูกต้องจนเชี่ยวชาญและยั่งยืน เนื่องจากอสม. เป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพความรู้ ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องจึงทำให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก สอดคล้องกับ Kanter⁽¹⁹⁾ ที่กล่าวถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจในองค์กรด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารว่า การที่ผู้บริหารสนับสนุนให้ข้อมูลความรู้ทางเทคนิค ทักษะความชำนาญในการปฏิบัติงานข่าวสารที่ผู้บริหารควรแบ่งปันทำให้ผู้ปฏิบัติทราบนโยบายการตัดสินใจขององค์กร จะช่วยสนับสนุนการตัดสินใจของผู้ปฏิบัติงานและทำให้เกิดคุณภาพประสิทธิผลขององค์กร

การมีส่วนร่วมในการพัฒนาเครื่องมือที่สนับสนุนระบบบริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชน จะเห็นได้ว่า การมีส่วนร่วมในการพัฒนาเครื่องมือที่สนับสนุนระบบบริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชน ซึ่งเป็นเครื่องมือเทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพ ใช้งานผ่านเทคโนโลยีมือถือด้วยโปรแกรม Kkp Online โดยกลุ่มทดลองคือ เจ้าหน้าที่ อสม./CG ก่อนและหลังการใช้เครื่องมือที่สนับสนุนการบริการสุขภาพมีความแตกต่างกัน ซึ่งหลังการใช้เครื่องมือที่สนับสนุนระบบบริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชน กลุ่มทดลองมีระดับการมีส่วนร่วม

ในการพัฒนาเครื่องมือที่สนับสนุนระบบบริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชน สูงกว่าก่อนการใช้เครื่องมือที่สนับสนุนระบบบริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชน อาจเป็นเพราะ การเปิดโอกาสให้บุคคลมีส่วนร่วมในการวางแผน กำหนดนโยบาย ตรวจสอบและประเมินผล ผ่านการวิเคราะห์ ทาสาเหตุ และแนวทางแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติงานในขณะลงพื้นที่จริง แล้วนำข้อมูลมาประกอบการตัดสินใจในการบริหารจัดการ การกำหนดนโยบายในการดำเนินงาน มีความราบรื่นในการทำงานทำให้เกิดแรงจูงใจในการทำงาน กระตุ้นให้การทำงานลุล่วงอย่างรวดเร็ว เกิดการพัฒนางานที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น อีกทั้งผู้วิจัยยังได้นำเครื่องมือที่สนับสนุนบริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชน ซึ่งเป็นเทคโนโลยีดิจิทัลที่ใช้ผ่านเทคโนโลยีมือถือโปรแกรม Kkp Online ทำให้สามารถใช้งานได้อย่างสะดวกรวดเร็ว สามารถบันทึกและส่งต่อข้อมูลของผู้รับบริการไปยังฐานข้อมูลกลางของโรงพยาบาลกุดข้าวปุ้นโดยตรง ลดข้อผิดพลาดด้านการสื่อสารและยังสามารถส่งต่อข้อมูลเพื่อให้บริการแก่ผู้รับบริการด้านอื่น ๆ ได้ต่อเนื่อง สอดคล้องกับ พงนาถ อนิทรมานนท์⁽²⁰⁾ กล่าวถึงการที่บุคลากรอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานทั้งโดยตรงและโดยอ้อมตามความสมัครใจ โดยการมีส่วนร่วมของประชาชนก่อให้เกิดผลดีต่อการขับเคลื่อนองค์กรหรือเครือข่าย ผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมย่อมเกิดความภาคภูมิใจที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการบริหาร ความคิดเห็นถูกรับฟังและนำไปปฏิบัติเพื่อการพัฒนา และที่สำคัญผู้ที่มีส่วนร่วมจะมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ ซึ่งพลังในการขับเคลื่อนการทำงานที่ดีที่สุด สอดคล้องกับ Kanter⁽¹⁹⁾ ที่กล่าวถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจในองค์กรด้านการได้รับการสนับสนุนว่าการได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชาด้วยวิธีการต่าง ๆ จะทำให้บุคลากรรู้สึกสุขใจและมีคุณค่า มีการรับรู้ถึงการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน เป็นแรงจูงใจให้เกิดความพึงพอใจในการทำงานเมื่อบุคคลมีความพึงพอใจในการทำงานแล้วย่อมมีขวัญและกำลังใจที่จะปฏิบัติหน้าที่อย่างเต็มกำลังความสามารถ มีความกระตือรือร้น ขยันหมั่นเพียรและยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร สอดคล้องกับ พรโมทย์ ลีอนาม⁽²¹⁾ ที่เสนอแนวคิดพื้นฐานการยอมรับเทคโนโลยีว่า ความสามารถของระบบจะทำหน้าที่เป็นสิ่งกระตุ้นหากได้ผลก็จะสร้างแรงจูงใจที่ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศให้เกิดขึ้นในระบบของผู้ใช้ ผลที่ได้คือผู้ใช้จะเกิดการตอบสนองและสามารถนำไปใช้ในการวางแผน และพัฒนาเทคโนโลยีให้ตรงกับความต้องการของผู้ใช้ได้ดียิ่งขึ้น และสอดคล้องกับ เบญจมาภรณ์ ภิญโญพรพาณิชย์⁽²²⁾ กล่าวถึงการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิของประเทศไทยในอนาคต 20 ปี ในปี 2562 เป็นจุดเปลี่ยนสำคัญเนื่องจากมีการบังคับใช้พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 และระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. 2561 ทำให้เกิดกลไกและกระบวนการในการประสานความร่วมมือเพื่อจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิด้านแรก ทำให้ระบบการส่งต่อผู้รับบริการและการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการทุกระดับด้วยเทคโนโลยี และการบริการด้วยทีมหมอครอบครัวแบบสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งเป็นการดูแลอย่างองค์รวมผสมผสานและต่อเนื่อง

ความพึงพอใจจากการใช้เครื่องมือที่สนับสนุนบริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชน ของเจ้าหน้าที่ อสม./CG. มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก อาจเป็นเพราะเครื่องมือที่สนับสนุนบริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชนเป็นเทคโนโลยีดิจิทัลใช้ผ่านเทคโนโลยีมือถือโปรแกรม Kkp Online สามารถช่วยให้บุคลากรปฏิบัติงานได้

อย่างสะดวกรวดเร็ว ทำให้การบันทึก ส่งต่อและเชื่อมโยงข้อมูล ไปยังฐานข้อมูลกลางของโรงพยาบาลโดยตรง ได้อย่างรวดเร็ว สามารถติดตามผลการให้บริการและเข้าถึงข้อมูลได้ทุกที่ทุกเวลา เกิดความแม่นยำ ลดความล่าช้า ลดขั้นตอน ลดข้อผิดพลาดในการทำงานของเจ้าหน้าที่โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ที่ลงพื้นที่ เป็นการเพิ่มกำลังใจเพิ่มพลังทางบวกให้กับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน อีกทั้งยังช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน ให้ดียิ่งขึ้น จึงทำให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจในการทำงานมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับ สายสมร เฉลยกิตติ และอารีวรรณ อ่วมตานี⁽²³⁾ ที่กล่าวถึงผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยหัวหน้าหอผู้ป่วย ต่อการได้รับข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติงานและความพึงพอใจของพยาบาลประจำการ พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลประจำการมีความพึงพอใจในงานสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยหัวหน้าหอผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สอดคล้องกับ สมล สายอุ่นใจ⁽²⁴⁾ กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างการเสริมสร้างพลังอำนาจกับความพึงพอใจในงาน และผลลัพธ์ทางการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับสูง กับความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0.732 ในส่วนของความพึงพอใจของประชาชนผู้รับบริการ หลังเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานร่วมกับการใช้เครื่องมือที่สนับสนุนบริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชน มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะความพึงพอใจต่อการการใช้โปรแกรมในการให้บริการและการให้บริการของเจ้าหน้าที่ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเครื่องมือที่สนับสนุนบริการสุขภาพเชิงรุก โปรแกรม Kkp Online สามารถใช้งานได้อย่างสะดวกรวดเร็ว ลดความแออัดลดขั้นตอนการไปติดต่อที่โรงพยาบาล สามารถบันทึกและส่งต่อข้อมูลของผู้รับบริการ ไปยังฐานข้อมูลกลางของโรงพยาบาลโดยตรง และยังสามารถส่งต่อข้อมูลเพื่อให้บริการแก่ผู้รับบริการ ด้านอื่น ๆ อีกด้วย อาทิเช่น การบริการส่งเสริมป้องกัน รักษาและฟื้นฟู โดยเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องให้บริการ นอกพื้นที่โรงพยาบาล บริการเยี่ยมบ้าน บริการคัดกรองสุขภาพ บริการในสถานี่สุขภาพระดับหมู่บ้าน Health station โดย อสม./CG. บริการ Home ward บริการนัดจองคิวล่วงหน้าก่อนเข้ารับบริการ เช่น งานทันตกรรม งานแพทย์แผนไทย การดูแลสุขภาพที่บ้านด้วยตนเองของผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแล การให้คำแนะนำด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโดยบุคลากรทางการแพทย์ หรืออาสาสมัครสาธารณสุข ที่ออกให้บริการภายในชุมชน เป็นต้น ทั้งนี้การให้บริการเชิงรุกเป็นกระบวนการออกให้บริการรายบุคคล หนึ่งต่อหนึ่งคน การพบปะพูดคุยระหว่างเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานกับผู้รับบริการจึงค่อนข้างมีความสะดวก รวดเร็ว สนองความต้องการของผู้รับบริการ ทำให้ประชาชนผู้รับบริการมีความพึงพอใจมากต่อการลงพื้นที่ ของเจ้าหน้าที่ร่วมกับการใช้เครื่องมือที่สนับสนุนบริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชน สอดคล้องกับมณีรัตน์ ปัจจะวงษ์ และปิยะนุช พรหมสาขา ณ สกลนคร⁽²⁵⁾ ที่กล่าวถึงการให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิตามการรับรู้ของประชาชนที่เคยใช้บริการ พบว่า ความพึงพอใจต่อพฤติกรรมกรให้บริการในสถานบริการและในชุมชนของพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่าหน่วยบริการปฐมภูมิควรเพิ่มการบริการเชิงรุกให้มากขึ้นโดยเฉพาะการตรวจ

เยี่ยมประชาชนตามบ้านอย่างสม่ำเสมอของพยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับ อรรถยามานะธูระ⁽²⁶⁾ ที่กล่าวถึงการให้บริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพจากมุมมองผู้รับบริการ อำเภोजักราช จังหวัดนครราชสีมา พบว่าผลการให้บริการในหน่วยปฐมภูมิในระดับดี มีความสัมพันธ์กับทักษะการให้บริการเชิงจิตสังคม สอดคล้องกับ นิยากร อินทะชนัน และคณะ⁽²⁷⁾ กล่าวถึงการพัฒนาระบบการเชิงรุกในผู้ป่วยระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคามในส่วนของความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติในการดูแลและจัดการอาการรบกวน พบว่ามีความพึงพอใจในระดับดี โดยผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า มีการประชุมปรึกษาวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับครอบครัว ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ เพื่อประเมินปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือ

อนึ่ง การพัฒนาเครื่องมือที่สนับสนุนระบบบริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชน โรงพยาบาลกุดข้าวปุ้น อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นเครื่องมือเทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพที่ใช้ผ่านเทคโนโลยีมือถือด้วยโปรแกรม Kkp Online สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานให้ดียิ่งขึ้น โดยเครื่องมือที่นำมาใช้ได้รับการพัฒนาจากการร่วมมือของผู้มีส่วนร่วม ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจทั้งเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานและประชาชนผู้รับบริการเป็นอย่างดี

ข้อเสนอแนะ

1. ควรส่งเสริมการพัฒนาเครื่องมือโปรแกรมเทคโนโลยีดิจิทัลให้มีความหลากหลายเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ อีกทั้ง ยังเพิ่มความสะดวกรวดเร็วให้กับผู้ให้บริการหรือบุคลากรการแพทย์ในการวางแผนการดำเนินงาน
2. ขยายผลการใช้เครื่องมือที่ได้จากการวิจัยไปยังฝ่ายงานอื่นๆ ของโรงพยาบาล หรือขยายการใช้งานไปสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่ายบริการสุขภาพในพื้นที่ใกล้เคียง เพื่อพัฒนาต่อยอดระบบการบริหารจัดการให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ปราโมทย์ ประสาทกุล, จงจิตต์ ฤทธิรงค์, ศุทธิดา ขวณวัน, กาญจนา เทียนลาย. สถานการณ์ทั่วไป: การสูงวัยของประชากรโลก. ใน: ปราโมทย์ ประสาทกุล, ภูษิต ประคองสาย, บรรณาธิการ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: บริษัท อมรินทร์ คอร์เปอร์เรชั่นส์ จำกัด (มหาชน); 2566.
2. สุนี วงศ์คงคาเทพ, เทพนิมิต พิมทะวงศ์, สุริยา รักเจริญ, ชลธิชา พุทธวงษ์นันท์. คู่มือแนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุข สำหรับทันตบุคลากรในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลศูนย์สุขภาพชุมชน. นนทบุรี: กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย; 2552.
3. Harinasuta C. The need for clinical assistants in Thailand. Lancet. 1973 Jun 9;1(7815):1298-300. doi: 10.1016/s0140-6736(73)91308-1.

4. Rohde J, Cousens S, Chopra M, Tangcharoensathien V, Black R, Bhutta ZA, Lawn JE. 30 years after Alma-Ata: has primary health care worked in countries? *Lancet*. 2008 Sep 13;372(9642):950-61. doi: 10.1016/S0140-6736(08)61405-1.
5. Piyaratn P. Doctors' roles in primary health care. *Trop Doct*. 1982 Oct;12(4 Pt 2):196-202. doi: 10.1177/004947558201200423.
6. Zimmerman CC. Siam: rural economic survey, 1930-31. revision in 1999 by White Lotus. Bangkok: Bangkok Times Press; 1931.
7. Nitayarumphong S, Srivanichakorn S, Pongsupap Y. Strategies to respond to health manpower needs in rural Thailand in "Providing health care under adverse circumstances: Health personnel performance & individual coping strategies". In Ferrinho P, Van Lerberghe W, editors. *Studies in Health Services Organisation & Policy*. Antwerp, ITG-Press; 2000. P 55-72.
8. ยงยุทธ พงษ์สุภาพ. บริการปฐมภูมิที่มีทรัพยากรจำกัด. "บทเรียนต่างประเทศสู่การพัฒนา ระบบบริการปฐมภูมิในบริบทประเทศไทย" บริการปฐมภูมิกับหมอที่อยู่ชุมชน ในบริบทนานาชาติ.การประชุมวิชาการ มหกรรมสุขภาพชุมชน ครั้งที่ 2 "จากความรู้สู่ระบบจัดการใหม่ จินตนาการเป็นจริงได้ไม่รู้จัก";วันที่ 18 มกราคม2555; ณ อาคารอิมแพ็คฟอรัม เมืองทองธานี.กรุงเทพมหานคร;2555
9. Williams RL, Henley E, Prueksaritanond S, Aramrattana A. Family practice in Thailand: will it work? *J Am Board Fam Pract*. 2002 Jan-Feb;15(1):73-6.
10. คณะทำงานรายงานสุขภาพคนไทย. การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อบริการทางข้อมูล. ใน: คณะทำงานรายงานสุขภาพคนไทย. *สุขภาพคนไทย 2567* [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 2556 เมษายน 4]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaihealth.or.th/?p=366193>
11. Yamane T. *Statistics: An introductory analysis*. 2nd ed. New York: Harper & Row; 1967.
12. บุญชม ศรีสะอาด. *วิธีการทางสถิติสำหรับการวิจัย เล่ม 1*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาสน์; 2541.
13. วิรัตน์ ปานศิลา. การถ่ายทอดทางสังคมในการทำงาน จิตลักษณะ และการรับรู้เกี่ยวกับบทบาทที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขระดับตำบล ในภาคเหนือของประเทศไทย [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์], กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2542.
14. Best JW. *Research in Education*. 3rd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hal Inc; 1977.
15. ประพิน วัฒนกิจ. *การจัดระบบสาธารณสุขเชิงรุก*. กรุงเทพฯ: สามเจริญ; 2543.
16. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. *พลวัตสุขภาพกับการพึ่งตนเองภาคชนบท*. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ; 2552.

17. ทรรศนีย์ บุญมั่น. ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2564.
18. ภาณุวัฒน์ พิทักษ์ธรรมากุล. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในชุมชนต้นแบบของเขตสุขภาพที่ 5. กาญจนบุรี: กลุ่มสุขภาพภาคประชาชนและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 5.
19. Kanter RM. Commitment and Social Organization: A Study of Commitment Mechanisms in Utopian Communities. *Am Sociol Rev.* 1968; 35: 499-517.
20. พจนาล อินทรมานนท์. การมีส่วนร่วมกับการพัฒนาอย่างยั่งยืน [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 2566 เมษายน 8]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.academia.edu/5586789/>
21. ปราโมทย์ ลื่อนาม. แนวความคิด และวิวัฒนาการของแบบจำลองการยอมรับการใช้เทคโนโลยี. *วารสารการจัดการสมัยใหม่.* 2554;9(1):9-17.
22. เบญจมาภรณ์ ภิญโญพรพาณิชย์. รายงานการศึกษาวิจัย เรื่อง การปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขกับความท้าทายของระบบบริการปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ: กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2566 เมษายน 8]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1339320230130081140.pdf>.
23. สายสมร เฉลยกิตติ, อารีวรรณ อ่อมตานี. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยหัวหน้าหอผู้ป่วย ต่อการได้รับข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน และความพึงพอใจของพยาบาลประจำการ. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.* 2545;14(3):23-30.
24. สุมล สายอ่อนใจ. ความสัมพันธ์ระหว่างการเสริมสร้างพลังอำนาจกับความพึงพอใจในงาน และผลลัพธ์ทางการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2550.
25. มณีรัตน์ ปัจจะวงษ์, ปิยะนุช พรหมสาขา ณ สกลนคร. ประเมินผลการให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์ประเมินมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามการรับรู้ของประชาชนที่เคยใช้บริการ. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี.* 2563;28(3):295-305.
26. อรทัย มานะธูระ. การให้บริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพจากมุมมองผู้รับบริการ อำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล.* 2555;18(1):17-28.
27. นิยากร อินทะขัน, วัชรภรณ์ ทองมี, เจริญพงษ์ ประสรีระเก. การพัฒนากระบวนการเชิงรุกในผู้ป่วยระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิชาการสาธารณสุข.* 2564;30(5):845-53.