Journal of Nursing and Public Health Research

การประเมินคุณค่าการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ในการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคโคโรน่าไวรัส-2019 ในพื้นที่เขตสุขภาพ 10

Evaluation of the Value of Implementing Area Health Advocacy in the Coronavirus-2019 Surveillance Areas of Health Region 10

ปวีณา ลิมปิทีปราการ[1*], พลากร สืบสำราญ[1], นิยม จันทร์นวล[1], อนันต์ ไชยกุลวัฒนา[1], ชลลดา ไชยกุลวัฒนา[2], จงกลนี ศิริรัตน์[3], รพินทร์ ยืนยาว[3], วิชิต พุ่มจันทร์[4], สุดารัตน์ เวยสาร[1]

Pawena Limpiteeprakan[1*], Phalakorn Suebsamran[1], Niyom Junnual[1], Anun Chaikoolvatana[1], Cholada Chaikoolvatana[2], Jongkolnee Sirirat[3], Rapin Yuenyao[3], Wichid Pumchan[4], Sudarat Woeisan[1]

วิทยาลัยแพทยศาสตร์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี[1*], คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี[2], มูลนิธิประชาสังคมจังหวัดอุบลราชธานี[3], สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี[4]

College of Medicine and Public Health, Ubon Ratchathani University[1*], Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani Rajabhat University[2], Civil Society Foundation of Ubon Ratchathani[3], Ubon Ratchathani Provincial Health Office[4]

(Received: February 11, 2024; Revised: May 1, 2024; Accepted: September 16, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณค่าการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ในการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคโคโรน่าไวรัส-2019 ในพื้นที่เขตสุขภาพ 10 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แกนนำทีมธรรมนูญสุขภาพในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 ประกอบด้วย จังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดอำนาจเจริญ จังหวัดศรีสะเกษ จังหวัดยโสธร และจังหวัดมุกดาหาร จำนวน 2,444 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามเพื่อประเมินด้านระดับการรับรู้ แบบสอบถามด้านการมีส่วนร่วม และแบบสอบถามด้านผลลัพธ์ของการขับเคลื่อนงานธรรมนูญสุขภาพฯ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า ด้านการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมากในเรื่องการแพร่ระบาดของโรคโคโรน่าไวรัส-2019 เป็นปัญหาของคนทุกคนที่ต้องร่วมมือช่วยกันดูแลแก้ไขปัญหา (Mean = 4.37, S.D. = 0.69) ส่วนด้านการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมากในเรื่องการร่วมทำประชาคมเพื่อวิเคราะห์ปัญหารับฟังความคิดเห็น และความต้องการของประชาชนเพื่อสร้างแรงบันดาลใจในการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคโคโรน่าไวรัส-2019 ในพื้นที่ (Mean = 3.93, S.D. = 0.85) และด้านผลลัพธ์ของการขับเคลื่อนงานธรรมนูญสุขภาพ พบว่า อยู่ในระดับมาก โดยเห็นว่าผลลัพธ์ของธรรมนูญทำให้ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคโคโรน่าไวรัส-2019 ได้เข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานบริการของรัฐอย่างทันท่วงทีมากที่สุด (Mean = 4.21, S.D. = 0.76) สรุปได้ว่าธรรมนูญสุขภาพซึ่งเป็นกติกาของชุมชนในรูปแบบนโยบายสาธารณะ สามารถช่วยลดการแพร่ระบาดของโรคโคโรน่าไวรัส-2019 ในพื้นที่เขตสุขภาพ 10 ได้

คำสำคัญ: การประเมินคุณค่า, โคโรน่าไวรัส-2019, ธรรมนูญสุขภาพ, การมีส่วนร่วมของประชาชน, ภาวะสาธารณสุขฉุกเฉิน

*ผู้ให้การติดต่อ ปวีณา ลิมปิทีปราการ e-mail: pawena.l@ubu.ac.th

Abstract

The objective of this descriptive study was to evaluation of the value of implementing area health advocacy in the Coronavirus-2019 surveillance areas of Health Region 10. Partiticipants included 2,444 key leaders of the health charter team in Health Region 10, which consisted of the provinces of Ubon Ratchathani, Amnat Charoen, Si Sa Ket, Yasothon, and Mukdahan. The data collection tools used included a questionnaire to assess awareness levels, a questionnaire on participation, and a questionnaire on the outcomes of the health charter implementation. The data was analyzed using descriptive statistics.

The results showed that participants had a high level of awareness that the spread of the coronavirus-2019 pandemic was a problem that required everyone to cooperate in addressing (Mean = 4.37, S.D. = 0.69). Participation was also high in terms of engaging in community discussions to analyze problems, listen to public opinions and needs, and inspire efforts to monitor the spread of the coronavirus-2019 pandemic in the area (Mean = 3.93, S.D. = 0.85). Additionally, the outcomes of implementing the health charter were rated highly, with participants agreeing that the charter enabled people infected with the coronavirus-2019 to receive timely treatment at state health services (Mean = 4.21, S.D. = 0.76). In conclusion, the health charter, as a form of public policy developed by the community, helped reduce the spread of the coronavirus-2019 pandemic in Health Region 10.

Keywords: Value evaluation, Coronavirus-2019, Health Constitution, Community Participation, Public Health Crisis

บทนำ

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 หมวด 5 มาตรา 46 มาตรา 47 และมาตรา 48 ซึ่งว่าด้วยธรรมนูญระบบสุขภาพแห่งชาติ เป็นเครื่องมือและกลไกที่ให้โอกาสประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรวมทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ใช้เป็นเครื่องมือในการกำกับ ดูแล สุขภาวะของประชาชน ภายใต้ศักยภาพของทรัพยากร และบริบทของแต่ละพื้นที่ด้วยหลักการมีส่วนร่วมและการพึ่งพาตนเอง (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2550) ในเวลาต่อมาได้มีการนำแนวคิดของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาตินี้ ไปส่งเสริมให้เกิดการจัดทำธรรมนูญสุขภาพระดับพื้นที่ เพื่อกำหนดกรอบนโยบายการพัฒนาสุขภาวะในระดับชุมชน ตามบริบทและความต้องการของชุมชนอย่างมีส่วนร่วม โดยชุมชนเพื่อชุมชนเอง (จตุรงค์ ศรีสุธรรม, 2559) ซึ่งหัวใจสำคัญของธรรมนูญสุขภาพ คือ การยกระดับความเป็นพลเมือง ถ้าประชาชนมีสำนึกเกิดขึ้นจะส่งผลให้ประชาชน

อยากแก้ปัญหาในชุมชน เกิดฉันทามติร่วมกันนำไปสู่ความเป็นพลเมืองที่ให้ความสำคัญกับสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อคนในชุมชนของตน (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2564)

ในช่วงที่ประเทศไทยเผชิญกับการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 หรือ โควิด-19 (COVID-19) ที่เกิดจากไวรัสโคโรน่าสายพันธุ์ใหม่ SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2) โดยมีผู้ติดเชื้อสะสมอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงปลายปี พ.ศ. 2563 ซึ่งการระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลกระทบโดยตรงต่อประเทศเป็นอย่างมาก ถือเป็นภาวะฉุกเฉินระดับชาติ กรมควบคุมโรค จึงได้เปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operation Center (EOC)) เพื่อตอบโต้การระบาดของโรคโคโรน่าไวรัส-2019 และเริ่มคัดกรองหาผู้ติดเชื้อในช่องทางเข้า-ออกของประเทศ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564) แม้ระบบควบคุมโรคของประเทศไทยมีการแยกผู้ป่วยที่ติดเชื้อหรือเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้อย่างรวดเร็ว แต่ก็ยังส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงบริบททางสังคม เศรษฐกิจ สภาพแวดล้อม รวมถึงระบบสุขภาพ ความหวาดกลัวการติดเชื้อโควิด-19 และการขาดแคลนทุนทรัพย์ ซึ่งเป็นเหตุผลหลักที่ทำให้การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ในประเทศไทยเป็นไปอย่างจำกัด จากสถานการณ์ดังกล่าวทำให้เห็นปัญหาความเหลื่อมล้ำหรือความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพ เห็นจุดอ่อนในเชิงระบบที่ไม่สามารถตอบสนองต่อภัยคุกคามและความจำเป็นเร่งด่วนที่เกิดขึ้นได้ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2565) ต่อมาในหลายพื้นที่ได้นำกระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของชุมชนมาปรับใช้ในบริบทของพื้นที่ ซึ่งถือเป็นกระบวนการที่ส่งผลต่อปัจจัยแห่งความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ดังกล่าวนี้ ดังการศึกษาของ วรยุทธ นาคอ้าย, กมลนัทธ์ ม่วงยิ้ม และเดชา วรรณพาหุล (2563) ได้ศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคโคโรน่าไวรัส-2019 ของผู้สูงอายุ 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน การปฏิบัติการตรวจสอบและการปรับปรุงการดำเนินการ โดยพบว่า เมื่อผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันโรคโคโรน่าไวรัส-2019 ผลที่ได้ คือ ความสามัคคี ความสุข เครือข่าย ระบบจิตอาสาในการพัฒนา การยอมรับศักยภาพของแกนนำ และความสามารถในการจัดการความขัดแย้งในชุมชนมากขึ้น นอกจากนี้การศึกษาของ ระนอง เกตุดาว, อัมพร เที่ยงตรงภักดี และภาสินี โทอินทร์ (2564) พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคโคโรน่าไวรัส-2019 คือ การมีส่วนร่วมของคณะทำงานและเครือข่ายที่เข้มแข็ง ซึ่งสอดคล้องกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยธรรมนูญระบบสุขภาพ ที่พัฒนามาจากกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน สามารถสร้างความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ อีกทั้งยังส่งเสริมความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ทุกคนได้รับการดูแลสุขภาพอย่างเสมอภาค

ในปี พ.ศ. 2564 เขตสุขภาพที่ 10 โดยคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชนเขตพื้นที่ 10 ร่วมกับเครือข่ายสมัชชาสุขภาพทั้ง 5 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดศรีสะเกษ จังหวัดยโสธร จังหวัดอำนาจเจริญ และจังหวัดมุกดาหาร ได้พัฒนาและขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่ระดับเขต ในประเด็นการขับเคลื่อนธรรมนูญสู้โควิด-19 ในรูปแบบของ “ธรรมนูญตำบลสู้โควิด-19” ผ่านการเชื่อมโยงกลไกการขับเคลื่อนธรรมนูญสู้โควิด-19 ในระดับเขต ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับตำบล รวมตำบลที่มีการ

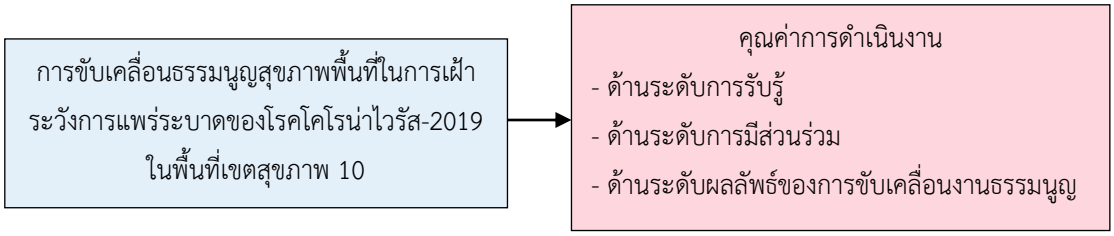
จัดทำธรรมนูญตำบลสู้โควิด-19 ในพื้นที่ 5 จังหวัด ทั้งหมดจำนวน 41 อำเภอ 109 ตำบล ถือเป็นกระบวนการจัดทำนโยบายสาธารณะในภาวะวิกฤต ดังนั้น เพื่อเป็นการเตรียมการในการวางแผนและพัฒนาระบบจัดการภาวะสาธารณสุขฉุกเฉินในระยะยาว คณะผู้วิจัยจึงประเมินคุณค่าการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพกับการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคโคโรน่าไวรัส-2019 พื้นที่เขตสุขภาพ 10 ในรูปแบบของธรรมนูญตำบลสู้โควิด-19 เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามกลไกของธรรมนูญสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 10 ว่าสามารถนำมาใช้เป็นเครื่องมือที่ทำให้เกิดการรับรู้ และมีส่วนร่วมของประชาชนกับหน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้มีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงไร ซึ่งผลที่ได้จากการประเมินสามารถนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพของธรรมนูญสุขภาพให้สามารถใช้เป็นกลไกเชื่อมโยงการทำงานกับภาครัฐได้ และเป็นกุญแจสำคัญที่นำไปสู่กระบวนการวางแผนและตัดสินใจเชิงนโยบายในด้านระบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินคุณค่าการดำเนินงาน ได้แก่ ด้านระดับการรับรู้ ด้านระดับการมีส่วนร่วม และด้านผลลัพธ์ของการขับเคลื่อนงานธรรมนูญสุขภาพกับการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคโคโรน่าไวรัส-2019 ในพื้นที่เขตสุขภาพ 10

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวทางการประเมินตามทฤษฎีแนวร่วมชุมชน Community Coalition Action Theory (CCAT) ของ Butterfoss & Kegler (2002) และแนวคิดของ Arnstein (1969) ตามรูปแบบการมีส่วนร่วมของบันได 10 ขั้น ในการประเมินคุณค่าการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ในการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคโคโรน่าไวรัส-2019 พื้นที่เขตสุขภาพ 10 ดังแสดงกรอบแนวคิดการวิจัยในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - พฤษภาคม พ.ศ. 2566 ณ พื้นที่เขตสุขภาพที่ 10

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ กลุ่มแกนนำทีมธรรมนูญสุขภาพในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 ประกอบด้วย จังหวัดอุบลราชธานี อำนาจเจริญ ศรีสะเกษ ยโสธร และมุกดาหาร

กลุ่มตัวอย่าง คือ แกนนำขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับตำบล การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบ Multi-Site เลือกตัวอย่างจาก 5 จังหวัด 41 อำเภอ 109 ตำบล คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของคอแครน (Cochran, 1977 อ้างใน ธีรวุฒิ เอกะกุล, 2543) ในกรณีไม่ทราบสัดส่วนของประชากร กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ร้อยละ 5 ได้กลุ่มตัวอย่าง 2,228 คน เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างสำหรับกรณีข้อมูลสูญหายอีกร้อยละ 10 เท่ากับ 223 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 2,451 คน โดยการสุ่มเลือกอย่างง่าย (Simple Random Sampling) มีขั้นตอนการเลือกตัวอย่าง ดังนี้

ขั้นที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลจากแกนนำขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพระดับจังหวัด 5 จังหวัด ได้แก่ กลุ่มแกนนำทีมธรรมนูญสุขภาพที่เป็นคณะทำงานในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์การบริหารส่วนจังหวัด กรมควบคุมโรค กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต สมัชชาสุขภาพจังหวัด คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จังหวัดละ 5 คน รวม 25 คน

ขั้นที่ 2 เก็บรวบรวมข้อมูลจากแกนนำขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพระดับอำเภอ 41 อำเภอ ได้แก่ กลุ่มแกนนำทีมธรรมนูญสุขภาพที่เป็นคณะทำงานในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และโรงพยาบาลชุมชน อำเภอละ 6 คน รวม 246 คน

ขั้นที่ 3 เก็บรวบรวมข้อมูลจาก แกนนำขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพระดับตำบล 109 ตำบล ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สารวัตรกำนัน แพทย์ประจำตำบล เจ้าอาวาสหรือตัวแทนพระสงฆ์ ผู้อำนวยการโรงเรียนในเขตตำบล ตำบลละ 20 คน รวม 2,180 คน

ดังนั้น การเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างมีทั้งสิ้น 2,451 คน แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลไม่ครบถ้วนซึ่งไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้ จำนวน 7 คน จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 2,444 คน คิดเป็นร้อยละ 99.71 ของกลุ่มตัวอย่างที่ตั้งเป้าไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองตามแนวคิดการวิจัยในครั้งนี้ แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเพื่อประเมินการรับรู้เกี่ยวกับการขับเคลื่อนงานธรรมนูญสุขภาพกับการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคโคโรน่าไวรัส-2019 (จำนวน 19 ข้อ)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานธรรมนูญสุขภาพกับการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคโคโรน่าไวรัส-2019 (จำนวน 19 ข้อ)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเพื่อประเมินผลลัพธ์ของการขับเคลื่อนงานธรรมนูญสุขภาพกับการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคโคโรน่าไวรัส-2019 (จำนวน 8 ข้อ)

แบบสอบถามทั้ง 3 ส่วน มีมาตรวัดเป็นระดับความคิดเห็นแบ่งเป็น 5 ระดับ (Rating Scale) ตามแนวคิดของลิเคิร์ท (Likert, 1967) คือ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และ น้อยที่สุด (1 คะแนน) นำมากำหนดเป็นอันตรภาคชั้น 3 ระดับ ซึ่งผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1977) โดยใช้แปลผลในส่วนที่ 1 และส่วนที่ 2 ดังนี้ ระดับดี (70-95 คะแนน) ระดับปานกลาง (45-69 คะแนน) และระดับต่ำ (19-44 คะแนน) ส่วนที่ 3 ดังนี้ ระดับดี (30-40 คะแนน) ระดับปานกลาง (19-29 คะแนน) และระดับต่ำ (8-18 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยนำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านแผนงานนโยบายสาธารณะ 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านมนุษยศาสตร์และการพัฒนาคุณภาพชีวิต 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารงานสุขภาพภาคประชาชน 1 ท่าน โดยพิจารณาให้ครอบคลุมถึงความถูกต้องของเนื้อหา ภาษาและสำนวนที่ใช้ ความสอดคล้องของวัตถุประสงค์กับเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence (IOC)) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 หลังจากนั้นได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้เพื่อตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากร จำนวน 30 คน และนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่า Cronbach's Alpha ด้านการรับรู้เกี่ยวกับการขับเคลื่อนงานธรรมนูญสุขภาพ เท่ากับ 0.90 ด้านการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการขับเคลื่อนงานธรรมนูญสุขภาพ เท่ากับ 0.95 และด้านผลลัพธ์ ในการขับเคลื่อนงานธรรมนูญสุขภาพ เท่ากับ 0.91

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการโดยการประสานงานกับพื้นที่และสุ่มเลือกกลุ่มเป้าหมายตามที่กำหนด จากนั้นจัดประชุมเตรียมความพร้อมให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ให้ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากนั้นทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ตามจำนวนที่กำหนด โดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งใช้เวลาตอบประมาณ 20-25 นาที เมื่อเก็บแบบสอบถามเสร็จครบตามจำนวน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะรวบรวมแบบสอบถามและส่งคืนให้ทีมวิจัยหลักผ่านทางไปรษณีย์หรือนำส่งด้วยตนเอง ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลและส่งคืนทั้งหมดประมาณ 4 เดือน หลังจากนั้น ทีมวิจัยหลักจะตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล บันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป และดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อสรุปผลการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่อพรรณนาลักษณะทั่วไปของกลุ่มศึกษา ดังนี้

1. ตัวแปรเชิงกลุ่ม (Categorical Variables) วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาความถี่ และร้อยละ ได้แก่ เพศ ตำแหน่ง ระดับการศึกษา ระดับการรับรู้ ระดับการมีส่วนร่วม และระดับผลลัพธ์ของการขับเคลื่อนงานธรรมนูญสุขภาพฯ

2. ตัวแปรต่อเนื่อง (Continuous Variables) วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ได้แก่ อายุ คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ การมีส่วนร่วม และผลลัพธ์ของการขับเคลื่อนงานธรรมนูญสุขภาพฯ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SSJ.UB-216 ลงวันที่ 23 ธันวาคม 2565 ผู้วิจัยได้แนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ ทั้งนี้ให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเองตามความสมัครใจ และชี้แจงให้ทราบว่าหากเข้าร่วมการวิจัยแล้วสามารถออกจากการวิจัยได้ตามความประสงค์ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างนำมาใช้เฉพาะในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น การเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมและจะใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.20 มีอายุเฉลี่ย 48 ปี (S.D. = 10.07) โดยมีอายุระหว่าง 40-59 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 70.10) (Mean = 48.04, S.D. = 10.07) มีตำแหน่งเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขมากที่สุด (ร้อยละ 47.80) และรองลงมาเป็นผู้นำชุมชน (ร้อยละ 23.20) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายมากที่สุด (ร้อยละ 38.90) ดังแสดงในตารางที่ 1

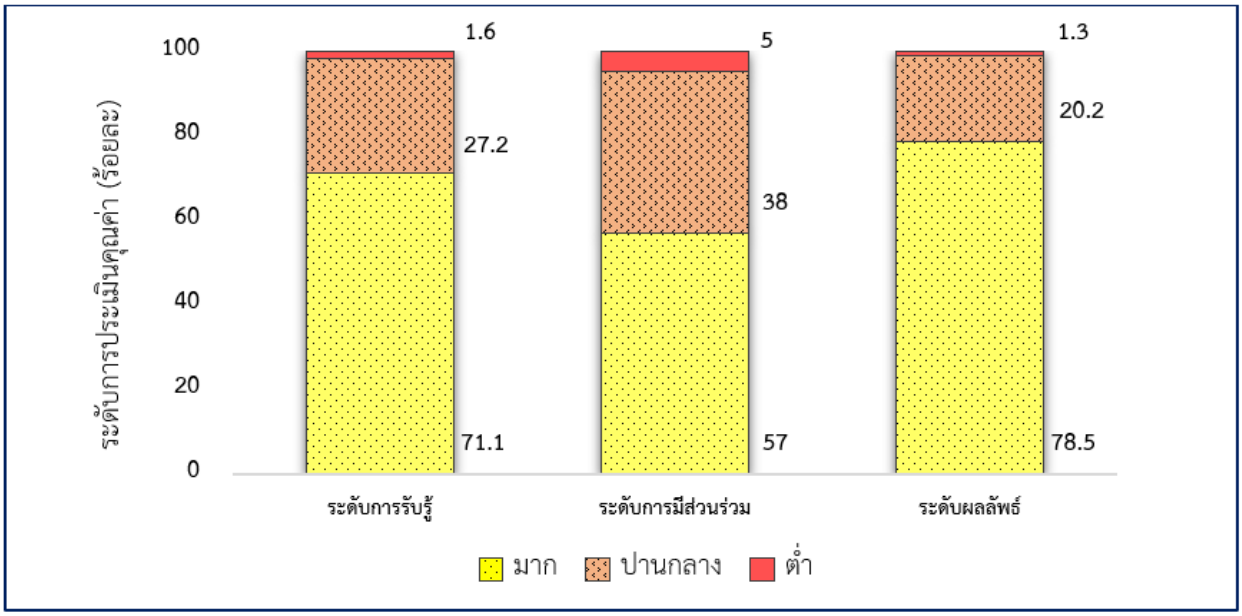
ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=2,444)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	923	37.80
หญิง	1521	62.20
อายุ (ปี) (n=2,418) Mean = 48.04, S.D. = 10.07		
น้อยกว่า 40	487	20.10
40-59	1694	70.10

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
มากกว่าหรือเท่ากับ 60	237	9.80
ตำแหน่ง (n=2,418)		
อาสาสมัครสาธารณสุข	1172	47.80
ผู้นำชุมชน	569	23.20
เจ้าหน้าที่ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ	416	17.00
เจ้าหน้าที่หน่วยงานส่วนท้องถิ่น	129	5.30
ผู้อำนวยการโรงเรียน	58	2.40
เจ้าอาวาส/พระภิกษุสงฆ์	46	1.90
นายกเทศมนตรี/นายก อบต.	16	0.70
นายอำเภอ	13	0.50
ทีมสมัชชาสุขภาพจังหวัด	2	0.10
ระดับการศึกษา (n=2,418)		
ประถมศึกษาและต่ำกว่า	286	11.70
มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.3)	381	15.70
มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.6)	943	38.90
ปวช. ปวส.หรืออนุปริญญา	113	4.70
ปริญญาตรีและสูงกว่า	704	29.00

2. การประเมินคุณค่าการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ในการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคโคโรน่าไวรัส-2019

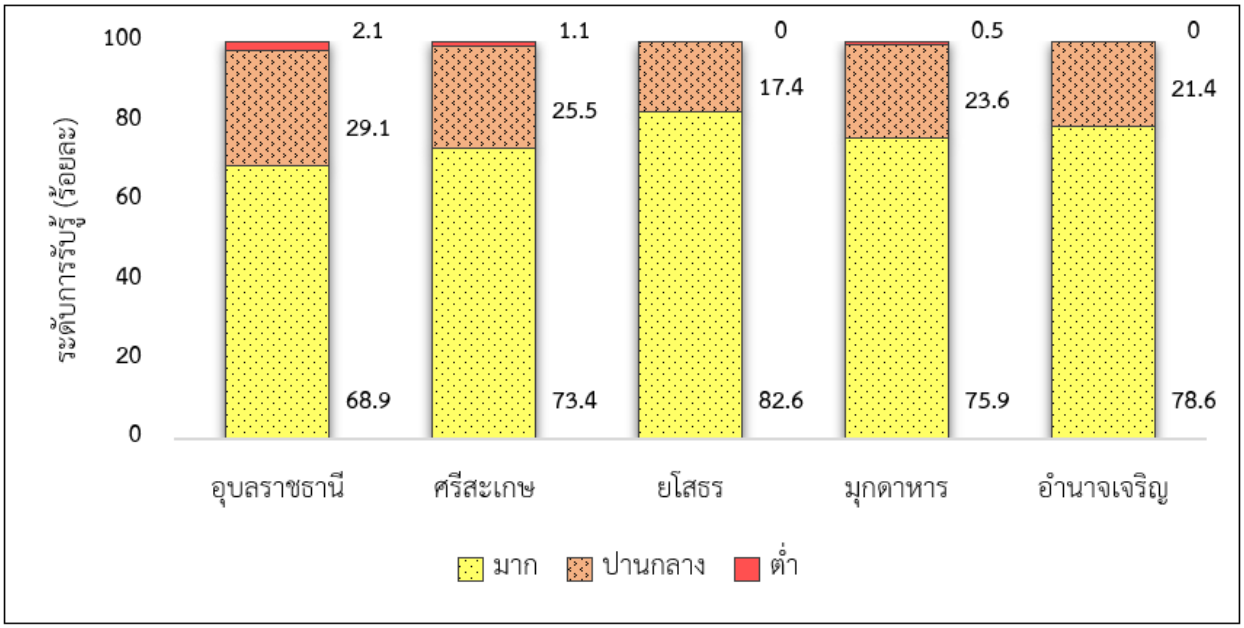
การประเมินคุณค่าการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ในการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคโคโรน่าไวรัส-2019 ในระดับเขตสุขภาพที่ 10 ประกอบด้วย ด้านระดับการรับรู้ ด้านระดับการมีส่วนร่วม และด้านระดับผลลัพธ์ของการขับเคลื่อนงานธรรมนูญสุขภาพฯ ผลการวิจัยพบว่า ด้านระดับการรับรู้ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับการขับเคลื่อนงานธรรมนูญสุขภาพอยู่ที่ 75.87 คะแนน จากคะแนนเต็ม 95 คะแนน เมื่อแบ่งตามเกณฑ์ที่กำหนด พบว่า อยู่ในระดับมาก มากที่สุด ร้อยละ 71.10 รองลงมาระดับปานกลาง ร้อยละ 27.20 มีเพียงร้อยละ 1.60 อยู่ในระดับต่ำ ด้านระดับการมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานธรรมนูญสุขภาพภาพรวมเฉลี่ย 71.19 คะแนน จากคะแนนเต็ม 95 คะแนน เมื่อแบ่งตามเกณฑ์ที่กำหนด พบว่า อยู่ในระดับมาก มากที่สุด ร้อยละ 57.00 รองลงมาระดับปานกลาง ร้อยละ 38.00 มีเพียงร้อยละ 5.00 อยู่ในระดับต่ำ และด้านระดับผลลัพธ์ในการขับเคลื่อนงานธรรมนูญสุขภาพฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนผลลัพธ์ในการขับเคลื่อนงานธรรมนูญสุขภาพภาพรวมเฉลี่ย 32.81 คะแนน จากคะแนนเต็ม 40 คะแนน เมื่อแบ่งตามเกณฑ์ที่กำหนด พบว่า อยู่ในระดับดี มากที่สุด ร้อยละ 78.50 รองลงมาระดับปานกลาง ร้อยละ 20.20 มีเพียงร้อยละ 1.30 อยู่ในระดับต่ำ ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ร้อยละของระดับการประเมินคุณค่าเกี่ยวกับการขับเคลื่อนงานธรรมนูญสุขภาพจำแนกตามแต่ละด้าน

2.1 ด้านระดับการรับรู้เกี่ยวกับการขับเคลื่อนงานธรรมนูญสุขภาพในการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคโคโรน่าไวรัส-2019

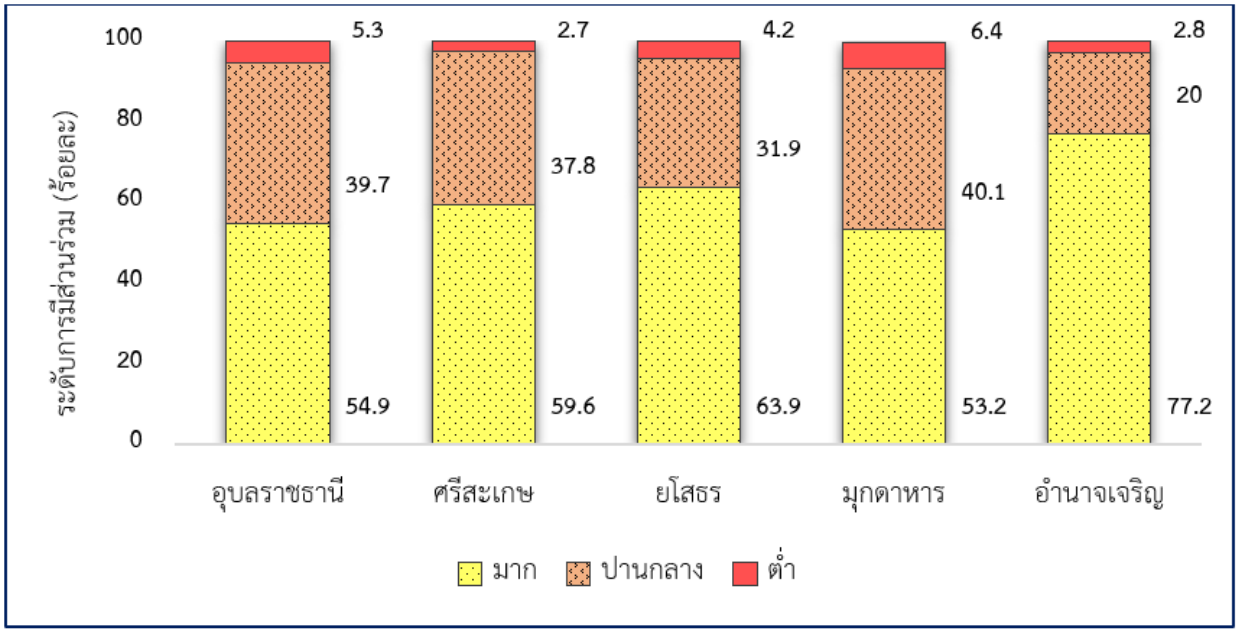
กลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้เกี่ยวกับการขับเคลื่อนงานธรรมนูญสุขภาพฯ โดยรวมอยู่ในระดับมากทุกข้อ (Mean = 75.87, S.D. = 12.13) โดยข้อที่มีคะแนนสูงที่สุด คือ รับรู้ว่าการแพร่ระบาดของโรคโคโรน่าไวรัส-2019 เป็นปัญหาของคนทุกคนที่ต้องร่วมมือช่วยกันดูแลแก้ไขปัญหา (Mean = 4.37, S.D. = 0.69) ส่วนข้อที่มีคะแนนต่ำที่สุด ประกอบด้วย รับรู้ขั้นตอนและวิธีการการจัดตั้งกลไกในการมาขับเคลื่อนการจัดทำธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ในการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคโคโรน่าไวรัส-2019 (หาทีม) (Mean = 3.84, S.D. = 0.82) รับรู้ว่าองค์ประกอบของทีมคณะทำงานต้องประกอบด้วย ทีมคณะอำนวยการ ทีมยกร่างธรรมนูญ ทีมประชาคม และทีมติดตามประเมินผล (Mean = 3.84, S.D. = 0.84) และรับรู้ว่าต้องมีขั้นตอนการปรับปรุงร่างธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ในการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคโคโรน่าไวรัส-2019 หลังจากการประชาคมแล้ว (Mean = 3.84, S.D. = 0.84) เมื่อพิจารณาแยกตามแต่ละจังหวัด พบว่า ทุกจังหวัดมีร้อยละการรับรู้เกี่ยวกับการขับเคลื่อนงานธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ในการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคโคโรน่าไวรัส-2019 อยู่ในระดับมาก โดยจังหวัดยโสธรมีร้อยละระดับการรับรู้ระดับมากที่สุด ร้อยละ 82.60 ดังแสดงในภาพที่ 3



ภาพที่ 3 ร้อยละของระดับการรับรู้เกี่ยวกับการขับเคลื่อนงานธรรมนูญสุขภาพจำแนกตามแต่ละจังหวัด

2.2 ด้านการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ในการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคโคโรน่าไวรัส-2019

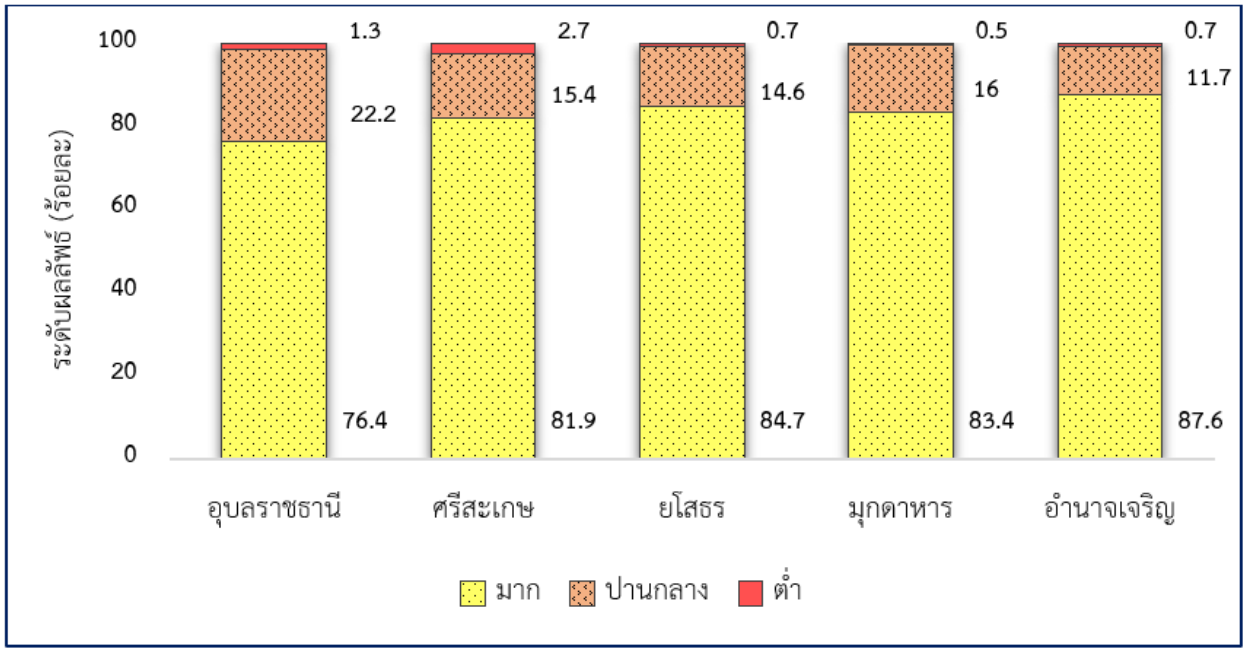
กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานธรรมนูญสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 71.19, S.D. = 14.68) โดยข้อที่มีคะแนนสูงที่สุด คือ มีส่วนร่วมในการทำประชาคม เพื่อวิเคราะห์ปัญหา รับฟังความคิดเห็น และความต้องการของประชาชน เพื่อสร้างแรงบันดาลใจในการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคโคโรน่าไวรัส-2019 ในพื้นที่ (Mean = 3.93, S.D. = 0.85) รองลงมา คือ มีส่วนร่วมในการติดต่อประสานงาน และสร้างความเข้าใจกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ในการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ในการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคโคโรน่าไวรัส-2019 (Mean = 3.85, S.D. = 0.89) ข้อที่มีส่วนร่วมน้อยที่สุด คือ การมีส่วนร่วมในการแต่งตั้งทีมคณะทำงานการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ในการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคโคโรน่าไวรัส-2019 (Mean = 3.64, S.D. = 0.94) เมื่อพิจารณาแยกตามแต่ละจังหวัด พบว่า จังหวัดอำนาจเจริญ มีระดับร้อยละการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ในการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคโคโรน่าไวรัส-2019 อยู่ในระดับมากมากที่สุด ร้อยละ 77.20 ดังแสดงในภาพที่ 4



ภาพที่ 4 ร้อยละของระดับการมีส่วนร่วมการขับเคลื่อนงานธรรมนูญสุขภาพจำแนกตามแต่ละจังหวัด

2.3 ด้านผลลัพธ์ในการขับเคลื่อนงานธรรมนูญสุขภาพในการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคโคโรน่าไวรัส-2019

กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อผลลัพธ์ของการขับเคลื่อนงานธรรมนูญสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 32.81, S.D. = 5.18) โดยข้อที่มีคะแนนสูงที่สุด คือ ทำให้ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคโคโรน่าไวรัส-2019 ได้เข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานบริการของรัฐอย่างทันท่วงที (Mean = 4.21, S.D. = 0.76) รองลงมา คือ พื้นที่หรือตำบลมีการจัดระบบส่งต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยด้วยโรคโคโรน่าไวรัส-2019 ที่เหมาะสม (Mean = 4.19, S.D. = 0.75) และผลลัพธ์ที่ได้คะแนนต่ำที่สุด คือ มีการจัดทำฐานข้อมูลของกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วยอย่างเป็นปัจจุบันและต่อเนื่องในระดับหมู่บ้านและระดับตำบล (Mean = 3.97, S.D. = 0.81) เมื่อพิจารณาแยกตามแต่ละจังหวัด พบว่า จังหวัดอำนาจเจริญ มีระดับร้อยละผลลัพธ์ในการขับเคลื่อนงานธรรมนูญสุขภาพในการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคโคโรน่าไวรัส-2019 อยู่ในระดับมาก มากที่สุด ร้อยละ 87.6 ดังแสดงในภาพที่ 5



ภาพที่ 5 ร้อยละของระดับผลลัพธ์ในการขับเคลื่อนงานธรรมนูญสุขภาพจำแนกตามแต่ละจังหวัด

การอภิปรายผล

การวิจัยนี้ได้ทำการศึกษาระดับการรับรู้ ระดับการมีส่วนร่วม และระดับผลลัพธ์การขับเคลื่อนงานธรรมนูญสุขภาพในการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคโคโรน่าไวรัส-2019 ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 ทั้ง 5 จังหวัด เนื้อหาในแบบสอบถามครอบคลุมในประเด็นของบทบาทหน้าที่ของกลุ่มแกนนำทีมธรรมนูญสุขภาพในพื้นที่ โดยเฉพาะกลุ่มผู้มีบทบาทในการขับเคลื่อนผลักดันให้เกิดธรรมนูญสุขภาพ การรับรู้กระบวนการ ขั้นตอนวิธีการ องค์ประกอบของคณะทำงาน การยกร่าง การดำเนินการ และการติดตามผลการขับเคลื่อนในพื้นที่ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มแกนนำทีมธรรมนูญสุขภาพในพื้นที่โดยรวมทั้ง 5 จังหวัด มีระดับการรับรู้เกี่ยวกับการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพฯ ในระดับมาก มากที่สุด คิดเป็นประมาณสองในสามของผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด ซึ่งมากกว่าที่พบในการศึกษาของทนงศักดิ์ พลอาษา และประเสริฐ ประสมรักษ์ (2562) ซึ่งมีกลุ่มตัวอย่างเพียง ร้อยละ 50.90 ที่มีการรับรู้ในระดับมาก แต่เป็นการศึกษาธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่ในประเด็นสุขภาพทั่วไป ซึ่งต่างกับงานวิจัยครั้งนี้ที่เป็นการประเมินการรับรู้ในเรื่องของโรคติดต่อที่ส่งผลกระทบในวงกว้างและมีความรุนแรง และที่ผ่านมายังไม่มีงานวิจัยที่วิเคราะห์การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพในการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคโคโรน่าไวรัส-2019 ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 มาก่อน ดังนั้นงานวิจัยครั้งนี้จึงเป็นครั้งแรกที่มีการนำเสนอในแง่มุมนี้ ซึ่งหากมีระบบการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคที่ดี ก็สามารถที่จะช่วยแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดได้ เมื่อพิจารณาระดับการรับรู้แยกตามแต่ละจังหวัด พบว่า จังหวัดยโสธรมีระดับการรับรู้มากที่สุด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบระดับจังหวัดที่สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีกลุ่มงานที่ควบคุมดูแลการขับเคลื่อนธรรมนูญโดยตรง และ

ให้ความสำคัญในการนำธรรมนูญมาเป็นเครื่องมือขับเคลื่อนการเฝ้าระวังในชุมชน จึงทำให้การรับรู้ของทีมงานเครือข่ายที่มาทำงานร่วมกันมีระดับที่สูงตามไปด้วย

ส่วนประเด็นที่การรับรู้ต่ำเมื่อเทียบกับประเด็นอื่นในการสอบถาม คือ การรับรู้ในขั้นตอนและวิธีการการจัดตั้งกลไกในการมาขับเคลื่อนการจัดทำธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ในการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคโคโรน่าไวรัส 2019 รับรู้ว่าองค์ประกอบของทีมคณะทำงานต้องประกอบด้วย ทีมคณะอำนวยการ ทีมยกร่างธรรมนูญ ทีมประชาคม และทีมติดตามประเมินผล และรับรู้ว่าต้องมีขั้นตอนการปรับปรุงร่างธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ในการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคโคโรน่าไวรัส 2019 หลังจากการประชาคมแล้ว ซึ่งเป็นประเด็นเชิงโครงสร้างของธรรมนูญสุขภาพเป็นไปได้ที่กลุ่มแกนนำทีมธรรมนูญสุขภาพในพื้นที่ให้ความสำคัญกับประเด็นเหล่านี้ต่ำกว่าประเด็นข้างต้นซึ่งเป็นกระบวนการทำงาน ซึ่งในบางพื้นที่ได้มีกระบวนการเหล่านี้ก่อนที่จะมีการกำหนดเป็นธรรมนูญสุขภาพ สะท้อนให้เห็นได้ว่าปัญหาที่ส่งผลกระทบโดยรวมอย่างรวดเร็วและรุนแรง กลุ่มแกนนำทีมธรรมนูญสุขภาพในพื้นที่มีการเรียนรู้ รับรู้จากสิ่งที่พบได้จริงนำมาสู่การสร้างความร่วมมือร่วมใจในการควบคุมผลกระทบของปัญหา ซึ่งการตระหนักรู้ถึงบทบาทของตนเอง ตระหนักว่าปัญหาที่กำลังเผชิญทุกคนได้รับผลกระทบและจะจัดการปัญหาได้ทุกคนต้องร่วมมือร่วมใจในการแก้ไขปัญหา แต่ละจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 10 มีผลการรับรู้ในทิศทางเดียวกัน

ในส่วนของการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ในการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคโคโรน่าไวรัส 2019 ในชุมชนพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 ทั้ง 5 จังหวัด กลุ่มแกนนำทีมธรรมนูญสุขภาพในพื้นที่มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพประมาณครึ่งหนึ่ง เมื่อวิเคราะห์แยกรายจังหวัดพบว่ามีสัดส่วนของการมีส่วนร่วมที่แตกต่างกัน โดยจังหวัดอำนาจเจริญมีส่วนร่วมมากกว่าสองในสาม รองลงมาเป็นจังหวัดยโสธร ส่วนจังหวัดอื่นมีส่วนร่วมเพียงครึ่งหนึ่งเท่านั้นที่มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพในระดับมาก อย่างไรก็ตามสัดส่วนการมีส่วนร่วมในธรรมนูญสุขภาพสูงกว่าการศึกษาของวงเดือน พระนคณ, พิชญ์สินี แสนเสนยา และอรรถพล ศรีประภา (2564) ที่พบการมีส่วนร่วมโดยรวมในการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบบูรณาการในสัดส่วนน้อย ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มแกนนำทีมธรรมนูญสุขภาพในพื้นที่ทุกจังหวัดมีส่วนร่วมในการทำประชาคม เพื่อวิเคราะห์ปัญหารับฟังความคิดเห็น และความต้องการของประชาชน เพื่อสร้างแรงบันดาลใจในการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคในพื้นที่ มีส่วนร่วมในการติดต่อประสานงาน และสร้างความเข้าใจกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ในการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ในการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรค แต่อย่างไรก็ตามยังมีประเด็นที่กลุ่มแกนนำทีมธรรมนูญสุขภาพในพื้นที่มีส่วนร่วมในระดับปานกลาง คือ มีส่วนร่วมในการแต่งตั้งทีมคณะทำงาน การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ในการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรค และมีส่วนร่วมในการพิจารณากระจายทรัพยากรที่มีอยู่และนำมาใช้ประโยชน์ในการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ในการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรค

ความคิดเห็นต่อผลลัพธ์ในการขับเคลื่อนงานธรรมนูญสุขภาพในการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคโคโรน่าไวรัส 2019 ในชุมชนพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 ทั้ง 5 จังหวัด กลุ่มแกนนำทีมธรรมนูญสุขภาพในพื้นที่คิดเห็นต่อผลลัพธ์ในการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพว่ามีผลดีต่อการป้องกันควบคุมโรคมากกว่าสองในสามทั้งภาพรวมและในทุกจังหวัด กลุ่มแกนนำทีมธรรมนูญสุขภาพในพื้นที่เห็นว่าธรรมนูญสุขภาพส่งผลทำให้ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคโคโรน่าไวรัส-2019 ได้เข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานบริการของรัฐอย่างทันท่วงที พื้นที่หรือตำบลมีการจัดระบบส่งต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยด้วยโรคโคโรน่าไวรัส-2019 ที่เหมาะสม อย่างไรก็ตามผลลัพธ์ที่มองว่าเกิดขึ้นน้อยที่สุด คือ มีการจัดทำฐานข้อมูลของกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วยอย่างเป็นปัจจุบัน และต่อเนื่องในระดับหมู่บ้านและระดับตำบล

โดยแต่ละจังหวัดมีความคิดเห็นต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นแตกต่างกัน คือ จังหวัดที่มีผลลัพธ์ในการขับเคลื่อนงานธรรมนูญสุขภาพมากที่สุด คือ จังหวัดอุบลราชธานี และ จังหวัดมุกดาหาร ซึ่งทำให้ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคโคโรน่าไวรัส-2019 ได้เข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานบริการของรัฐอย่างทันท่วงที รองลงมา คือพื้นที่ หรือตำบลมีการจัดระบบส่งต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยด้วยโรคโคโรน่าไวรัส-2019 ที่เหมาะสม ส่วนจังหวัดอำนาจเจริญมีผลลัพธ์ในการขับเคลื่อนงานธรรมนูญสุขภาพมากที่สุด คือ เกิดระบบการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง และมีการจัดสถานที่ในการกักกันตัวสำหรับกลุ่มเสี่ยงสูง ในระดับหมู่บ้านและระดับตำบล และคณะทำงานระดับตำบลและระดับหมู่บ้านเกิดความร่วมมือกันดำเนินงานในการป้องกันและควบคุมโรคโคโรน่าไวรัส-2019 อย่างมีประสิทธิภาพ จังหวัดศรีสะเกษมีผลลัพธ์ในการขับเคลื่อนงานธรรมนูญสุขภาพมากที่สุด คือ พื้นที่ หรือตำบลมีการจัดระบบส่งต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยด้วยโรคโคโรน่าไวรัส-2019 ที่เหมาะสม รองลงมาคือ ทำให้ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคโคโรน่าไวรัส-2019 ได้เข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานบริการของรัฐอย่างทันท่วงที และจังหวัดยโสธรมีผลลัพธ์ในการขับเคลื่อนงานธรรมนูญสุขภาพมากที่สุด คือ เกิดระบบการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง และมีการจัดสถานที่ในการกักกันตัวสำหรับกลุ่มเสี่ยงสูงในระดับหมู่บ้านและระดับตำบล รองลงมาทำให้ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคโคโรน่าไวรัส-2019 ได้เข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานบริการของรัฐอย่างทันท่วงที จะเห็นได้ว่ากลุ่มแกนนำทีมธรรมนูญสุขภาพในพื้นที่ส่วนใหญ่มากกว่าสี่ในห้าคนมีการรับรู้ และมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคโคโรน่าไวรัส-2019 ทำให้เกิดผลลัพธ์การขับเคลื่อนที่ดีจากธรรมนูญสุขภาพ สอดคล้องกับแนวคิดในการสร้างธรรมนูญที่ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของประชาชนและหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนในพื้นที่ ในรูปแบบคณะทำงานที่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละส่วนอย่างชัดเจน มีกระบวนการระดมปัญหา ระดมความคิดเห็น จนนำไปสู่การร่วมกันออกแบบหรือกำหนดข้อตกลง ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อความสำเร็จ (วสุพล วรภัทรทรัพย์, 2564)

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ด้านการบริหาร ผู้บริหารและคณะทำงานในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้เพื่อเป็นแนวทางในการให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข งานศึกษาและวิจัยด้านสาธารณสุข ที่จำเป็นต่อ

การส่งเสริมสุขภาพของประชาชน โดยใช้ข้อมูลนี้ในการวางแผนและพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพของประชาชน และใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้มีความเชี่ยวชาญในการรับมือกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้ออื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

2. ด้านการปกครอง ผู้บริหารในหน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการสร้างกฎกติกาและระเบียบข้อบังคับ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในการร่วมกันกำหนดนโยบาย หรือแนวปฏิบัติของชุมชนเพื่อส่งเสริมสุขภาวะที่ดีของประชาชนตามบริบทของแต่ละพื้นที่ ให้เป็นมาตรการที่ตอบสนองต่อความต้องการของชุมชนนั้น ๆ โดยมีการประเมินและทบทวนเป็นระยะ ๆ ผ่านระบบและกลไกการทำงานในพื้นที่ เช่น กลไกของ พชอ. ในการติดตามและกำหนดเป้าหมายร่วมกัน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรต่อยอดการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพในประเด็นอื่นตามบริบทของพื้นที่ เช่น ประเด็นปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน หรือในประเด็นการรองรับสังคมสูงวัย

2. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการประเมินคุณค่าการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่เขตสุขภาพอื่น ๆ ของประเทศไทย เพื่อให้ได้ข้อมูลในเชิงลึกและเป็นประโยชน์ในการพัฒนาศักยภาพของการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มาตรการสาธารณสุข และปัญหาอุปสรรคการป้องกันควบคุมโรคในผู้เดินทาง.* สืบค้นเมื่อ 21 ตุลาคม 2566 จาก https://ddc.moph.go.th/uploads/files/2017420210820025238.pdf.

จตุรงค์ ศรีสุธรรม. (2559). กระบวนการนโยบายสาธารณะตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. *วารสารการบริหารท้องถิ่น, 9*(4), 63-79.

ทนงศักดิ์ พลอาษา และประเสริฐ ประสมรักษ์. (2562). ผลการประเมินความเข้มแข็งของการสร้างและใช้ธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่ ในมุมมองของประชาชน จังหวัดอำนาจเจริญ. *ศรีนครินทร์เวชสาร, 34*(4), 379-385.

ธีรวุฒิ เอกะกุล. (2543). *ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์*. อุบลราชธานี: สถาบันราชภัฏอุบลราชธานี.

ระนอง เกตุดาว, อัมพร เที่ยงตรงภักดี และภาสินี โทอินทร์. (2564). การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี Udon Model COVID-19. *วารสารวิชาการสาธารณสุข, 30*(1), 53-61.

วงเดือน พระนคณ, พิชญ์สินี แสนเสนยา และอรรถพล ศรีประภา. (2564). การสร้างธรรมนูญสุขภาพสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบบูรณาการ. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น*, *3*(2), 253-268.

วรยุทธ นาคอ้าย, กมลนัทธ์ ม่วงยิ้ม และเดชา วรรณพาหุล. (2563). กระบวนการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคโควิด-19 กรณีศึกษาผู้สูงอายุพฤฒิพลังชุมชนหนองตะโก. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยธนบุรี, 14*(3), 20-30.

วสุพล วรภัทรทรัพย์. (2564). *การขับเคลื่อนธรรมนูญชุมชนเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืนของชุมชนยายชา อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม.* วิทยานิพนธ์ปริญญา พุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2550). *พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550.* นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2564). *จากอดีตสู่อนาคต “ธรรมนูญสุขภาพ” เครื่องมือปฏิวัติความสัมพันธ์ที่สร้างสรรค์-ยั่งยืน.* สืบค้นเมื่อ 10 พฤศจิกายน 2566 จาก https://www.nationalhealth.or.th/en/node/1210.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2565). *ร่างธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3.* สืบค้นเมื่อ 21 ตุลาคม 2566 จาก https://www.nationalhealth.or.th/sites/default/files/upload_files/T3_02Jun2022.pdf.

Arnstein, S.R. (1969). A Ladder of Citizen Participation. *Journal of the American Institute of Planners, 35*(4), 216-224. https://doi.org/10.1080/01944366908977225

Best, John W. (1977). *Research in Education* (3rd edition). Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, Inc.

Butterfoss, F. D. & Kegler, M.C. (2002). *Toward a Comprehensive Understanding of Community Coalitions: Moving from Practice to Theory*. In R. DiClemente, L. Crosby, and M.C. Kegler (Eds.), Emerging Theories in Health Promotion Practice and Research (pp. 157-193). San Francisco: Jossey-Bass.

Likert, R. (1967). *The method of constructing and attitude scale*. New York: Wiley & Son.