



การใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุข  
ประจำหมู่บ้าน กรณีศึกษา: ภาวะโรคเรื้อรัง จังหวัดพัทลุง

**The Data Utilization for Community Health Management by Village Health  
Volunteer Case study: Chronic Condition in Patthalung Province**

ฟิตรา ยูโซะ

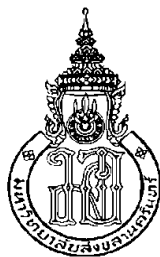
**Fitra Yusoh**

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา  
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of  
Master of Science in Health System Management  
Prince of Songkla University**

**2559**

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



การใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุข  
ประจำหมู่บ้าน กรณีศึกษา: ภาวะโรคเรื้อรัง จังหวัดพัทลุง

**The Data Utilization for Community Health Management by Village Health  
Volunteer Case study: Chronic Condition in Patthalung Province**

ฟิตรา ยูโซะ

**Fitra Yusoh**

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา  
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of  
Master of Science in Health System Management  
Prince of Songkla University**

**2559**

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์	การใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชน โดยอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรณีศึกษา : ภาวะโรคเรื้อรัง จังหวัดพัทลุง
ผู้เขียน	นางสาวพิศรา ยูโซะ
สาขาวิชา	การจัดการระบบสุขภาพ

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	คณะกรรมการสอบ
..... (ดร.นายแพทย์วรสิทธิ์ ศรีศรีวิชัย)	.....ประธานกรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พงศ์เทพ สุธีรวุฒิ)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	.....กรรมการ (ดร.นายแพทย์วรสิทธิ์ ศรีศรีวิชัย)
..... (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ทิพย์ บัวเพชร)	.....กรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ทิพย์ บัวเพชร)
	.....กรรมการ (นายแพทย์สุวัฒน์ วิชัยพงษ์สุกิจ)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยรับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ

.....  
(รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระพล ศรีชนะ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคล  
ที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ.....

(ดร.นายแพทย์วรสิทธิ์ ศรีศรีวิชัย)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ลงชื่อ.....

(นางสาวพิศรา ยูโซะ)

นักศึกษา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน  
และไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางสาวพิศรา ยูโษะ)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์	การใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชน โดยอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรณีศึกษา: ภาวะโรคเรื้อรัง จังหวัดพัทลุง
ชื่อผู้เขียน	นางสาวพิศรา ยูโษะ
สาขาวิชา	การจัดการระบบสุขภาพ
ปีการศึกษา	2558

### บทคัดย่อ

การศึกษาแบบผสมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ระดับการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) 2) ปัญหาในการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชน โดยอสม. 3) ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชน โดยอสม. 4) แนวทางในการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชน โดยอสม. สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วนของขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ 371 คน จากประชากรอสม.จังหวัดพัทลุง 10,480 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.86 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิสัย และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบอันดับ ผลการศึกษาพบว่า 1) ระดับการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อจัดการสุขภาพชุมชนของอสม. ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง(ค่าเฉลี่ย = 5.83, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.23 จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังในด้านการทำกิจกรรมสุขภาพชุมชนอยู่ในระดับสูง ด้านการทำแผนสุขภาพชุมชนและการจัดการงบประมาณอยู่ในระดับปานกลาง และด้านการประเมินผลแบบมีส่วนร่วมอยู่ในระดับต่ำ 2) ปัญหาในการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนของอสม. คือ อสม.มีเป้าหมายในการเก็บข้อมูลเพื่อส่งรายงาน งบประมาณไม่เพียงพอ ขาดแคลนวัสดุอุปกรณ์ และขาดความรู้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น 3) ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อจัดการสุขภาพชุมชนของอสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ อายุ ระยะเวลาการเป็นอสม. การฝึกอบรม แรงจูงใจ ความรู้ การเข้าถึงข้อมูล ความถี่ของการได้รับข้อมูล การเข้ามามีส่วนร่วมของภาคท้องถิ่น การสนับสนุนของภาคท้องถิ่นและการสนับสนุนของภาคประชาชน และ 4) แนวทางในการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนของอสม. คือ ผู้บริหารหน่วยงานภาคสาธารณสุขและภาคท้องถิ่นที่เกี่ยวข้อง ควรมีนโยบายและการสนับสนุนในด้านต่างๆของปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ประโยชน์เพื่อส่งเสริมให้อสม.นำข้อมูลไปใช้ประโยชน์เพื่อการจัดการสุขภาพชุมชน

<b>Thesis Title</b>	The Data Utilization for Community Health Management by Village health Volunteer Case study: Chronic condition in Patthalung province
<b>Author</b>	Ms. Fitra Yusoh
<b>Major Program</b>	Health System Management
<b>Academic year</b>	2015

### **Abstract**

Objectives of this mixed method study are to describe 1) the level of chronic condition data utilization for community health management among village health volunteer in Patthalung province 2) the problem of chronic condition data utilization for community health management among village health volunteer in Patthalung province 3) the factors affecting to chronic condition data utilization for community health management among village health volunteer in Patthalung province 4) guidelines of chronic condition data utilization for community health management among village health volunteer in Patthalung province. The study was conducted in a sample of 371 village health volunteers sampling by stratified random sampling with proportional to size technique from 10,480 village health volunteers in Patthalung province. Data collection was carried out by a questionnaire with a Cornbrash's alpha coefficient of 0.86. Data was analyzed by descriptive statistics such as percentage, mean, standard deviation and range and ordinal logistic regression. The results revealed that : 1) chronic condition data utilization for community health management among village health volunteer in Patthalung province was at a moderate level (mean=5.83, standard deviation=1.23 from a scale with maximum of 10) consider in special way found that community health activities was at a minimum level community health plan and budgets management was at a moderate level and participatory evaluation was at a minimum level 2) the problem of chronic condition data utilization were caused by the goal is to collect information for a report, a shortage of money and materials, a shortage of data analysis 3) factors affecting chronic condition data utilization of village health volunteer were age, duration of being a village health volunteer, training, motivation, knowledge, data accessibility, frequency of receiving data, local participation, local support and public support, and 4) guidelines of chronic condition data utilization was public health and local administration should have policy and relevant support for factors related to chronic condition data utilization in order to enhance community health management.

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและช่วยเหลือจากคณาจารย์หลายท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ดร.นพ.วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย และผศ.ดร.อาภรณ์ทิพย์ บัวเพ็ชร ที่คอยช่วยให้อำนาจคำปรึกษา ชี้แนะแนวทางที่ถูกต้องในการแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ตลอดจนให้กำลังใจแก่ผู้ศึกษาโดยตลอดมา

ขอขอบพระคุณ ผศ.ดร.พงศ์เทพ สุธีรวุฒิ ประธานกรรมการสอบโครงร่างและวิทยานิพนธ์ นพ.สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ กรรมการสอบโครงร่างและวิทยานิพนธ์ ดร.ชอพียะห์ นิเม กรรมการสอบโครงร่างและผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย และขอขอบพระคุณ นพ.เดชา แซ่หลี และนพ.สงกรานต์ ไหมชุม ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาสละเวลาในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยในศึกษาครั้งนี้ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณมูลนิธิสุขภาพภาคใต้ ที่สนับสนุนทุนส่วนหนึ่งในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ขอขอบคุณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุงที่เอื้อเฟื้อสถานที่ในการเก็บข้อมูลวิทยานิพนธ์ และขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่สถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ทุกท่านที่มีส่วนช่วยเหลือและเป็นกำลังใจให้กันตลอดมา

ขอขอบพระคุณอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพัทลุงผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัย ที่สละเวลาและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณผู้ที่เกี่ยวข้องที่มีได้กล่าวนามไว้ ณ ที่นี้ ซึ่งมีส่วนในการช่วยเหลือและสนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์จนบรรลุผลสำเร็จด้วยดี ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่างานวิจัยนี้จะมีคุณค่าและเป็นประโยชน์ในการใช้ประกอบการวางแผน พัฒนางานสุขภาพภาคประชาชนในพื้นที่ต่อไป

พิตรา ยูโษะ



## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(5)
ABSTRACT.....	(6)
กิตติกรรมประกาศ.....	(7)
สารบัญ.....	(8)
สารบัญตาราง.....	(10)
สารบัญภาพ.....	(13)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์.....	4
คำถามวิจัย.....	4
ขอบเขตของการวิจัย.....	5
ความสำคัญและประโยชน์ของการวิจัย.....	5
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
กรอบแนวคิด.....	6
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
แนวคิดเกี่ยวกับระบบสุขภาพชุมชน	6
แนวคิดเกี่ยวกับระบบข้อมูลข่าวสาร.....	14
แนวคิดเกี่ยวกับข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง.....	29
แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพชุมชนของอสม.....	41
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	47
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	56
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	56
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	60
การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบเครื่องมือ.....	62
จริยธรรมในการวิจัย.....	64
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	64
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	65

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	67
ผลการศึกษาการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพัทลุง.....	68
ผลการศึกษาปัญหาในการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการ สุขภาพชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพัทลุง.....	88
ผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการ สุขภาพชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพัทลุง.....	93
ผลการศึกษานโยบายการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการ สุขภาพชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพัทลุง.....	180
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	187
สรุปผลการวิจัย.....	188
อภิปรายผล.....	192
ข้อเสนอแนะ.....	198
บรรณานุกรม.....	199
ภาคผนวก.....	207
ภาคผนวก ก แบบสอบถามการวิจัยเชิงปริมาณ.....	208
ภาคผนวก ข แบบสัมภาษณ์ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน.....	226
ภาคผนวก ค แบบสัมภาษณ์ กลุ่มเจ้าหน้าที่ รพ.สต.....	228
ภาคผนวก ง แบบสัมภาษณ์ กลุ่มผู้กำหนดนโยบายและกลุ่มอปท.....	230
ภาคผนวก จ แบบพินัยกรรมสิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	231
ภาคผนวก ฉ รายงานผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ.....	232
ประวัติผู้เขียน.....	233

## สารบัญญัตินำ

ตาราง		หน้า
1	อัตราการเสียชีวิตต่อแสนประชากรของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญระดับประเทศ ในปี 2553-2555.....	29
2	อัตราการเสียชีวิตต่อแสนประชากรของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญในจังหวัด พัทลุงในปี 2553-2555.....	30
3	การจัดเก็บ วิเคราะห์และใช้ประโยชน์ข้อมูลผู้ป่วยทั้งทางด้านคลินิกและคุณภาพ ชีวิต.....	33
4	จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพัทลุง.....	56
5	จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จังหวัดพัทลุง จำแนกรายอำเภอ.....	59
6	คุณลักษณะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพอื่น ๆ นอกเหนือจากกาเป็นอสม. ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเป็นอสม. และการฝึกอบรม.....	68
7	คุณลักษณะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำแนกตามแรงจูงใจใน การปฏิบัติงานในภาพรวม.....	70
8	คุณลักษณะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำแนกตามแรงจูงใจใน การปฏิบัติงานรายข้อ.....	71
9	คุณลักษณะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำแนกตามความรู้ในการ จัดการสุขภาพชุมชนในภาพรวม.....	72
10	คุณลักษณะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำแนกตามความรู้ในการ จัดการสุขภาพชุมชนรายข้อ.....	73
11	ข้อมูลทั่วไปของชุมชน จำแนกตามสถานการณ์โรค รายได้เฉลี่ยต่อปีของชุมชน วัฒนธรรมชุมชน.....	76
12	ข้อมูลเกี่ยวกับด้านเทคนิคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำแนกตาม ความถี่ที่ได้รับข้อมูล แหล่งข้อมูล การเข้าถึงข้อมูล ช่องทางการรับข้อมูล.....	78
13	ข้อมูลเกี่ยวกับองค์กร จำแนกตามภาครัฐ ภาคท้องถิ่น ภาคประชาชน.....	80
14	ระดับการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อจัดการสุขภาพชุมชนของอสม. ในภาพรวมและ รายด้าน.....	83

## สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
15	การใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อจัดการสุขภาพชุมชนของอสม.จำแนกรายชื่อ.....	84
16	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านเทคนิคและปัจจัยด้านองค์กรกับการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชน.....	95
17	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านเทคนิคและปัจจัยด้านองค์กรกับการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการทำแผนสุขภาพชุมชน.....	107
18	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านเทคนิคและปัจจัยด้านองค์กรกับการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการงบประมาณ.....	119
19	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านเทคนิคและปัจจัยด้านองค์กรกับการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดกิจกรรมสุขภาพ.....	131
20	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านเทคนิคและปัจจัยด้านองค์กรกับการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อประเมินผลแบบมีส่วนร่วม.....	143
21	ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนของอสม. กรณีวิเคราะห์ทีละตัวแปร (Univariate analysis).....	155
22	ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนของอสม. กรณีวิเคราะห์หลายตัวแปร (Multivariate analysis).....	158
23	ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการทำแผนสุขภาพชุมชนของอสม. กรณีวิเคราะห์ทีละตัวแปร (Univariate analysis).....	161
24	ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการทำแผนสุขภาพชุมชนของอสม. กรณีวิเคราะห์หลายตัวแปร (Multivariate analysis).....	163
25	ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการงบประมาณของอสม. กรณีวิเคราะห์ทีละตัวแปร (Univariate analysis).....	166
26	ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการงบประมาณของอสม. กรณีวิเคราะห์หลายตัวแปร (Multivariate analysis).....	168
27	ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดกิจกรรมสุขภาพของอสม. กรณีวิเคราะห์ทีละตัวแปร (Univariate analysis).....	171

### สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
28	ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดกิจกรรมสุขภาพของอสม. กรณีวิเคราะห์หลายตัวแปร (Multivariate analysis).....	173
29	ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการประเมินผลแบบมีส่วนร่วมของอสม. กรณีวิเคราะห์ทีละตัวแปร (Univariate analysis).....	176
30	ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการประเมินผลแบบมีส่วนร่วมของอสม. กรณีวิเคราะห์หลายตัวแปร (Multivariate analysis).....	178

## สารบัญภาพ

ภาพ	หน้า
1 กรอบแนวคิด.....	8
2 ความสัมพันธ์ของประกอบของระบบอย่างง่าย.....	15
3 ระบบข้อมูลข่าวสาร.....	15
4 ขั้นตอนต่างๆ ของระบบข้อมูล และการนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในองค์การ.....	17
5 Information management cycle.....	20
6 PRISM Conceptual framework.....	23
7 พีระมิดแสดงลำดับขั้นของความรู้.....	24
8 SECI Model ของ Nonaka และ Takeuchi.....	27
9 การจัดการระบบข้อมูลข่าวสาร.....	33
10 ระบบคลังข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของจังหวัดพัทลุง.....	39

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและประเทศ ซึ่งมีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้น นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุที่ส่งผลให้เกิดความพิการและเสียชีวิตมากขึ้น รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรค ล้วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ชีวิตของมนุษย์ที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามการเปลี่ยนแปลงของระบบเศรษฐกิจ สังคม วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ส่งผลกระทบทั้งโดยตรงและโดยอ้อมต่อวิถีชีวิตของประชาชนในระยะยาว ประกอบกับโครงสร้างประชากรที่มีการเปลี่ยนแปลง ทำให้มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น จึงทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณและคณะ 2556) โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของประเทศไทย ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานโรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง โดยในปี พ.ศ. 2555 พบผู้ป่วยรายใหม่มีจำนวนรวม 1,009,002 ราย ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงมีอัตราป่วย 937.58 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ โรคเบาหวานมีอัตราป่วย 523.24 ต่อประชากรแสนคน โรคหัวใจขาดเลือดมีอัตราป่วย 38.26 ต่อประชากรแสนคน และโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราป่วย 32.17 ต่อประชากรแสนคน ในส่วนของจังหวัดพัทลุงในปี พ.ศ. 2556 พบผู้ป่วยรายใหม่ โรคความดันโลหิตสูงมีอัตราป่วย 757.48 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ โรคเบาหวานมีอัตราป่วย 411.06 ต่อประชากรแสนคน โรคหลอดเลือดสมองมีอัตราป่วย 121.58 ต่อประชากรแสนคน และโรคหัวใจขาดเลือดมีอัตราป่วย 97.81 ต่อประชากรแสนคน (ระบบข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดพัทลุง 2556) และพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มโอกาสที่จะเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมักเกิดจากปัจจัยเสี่ยงหลายๆ ปัจจัยร่วมกัน ซึ่งปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ ได้แก่ การออกกำลังกาย ภาวะไขมันในเลือดสูง การเลือกรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม (กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักโรคไม่ติดต่อ 2556) ในการลดความรุนแรงของโรคดังกล่าวนี้ ควรมุ่งเน้นไปที่การป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยง โดยเฉพาะการดำเนินการป้องกัน ควบคุมโรค ในชุมชน ซึ่งเป็นมาตรการหนึ่งในการดำเนินงานเชิงรุกสู่การลดปัจจัยเสี่ยงร่วมกับชุมชนผ่านกระบวนการร่วมคิดร่วมทำในชุมชน อย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การวิเคราะห์ชุมชน การวางแผน การคัดเลือกกิจกรรม การดำเนินการ ขับเคลื่อนและติดตามประเมินผลที่เหมาะสมกับสภาพปัญหา วิธีการดำเนินชีวิตและบริบทของชุมชน (สำนักโรคไม่ติดต่อ 2552)

ภายหลังจากที่ประเทศไทยได้นำหลักการสนับสนุนให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพที่จำเป็น ซึ่งจัดให้อย่างทั่วถึงสำหรับทุกคนและทุกครอบครัวในชุมชน ในรูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุขด้วยการถ่ายทอดความรู้ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพอนามัยในชุมชน ทำให้มีกำลังคนด้านสุขภาพในชุมชน ซึ่งเป็นบุคคลที่มาทำงานด้วยความสมัครใจ เสียสละ เป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนให้ชุมชนเกิดความตระหนักในสุขภาพด้านต่างๆ อันเป็นรากฐานการพัฒนาระบบสุขภาพของไทย ซึ่งจะทำให้คนไทยลุกขึ้นมาสร้างสุขภาพให้แข็งแรงเพิ่มขึ้นและสร้างการเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศอย่างยั่งยืนพร้อมกับลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของตนเอง ครอบครัว ชุมชน และประเทศอีกด้วย (ประดิษฐ สินทววรค์ 2556) ดังนั้นในการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ถือเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีความสำคัญ ซึ่งเป็นทั้งผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพ เป็นต้นแบบในการสร้างสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเป็นผู้นำในการเข้าไปมีส่วนร่วมในการพัฒนาและแก้ปัญหาทางด้านสาธารณสุขของชุมชน หรือเรียกว่า นักจัดการสุขภาพชุมชน โดยนักจัดการสุขภาพชุมชนจะต้องเป็นต้นแบบในการสร้างสุขภาพ และเป็นผู้ร่วมดำเนินการสั่งการ ควบคุม กำกับ ให้คำชี้แนะ ในกระบวนการจัดการด้านสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ 1) การจัดทำแผนด้านสุขภาพ โดยการระดมพลังความคิดเพื่อขับเคลื่อนให้เกิดแผนสร้างเสริมสุขภาพสู่การปฏิบัติและแผนการแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ 2) การจัดการงบประมาณ โดยการเป็นแกนนำในการระดมทุนด้านงบประมาณและทรัพยากรที่จำเป็นในการขับเคลื่อนแผนการสร้างเสริมสุขภาพ 3) การจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ โดยการเป็นแกนนำจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน 4) การประเมินผลการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน 2556) ซึ่งสามารถวางแผนเพื่อพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชนให้สอดคล้องกับความต้องการของชุมชนและสามารถที่จะใช้ประโยชน์จากทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่นได้อย่างเหมาะสม

แต่จากดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชนที่ผ่านมา พบว่าการมีส่วนร่วมในการพัฒนาประชาชนยังอยู่ในรูปแบบของการจัดตั้งและถูกสั่งการจากภาครัฐมากกว่าที่ประชาชนจะเกิดการนึกคิดและกำหนดความต้องการของตนเองเพื่อการพัฒนา ประกอบกับรูปแบบการบริหารจัดการของภาครัฐนั้นมีลักษณะจากบนลงล่าง (Top down) เป็นส่วนใหญ่ จึงมีข้อจำกัดทางกฎระเบียบที่ถูกกำหนดรูปแบบไว้อย่างตายตัวเพื่อให้สอดคล้องกับการจัดสรรงบประมาณแผ่นดิน รวมทั้งมีข้อจำกัดในเรื่องภาระงานที่มีมากทำให้ขาดการจัดลำดับความสำคัญของการบริหารจัดการ ดังนั้นภาครัฐจึงมีการกำหนดกิจกรรมต่างๆ ในทุกพื้นที่ให้มีรูปแบบการเดียวกัน (พิมพ์พรธม ศิลปสุวรรณและคณะ 2556) และการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชนของจังหวัดพัทลุง ปีงบประมาณ 2556 มีจำนวน อสม.ทั้งหมด 10,480 คนได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพปีงบประมาณ 2555-2556 ร้อยละ 56.42



(กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2556) อีกทั้งข้อมูลด้านสุขภาพของคนในชุมชนส่วนใหญ่แล้วจะถูกจัดเก็บโดยอสม.และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แต่ข้อมูลเหล่านี้ไม่ถูกนำมาใช้ในการสร้างกระบวนการเรียนรู้ให้แก่สมและชุมชนอย่างจริงจัง ส่วนใหญ่แล้วถูกจัดเก็บเพื่อการสรุปรายงาน โดยเก็บไว้ในแฟ้มงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำให้ความตระหนักในปัญหาจึงอยู่ในวงจำกัด เกิดเป็นปัญหาใหม่ทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว และชุมชน ส่งผลต่อการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพชุมชนได้ล่าช้า ในการพัฒนากระบวนการใช้ข้อมูลสุขภาพของงานสุขภาพภาคประชาชน ซึ่งมีอสม.และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นฐานหลัก ควรมีกระบวนการที่ชัดเจน โดยเริ่มตั้งแต่การเรียนรู้ถึงความสำคัญของข้อมูล การมีวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่ชัดเจนในการจัดเก็บรวบรวมข้อมูล การมีส่วนร่วมในการกระบวนการจัดเก็บและการวิเคราะห์ข้อมูล การคืนข้อมูลสู่ชุมชน รวมไปถึงการกำหนดแนวทางการจัดการสุขภาพชุมชนร่วมกันระหว่างกลไกต่างๆ ในระดับชุมชน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง 2556)

จากบททวนวรรณกรรม พบว่า กระทรวงสาธารณสุขได้เสนอแผนยุทธศาสตร์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังแห่งชาติพ.ศ. 2550-2559 โดยมุ่งเน้นให้ลดอัตราการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ ซึ่งในปัจจุบันมีองค์การทางด้านสุขภาพต่างๆหลากหลายหน่วยงาน ทั้งภาครัฐ เอกชน และองค์กรอิสระ มีการจัดระบบบริการหรือกิจกรรมในการป้องกันและการดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากมาย และพบว่าการศึกษาวิจัยส่วนใหญ่ให้ความสำคัญต่อการค้นหาวิธีการดูแลรักษา การปฏิบัติตน (คลังความรู้ สำนักโรคไม่ติดต่อ ม.ป.ป.) เช่น การศึกษาของจุฬารัตน์ สุริยาทัยและคณะ 2556 ที่ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างต่อเนื่องในชุมชน มีการใช้ Expand chronic care model เป็นตัวหลักดำเนินการในกระบวนการและใช้บริบท รวมทั้งกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนร่วมกับมิติทางด้านจิตวิญญาณส่งผลให้เกิดมิติในการดูแลป้องกันผู้ป่วยที่ครอบคลุมทุกด้านมากขึ้น ส่วนการศึกษาของอังคณา อึ้งปีติมานะ 2554 ศึกษาการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยงโดยยึดชุมชนเป็นฐาน โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม สุนันทา เปรื่องธรรมกุล 2550 และลาวรรณ ห้วยหงษ์ทอง 2552 ได้ศึกษารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตามจากสถิติอัตราการเสียชีวิตและการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังข้างต้นยังมีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ซึ่งการเพิ่มขึ้นของอัตราการเกิดโรคนั้น อาจเกิดจากการกระตุ้นการลดพฤติกรรมเสี่ยงในประชาชนที่ไม่เหมาะสม ทำให้ประชาชนขาดความสนใจในการป้องกันโรค จะเห็นได้ว่าการศึกษาที่ผ่านมาจะเน้นที่การหารูปแบบดูแลรักษา การปฏิบัติตนของผู้ป่วยและชุมชน แต่ยังขาดการศึกษา

ในด้านการนำข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจากการดำเนินงานประจำไปใช้ประโยชน์เพื่อการจัดการสุขภาพชุมชน ซึ่งจะเป็นช่องทางหนึ่งในการจัดการสุขภาพชุมชนที่ดี

ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรณีศึกษา ภาวะโรคเรื้อรัง จังหวัดพัทลุง ซึ่งเป็นการประยุกต์ใช้กรอบแนวของPRISM และCIPP model เพื่อศึกษาว่าจะให้อสม. ใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อพัฒนางานในระบบสุขภาพชุมชนอย่างไร เนื่องจากการจัดการสุขภาพชุมชนนั้นต้องอาศัยข้อมูลเพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมของทุกภาคส่วน รวมไปถึงการติดตามสถานการณ์ข้อมูลที่เป็นปัจจุบันตลอดจนการประกอบการวางแผนพัฒนาศักยภาพของอสม. ในด้านการใช้ประโยชน์ข้อมูลข่าวสารสุขภาพสู่การจัดการสุขภาพชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพัทลุง
2. เพื่อศึกษาปัญหาในการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพัทลุง
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพัทลุง
4. เพื่อศึกษาแนวทางการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพัทลุง

### คำถามการวิจัย

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดพัทลุง มีการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนในระดับใด
2. มีปัญหาด้านใดบ้างในการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพัทลุง
3. มีปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพัทลุง
4. แนวการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพัทลุงเป็นอย่างไร

### ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรณีศึกษาภาวะโรคเรื้อรัง จังหวัดพัทลุงครั้งนี้ ทำการศึกษาในกลุ่มของ อสม.ในจังหวัดพัทลุง ปี 2556 ทั้งหมดจำนวน 10,480 คน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2556) โดยสุ่มตัวอย่างจำนวน 371 คน

### ความสำคัญและประโยชน์ของการวิจัย

สามารถนำผลที่ได้จากการศึกษามาใช้เป็นแนวทางในการจัดทำแผนทางด้านสุขภาพ การจัดการงบประมาณ การจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ และการประเมินผลการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมของอสม. อีกทั้งสามารถนำมาใช้ประกอบการวางแผน สนับสนุน การดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน รวมไปถึงประกอบการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการใช้ประโยชน์ข้อมูลจากฐานข้อมูลสุขภาพต่างๆให้ดียิ่งขึ้น

### นิยามศัพท์เฉพาะ

การใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรัง หมายถึง การนำข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังที่ได้จากการดำเนินงานประจำประจำไปใช้ประโยชน์ในการจัดการสุขภาพชุมชน ได้แก่ การจัดทำแผนด้านสุขภาพ การจัดการงบประมาณ การจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ และการประเมินผลการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึง บุคคลที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดพัทลุง ปีงบประมาณ 2556 โดยมีบทบาทที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพ การทำหน้าที่เป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผนและประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่างๆ

การจัดการสุขภาพชุมชนของอสม. หมายถึง การร่วมดำเนินการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพชุมชน วางแผนสุขภาพแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชน และติดตามประเมินผล พร้อมทั้งสามารถเชื่อมประสานภาคีเครือข่ายทั้งภายใน ภายนอกชุมชนในการสนับสนุนการดำเนินงาน โดยมีกระบวนการในการจัดการด้านสุขภาพ 4 ด้าน

- การจัดทำแผนด้านสุขภาพ หมายถึง การร่วมระดมพลังความคิด เพื่อขับเคลื่อนให้เกิดแผนการปฏิบัติในการสร้างเสริมสุขภาพและแผนการแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

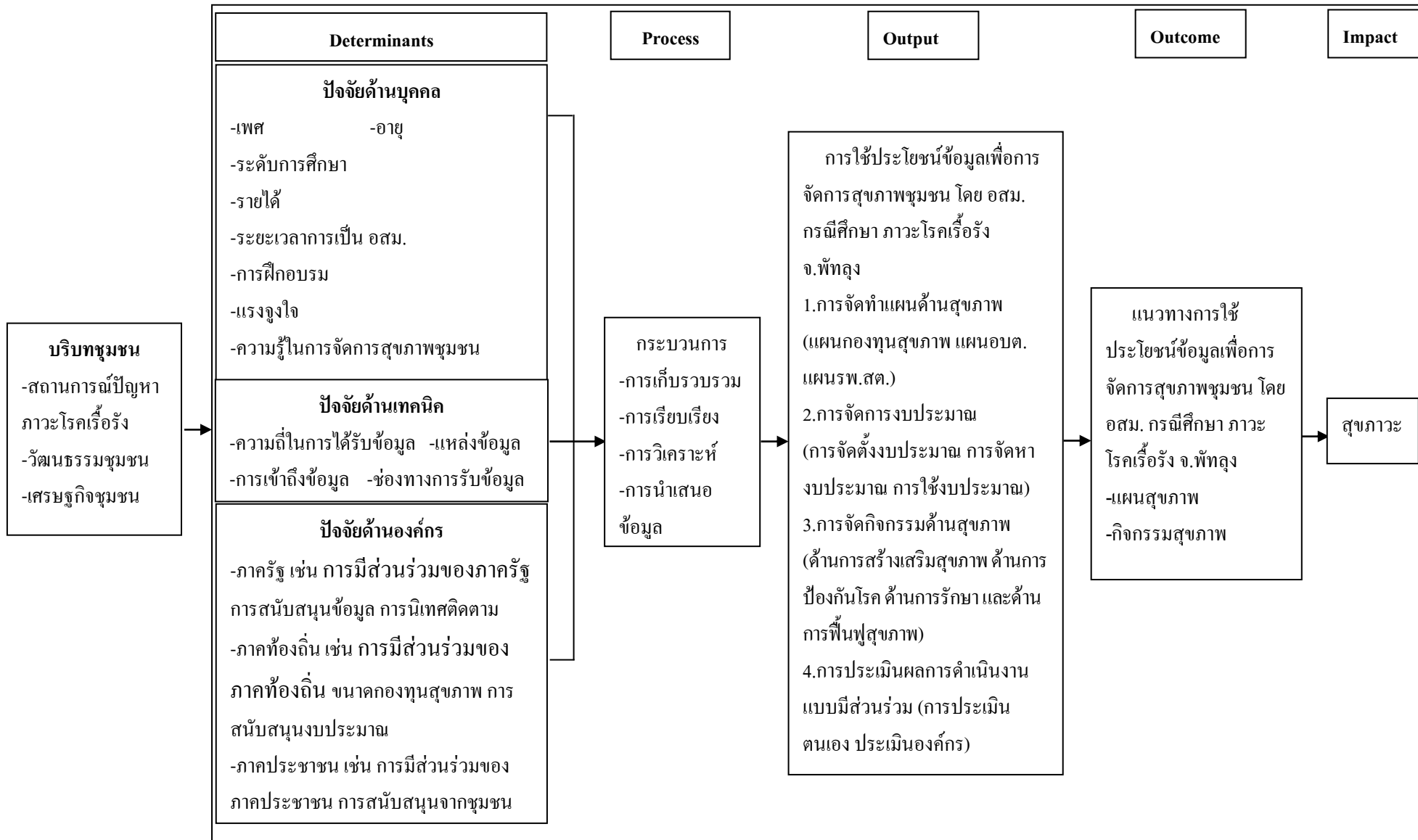
- การจัดการงบประมาณ หมายถึง การเป็นแกนนำในการระดมทุนทั้งในด้านงบประมาณ และทรัพยากรที่จำเป็นในการขับเคลื่อนแผนการสร้างเสริมสุขภาพ
- การจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ หมายถึง การเป็นแกนนำจัดกิจกรรมสุขภาพในชุมชน ทั้งด้านสร้างสุขภาพ และด้านซ่อมสุขภาพ
- การประเมินผลการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม หมายถึง การร่วมประเมินผลการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งภายใน ภายนอกชุมชน เป็นการประเมินผลที่เกิดประโยชน์ต่อชุมชน ทำให้ชุมชนได้รับรู้สถานการณ์ และผลการดำเนินงานที่ผ่านมาได้อย่างทั่วถึง เพื่อให้ชุมชนเห็นความสำคัญและตระหนักถึงความจำเป็นที่ต้องประเมินผลงานการดำเนินงานของชุมชน

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชน โดยอาศัยศาสตร์สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรณีศึกษา ภาวะโรคเรื้อรัง จังหวัดพัทลุง ใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสม (Mixed method) ประกอบด้วย การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ซึ่งผู้วิจัยได้นำตัวแปรที่ได้จากทบทวนวรรณกรรมในเรื่องแนวคิดระบบสุขภาพชุมชน แนวคิดระบบข้อมูลข่าวสาร การจัดการโรคเรื้อรังในชุมชน แนวคิดการจัดการสุขภาพชุมชนของออส. และแนวคิดการจัดการความรู้ โดยประยุกต์ใช้ PRISM และ CIPP model มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ซึ่งทำการศึกษาภายใต้บริบทจังหวัดพัทลุง โดยมีตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ดังนี้

1. ตัวแปรอิสระ (Independent variables) ประกอบด้วยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่
  - 1.1 ปัจจัยด้านบุคคล เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาการเป็นอสม. การฝึกอบรม แรงจูงใจ ความรู้ในการจัดการสุขภาพชุมชน
  - 1.2 ปัจจัยด้านเทคนิค ได้แก่ ความถี่ที่ได้รับข้อมูล แหล่งข้อมูล การเข้าถึงข้อมูล ช่องทางการรับข้อมูล
  - 1.3 ปัจจัยด้านองค์กร ได้แก่
    - ภาครัฐ เช่น การมีส่วนร่วมของภาครัฐ การสนับสนุนจากภาครัฐ การนิเทศติดตาม
    - ภาคท้องถิ่น เช่น การมีส่วนร่วมของภาคท้องถิ่น ขนาดกองทุนสุขภาพ การสนับสนุนจากท้องถิ่น ภาคประชาชน เช่น การมีส่วนร่วมของภาคประชาชน การสนับสนุนจากชุมชน

2. ตัวแปรตาม (Dependent variables) ได้แก่ การใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรัง  
เพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังภาพ ที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง การใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรณีศึกษา ภาวะโรคเรื้อรัง จังหวัดพัทลุง ในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ค้นคว้าแนวคิดและทฤษฎี ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามหัวข้อดังต่อไปนี้

#### 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับระบบสุขภาพชุมชน

- ความหมายของของระบบสุขภาพชุมชน
- การจัดการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน

#### 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับระบบข้อมูลข่าวสาร

- ความหมายของข้อมูลข่าวสาร
- ระบบข้อมูลข่าวสาร
- การจัดการข้อมูลข่าวสารและการจัดการความรู้

#### 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์ข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

- สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
- การจัดบริการสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง
- ฐานข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
- การใช้ประโยชน์ข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

#### 2.4 แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพชุมชนของอสม.

- ความหมายของอสม. นักจัดการสุขภาพชุมชน
- บทบาทอสม. นักจัดการสุขภาพชุมชน

#### 2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับระบบสุขภาพชุมชน

#### 2.1.1 ความหมายของของระบบสุขภาพชุมชน

ระบบสุขภาพชุมชน หมายถึง ระบบที่ประกอบด้วยองค์ประกอบต่างๆ ที่สัมพันธ์กัน และส่งผลต่อสุขภาพของคนในชุมชน รวมทั้งการดำรงชีวิตอย่างมีความสุขภายใต้บริบทและสภาพแวดล้อมทางสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจ รวมถึงระบบข้อมูลข่าวสาร ระบบบริการสุขภาพ โดยความร่วมมือกันของสมาชิกกลุ่มต่างๆ ในชุมชน (สุพิศรา ศรีวิชชากร 2555)

สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน(สพช.) เป็นหน่วยงานหลักที่ขับเคลื่อนเรื่องดังกล่าว โดยพยายามจัดวางเครื่องมือซึ่งมีโครงสร้างหลักที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชน มุ่งเน้นพัฒนาระบบบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ ระบบการบริหารจัดการเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของคนในชุมชน ระบบการดูแลตนเองและช่วยเหลือกัน เพื่อทำให้เกิดการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของชุมชนโดยกลุ่มคนต่างๆ ในชุมชนจะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง เช่น ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เด็ก และสตรี ซึ่งจะต้องมีระบบการดูแลฉุกเฉินระบบสวัสดิการ เพื่อการดูแลในด้านต่างๆ มีกลุ่มอาชีพที่สามารถเลี้ยงดูตนเองได้ทั้งนี้ประกอบด้วย 4 ยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานของแผนงาน (สุพัตรา ศรีวิเศษชากร 2555)

1. การพัฒนาพื้นที่ต้นแบบ โดยมีเป้าหมายในการสร้างตำบลต้นแบบและตำบลเครือข่ายที่มีความเข้มแข็ง สามารถตอบสนองต่อปัญหาของพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. การพัฒนาให้เป็นแหล่งเรียนรู้ สำหรับพื้นที่อื่นๆ รวมถึงวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้และชุดประสบการณ์ที่เกิดจากการปฏิบัติจริงในแต่ละพื้นที่
3. การสังเคราะห์ทางวิชาการเพื่อสร้างกระบวนการเรียนรู้ในทุกระดับและขยายผลในระดับนโยบายเพื่อพัฒนานโยบายให้เป็นนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพสอดคล้องตามบริบทของแต่ละพื้นที่ อันเกิดจากการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ขับเคลื่อนสังคม
4. การขยายเครือข่ายเพื่อให้เกิดการรวมตัวของพื้นที่ตำบลต้นแบบในลักษณะเครือข่ายการเรียนรู้ และสร้างกระบวนการในการเกิดการขยายเครือข่าย เพื่อให้เกิดค่านิยมสุขภาวะชุมชน คือ เป้าหมายและคุณค่าของการพัฒนา

สำหรับวิธีปฏิบัติงาน ด้วยความคิดพื้นฐานที่ว่าทุกที่มีต้นทุนอยู่แล้ว การทำงานจึงเน้นสร้างเสริมให้เกิดความแข็งแกร่งยิ่งขึ้น โดยจะทำงานจากชุดข้อมูลสุขภาพของชุมชนจากพื้นที่จริง โดยใช้คนทำงานจริงเป็นคนต้นแบบ เช่น ผู้นำองค์กร กลุ่มแกนนำ กลุ่มชมรมต่างๆ กลุ่มอาสาสมัคร โดยใช้การพูดคุยในเวทีประชาคมหมู่บ้าน หอกระจายข่าว วิทยุชุมชน ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้ คือ ชุมชนจะมีความเข้มแข็ง เกิดระบบในการดูแลผู้สูงอายุ ระบบในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ระบบของการดูแลฉุกเฉินและอุบัติเหตุ พร้อมทั้งเกิดระบบการเฝ้าระวังโรคและภาวะทางสังคม รวมถึงการสร้างระบบในการดูแลผู้ด้อยโอกาส ระบบสวัสดิการชุมชน การจัดการทรัพยากรชุมชน และสถาบันการเงินชุมชน



### 2.1.2 เป้าหมายของการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สูมาลี ประทุมรัตน์ อารดา สุนทรสิทธิ์ และนคร รัตนพฤกษ์ 2554)

การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนมีเป้าหมายในการสร้างความสุขให้เกิดขึ้นในทุกระดับตั้งแต่บุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มในชุมชน ดังนี้

1) พัฒนาให้สังคมไทยที่คนไทยไม่ทอดทิ้งกัน โดยอบต.จัดการสำรวจคนตั้งแต่ระดับตำบลว่ามีใครอยู่ในข่ายจะถูกทอดทิ้งบ้าง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการ เด็กกำพร้าแล้วจัดให้มีอาสาสมัครดูแลทั่วถึงทุกคน โดยใช้กองทุนสุขภาพตำบลที่สปสข.ออกให้ 40 บาทต่อคน

2) พัฒนาให้มีเศรษฐกิจพอเพียง ให้ทุกคนมีอาชีพ มีอาหาร การทำเกษตรผสมผสานจะเป็นอาชีพหลักที่ให้ความมั่นคงทางอาหาร การมีเศรษฐกิจพอเพียงเป็นปัจจัยที่สำคัญมากต่อการมีสุขภาพที่ดี

3) ทำการรักษาโรคที่พบบ่อยได้ เช่น ไข้หวัด เจ็บคอ ปวดท้อง ฯลฯ

4) สามารถดำเนินการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานได้ โดยทำการสำรวจ วินิจฉัยโรค และให้การรักษาดูแลโดยใกล้ชิด หากควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานได้ทั่วทั้งประเทศ จะสามารถตัดภาระโรคและการบริการลงได้มาก ส่งผลให้ประเทศประหยัดการสูญเสียไปได้ปีละหลายแสนล้านบาท

5) การดูแลผู้สูงอายุ โดยที่ผู้สูงอายุจะได้รับการจัดบริการการดูแลที่บ้านอย่างทั่วถึงโดยญาติอาสาสมัคร ผู้บริบาล/ดูแล และพยาบาลเยี่ยมบ้าน

6) สามารถดำเนินการควบคุมโรคได้ เช่น ซาร์ส ไข้หวัดนก ไข้เลือดออก หากชุมชนเข้มแข็งจะสามารถควบคุมโรคได้

7) การสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี

### 2.1.3 การจัดการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สูมาลี ประทุมรัตน์ อารดา สุนทรสิทธิ์ และนคร รัตนพฤกษ์ 2554)

เนื่องจากในระบบสุขภาพชุมชนมีบุคลากร องค์กรและเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเป็นจำนวนมาก ดังนั้นการจัดการระบบสุขภาพชุมชนจึงมีหลายระดับและหลายมิติ ดังต่อไปนี้

1) สภาผู้นำชุมชน ในระดับชุมชนหรือหมู่บ้านมีการทำแผนสุขภาพชุมชน และการขับเคลื่อนการพัฒนาชุมชนอย่างบูรณาการ โดยแผนการพัฒนาสุขภาพชุมชนด้วยสภาผู้นำชุมชนตั้งเป้าหมายการดำเนินการพัฒนาสุขภาพชุมชนในหมู่บ้านของตนเอง และการขับเคลื่อนการพัฒนาให้บรรลุเป้าหมาย โดยเชื่อมโยงกับอบต.และรพ.สต.

2) อบต.ควรเสริมสร้างความเข้มแข็งและความร่วมมือของผู้นำชุมชนในทุกหมู่บ้านโดยการประสานงานกับผู้นำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน

สปสข.เขต และองค์กรที่เกี่ยวข้องอื่นๆ เพื่อสร้างเป้าหมายร่วมและขับเคลื่อนให้บรรลุเป้าหมายของสุขภาพชุมชน จัดตั้งและบริหารกองทุนสุขภาพชุมชนร่วมกับสปสข. โรงพยาบาลชุมชน และคณะพยาบาลศาสตร์หรือวิทยาลัยการพยาบาล เพื่อทำการผลิตพยาบาลของชุมชนและบรรจุเข้าทำงานในชุมชน จัดหารถพยาบาลที่มีพร้อมส่งต่อผู้ป่วยได้ตลอดเวลา

3) รพ.สต.ทำงานเชื่อมโยงกับชุมชนและอบต. ตั้งเป้าหมายร่วมกัน โดยจัดให้มีนักสุขภาพครอบครัวที่สามารถดูแลสุขภาพของประชาชนได้ทั้งตำบล โดยนักสุขภาพครอบครัวหนึ่งคนสามารถดูแลประชาชนประมาณ 1,200 คน

4) หมออนามัยในแต่ละจังหวัด ควรรวมตัวเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน

5) สสอ.ควรส่งเสริมให้รพ.สต.ทุกแห่งในตำบลสามารถปฏิบัติงานได้ และประสานงานกับชุมชน อบต. รพช.ได้

6) โรงพยาบาลชุมชน ควรสนับสนุนทางวิชาการให้รพ.สต.ทำงานได้ และประสานงานกับอบต. คณะพยาบาลศาสตร์หรือวิทยาลัยการพยาบาลในการผลิตพยาบาลชุมชน

7) โรงพยาบาลจังหวัด ควรสนับสนุนการทำงานของรพช. ส่งพยาบาลเป็นอาสาสมัครไปปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลชุมชน อาจประสานงานในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนทั้งจังหวัด

8) พยาบาล องค์กรพยาบาลทั้งประเทศต้องเชื่อมโยงกัน มีวิสัยทัศน์และเป้าหมายเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน ส่งนักศึกษาพยาบาลและพยาบาลไปปฏิบัติงานในระบบสุขภาพชุมชน

9) สสจ.เป็นหน่วยงานหลักในการประสานให้เครือข่ายในทุกภาคส่วนเข้ามาสร้างวิสัยทัศน์และเป้าหมายร่วมกันของระบบสุขภาพชุมชน ในการนิเทศติดตาม สนับสนุน และประเมินสถานการณ์ เพื่อให้ทุกภาคส่วนพัฒนาการทำงานให้ดียิ่งขึ้น

10) ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขประสานงานสาธารณสุขจังหวัด ในเขตให้พัฒนาระบบสุขภาพชุมชนในจังหวัดของตนและประสานงานกับสปสข.เขต กระทรวงสาธารณสุข ฯลฯ

11) สปสข.เขต ประสานงานกับผู้ตรวจราชการเขต สาธารณสุขจังหวัด และองค์กรภาคีต่างๆ ในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน รวมถึงการพัฒนาระบบการเงินที่สนับสนุนการทำงานร่วมกันให้บรรลุเป้าหมายของระบบสุขภาพชุมชน

12) คณะแพทยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์/วิทยาลัยพยาบาลและสถาบันผลิตบุคลากรอื่นๆ สนับสนุนความเข้มแข็งของโรงพยาบาลชุมชน โดยการส่งนักศึกษาไปเรียนรู้

ภาคปฏิบัติทั้งในโรงพยาบาลชุมชนและชุมชน โดยสนับสนุนในด้านนโยบายเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน

ระบบบริการสุขภาพชุมชนที่ดี จะมีคุณลักษณะ 3 ประการ ได้แก่

- 1) มีความทั่วถึง(Equity) คือ การที่ทุกคนในชุมชนสามารถที่จะเข้าถึงบริการสุขภาพที่ใกล้บ้านใกล้ใจ
- 2) มีคุณภาพ(Quality) คือ การบริการที่ดี มีมาตรฐาน และ3) มีประสิทธิภาพ (Efficiency) คือ การลงทุนน้อยแต่ให้ผลมาก เมื่อระบบสุขภาพชุมชนมีความทั่วถึงและมีคุณภาพดี ประชาชนส่วนใหญ่ก็ไม่ต้องไปโรงพยาบาลใหญ่ๆ ทำให้ลดแออัดส่งผลให้มีเวลาที่จะให้บริการได้อย่างละเอียด รวมถึงจะช่วยลดความขัดแย้งระหว่างแพทย์และญาติคนไข้ ลดการฟ้องร้องแพทย์และโรงพยาบาลลง

การมีระบบบริการสุขภาพชุมชนที่ดีจึงควรเป็นเป้าหมายร่วมของทุกฝ่าย ดังนั้นเรื่องระบบสุขภาพชุมชนกับเรื่องชุมชนเข้มแข็งหรือชุมชนจัดการตนเอง จึงควรจัดให้เป็นยุทธศาสตร์ของประเทศที่ทุกฝ่ายต้องเข้ามามีส่วนร่วม โดยมีองค์ประกอบสำคัญ คือ ความเป็นชุมชนและเครือข่าย สิ่งเหล่านี้เป็นเครื่องมือสำคัญที่ทำให้เกิดพลังในการแก้ปัญหาาร่วมกัน ทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันในแต่ละระดับชุมชน ส่งผลให้เกิดการแก้ปัญหาทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว และชุมชนขึ้น อีกทั้งจากการดำเนินงานที่ผ่านมา สามารถวิเคราะห์ปัจจัยที่ทำให้กระบวนการขับเคลื่อนการดำเนินการโครงการได้อย่างประสบความสำเร็จที่สำคัญ ได้ 3 ประการ ได้แก่

1) การทำงานโดยใช้ข้อมูล ทั้งข้อมูลบัญชีครัวเรือน ข้อมูลบริบทของชุมชน ข้อมูลสภาพปัญหา ฯลฯ

2) การสร้างกลไกทำงานร่วมกัน การทำให้ทุกภาคส่วนในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วม ในการร่วมคิดร่วมทำ และให้การสนับสนุนพร้อมกับการขับเคลื่อนการดำเนินงานของภาคประชาชน

3) กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันในกระบวนการขับเคลื่อน เช่น จัดเวทีการเรียนรู้ เวทีการวิเคราะห์ข้อมูล เวทีจัดทำแผนแม่บทชุมชน การประชุมระหว่างทีมงานในพื้นที่ในทุกระดับโดยประชุมร่วมกันกับภาคีความร่วมมือฯ เวทีขับเคลื่อนการแก้ปัญหของชุมชน ฯลฯ

จากแนวคิดระบบสุขภาพชุมชน พบว่าในการดำเนินงานในระบบสุขภาพชุมชนนั้น ต้องอาศัยความร่วมมือกันของภาคีเครือข่ายทั้งภายในและภายนอกชุมชน เช่น ภาคประชาชน ภาครัฐ ภาคท้องถิ่น และองค์กรอิสระ รวมถึงระบบสนับสนุนการพัฒนาสุขภาพชุมชน ได้แก่ ระบบข้อมูล ระบบกองทุน ระบบการพัฒนาอาสาสมัคร ระบบการเฝ้าระวังและควบคุมโรคท้องถิ่น ระบบการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาเด็ก เป็นต้น อีกทั้งพบว่าปัจจัยที่ทำให้กระบวนการขับเคลื่อนการดำเนินงานในระบบสุขภาพชุมชนได้ประสบความสำเร็จ คือ การทำงานโดยใช้ข้อมูล การสร้างกลไกทำงานร่วมกัน และกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของกระบวนการขับเคลื่อน

## 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับระบบข้อมูลข่าวสาร

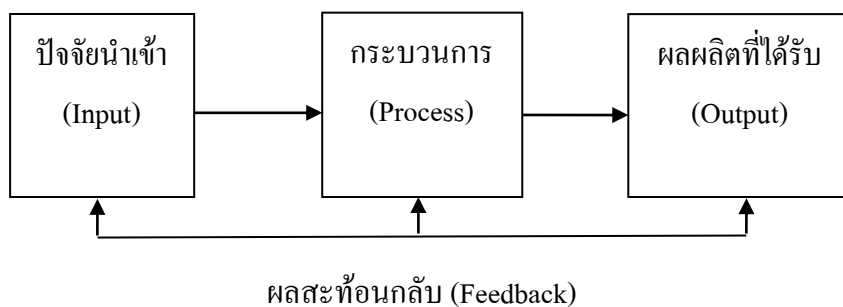
### 2.2.1 ความหมายของข้อมูลข่าวสาร

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน 2524 ได้บัญญัติคำว่า “ข้อมูล” จากคำในภาษาอังกฤษว่า “data” หมายถึง ข้อเท็จจริง ซึ่งอาจอยู่ในรูปของตัวเลข สัญลักษณ์หรือข้อความ ส่วนจิราภรณ์ รักษาแก้ว 2541 ได้กล่าวเกี่ยวกับข้อมูลไว้ว่า เป็นข้อเท็จจริงต่างๆ ที่มีอยู่ในธรรมชาติ เป็นกลุ่มสัญลักษณ์แทนปริมาณหรือการกระทำใดๆ ที่ยังไม่ผ่านกระบวนการประมวลผลข้อมูล อาจอยู่ในรูปของตัวเลข ตัวหนังสือ และท้ายที่สุดข้อมูลก็คือ วัตถุของข้อมูลข่าวสาร นอกจากนี้ คณะทำงานพัฒนาการจัดการความรู้ 2553 และอมรรัตน์ ดวงสุวรรณ 2540 ได้ให้ความหมายของคำว่า “ข้อมูล” ในลักษณะเดียวกันว่า หมายถึง ข้อเท็จจริงที่อยู่ในลักษณะของตัวเลขหรือสัญลักษณ์ มีความหมายเฉพาะตัวเอง ไม่ได้แสดงความสัมพันธ์ใดๆ และไม่สามารถนำไปใช้ในการประกอบการตัดสินใจได้โดยตรง ข้อมูลเป็นวัตถุดิบเพื่อนำไปสร้างเป็นข้อมูลข่าวสารต่อไป

ข้อมูลข่าวสารหรือสารสนเทศ (Information) ซึ่งคำนี้ในภาษาไทยมีผู้ใช้คำอื่นในความหมายเดียวกันคือ ข้อมูล ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ สารสนเทศ ข้อเสนอแนะ และสนเทศ เป็นต้น สำหรับข้อมูลข่าวสาร (Information) หมายถึง ข้อมูลใดๆ ที่ได้ผ่านการประมวลผลแล้ว ด้วยวิธีการต่างๆ เป็นความรู้ที่ต้องการนำไปใช้ทำประโยชน์ต่อไป เป็นส่วนของผลลัพธ์ของระบบการประมวลผลข้อมูล โดยสามารถสื่อความหมายให้ผู้รับเข้าใจและสามารถไปกระทำกิจการใดกิจการหนึ่งโดยเฉพาะได้ หรือเป็นการเน้นย้ำความเข้าใจที่มีอยู่แล้วให้มากขึ้น (จิราภรณ์ รักษาแก้ว 2541) ในส่วนของพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ 2540 ได้ให้ความหมายของข้อมูลข่าวสารว่าเป็นสิ่งที่สื่อความหมายให้รู้เรื่องราวข้อเท็จจริง ข้อมูลหรือสิ่งใดๆ ไม่ว่าจะสื่อความหมาย นั้นจะกระทำได้โดยสภาพของสิ่งนั้นเองหรือโดยผ่านวิธีการ กระบวนการใดๆ และไม่ว่าจะได้จัดทำในรูปของเอกสาร แฟ้ม รายงาน หนังสือ แผ่นผัง แผนที่ ภาพวาด ภาพถ่าย ฟิล์ม การบันทึกภาพหรือเสียง การบันทึกโดยเครื่องคอมพิวเตอร์หรือวิธีการใดที่ทำให้สิ่งที่บันทึกไว้ปรากฏได้ (สำนักงานศาลรัฐธรรมนูญ 2553)

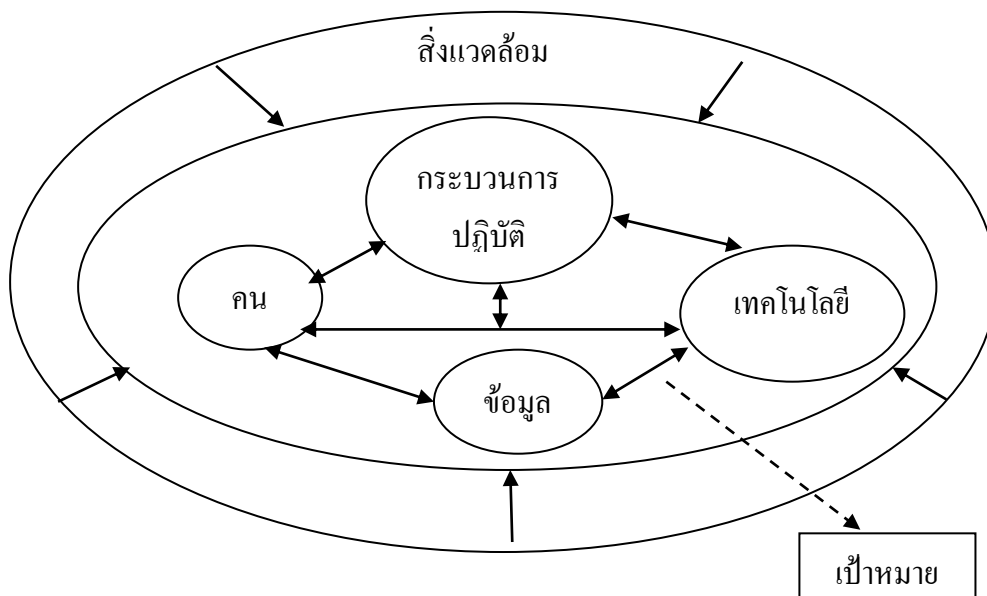
### 2.1.2 ระบบข้อมูลข่าวสาร

ระบบ คือ กลุ่มขององค์ประกอบที่มีปฏิสัมพันธ์กัน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายหรือจุดประสงค์เดียวกัน ซึ่งระบบจะต้องประกอบด้วยกลุ่มขององค์ประกอบที่มีลักษณะดังต่อไปนี้ คือ (ประไพ ปัญญาศิริ 2549 อ้างใน Johns, 1997) ซึ่งมีปฏิสัมพันธ์กันในองค์ประกอบทำหน้าที่ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายเดียวกัน มีการปรับตัวและตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม ระบบประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการหรือกลไกต่างๆ (Process) และผลผลิตที่ได้รับ (Output) และต้องมีการสะท้อนกลับ (Feedback) ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ความสัมพันธ์ของประกอบของระบบอย่างง่าย  
(ประไพ ปัญญาศิริ 2549 อ้างใน Johns, 1997)

ระบบข้อมูลข่าวสารประกอบด้วย คน (People) กระบวนการปฏิบัติงาน (Work process) ข้อมูล(Data) เทคโนโลยีข้อมูลข่าวสาร(Information technologies) ซึ่งองค์ประกอบนี้จะมีปฏิสัมพันธ์กันในการรวบรวม ประมวลผล และเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ในการดำเนินงานทุกระดับทั้งในระดับปฏิบัติการ(Operation) การจัดการ(Management) และการบริหาร (Administrative) เพื่อให้บรรลุเป้าหมายเดียวกัน ต้องปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 ระบบข้อมูลข่าวสาร

การศึกษาทฤษฎีระบบ สามารถพิจารณาได้ 2 แบบ คือ ระบบปิดและเปิด ระบบปิดจะเกี่ยวข้องกับเฉพาะภายในระบบเท่านั้นจะไม่ปฏิสัมพันธ์กับภายนอก ในขณะที่ระบบเปิดเกี่ยวข้องกับทั้งภายในระบบและสิ่งแวดล้อมภายนอก เนื่องจากระบบข้อมูลข่าวสารจัดอยู่ในระบบเปิด จึงได้ศึกษาคุณสมบัติของระบบเปิดซึ่ง ธงชัย สันติวงษ์ 2535 ได้กล่าวได้ดังนี้

1) ส่วนต่างๆของระบบจะอยู่ในสถานะที่เคลื่อนไหวได้ เพื่อสิ่งต่างๆที่มีอยู่ในธรรมชาติหรือสิ่งที่มนุษย์สร้างขึ้น เมื่อมารวมกันเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน เพื่อวัตถุประสงค์เฉพาะอย่างหนึ่ง

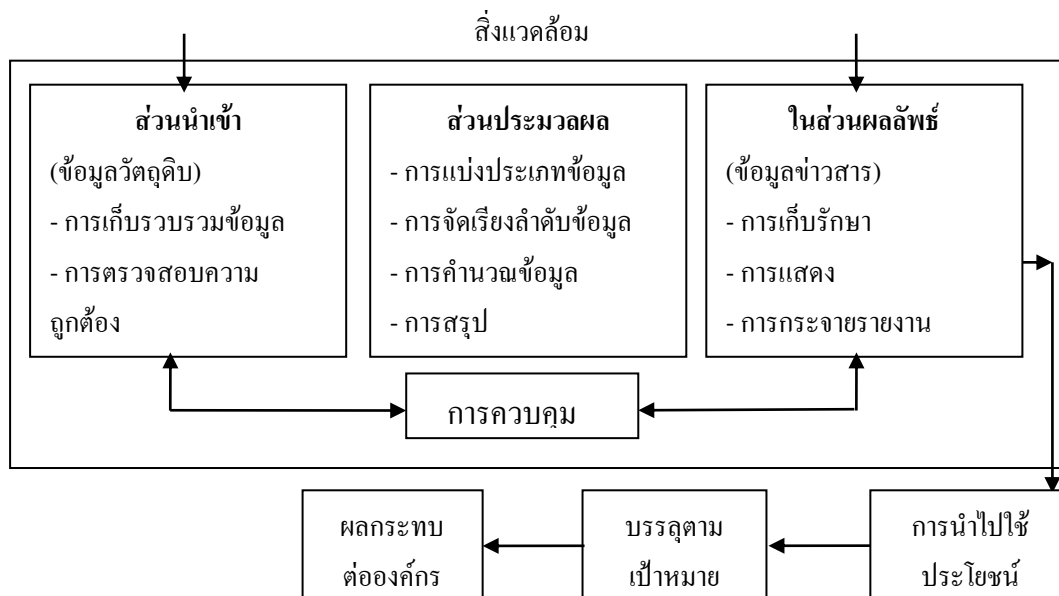
2) การเคลื่อนไหวของส่วนต่างๆ จะมีปฏิกริยาต่อกันและตอบโต้กันเสมอ

3) ในระบบหนึ่งจะประกอบด้วย ระบบย่อยต่างๆและภายในระบบย่อย อาจประกอบด้วยระบบย่อยลงไปอีก

4) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ณ ส่วนใดส่วนหนึ่งของระบบ ย่อมทำให้มีผลกระทบต่อเนื่องกันเป็นลูกโซ่ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือปรับปรุงส่วนอื่นๆของระบบด้วย

จากความหมายของข้อมูลและข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งแนวคิดของระบบ ที่ได้กล่าวมาข้างต้น จะเห็นว่าการแปลงจากข้อมูลให้เป็นข้อมูลข่าวสารนั้น ความแตกต่างระหว่างข้อมูล และข้อมูลข่าวสารอยู่ที่การประมวลผลและการวิเคราะห์ ดังนั้นการแปลงข้อมูลให้เป็นสารสนเทศ มาเป็นตัวกำหนด โดยการนำข้อมูลมาผ่านขั้นตอนการคำนวณ วิเคราะห์เพื่อให้ได้ข้อมูลข่าวสาร ที่เป็นประโยชน์ สามารถใช้ประกอบการบริหารและระบบบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิได้ ซึ่งระบบข้อมูลข่าวสารก็เช่นเดียวกัน ประกอบด้วยกระบวนการต่างๆที่มีความสัมพันธ์กัน เช่น การเก็บรวบรวม การประมวลผล การจัดเก็บ และการกระจายของข้อมูลข่าวสาร เพื่อนำไปประกอบการตัดสินใจและควบคุมการปฏิบัติงานภายในองค์กร ซึ่งข้อมูลดิบที่ผ่านกระบวนการเปลี่ยนให้เป็นข้อมูลข่าวสาร ถึงแม้ว่าข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาได้จะมีความถูกต้อง หรือมีคุณภาพสักเพียงใด หากไม่มีการนำมาใช้ประโยชน์แล้วก็ถือว่าข้อมูลนั้นไม่มีคุณค่า ไม่เกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพ ต่อการนำไปใช้ในการพัฒนาองค์กร ดังนั้นการนำข้อมูลข่าวสารที่ได้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด จะมีส่วนสำคัญยิ่งต่อการพัฒนาองค์กรนั้น ๆ ให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ได้วางไว้กระบวนการ ขั้นตอนต่างๆ ของระบบข้อมูลและการนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในองค์กรได้ (ประไพ ปัญญาศิริ 2549)

ดังภาพที่ 4



ภาพที่ 4 ขั้นตอนต่างๆ ของระบบข้อมูล และการนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในองค์กร  
(ประไพ ปัญญาศิริ 2549)

การทำข้อมูลให้เป็นสารสนเทศที่จะเป็นประโยชน์ต่อการใช้งาน จำเป็นต้องอาศัยเทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการดำเนินการ เริ่มตั้งแต่การรวบรวมและตรวจสอบข้อมูล การดำเนินการประมวลผลข้อมูลให้เปลี่ยนเป็นสารสนเทศ รวมถึงการดูแลรักษาสารสนเทศ เพื่อการใช้งาน ([http://wiki.stjohn.ac.th/groups/poly\\_ordinarycourse/wiki/8ed25/\\_1\\_.html](http://wiki.stjohn.ac.th/groups/poly_ordinarycourse/wiki/8ed25/_1_.html) สืบค้นเมื่อวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2557)

#### 1) การรวบรวมและการตรวจสอบข้อมูล ประกอบด้วย

(1) การเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นเรื่องของการนำข้อมูลมารวบรวม ซึ่งข้อมูลนั้นมีจำนวนมากและต้องจัดเก็บไว้ให้ทันเวลา เช่น ข้อมูลการลงทะเบียนเรียนของนักศึกษา ข้อมูลประวัติบุคลากร ปัจจุบันมีเทคโนโลยีที่ทันสมัยช่วยในการจัดเก็บอยู่เป็นจำนวนมาก เช่น การป้อนข้อมูลเข้าคอมพิวเตอร์ การอ่านข้อมูลจากรหัสแท่ง การตรวจใบลงทะเบียนที่มีการผันดินสอดำในตำแหน่งต่าง ๆ เป็นวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเช่นกัน

(2) การตรวจสอบข้อมูล หลังจากมีการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว จำเป็นต้องมีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่เก็บไว้ในระบบ ซึ่งจะต้องมีความน่าเชื่อถือ

## 2) การประมวลผลข้อมูล ประกอบด้วยกิจกรรมดังต่อไปนี้

(1) การแบ่งประเภทข้อมูล ข้อมูลที่จัดเก็บจะต้องมีการจัดแบ่งแยกกลุ่มแยกประเภทที่ชัดเจน เพื่อเตรียมไว้สำหรับการใช้งานและทำให้ความสะดวกต่อการค้นหา

(2) การจัดเรียงข้อมูล เมื่อจัดแบ่งกลุ่ม แบ่งประเภทเป็นแฟ้มแล้ว ควรมีการเรียงเรียงข้อมูลตามลำดับของตัวเลขหรือตัวอักษร เพื่อให้สะดวกต่อการเรียกใช้งานและประหยัดเวลา

(3) การสรุปผล ข้อมูลที่จัดเก็บส่วนใหญ่มีจำนวนมาก จำเป็นต้องมีการสรุปข้อมูลเป็นผลงานหรือจัดทำเป็นสรุปรายงาน เพื่อนำไปใช้ประโยชน์

(4) การคำนวณหรือวิเคราะห์ข้อมูลที่เก็บรวบรวมมีเป็นจำนวนมาก ข้อมูลบางส่วนเป็นข้อมูลตัวเลขที่สามารถนำไปคำนวณ เพื่อหาผลลัพธ์บางอย่างได้ ดังนั้นการสร้างสารสนเทศจากข้อมูลจึงอาศัยการคำนวณข้อมูลที่เก็บไว้ด้วย

## 3) การดูแลรักษาข้อมูล ประกอบด้วยกิจกรรมต่อไปนี้

(1) การเก็บรักษาข้อมูล เป็นการนำข้อมูลมาบันทึกเก็บไว้ในรูปแบบต่างๆ เช่น แผ่นสำหรับบันทึกข้อมูล นอกจากนี้ยังรวมถึงการดูแล และทำสำเนาข้อมูล เพื่อให้สามารถนำไปใช้งานในอนาคตต่อไปได้

(2) การทำสำเนาข้อมูล เพื่อที่จะนำข้อมูลเก็บรักษาไว้หรือนำไปแจกจ่ายในภายหลัง จึงควรคำนึงถึงความจุและความทนทานของสื่อบันทึกข้อมูล

(3) การสื่อสารและเผยแพร่ข้อมูล ข้อมูลต้องกระจายหรือส่งต่อไปยังผู้ใช้งานที่ห่างไกลได้ง่าย การสื่อสารข้อมูลจึงเป็นเรื่องสำคัญและมีบทบาทที่สำคัญยิ่งที่จะทำให้การส่งข่าวสารไปยังผู้ใช้ ทำได้รวดเร็วและทันเวลา

(4) การปรับปรุงข้อมูล ต้องมีการปรับปรุงให้ทันสมัยอยู่ตลอดเวลา และจัดเก็บอย่างเป็นระบบเพื่อการค้นหาได้อย่างรวดเร็ว

### 2.2.3. การจัดการข้อมูลข่าวสารและการจัดการความรู้

แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการจัดการข้อมูลข่าวสารและการจัดการความรู้ ประกอบด้วยหลายแนวคิด (เชาว์ อินโย 2553) ดังต่อไปนี้

1) แนวคิด CIPP model เป็นรูปแบบหนึ่งที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการจัดการข้อมูล โดย CIPP model เป็นรูปแบบการประเมินที่มีความต่อเนื่องกันในการดำเนินงานอย่างครบวงจร มีการเก็บรวบรวมข้อมูลตามที่ได้กำหนดไว้ แล้วนำข้อมูลที่ได้มานั้นจัดทำให้เป็นสารสนเทศ เพื่อนำโครงการไปปฏิบัติและปรับปรุงโครงการอย่างทันทางที่ โดยแบ่งเป็น 4 ด้าน คือ



(1) ด้านบริบทหรือสภาวะแวดล้อม เพื่อการวางแผนประกอบการกำหนดนโยบาย หรือเป้าหมาย เพื่อการคัดเลือกโครงการที่เหมาะสม

(2) ด้านปัจจัยนำเข้า เพื่อกำหนดโครงสร้างของการดำเนินงาน วิธีการ แผนในการดำเนินงาน

(3) ด้านกระบวนการเพื่อกำกับ ติดตามการดำเนินงานตามแผน เพื่อปรับปรุงวิธีในการดำเนินงานและรายงานความก้าวหน้าของโครงการ

(4) ด้านผลผลิต เพื่อตัดสินใจยุติ ชะลอ หรือขยายโครงการ

2) แนวคิดการจัดการข้อมูลข่าวสารสำหรับองค์กรที่มีภูมิปัญญา (Intelligent organization)

กระบวนการจัดการข้อมูลข่าวสารสำหรับองค์กรที่มีภูมิปัญญา (Intelligent organization) เป็นการเรียนรู้และการคิดอย่างเป็นระบบ แล้วนำไปสู่การปฏิบัติภายใต้สภาพแวดล้อมของสังคมและตัวบุคคลแต่ละคน โดยมีกระบวนการในการจัดการข้อมูลข่าวสารที่เป็นวงจรต่อเนื่อง ซึ่งเริ่มจากการที่ข้อมูลข่าวสารถูกสร้างขึ้นมาโดยการกระทำขององค์กร และการกระทำเหล่านี้ทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์กันกับระบบอื่นๆหรือองค์กรอื่นอีก อาจจะทำให้เกิดการตัดแปลงหรือปรับเปลี่ยนแก้ไขตามสภาพแวดล้อม ทำให้เกิดการสร้างข้อมูลและข่าวสารใหม่ๆขึ้น (Chun Wei Choo 1995) ประกอบขั้นตอน ดังนี้

(1) Identification of information needs คือการที่สมาชิกขององค์กรยอมรับการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมภายนอกองค์กรที่มีผลกระทบต่อองค์กร และค้นหาข้อมูลข่าวสารเพื่อที่จะทำความเข้าใจกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และเป็นการหาข้อมูลที่สำคัญสำหรับการตัดสินใจและทำการแก้ปัญหา

(2) Information acquisition เพื่อนำไปสู่ Information needs ดังนั้นจำเป็นต้องมีการได้มาซึ่งข้อมูลข่าวสารที่มากเพียงพอกับการวางแผนที่จะได้มาซึ่งข้อมูลข่าวสารที่มีความสลับซับซ้อนหรือข้อมูลที่มีอยู่อย่างกระจัดกระจายให้เข้ามาสู่องค์กรเพื่อให้เลือกสรร

(3) Information organization and storage มีเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์เพื่อที่จะสร้างหน่วยความจำที่ทำหน้าที่รวบรวมความรู้และความชำนาญ การจัดการข้อมูลข่าวสารที่ได้ถูกรวบรวมทำให้สมบูรณ์ ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้แน่ใจว่าข่าวสารที่สำคัญๆจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับอดีตและปัจจุบัน โดยจะถูกเก็บรักษาไว้สำหรับการเรียนรู้ขององค์กร

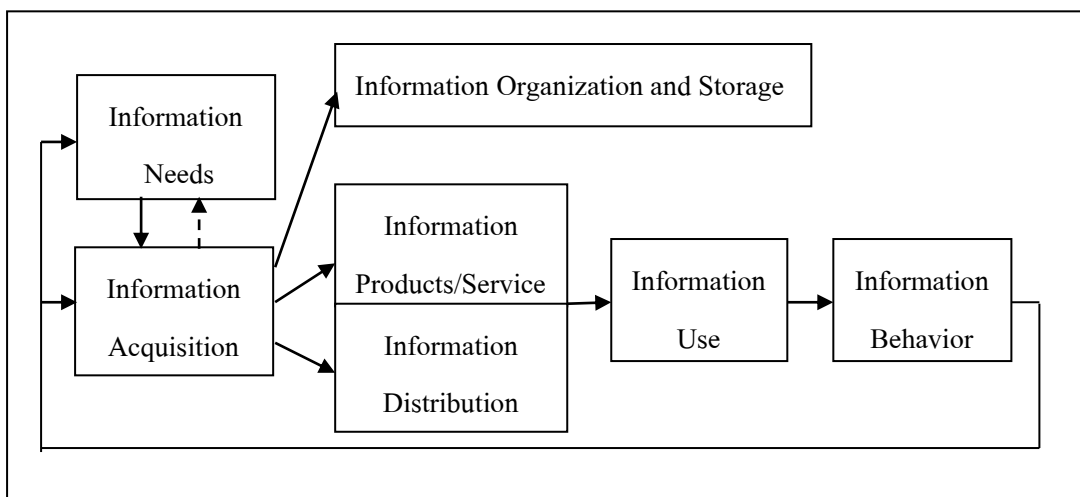
(4) Information products and services เป็นส่วนของข้อมูลข่าวสารที่ได้รับและข้อมูลข่าวสารจาก memory โดยจะถูกเก็บรวบรวมไว้เป็นกลุ่ม ตามลำดับความสำคัญของ

Information products and Information services ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อการดำเนินงานงานที่แตกต่างกันไป ตามความต้องการในแต่ละกลุ่มผู้ใช้

(5) Information distribution เป็นการกระจายเพื่อเพิ่มการมีส่วนร่วมในข้อมูลข่าวสารนั้นๆ ซึ่งจะเป็นตัวช่วยให้องค์กรเกิดการเรียนรู้มากขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยให้เกิดมุมมองจากภายในเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหานั้นๆ

(6) Information use คือ การนำความรู้ที่ได้ไปสร้างหรือนำไปประยุกต์ใช้ผ่านกระบวนการตีความหมายและการตัดสินใจ โดยการใช้ข้อมูลข่าวสารสำหรับนำไปตีความหมายนั้นจะสัมพันธ์กับระบบโครงสร้างทางสังคม ส่วนในการนำเสนอและการส่งข้อมูลข่าวสารจะต้องเชื่อมโยงให้มีความสัมพันธ์กันในทุกระดับของสังคมนั้นๆ

การนำแนวคิดการจัดการข้อมูลข่าวสารมาทำให้เป็นวงจรที่มีความสัมพันธ์กันภายในกิจกรรมต่างๆอย่างต่อเนื่องนั้น ต้องมีการวางแผน การออกแบบ การประสานงานร่วมกัน และที่สำคัญ คือ การจัดกระบวนการพื้นฐานที่จะต้องมิให้เป็นสัดส่วนตามความเหมาะสมของแต่ละองค์กร มากกว่าจะทำตามรูปแบบที่เป็นทางการของรูปแบบการจัดการข้อมูลข่าวสารของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศหรือการจัดการแหล่งข้อมูลข่าวสาร โดยกระบวนการดังกล่าวเป็นกระบวนการจัดการข้อมูลข่าวสารที่ได้รับความนิยมในปัจจุบัน ดังภาพที่ 5



ภาพที่ 5 Information management cycle (Chun Wei Choo 1995)

กรอบของการจัดการข้อมูลข่าวสารส่วนใหญ่มักไม่ค่อยรวม Needs, Identification, Information use ไว้ด้วย ถึงแม้ว่าการวิเคราะห์ความต้องการ (needs) อาจเป็นหนึ่งในกระบวนการที่เชื่อมโยงกันกับการจัดการข้อมูลข่าวสาร และคุณภาพของข้อมูลข่าวสารที่ผู้ใช้ได้รับขึ้นอยู่กับว่าความต้องการนั้นได้รับการสื่อสารได้ดีเพียงไร ซึ่งคล้ายกับการใช้ข้อมูลข่าวสาร (Information use) นั้นเป็นส่วนประกอบที่จำเป็นเพราะมันมีส่วนสำคัญในการนำไปใช้ในการตัดสินใจในการแก้ปัญหาหรือการตัดสินใจต่าง ๆ ซึ่งทั้งหมดที่กล่าวมานี้จำเป็นต้องส่งเสริมให้ดีขึ้นหรือปรับให้ดีขึ้น

### 3) แนวคิด PRISM (Performance of routine information system management)

PRISM (Performance of routine information system management)

หมายถึง เครื่องมือที่ใช้สำหรับการประเมินผลสำเร็จของระบบการจัดการข้อมูลที่ได้จากงานประจำ (Routine information) หรือข้อมูลที่มีลักษณะระบบข้อมูลงานประจำ (Routine data systems) โดยเครื่องมือ PRISM ถูกออกแบบมาเพื่อประเมินคุณภาพข้อมูล การใช้ข้อมูล และการจัดการระบบข้อมูลจากงานประจำ (Aqil A, Lippeveld T, Hozumi D 2009)

กรอบแนวคิดของระบบการจัดการข้อมูลจากงานประจำ (PRISM) จะขยายการวิเคราะห์ของระบบข้อมูลด้านสุขภาพตามปกติ โดยจะรวม 3 ปัจจัยหลักที่นำไปสู่ความสำเร็จ

(1) ปัจจัยด้านพฤติกรรม อย่างเช่น ความรู้ ทักษะ ทัศนคติ ค่านิยม และแรงจูงใจของคนที่เกี่ยวข้องรวบรวมข้อมูลและใช้ข้อมูล

(2) ปัจจัยด้านเทคนิค เช่น กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล ตัวระบบรูปแบบและวิธีการ

(3) ปัจจัยด้านองค์กรหรือสิ่งแวดล้อม เช่น ลักษณะสารสนเทศ โครงสร้าง ทรัพยากร บทบาทและความรับผิดชอบของระบบสุขภาพ และผู้ร่วมสมทบที่สำคัญในแต่ละระดับ

เครื่องมือ PRISM มีทั้งหมด 4 เครื่องมือ ดังนี้

1) ใช้เป็นเครื่องมือวินิจฉัยการผลสำเร็จของระบบข้อมูลจากงานประจำ (RHIS Performance diagnostic tool) ประเมินการดำเนินงานทั้งระบบ ประเมินคุณภาพและการใช้ข้อมูล เพื่อหาจุดแข็งและจุดอ่อน

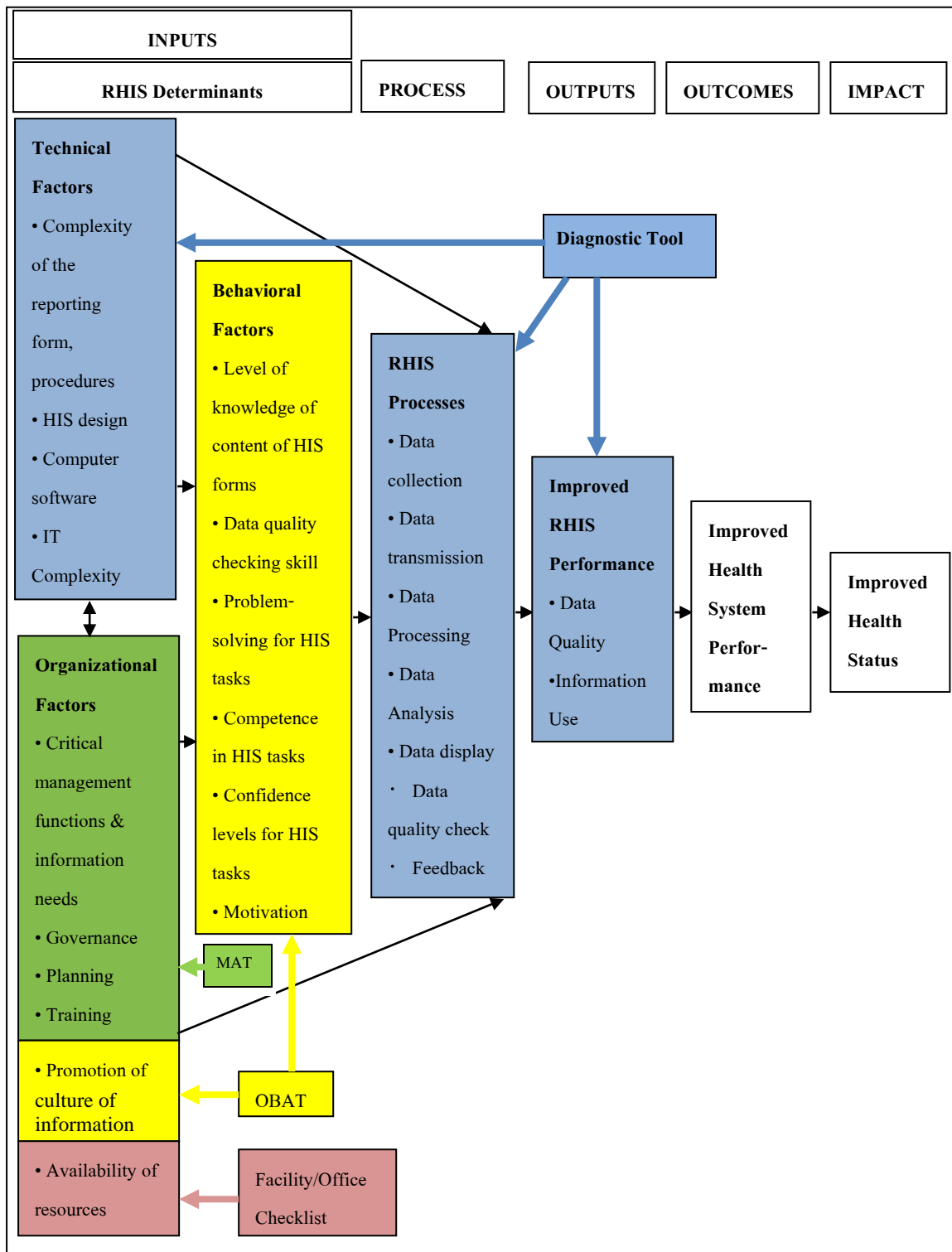
2) ใช้เป็นเครื่องมือประเมินภาพรวมของระบบข้อมูลจากงานประจำและรายงานการตรวจสอบระดับองค์กรที่สูงกว่า เช่น สสจ.หรือรพ. (RHIS Overview & Facility/Office checklist) เป็นเครื่องมือทำความเข้าใจเกี่ยวกับสถานภาพของทรัพยากร โดยประเมิน

ด้านเทคนิคที่ส่งผลต่อการดำเนินงาน เช่น โครงสร้างและการออกแบบของระบบข้อมูลสุขภาพ การไหลเวียนของข้อมูล และการปฏิสัมพันธ์ระหว่างระบบข้อมูลต่างๆ

3) ใช้เป็นเครื่องมือประเมินองค์กรและพฤติกรรม (Organizational and behavioral assessment tool) เป็นการประเมินโดยใช้แบบสอบถาม เพื่อระบุปัจจัยด้านองค์กร และพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของระบบข้อมูลจากงานประจำ ทำให้ทราบถึงช่องว่าง ที่มีอยู่และโอกาสในการปรับปรุงงาน

4) ใช้เป็นเครื่องมือประเมินการจัดการระบบข้อมูลจากงานประจำ (RHIS Management assessment tool) ช่วยประเมินกระบวนการจัดการและการสนับสนุนระบบข้อมูล จากงานประจำเพื่อให้ข้อเสนอแนะสำหรับการปรับปรุงการจัดการระบบข้อมูล

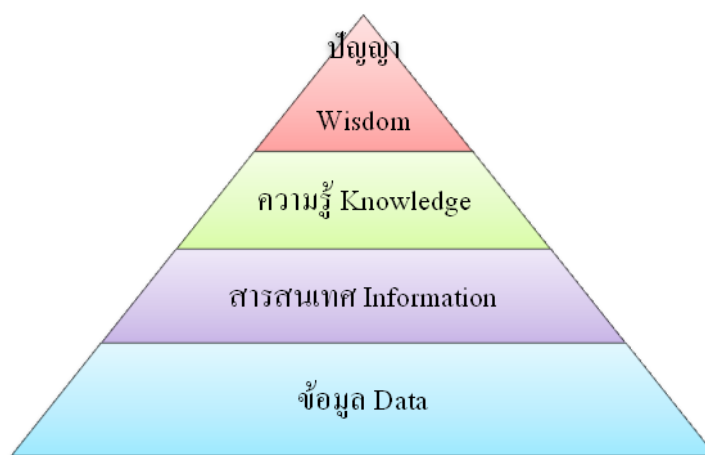
กรอบแนวคิดPRISM และเครื่องมือ PRISM สามารถระบุจุดแข็ง และจุดอ่อนขององค์กร ซึ่งจะช่วยในการออกแบบการประเมินและลำดับความสำคัญในการปรับปรุง ประสิทธิภาพของระบบข้อมูลได้ ดังภาพที่ 6



ภาพที่ 6 PRISM Conceptual framework (Aqil A, Lippeveld T, Hozumi D 2009)

#### 4) แนวคิดการจัดการความรู้

ดาเวนพอร์ท 2542 กล่าวไว้ว่า ความรู้ไม่ใช่ข้อมูลหรือสารสนเทศ ถึงแม้ว่ามันจะเกี่ยวพันกับคำทั้งสองนั้นก็ตาม และความแตกต่างระหว่างคำศัพท์ทั้งสองนั้นก็ เป็นเพียงเรื่องของระดับเท่านั้นเอง ความสับสนที่เกิดจากความไม่รู้ว่ อะไรคือข้อมูล อะไรคือสารสนเทศและอะไรคือความรู้ คือ ความไม่รู้ว่มีความต่างกันตรงไหน อย่างไร ยามาซากิ (Yamazaki) ผู้เชี่ยวชาญชาวญี่ปุ่นได้กล่าวถึงความรู้ในรูปของปิรามิด ว่าในปิรามิดนั้นมีลำดับชั้นของ “ข้อมูล” เป็นข้อมูลดิบ “สารสนเทศ” เป็นข้อมูลที่ผ่านกระบวนการ “ความรู้” คือ สารสนเทศที่ผ่านกระบวนการคิด เปรียบเทียบ เชื่อมโยงกับความรู้อื่นจนเกิดเป็นความเข้าใจและนำไปใช้ประโยชน์ ในการสรุปและตัดสินใจ โดยไม่จำกัดเวลา หรือเป็นสารสนเทศที่มีประโยชน์กับเราจน ในที่สุดขั้นสูงสุดเป็นปัญญา “ปัญญา” คือความรู้ที่ฝังอยู่ในตัวคน ก่อให้เกิดประโยชน์ในการนำไปใช้ (บุญดี บุญญากิจ 2547 อ้างถึงใน Yamazaki) ดังภาพที่ 7



ภาพที่ 7 ปิรามิดแสดงลำดับชั้นของความรู้ ที่มา: บุญดี บุญญากิจ และคณะ 2547)

จากภาพจะเห็นได้ว่าข้อมูลและสารสนเทศนั้นไม่ใช่องค์ความรู้ โดยองค์ความรู้จะเกิดขึ้นหลังจากมีการเชื่อมโยงของข้อมูล สารสนเทศไปยังผู้ใช้หรือผู้ปฏิบัติ กลายเป็นองค์ความรู้ที่มาจากการปฏิบัติหรืออาจเรียกว่าปัญญาปฏิบัติ (บดินทร์ วิจารณ์ 2547)

##### (1) ความหมายของการจัดการความรู้

Nanoka and Takeuchi 1995 ซึ่งเป็นผู้บุกเบิกการจัดการความรู้ โดยได้ให้ความหมายของการจัดการความรู้ไว้ว่า การจัดการความรู้เป็นการสร้างเกลียวของความรู้ให้เกิดขึ้น เพื่อนำมาพัฒนางานภายใต้แนวคิดที่ว่าความรู้ที่ฝังลึกกับความรู้ชัดแจ้ง ซึ่งสามารถที่จะเปลี่ยนสถานะระหว่างกันได้ตลอดเวลา ประเวศ วะสี 2548 กล่าวไว้ว่าคำว่า “การจัดการ” อาจทำให้เกิดความรู้สึกที่ไม่ค่อยดีนักในสังคมไทย เพราะเหมือนจะไปใช้อำนาจจัดการ แต่คำว่า จัดการความรู้

(Knowledge management) มีความหมายจำเพาะ หมายถึงการจัดการให้มีการค้นพบความรู้ ซึ่งเป็นความชำนาญที่แฝงเร้นในตัวบุคคล โดยหาทางในการนำออกมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ปรับแต่ง ให้ง่ายต่อการใช้ประโยชน์ และมีการต่อยอดให้สามารถใช้ได้อย่างเหมาะสมกับสภาพความเป็นจริง และกาลเทศะยิ่งขึ้น ทำให้มีความรู้ใหม่หรือนวัตกรรมเกิดขึ้น จากการเอาความรู้ที่ไม่เหมือนกัน มาเจอกัน สิ่งสำคัญ คือก่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันของคนทั้งหมดที่ร่วมในกระบวนการ ทำให้เกิด ปัญหา ส่งผลให้เกิดการแก้ปัญหาหรือพัฒนา ในด้านของ Maholtra 1998 ได้กล่าวว่า การจัดการ ความรู้นั้นเป็นกระบวนการเชื่อมโยงข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศที่ทำให้เกิดนวัตกรรม ความคิด สร้างสรรค์ อันส่งผลให้องค์กรมีการปรับตัวและสามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมได้ ส่วนสำนักงาน ก.พ.ร. และสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ 2549 ได้ให้ความหมายของ การจัดการความรู้ คือ การรวบรวมองค์ความรู้ที่มีอยู่ในองค์กร ซึ่งกระจัดกระจายอยู่ในตัวบุคคลหรือเอกสารมาพัฒนา ให้เป็นระบบเพื่อให้ทุกคนในองค์กรสามารถเข้าถึงความรู้และพัฒนาตนเองให้เป็นผู้รู้ รวมทั้งสามารถ ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้องค์กรมีความสามารถในการแข่งขันสูง ในด้านของ วิจารย์ พานิช 2548 ได้ให้ความหมายการจัดการความรู้ ว่าเป็นกระบวนการร่วมกันของผู้ปฏิบัติงาน ในองค์กรหรือหน่วยงานย่อยขององค์กร เพื่อสร้างและใช้ความรู้ในการทำงานให้เกิดผลสัมฤทธิ์ ที่ดีขึ้นกว่าเดิม โดยมีเป้าหมายเป้าหมายของการจัดการความรู้มีประเด็นสำคัญ 3 ประการ คือ ประการแรก เพื่อพัฒนางานให้มีคุณภาพและผลสัมฤทธิ์ยิ่งขึ้น ประการที่สองเพื่อการพัฒนาคน คือ พัฒนาผู้ปฏิบัติงานในองค์กร และประการที่สามเพื่อการพัฒนา “ฐานความรู้” ขององค์กรเป็น การเพิ่มพูนทุนความรู้หรือทุนทางปัญญาขององค์กร ซึ่งจะช่วยให้องค์กรมีศักยภาพในการฟันฝ่า ความยากลำบากหรือความไม่แน่นอนในอนาคตได้ดียิ่งขึ้น ดังนั้นการจัดการความรู้ จึงเป็น กระบวนการ ของการจัดการให้มีการค้นพบ เข้าถึงความรู้ความชำนาญที่แฝงในตัวคนออกมาใช้ในการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อให้เกิดการแก้ปัญหาและพัฒนาประสิทธิภาพในการทำงานให้ดีขึ้น ผลของการจัดการ ความรู้เพื่อเป้าหมายในการพัฒนา 3 ประเด็น คือ พัฒนางาน พัฒนาคน และพัฒนา องค์กรให้เป็นองค์กรการเรียนรู้

## (2) องค์ประกอบสำคัญของการจัดการความรู้

- คน (People) ในองค์กรนั้น คนเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุด เพราะเป็นแหล่งความรู้ และเป็นผู้นำความรู้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ ดังนั้นคนจึงมีความสำคัญเป็น อันดับแรก การจัดการความรู้เป็น กลยุทธ์ กระบวนการ และเทคโนโลยีที่ใช้ในองค์กรเพื่อแสวงหา สร้าง จัดแลกเปลี่ยน และทำให้ความรู้ที่ต้องการได้รับผลสำเร็จตามวิสัยทัศน์ที่องค์กรต้องการ เป็นการผสมผสานความรู้จากหลายศาสตร์ เช่น การบริหารจัดการ และพฤติกรรมองค์กร

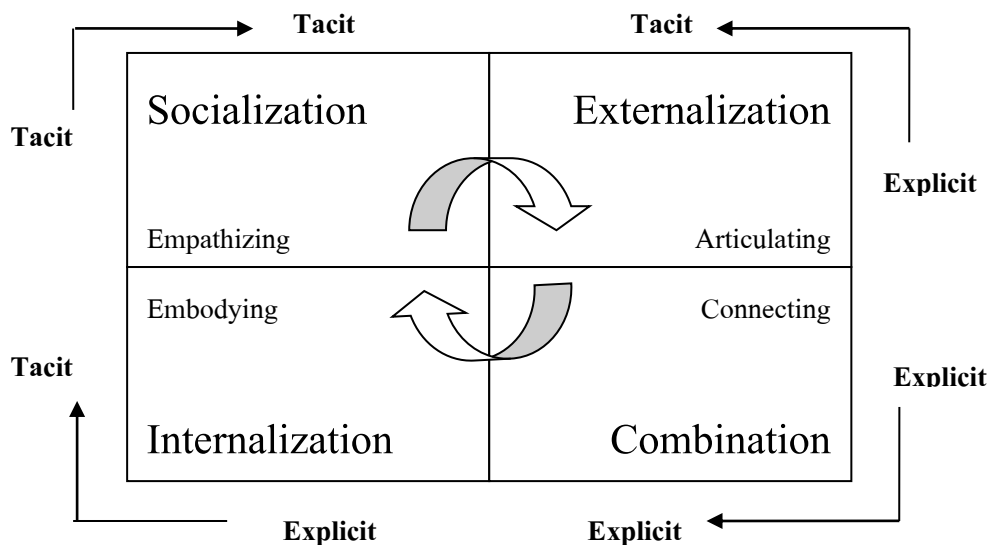
- ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ (Technology) เป็นเครื่องมือเพื่อให้คนสามารถค้นหา จัดเก็บ แลกเปลี่ยน รวมทั้งนำความรู้ไปใช้อย่างสะดวกและรวดเร็วขึ้น ดังนั้นการจัดการความรู้มีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเป็นเครื่องมือ เพื่อพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของความรู้ในองค์กร ให้เป็นความรู้ที่เกิดประโยชน์ต่อบุคคลนั้นในเวลาและรูปแบบที่แต่ละองค์กรต้องการ เทคโนโลยีที่ใช้ในการจัดการความรู้มีความหมายกว้างกว่าเทคโนโลยีและความรู้ของบุคคล โดยใช้เทคโนโลยีเป็นเครื่องมือเพื่อให้บุคลากรทุกคนในองค์กรสามารถสื่อสารและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

- ด้านกระบวนการ (Process) เป็นการบริหารจัดการเพื่อนำความรู้จากแหล่งความรู้ไปให้ผู้รู้ ทำให้เกิดการปรับปรุงและนวัตกรรม ซึ่งกระบวนการของการจัดการความรู้ นั้นประกอบด้วย แนวทางและขั้นตอนของการจัดการความรู้ โดยต้องระบุประเภทของสารสนเทศที่ต้องการ ทั้งจากแหล่งข้อมูลภายในและภายนอกเป็นการแยกแยะว่าความรู้ชนิดใดที่ควรนำมาใช้ในองค์กร แล้วนำความรู้ที่กำหนดโครงสร้างรูปแบบ และตรวจสอบความถูกต้องก่อนที่จะนำมาผลิตและเผยแพร่ โดยการบริหารกระบวนการนั้น จะต้องเข้าใจวิสัยทัศน์ที่ชัดเจนขององค์กรว่าต้องการให้บรรลุเป้าหมายอะไร

### (3) กระบวนการจัดการความรู้

กระบวนการจัดการความรู้ที่ได้รับความนิยมที่ทุกคนต้องรู้จัก คือ SECI Model ของ Nonaka และ Takeuchi (1995) ที่ได้เสนอแนวคิดว่าความรู้ของคนสามารถแบ่งได้ 2 ประเภท ได้แก่ ความรู้ชัดแจ้ง (Explicit) และความรู้ฝังลึก (Tacit) ซึ่งความรู้ทั้งสองประเภทมีความสำคัญต่อองค์กร โดยเฉพาะความรู้ที่เกิดจากประสบการณ์ในการทำงาน หากมีการดึงความรู้ที่ฝังลึกออกมาใช้หรือเปลี่ยนให้เป็นความรู้ใหม่ขึ้นและเกิดการเรียนรู้เพิ่มขึ้น ซึ่ง SECI Model จะเป็นการอธิบายการถ่ายทอดความรู้และการเปลี่ยนรูปแบบของความรู้ทั้งสองประเภทเกิดเป็นความรู้ใหม่ ดังภาพ 8





ภาพที่ 8 SECI Model ของ Nonaka และ Takeuchi (1995)

- Socialization เป็นการแลกเปลี่ยนความรู้แบบความรู้ฝังลึกไปเป็นความรู้ฝังลึก (Tacit to Tacit) โดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ตรงของผู้ที่สื่อสารระหว่างกันสร้างเป็นความรู้ของแต่ละบุคคลขึ้นมาผ่านการทำงานร่วมกับผู้อื่น การลอกเลียนแบบ การสังเกต และการลงมือปฏิบัติความรู้ฝังลึกนี้อาจจะเป็นกระบวนการคิดซึ่งเป็นการยากที่จะอธิบายออกมาเป็นคำพูด การที่เข้าไปมีส่วนร่วมจะทำให้สามารถเรียนรู้ได้

- Externalization เป็นการแลกเปลี่ยนความรู้แบบความรู้ฝังลึกไปเป็นความรู้ชัดแจ้ง (Tacit to Explicit) สามารถทำได้โดยการเปรียบเทียบการตั้งสมมติฐานกรอบความคิดในการถ่ายทอดความรู้ฝังลึกออกมาเป็นความรู้ชัดแจ้งทำได้ยาก อาจทำได้ผ่านการพูดคุย การเล่าเรื่อง ซึ่งกระบวนการนี้เป็นกระบวนการที่สำคัญในการสร้างความรู้

- Combination เป็นการแลกเปลี่ยนความรู้แบบความรู้ชัดแจ้งไปเป็นความรู้ชัดแจ้ง (Explicit to Explicit) เป็นกระบวนการที่ทำให้ความรู้สามารถจับต้องได้นำไปใช้ได้และใช้งานร่วมกันได้สามารถทำได้โดยการแยกแยะ แบ่งประเภท และทำให้อยู่ในรูปเอกสารเป็นการจัดระบบความรู้

- Internalization เป็นการแลกเปลี่ยนความรู้แบบความรู้ชัดแจ้งไปเป็นความรู้ฝังลึก (Explicit to Tacit) เกิดจากการทำความเข้าใจในความรู้แบบชัดแจ้งของบุคคลจนเกิดเป็นความรู้ขึ้น โดยผ่านการอ่านหนังสือ เอกสารแล้วทำความเข้าใจ หรือผ่านการฝึกปฏิบัติการนำเอาความรู้ไปใช้กระบวนการต่าง ๆ จะเกิดขึ้นหมุนวนกันไปซ้ำแล้วซ้ำเล่า ซึ่งในแต่ละกระบวนการที่เกิดการเปลี่ยนรูปแบบระหว่างความรู้ฝังลึกกับความรู้ชัดแจ้งทำให้เกิดความรู้ใหม่

เพิ่มขึ้น นั่นหมายความว่า Externalization และ Internalization เป็นกระบวนการสำคัญในการสร้างความรู้ยังสามารถกระตุ้นให้กระบวนการทั้ง 4 เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องจนเกิดเป็นเกลียวความรู้ (Knowledge spiral) และยิ่งเกลียวความรู้หมุนเร็วเท่าไรก็จะทำให้เกิดความรู้เพื่อนำไปใช้ประโยชน์กับองค์กรได้มากขึ้นเท่านั้น

#### (4) ปัจจัยที่เอื้อให้การจัดการความรู้ประสบความสำเร็จ

- ผู้นำองค์กรให้การสนับสนุนและกำหนดทิศทางกลยุทธ์ให้สอดคล้องกับธุรกิจขององค์กร เพื่อช่วยเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขัน รวมทั้งการชมเชย ให้อำนาจ เพื่อโน้มน้าวให้บุคลากรเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

- องค์กรต้องมีวัฒนธรรมการแลกเปลี่ยนและแบ่งปันความรู้ เพื่อส่งผ่านความรู้ให้มีประสิทธิภาพ

- เทคโนโลยีสารสนเทศ ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ได้ง่าย และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

- การฝึกอบรมและการเรียนรู้ เพื่อสร้างความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการจัดการความรู้

- วัตถุประสงค์ที่ชัดเจน จะช่วยให้องค์กรสามารถ พัฒนาและปรับปรุงกลยุทธ์เพื่อให้องค์กรบรรลุเป้าหมายได้ดียิ่งขึ้น

- โครงสร้างพื้นฐานที่เหมาะสม ในการแลกเปลี่ยนความรู้ของคนในองค์กรจะไม่ราบรื่น หากขาดโครงสร้างพื้นฐานที่ดี โครงสร้างนี้อาจ หมายถึง สิ่งที่ต้องได้ เช่น สถานที่และอุปกรณ์ต่างๆ สำหรับสิ่งที่จะต้องไม่ได้ เช่น ระบบหรือกลไกที่สนับสนุนการแลกเปลี่ยนความรู้ เป็นต้น

- บุคลากรในองค์กร เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จที่สุดที่จะช่วยให้กระบวนการจัดการความรู้เป็นไปได้อย่างดีและต่อเนื่อง

สรุปปัจจัยเอื้อต่อการจัดการข้อมูลและการจัดการความรู้ให้ประสบความสำเร็จนั้น สามารถสรุปเป็นประเด็นสำคัญดังนี้ 1) ปัจจัยพฤติกรรมบุคลากรในองค์กร เช่น ความรู้ ทักษะ การฝึกอบรม ทศนคติ แรงจูงใจ 2) ปัจจัยด้านเทคนิค เช่นกระบวนการ รูปแบบ วิธีการ 3) ปัจจัยด้านการจัดการ เช่น วัฒนธรรมขององค์กรในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นโยบายขององค์กร โครงสร้าง ทรัพยากร เทคโนโลยีสารสนเทศ เป็นต้น

## 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

### 2.3.1 สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ปัจจุบันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในระดับโลก และประเทศ ซึ่งมีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้น ทั้งในส่วนของอัตราป่วยและอัตราตาย นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความพิการและเสียชีวิตมากขึ้น รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรค ล้วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของมนุษย์ที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามการเปลี่ยนแปลงของระบบเศรษฐกิจ สังคม วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ส่งผลกระทบโดยตรงและโดยอ้อมต่อวิถีชีวิตประชาชนในระยะยาว ประกอบกับโครงสร้างประชากรที่มีการเปลี่ยนแปลง ทำให้มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น จึงยังทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณและคณะ 2556) จากสถานการณ์ปัจจุบันของประเทศไทย พบว่าสาเหตุการตายส่วนใหญ่ของคนไทย เกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากถึงร้อยละ 60 (สุพัตรา ศรีวณิชชากร 2555) โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขในประเทศไทย ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าในปี 2553-2555 โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราตายเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่วนโรคความดันโลหิตสูงมีอัตราตายอยู่ในระดับสูงทรงตัว (กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักโรคไม่ติดต่อ 2556) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 อัตราการเสียชีวิตต่อแสนประชากรของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญระดับประเทศใน ปี 2553-2555

โรค	2553	2554	2555
โรคความดันโลหิตสูง	3.9	5.7	5.7
โรคเบาหวาน	10.8	11.9	12.1
โรคหัวใจขาดเลือด	20.5	22.5	23.5
โรคหลอดเลือดสมอง	27.5	30.0	31.7

ที่มา: กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักโรคไม่ติดต่อ 2556

ซึ่งโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเหล่านี้ ยังคงเป็นปัญหาสุขภาพลำดับต้นๆ ของประเทศและมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนขึ้นทุกปี ในส่วนของจังหวัดพัทลุงปี พ.ศ. 2556 พบผู้ป่วยรายใหม่โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ ดังนี้ โรคความดันโลหิตสูงอัตราป่วย 757.48 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือโรคเบาหวานอัตราป่วย 411.06 ต่อประชากรแสนคน โรคหลอดเลือดสมองอัตราป่วย 121.58 ต่อประชากรแสนคน และโรคหัวใจขาดเลือดอัตราป่วย 97.81 ต่อประชากรแสนคน (ระบบข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดพัทลุง 2556) และพบว่าในปี 2553-2555 มีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 อัตราการเสียชีวิตต่อแสนประชากรของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญในจังหวัดพัทลุงในปี 2553-2555

โรค	2553	2554	2555
โรคความดันโลหิตสูง	129.68	152.87	176.65
โรคเบาหวาน	54.23	61.5	72.9
โรคหัวใจขาดเลือด	16.11	31.44	35.56
โรคหลอดเลือดสมอง	43.42	43.82	55.41

ที่มา: ระบบข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดพัทลุง 2556

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มโอกาสที่จะเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มักจะเกิดจากปัจจัยเสี่ยงหลายๆปัจจัยร่วมกัน ซึ่งปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ ได้แก่ การออกกำลังกาย ภาวะไขมันในเลือดสูง การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม (กลุ่มยุทธศาสตร์ และแผนงาน สำนักโรคไม่ติดต่อ 2556)

### 2.3.2 การจัดบริการสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง

1) การจัดบริการสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง มีเป้าหมาย คือ ต้องให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวให้อยู่กับสภาพป่วยเรื้อรังได้ ไม่ให้มีภาวะแทรกซ้อน หากมีภาวะแทรกซ้อนให้มีผลกระทบน้อยที่สุด เพื่อให้สามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยลักษณะของการบริการเป็นรูปแบบ (สำนักงานวิจัย และพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน 2555) ดังนี้

- (1) ต้องเน้นการดูแลที่ต่อเนื่อง ผสมผสาน
- (2) มีการประเมินรอบด้านเป็นระยะๆทั้งด้านกาย จิตใจ สภาพสังคม

เศรษฐกิจ

- (3) มีเวลาสำหรับการดูแลเรื่องพฤติกรรม วิธีปฏิบัติ
- (4) ปรับบริการให้ยืดหยุ่นตามสภาพผู้ป่วย
- (5) ตั้งเป้าหมาย แผนการดูแลที่ปรับเป้าหมายเป็นระยะๆ

2) บทบาทของกลุ่มเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ประกอบด้วยอสม. อปท. รวมทั้งหน่วยบริการในชุมชน(รพ.สต.)และการสนับสนุนของโรงพยาบาลแม่ข่าย (สำนักงานวิจัย และพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน 2555)

(1) บทบาทหน่วยบริการในชุมชนและการสนับสนุนของรพ.แม่ข่าย คือ การเชื่อมบริการระหว่างรพ.และรพ.สต. เช่น การพัฒนาให้มีแนวทาง และมาตรฐานการรักษา เดียวกันระบบสนับสนุนจากโรงพยาบาลในการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านความรู้ ทักษะ การให้บริการ การให้การสนับสนุนยา เวชภัณฑ์ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การรับส่งต่อผู้ป่วย ตลอดจนการให้คำปรึกษาจากแพทย์ และการมีทีมออกติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยร่วมกัน รวมถึงการเชื่อมต่อระบบข้อมูลเพื่อสนับสนุนให้เกิดการส่งต่อ รับกลับที่มีประสิทธิภาพ

(2) บทบาทอสม.ร่วมค้นหา คัดกรองกับเจ้าหน้าที่

(3) บทบาทอปท. ปัจจุบันบทบาทของอปท.ยังคงเน้นในเรื่องของการสนับสนุนงบประมาณเป็นหลักและมีบางแห่งที่ร่วมดำเนินงานเชิงรุกในชุมชนกับทีมสุขภาพ ในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ สนับสนุนสถานที่ในการจัดกิจกรรมปรับพฤติกรรม

(4) บทบาทแกนนำ (ผู้ป่วย) สนับสนุนและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การรวมกลุ่มจัดตั้งชุมชนหรือกลุ่มเบาหวาน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

3) บทเรียนการจัดการโรคเรื้อรังในชุมชนที่ผ่านมา

(1) บทเรียนจากชุมชนและท้องถิ่นในการปรับเปลี่ยนความเสี่ยงต่อสุขภาพของอบต.มะขุนหวาน อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ ได้นำเครื่องมือแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (SRM: Strategic route map) มาใช้ในการทำงานโรคเรื้อรัง อีกทั้งยังได้แยกแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ออกจากแผนยุทธศาสตร์หลักของท้องถิ่นที่จะต้องดำเนินการทำให้มองเห็นปัญหาสาธารณสุขได้ชัดเจนขึ้น และพบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จในการสร้างเสริมสุขภาพ ดังนี้ 1) การใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เป็นเครื่องมือ 2) การสร้างความเข้มแข็งทีมตำบล 3) การเป็นพื้นที่ต้นแบบ 4) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน 5) การพัฒนาอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง 6) เกิดนวัตกรรมในชุมชน และ 7) การสร้างบรรยากาศ วัฒนธรรมในการทำงานที่เอื้ออำนวย สร้างแรงจูงใจด้วยการสรรเสริญ การให้การยอมรับกันและกันของอาสาสมัคร ไม่ได้ใช้ตัวเงินเป็น ตัวตั้งเพราะงบประมาณมีจำกัด

(2) บทเรียนการจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองให้แก่ผู้ป่วยกลุ่มต่างๆของรพ.ครบุรี อ.ครบุรี จ.นครราชสีมา พบว่าจากสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในปัจจุบัน เมื่อยาไม่ใช่คำตอบทั้งหมด สิ่งสำคัญคือ

- ความร่วมมือของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง

- ทีมสหวิชาชีพ ในความหมายของทุกคน มักจะหมายถึง แพทย์ เภสัชกร ทันตภิบาล พยาบาล ฯลฯ แต่สำหรับทีมสหวิชาชีพของรพ.ครบุรีนำเอาชาวบ้านหรือประชาชนที่เป็นผู้ป่วยเบาหวานรวมถึงอสม.เข้ามาร่วมเป็นทีมสหวิชาชีพด้วย ดังนั้นทีมสหวิชาชีพของรพ.ครบุรี จึงมีจำนวนสมาชิกเป็นจำนวนมาก เต็มพื้นที่ ใครที่อยากมีส่วนเกี่ยวข้องก็สามารถยกมือเข้ามาร่วมได้ เพราะคำว่าสหวิชาชีพไม่ใช่แค่วิชาชีพของเรา แต่ทุกวิชาชีพล้วนมีความสามารถที่จะดูแลตัวเองได้ทั้งสิ้น

- การพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยเบาหวานในการดูแลตนเองและเพื่อนเบาหวาน

- การสร้างกลุ่มที่เป็นแกนนำ ด้วยความเชื่อที่ว่า ถ้าเมื่อไหร่แกนนำสามารถดูแลตัวเองได้ก็จะสามารถช่วยดูแลคนอื่นได้ด้วย

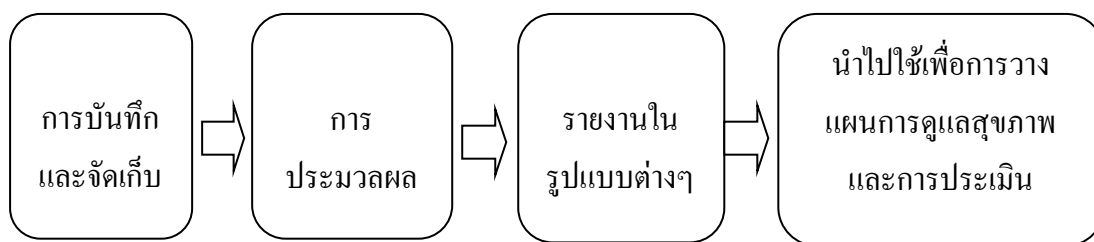
- มีคู่มือสำหรับแกนนำ โดยในคู่มือจะมีคำอธิบายง่ายๆ เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับประทานอาหาร คำแนะนำการดูแลเท้า การออกกำลังกาย เป็นต้น

อันที่จริงรพ.นครบุรีทำเรื่องการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพคล้ายคลึงกับที่อื่น แต่สิ่งที่แตกต่างออกไป คือ กระบวนการเรียนรู้ ซึ่งจะเน้นให้ผู้ป่วยเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง และจัดประสบการณ์ให้เขาทำงานต่อเนื่อง

(4) บทบาทของสถานพยาบาลในระบบการดูแลและป้องกันโรคเรื้อรังในชุมชน รพ.พุทธชินราชพิษณุโลก จ.พิษณุโลก พบว่า บทบาทของสถานพยาบาลในระบบจัดการเพื่อดูแลและป้องกันโรคเรื้อรังในชุมชน มีหลักการอยู่ 3 อย่าง คือ 1) สร้างทีมร่วมดูแลสุขภาพประชาชน 2) สร้างระบบเชื่อมโยง และ 3) สร้างพลังชุมชน

### 2.3.3 การจัดการและการใช้ประโยชน์ข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ปัจจุบันระบบข้อมูลข่าวสารซึ่งจัดการโดยระบบคอมพิวเตอร์ และระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ซึ่งเอื้อประโยชน์ในการจัดการระบบส่งต่อได้เป็นอย่างดี หากมีการเชื่อมโยงและสามารถใช้ให้เกิดประโยชน์ร่วมกันได้ การจัดการระบบข้อมูลข่าวสาร มีขั้นตอนสำคัญ 4 ส่วน คือ การบันทึกและจัดเก็บ การประมวลผล รายงานในรูปแบบต่างๆ และนำไปใช้เพื่อการวางแผนการดูแลสุขภาพและการประเมิน ดังภาพที่ 9



ภาพที่ 9 การจัดการระบบข้อมูลข่าวสาร (สุพัตรา ศรีวิณิชชากรและคณะ 2553)

การพัฒนากระบบข้อมูล ควรเริ่มต้นที่การวางกระบวนการทำงานว่าต้องการรายงานหรือข้อมูลอะไร เพื่อช่วยการตัดสินใจแล้วออกแบบการเก็บข้อมูล ประมวลผล และจัดทำรายงานที่เหมาะสมเพื่อให้รายงานที่ต้องการใช้การได้ เนื่องจากกระบบข้อมูลของแต่ละแห่ง ในปัจจุบันมีการจัดเก็บ ประมวลผล และจัดทำรายงานในหลายรูปแบบ กรอบแผนภาพการพัฒนากระบบการจัดการข้อมูลเพื่อพัฒนาระบบการดูแลสามารถช่วยให้จัดการข้อมูลและใช้ประโยชน์ได้ชัดเจนขึ้น

การจัดการและการใช้ประโยชน์ข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในการจัดเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและการใช้ประโยชน์ข้อมูลผู้ป่วยทั้งในทางด้านคลินิกและคุณภาพชีวิต เพื่อวางแผนการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การจัดเก็บ วิเคราะห์และใช้ประโยชน์ข้อมูลผู้ป่วยทั้งทางด้านคลินิกและคุณภาพชีวิต

ประเภทชุดข้อมูล	วิธีการจัดเก็บ/แหล่งข้อมูล	การใช้ประโยชน์ข้อมูล
1. ข้อมูลพื้นฐาน : เพศ อายุ เวลาที่เริ่มเป็นโรค ระยะเวลาที่เป็นโรคหลังวินิจฉัย ประเภท ผู้ป่วยเก่า/ใหม่ในปี	<ul style="list-style-type: none"> <li>การสัมภาษณ์ และบันทึกข้อมูลในแฟ้มครอบครัว</li> <li>บัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคลหรือในโปรแกรมคอมพิวเตอร์</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ทราบลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วยในความรับผิดชอบ เช่น จำแนกตามกลุ่มอายุจำแนกตามระยะเวลาที่เป็น ตามพื้นที่หมู่บ้านที่อยู่อาศัย</li> <li>คำนวณอัตราการเกิดโรคใหม่และความชุกของโรคในแต่ละปี</li> </ul>

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ประเภทชุดข้อมูล	วิธีการจัดเก็บ/ แหล่งข้อมูล	การใช้ประโยชน์ข้อมูล
<p><b>2. ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ :</b> ความสม่ำเสมอในการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การมีภาวะความเครียดหรือซึมเศร้า การดื่มเหล้า การสูบบุหรี่</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ตั้งเกณฑ์พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สัมภาษณ์และเก็บข้อมูลในรูปแบบ การประเมินแบบรายบุคคล เป็นรายเดือนหรือรายปี</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>วิเคราะห์ภาพรวมของพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อใช้วางแผนงานโครงการ</li> <li>วัดประสิทธิภาพของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและปรับพฤติกรรมสุขภาพ</li> </ul>
<p><b>3. ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการทางคลินิก :</b>ระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย HbA1C ระดับไขมันในเลือดระดับความดันโลหิต ผลการตรวจตา การตรวจปัสสาวะ การตรวจเท้า</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>บันทึกผลการตรวจในแฟ้มผู้ป่วยหรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์อย่างสม่ำเสมอ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ทราบประสิทธิภาพในการให้การรักษาผู้ป่วยทั้งด้านการรักษา การลดภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน</li> <li>ใช้เป็นผลลัพธ์ระยะสั้นในการติดตามผลกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม</li> </ul>
<p><b>4. ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน:</b> การวินิจฉัยภาวะแทรกซ้อนโดยแพทย์ เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคอัมพาต โรคจอประสาทตาเสื่อมการมีแผลเรื้อรังที่เท้า การตัดเท้า</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>การบันทึกการวินิจฉัยในแฟ้มครอบครัว/บัตรตรวจโรครายบุคคลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ทราบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย</li> <li>ใช้เป็นผลลัพธ์ระยะยาวของการติดตามประเมินผลกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม</li> </ul>
<p><b>5. ข้อมูลการทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม :</b> การเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษา การทำกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ข้อมูลชมรมส่งเสริมสุขภาพและปริมาณกิจกรรม</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>บันทึกการทำกิจกรรมลงในแฟ้มครอบครัว บัตรตรวจสุขภาพหรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์ทุกครั้งที่ทำกิจกรรมกับผู้ป่วยแต่ละคนแต่ละครั้ง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ข้อมูลเชิงปริมาณในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วย</li> <li>เป็นผลงานเชิง input /process ของคลินิกเบาหวาน</li> </ul>



### ตารางที่ 3 (ต่อ)

ประเภทชุดข้อมูล	วิธีการจัดเก็บ/ แหล่งข้อมูล	การใช้ประโยชน์ข้อมูล
<b>6. ข้อมูลกรณีศึกษารายบุคคล :</b> เรื่องราวการดำเนินโรควิธีการ รักษา การดูแลตนเอง บริบท สภาพแวดล้อม ครอบครัว สังคม วัฒนธรรม ที่มีผลต่อการดูแล ตนเองของผู้ป่วยเบาหวานทั้งผู้ที่ ดูแลตนเองได้ดี และผู้ที่มีปัญหา	<ul style="list-style-type: none"> <li>• จัดทำแบบบันทึก เรื่องราวของผู้ป่วยเป็น รายกรณีศึกษาในรูปแบบ ที่เหมาะสม เข้าใจง่าย นำไปถ่ายทอดได้</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• สรุปเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพที่ แสดงถึงความละเอียดอ่อนของ การดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นเอกลักษณ์ ของรพ.สต.</li> <li>• ใช้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการ แก้ไขปัญหาการดูแลผู้ป่วยที่ ซับซ้อน</li> </ul>

ที่มา: สุพัตรา ศรีวิชิชากรและคณะ 2553

#### 2.3.4 ฐานข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

##### 1) ฐานข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของต่างประเทศ

###### (1) ประเทศแคนาดา

เนื่องจากประเทศแคนาดาการใช้ระบบเฝ้าระวังโรคเรื้อรังจำนวนมาก โดยมีตั้งแต่สร้างเป็นระบบเฝ้าระวังเรียบร้อยแล้วไปจนกระทั่งยังไม่ได้เริ่มต้นพัฒนา ซึ่งต้องใช้ข้อมูลจำนวนมากที่เกี่ยวกับปัจจัยกำหนด ปัจจัยเสี่ยง การวินิจฉัย มาตรการต่างๆ (Interventions) และผลลัพธ์ (outcome) แต่ก็ยังไม่มีรูปแบบใดที่สามารถรวมระบบทั้งหมด เข้าด้วยกัน เพื่อการลดความซ้ำซ้อนของข้อมูลและให้ข้อมูลที่มีคุณภาพมากที่สุดได้ ปัจจุบันสามารถแบ่งรูปแบบของระบบเฝ้าระวังโรคเรื้อรังในแคนาดาเป็น 4 กลุ่ม (ปรีชา เปรมปรี และคณะสำนักกระบวนาติวิทยา 2553) คือ

##### 1. การขึ้นทะเบียนผู้ป่วย (Registry based surveillance)

- Provincial cancer registry
- Canadian organ replacement registry

##### 2. ฐานข้อมูลบริหารจัดการด้านสุขภาพ (Health administrative database type surveillance)

- Canadian morbidity database
- Hospital morbidity database
- National diabetes surveillance system

3. การบริหารโดยเชื่อมโยงข้อมูล (Record linkages using administrative data base)

- National diabetes surveillance system

4. การสำรวจปัจจัยเสี่ยง (Survey based surveillance for risk factors)

- Canadian heart health survey

- National population health survey

- Canadian community health survey

(2) ประเทศออสเตรเลีย

ระบบเฝ้าระวังโรคเรื้อรังในประเทศออสเตรเลียนั้น ได้จากการทำสำรวจสุขภาพระดับชาติ (National health surveys) ทุกๆ 3 ปี โดยเริ่มมาตั้งแต่ปี ค.ศ.1977-2001 ลักษณะการเก็บข้อมูลเป็นการให้ผู้ตอบแบบสอบถามตอบด้วยตนเอง (Self-reported) ซึ่งในช่วงแรกที่ทำสำรวจไม่มีคำถามเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือด จนกระทั่งในปี ค.ศ. 2001 เริ่มมีการบรรจุคำถามเกี่ยวกับโรคเบาหวาน โรคหัวใจ และหลอดเลือดลงไปในปี ค.ศ.1995 มีการสำรวจสุขภาพในประชากรโดยทางโทรศัพท์ซึ่งเป็นการทำสำรวจของแต่ละพื้นที่เอง พบว่า การร่วมมือค่อนข้างต่ำ และเมื่อนำมาเปรียบเทียบกับวิธีเดิมที่ถามต่อหน้า พบว่ามีความแตกต่างกันโดยเฉพาะในเรื่องพฤติกรรม การสูบบุหรี่ ในทางห้องปฏิบัติการเองก็มีการทำสำรวจที่เรียกว่า Australian health measurement survey ซึ่งจะเก็บตัวอย่างส่งตรวจเพื่อหาปัจจัยเสี่ยงในประชากร ซึ่งแต่เดิมนั้นทำต่างหาก แต่ในปี ค.ศ.2004 จะมีการเชื่อมโยงกับการสำรวจ National health surveys เพื่อให้ข้อมูลมีประโยชน์มากขึ้น มีหน่วยงานนอกภาครัฐ คือ National heart foundation และ Diabetes australia ทำการเก็บข้อมูลเป็นช่วงๆในปี ค.ศ. 1980, 1983, 1989 และ 2004 แต่ยังไม่ได้มีการเชื่อมโยงกับทางภาครัฐ (ปรีชา เปรมปรี และคณะสำนักกระบวนวิชา 2553)

(3) ประเทศสหรัฐอเมริกา

ในปี ค.ศ.1957 เริ่มมีการเก็บข้อมูลสถานะทางสุขภาพในการทำ National health interview surveys เพื่อตอบคำถามเรื่องอุบัติการณ์ และความชุกของโรคในกลุ่มอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ต่อมาในช่วงทศวรรษ 1980 จึงเริ่มมีการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านสุขภาพ (Behavioral risk factor surveillance system; BRFSS) นอกจากการใช้ข้อมูลเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านสุขภาพเพื่อบอกสถานะการณ์ของโรค และยังมีการใช้ข้อมูลจากแหล่งข้อมูลอื่นๆอีก เช่น ข้อมูลการจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาล ข้อมูลสถิติชีพ ซึ่งจะมีข้อมูลการตายในใบมรณะบัตรในส่วนของโรคเบาหวานได้ทำการรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยที่วินิจฉัยรายใหม่ การสำรวจคาดประมาณผู้ป่วยทั้งหมดเพื่อที่จะตอบคำถามเหล่านี้ คือ ความชุก อัตราตาย การเข้าถึงบริการสุขภาพ การตัดแขนขา

เนื่องจากผลของโรคเบาหวาน ตามอดเนื่องจากเบาหวาน การเข้ารักษาภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉินของเบาหวาน (ปรีชา เปรมปรี และคณะสำนักกระบาดวิทยา 2553)

## 2) ฐานข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของไทย

ระบบข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ดำเนินการในปัจจุบันของไทย ข้อมูลส่วนใหญ่มาจาก (1) ข้อมูลซึ่งรวบรวมจากประชากรทั่วไปที่ได้มาจากการศึกษาวิจัยของหน่วยงานต่างๆ เช่น การสำรวจหาผู้ป่วยตามดัชนีชี้วัด การตรวจเพื่อคัดกรองผู้ป่วย การศึกษาในด้านการดูแลตนเองและอื่นๆ และมีกระจายของข้อมูลในแหล่งต่างๆ ที่ทำการศึกษา (2) ข้อมูลที่รวบรวมจากผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลต่างๆ เพื่อในการติดตามขนาดของปัญหาและคุณภาพการให้บริการ (ปรีชา เปรมปรีและคณะสำนักกระบาดวิทยา 2553) โดยในประเทศไทยมีฐานข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอยู่หลายฐานข้อมูลด้วยกัน ซึ่งแต่ละพื้นที่แต่ละหน่วยงานมีการพัฒนาและปรับใช้ฐานข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้เหมาะสมกับการใช้งานและบริบทของพื้นที่ ฐานข้อมูลที่พบว่ามีการใช้งานอยู่ในไทย มีดังนี้

### (1) ฐานข้อมูลโรคเรื้อรังของสำนักกระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

สำนักกระบาดวิทยา ได้ดำเนินการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตั้งแต่เดือนเมษายน 2546 โดยเฝ้าระวังโรคที่เป็นปัญหาและนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข 3 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจขาดเลือด ต่อมาในปี พ.ศ. 2549 ได้เพิ่มโรคในการเฝ้าระวังอีก 2 กลุ่มโรค คือ โรคหลอดเลือดสมองและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สำหรับโปรแกรมที่ใช้ในการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือ โปรแกรม Chronic diseases surveillance ช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานส่งออกข้อมูล ได้สะดวกขึ้น ต่อมาในปี พ.ศ. 2553 ได้พัฒนาเป็น โปรแกรม Diseases surveillance version 1.0 สามารถจัดการวิเคราะห์และประมวลผลข้อมูลข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 5 โรค คือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคเรื้อรังทางเดินหายใจส่วนล่าง จากเพิ่มข้อมูลมาตรฐานด้านการแพทย์และสุขภาพ ตามโครงสร้างมาตรฐานที่สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดขึ้น ซึ่งสถานบริการหรือหน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับสามารถนำไปใช้เพื่ออำนวยความสะดวกในการวิเคราะห์ ประมวลผลข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตามลักษณะทางระบาดวิทยา บุคคล เวลา สถานที่และเอื้อต่อการนำข้อมูลไปใช้ในการดำเนินงานทางด้านสาธารณสุข เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แต่ก็พบว่าข้อมูลที่สำนักกระบาดวิทยานำมาประมวลผลนี้มีข้อจำกัด เนื่องจากเป็นข้อมูลเฉพาะผู้ที่มารับบริการในสถานพยาบาลของรัฐ ประเภทผู้ป่วยนอก ข้อมูลที่ได้นี้ สามารถสะท้อนให้เห็นปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับหนึ่งเท่านั้น ดังนั้น จึงต้องพิจารณาให้รอบครอบก่อนนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ต่อไป โดยสามารถเข้าสืบค้นข้อมูลได้จาก <http://www.boe.moph.go.th/-report.php?cat=12> (สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ม.ป.ป.)

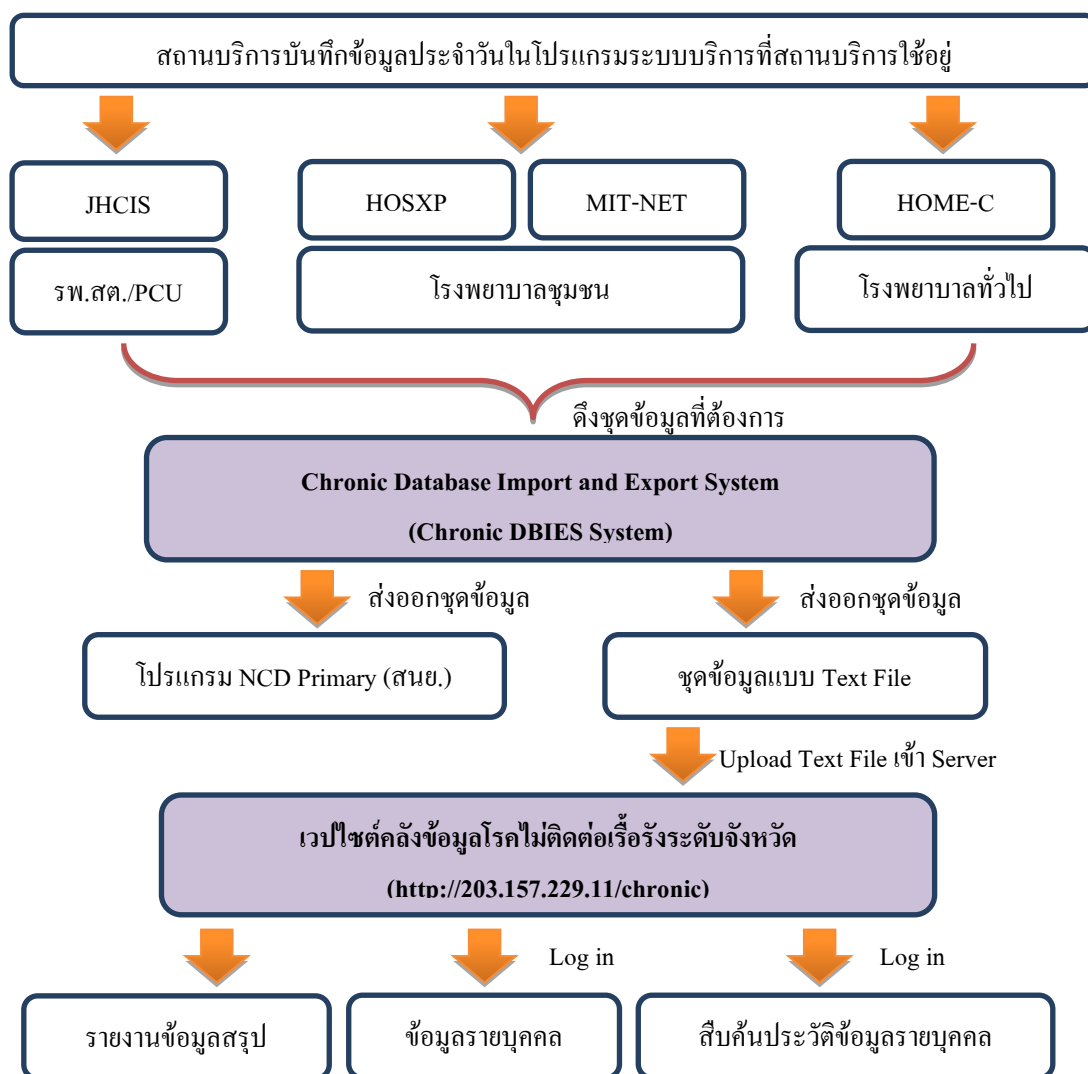
(2) ฐานข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของสำนักงานโรคไม่ติดต่อ  
กรมควบคุมโรค

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค มีบทบาทในด้านวิชาการการ  
เฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บของประเทศ โดยได้ดำเนินการพัฒนาระบบ  
เฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ (Behavioral risk factor surveillance system :  
BRFSS) มาตั้งแต่ปีพ.ศ. 2547 และทำการสำรวจสุขภาพประชาชน (Health survey) ในประเด็น  
สุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่หรือการดื่มสุรา การรับประทานผักและผลไม้  
การมีกิจกรรมทางกาย ความพึงพอใจในการเข้ารับบริการตรวจรักษาโรค การได้รับตรวจคัดกรองโรค  
และการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูง โดยการเลือกตัวอย่าง  
ประชากรเก็บข้อมูลสำหรับการศึกษา สามารถแสดงผลถึงสถานะสุขภาพของประชากรความครอบคลุม  
และคุณภาพของระบบบริการสุขภาพในประเทศ ความชุกของโรคไม่ติดต่อ และพฤติกรรมเสี่ยงที่สำคัญ  
จะทำให้เกิดระบบข้อมูลสุขภาพสำหรับการป้องกันควบคุมโรคที่สมบูรณ์ มีคุณภาพและมีความ  
น่าเชื่อถือได้ระดับสูง สำหรับใช้เป็นเครื่องมือสำหรับการติดตามความก้าวหน้าและประเมินผล  
การดำเนินงาน โครงการหรือกิจกรรมด้านสุขภาพอนามัย ตลอดจนติดตามความเคลื่อนไหว  
และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในประชากรอย่างต่อเนื่อง การจัดทำระบบข้อมูลและการพัฒนาระบบ  
ข้อมูลในส่วนนี้จัดว่าเป็นการลงทุนที่ก่อประโยชน์ต่อสังคมในระยะยาวและเป็นประโยชน์ร่วมกัน  
ในหลายองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชนที่มีหน้าที่รับผิดชอบในระบบสุขภาพทั้งระดับพื้นที่เขต ประเทศ  
และนานาชาติตลอดจนองค์กรต่างๆ ในระบบเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ในชื่อฐานข้อมูลว่า  
คลังข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการบาดเจ็บ สำนักโรคไม่ติดต่อ การควบคุมโรค โดยสามารถ  
เข้าสืบค้น ข้อมูลได้จาก <http://thaincd.com/informationstatistic/non-communicablediseasedata.php>  
(สำนักโรคไม่ติดต่อ ม.ป.ป.)

(3) ฐานข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของจังหวัดพัทลุง

ข้อมูลการป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของจังหวัดพัทลุง  
ใช้โปรแกรม Chronic DBIES system เป็นระบบฐานข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของจังหวัด ซึ่งโปรแกรม  
ดังกล่าวเป็น Windows application ที่พัฒนาขึ้น เพื่อเชื่อมโยงและนำเข้าข้อมูลโรคเบาหวานและ  
ความดันโลหิตสูง จากฐานข้อมูลระบบบริการของสถานบริการ โดยในเวอร์ชันนี้ (2010.10.01)  
สามารถเชื่อมโยงข้อมูล ฐานข้อมูล JHCIS, MIT-NET, HOS-XP,HOS\_PCU และ HOME-C ได้ โดย  
โปรแกรม Chronic DBIES system จะสร้างชุดข้อมูลตามโครงสร้างของระบบฐานข้อมูลโรคเบาหวาน  
โรคความดันโลหิตสูง ที่ได้ออกแบบขึ้น และเชื่อมโยงฐานข้อมูล MySQL บน Server ซึ่งมีระบบปฏิบัติการ  
เป็น Linux และมี Web application ที่พัฒนาขึ้น เพื่อ รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ และสร้างสารสนเทศ

ของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงระดับจังหวัด ที่สามารถใช้งานได้ผ่านระบบอินเทอร์เน็ต โดยไม่เป็นการเพิ่มภาระของบุคลากรในการบันทึกข้อมูลซ้ำซ้อนแต่อย่างใด อีกทั้งสามารถแสดงรายละเอียดข้อมูลโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ทั้งในกลุ่มคัดกรอง กลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้ป่วยได้ เป็นรายบุคคล ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการค้นหา ติดตาม ดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยในพื้นที่รับผิดชอบได้เป็นอย่างดี โดยสามารถเข้ามาสืบค้นข้อมูลได้จาก <http://203.157.229.18/chronic/index.php> (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง 2556) ดังภาพที่ 10



ภาพที่ 10 ระบบคลังข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของจังหวัดพัทลุง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง 2556)

จากการทบทวนระบบข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังดังกล่าวข้างต้น ซึ่งจะเห็นได้ว่าระบบข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทยเองได้มีการพัฒนาฐานข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในหลากหลายรูปแบบ เพื่อให้ตอบสนองการใช้งานของแต่ละบริบทของพื้นที่ ดังนั้นในการพัฒนาฐานข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนั้น จำเป็นต้องมีคำนึงถึงหลักการสำคัญต่างๆของการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วย

### 3) ปัญหา อุปสรรค ของฐานข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนั้น มักจะมีข้อจำกัดในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งนี้ด้วยปัจจัยหลายประการด้วยกัน ได้แก่ ปัญหาการวินิจฉัยโรคเนื่องจากโรคหัวใจและหลอดเลือดรวมทั้งเบาหวาน เป็นโรคที่เกิดขึ้นโดยที่ไม่มีอาการในระยะแรก การที่ผู้ป่วยมารักษาที่โรงพยาบาลจึงมักเป็นผู้ป่วยที่มีอาการแล้ว อัตราป่วยที่ได้จากข้อมูลสถานพยาบาลจึงมักจะต่ำกว่าความเป็นจริง ปัญหาการรักษาโรคที่ต่อเนื่องระยะยาว ทำให้บางครั้งผู้ป่วยไปใช้บริการรักษาในสถานพยาบาลมากกว่าหนึ่งแห่ง ข้อมูลผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนจากสถานพยาบาลต่าง ๆ จึงมักจะซ้ำซ้อนกัน ระบบข้อมูลที่ผ่านมา มักจะใช้จากระบบรายงานจากสถานพยาบาล ส่วนปัญหาในระบบข้อมูลโรคเรื้อรังที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน (ปรีชา เปรมปรี และคณะสำนักกระบวนวิชา 2553) ได้แก่

(1) ระบบข้อมูลในประชากรทั่วไปซึ่งส่วนใหญ่ได้มาจากการศึกษาวิจัยนั้น กระจายอยู่ตามหน่วยงานที่เป็นแหล่งทุน ยังไม่มีการรวบรวมทำให้ไม่ทราบว่าข้อมูลเพียงพอหรือไม่

(2) ระบบข้อมูลในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่จะจัดทำเฉพาะในรพ. ขนาดใหญ่ที่ให้การรักษาระดับตติยภูมิ ซึ่งอาจไม่สะท้อนภาพของปัญหาในภาพของรพ. ขนาดเล็กหรือในประชากรทั่วไป นอกจากนี้ยังพบปัญหาดังต่อไปนี้

- ด้านผู้รับผิดชอบหลักในการจัดการระบบข้อมูล พบว่าในทุกรพ. งานด้านระบบข้อมูลจะเป็นงานรองซึ่งต้องใช้เวลานานอกเหนือจากเวลางานที่รับผิดชอบโดยตรงในการลงข้อมูลหรือพัฒนาระบบข้อมูล

- ด้านการจัดทำระบบข้อมูลในแต่ละสถาบัน พบว่า การใช้ระบบข้อมูลที่แตกต่างกัน ทำให้มีการบันทึกข้อมูลที่จำเป็นแตกต่างกัน ไม่มีระบบการเชื่อมโยงฐานข้อมูลแต่ละสถาบัน ระดับการใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลแต่ละสถาบันแตกต่างกัน บางสถาบันประมวลผลจากข้อมูลและนำมาใช้ในการวางแผนหรือสร้างดัชนีชี้วัดในเชิงคุณภาพ แต่บางสถาบันยังไม่มี การประมวลผล ข้อมูล ระบบข้อมูลที่พัฒนาขึ้นใช้ในแต่ละสถาบันมีความเฉพาะสำหรับแต่ละสถาบัน ไม่สามารถนำมาใช้สำหรับข้อมูลของประเทศได้ และข้อมูลจากแต่ละฐานข้อมูลมีระดับความเชื่อถือ

ได้แตกต่างกัน เนื่องจากมีระบบในการเก็บ และตรวจสอบข้อมูล รวมทั้งการให้ความหมายของแต่ละตัวแปรที่แตกต่างกัน

- ขาดงบประมาณในการดำเนินการ

(3) ข้อมูลจากฐานข้อมูลที่มีการประมวลผลแล้ว เมื่อเปรียบเทียบสถานการณ์ของโรคภายในประเทศกับต่างประเทศตามดัชนีชี้วัด เช่น อัตราตาย อัตราป่วย พบว่าประเทศไทยมีอัตราสูงกว่า ซึ่งจำเป็นต้องค้นหาแนวทางในการแก้ไข

จากการศึกษาข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าปัญหาโรคเรื้อรังในปัจจุบันนั้น นับวันจะทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ถึงแม้ว่าหลายๆหน่วยจะพยายามในการลดปัญหาดังกล่าวลง ไม่ว่าจะเป็น การป้องกันปัจจัยเสี่ยง การตรวจคัดกรองโรคในระยะแรก และการให้การรักษาที่ถูกต้อง แต่ปัญหาดังกล่าวยังคงมีอยู่ ดังนั้นการมีข้อมูลที่บ่งบอกถึงสถานการณ์ของโรค และผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคนั้น จึงมีความสำคัญต่อการประกอบ การวางแผนแก้ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน ซึ่งจากการศึกษาพอจะสรุปประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนให้ประสบความสำเร็จ คือ 1) ระบบข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2) ด้านวัฒนธรรมหรือบริบทของชุมชน เช่น นโยบาย บทบาทของผู้นำองค์กร และการสนับสนุนจากชุมชน 3) ด้านการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

## 2.4 แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพชุมชนของอสม.

### 2.4.1 ความหมายของอสม.นักจัดการสุขภาพชุมชน

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2554 ได้ให้ความหมายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมายถึง บุคคลที่ได้รับคัดเลือกจากชาวบ้านไม่น้อยกว่า 10 หลังคาเรือนในแต่ละคุ้มหรือละแวกบ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพ การทำหน้าที่เป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผนและประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่างๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสุขภาพและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ สำหรับการรับผิดชอบดูแลครัวเรือนในหมู่บ้าน/ชุมชนกำหนดจำนวนอสม.ในหมู่บ้าน/ชุมชน โดยเฉลี่ย 1 คน รับผิดชอบ 10-15 ครัวเรือน

ส่วนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นักจัดการสุขภาพชุมชน (อสม. นักจัดการสุขภาพชุมชน) นั้น กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน 2556 ได้ให้ความหมายไว้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็นต้นแบบในการสร้างสุขภาพและผู้ร่วมดำเนินการตั้งการควบคุมกำกับ ให้คำชี้แนะ ในกระบวนการจัดการด้านสุขภาพ 4 ด้าน เพื่อให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพ เฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน นำไปสู่การพัฒนา การดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชนที่พึ่งตนเองได้

#### 2.4.2 บทบาทอสม. นักจัดการสุขภาพชุมชน

1) บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตามมาตรฐานการสาธารณสุขมูลฐาน กำหนดไว้ดังนี้

- (1) สื่อข่าวสารสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน
- (2) เป็นผู้ให้คำแนะนำ ถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวตามองค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐาน
- (3) ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน เช่น การส่งต่อและติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการ การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การจ่ายถุงยางอนามัย การตรวจวัดความดันโลหิต ฯลฯ
- (4) หมุนเวียนกับการปฏิบัติงานที่สสมช. ในการจัดทำข้อมูลข่าวสารของหมู่บ้าน ถ่ายทอดความรู้ ถ่ายทอดความรู้และจัดกิจกรรมตามปัญหาของหมู่บ้าน ให้บริการที่จำเป็นใน 14 กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน
- (5) เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้านหรือพื้นที่รับผิดชอบ เช่น เรื่องทุพโภชนาการ อนามัยแม่และเด็ก การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันและเฝ้าระวังโรคประจำถิ่น
- (6) เป็นผู้ดำเนินการบริหารจัดการวางแผน แก้ไขปัญหาและพัฒนาชุมชน โดยใช้งบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบลและจากแหล่งอื่นๆ
- (7) เป็นแกนนำในการชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมของงานสาธารณสุขมูลฐานและพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยใช้กระบวนการความจำเป็นพื้นฐานและรวมกลุ่มในการพัฒนาสังคมด้านต่างๆ
- (8) ดูแลสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้าน โดยเป็นแกนนำในการประสานงานกับผู้นำชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบลและเครือข่ายสุขภาพ กระตุ้นให้มีการวางแผนและดำเนินงานเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขของหมู่บ้าน บนพื้นฐานข้อมูลของชุมชน ควบคู่กับการพัฒนาและแก้ไขปัญหาด้านสังคมเศรษฐกิจและจิตใจ



- 2) บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข ตามสมรรถนะ กำหนดไว้ดังนี้
- (1) สามารถนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ เพื่อพัฒนาและแก้ปัญหาที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่
  - (2) สามารถเป็นผู้นำในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภค
  - (3) สามารถสร้างและบริหารเครือข่ายในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพแบบหุ้นส่วน
  - (4) สามารถดำเนินการรณรงค์ ขับเคลื่อนให้ชุมชนและสังคมเกิดการตื่นตัวและรับผิดชอบต่อตนเอง ชุมชน และสิ่งแวดล้อมของชุมชน
  - (5) สามารถเตรียมการและริเริ่มดำเนินการตามมาตรการทางสังคมที่จะมีผลกระทบต่อสุขภาพ
  - (6) สามารถสร้างจิตสำนึกเรื่องจิตอาสาในการร่วมจัดการสุขภาพชุมชน
  - (7) สามารถสร้างโอกาสให้เด็ก เยาวชน แก่นนำอื่นๆเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพชุมชน
- 3) บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข (เชิงรุก) กำหนดไว้ดังนี้
- (1) ดูแลสุขภาพอนามัยเชิงรุกในกลุ่มแม่และเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน
  - (2) เสริมสร้างสุขภาพและแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน โดยแผนสุขภาพตำบลร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพต่างๆในชุมชน เพื่อลดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง หัวใจและหลอดเลือด อัมพฤกษ์ อัมพาตและหนุนการสร้างเสริมสุขภาพในรพ.สต.
  - (3) เป็นทูตไอโอดีนในการให้ความรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีน ตรวจสารไอโอดีนในเกลือ น้ำปลา ซอสปรุงรส และแนะนำหญิงตั้งครรภ์บริโภคเกลือไอโอดีน
- 4) บทบาททอสม.นักจัดการสุขภาพชุมชน กำหนดไว้ดังนี้
- (1) เป็นผู้ปฏิบัติตน และเป็นผู้นำบุคคลในครอบครัวปฏิบัติตามหลัก 3 อ. 2 ส.
  - (2) เป็นผู้ร่วมดำเนินการสั่งการ ควบคุม กำกับ ให้คำชี้แนะในกระบวนการจัดการด้านสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่

(2.1) การจัดทำแผนด้านสุขภาพ ระดมพลังความคิด เพื่อขับเคลื่อนให้เกิดแผนสร้างเสริมสุขภาพสู่การปฏิบัติและแผนการแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ เช่น แผนกองทุนสุขภาพ แผนอบต. แผนรพ.สต. เป็นต้น โดยมีขั้นตอนในการจัดทำแผนด้านสุขภาพดังนี้

1. สำรวจและประเมินสถานการณ์ชุมชน โดยการสำรวจและวิเคราะห์ ในประเด็นของพฤติกรรมเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพ สำรวจองค์กร/คนที่เป็นแกนนำ มีความพร้อมในการร่วมดำเนินการ สำรวจทุน และองค์ความรู้ ตลอดจนภูมิปัญญาท้องถิ่นที่จะนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ โดยมีกลไกดังนี้

- มีองค์กร คือ เจ้าภาพหลักที่เป็นแกนนำหรือเป็นกำลังหลักในการพัฒนาสุขภาพในที่นี้ คือ อสม.และนอกจากอสม.แล้วยังมีชมรมสร้างสุขภาพ กลุ่มแกนนำองค์กรภาคี เครือข่ายอื่นๆ รวมทั้งคนเก่ง คนดี ในหมู่บ้านที่พร้อมและร่วมทำงานด้านสุขภาพ

- มีกองทุน กองทุนในที่นี้หมายถึง กองทุนที่ชาวบ้านระดมกันเอง เกิดเป็นกองทุนต่างๆ และกองทุนที่ภาครัฐสมทบมาให้ เช่น กองทุนหมู่บ้าน SML กองทุนสุขภาพระดับตำบล เป็นต้น (กองทุนนี้รวมถึงกองทุนต่างๆ ที่มีอยู่ในหมู่บ้านทั้งที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพ)

- มีการนำองค์ความรู้และภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อชุมชน เช่น นำประสบการณ์จัดการเหียงฝ้าย มาบริหารจัดการ คน ทุน เพื่อการพัฒนาชุมชนหรือการใช้ภูมิปัญญาในเรื่องสมุนไพร ความเชื่อ วัฒนธรรม ประเพณี มาใช้เป็นสิ่งหล่อหลอมและดึงดูดให้คนในหมู่บ้านมา ร่วมกลุ่มทำกิจกรรมร่วมกัน เป็นต้น

โดยผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในขั้นตอนนี้ จะช่วยให้การจัดทำแผนชุมชนและแผนสุขภาพเพื่อแก้ไขปัญหาและพัฒนาหมู่บ้านได้ตรงตามปัญหาของหมู่บ้าน

2. สร้างเวทีการเรียนรู้ในหมู่บ้าน/ชุมชน ซึ่งเป็นการนำกลุ่มคน/องค์กร และความรู้ มาก่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน ในลักษณะประชาคมร่วมกันของกลุ่มองค์กรภาคี/เครือข่าย ร่วมกำหนดสิ่งที่ต้องการพัฒนา โดย

- กลุ่มองค์กร ภาคี/ เครือข่ายมาทำประชาคม พูดถึงเรื่องสภาพความเป็นอยู่ของคนในหมู่บ้านทุกแห่งทุกมุม ทุกด้าน ขั้นตอนนี้ถือว่าเป็นการวิเคราะห์สถานการณ์หมู่บ้าน/ชุมชนโดยคนในหมู่บ้าน/ ชุมชนเอง

- ร่วมกันวิเคราะห์ถึงปัญหาหรือสิ่งที่ต้องการพัฒนา โดยวิเคราะห์ให้ลึกถึงสาเหตุของปัญหานั้นๆด้วยร่วมกันจับบันทึก แดกประเด็นของเรื่องที่พูดคุย เพื่อนำสู่กระบวนการจัดทำแผนชุมชนในแต่ละเรื่องได้ง่ายขึ้น

โดยผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในขั้นตอนนี้ คือ ได้ปัญหาและข้อมูลต่างๆ ที่เป็นของจริงจากชุมชน ซึ่งจะทำให้การจัดทำแผนได้ละเอียดและครอบคลุมทุกปัญหา

### 3. จัดทำแผนด้านสุขภาพ ประกอบด้วยขั้นตอน ดังต่อไปนี้

- เริ่มจากทำประชาคมหมู่บ้านจากข้อมูลข้อมูลต่างๆ

ที่ได้ในชุมชน/ที่ประชุม มาร่วมกันวางแผนแก้ไขหรือพัฒนาเพื่อจัดทำแผน โดยใช้เครื่องมือที่ชุมชนมีความพร้อม เช่น เครื่องมือแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์หรือเครื่องมืออื่นๆ

- กลุ่มองค์กร ภาาติ/ เครือข่าย แกนนำชุมชน นำแผนชุมชนที่ได้ประกาศให้ประชาชนได้รับรู้และมีส่วนร่วมในกระบวนการทำแผน อาจจะใช้วิธีการประชุมชาวบ้านหรือจัดเวทีกลางบ้าน เพื่อให้ชาวบ้านได้มีโอกาสรับรู้ ได้เสนอ ได้แย้ง และประชาพิจารณ์แผนด้วย

-แผนชุมชนที่ได้ควรออกมาในลักษณะเป็นแผนรวมทุกเรื่อง ซึ่งเรียกว่าแผนชีวิตหรือแผนแม่บทชุมชน และมีแผนสุขภาพเป็นแผนหนึ่งในนั้น

-โดยแผนสุขภาพที่ได้ควรประกอบด้วย 2 ด้านใหญ่ๆ คือ ด้านสร้างสุขภาพและด้านซ่อมสุขภาพ ซึ่งแผนสุขภาพทั้ง 2 ด้าน จะมีกิจกรรมอะไรบ้างขึ้นอยู่กับปัญหาและความต้องการพัฒนาของประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน

ผลที่จะเกิดขึ้นในขั้นตอนนี้ คือ แผนชุมชนหรือแผนแม่บทชุมชนที่เป็นแผนรวมทุกเรื่องและมีแผนสุขภาพเป็นแผนย่อยแผนหนึ่งในแผนแม่บทชุมชน

(2.2) การจัดการงบประมาณ เป็นแกนนำในการระดมทุนด้านงบประมาณ และทรัพยากรที่จำเป็นในการขับเคลื่อนแผนสุขภาพ ทั้งที่ได้รับจากภาครัฐ เอกชนและจากหน่วยงานอื่นๆ ทั้งในและนอกชุมชน มาเพื่อใช้ในการด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค ทั้งในกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง/เป็นโรค เป็นการจัดงบประมาณให้เหมาะสมกับกิจกรรม เช่น การจัดตั้งงบประมาณ การจัดหางบประมาณ การใช้งบประมาณ โดยมีขั้นตอนการจัดการงบประมาณ ดังนี้

1. สสำรวจแหล่งทุนในชุมชน
2. จัดทำข้อมูล นำเสนอแผนฯ โครงการของงบประมาณ
3. เปิดเวทีทำข้อตกลงร่วมกันระหว่างผู้สนับสนุนกับทีม

ดำเนินงาน

4. ประชุมเครือข่าย ทีมงานหรือแกนนำ เพื่อดำเนินการจัดสรรงบประมาณที่ได้รับสนับสนุนใช้ในกิจกรรม ทั้งนี้เจ้าของงบประมาณต้องได้รับทราบและเข้าใจในการใช้งบประมาณ

5. จัดทำแบบรายงานผลงาน และการใช้จ่ายงบประมาณ  
รายงาน นำเสนอ ชี้แจงทีมงานและเจ้าของงบประมาณ

(2.3) การจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ เป็นแกนนำในการจัดกิจกรรมสุขภาพในชุมชน ทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันโรค ด้านการรักษาพยาบาล และด้านการฟื้นฟูสุขภาพ โดยมีขั้นตอนการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ ดังนี้

1. สำรวจ ค้นหา จัดทำทะเบียน
2. เตรียมชุมชนเพื่อรับการตรวจสุขภาพเชิงรุก
3. จัดกิจกรรมการคัดกรอง เพื่อประเมินพฤติกรรม

สุขภาพเบื้องต้น

4. ให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพ
5. การจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
6. สนับสนุนการจัดตั้งกลุ่มหรือชมรมผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

และมีกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อสร้างความเข้มแข็งของชุมชน

7. จัดระบบและทีมติดตาม ประเมินผลกิจกรรม และสรุปผล

(2.4) การประเมินผลการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม เป็นการประเมินผลที่เกิดประโยชน์ต่อชุมชน ทำให้ชุมชนได้รับรู้สถานการณ์และผลการทำงานที่ผ่านมาได้อย่างทั่วถึง เพื่อให้ชุมชนเห็นความสำคัญและตระหนักถึงความจำเป็นที่ต้องประเมินผลงาน ทำให้ค้นหาจุดอ่อนการดำเนินงานของชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เช่น การประเมินตนเอง ประเมินหน่วยงาน โดยมีขั้นตอนการประเมินผลการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมดังนี้

1. จัดทีม/คณะทำงานในการติดตามประเมินผลที่มีองค์ประกอบจากภาคีเครือข่ายจากหน่วยงานต่างๆ

2. กำหนดหัวข้อหรือประเด็น ในการติดตามประเมินผลพร้อมจัดทำแบบติดตามประเมิน

3. จัดทำแผนออกติดตามประเมินผล
4. ออกติดตามประเมินผล
5. นำผลจากการประเมิน มานำเสนอแลกเปลี่ยน

ประสบการณ์ และวิเคราะห์

6. สรุปผลโดยคณะทำงานจัดเวทีเสนอผล ให้ชุมชนรับทราบ แสดงความยินดีในความสำเร็จ วางแผนแก้ไขส่วนที่เป็นปัญหา และหาทางพัฒนาร่วมกันเพื่อนำสู่กระบวนการจัดทำแผนฯ ต่อไป

(3) เป็นแกนนำในการสร้างเสริมสุขภาพให้คนในชุมชนตื่นตัว และรับผิดชอบต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

(4) เป็นแกนนำในการริเริ่มและสนับสนุนให้เกิดมาตรการทางสังคมด้านสุขภาพ

5) บทบาทของสม.ในการจัดการสุขภาพชุมชน: โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 5 โรค  
กระบวนการจัดการสุขภาพ ในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง  
(กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข 2555) มีดังนี้

(1) การสำรวจและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน

(2) การจัดระบบติดตามเยี่ยมบ้าน และให้คำแนะนำกับกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง

(3) การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการกำหนดมาตรการทางสังคมมีการกำหนด กติกาชุมชน เช่น รณรงค์ให้มีการปลูก ผักสวนครัว และแลกเปลี่ยนพันธ์ผัก ทุกหลังคาเรือนทั้งตำบล และที่สำคัญ ไม่ใช่สารเคมีในการเพาะปลูก ให้มีการออกกำลังกาย ทุก 5 โมงเย็น จันทร์ พุธ ศุกร์ มีการเดินแอโรบิก โดยท้องถิ่นสนับสนุนลานกีฬาให้ทุกหมู่บ้าน

(4) การเป็นแกนนำในการค้นหาและพัฒนาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ต้นแบบ เพื่อเป็นตัวอย่างการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้กับผู้ป่วยคนอื่นๆ ในชุมชน

จากแนวคิดเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพชุมชนของอสม.ข้างต้น จะได้เห็นได้ว่าการจัดการสุขภาพชุมชนตามบทบาทของอสม.นั้น ประกอบด้วยบทบาทในการจัดทำแผนด้านสุขภาพ การจัดการงบประมาณ การจัดการกิจกรรมด้านสุขภาพ และการประเมินผลการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม ซึ่งแต่ละองค์ประกอบนั้นมีความสัมพันธ์ที่สอดรับกันที่นำไปสู่ความสำเร็จการจัดการแก้ไขปัญหา และพัฒนาสุขภาพของประชาชนชุมชนให้ดีขึ้น

## 2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น ไม่ว่าจะเป็นแนวคิดระบบสุขภาพชุมชน แนวคิดระบบข้อมูลข่าวสาร แนวคิดข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แนวคิดการจัดการสุขภาพชุมชน ของ อสม. และแนวคิดการจัดการความรู้ พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ประโยชน์ข้อมูล โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในการจัดการสุขภาพชุมชนโดย อสม.ดังนี้

## 2.5.1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบริบทชุมชน

### 1) สถานการณ์โรคเรื้อรัง

เรมวอล นันทศุภวัฒน์ 2555 พบว่า การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน โดยชุมชนเพื่อชุมชนให้ประสบความสำเร็จเกิดจากการมีส่วนร่วมและการเป็นหุ้นส่วนของสมาชิก และองค์กรกลุ่มต่างๆ ที่อยู่ในชุมชน ได้แก่ ด้านปัญหาและความต้องการของชุมชน คือ ปัญหาโรคเรื้อรัง ปัญหาสิ่งแวดล้อมเกี่ยวกับการใช้สารเคมี การบริหารจัดการของเทศบาลตำบล เช่น การจัดการขยะ น้ำประปาชุมชน จราจร แรงงานต่างด้าว และพฤติกรรมของคนในชุมชน และด้านการจัดการปัญหาของชุมชนโดยชุมชนด้วยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ได้แก่ โรงเรียน วัด ชมรมต่างๆ ผู้นำชุมชน องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น ผู้ประกอบการ สถานีอนามัย และสถาบันการศึกษา

### 2) วัฒนธรรมของชุมชน

วารภรณ์ บุญเชียง 2555 ได้ศึกษาการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน โดยชุมชนเพื่อชุมชน ต.สารภี อ.สารภี จ.เชียงใหม่ โดยทำการศึกษาใน 6 ส่วน ได้แก่ บริบทของต.สารภี ข้อมูลด้านเศรษฐกิจชุมชน ข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อมทางกายภาพหลักที่กระทบต่อวิถีชีวิต ข้อมูลทุนทางสังคมของตำบล ข้อมูลชุดวิเคราะห์ การจัดการข้อมูลชุดผลลัพธ์ ข้อมูลที่ได้จะเกิดประโยชน์ต่อกระบวนการสร้างเสริมศักยภาพของชุมชน ซึ่งผลการศึกษาที่ได้จะสะท้อนให้เห็นจุดแข็ง และจุดอ่อนของศักยภาพในแต่ละด้าน ก่อให้เกิดการวางแผนพัฒนาด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพเหมาะสมตามบริบทของสังคม วัฒนธรรม สภาพแวดล้อม การศึกษาของพีรพงษ์ บุญสวัสดิ์กุลชัย 2553 พบว่าการพัฒนากระบวนการใช้ข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย 5 กระบวนการ ได้แก่ การสร้างทีมพัฒนากระบวนการใช้ข้อมูล การพัฒนาศักยภาพทีม การเรียนรู้สถานการณ์จริง การออกแบบกระบวนการใช้ข้อมูล และการพัฒนากลไกหนุนเสริมกระบวนการใช้ข้อมูล โดยมีปัจจัยสำคัญ ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพและความพร้อมในกระบวนการใช้ข้อมูลการจัดกิจกรรมสนับสนุนให้เกิดการใช้ข้อมูล และการพัฒนากลไกหนุนเสริมในด้านนโยบายและการสนับสนุนกำลังคน การศึกษาของภูมเรศ ศรีระวงศ์ 2555 พบว่า นโยบายขององค์กรและการบริหารงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับศักยภาพของ อสม.ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จ.อำนาจเจริญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

### 3) เศรษฐกิจชุมชน

เรมวอล นันทศุภวัฒน์ 2555 พบว่า การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน โดยชุมชนเพื่อชุมชนให้ประสบความสำเร็จเกิดจากการมีส่วนร่วมและการเป็นหุ้นส่วนของสมาชิก และองค์กรกลุ่มต่างๆ ที่อยู่ในชุมชน ได้แก่ ด้านโครงสร้างหลักของตำบล คือ ทุนทางสังคมประกอบด้วย

บุคคลสำคัญ บุคคลแกนนำ ผู้นำ คนเก่ง อาสาสมัคร มีระบบการสื่อสาร เช่น การเข้าถึงข้อมูลของชุมชน ปัญหาสุขภาพ ได้แก่ การดูแลสุขภาพและการเข้าถึงบริการ

## 2.5.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอสม.

### 1) เพศ

จากการศึกษาของเรวดี โตศักดิ์ 2553 และบำรุง วงศ์นิ่ม 2551 พบว่า อสม.ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และเพศของอสม.ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานพัฒนาสุขภาพชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของกุมเรศ ศรีระวงศ์ 2555 ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อศักยภาพของอสม.ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จ.อำนาจเจริญ พบว่าอสม.ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและเพศไม่มีความสัมพันธ์กับศักยภาพของอสม.ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จ.อำนาจเจริญ และการศึกษาของญานินี รัตติโชติ 2553 และสุทิดา ห้าวเจริญ 2554 พบว่า ประสิทธิภาพการทำงานตามบทบาทระหว่างเพศชายและเพศหญิงไม่แตกต่างกัน

### 2) อายุ

การศึกษาของเรวดี โตศักดิ์ 2553 พบว่า อายุเฉลี่ยของอสม.อยู่ที่ 50 ปี ส่วนการศึกษาของรัชชัช วีระกิจกุล 2552 พบว่าอายุเฉลี่ยของอสม.อยู่ที่ 45 ปี และพบว่าอายุของอสม.ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานพัฒนาสุขภาพชุมชน เช่นเดียวกับการศึกษาของกุมเรศ ศรีระวงศ์ 2555 พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับศักยภาพของอสม.ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จ.อำนาจเจริญ ในส่วนของการศึกษาของเกษศิริินทร์ อภิรัตน์วงศ์ 2550 ที่ศึกษาการใช้สื่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนก พบว่าอสม.ที่มีอายุต่างกันมีผลต่อการใช้สื่อเพื่อป้องกันและควบคุมโรคที่แตกต่างกัน คืออสม.ที่มีอายุตั้งแต่ 41 ปีขึ้นไปมีการใช้สื่อเพื่อเผยแพร่ข้อมูลสูงกว่าอสม.ที่มีอายุ 30 ปีลงมา แต่การศึกษาของสุทิดา ห้าวเจริญ 2554 ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อของอสม. อ.สังขละบุรี จ.กาญจนบุรี พบว่า อายุอสม.ที่แตกต่างกันมีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อของ อสม.ไม่แตกต่างกัน

### 3) ระดับการศึกษา

จากการศึกษาของกุมเรศ ศรีระวงศ์ 2555 ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อศักยภาพของอสม.ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จ.อำนาจเจริญ พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับศักยภาพของอสม.ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จ.อำนาจเจริญ สอดคล้องกับการศึกษาของเรวดี โตศักดิ์ 2553 พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานพัฒนาสุขภาพชุมชนของอสม.ในจ.นครนายก ภายใต้โครงการส่งเสริมอสม.เชิงรุก ส่วนการศึกษาของเกษศิริินทร์ อภิรัตน์วงศ์ 2550 ที่ศึกษาการใช้สื่อของอสม.เพื่อป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนก

พบว่า ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีผลต่อการใช้สื่อเพื่อป้องกันและควบคุมโรคที่ไม่แตกต่างกัน แต่การศึกษาของของบำรุง วงศ์นัม 2551 ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของประธานอสม. อ.ท่าม่วง จ.ลพบุรี พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของประธานอสม.

#### 4) ระยะเวลาการเป็นอสม.

จากการศึกษาของธวัชชัย วีระกิจกุล 2552 พบว่าระยะเวลาการเป็นอสม.เฉลี่ย 11.9 ปี ส่วนการศึกษาของภูมิเรศ ศรีระวงศ์ 2555 พบว่า ระยะเวลาการเป็นอสม.เฉลี่ย 10 ปี และพบว่าระยะเวลาการเป็นอสม.มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตามบทบาทของอสม.ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของเรวดี ไตศักดิ์ 2553 ที่พบว่า ระยะเวลาการปฏิบัติงานของอสม.มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานพัฒนาสุขภาพชุมชนของอสม. แต่จากการศึกษาของบำรุง วงศ์นัม 2551 พบว่า ระยะเวลาการเป็นอสม.ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของประธานอสม. ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคุณภาพ คงเจือ 2552 พบว่า ระยะเวลาการเป็นอสม.ไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของอสม.ในส่วนของการศึกษาของเกษศิรินทร์ อภิรัตน์วงศ์ 2550 ที่ศึกษาการใช้สื่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนก พบว่าผู้ที่ เป็น อสม. 14 ปีขึ้นไปมีการใช้สื่อที่สูงกว่าผู้ที่ เป็นอสม. เพียง 1-3 ปี และการศึกษาของสุทธิดา หัวเวจริญ 2554 พบว่า ระยะเวลาการเป็นอสม.ที่แตกต่างกันมีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของอสม. ที่แตกต่างกัน

#### 5) รายได้

จากการศึกษาของธวัชชัย วีระกิจกุล 2552 เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามบทบาทของอสม.ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จ.พัทลุง พบว่ารายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือนต่อเดือน 12,006 บาท และพบว่าอสม.ที่มีรายได้ต่ำจะมีการปฏิบัติตามบทบาทของอสม.ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพมากกว่าอสม.ที่มีรายได้สูง ส่วนการศึกษาของเรวดี ไตศักดิ์ 2553 พบว่า รายได้ของอสม.มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานพัฒนาสุขภาพชุมชนของอสม.อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่การศึกษาของบำรุง วงศ์นัม 2551 พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของประธานอสม. ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของภูมิเรศ ศรีระวงศ์ 2555 ที่พบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับศักยภาพของอสม.ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จ.อำนาจเจริญ



## 6) การฝึกอบรม

สุทิดา หัวเจริญ 2554 ได้ให้ข้อเสนอแนะว่า ควรมีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวโรคไม่ติดต่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ เพื่อให้เห็นถึงความสำคัญของการเริ่มวางแผนดำเนินการและประเมินผลการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ เช่นเดียวกับการศึกษาของพิทักษ์ กาพกคดี 2551 พบว่า ควรมีการพัฒนาฝึกอบรมอสม.ให้มีความพร้อมในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ส่วนการศึกษาของพรวิมล พุฒซ้อน 2552 ได้ให้ข้อเสนอแนะว่าควรจัดการอบรมให้ความรู้แก่อสม.ในด้านการทำแผนสุขภาพชุมชน และการศึกษาของบำรุง วงศ์นัม 2551 ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของประธานอสม. อ.ท่าม่วง จ.ลพบุรี พบว่า การฝึกอบรมเป็นอสม.มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของประธานอสม.

## 7) แรงจูงใจ

จากการศึกษาของเรวดี ไตศักดิ์ 2553 พบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานพัฒนาสุขภาพชุมชนของอสม.อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้น หน่วยงานที่มีหน้าที่ดูแลอสม.ควรสร้างแรงจูงใจให้แก่อสม.โดยการยกย่อง ชมเชย ยอมรับความสามารถ จัดทำเกียรติบัตร เพื่อยกย่อง เชิดชูเกียรติ ตลอดจนจัดให้มีการนำเสนอผลงานไปเผยแพร่เพื่อเป็นการประชาสัมพันธ์ การทำงานของอสม.อย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับการศึกษาของปัญญพงษ์ คงศรี 2553 พบว่า แรงจูงใจมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอสม. ส่วนฉลวย หนูจิตร 2551 ได้ให้ข้อเสนอแนะว่าควรมีการเสริมสร้างขวัญกำลังใจ การเชิดชู ยกย่อง ชมเชยแก่อสม. เพื่อกระตุ้นให้เกิดพลังในการดำเนินงานทางด้านสาธารณสุขต่อไป

## 8) ความรู้

จากการศึกษาของสุทิดา หัวเจริญ 2554 พบว่าระดับความรู้ของอสม.ในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่ออยู่ในระดับปานกลาง ส่วนปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ คือ อสม.ขาดความรู้ในด้านการวิเคราะห์ปัญหาและการวางแผนการป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ และการศึกษาของพรวิมล พุฒซ้อน 2552 ที่ พบว่า อสม.ยังขาดความรู้ ด้านการทำแผนสุขภาพชุมชน ในส่วนการศึกษาของธวัชชัย วีระกิจกุล 2552 พบว่า ความรู้ความเข้าใจ ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามบทบาทของอสม.ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของภูมรศ ศรีระวงศ์ 2555 พบว่า ความรู้ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับศักยภาพของอสม.ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จ.อำนาจเจริญ เช่นเดียวกับการศึกษาของบำรุง วงศ์นัม 2551 ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของประธานอสม. อ.ท่าม่วง จ.ลพบุรี

พบว่า ความรู้ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของประชาชนอสม.

### 2.5.3 ปัจจัยด้านเทคนิค

#### 1) ความถี่ที่ได้รับข้อมูล

การศึกษาของเกษศิริรินทร์ อภิรัตน์วงศ์ 2550 การใช้สื่อของอสม. เพื่อป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนก พบว่า ไม่มีความแตกต่างในการใช้สื่อของ อสม.ตามความถี่ของการใช้ข้อมูล นั่นทวรรณ กิ่งสุวรรณค์ 2551 ที่ศึกษาการรับรู้ข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและความพึงพอใจต่อการให้บริการของสถานีนามัยปะกาฮารังของสตรีใน ต.ปะกาฮารัง อ.เมือง จ.ปัตตานี พบว่า ความถี่ในการได้รับข้อมูลข่าวสารมากที่สุด คือ ทุกเดือน โดยเป็นสื่อที่มาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่

#### 2) แหล่งข้อมูล

การศึกษาของฉลวย หนูจิตร 2551 ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอสม.ในการดำเนินงานตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนด้านการให้บริการกิจกรรมในชุมชน อ.มัญจาคีรี จ.ขอนแก่น พบว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีอยู่ในระดับสูง ส่วนการได้รับข้อมูลด้านสุขภาพจากหนังสือพิมพ์ วารสาร ไปสเตอร์ แผ่นปลิวมีอยู่ในระดับต่ำสอดคล้องกับการศึกษาของนันทวรรณ กิ่งสุวรรณค์ 2551 ที่ศึกษาการรับรู้ข่าวสารความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและความพึงพอใจต่อการให้บริการของสถานีนามัยปะกาฮารังของสตรีในต.ปะกาฮารัง อ.เมือง จ.ปัตตานี พบว่าแหล่งข้อมูลที่ได้รับข่าวสารมากที่สุด คือ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยเป็นสื่อที่ได้รับทุกเดือน และการศึกษาของเกษศิริรินทร์ อภิรัตน์วงศ์ 2550 การใช้สื่อของอสม.เพื่อป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนก พบว่าแหล่งข้อมูลข่าวสารที่อสม.ได้รับนั้นจะเป็นสื่อบุคคล คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากที่สุด เนื่องจากเป็นแหล่งที่เชื่อถือได้

#### 3) การเข้าถึงข้อมูล

การศึกษาของฉลวย หนูจิตร 2551 ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอสม.ในการดำเนินงานตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนด้านการให้บริการกิจกรรมในชุมชน อ.มัญจาคีรี จ.ขอนแก่น พบว่าการได้รับข่าวสารมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอสม.ในการดำเนินงานตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนด้านการให้บริการกิจกรรมในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการศึกษาของสมบูรณ์ อินสุพรรณ 2551 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอสม.ในอำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า การเข้าถึงแหล่งทรัพยากรด้านสุขภาพเป็นปัจจัยเอื้อที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

#### 4) ช่องทางการได้รับข้อมูล

การศึกษาของกรมเรศ ศรีระวงศ์ 2555 ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อศักยภาพของอสม. ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จ.อำนาจเจริญ พบว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับศักยภาพของอสม. ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จ.อำนาจเจริญ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ญูจิณี บุรณเกษมชัย 2553 ที่ได้ศึกษาการประเมินการจัดการความรู้ในองค์กร กรณีศึกษา สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี พบว่าองค์กรมีกำหนดขอบเขตในการทำแผนการจัดการความรู้ที่ชัดเจน มีช่องทางการเข้าถึงแหล่งข้อมูล โดยมีระบบสารสนเทศเพื่ออำนวยความสะดวกให้กับบุคลากร ส่วนการศึกษาของสมบูรณ์ อินสุพรรณ 2551 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอสม. ใน อ.อัมพวา จ.สมุทรสงคราม พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ เป็นปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอสม.

#### 2.5.4 ปัจจัยด้านองค์กร

##### 1) หน่วยงานภาครัฐ

การศึกษาของเกตุศิริินทร์ ฉิมพลี 2552 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำและปัจจัยสนับสนุนทางการบริหารกับการทำงานเป็นทีมของอสม. พบว่าปัจจัยสนับสนุนทางการบริหารด้านการจัดการงบประมาณมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด และเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานของอสม. ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรให้คำปรึกษาในการบริหารจัดการด้านงบประมาณ รวมถึงการประสานกับหน่วยงานอื่นเพื่อสนับสนุนงบประมาณในการทำงานของอสม. และการศึกษาของรัชชัย วีระกิจกุล 2552 พบว่าในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรมีการนิเทศ ติดตามอย่างสม่ำเสมอ พร้อมทั้งสนับสนุนทางด้านวิชาการความรู้ความเข้าใจ ปลุกจิตสำนึกรักสุขภาพ สร้างศรัทธาที่จะปรับปรุงเปลี่ยนแปลง นำไปสู่ความต้องการในการเรียนรู้ และกระตุ้นให้ทุกฝ่ายได้ร่วมกันในการพัฒนา

##### 2) หน่วยงานภาคท้องถิ่น

การศึกษาของพงษ์เทพ ดีเสมอ 2552 พบว่า จำนวนกองทุนไม่มี ความสัมพันธ์กับการจัดการสุขภาพภาคประชาชนในจังหวัดสุรินทร์ และการศึกษาของอุสมาน หวังสนิ 2554 พบว่า หน่วยงานระดับท้องถิ่นต้องให้ความร่วมมือและเห็นความสำคัญของกระบวนการมีส่วนร่วม โดยการสนับสนุนในด้านองค์ความรู้ บุคลากร และงบประมาณในการจัดทำแผนชุมชน ส่วนการศึกษาของพงษ์เทพ ดีเสมอ 2552 พบว่า การสนับสนุนทางอารมณ์ ด้านการประเมินด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านทรัพยากรมีความสัมพันธ์กับการจัดการสุขภาพภาคประชาชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและการศึกษาของเย็นฤดี กะมุคดา 2554 พบว่า ด้านงบประมาณได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพและอปท. สมทบกองทุนนั้น

ใช้ได้เฉพาะ การส่งเสริมสุขภาพและควบคุม ป้องกันโรคติดต่อเท่านั้น จึงไม่สามารถใช้เงิน แก้ปัญหาอื่นที่จำเป็นได้ เพราะอบต.ยังไม่มีโครงสร้างส่วนสาธารณสุขรองรับ

### 3) หน่วยงานภาคประชาชน

จากการศึกษาของพรวิมล พุฒซ้อน 2552 พบปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอสม. ได้แก่ ประชาชนไม่ให้ความสำคัญทางด้านสุขภาพ ทำให้เข้ามามีส่วนร่วมค่อนข้างน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของพงษ์เทพ ดีเสมอ 2552 พบว่า ประชาชนขาดการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมและไม่เห็นความสำคัญในการดำเนินงานด้านการจัดการสุขภาพ และพบว่าปัญหา อุปสรรคส่วนใหญ่ เป็นเรื่องของการขาดแคลนวัสดุ อุปกรณ์งบประมาณ การดำเนินงาน แคนนำชุมชนขาดความรู้ในการดำเนินงาน ส่วนการศึกษาของฉวีฉวี อุตโยธา 2555 พบว่า ด้านการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนนั้น พบว่า คณะกรรมการบริหารจัดการและคณะอนุกรรมการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นการค้นหาปัญหาด้านสุขภาพในชุมชนและร่วมประเมินผลการดำเนินงานของกองทุนสุขภาพตำบล อีกทั้งยังพบว่าการมีส่วนร่วมของประชาชน ส่วนใหญ่เป็นการสมทบงบประมาณและเข้ามาร่วมในกิจกรรมโครงการต่างๆ ในพื้นที่ การศึกษาของวัลภารัตน์ มีชำนาญ 2555 พบว่า การที่ชุมชนมีทรัพยากรบุคคลที่มีประสิทธิภาพ เช่น การมีผู้นำชุมชนที่ดี ที่ได้รับการคัดเลือกและความไว้วางใจจากชุมชน มีกลุ่มคนที่ทำงานเฉพาะกิจที่เข้มแข็ง เช่น กลุ่มอสม. กลุ่มสตรี กลุ่มผู้สูงอายุ เป็นต้น จะเอื้อต่อการพัฒนาศักยภาพชุมชนเพื่อสนับสนุนระบบการดูแล ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจะเห็นว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ทั้งอัตราป่วยและอัตราการเสียชีวิต ส่งผลกระทบในระยาวต่อผู้ป่วยและญาติ ทำให้ต้องสูญเสียทรัพย์สินในการรักษาพยาบาลตลอดชีวิต แม้ว่าปัจจุบันหลายหน่วยมีการจัดระบบบริการหรือกิจกรรมในการป้องกันและดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากมายและการศึกษาวิจัยส่วนใหญ่ให้ความสำคัญต่อการค้นหาวิธีการดูแลรักษา การปฏิบัติตน (คลังความรู้ สำนักโรคไม่ติดต่อ ม.ป.ป.) แต่ยังคงพบว่าสถิติของผู้ป่วยยังเพิ่มสูงขึ้นต่อเนื่อง อีกทั้งข้อมูลด้านสุขภาพของประชาชนในปัจจุบันส่วนใหญ่จัดเก็บโดยอสม.และ รพ.สต. แต่ข้อมูลเหล่านี้ไม่ได้นำมาสร้างกระบวนการเรียนรู้ให้แก่อสม. และชุมชนอย่างจริงจัง ทำให้ความตระหนักในปัญหาเกิดขึ้นในวงจำกัด ดังนั้นการที่อสม. ซึ่งเป็นนักจัดการสุขภาพชุมชนมีข้อมูลในการนำไปใช้ประกอบการจัดการสุขภาพชุมชนนั้น จะเป็นอีกช่องทางหนึ่งในการลดปัญหาดังกล่าวได้ และพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนโดยอสม.ประกอบด้วย 1) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบริบทชุมชน เช่น สถานการณ์ปัญหาภาวะโรคเรื้อรัง วัฒนธรรมชุมชน เศรษฐกิจชุมชน 2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอสม. เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาการเป็น อสม.การฝึกอบรม แรงจูงใจ ความรู้ในการจัดการสุขภาพ

ชุมชน 3) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับเทคนิค เช่น ความถี่ที่ได้รับข้อมูล แหล่งข้อมูล การเข้าถึงข้อมูล ช่องทาง การรับข้อมูล 4) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับองค์กร ได้แก่ ภาครัฐ เช่น การมีส่วนร่วมของภาครัฐ การสนับสนุนจากภาครัฐ การนิเทศติดตาม ภาคท้องถิ่น เช่น การมีส่วนร่วมของภาคท้องถิ่น ขนาดกองทุนสุขภาพ การสนับสนุนจากท้องถิ่น และภาคประชาชน เช่น การมีส่วนร่วมของภาคประชาชน การสนับสนุนจากชุมชน เป็นต้น

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาเรื่อง การใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรณีศึกษา: ภาวะโรคเรื้อรัง จังหวัดพัทลุง ครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบผสมผสาน (Mixed method) ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์ข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการจัดการสุขภาพชุมชน จังหวัดพัทลุง ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางในการดำเนินการวิจัย โดยมีรายละเอียด ดังนี้

#### 3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสม (Mixed method) โดยมีประชากรและกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยในแต่ละวิธีการวิจัย ดังนี้

##### 3.1.1 การวิจัยเชิงปริมาณ

###### 1) ประชากร

ประชากรที่ศึกษา เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดพัทลุง ปี 2556 ที่ขึ้นทะเบียนอยู่ในระบบฐานข้อมูลอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดพัทลุงทั้งหมดจำนวน 10,480 คน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2556) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพัทลุง

ลำดับ	อำเภอ	จำนวน อสม.
1	กงหรา	733
2	เขาชัยสน	1,001
3	ควนขนุน	1,766
4	ตะโหมด	566
5	บางแก้ว	466
6	ปากพะยูน	1,087
7	ป่าบอน	847
8	ป่าพะยอม	687

## ตารางที่ 4 (ต่อ)

ลำดับ	อำเภอ	จำนวน อสม.
9	เมืองพัทลุง	2,230
10	ศรีนครินทร์	659
11	ศรีบรรพต	438
รวม		10,480

ที่มา: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2556

## 2) กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่สุ่มมาจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้งหมดในจังหวัดพัทลุงจำนวน 11 อำเภอ ที่ปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป โดยใช้การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยการประมาณสัดส่วนของ ประชากร ในกรณีทราบจำนวนประชากร (Daniel 1995) มีสูตรในการคำนวณ ดังนี้

$$n = \frac{NZ_{\alpha/2}^2 P(1-P)}{(N-1)d^2 + Z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}$$

เมื่อ  $n$  = ขนาดตัวอย่าง

$N$  = ขนาดประชากรทั้งหมด (10,480)

$Z_{\alpha/2}$  = กำหนดค่ามาตรฐานภายใต้โค้งปกติ ที่ค่าความเชื่อมั่นที่ 95% ( $Z_{\alpha/2} = 1.96$ )

$d$  = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ กำหนดให้เท่ากับ 0.05

$p$  = สัดส่วนของการใช้ประโยชน์ข้อมูลของอสม.

(กรณีที่ถ้าไม่ทราบให้กำหนด  $p = 0.5$ )

แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{10,480(1.96)^2 0.5(1-0.5)}{(10,480-1)(0.05)^2 + (1.96)^2 0.5(1-0.5)}$$

$$n = 370.61$$

ดังนั้น ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ 371 คนและปรับค่าขนาดตัวอย่างเพื่อให้มีคุณภาพและการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างในการตอบกลับของแบบสอบถาม (อรุณ จิรวัฒน์กุล 2547) คำนวณโดยใช้สูตรดังนี้

$$n_{adj} = \frac{n}{1-R}$$

เมื่อ  $n$  = ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้จากกลุ่มตัวอย่าง

$n_{adj}$  = ขนาดตัวอย่างที่ปรับค่าแล้ว

$R$  = สัดส่วนการตกสำรวจหรือสัดส่วนการสูญหายจากการติดตาม

โดยในงานวิจัยครั้งนี้ใช้อัตราการตอบกลับแบบสอบถามที่ร้อยละ 90 (หาญ จินดา 2548) แทนค่าในสูตร

$$\begin{aligned} n_{adj} &= \frac{371}{1-0.1} \\ &= 412 \end{aligned}$$

ดังนั้น ขนาดตัวอย่างที่ปรับเพื่อให้มีคุณภาพและเพื่อจะได้ลดปัญหาของการตอบกลับของแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์หรือการตอบกลับที่น้อยกว่าจำนวนที่กำหนดไว้หรือข้อมูลสูญหายของกลุ่มตัวอย่างในการตอบกลับของแบบสอบถามเท่ากับ 412 คน

### 3) การสุ่มตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่าง โดยใช้เทคนิคการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วน (Stratified random sampling with proportional to size-PPS) สุ่มตัวอย่าง 412 คน จากประชากรทั้งหมดจำนวน 10,480 คน 11 อำเภอ โดยใช้บัญชีรายชื่อของอสม.จากทะเบียนอสม.ในจังหวัดพัทลุง ในการสุ่ม โดยกำหนดขนาดตัวอย่างให้เป็นสัดส่วนกับจำนวนของแต่ละอำเภอ จากนั้นทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละอำเภอให้ครบตามจำนวน โดยใช้สูตร ดังนี้

$$\text{จำนวนตัวอย่างในแต่ละกลุ่มชั้น} = \frac{\text{จำนวนตัวอย่างทั้งหมด} \times \text{จำนวน อสม.ในแต่ละกลุ่มชั้น}}{\text{จำนวน อสม.ทั้งหมด}}$$



## ผลการคำนวณกลุ่มตัวอย่างของแต่ละอำเภอ ดังตาราง 5

ตารางที่ 5 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จังหวัดพัทลุง จำแนกรายอำเภอ

ลำดับ	อำเภอ	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
1	กงหรา	733	29
2	เขาชัยสน	1,001	39
3	ควนขนุน	1,766	70
4	ตะโหมด	566	22
5	บางแก้ว	466	18
6	ปากพะยูน	1,087	43
7	ป่าบอน	847	33
8	ป่าพะยอม	687	27
9	เมืองพัทลุง	2,230	88
10	ศรีนครินทร์	659	26
11	ศรีบรรพต	438	17
รวม		<b>10,480</b>	<b>412</b>

ทำการสุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ใช้วิธีจับฉลากโดยการสุ่มแบบไม่ใส่คืน (บุญใจ ศรีสถิตนรากร 2553) จนได้กลุ่มตัวอย่าง 412 คน

## 3.1.2 การวิจัยเชิงคุณภาพ

## 1) ประชากร

- (1) กลุ่มผู้กำหนดนโยบายต่างๆ ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
- (2) กลุ่มองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น /เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล
- (3) กลุ่มเจ้าหน้าที่รพ.สต. ที่รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อ/ตัวแทน
- (4) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดพัทลุง

## 2) กลุ่มตัวอย่าง

มีคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดเกณฑ์การเลือกผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจและหรือเกี่ยวข้องกับการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรัง เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติภายใต้กรอบของการวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่เลือกประกอบด้วย

- (1) กลุ่ม อสม. ได้แก่ อสม.ที่มีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 1 ปี
- (2) กลุ่มเจ้าหน้าที่รพ.สต. ได้แก่ ผู้ที่รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อหรือตัวแทน
- (3) กลุ่มผู้กำหนดนโยบาย
- (4) กลุ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

โดยการเลือกผู้ให้ข้อมูลในแต่ละกลุ่ม ผู้วิจัยเลือกผู้ที่สามารถให้ข้อมูลที่ดีที่สุด สามารถให้ข้อมูลในประเด็นที่ศึกษาได้ และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

## 3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสม (Mixed method) โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) และใช้ใช้การสนทนากลุ่ม (Focus group) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) เป็นเครื่องมือในการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือแต่ละ ประเภทดังนี้

### 3.2.1 เครื่องมือสำหรับการวิจัยเชิงปริมาณ

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาได้สร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้กำหนดแบบสอบถามให้สอดคล้องกับตัวแปรแต่ละตัวในกรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา โดยแบบสอบถามมีทั้งหมด 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ศาสนา รายได้ อาชีพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเป็นอสม. การฝึกอบรม จำนวน 9 ข้อ ซึ่งเป็นคำถามแบบเลือกตอบ (Check list)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลข้อมูลทั่วไปของชุมชนจำนวน 6 ข้อ ซึ่งเป็นคำถามแบบเลือกตอบ (Check list)

ส่วนที่ 3 แรงงูใจในการปฏิบัติงานจำนวน 20 ข้อ โดยใช้มาตรวัดแบบ VRS (verbal rating scale) ซึ่งจะเป็นเส้นตรงที่มีขีดแบ่งเป็นช่องเท่าๆ กัน และมีหมายเลขกำกับตั้งแต่ 0 – 10 ตัวเลขแทนค่าคะแนนความถูกต้อง โดยปลายข้างหนึ่งแทนค่าด้วยเลข 0 หมายถึง มีแรงงูใจในเรื่องนั้นน้อยที่สุด ปลายอีกข้างแทนค่าด้วยเลข 10 หมายถึง มีแรงงูใจในเรื่องนั้นมากที่สุด ท่านทำเครื่องหมายตรงเลขใดถือเป็นคะแนนระดับแรงงูใจ

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ในการจัดการสุขภาพชุมชนจำนวน 20 ข้อ โดยใช้มาตรวัดแบบ VRS (verbal rating scale) ซึ่งจะเป็นเส้นตรงที่มีขีดแบ่งเป็นช่องเท่าๆกัน และมีหมายเลขกำกับตั้งแต่ 0 – 10 ตัวเลขแทนค่าคะแนนความถูกต้อง โดยปลายข้างหนึ่งแทนค่าด้วยเลข 0 หมายถึง มีความรู้ในเรื่องนั้นน้อยที่สุด ปลายอีกข้างแทนค่าด้วยเลข 10 หมายถึง มีความรู้ในเรื่องนั้นมากที่สุด ท่านทำเครื่องหมาย ตรงเลขใดถือเป็นคะแนนระดับความรู้

ส่วนที่ 5 ข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลเกี่ยวกับเทคนิคจำนวน 4 ข้อ ซึ่งเป็นคำถามแบบเลือกตอบ (Check list)

ส่วนที่ 6 ข้อมูลเกี่ยวกับองค์กรที่เกี่ยวข้องจำนวน 8 ข้อ ซึ่งเป็นคำถามแบบเลือกตอบ (Check list)

ส่วนที่ 7 ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชน โดยขอสม.จำนวน 16 ข้อ มีทั้งคำถามที่แสดงความคิดเห็นโดยใช้มาตรวัดแบบ VRS (verbal rating scale) ซึ่งจะเป็นเส้นตรงที่มีขีดแบ่งเป็นช่องเท่า ๆ กัน และมีหมายเลขกำกับตั้งแต่ 0 – 10 โดยปลายข้างหนึ่งแทนค่าด้วยเลข 0 หมายถึง มีใช้ประโยชน์ข้อมูลในเรื่องนั้นน้อยที่สุด ปลายอีกข้างแทนค่าด้วยเลข 10 หมายถึง มีใช้ประโยชน์ข้อมูลในเรื่องนั้นมากที่สุด ท่านทำเครื่องหมายตรงเลขใดถือเป็นคะแนนระดับการใช้ประโยชน์ข้อมูล และเป็นทั้งคำถามแบบเลือกตอบ (Check list)

### 3.2.2 เครื่องมือสำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้การสนทนากลุ่ม (Focus group) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) เพื่อศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับปัญหา ปัจจัยสาเหตุ และแนวทางการใช้ประโยชน์ฐานข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยขอสม.ในการจัดการสุขภาพชุมชน โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) ผู้วิจัย เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ โดยการเตรียมความพร้อมก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลในภาคสนาม

2) อุปกรณ์ ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

- สมุดบันทึก ดินสอ ปากกา
- เครื่องบันทึกเสียง
- กล้องถ่ายรูป
- คอมพิวเตอร์ ใช้สำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

3) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ซึ่งเป็นแนวคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแนวคำถามที่ใช้กำหนดให้สอดคล้องกับการศึกษา

ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลมีอิสระในการแสดงออกถึงความคิดเห็น ความรู้สึกนึกคิด การรับรู้ของตนเอง โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่มดังนี้

3.1) กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์การใช้ข้อมูล ปัญหาอุปสรรค ปัจจัยสาเหตุ และแนวทางในการแก้ไขปัญหา โดยมีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของชุมชน

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์ข้อมูลและแนวทาง

ในการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนโดยอสม.

3.2) กลุ่มเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์การใช้ข้อมูล ปัญหาอุปสรรค ปัจจัยสาเหตุ และแนวทางในการแก้ไขปัญหา โดยมีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของชุมชน

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์ข้อมูลและแนวทาง

ในการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนโดยอสม.

3.3) กลุ่มผู้กำหนดนโยบายและอปท.เพื่อศึกษาแนวทางในการแก้ไขปัญหา โดยมีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของชุมชน

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางในการใช้ประโยชน์ข้อมูล

ภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนโดยอสม.

### 3.3 การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบเครื่องมือ

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสม (Mixed method) โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) และใช้การสนทนากลุ่ม (Focus group) เป็นเครื่องมือในการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยมีขั้นตอนการดำเนินการสร้างเครื่องมือในการวิจัย ดังนี้

### 3.3.1 เครื่องมือสำหรับการวิจัยเชิงปริมาณ

เครื่องมือสำหรับการวิจัยเชิงปริมาณ เป็นแบบสอบถามเรื่องการใช้ประโยชน์ข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยอสม.ในการจัดการสุขภาพชุมชน จังหวัดพัทลุง ผู้วิจัยดำเนินการสร้างเครื่องมือตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

- 1) ศึกษาเนื้อหา เอกสาร ตำรา แนวคิด ทฤษฎี และผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดขอบเขตและโครงสร้างของเนื้อหาในการสร้างคำถาม
- 2) กำหนดขอบเขตการศึกษา วัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับเนื้อหา เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถาม
- 3) นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อขอคำแนะนำปรับปรุง แก้ไขข้อคำถามให้ครอบคลุมรายละเอียดของเนื้อหาทั้งหมด
- 4) ปรับปรุงแก้ไข ตามคำแนะนำให้ถูกต้อง สมบูรณ์
- 5) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบ คุณภาพภายนอก การตรวจสอบความตรง (Validity) ของแบบสอบถามโดยการตรวจสอบ ความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยการให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมในด้านเนื้อหาอีกครั้ง โดยการคำนวณความสอดคล้องของวัตถุประสงค์รายข้อ (Index of item-objective congruence: IOC) ค่าไม่น้อยกว่า 0.5 ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของวัตถุประสงค์รายข้อเท่ากับ 0.82
- 6) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อตรวจสอบคุณภาพภายในการทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยจะนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยไปทดสอบจำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha coefficient) ตามวิธีของ Cronbach (Cronbach's alpha coefficient) ค่าไม่น้อยกว่า 0.7 ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.86
- 7) นำแบบสอบถามที่ผ่านการทดลองใช้และปรับปรุงแก้ไขแล้วไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยต่อไป

### 3.3.2 เครื่องมือสำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ

เครื่องมือสำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้แบบการสนทนากลุ่ม (Focus group) และแบบการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) แบบมีโครงสร้าง โดยผู้วิจัยดำเนินการสร้างเครื่องมือตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

- 1) ศึกษาเนื้อหา เอกสาร ตำรา แนวคิด ทฤษฎี และผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดขอบเขตและโครงสร้างของเนื้อหาในการสร้างคำถาม

- 2) กำหนดขอบเขตการศึกษา วัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับเนื้อหา เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแนวคำถาม
- 3) นำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นนั้น เสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อขอคำแนะนำปรับปรุง แก้ไขข้อคำถามให้ครอบคลุมรายละเอียดของเนื้อหาทั้งหมด
- 4) ปรับปรุงแก้ไข ตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาให้ถูกต้อง สมบูรณ์
- 5) การวิจัยครั้งนี้ให้ความสำคัญกับความแม่นยำเที่ยงตรงของข้อมูลด้วยการตรวจสอบข้อมูลแบบ 3 เสา (triangulation) โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลมากกว่า 1 วิธี

### 3.4 จริยธรรมในการวิจัย

ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง และทีมผู้ช่วยวิจัย โดยมีการพิทักษ์สิทธิ์ ดังนี้

- 1) ผู้วิจัยทำหนังสือขอรับรองโครงการวิจัย ของคณะกรรมการสิทธิมนุษยชน เกี่ยวกับการทำวิจัยในมนุษย์ ของสถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ตามหนังสือที่ EC 003/58
- 2) ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยจะชี้แจงให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยได้รับข้อมูลที่เพียงพอ เข้าใจอย่างชัดเจน รวมทั้งให้ความเป็นอิสระในการตัดสินใจ โดยไม่มีการบังคับ ข้อมูลที่ได้ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ โดยจะเผยแพร่ข้อมูลและภาพในลักษณะภาพรวมไม่ระบุถึงตัวบุคคลหรือสถานที่ทำงาน โดยในแบบสอบถามหรือแบบสัมภาษณ์จะไม่มีกระบุชื่อนามสกุล ที่อยู่ สถานที่ทำงาน หรือข้อมูลต่างๆ ที่จะสามารถสืบถึงตัวบุคคลได้ ผู้วิจัยจะทำการระบุเพียง รหัสชุดของแบบสอบถามเท่านั้น

### 3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสม (Mixed method) โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) และใช้การสนทนากลุ่ม (Focus group) และแบบสัมภาษณ์เป็นเครื่องมือในการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยมีวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ดังนี้

#### 3.5.1 การวิจัยเชิงปริมาณ

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

- 1) ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตในการเก็บข้อมูลผ่านสถาบันการจัดการระบบสุขภาพมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดพัทลุง

2) ภายหลังจากได้รับอนุญาตจึงขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีดำเนินการวิจัยแก่สาธารณสุขอำเภอ และประธานอสม. ในจังหวัดพัทลุง เพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 412 คน

3) ดำเนินการเก็บแบบสอบถาม โดยประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแต่ละอำเภอให้จัดส่งคืนแบบสอบถามทางไปรษณีย์ ภายในระยะเวลา 2 สัปดาห์ หากไม่ได้รับคืนในเวลาดังกล่าวผู้วิจัยจึงโทรศัพท์ประสานงาน ในการติดตามแบบสอบถาม เพื่อให้ได้แบบสอบถามกลับมาทั้งหมดภายใน 3 สัปดาห์ ในการศึกษาครั้งนี้ได้ส่งแบบสอบถามไปจำนวน 412 ชุด เพื่อคัดเลือกแบบสอบถามที่มีความถูกต้องและครบถ้วนสมบูรณ์

4) ตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของแบบสอบถามทุกส่วน ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

### 3.5.2 การวิจัยเชิงคุณภาพ

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1) ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตในการเก็บข้อมูลผ่านสถาบันการจัดการระบบสุขภาพมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดพัทลุง เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย โดยแนบกำหนดการนัดหมายที่จะไปสัมภาษณ์

2) ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ด้วยตัวเอง

## 3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสม (Mixed method) โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) และใช้การสนทนากลุ่ม (Focus group) และแบบสัมภาษณ์เป็นเครื่องมือในการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยมีวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัย ดังนี้

### 3.6.1 การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงปริมาณ

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมประมวลผลข้อมูลสำเร็จรูป SPSS Statistic Bass 17.0 for Windows EDU S/N 5065845 ดังนี้

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลทั่วไปของชุมชน และข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา คือ

การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และพิสัย (Range)

2) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านเทคนิค และปัจจัยด้านองค์กรกับการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังของอสม.เพื่อการจัดการสุขภาพชุมชน จังหวัดพัทลุง โดยใช้สถิติ Chi-square, Fisher's exact และทำการวิเคราะห์ปัจจัยทำนาย โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกส์เชิงอันดับ (Ordinal logistic regression)

### 3.6.2 การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม (Focus group) และการสัมภาษณ์เจาะลึก (In – depth interviews) โดยจะทำการวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมๆ กับการเก็บรวบรวม ข้อมูลในลักษณะการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงบรรยาย โดยการพยายามจะทำข้อมูลนั้นให้เป็นจำนวนที่นับได้และมักกระทำกับข้อมูลในการวิจัยเอกสาร (สุภางค์ จันทวานิช 2537) ซึ่งมีขั้นตอนในการวิเคราะห์ ดังนี้ (Miles & Huberman 1994)

- 1) ถอดเทปการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบคำต่อคำ
- 2) รวบรวมข้อมูลและทำให้อยู่ในรูปของข้อความ เช่น Field note
- 3) ให้สัญลักษณ์ประโยคหรือสร้างรหัสต่างๆ (Coding) ขึ้นมาเพื่อการวิเคราะห์แยกแยะข้อมูลในเชิงอุปนัย (Inductively identified) เพื่อเป็นความหมายในประเด็นที่ศึกษา
- 4) แปลงรหัสต่างๆ (Coding) ให้เป็นประเภท (Theme) โดยแยกแยะลักษณะความคล้ายคลึง และความสัมพันธ์ที่มีร่วมกัน
- 5) ข้อมูลที่ถูกจัดเป็นประเภท (Theme) แล้ว จะถูกนำมาตรวจสอบเพื่อจัดกลุ่มของความหมายที่เหมือนกันแล้วให้ชื่อเป็นข้อสรุปและอธิบายความหมายของประเด็นในเรื่องที่ศึกษาอย่างครอบคลุม
- 6) ตั้งคำถามเพิ่มเติมเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในส่วนที่ยังไม่ครบถ้วน จนกระทั่งข้อมูลมีความอิ่มตัว
- 7) รูปแบบที่ได้แยกแยะไว้แล้ว จะถูกนำมาตรวจสอบความตรงของการอธิบายความหมายของประเด็นที่ศึกษา เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่สมบูรณ์และเป็นข้อค้นพบที่ได้จากประสบการณ์จริงของผู้ให้ข้อมูล



## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

ผลการศึกษาการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรณีศึกษา: ภาวะโรคเรื้อรัง จังหวัดพัทลุง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 371 คน โดยจะเรียงผลการศึกษตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ดังนี้

4.1 ผลการศึกษาการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพัทลุง

4.1.1 ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะของประชากรที่ศึกษา ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพอื่น ๆ นอกเหนือจากกาเป็นอสม. ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาการเป็นอสม. การฝึกอบรม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ความรู้ในการจัดการสุขภาพชุมชน

4.1.2 ข้อมูลทั่วไปของชุมชน ประกอบด้วย สถานการณ์โรค รายได้เฉลี่ยต่อปีของชุมชน วัฒนธรรมชุมชน

4.1.3 ข้อมูลเกี่ยวกับด้านเทคนิค ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูล แหล่งข้อมูล ช่องทาง การได้รับข้อมูล ความถี่ที่ได้รับข้อมูล

4.1.4 ข้อมูลเกี่ยวกับองค์กร ประกอบด้วย ภาครัฐ เช่น การมีส่วนร่วมของภาครัฐ การสนับสนุนของภาครัฐ การนิเทศติดตาม ภาคท้องถิ่น เช่น การมีส่วนร่วมของภาคท้องถิ่น ขนาดกองทุนสุขภาพ การสนับสนุน ภาคประชาชน เช่น การมีส่วนร่วมของภาคประชาชน การสนับสนุนจากภาคประชาชน

4.1.5 ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

4.2 ผลการศึกษาปัญหาในการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพัทลุง

4.3 ผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพัทลุง

4.3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านเทคนิค และปัจจัยด้านองค์กรกับการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

4.3.2 ปัจจัยทำนายโอกาสในการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

4.4 ผลการศึกษาแนวทางการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการ  
สุขภาพชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพัทลุง

#### 4.1 ผลการศึกษาการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพัทลุง

##### 4.1.1 ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะของประชากรที่ศึกษา

ตารางที่ 6 คุณลักษณะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพ  
สมรส ศาสนา อาชีพอื่น ๆ นอกเหนือจากกาเป็นอสม. ระดับการศึกษา ระยะเวลาการ  
เป็นอสม. และการฝึกอบรม (n=371)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
หญิง	303	81.7
ชาย	68	18.3
<b>อายุ (ปี)</b>		
น้อยกว่า 30	13	3.5
30-45	182	49.1
46-60	164	44.2
60 ขึ้นไป	12	3.2
ค่าเฉลี่ย = 44.9 , ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 7.9, พิสัย = 21-66		
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	25	6.7
คู่	309	83.3
หม้าย	24	6.5
หย่า	6	1.6
แยกกันอยู่	7	1.9
<b>ศาสนา</b>		
พุทธ	343	92.5
อิสลาม	28	7.5

## ตารางที่ 6 (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
<b>รายได้เฉลี่ยต่อปี (บาท)</b>		
ต่ำกว่า 100,000	173	46.6
100,001-200,000	167	45.0
200,001-300,000	20	5.4
มากกว่า 300,00	11	3.0
ค่าเฉลี่ย = 132,802.7, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 66,358.9, พิสัย = 40,000-500,000		
<b>อาชีพอื่น ๆ นอกเหนือจากการเป็น อสม.</b>		
เกษตรกร	243	65.5
รับจ้าง	51	13.7
ค้าขาย	49	13.2
ธุรกิจส่วนตัว	28	7.5
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	71	19.1
มัธยมศึกษาตอนต้น	87	23.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	139	37.5
อนุปริญญา/ปวส.	34	9.2
ปริญญาตรี	40	10.8
<b>ระยะเวลาการเป็นอสม. (ปี)</b>		
1-3 ปี	80	21.6
4-6 ปี	63	17.0
7-10 ปี	110	29.6
11-13 ปี	49	13.2
14 ปีขึ้นไป	69	18.6
ค่าเฉลี่ย = 8.9, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 6.3, พิสัย = 1-37		

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
<b>การฝึกอบรม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</b>		
เคยฝึกอบรม	319	86.0
โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	214	43.6
การทำแผนสุขภาพชุมชน	99	20.2
การจัดการสุขภาพชุมชน	93	18.9
การใช้คอมพิวเตอร์	47	9.6
อื่นๆ	38	7.7
ไม่เคยฝึกอบรม	52	14.0

จากตารางที่ 6 คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างเป็นอสม.จำนวน 371 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 81.7 กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 44.9 ปี มีอายุระหว่าง 30-45 ปี ร้อยละ 49.1 สถานภาพสมรส พบมีสถานภาพคู่ร้อยละ 83.3 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 92.5 กลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ยต่อปี 132,802.7 มีรายได้ต่อปีต่ำกว่า 100,000 บาทร้อยละ 46.6 อาชีพอื่น ๆ นอกเหนือจากการเป็นอสม. ส่วนใหญ่เป็นเกษตรกรร้อยละ 65.5 ระดับการศึกษา พบว่าอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.ร้อยละ 37.5 ระยะเวลาการเป็นอสม.เฉลี่ย 8.9 มีระยะเวลาการเป็นอสม.ระหว่าง 7-10 ปี ร้อยละ 29.6 และส่วนใหญ่ผ่านการฝึกอบรมเรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรังร้อยละ 43.6

ตารางที่ 7 คุณลักษณะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำแนกตามแรงจูงใจในการปฏิบัติงานในภาพรวม (n=371)

แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของ อสม.	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (6.68-10 คะแนน)	299	80.6
ระดับปานกลาง (3.34-6.67 คะแนน)	72	19.4
ระดับต่ำ (0-3.33 คะแนน)	0	0.0
รวม	371	100.0

ค่าเฉลี่ย = 7.39 , ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.93 , ค่าต่ำสุด = 4.10 , ค่าสูงสุด = 9.00

จากตารางที่ 7 คุณลักษณะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำแนกตามแรงจูงใจในการปฏิบัติงานในภาพรวม พบว่า อสม.มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานในภาพรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงร้อยละ 80.6 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 19.4 (ค่าเฉลี่ย= 7.39, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=0.93, ค่าต่ำสุด = 4.10, ค่าสูงสุด = 9.00) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอสม.ที่อยู่ในระดับสูงที่สุด คือ การที่มีความรู้สึกภูมิใจกับความสำเร็จในการปฏิบัติงาน (ค่าเฉลี่ย= 8.16, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน= 1.49) รองลงมา คือ การที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีส่วนช่วยสนับสนุนการปฏิบัติงานของท่านให้ประสบผลสำเร็จ (ค่าเฉลี่ย= 8.14, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน= 1.49) และรายข้อที่อยู่ในระดับต่ำที่สุด คือ ความพอใจต่อค่าตอบแทนที่ได้รับ (ค่าเฉลี่ย= 6.02, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน= 1.88) ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 คุณลักษณะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำแนกตามแรงจูงใจในการปฏิบัติงานรายข้อ (n=371)

แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของ อสม.	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผลระดับแรงจูงใจ
1.มีความทุ่มเทและมีความพยายามที่จะทำงานด้านสาธารณสุข	8.05	1.38	ระดับสูง
2.มีความรู้สึกภูมิใจกับความสำเร็จในการปฏิบัติงาน	8.16	1.49	ระดับสูง
3.ได้รับคำยกย่องชมเชยเมื่อทำงานได้สำเร็จตามเป้าหมาย	6.49	1.44	ระดับปานกลาง
4.การเป็นอสม. ทำให้ได้รับความสะดวกในการไปบริการรักษาพยาบาลในสถานบริการของรัฐ	7.32	1.60	ระดับสูง
5.การคัดเลือก อสม. ดีเด่น ทำให้มีกำลังใจในการปฏิบัติงาน	7.85	1.73	ระดับสูง
6.การได้รับการอบรมต่อเนื่องทำให้การปฏิบัติงานประสบความสำเร็จ	8.01	1.29	ระดับสูง
7.มีความสามารถชักจูง โน้มน้าวให้สมาชิกชุมชน ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติหน้าที่ให้บรรลุเป้าหมาย	7.41	1.39	ระดับสูง

ตารางที่ 8 (ต่อ)

แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของ อสม.	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผลระดับแรงจูงใจ
8.อุปกรณ์ เครื่องมือ เวชภัณฑ์ต่างๆ ที่ได้รับมีความเพียงพอ ในการนำไปปฏิบัติงาน	6.43	1.49	ระดับปานกลาง
9.มีความพอใจต่อค่าตอบแทนที่ได้รับ	6.02	1.88	ระดับปานกลาง
10.เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีส่วนช่วยสนับสนุนการปฏิบัติงานของท่านให้ประสบผลสำเร็จ	8.14	1.49	ระดับสูง

ตารางที่ 9 คุณลักษณะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำแนกตามความรู้ในการจัดการสุขภาพชุมชนในภาพรวม (n=371)

ความรู้ในการจัดการสุขภาพชุมชนของ อสม.	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (6.68-10 คะแนน)	178	48.0
ระดับปานกลาง (3.34-6.67 คะแนน)	181	48.8
ระดับต่ำ (0-3.33 คะแนน)	12	3.2
รวม	371	100.0

ค่าเฉลี่ย = 6.52 , ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.23 , ค่าต่ำสุด = 1.10 , ค่าสูงสุด = 9.20

จากตารางที่ 9 คุณลักษณะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำแนกตามความรู้ในการจัดการสุขภาพชุมชนในภาพรวม พบว่า อสม.มีความรู้ในการจัดการสุขภาพชุมชนในภาพรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 48.8 รองลงมาอยู่ในระดับสูงร้อยละ 48.0 และระดับต่ำร้อยละ 3.2 (ค่าเฉลี่ย= 6.52, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=1.23, ค่าต่ำสุด = 1.10, ค่าสูงสุด = 9.20) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า อสม.มีคะแนนความรู้เฉลี่ยสูงสุดในด้านนิยามของนักจัดการสุขภาพชุมชน (ค่าเฉลี่ย= 6.85, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=1.57) รองลงมา คือ ด้านคุณสมบัติที่ดีของนักจัดการสุขภาพชุมชนที่ดี(ค่าเฉลี่ย= 6.82, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=1.23) และด้านที่มีคะแนนความรู้เฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านการประเมินผลแบบมีส่วนร่วม(ค่าเฉลี่ย= 6.14, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=1.63) และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า รายข้อที่อสม.มีคะแนนความรู้เฉลี่ยสูงสุด คือ การหาความรู้และนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับชุมชนของตนเอง (ค่าเฉลี่ย= 6.98, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=1.41) รองลงมา คือ มีการสร้างกลุ่มภาคี

เครือข่ายในการร่วมดำเนินการจัดการสุขภาพชุมชน เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มเยาวชน เป็นต้น (ค่าเฉลี่ย= 6.97, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=1.61) และรายชื่อที่อสม.มีคะแนนความรู้เฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ในการประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพชุมชนจำเป็นต้องเปรียบเทียบกับแผนที่วางไว้ (ค่าเฉลี่ย= 6.08, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=1.83) ดังแสดงในตารางที่ 10

**ตารางที่ 10** คุณลักษณะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำแนกตามความรู้ในการจัดการสุขภาพชุมชนรายชื่อ (n=371)

ความรู้ในการจัดการสุขภาพชุมชนของ อสม.	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผลระดับความรู้
<b>นิยามของนักจัดการสุขภาพชุมชน</b>	6.85	1.57	ระดับสูง
1.การจัดการสุขภาพชุมชน คือ กระบวนการในการดำเนินงานร่วมกันในการวางแผนด้านสุขภาพ การจัดการงบประมาณเพื่อพัฒนาสุขภาพ จัดกิจกรรมสุขภาพและประเมินผลการดำเนินงานร่วมกันของชุมชน	6.85	1.57	ระดับสูง
<b>คุณสมบัติที่ดีของนักจัดการสุขภาพชุมชนที่ดี</b>	6.82	1.23	ระดับสูง
2.มีการหาความรู้และนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับชุมชนของตนเอง	6.98	1.41	ระดับสูง
3.มีการนำเสนอผลการดำเนินงานของตนเองอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง และนำข้อมูลไปปรับปรุงการทำงานร่วมกันกับชุมชน	6.51	1.56	ระดับปานกลาง
4.มีการสร้างกลุ่มภาคีเครือข่ายในการร่วมดำเนินการจัดการสุขภาพชุมชน เช่น กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มเยาวชน กลุ่มผู้สูงอายุ ฯลฯ	6.97	1.61	ระดับสูง
<b>แผนสุขภาพชุมชน</b>	6.62	1.33	ระดับปานกลาง
5.ข้อมูลพื้นฐานของชุมชนเป็นสิ่งจำเป็นในการจัดทำแผนสุขภาพชุมชน	6.67	1.67	ระดับปานกลาง

## ตารางที่ 10 (ต่อ)

ความรู้ในการจัดการสุขภาพชุมชนของ อสม.	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	แปลผลระดับ ความรู้
6.ในการจัดทำเป็นแผนสุขภาพชุมชนนั้น ต้องทำร่วมกันระหว่างอสม./อบต./เทศบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้นำท้องถิ่น	6.95	1.58	ระดับสูง
7.ในการวิเคราะห์หาปัญหา เพื่อจัดทำแผน สุขภาพชุมชน จำเป็นต้องมีการประชุม ร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อบต. /อปท. และผู้นำชุมชนใน	6.16	1.45	ระดับปานกลาง
8.แผนสุขภาพชุมชนที่ได้ ควรประกาศให้ ประชาชนในหมู่บ้านรับทราบและมีส่วนร่วม พิจารณาแผนด้วย	6.69	1.64	ระดับสูง
<b>กิจกรรมด้านสุขภาพ</b>	6.67	1.30	ระดับปานกลาง
9.ปัจจุบันการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ ของชุมชน ชุมชนควรเป็นผู้กำหนดเอง	6.62	1.51	ระดับปานกลาง
10.การจัดกิจกรรมสุขภาพของชุมชนนั้น ต้องทำเป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง มีชมรม หรือผู้รับผิดชอบ	6.64	1.52	ระดับปานกลาง
11.การถ่ายทอดความรู้ ถือเป็นกิจกรรม ในการจัดการสุขภาพชุมชน	6.73	1.53	ระดับสูง
12.ผู้ที่จะขับเคลื่อนการจัดกิจกรรมในด้าน สุขภาพของชุมชนนั้น ได้แก่ ภาคประชาชน ภาครัฐ และภาคท้องถิ่น	6.71	1.46	ระดับสูง
<b>ด้านงบประมาณ</b>	6.36	1.58	ระดับปานกลาง
13.ผู้ที่มีส่วนร่วมในการกำหนดแผนการ ใช้เงิน งบประมาณงานสาธารณสุข ได้แก่ อสม. อบต./เทศบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้นำชุมชน	6.52	1.84	ระดับปานกลาง



## ตารางที่ 10 (ต่อ)

ความรู้ในการจัดการสุขภาพชุมชนของ อสม.	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	แปลผลระดับ ความรู้
14. งบประมาณในการพัฒนาด้านสุขภาพ ชุมชน มีกองทุนจังหวัด กองทุนตำบล กองทุนหมู่บ้าน เป็นต้น	6.36	1.78	ระดับปานกลาง
15. นอกจากการระดมทุนจากภายนอก เพื่อจัดทำเป็นกองทุนในการจัดการสุขภาพ ชุมชนแล้ว ชุมชนยังมีทุนภายในที่เป็น ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพ	6.20	1.80	ระดับปานกลาง
16. การจัดการงบประมาณ ควรมีการ กระจายให้เหมาะสมกับสภาพปัญหา ของชุมชน	6.35	1.75	ระดับปานกลาง
<b>ด้านการประเมินผลแบบมีส่วนร่วม</b>	6.14	1.63	ระดับปานกลาง
17. การติดตามความก้าวหน้าของแผนงาน /โครงการที่ดี ควรมีการกำหนดไว้ในเวที การประชุมประจำเดือนของหมู่บ้าน	6.40	1.88	ระดับปานกลาง
18. ในการประเมินผลการดำเนินงานพัฒนา สุขภาพชุมชน จำเป็นต้องทำทุกปี	6.08	1.83	ระดับปานกลาง
19. ในการประเมินผลการดำเนินงานพัฒนา สุขภาพชุมชนต้องเปรียบเทียบกับแผนที่วางไว้	6.03	1.87	ระดับปานกลาง
20. หลังเสร็จสิ้นการดำเนินการตาม แผนงาน โครงการหรือกิจกรรม ให้ทุก ภาคส่วนเข้ามาร่วมประเมินผล	6.06	1.86	ระดับปานกลาง

## 4.1.2 ข้อมูลทั่วไปของชุมชน

ตารางที่ 11 ข้อมูลทั่วไปของชุมชน จำแนกตามสถานการณโรค รายได้เฉลี่ยต่อปีของชุมชน  
วัฒนธรรมชุมชน (n=371)

ข้อมูลทั่วไปของชุมชน	จำนวน	ร้อยละ
<b>สถานการณโรคเรื้อรังในชุมชน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</b>		
โรคความดันโลหิตสูง	368	33.3
โรคเบาหวาน	347	31.4
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	171	15.5
โรคหลอดเลือดสมอง	120	10.9
โรคหัวใจขาดเลือด	99	9.0
<b>รายได้เฉลี่ยต่อครอบครัวของสมาชิกในชุมชน</b>		
ต่ำกว่า 100,000 บาท	268	72.2
100,001-200,000 บาท	93	25.1
200,001-300,000 บาท	5	1.3
มากกว่า 300,00 บาท	5	1.3
ค่าเฉลี่ย = 102,698.11, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน =46,017.3, พิสัย =10,000-350,000		
<b>วัฒนธรรมชุมชน</b>		
1.ชุมชนมีการกำหนดนโยบายในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในการดำเนินงานด้านการจัดการสุขภาพชุมชนที่ชัดเจน		
ไม่ใช่	313	84.4
ใช่	58	15.6
2.ชุมชนมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงาน การจัดการสุขภาพชุมชนไว้เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน		
ไม่ใช่	347	66.6
ใช่	124	33.4

ตารางที่ 11 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของชุมชน	จำนวน	ร้อยละ
3.ในการวางแผนการจัดการสุขภาพชุมชนมีการกำหนดวิธีการและผู้รับผิดชอบในการปฏิบัติงานตามแผนไว้อย่างชัดเจน		
ไม่ใช่	196	52.8
ใช่	175	47.2
4.ชุมชนได้จัดให้มีการประชุมเพื่อหารือปัญหาอุปสรรคแนวทางในการดำเนินงานด้านการจัดการสุขภาพชุมชนเป็นประจำทุกเดือน		
มีการกำหนด	271	73.0
ไม่มีการกำหนด	100	27.0
5.ชุมชนได้จัดให้มีการประกาศเกียรติคุณ/ให้รางวัลดีเด่นแก่ อสม.ในการปฏิบัติงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นประจำทุกปี		
ไม่ใช่	272	73.3
ใช่	99	26.7

จากตารางที่ 11 ข้อมูลทั่วไปของชุมชน พบว่า สถานการณ์โรคเรื้อรังในชุมชนส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 33.3 รองลงมาเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 31.5 กลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ยต่อครอบครัวของสมาชิกในชุมชน 102,698.11 และมีรายได้ต่อปีต่ำกว่า 100,000 บาท วัฒนธรรมชุมชน พบว่า ชุมชนได้มีการกำหนดให้มีการประชุมเพื่อหารือปัญหาอุปสรรค แนวทางในการดำเนินงานด้านการจัดการสุขภาพชุมชนเป็นประจำทุกเดือนร้อยละ 73.0 แต่ส่วนใหญ่ชุมชนไม่มีการกำหนดนโยบายในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดำเนินงานด้านการจัดการสุขภาพชุมชนที่ชัดเจน ไม่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานด้านการจัดการสุขภาพชุมชนไว้เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน ไม่มีการวางแผนการจัดการสุขภาพชุมชนมีการกำหนดวิธีการและผู้รับผิดชอบในการปฏิบัติงานตามแผนไว้อย่างชัดเจน และไม่ได้มีการจัดให้มีการประกาศเกียรติคุณ/ให้รางวัลดีเด่นแก่ อสม.ในการปฏิบัติงานเรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นประจำทุกปี ร้อยละ 84.4, 66.6, 52.8, และ 73.3 ตามลำดับ

## 4.1.3 ข้อมูลเกี่ยวกับด้านเทคนิค

ตารางที่ 12 ข้อมูลเกี่ยวกับด้านเทคนิคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำแนกตามความถี่ที่ได้รับข้อมูล แหล่งข้อมูล การเข้าถึงข้อมูล ช่องทางการรับข้อมูล (n=371)

ข้อมูลเกี่ยวกับด้านเทคนิคของ อสม.	จำนวน	ร้อยละ
<b>1.การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับภาวะโรคเรื้อรัง</b> (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
เข้าถึงข้อมูล	333	89.8
ข้อมูลพื้นฐาน	181	27.1
ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ	116	17.3
ข้อมูลความรู้ทั่วไป	113	16.9
ข้อมูลสถานการณ์ปัญหาของโรค	113	16.9
ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการคลินิก	55	8.2
ข้อมูลการทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	37	5.5
ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน	36	5.4
ข้อมูลกรณีศึกษารายบุคคล	18	2.7
ไม่เข้าถึงข้อมูล	38	10.2
<b>2.แหล่งข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังที่เคยได้รับ</b> (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ได้รับข้อมูลจากแหล่งข้อมูล	333	89.8
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	301	35.0
วารสารหรือหนังสือ	118	17.3
โทรทัศน์	76	8.8
หอกระจายข่าว	69	8.0
หนังสือพิมพ์	60	7.0
อื่นๆ	58	6.8
เพื่อนบ้าน	57	6.6
วิทยุ	56	6.5

อินเทอร์เน็ต	36	4.2
--------------	----	-----

ตารางที่ 12 (ต่อ)

ข้อมูลเกี่ยวกับด้านเทคนิคของ อสม.	จำนวน	ร้อยละ
ผู้นำชุมชน	28	3.3
ไม่เคยได้รับข้อมูล	38	10.2
<b>3.ช่องทางที่เคยได้รับเกี่ยวกับข้อมูลภาวะโรคเรื้อรัง</b> (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
เคยได้รับข้อมูลจากช่องทาง	333	89.8
สื่อบุคคล เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน เพื่อนอสม.	313	38.9
สื่อสิ่งพิมพ์ เช่น หนังสือ คู่มือ วารสาร แผ่นพับ	185	23.0
สื่อวิทยุ	105	13.1
สื่อโทรทัศน์	76	9.5
Line Facebook	50	6.2
อินเทอร์เน็ต	36	4.5
ประชุม อบรม	33	4.1
อื่นๆระบุ.....	6	0.7
ไม่เคยได้รับข้อมูล	38	10.2
<b>4.ความถี่ที่ได้รับข้อมูลภาวะโรคเรื้อรัง</b>		
เคยได้รับข้อมูล	333	89.8
1 ครั้งต่อสัปดาห์	227	68.2
2-3 ครั้งต่อสัปดาห์	63	18.9
4-5 ครั้งต่อสัปดาห์	26	8.1
ทุกวัน	17	5.1
ไม่เคยได้รับข้อมูล	38	10.2

จากตารางที่ 12 ข้อมูลเกี่ยวกับด้านเทคนิคของอสม. พบว่าอสม.ส่วนใหญ่เข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับภาวะโรคเรื้อรังร้อยละ 89.8 ข้อมูลที่อสม.เข้าถึงที่สุด คือ ข้อมูลพื้นฐานร้อยละ 27.1 รองลงมา คือ ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพร้อยละ 17.3 ข้อมูลที่อสม.เข้าถึงต่ำสุด คือ ข้อมูลกรณีศึกษา

รายบุคคลร้อยละ 2.7 แหล่งข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังที่อสม.เคยได้รับสูงสุด คือ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 35.0 รองลงมา คือ วารสารหรือหนังสือร้อยละ 17.5 แหล่งข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังที่อสม.ได้รับ ข้อมูลต่ำที่สุด คือ ผู้นำชุมชนร้อยละ 3.3 ส่วนช่องทางที่อสม.เคยได้รับเกี่ยวกับข้อมูลภาวะโรคเรื้อรัง สูงที่สุด คือ ช่องทางสื่อบุคคล เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน เพื่อนอสม.ร้อยละ 38.9 รองลงมา เป็นช่องทางสื่อสิ่งพิมพ์ เช่น หนังสือ คู่มือ วารสาร แผ่นพับร้อยละ 23.0 ช่องทางที่อสม.ได้รับข้อมูล ต่ำที่สุด คือ ช่องทางอื่นๆ เช่น บอร์ดประชาสัมพันธ์ร้อยละ 0.7 ความถี่ที่ได้รับข้อมูลภาวะโรคเรื้อรัง ของอสม.ส่วนใหญ่ ได้รับข้อมูล 1 ครั้งต่อสัปดาห์ร้อยละ 68.2 รองลงมา 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ 4-5 ครั้ง ต่อสัปดาห์และทุกวันร้อยละ 18.9, 8.1, และ 5.1 ตามลำดับ

#### 4.1.4 ข้อมูลเกี่ยวกับองค์กร

ตารางที่ 13 ข้อมูลเกี่ยวกับองค์กร จำแนกตามภาครัฐ ภาคท้องถิ่น ภาคประชาชน (n=371)

ข้อมูลเกี่ยวกับองค์กร	จำนวน	ร้อยละ
<b>ภาครัฐ เช่น สสจ. สสอ. รพ.สต. รพช. เป็นต้น</b>		
<b>1.การเข้ามามีส่วนร่วมของภาครัฐในการดำเนินงานจัดการ สุขภาพชุมชนของอสม.</b>		
มีส่วนร่วม	371	100
การทำแผนสุขภาพชุมชน	138	37.2
การจัดกิจกรรมสุขภาพ	110	29.6
การจัดการงบประมาณ	69	18.6
การประเมินผลแบบมีส่วนร่วม	54	15.6
ไม่มีส่วนร่วม	0	0
<b>2.การสนับสนุนของภาครัฐในการดำเนินงานจัดการสุขภาพ ชุมชนของอสม.</b>		
มีการสนับสนุน	368	99.2
การจัดการ	143	38.9
บุคลากร	96	26.1
งบประมาณ	76	20.7
วัสดุ อุปกรณ์	53	14.4
ไม่สนับสนุน	3	0.8

## ตารางที่ 13 (ต่อ)

ข้อมูลเกี่ยวกับองค์กร	จำนวน	ร้อยละ
<b>3. การนิเทศ ติดตามของภาครัฐ ในการดำเนินงานจัดการ สุขภาพชุมชนของ อสม.</b>		
มีการนิเทศติดตาม	325	87.6
ปีละครั้ง	128	39.4
6 เดือนครั้ง	100	30.8
3 เดือนครั้ง	71	21.8
เดือนละครั้ง	26	8.0
ไม่มีการนิเทศติดตาม	46	12.4
<b>ภาคท้องถิ่น เช่น อบต. อบจ. เทศบาล อบท. เป็นต้น</b>		
<b>1.การเข้ามามีส่วนร่วมของภาคท้องถิ่นในการดำเนินงาน จัดการสุขภาพชุมชนของ อสม.</b>		
มีส่วนร่วม	294	79.2
การจัดการงบประมาณ	148	50.3
การทำแผนสุขภาพชุมชน	68	23.1
การจัดกิจกรรมสุขภาพ	65	22.1
การประเมินผลแบบมีส่วนร่วม	13	4.4
ไม่มีส่วนร่วม	77	20.8
<b>2.การสนับสนุนของภาคท้องถิ่นในการดำเนินงานจัดการ สุขภาพชุมชนของอสม.</b>		
มีการสนับสนุน	371	100
งบประมาณ	234	63.1
วัสดุ อุปกรณ์	59	15.9
บุคลากร	50	13.5
การจัดการ	28	7.5
ไม่สนับสนุน	0	0

ตารางที่ 13 (ต่อ)

ข้อมูลเกี่ยวกับองค์กร	จำนวน	ร้อยละ
<b>3.ขนาดกองทุนสุขภาพ</b>		
กองทุนตำบล	251	67.7
กองทุนเทศบาล	84	22.6
กองทุนจังหวัด	34	9.2
อื่นๆ	2	0.5
<b>ภาคประชาชน เช่น สมาชิกในชุมชน รวมถึงแกนนำชุมชน</b>		
<b>1.การเข้ามามีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการดำเนินงานจัดการสุขภาพชุมชนของ อสม.</b>		
มีส่วนร่วม	292	78.7
การจัดกิจกรรมสุขภาพ	167	57.2
การทำแผนสุขภาพชุมชน	92	31.5
การจัดการงบประมาณ	20	6.8
การประเมินผลแบบมีส่วนร่วม	13	4.5
ไม่มีส่วนร่วม	79	21.3
<b>2.การสนับสนุนของภาคประชาชนในการดำเนินงานจัดการสุขภาพชุมชนของอสม.</b>		
มีการสนับสนุน	333	89.6
บุคลากร	230	69.1
การจัดการ	45	13.5
งบประมาณ	30	9.0
วัสดุ อุปกรณ์	28	8.4
ไม่สนับสนุน	38	10.2

จากตารางที่ 13 ข้อมูลเกี่ยวกับองค์กร พบว่า ส่วนใหญ่ภาครัฐเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานจัดการสุขภาพชุมชนของอสม. ในด้านการทำแผนสุขภาพชุมชน ให้การสนับสนุนในด้านการจัดการและภาครัฐได้มีการนิเทศติดตามในการดำเนินงานจัดการสุขภาพชุมชนของอสม.



ปีละครั้งร้อยละ 37.2, 38.5, 34.5 ตามลำดับ ส่วนภาคท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานจัดการสุขภาพชุมชนของอสม.ในด้านการจัดการงบประมาณ ให้การสนับสนุนในด้านงบประมาณ และขนาดของกองทุนสุขภาพส่วนใหญ่เป็นกองทุนตำบลร้อยละ 50.3, 63.1, 67.7 ตามลำดับ และภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการดำเนินงานจัดการสุขภาพชุมชนของอสม.ในด้านการจัดกิจกรรมสุขภาพและให้การสนับสนุนในด้านบุคคลร้อยละ 57.2, 69.1 ตามลำดับ

4.1.5 ข้อมูลเกี่ยวกับระดับการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อจัดการสุขภาพชุมชนของอสม.

**ตารางที่ 14** ระดับการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อจัดการสุขภาพชุมชนของอสม.ในภาพรวมและรายด้าน (n=371)

ระดับการใช้ประโยชน์ข้อมูล เพื่อจัดการสุขภาพชุมชนของอสม.	จำนวน	ร้อยละ
<b>การจัดการสุขภาพชุมชนในภาพรวม</b>		
ระดับสูง (6.68-10 คะแนน)	88	23.7
ระดับปานกลาง (3.34-6.67 คะแนน)	269	72.5
ระดับต่ำ (0-3.33 คะแนน)	14	3.8
ค่าเฉลี่ย = 5.83, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.23, ค่าต่ำสุด = 1, ค่าสูงสุด = 10		
<b>1) ด้านการทำแผนสุขภาพชุมชน</b>		
ระดับสูง (6.68-10 คะแนน)	136	36.2
ระดับปานกลาง (3.34-6.67 คะแนน)	158	42.6
ระดับต่ำ (0-3.33 คะแนน)	77	20.8
ค่าเฉลี่ย = 5.09, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 2.75, ค่าต่ำสุด = 3, ค่าสูงสุด = 10		
<b>2) ด้านการจัดการงบประมาณ</b>		
ระดับสูง (6.68-10 คะแนน)	98	26.4
ระดับปานกลาง (3.34-6.67 คะแนน)	142	38.3
ระดับต่ำ (0-3.33 คะแนน)	131	35.3
ค่าเฉลี่ย = 4.06, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 3.14, ค่าต่ำสุด = 2, ค่าสูงสุด = 10		

ตารางที่ 14 (ต่อ)

ระดับการใช้ประโยชน์ข้อมูล เพื่อจัดการสุขภาพชุมชนของอสม.	จำนวน	ร้อยละ
<b>3) ด้านการจัดกิจกรรมสุขภาพ</b>		
ระดับสูง (6.68-10 คะแนน)	314	84.6
ระดับปานกลาง (3.34-6.67 คะแนน)	4	1.1
ระดับต่ำ (0-3.33 คะแนน)	53	14.3
ค่าเฉลี่ย = 7.34, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 3.14, ค่าต่ำสุด = 6, ค่าสูงสุด = 10		
<b>4) ด้านการประเมินผลแบบมีส่วนร่วม</b>		
ระดับสูง (6.68-10 คะแนน)	97	26.1
ระดับปานกลาง (3.34-6.67 คะแนน)	92	24.8
ระดับต่ำ (0-3.33 คะแนน)	182	49.1
ค่าเฉลี่ย = 3.29, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 3.31, ค่าต่ำสุด = 2, ค่าสูงสุด = 10		

ตารางที่ 15 การใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อจัดการสุขภาพชุมชนของอสม. จำแนกรายข้อ (n=371)

การใช้ประโยชน์ข้อมูล เพื่อจัดการสุขภาพชุมชน	ไม่ใช้ประโยชน์ ข้อมูล		ใช้ประโยชน์ ข้อมูล		ค่าเฉลี่ย	แปลผล
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. ใช้ข้อมูลความรู้ทั่วไป	0	0	371	100.0	7.05	ระดับสูง
2. ใช้ข้อมูลสถานการณ์ ปัญหาของโรค	3	0.8	368	99.2	6.51	ระดับปานกลาง
3. ใช้ข้อมูลพื้นฐาน	0	0	371	100.0	7.07	ระดับสูง
4. ใช้ข้อมูลพฤติกรรม สุขภาพ	1	0.3	370	99.7	6.84	ระดับสูง
5. ใช้ข้อมูลทาง ห้องปฏิบัติการคลินิก	6	1.6	365	98.4	5.63	ระดับปานกลาง

ตารางที่ 15 (ต่อ)

การใช้ประโยชน์ข้อมูล เพื่อจัดการสุขภาพชุมชน	ไม่ใช้ประโยชน์ ข้อมูล		ใช้ประโยชน์ ข้อมูล		ค่าเฉลี่ย	แปลผล
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
6. ใช้ข้อมูลเกี่ยวกับ ภาวะแทรกซ้อน ที่วินิจฉัยโดยแพทย์	12	3.2	359	96.8	5.36	ระดับปานกลาง
7. ใช้ข้อมูลการทำ กิจกรรมส่งเสริม สุขภาพและการปรับ เปลี่ยนพฤติกรรม	4	1.1	367	98.9	6.47	ระดับปานกลาง
8. ใช้ข้อมูลกรณีศึกษา รายบุคคล	8	2.2	363	97.8	6.12	ระดับปานกลาง
9. ใช้ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรัง ในการจัดทำแผนสุขภาพ ชุมชน	75	20.2	296	79.8	5.09	ระดับปานกลาง
10. แผนสุขภาพชุมชน ที่เคยจัดทำ						
แผน กองทุนสุขภาพ	-	-	150	50.7		
แผน รพ.สต.	-	-	107	36.1		
แผน อบต.	-	-	36	12.2		
แผนอื่นๆ	-	-	3	1.0		
11. ใช้ข้อมูลภาวะโรค เรื้อรังในการจัดการ งบประมาณ	125	33.7	246	66.3	4.06	ระดับปานกลาง

ตารางที่ 15 (ต่อ)

การใช้ประโยชน์ข้อมูล เพื่อจัดการสุขภาพชุมชน	ไม่ใช้ประโยชน์ ข้อมูล		ใช้ประโยชน์ ข้อมูล		ค่าเฉลี่ย	แปลผล
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
12. การจัดการ งบประมาณที่เคยจัดทำ						
การใช้งบประมาณ	-	-	129	52.4		
การจัดหางบประมาณ	-	-	64	26.0		
การจัดตั้งงบประมาณ	-	-	53	21.6		
13. ใช้ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรัง ในจัดกิจกรรมสุขภาพ	53	14.3	318	85.7	7.34	ระดับสูง
14. กิจกรรมสุขภาพ ที่เคยจัดทำ						
การส่งเสริมสุขภาพ	-	-	167	52.5		
การป้องกัน	-	-	120	37.7		
การฟื้นฟู	-	-	21	6.6		
การรักษา	-	-	10	3.2		
15. ใช้ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรัง ในประเมินผลแบบมี ส่วนร่วม	175	47.2	196	52.8	3.29	ระดับต่ำ
16. การประเมินผลแบบ มีส่วนร่วมที่เคยจัดทำ						
ประเมินเป็นภาพของ หน่วยงาน	-	-	112	57.1		
ประเมินตนเอง	-	-	84	42.9		
รวม	422	9.5	4,030	90.5	5.88	ระดับปานกลาง

จากตารางที่ 14-15 อสม.มีการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อจัดการสุขภาพชุมชนร้อยละ 90.5 ไม่ใช่ร้อยละ 9.5 แต่มีระดับการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อจัดการสุขภาพชุมชนของอสม.ในภาพรวม พบว่า อสม.มีการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อจัดการสุขภาพชุมชนในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 72.5 รองลงมาอยู่ในระดับสูงร้อยละ 23.7 และต่ำสุดอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 3.8 (ค่าเฉลี่ย = 5.83, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.23, ค่าต่ำสุด = 1, ค่าสูงสุด = 10) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า อสม.มีการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังในการจัดการสุขภาพชุมชนในรายด้าน 1) การจัดกิจกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูง มีค่าคะแนนเฉลี่ย = 7.34, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 3.14 2) ด้านการทำแผนสุขภาพชุมชนอยู่ในระดับปานกลางมีค่าคะแนนเฉลี่ย = 5.09, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 2.75 3) ด้านการจัดการงบประมาณอยู่ในระดับปานกลางมีค่าคะแนนเฉลี่ย = 4.06, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 3.14 และ 4) ด้านการประเมินผลแบบมีส่วนร่วมอยู่ในระดับต่ำมีค่าคะแนนเฉลี่ย = 3.29, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 3.31

โดยด้านการจัดกิจกรรมสุขภาพที่อสม.จัดทำขึ้นส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 52.5 รองลงมาได้แก่ กิจกรรมการป้องกันโรค กิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพ และกิจกรรมการรักษา ร้อยละ 37.7, 6.6, 3.2 ตามลำดับ ด้านการทำแผนสุขภาพชุมชนที่อสม.จัดทำขึ้นส่วนใหญ่เป็นแผนกองทุนสุขภาพร้อยละ 50.7 รองลงมา ได้แก่ แผนของรพ.สต. แผนของอบต. แผนอื่นๆ ร้อยละ 36.1, 12.2, 1.0 ตามลำดับ ส่วนด้านการจัดการงบประมาณที่อสม.จัดทำขึ้นส่วนใหญ่เป็นการใช้งบประมาณ ร้อยละ 52.7 รองลงมาได้แก่ การจัดหางบประมาณ การจัดตั้งงบประมาณ ร้อยละ 26.0, 21.6 ตามลำดับ และด้านการประเมินผลแบบมีส่วนร่วมที่อสม.จัดทำขึ้นส่วนใหญ่เป็นการประเมินเป็นภาพของหน่วยงาน ร้อยละ 57.1 และประเมินตนเอง ร้อยละ 42.9

และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า รายข้อที่มีการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อจัดการสุขภาพชุมชนมากที่สุด คือ ความรู้ทั่วไป เช่น ความหมาย อาการ สาเหตุ ภาวะแทรกซ้อน การป้องกันโรค เป็นต้น และข้อมูลพื้นฐาน เช่น เพศ อายุ เวลาที่เริ่มเป็นโรค ระยะเวลาที่เป็นโรคหลังวินิจฉัย ประเภทผู้ป่วยเก่า/ใหม่ ร้อยละ 100 เท่ากัน รองลงมา คือ ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย ความเครียดหรือซึมเศร้า การดื่มเหล้า การสูบบุหรี่ ร้อยละ 99.7 และรายข้อที่มีการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อจัดการสุขภาพชุมชนน้อยที่สุด คือ การใช้ข้อมูลโรคเรื้อรังในประเมินผลแบบมีส่วนร่วม ร้อยละ 52.8

## 4.2 ผลการศึกษาปัญหาในการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชน

### โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพัทลุง

การศึกษาปัญหาในการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนของอสม. โดยใช้การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ในการศึกษาปัญหาซึ่งได้ทำ การศึกษาในกลุ่มอสม. และกลุ่มเจ้าหน้าที่รพ.สต. จากการทำสนทนากลุ่มพบว่า อสม. มีบทบาททั้งเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลและผู้นำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ ในภาพรวมของระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับชุมชนนั้น ไม่ได้มีการกำหนดนโยบายในการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ที่ชัดเจน มีเพียงแนวปฏิบัติในการแลกเปลี่ยนข้อมูลผ่านเวทีการประชุมประจำเดือนต่างๆ เช่น เวทีประชุมประจำเดือนของจังหวัด เวทีประชุมประจำเดือนของรพ.สต. และเวทีประชุมประจำเดือนของอสม. ส่วนอสม.เองไม่ได้มีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ในการเก็บข้อมูลเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ จุดเริ่มต้นของกระบวนการในการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ อสม. จะรับนโยบายการดำเนินงานมาจากเจ้าหน้าที่รพ.สต. เป็นหลัก ส่วนใหญ่อสม. จะเป็นผู้ดำเนินการเก็บข้อมูลสุขภาพเอง แต่ในบางพื้นที่จะมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมเก็บข้อมูลกับอสม. ตามแบบฟอร์มหรือตัวแปรที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขกำหนดไว้ จากนั้นจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้ไว้ที่สำนักงานที่รพ.สต. เพื่อเป็นรายงานส่งต่อให้หน่วยเหนือต่อไป ในส่วนของการวิเคราะห์ข้อมูลโดยส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่จะทำการวิเคราะห์ข้อมูลเอง แล้วคืนข้อมูลผลการวิเคราะห์ให้อสม. อีกครั้งเพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการจัดการสุขภาพชุมชน โดยข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังที่อสม. ได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่เป็นข้อมูลสถานการณ์โรคในชุมชน ข้อมูลความรู้ทั่วไปของโรค ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยและข้อมูลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

กระบวนการนำข้อมูลไปใช้ในการจัดการสุขภาพชุมชน มีกระบวนการดังนี้

1) การทำแผนสุขภาพชุมชน มีกระบวนการ คือ เจ้าหน้าที่รพ.สต. หลังรับนโยบายจากสสอ. หรือสสจ. จะนำนโยบายมาชี้แจงให้อสม. ได้ทราบผ่านเวทีการประชุมประจำเดือนของอสม. ซึ่งอสม. จะนำข้อมูลไปสำรวจข้อมูลสถานการณ์ปัญหาในพื้นที่รับผิดชอบตามแบบฟอร์มหรือตัวแปรที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขกำหนดไว้และในส่วนของผู้นำชุมชน หลังรับนโยบายแล้วมีการประชาสัมพันธ์นโยบายที่ได้รับมาผ่านหอกระจายข่าวหรือเสียงตามสายของหมู่บ้าน เพื่อเชิญชวนเข้าร่วมประชุมเพื่อจัดทำแผนสุขภาพชุมชนร่วมกันทั้งภาครัฐ ท้องถิ่น และประชาชน แต่ในบางพื้นที่ท้องถิ่นไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการทำแผนสุขภาพชุมชน ในกระบวนการจัดทำแผนสุขภาพชุมชนนั้น เริ่มต้นด้วยการนำเสนอข้อมูลสถานการณ์ปัญหาสุขภาพของชุมชน ซึ่งจะเปิดโอกาสให้ทุกคนได้ร่วมคิด ร่วมจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ร่วมวิเคราะห์สาเหตุปัญหาตลอดจนหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา ร่วมกันเพื่อนำไปสู่การทำแผนสุขภาพชุมชนผ่านเวทีประชาคมหมู่บ้าน แต่ในบางพื้นที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

จะเป็นผู้จัดทำแผนสุขภาพชุมชนเอง แล้วให้อสม.เป็นผู้จัดกิจกรรมโครงการตามที่ระบุในแผนสุขภาพชุมชน

2) การจัดการงบประมาณ มีกระบวนการ คือ อสม.จะเป็นแกนนำในการจัดการงบประมาณ โดยเริ่มต้นจากการสำรวจแหล่งทุนในชุมชน และนำข้อมูลจากการสำรวจและประเมินสถานการณ์ปัญหาสุขภาพของชุมชนจัดทำแผนของงบประมาณ สนับสนุนในการใช้จัดกิจกรรมสุขภาพร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่วนใหญ่จะเสนอของบประมาณจากท้องถิ่นหรือเทศบาลเป็นหลัก ซึ่งท้องถิ่นจะมีงบประมาณของกองทุนสุขภาพที่สามารถนำมาใช้ในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนได้ งบประมาณบางส่วนมาจากการบริจาคของสมาชิกในชุมชน และบางชุมชนมีการจัดตั้งเป็นกองทุนหมู่บ้าน ภายหลังจากได้รับอนุมัติงบประมาณจากท้องถิ่นแล้ว จะมีการทำข้อตกลงหรือสัญญา ร่วมกันในการใช้จ่ายงบประมาณและการรายงานผลการใช้งบประมาณ แต่ส่วนใหญ่การจัดทำแผนงานเสนอของบประมาณเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผู้นำชุมชนเป็นผู้จัดทำแผนของงบประมาณจากท้องถิ่นเอง

3) การจัดกิจกรรมสุขภาพ มีกระบวนการ คือ อสม.จะเป็นแกนนำจัดกิจกรรมสุขภาพในชุมชนทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ และเป็นแกนนำในการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รวมถึงการติดตามในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย ในการจัดกิจกรรมสุขภาพเริ่มต้นจากการสำรวจสถานการณ์ปัญหาสุขภาพในพื้นที่รับผิดชอบ ส่วนใหญ่อสม.จะเป็นผู้ดำเนินการเก็บข้อมูลสุขภาพเอง แต่ในบางพื้นที่จะมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมเก็บข้อมูลกับอสม.ตามแบบฟอร์มหรือตัวแปรที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขกำหนดไว้ จากนั้นจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้ไว้ที่รพ.สต. เพื่อเป็นรายงานส่งต่อให้หน่วยเหนือต่อไปและอสม.บางส่วนมีการนำข้อมูลที่ได้จากการสำรวจสถานการณ์ปัญหาสุขภาพร่วมแลกเปลี่ยน เรียนรู้ในเวทีประชุมประจำเดือนของอสม.และประชุมประจำเดือนของรพ.สต. เพื่อนำมาหาแนวทางในการแก้ปัญหาาร่วมกันกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้นำชุมชน และในบางกิจกรรมไม่ได้ผ่านกระบวนการทำประชาคมหมู่บ้านเพื่อรับฟังความคิดเห็นของสมาชิกในชุมชนก่อน

4) การประเมินผลแบบมีส่วนร่วม มีกระบวนการ คือ เนื่องจากอสม.มองว่าการประเมินเป็นบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นหลัก ทำให้อสม.ส่วนใหญ่ขาดประสบการณ์ในการการประเมินผล โดยเฉพาะการประเมินแบบมีส่วนร่วมในภาพรวมของชุมชน แต่มีอสม.บางส่วนได้ทำการมีการประเมินตนเอง ซึ่งการประเมินผลการดำเนินงานทำให้ชุมชนได้รับรู้สถานการณ์และผลการดำเนินงานที่ผ่านมา ส่งผลให้ชุมชนเห็นความสำคัญและตระหนักถึงความจำเป็นที่ต้องประเมินผลงาน

ซึ่งผลจากการวิเคราะห์ปัญหาในการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนของอสม. โดยทำการศึกษาทั้งอสม.ที่มีประสบการณ์และไม่มีประสบการณ์การใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชน ดังนี้

#### 4.1 กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

##### 4.1.1 ด้านการทำแผนสุขภาพชุมชน

##### 1) อสม.ที่มีประสบการณ์ในการทำแผนสุขภาพชุมชน

พบว่า ปัญหาในการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังในการทำแผนสุขภาพชุมชน คือ ผู้นำชุมชน อสม. และประชาชนไม่เห็นความสำคัญและเข้ามามีส่วนร่วมในการทำแผนสุขภาพชุมชนน้อย อสม.บางส่วนยังขาดความรู้ในเรื่องในการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น อสม.จะรับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นหลักทำให้บางครั้งข้อมูลที่ได้รับไม่เพียงพอต่อการนำไปใช้ประโยชน์ และไม่มีอุปกรณ์ในการค้นหาข้อมูลเพิ่มเติม เช่น คอมพิวเตอร์ สาเหตุมาจากการที่อสม.ไม่ได้ค้นหาข้อมูลให้ผู้นำชุมชน อสม. และประชาชนทราบ ทำให้ผู้นำชุมชน อสม. และประชาชนไม่เห็นความสำคัญและไม่เข้ามามีส่วนร่วมในการทำแผนสุขภาพชุมชน อสม.บางส่วนยังไม่เคยอบรมเรื่องการวิเคราะห์ข้อมูล อสม.คิดว่าข้อมูลที่มาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นข้อมูลที่น่าเชื่อถือ และไม่ได้มีการจัดสรรหรือสำรองอุปกรณ์ให้แก่อสม.ทำให้ต้องใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ของรพ.สต. ซึ่งมีจำนวนน้อย และต้องรอให้เจ้าหน้าที่ใช้งานเสร็จก่อน

##### 2) อสม.ที่ไม่มีประสบการณ์ในการทำแผนสุขภาพชุมชน

พบว่า ปัญหาในการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังในการทำแผนสุขภาพชุมชน คือ อสม.มีเป้าหมายในการเก็บข้อมูลเพื่อการส่งรายงานให้เจ้าหน้าที่รพ.สต.ไม่ได้มีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ในการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ อสม.ยังขาดความรู้และทักษะในการทำแผนสุขภาพชุมชน การวิเคราะห์ข้อมูล และการใช้คอมพิวเตอร์ สาเหตุมาจากการที่อสม.ไม่เข้าใจการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ อสม.บางส่วนยังไม่เคยอบรมเรื่องการทำแผนสุขภาพชุมชน การวิเคราะห์ข้อมูล และการใช้คอมพิวเตอร์

##### 4.1.2 ด้านการจัดการงบประมาณ

##### 1) อสม.ที่มีประสบการณ์ในการจัดการงบประมาณ

พบว่า ปัญหาในการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังในการจัดการงบประมาณ คือ งบประมาณน้อยไม่เพียงพอในการจัดกิจกรรมหรือโครงการ อสม.ไม่ค่อยรู้จักแหล่งทุนส่วนใหญ่จะของบประมาณจากเทศบาลหรืออบต.เป็นหลัก สาเหตุมาจากการที่ท้องถิ่นไม่เคยจัดอบรมหรือชี้แจงเรื่องระเบียบในการใช้งบประมาณให้แก่อสม. การที่ได้งบประมาณมาน้อย อาจจะมาจาก



การเขียนแผนงานโครงการที่ไม่ครอบคลุมหรือยังไม่ถูกต้อง และอสม.คิดว่าการสนับสนุนในเรื่องงบประมาณเป็นความรับผิดชอบของท้องถิ่น

#### 2) อสม.ที่ไม่มีประสบการณ์ในการจัดการงบประมาณ

พบว่า ปัญหาในการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังในการจัดการงบประมาณคือ อสม.ขาดความรู้เกี่ยวกับการจัดการงบประมาณ สาเหตุมาจากการที่อสม.ไม่เคยอบรมเรื่องการจัดการงบประมาณ

#### 4.1.3 ด้านการจัดกิจกรรมสุขภาพ

เนื่องจากอสม.ที่มีประสบการณ์และไม่มีประสบการณ์ในการจัดกิจกรรมสุขภาพ พบปัญหาเดียวกัน คือ ประชาชนและผู้ป่วยไม่ค่อยให้ความร่วมมือ อสม.เข้ามามีส่วนร่วมน้อย และเครื่องมือทางการแพทย์ไม่เพียงพอ เสียบ่อย สาเหตุมาจากการที่ช่วงเวลาในการจัดกิจกรรมสุขภาพนั้น อาจเป็นเวลาที่ผู้ป่วยหรืออสม.ไม่สะดวก ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ และการจัดสรรอุปกรณ์น้อย รวมถึงการใช้อุปกรณ์ที่ผิดวิธี ทำให้เสียบ่อย

#### 4.1.4 ด้านการประเมินผลแบบมีส่วนร่วม

เนื่องจากอสม.ที่มีประสบการณ์และไม่มีประสบการณ์ในการประเมินผลแบบมีส่วนร่วมพบปัญหาเดียวกัน คือ อสม.ขาดความรู้ในการประเมินผลแบบมีส่วนร่วม และมองว่าการประเมินเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สาเหตุมาจากการที่อสม.ไม่เคยอบรมเรื่องการประเมินผลแบบมีส่วนร่วม ทำให้ยังขาดความรู้และคิดว่าการประเมินเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

### 4.2 กลุ่มเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

#### 4.2.1 ด้านการทำแผนสุขภาพชุมชน

##### 1) อสม.ที่มีประสบการณ์ในการทำแผนสุขภาพชุมชน

พบว่า ปัญหาในการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังในการทำแผนสุขภาพชุมชน คือ บางพื้นที่ผู้นำชุมชนและประชาชนไม่เห็นความสำคัญและเข้ามามีส่วนร่วมน้อย อสม.ไม่ค่อยมีความรู้ในเรื่องในการวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ปัญหา ข้อมูลที่จัดเก็บบางส่วนนำไปใช้ประโยชน์ไม่ได้ อสม.จะรับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นหลักทำให้บางครั้งข้อมูลที่ได้รับไม่เพียงพอต่อการนำไปใช้ประโยชน์ และแผนสุขภาพชุมชนที่ได้จัดทำขึ้นส่วนใหญ่เป็นแผนในระยะสั้นขาดความต่อเนื่อง สาเหตุมาจากการไม่ได้คืนข้อมูลให้ผู้นำชุมชน อสม. และประชาชนทราบอสม.บางส่วนยังไม่เคยอบรมเรื่องการวิเคราะห์ข้อมูล การที่ข้อมูลที่มีอยู่ไม่เป็นปัจจุบันเนื่องจากอสม.มีภาระหน้าที่มากบางคนเป็นอาสาสมัครหลายหน่วยงาน ทำให้ไม่มีเวลาพอที่จะสำรวจข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน ประสบการณ์ในการทำแผนสุขภาพชุมชนของอสม.ยังน้อย

## 2) อสม.ที่ไม่มีประสบการณ์ในการทำแผนสุขภาพชุมชน

พบว่า ปัญหาในการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังในการทำแผนสุขภาพชุมชน คือ อสม.ยังขาดความรู้และทักษะในการทำแผนสุขภาพชุมชน การวิเคราะห์ข้อมูล และการใช้คอมพิวเตอร์ อสม.อายุมากทำให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง และขาดแรงจูงใจในการทำงาน สาเหตุมาจากการที่อสม.บางส่วนยังไม่เคยอบรมเรื่องการทำแผนสุขภาพชุมชน การวิเคราะห์ข้อมูล และการใช้คอมพิวเตอร์ ในบางพื้นที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้จัดทำแผนสุขภาพชุมชนเอง จากนั้นให้อสม.นำไปใช้ในการดำเนินการ อสม.บางส่วนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุทำให้ประสิทธิภาพการทำงานเริ่มลดลง ขาดการกระตุ้นและเสริมพลังในการทำงาน

### 4.2.2 ด้านการจัดการงบประมาณ

#### 1) อสม.ที่มีประสบการณ์ในการจัดการงบประมาณ

พบว่า ปัญหาในการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังในการจัดการงบประมาณคือ อสม.ขาดความรู้เกี่ยวกับการจัดการงบประมาณ อสม.ไม่ค่อยรู้จักแหล่งทุน ส่วนใหญ่จะของงบประมาณจากเทศบาลหรืออบต.เป็นหลัก ท้องมีข้อจำกัดในการจัดสรรงบประมาณ และอสม.ที่มีประสบการณ์ในการจัดการงบประมาณมักจะเป็นด้านค่าใช้จ่ายงบประมาณมากกว่าด้านการจัดหางบประมาณและด้านการจัดตั้งเป็นกองทุน สาเหตุมาจากการที่อสม.ไม่เคยอบรมเรื่องการจัดการงบประมาณ ท้องถิ่นไม่ค่อยจัดอบรมหรือชี้แจงเรื่องระเบียบในการใช้งบประมาณให้แก่อสม. อาจจะมาจากการเขียนแผนงาน โครงการที่ไม่ครอบคลุมหรือยังไม่ถูกต้อง

#### 2) อสม.ที่ไม่มีประสบการณ์ในการจัดการงบประมาณ

พบว่า ปัญหาในการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังในการจัดการงบประมาณคือ อสม.ขาดความรู้เกี่ยวกับการจัดการงบประมาณ สาเหตุมาจากการที่อสม.ไม่เคยอบรมเรื่องการจัดการงบประมาณ ท้องถิ่นไม่ค่อยจัดอบรมหรือชี้แจงเรื่องระเบียบในการใช้งบประมาณให้แก่อสม.

### 4.2.3 ด้านการจัดกิจกรรมสุขภาพ

#### 1) อสม.ที่มีประสบการณ์ในการจัดกิจกรรมสุขภาพ

พบว่า ปัญหาในการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังในการจัดกิจกรรมสุขภาพ คือ ประชาชน ผู้ป่วย และอสม.เข้ามามีส่วนร่วมน้อย บางกิจกรรมที่จัดขึ้นไม่ตอบสนองความต้องการของชุมชน สาเหตุมาจากการที่ช่วงเวลาในการจัดกิจกรรมสุขภาพนั้น อาจเป็นช่วงเวลาที่เหมาะสม ผู้ป่วย และอสม.ไม่สะดวก ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ บุคลิกภาพของอสม.ทำให้ประชาชนไม่เชื่อถือ อีกทั้งบางกิจกรรมไม่ได้คืนข้อมูลให้ผู้นำชุมชนและประชาชน รวมถึงการประชาสัมพันธ์หมู่บ้านก่อนที่จะจัดกิจกรรมขึ้น ทำให้กิจกรรมที่จัดไม่ตอบสนองความต้องการของชุมชน

## 2) อสม.ที่ไม่มีประสบการณ์ในการจัดกิจกรรมสุขภาพ

พบว่า ปัญหาในการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังในการจัดกิจกรรมสุขภาพ คือ ผู้นำชุมชนและประชาชนไม่ให้ความสำคัญ เครื่องมือทางการแพทย์ไม่เพียงพอ และเสียบ่อย สาเหตุมาจากการที่ไม่ได้คืนข้อมูลให้ผู้นำชุมชนและประชาชน รวมถึงการทำประชาคมหมู่บ้านก่อนที่จะจัดกิจกรรมขึ้น ทำให้กิจกรรมที่จัดไม่ตอบสนองความต้องการของชุมชน อสม.ไม่ได้ทำแผนการปฏิบัติงานร่วมกัน ต่างคนต่างทำ ทำให้เครื่องมือ หรืออุปกรณ์ที่มีอยู่ไม่เพียงพอกับความ ต้องการ รวมถึงใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่ผิดวิธี ทำให้เครื่องมือหรืออุปกรณ์เสียบ่อย

### 2.4. ด้านการประเมินผลแบบมีส่วนร่วม

เนื่องจากอสม.ที่มีประสบการณ์และไม่มีประสบการณ์ในการประเมินผลแบบมีส่วนร่วมพบปัญหาเดียวกัน คือ อสม.ขาดความรู้ในการประเมินผลแบบมีส่วนร่วม และมองว่าการประเมินเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สาเหตุมาจากการที่อสม.ไม่เคยอบรมเรื่องการประเมินผลแบบมีส่วนร่วม ทำให้ยังขาดความรู้และคิดว่าการประเมินเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

## 4.3 ผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพัทลุง

### 4.3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านเทคนิคและปัจจัยด้านองค์กรกับการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนของอสม.

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านเทคนิค และปัจจัยด้านองค์กรกับการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนของอสม. จะแบ่งผลการวิเคราะห์เป็น 5 ส่วน คือ 1) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านเทคนิคและปัจจัยด้านองค์กรกับการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชน 2) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านเทคนิคและปัจจัยด้านองค์กรกับการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อทำแผนสุขภาพชุมชน 3) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านเทคนิคและปัจจัยด้านองค์กรกับการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อจัดการงบประมาณ 4) หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านเทคนิคและปัจจัยด้านองค์กรกับการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดกิจกรรมสุขภาพ 5)หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านเทคนิคและปัจจัยด้านองค์กรกับการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการประเมินผลแบบมีส่วนร่วม

1) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านเทคนิค และปัจจัยด้านองค์กรกับการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชน ดังตารางที่ 16

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านเทคนิค และปัจจัยด้านองค์กรกับการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชน โดยใช้ Chi-square test หาค่าความสัมพันธ์ของปัจจัยแต่ละตัว ที่ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ซึ่งจะมีบางตัวแปรที่ได้ใช้ Fisher's exact test แทนค่า Chi-square test เนื่องจากมีตัวแปรที่มีค่าคาดหวังต่ำกว่า 5 มากกว่า 20% ของจำนวนเซลล์ ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล คือ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ อาชีพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเป็นอสม. ความรู้ ปัจจัยด้านเทคนิค คือ การเข้าถึงข้อมูลกรณีศึกษารายบุคคล ช่องทางอื่นๆในการรับข้อมูล ความถี่ที่ได้รับข้อมูล ปัจจัยด้านองค์กร คือ การเข้ามามีส่วนร่วมของภาครัฐ การสนับสนุนของภาครัฐ การนิเทศติดตามของภาครัฐ การเข้ามามีส่วนร่วมของภาคท้องถิ่น การสนับสนุนของภาคท้องถิ่น ขนาดของกองทุนสุขภาพ การเข้ามามีส่วนร่วมของภาคประชาชน การสนับสนุนของภาคประชาชน ผลการวิเคราะห์ พบว่า อสม.ส่วนใหญ่มีการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 72.5 รองลงมาอยู่ในระดับสูงและระดับต่ำร้อยละ 23.7,3.8 ตามลำดับ โดย

1.1) ปัจจัยด้านบุคคล พบว่า รายได้ อาชีพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเป็นอสม. การฝึกอบรมในเรื่องการจัดการสุขภาพชุมชน แรงจูงใจ และความรู้มีความสัมพันธ์กับการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ส่วนเพศ อายุ ศาสนา การฝึกอบรมในเรื่องการทำแผนสุขภาพชุมชน การอบรมเรื่องโรคไม่ติดต่อ การอบรมเรื่องการใช้คอมพิวเตอร์ และการอบรมเรื่องอื่นๆไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชน

1.2) ปัจจัยด้านเทคนิคพบว่า การเข้าถึงข้อมูลในภาพรวม การเข้าถึงข้อมูลสถานการณ์โรค การเข้าถึงข้อมูลการทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเข้าถึงข้อมูลกรณีศึกษารายบุคคล แหล่งข้อมูลรวม แหล่งข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แหล่งข้อมูลจากวิทยุ ช่องทางการได้รับข้อมูลรวม การได้รับข้อมูลจากสื่อบุคคล การได้รับข้อมูลจากสื่อสิ่งพิมพ์ การได้รับข้อมูลสื่อวิทยุ และความถี่ของการได้รับข้อมูลมีความสัมพันธ์กับการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ส่วนการเข้าถึงข้อมูลพื้นฐาน การเข้าถึงข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลความรู้ทั่วไป การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน การเข้าถึงข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ แหล่งข้อมูลจากวารสารหรือหนังสือ แหล่งข้อมูลจากโทรทัศน์ แหล่งข้อมูลจากหอกระจายข่าว แหล่งข้อมูลจากหนังสือพิมพ์ แหล่งข้อมูลจากเพื่อนอสม. แหล่งข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต แหล่งข้อมูลจากอื่นๆ การได้รับข้อมูลจากสื่อโทรทัศน์

การได้รับข้อมูลจากLine, Facebook การได้รับข้อมูลจากการประชุมอบรม การได้รับข้อมูลอินเทอร์เน็ต และการได้รับข้อมูลจากช่องทางอื่นๆไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรัง เพื่อการจัดการสุขภาพชุมชน

1.3) ปัจจัยด้านองค์กร พบว่า การนิเทศติดตามของภาครัฐ การเข้ามามีส่วนร่วมของภาคท้องถิ่น และการสนับสนุนของภาคประชาชน มีความสัมพันธ์กับการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ส่วนการเข้ามามีส่วนร่วมของภาครัฐ การสนับสนุนของภาคท้องถิ่น ขนาดกองทุนสุขภาพ และการเข้ามามีส่วนร่วมของภาคประชาชนไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชน

**ตารางที่ 16** ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านเทคนิค และปัจจัยด้านองค์กรกับการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชน

ปัจจัย	ระดับการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชน (จำนวน,ร้อยละ)				Chi-square/ Fisher's exact	P-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม		
<b>ปัจจัยด้านบุคคล</b>						
<b>เพศ</b>					3.16	0.21
หญิง	9(3.0)	223(73.6)	71(23.4)	303(100)		
ชาย	5(7.4)	46(67.6)	17(25.0)	68(100)		
รวม	14(3.8)	269(72.5)	88(23.7)	371(100)		
<b>อายุ</b>					4.14	0.73
น้อยกว่า 30	1(7.7)	7(53.8)	5(38.5)	13(100)		
30-45	7(3.8)	135(74.2)	40(22.0)	182(100)		
46-60	6(3.7)	119(72.6)	39(23.8)	164(100)		
60 ปีขึ้นไป	0	8(66.7)	4(33.3)	12(100)		
รวม	14(3.8)	269(72.5)	88(23.7)	371(100)		

หมายเหตุ \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 16 (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อการจัดการ สุขภาพชุมชน (จำนวน,ร้อยละ)				Chi-square/ Fisher's exact	P-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม		
<b>ปัจจัยด้านบุคคล</b>						
<b>สถานภาพสมรส</b>					11.14	0.13
โสด	0	16(64.0)	9(36.0)	25(100)		
คู่	13(4.2)	223(72.2)	73(23.6)	309(100)		
หม้าย	1(4.2)	21(87.5)	2(8.3)	24(100)		
หย่า	0	6(100.0)	0	6(100)		
แยกกันอยู่	0	3(42.9)	4(57.1)	7(100)		
รวม	14(3.8)	269(72.5)	88(23.7)	371(100)		
<b>ศาสนา</b>					0.09	0.95
อิสลาม	1(3.6)	21(75.0)	6(21.4)	28(100)		
รวม	14(3.8)	269(72.5)	88(23.7)	371(100)		
<b>รายได้เฉลี่ย/ปี</b>					13.01	0.03*
ต่ำกว่า 100,000	8(4.6)	127(73.4)	38(22.0)	173(100)		
100,001-200,00	6(3.6)	127(76.0)	34(20.4)	167(100)		
200,001-300,000	0	9(45.0)	11(55.0)	20(100)		
มากกว่า300,00	0	6(54.5)	5(45.5)	11(100)		
รวม	14(3.8)	269(72.5)	88(23.7)	371(100)		
<b>อาชีพ</b>					16.12	0.01*
เกษตรกร	8(3.3)	169(69.5)	66(27.2)	243(100)		
รับจ้าง	3(7.1)	38(74.5)	10(19.6)	51(100)		
ค้าขาย	1(2.0)	45(91.8)	3(6.1)	49(100)		
ธุรกิจส่วนตัว	2(7.1)	17(60.7)	9(32.1)	28(100)		
รวม	14(3.8)	269(72.5)	88(23.7)	371(100)		

หมายเหตุ \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 16 (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อการจัดการ สุขภาพชุมชน (จำนวน, ร้อยละ)				Chi-square/ Fisher's exact	P-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม		
<b>ปัจจัยด้านบุคคล</b>						
<b>ระดับการศึกษา</b>					18.20	0.02*
ประถมศึกษา	2(2.8)	64(90.1)	5(7.0)	71(100)		
ม.ต้น	3(3.4)	60(69.0)	24(27.6)	87(100)		
ม.ปลาย/ปวช.	7(5.0)	95(68.3)	37(26.6)	139(100)		
อนุปวส.	0	26(76.5)	8(23.5)	34(100)		
ปริญญาตรี	2(5.0)	24(60.0)	14(35.0)	40(100)		
รวม	14(3.8)	269(72.5)	88(23.7)	371(100)		
<b>ระยะเวลาเป็นอส.</b>						
1-3 ปี	6(7.5)	66(82.5)	8(10.0)	80(100)		
4-6 ปี	3(4.8)	42(66.7)	18(28.6)	63(100)		
7-10 ปี	2(1.8)	87(79.1)	21(19.1)	110(100)		
11-13 ปี	1(2.0)	32(65.3)	16(32.7)	49(100)		
14 ปีขึ้นไป	2(2.9)	42(60.9)	25(36.2)	69(100)		
รวม	14(3.8)	269(72.5)	88(23.7)	371(100)		
<b>การฝึกอบรม</b>					2.34	0.31
อบรม	12(3.8)	227(71.2)	80(25.1)	319(100)		
ไม่อบรม	2(3.8)	42(80.8)	8(15.4)	52(100)		
รวม	14(3.8)	269(72.5)	88(23.7)	371(100)		
-อบรมเรื่องโรคไม่ ติดต่อเรื้อรัง	9(4.2)	154(72.0)	51(23.8)	214(100)	0.27	0.87
-อบรมเรื่องการทำ แผนสุขภาพชุมชน	6(6.1)	63(63.6)	30(30.3)	99(100)	5.80	0.06

หมายเหตุ \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 16 (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อการจัดการ สุขภาพชุมชน (จำนวน,ร้อยละ)				Chi-square/ Fisher's exact	P-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม		
<b>ปัจจัยด้านบุคคล</b>						
-อบรมเรื่องการ จัดการสุขภาพ ชุมชน	0	64(68.8)	29(31.2)	98(100)	7.83	0.02*
-อบรมเรื่องการใช้ คอมพิวเตอร์	4(8.5)	29(61.7)	14(29.8)	47(100)	4.92	0.09
-อบรมเรื่องอื่นๆ	2(5.3)	27(71.1)	9(23.7)	38(100)	0.26	0.88
<b>แรงจูงใจ</b>					17.67	0.00*
ระดับต่ำ	0	0	0	0		
ระดับปานกลาง	8(11.1)	55(76.4)	9(12.5)	72(100)		
ระดับสูง	6(2.0)	214(71.6)	79(26.4)	299(100)		
รวม	14(3.8)	269(72.5)	88(23.7)	371(100)		
<b>ความรู้</b>					43.92	0.00*
ระดับต่ำ	1(8.3)	11(91.7)	0	12(100)		
ระดับปานกลาง	13(7.2)	146(80.7)	22(12.2)	181(100)		
ระดับสูง	0	122(62.9)	66(37.1)	178(100)		
รวม	14(3.8)	269(72.5)	88(23.7)	371(100)		
<b>ปัจจัยด้านเทคนิค</b>						
<b>การเข้าถึงข้อมูล</b>					11.99	0.00*
เข้าถึงข้อมูล	10(3.0)	237(71.2)	86(25.8)	333(100)		
ไม่เข้าถึงข้อมูล	4(10.5)	32(84.2)	2(5.3)	38(100)		
รวม	14(3.8)	269(72.5)	88(23.7)	371(100)		
-เข้าถึงข้อมูล พื้นฐาน	6(3.3)	131(72.4)	44(24.3)	181(100)	0.25	0.88

หมายเหตุ \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



ตารางที่ 16 (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อการจัดการ สุขภาพชุมชน (จำนวน, ร้อยละ)				Chi-square/ Fisher's exact	P-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม		
<b>ปัจจัยด้านเทคนิค</b>						
-เข้าถึงข้อมูล พฤติกรรมสุขภาพ	3(2.6)	85(73.3)	28(24.1)	116(100)	0.66	0.72
-เข้าถึงข้อมูลความรู้ ทั่วไป	5(4.4)	84(74.3)	24(21.2)	113(100)	0.68	0.71
-เข้าถึงข้อมูล สถานการณ์โรค	2(1.8)	75(66.4)	36(31.9)	113(100)	7.11	0.03*
-เข้าถึงข้อมูลทาง ห้องปฏิบัติการ	2(3.6)	35(63.6)	18(32.7)	55(100)	2.91	0.23
-เข้าถึงข้อมูลการทำ กิจกรรมส่งเสริม สุขภาพและการ ปรับเปลี่ยน พฤติกรรม	0	22(59.5)	15(40.5)	37(100)	7.36	0.03*
-เข้าถึงข้อมูล เกี่ยวกับ ภาวะแทรกซ้อน	1(2.8)	22(61.1)	13(36.1)	36(100)	3.40	0.18
-เข้าถึงข้อมูล กรณีศึกษารายบุคคล	0	8(44.4)	10(55.6)	18(100)	8.66	0.01*
<b>แหล่งข้อมูลที่ได้รับ</b>					11.99	0.00*
ได้รับข้อมูล	10(3.0)	237(71.2)	86(25.8)	333(100)		
ไม่ได้รับข้อมูล	4(10.5)	32(84.2)	2(5.3)	38(100)		
รวม	14(3.8)	269(72.5)	88(23.7)	371(100)		

หมายเหตุ \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 16 (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อการจัดการ สุขภาพชุมชน (จำนวน, ร้อยละ)				Chi-square/ Fisher's exact	P-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม		
<b>ปัจจัยด้านเทคนิค</b>						
เจ้าหน้าที่	9(3.0)	213(70.8)	79(26.2)	301(100)	7.56	0.02*
<b>สาธารณสุข</b>						
วารสารหรือหนังสือ	1(0.8)	86(72.9)	31(26.3)	118(100)	4.40	0.11
โทรทัศน์	2(2.6)	55(72.4)	19(25.0)	76(100)	0.39	0.82
หอกระจายข่าว	5(7.2)	49(71.0)	15(21.7)	69(100)	2.88	0.24
หนังสือพิมพ์	0	48(80.0)	12(20.0)	60(100)	3.67	0.16
อื่นๆ	2(3.4)	44(75.9)	12(20.7)	58(100)	0.39	0.82
เพื่อนอสม.	2(3.5)	43(75.4)	12(21.1)	57(100)	0.294	0.86
วิทยุ	0	35(62.5)	21(37.5)	56(100)	8.68	0.01*
อินเทอร์เน็ต	2(5.6)	22(61.1)	12(33.3)	36(100)	72.60	0.27
ผู้นำชุมชน	1(3.6)	24(85.7)	3(10.7)	28(100)	2.89	0.24
<b>ช่องทางที่ได้รับ</b>					11.99	0.00*
ได้รับข้อมูล	10(3.0)	237(71.2)	86(25.8)	333(100)		
ไม่ได้รับข้อมูล	4(10.5)	32(84.2)	2(5.3)	38(100)		
รวม	14(3.8)	269(72.5)	88(23.7)	371(100)		
สื่อบุคคล	9(2.9)	222(70.9)	82(26.2)	313(100)	10.15	0.01*
สื่อสิ่งพิมพ์	2(1.1)	135(73.0)	48(25.9)	185(100)	7.87	0.02*
สื่อวิทยุ	0	77(73.3)	28(26.7)	105(100)	6.08	0.05*
สื่อโทรทัศน์	2(2.6)	55(72.4)	19(25.0)	76(100)	0.39	0.82
Line Facebook	2(4.0)	38(76.0)	10(20.0)	50(100)	4.42	0.80
อินเทอร์เน็ต	2(5.6)	22(61.1)	12(33.3)	36(100)	2.60	0.27
ประชุม อบรม	0	25(75.8)	8(24.2)	33(100)	1.42	0.49
อื่นๆระบุ.....	0	4(66.7)	2(33.3)	6(100)	0.49	0.78

หมายเหตุ \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 16 (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อการจัดการ สุขภาพชุมชน (จำนวน,ร้อยละ)				Chi-square/ Fisher's exact	P-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม		
<b>ปัจจัยด้านเทคนิค</b>						
ความถี่ในการได้รับ ข้อมูล					24.89	0.00*
ทุกวัน	0	9(52.9)	8(47.1)	17(100)		
4-5 ครั้ง/สัปดาห์	0	18(69.2)	8(30.8)	26(100)		
2-3 ครั้ง/สัปดาห์	1(1.6)	38(60.3)	24(38.1)	63(100)		
1 ครั้ง/สัปดาห์	9(4.0)	172(75.8)	46(20.3)	227(100)		
ไม่เคยเลย	4(10.5)	32(84.2)	2(5.3)	38(100)		
รวม	14(3.8)	269(72.5)	88(23.7)	371(100)		
<b>ปัจจัยด้านองค์กร</b>						
การเข้ามามีส่วนร่วม ของภาครัฐ					11.53	0.06
มีส่วนร่วม	14(3.8)	269(72.5)	88(23.7)	371(100)		
ไม่มีส่วนร่วม	0	0	0	0		
รวม	14(3.8)	269(72.5)	88(23.7)	371(100)		
-มีส่วนร่วมในการทำ แผนสุขภาพชุมชน	10(7.2)	94(68.1)	34(24.6)	138(100)		
-มีส่วนร่วมในการจัด กิจกรรมสุขภาพ	4(3.6)	86(78.2)	20(18.2)	110(100)		
-มีส่วนร่วมในการ จัดการงบประมาณ	0	49(71.0)	20(29.0)	69(100)		
-มีส่วนร่วมในการ ประเมินผลแบบมี ส่วนร่วม	0	40(74.1)	14(25.9)	54(100)		

หมายเหตุ \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 16 (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อการจัดการ สุขภาพชุมชน (จำนวน, ร้อยละ)				Chi-square/ Fisher's exact	P-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม		
<b>ปัจจัยด้านองค์กร</b>						
<b>การสนับสนุนของ ภาครัฐ</b>					14.54	0.05
สนับสนุน	14(3.8)	266(72.3)	88(23.9)	368(100)		
ไม่สนับสนุน	0	3(100.0)	0	3(100)		
รวม	14(3.8)	269(72.5)	88(23.7)	371(100)		
-สนับสนุนการจัดการ	2(1.4)	105(72.5)	36(25.2)	143(100)		
-สนับสนุนบุคลากร	5(5.2)	73(76.0)	18(18.8)	96(100)		
-สนับสนุน งบประมาณ	7(9.2)	53(69.7)	16(21.1)	76(100)		
-สนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์	0	35(66.0)	18(34.0)	53(100)		
<b>การนิเทศของภาครัฐ</b>					15.18	0.04*
มีการนิเทศ	12(3.7)	235(72.3)	78(24.0)	325(100)		
ไม่มีการนิเทศ	2(4.3)	34(73.9)	10(21.7)	46(100)		
รวม	14(3.8)	269(72.5)	88(23.7)	371(100)		
-นิเทศปีละครั้ง	2(1.6)	93(72.7)	33(25.8)	128(100)		
-นิเทศ 3 เดือนครั้ง	0	56(78.9)	15(21.1)	71(100)		
-นิเทศเดือนละครั้ง	0	17(65.4)	9(34.6)	26(100)		
<b>การเข้ามามีส่วนร่วม ของภาคท้องถิ่น</b>					14.46	0.05*
มีส่วนร่วม	9(3.1)	209(71.1)	76(25.8)	294(100)		
ไม่มีส่วนร่วม	5(6.5)	60(77.9)	12(15.6)	77(100)		
รวม	14(3.8)	269(72.5)	88(23.7)	371(100)		

หมายเหตุ \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 16 (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อการจัดการ สุขภาพชุมชน (จำนวน, ร้อยละ)				Chi-square/ Fisher's exact	P-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม		
<b>ปัจจัยด้านองค์กร</b>						
-มีส่วนร่วมในการจัดการงบประมาณ	3(2.0)	116(78.4)	29(19.6)	148(100)		
-มีส่วนร่วมในการทำแผนสุขภาพชุมชน	3(4.4)	41(60.3)	24(35.3)	68(100)		
-มีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมสุขภาพ	3(4.6)	42(64.6)	20(30.8)	65(100)		
-มีส่วนร่วมในการประเมินผลแบบมีส่วนร่วม	0	10(76.9)	3(23.1)	13(100)		
<b>การสนับสนุนของภาคท้องถิ่น</b>					10.37	0.08
สนับสนุน	14(3.8)	269(72.5)	88(23.7)	371(100)		
ไม่สนับสนุน	0	0	0	0		
รวม	14(3.8)	269(72.5)	88(23.7)	371(100)		
-สนับสนุนงบประมาณ	10(4.3)	175(74.8)	49(20.9)	234(100)		
-สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์	3(5.1)	45(76.3)	11(18.6)	59(100)		
-สนับสนุนบุคลากร	1(2.0)	34(68.0)	15(30.0)	50(100)		

หมายเหตุ \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 16 (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อการจัดการ สุขภาพชุมชน (จำนวน, ร้อยละ)				Chi-square/ Fisher's exact	P-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม		
<b>ปัจจัยด้านองค์กร</b>						
-สนับสนุนการจัดการ ขนาดของกองทุน สุขภาพ	0	15(53.6)	13(46.4)	28(100)	4.29	0.66
กองทุนตำบล	11(4.4)	176(70.1)	64(25.5)	251(100)		
กองทุนเทศบาล	2(2.4)	67(79.8)	15(17.9)	84(100)		
กองทุนจังหวัด	1(2.9)	24(70.6)	9(26.5)	34(100)		
อื่นๆ	0	2(100.0)	0	2(100)		
รวม	14(3.8)	269(72.5)	88(23.7)	371(100)		
<b>การเข้ามามีส่วนร่วม ของภาคประชาชน</b>					10.15	0.21
มีส่วนร่วม	11(3.8)	211(72.3)	70(23.9)	292(100)		
ไม่มีส่วนร่วม	3(3.8)	58(73.4)	18(22.8)	79(100)		
รวม	14(3.8)	269(72.5)	88(23.7)	371(100)		
-มีส่วนร่วมในการจัด กิจกรรมสุขภาพ	4(2.4)	125(74.9)	38(22.8)	167(100)		
-มีส่วนร่วมในการทำ แผนสุขภาพชุมชน	6(6.5)	60(65.2)	26(28.3)	92(100)		
-มีส่วนร่วมในการ จัดการงบประมาณ	1(5.0)	13(65.0)	6(30.0)	20(100)		
-มีส่วนร่วมในการ ประเมินผลแบบมี ส่วนร่วม	0	13(100)	0	13(100)		

หมายเหตุ \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 16 (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อจัดการ สุขภาพชุมชน (จำนวน, ร้อยละ)				Chi-square/ Fisher's exact	P-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม		
<b>ปัจจัยด้านองค์กร</b>					40.39	0.00*
การสนับสนุนของ ภาคประชาชน						
สนับสนุน	12(3.6)	239(71.8)	82(24.6)	333(100)		
ไม่สนับสนุน	2(5.3)	30(78.9)	6(15.8)	38(100)		
รวม	14(3.8)	269(72.5)	88(23.7)	371(100)		
-สนับสนุน	3(1.3)	181(78.7)	46(20.0)	230(100)		
บุคลากร						
-สนับสนุนการ จัดการ	1(2.2)	26(57.8)	18(40.0)	45(100)		
-สนับสนุน	6(20.0)	16(53.3)	8(26.7)	30(100)		
งบประมาณ						
-สนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์	2(7.1)	16(57.1)	10(35.7)	28(100)		

หมายเหตุ \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านเทคนิค และปัจจัยด้านองค์กรกับการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการทำแผนสุขภาพชุมชน ดังตารางที่ 17

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านเทคนิค และปัจจัยด้านองค์กรกับการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการทำแผนสุขภาพชุมชน โดยใช้ Chi-square test หาค่าความสัมพันธ์ของปัจจัยแต่ละตัว ที่ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ซึ่งจะมีบางตัวแปรที่ได้ใช้ Fisher's exact test แทนค่า Chi-square test เนื่องจากมีตัวแปรที่มีค่าคาดหวังต่ำกว่า 5 มากกว่า 20% ของจำนวนเซลล์ ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล คือ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ ความรู้ ปัจจัยด้านองค์กร คือ ขนาดของกองทุนสุขภาพ ผลการวิเคราะห์ พบว่า อสม.ส่วนใหญ่มีการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะ

โรคเรื้อรังเพื่อการทำแผนสุขภาพชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.6 รองลงมาอยู่ในระดับสูง และระดับต่ำร้อยละ 36.7, 20.8 ตามลำดับ โดย

2.1) ปัจจัยด้านบุคคล พบว่า ระยะเวลาการเป็นอสม. การฝึกอบรม ภาพรวม และความรู้ มีความสัมพันธ์กับการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการทำแผนสุขภาพชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ส่วนเพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ ศาสนา อาชีพ ระดับการศึกษา การอบรมเรื่องโรคไม่ติดต่อ การอบรมเรื่องการทำแผนสุขภาพชุมชน การอบรมเรื่อง การจัดการสุขภาพชุมชน การอบรมเรื่องการใช้คอมพิวเตอร์ การอบรมเรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การอบรมเรื่องอื่นๆ และแรงจูงใจไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรัง เพื่อการทำแผนสุขภาพชุมชน

2.2) ปัจจัยด้านเทคนิค พบว่า การเข้าถึงข้อมูลในภาพรวม การเข้าถึง ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน แหล่งข้อมูลรวม ช่องทางการ ได้รับข้อมูลรวม การได้รับข้อมูลจากสื่อสิ่งพิมพ์ การได้รับข้อมูลสื่อวิทยุ และความถี่ของการได้รับ ข้อมูลมีความสัมพันธ์กับการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการทำแผนสุขภาพชุมชนอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ส่วนการเข้าถึงข้อมูลพื้นฐาน การเข้าถึงข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ การเข้าถึง ข้อมูลความรู้ทั่วไป การเข้าถึงข้อมูลสถานการณ์โรค การเข้าถึงข้อมูลกรณีศึกษารายบุคคล แหล่งข้อมูล จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แหล่งข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต แหล่งข้อมูลจากวิทยุ แหล่งข้อมูลจากวารสาร หรือหนังสือ แหล่งข้อมูลจากโทรทัศน์ แหล่งข้อมูลจากหอกระจายข่าว แหล่งข้อมูลจากหนังสือพิมพ์ แหล่งข้อมูลจากเพื่อนอสม. แหล่งข้อมูลจากอื่นๆ การได้รับข้อมูลจากสื่อบุคคล การได้รับข้อมูล อินเทอร์เน็ต การได้รับข้อมูลจากสื่อโทรทัศน์ การได้รับข้อมูลจาก Line, Facebook การได้รับข้อมูล จากการประชุมอบรม และการได้รับข้อมูลจากช่องทางอื่นๆไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ประโยชน์ ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการทำแผนสุขภาพชุมชน

2.3) ปัจจัยด้านองค์กร พบว่า การนิเทศติดตามของภาครัฐและ การสนับสนุน ของภาคประชาชนมีความสัมพันธ์กับการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรัง เพื่อการทำแผนสุขภาพชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ส่วนการเข้ามามีส่วนร่วมของภาครัฐ การสนับสนุนของภาครัฐ การเข้ามามีส่วนร่วมของภาคท้องถิ่น ขนาดกองทุนสุขภาพและการเข้ามามี ส่วนร่วมของภาคประชาชนไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการทำ แผน สุขภาพชุมชน



ตารางที่ 17 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านเทคนิค และปัจจัยด้านองค์กรกับการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการทำแผนสุขภาพชุมชน

ปัจจัย	ระดับการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อการทำแผนสุขภาพชุมชน (จำนวน, ร้อยละ)				Chi-square/ Fisher's exact	P-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม		
<b>ปัจจัยด้านบุคคล</b>						
<b>เพศ</b>					0.11	0.95
หญิง	62(20.5)	129(42.6)	112(37.0)	303(100)		
ชาย	15(22.1)	29(42.6)	24(35.3)	68(100)		
รวม	77(20.8)	158(42.6)	136(36.7)	371(100)		
<b>อายุ</b>					5.71	0.45
น้อยกว่า 30	2(15.4)	8(61.5)	3(23.1)	13(100)		
30-45	40(22.0)	78(42.9)	64(35.2)	182(100)		
46-60	31(38.9)	66(40.3)	67(40.9)	164(100)		
60 ปีขึ้นไป	4(33.3)	6(50.0)	2(16.7)	12(100)		
รวม	77(20.8)	158(42.6)	136(36.7)	371(100)		
<b>สถานภาพสมรส</b>					9.66	0.25
โสด	3(12.0)	11(44.0)	11(44.0)	25(100)		
คู่	68(22.0)	125(40.5)	116(37.5)	309(100)		
หม้าย	4(16.7)	15(62.5)	5(20.8)	24(100)		
หย่า	0	5(83.3)	1(16.7)	6(100)		
แยกกันอยู่	2(28.6)	2(28.6)	3(42.9)	7(100)		
รวม	77(20.8)	158(42.6)	136(36.7)	371(100)		
<b>ศาสนา</b>					2.75	0.25
พุทธ	72(21.0)	142(41.4)	129(37.6)	343(100)		
อิสลาม	5(17.9)	16(57.1)	7(25.0)	28(100)		
รวม	77(20.8)	158(42.6)	136(36.7)	371(100)		

หมายเหตุ \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 17 (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อการทำแผน สุขภาพชุมชน (จำนวน,ร้อยละ)				Chi-square/ Fisher's exact	P-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม		
<b>ปัจจัยด้านบุคคล</b>						
<b>รายได้เฉลี่ยต่อปี</b>					9.43	0.15
ต่ำกว่า 100,000	41(23.7)	80(46.2)	52(30.1)	173(100)		
100,001-200,00	31(18.6)	69(41.3)	67(40.1)	167(100)		
200,001-300,000	3(15.0)	5(25.0)	12(60.0)	20(100)		
มากกว่า300,000	2(18.2)	4(36.4)	5(45.5)	11(100)		
รวม	77(20.8)	158(42.6)	136(36.7)	371(100)		
<b>อาชีพ</b>					1.33	0.97
เกษตรกร	48(19.8)	102(42.0)	93(38.3)	243(100)		
รับจ้าง	12(23.5)	23(45.1)	16(31.4)	51(100)		
ค้าขาย	11(22.4)	20(40.8)	18(36.7)	49(100)		
ธุรกิจส่วนตัว	7(25.0)	13(46.4)	8(28.6)	28(100)		
รวม	77(20.8)	158(42.6)	136(36.7)	371(100)		
<b>ระดับการศึกษา</b>					9.30	0.32
ประถมศึกษา	21(29.6)	28(39.4)	22(31.0)	71(100)		
ม.ต้น	10(11.5)	44(50.6)	33(37.9)	87(100)		
ม.ปลาย/ปวช.	29(20.9)	58(41.7)	33(37.9)	139(100)		
อนุปวส.	8(23.5)	12(35.3)	14(41.3)	34(100.0)		
ปริญญาตรี	9(22.5)	16(40.0)	15(37.5)	40(100)		
รวม	77(20.8)	158(42.6)	136(36.7)	371(100)		

หมายเหตุ \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 17 (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อการทำแผน สุขภาพชุมชน (จำนวน,ร้อยละ)				Chi-square/ Fisher's exact	P-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม		
<b>ปัจจัยด้านบุคคล</b>						
ระยะเวลาเป็นอส.					22.74	0.00*
1-3 ปี	27(33.8)	38(47.5)	15(18.8)	80(100)		
4-6 ปี	9(14.3)	30(47.6)	24(38.1)	63(100)		
7-10 ปี	19(17.3)	43(39.1)	48(43.6)	110(100)		
11-13 ปี	9(18.4)	24(49.0)	16(32.7)	49(100)		
14 ปีขึ้นไป	13(18.8)	23(33.3)	33(47.8)	69(100)		
รวม	77(20.8)	158(42.6)	136(36.7)	371(100)		
<b>การฝึกอบรม</b>					7.21	0.03*
อบรม	66(20.7)	128(40.1)	125(39.2)	319(100)		
ไม่อบรม	11(21.2)	30(57.7)	11(21.1)	52(100)		
รวม	77(20.8)	158(42.6)	136(36.7)	371(100)		
-อบรมเรื่องโรคไม่ ติดต่อเรื้อรัง	36(16.8)	92(43.0)	86(40.2)	214(100)	5.45	0.06
-อบรมเรื่องการทำ แผนสุขภาพชุมชน	21(21.2)	36(36.4)	42(42.4)	99(100)	2.47	0.29
-อบรมเรื่องการจัดการ สุขภาพชุมชน	18(19.4)	32(34.4)	43(46.2)	93(100)	5.17	0.08
-อบรมเรื่องการใช้ คอมพิวเตอร์	14(29.8)	17(36.2)	16(34.0)	47(100)	2.74	0.26
-อบรมเรื่องอื่นๆ	9(23.7)	12(31.6)	17(44.7)	38(100)	2.13	0.34

หมายเหตุ \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 17 (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อการทำแผน สุขภาพชุมชน (จำนวน, ร้อยละ)				Chi-square/ Fisher's exact	P-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม		
<b>ปัจจัยด้านบุคคล</b>						
<b>แรงจูงใจ</b>					3.07	0.22
ระดับต่ำ	0	0	0	0		
ระดับปานกลาง	14(19.4)	37(51.4)	21(29.2)	72(100)		
ระดับสูง	63(21.1)	121(40.5)	115(38.5)	299(100)		
รวม	77(20.8)	158(42.6)	136(36.7)	371(100)		
<b>ความรู้</b>					20.67	0.00*
ระดับต่ำ	3(25.0)	3(25.0)	6(50.0)	12(100)		
ระดับปานกลาง	50(27.6)	83(45.9)	48(26.5)	181(100)		
ระดับสูง	24(13.5)	72(40.4)	82(46.1)	178(100)		
รวม	77(20.8)	158(42.6)	136(36.7)	371(100)		
<b>การเข้าถึงข้อมูล</b>					6.56	0.04*
เข้าถึงข้อมูล	64(19.2)	141(42.3)	128(38.4)	333(100)		
ไม่เข้าถึงข้อมูล	13(34.2)	17(44.7)	8(21.1)	28(100)		
รวม	77(20.8)	158(42.6)	136(36.7)	371(100)		
-เข้าถึงข้อมูลพื้นฐาน	32(17.7)	84(46.4)	65(35.9)	181(100)	2.88	0.24
-เข้าถึงข้อมูล	22(19.0)	47(40.5)	47(40.5)	116(100)	1.12	0.57
<b>พฤติกรรมสุขภาพ</b>						
-เข้าถึงข้อมูลความรู้	23(20.4)	45(39.8)	45(39.8)	113(100)	0.75	0.69
<b>ทั่วไป</b>						
-เข้าถึงข้อมูล	23(20.4)	44(38.9)	46(40.7)	113(100)	1.25	0.54
<b>สถานการณ์โรค</b>						
-เข้าถึงข้อมูลทาง	6(10.9)	16(29.1)	33(60.0)	55(100)	15.38	0.00*
<b>ห้องปฏิบัติการ</b>						

หมายเหตุ \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 17 (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อการวางแผน สุขภาพชุมชน (จำนวน,ร้อยละ)				Chi-square/ Fisher's exact	P-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม		
<b>ปัจจัยด้านเทคนิค</b>						
-เข้าถึงข้อมูลการทำ กิจกรรมส่งเสริม สุขภาพและการ ปรับเปลี่ยน พฤติกรรม	2(5.4)	18(48.6)	17(45.9)	37(100)	5.87	0.05
-เข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับ ภาวะแทรกซ้อน	8(22.2)	8(22.2)	20(55.6)	36(100)	7.81	0.02*
-เข้าถึงข้อมูล กรณีศึกษารายบุคคล	2(11.1)	5(27.8)	11(61.1)	18(100)	4.91	0.09
<b>แหล่งข้อมูลที่ได้รับ</b>					6.56	0.04*
ได้รับข้อมูล	64(19.2)	141(42.3)	128(38.4)	333(100)		
ไม่ได้รับข้อมูล	13(34.2)	17(44.7)	8(21.1)	28(100)		
รวม	77(20.8)	158(42.6)	136(36.7)	371(100)		
เจ้าหน้าที่	61(20.3)	128(42.5)	112(37.2)	301(100)	0.32	0.85
สาธารณสุข วารสารหรือ หนังสือ	18(15.3)	48(40.7)	52(44.1)	118(100)	5.26	0.07
โทรทัศน์	15(19.7)	31(40.8)	30(39.5)	76(100)	0.33	0.85
หออกระจายข่าว	19(27.5)	25(36.2)	25(36.2)	69(100)	2.69	0.26
หนังสือพิมพ์	11(18.3)	29(48.3)	20(33.3)	60(100)	0.97	0.62
อื่นๆ	13(22.4)	25(43.1)	20(34.5)	58(100)	0.18	0.91
เพื่อนอสม.	12(21.1)	20(35.1)	25(43.9)	57(100)	1.85	0.40
วิทยุ	7(12.5)	24(42.9)	25(44.6)	56(100)	3.31	0.19

หมายเหตุ \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 17 (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อการทำแผน สุขภาพชุมชน (จำนวน,ร้อยละ)				Chi-square/ Fisher's exact	P-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม		
<b>ปัจจัยด้านเทคนิค</b>						
อินเทอร์เน็ต	9(25.0)	13(36.1)	14(38.9)	36(100)	0.79	0.67
ผู้นำชุมชน	3(10.7)	16(57.1)	9(32.1)	28(100)	3.15	0.21
<b>ช่องทางที่ได้รับ</b>					6.56	0.04*
ได้รับข้อมูล	64(19.2)	141(42.3)	128(38.4)	333(100)		
ไม่ได้รับข้อมูล	13(34.2)	17(44.7)	8(21.1)	28(100)		
รวม	77(20.8)	158(42.6)	136(36.7)	371(100)		
สื่อบุคคล	63(20.1)	133(42.5)	117(37.4)	313(100)	0.67	0.72
สื่อสิ่งพิมพ์	30(16.2)	75(40.5)	80(43.2)	185(100)	8.39	0.02*
สื่อวิทยุ	15(14.3)	42(40.0)	48(45.7)	105(100)	6.46	0.04*
สื่อโทรทัศน์	15(19.7)	31(40.8)	30(39.5)	76(100)	0.327	0.85
Line Facebook	11(21.0)	18(36.0)	21(42.0)	50(100)	1.08	0.58
อินเทอร์เน็ต	9(25.0)	13(36.1)	14(38.9)	36(100)	0.79	0.67
ประชุม อบรม	8(24.2)	14(42.4)	11(33.3)	33(100)	0.19	0.91
อื่นๆระบุ.....	0	3(50.0)	3(50.0)	6(100)	1.36	0.66
<b>ความถี่ของการ ได้รับข้อมูล</b>					20.84	0.01*
ทุกวัน	1(5.9)	10(58.8)	6(35.3)	17(100)		
4-5 ครั้ง/สัปดาห์	3(11.5)	8(30.8)	15(57.7)	26(100)		
2-3 ครั้ง/สัปดาห์	7(11.1)	25(39.7)	31(49.2)	63(100)		
1 ครั้ง/สัปดาห์	53(23.3)	98(43.2)	76(33.5)	227(100)		
ไม่เคยเลย	13(34.2)	17(44.7)	8(21.1)	38(100)		
รวม	77(20.8)	158(42.6)	136(36.7)	371(100)		

หมายเหตุ \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 17 (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อการทำแผน สุขภาพชุมชน (จำนวน,ร้อยละ)				Chi-square/ Fisher's exact	P-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม		
<b>ปัจจัยด้านองค์กร</b>						
การเข้ามามีส่วน ร่วมของภาครัฐ					10.00	0.13
มีส่วนร่วม	77(20.8)	158(42.6)	136(36.7)	371(100)		
ไม่มีส่วนร่วม	0	0	0	0		
รวม	77(20.8)	158(42.6)	136(36.7)	371(100)		
-มีส่วนร่วมในการ ทำแผนสุขภาพ ชุมชน						
-มีส่วนร่วมในการ จัดกิจกรรมสุขภาพ	17(15.5)	51(46.4)	42(38.2)	110(100)		
-มีส่วนร่วมในการ จัดกิจกรรมสุขภาพ	17(15.5)	51(46.4)	42(38.2)	110(100)		
-มีส่วนร่วมในการ จัดการงบประมาณ	12(17.4)	23(33.3)	34(49.3)	69(100)		
-มีส่วนร่วมในการ ประเมินผลแบบมี ส่วนร่วม	14(25.9)	23(42.6)	17(31.5)	54(100)		
<b>การสนับสนุนของ ภาครัฐ</b>					12.60	0.13
สนับสนุน	76(20.7)	156(42.4)	136(36.9)	368(100)		
ไม่สนับสนุน	1(33.3)	2(66.7)	0	3(100)		
รวม	77(20.8)	158(42.6)	136(36.7)	371(100)		

หมายเหตุ \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 17 (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อการทำแผน สุขภาพชุมชน (จำนวน,ร้อยละ)				Chi-square/ Fisher's exact	P-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม		
<b>ปัจจัยด้านองค์กร</b>						
-สนับสนุนการจัดการ	25(17.5)	66(46.2)	52(36.4)	143(100)		
-สนับสนุนบุคลากร	22(28.9)	25(32.9)	29(38.2)	96(100)		
-สนับสนุนงบประมาณ	22(28.9)	25(32.9)	29(38.2)	76(100)		
-สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์	9(17.0)	18(34.0)	26(49.1)	53(100)		
<b>การนิเทศของ ภาครัฐ</b>					16.04	0.04*
มีการนิเทศ	70(21.5)	139(42.8)	116(35.7)	325(100)		
ไม่มีการนิเทศ	7(15.2)	19(41.3)	20(43.5)	46(100)		
รวม	77(20.8)	158(42.6)	136(36.7)	371(100)		
-นิเทศปีละครั้ง	20(15.6)	54(42.2)	54(42.2)	128(100)		
-นิเทศ 6 เดือนครั้ง	32(32.0)	42(42.0)	26(26.0)	100(100)		
-นิเทศ 3 เดือนครั้ง	14(19.7)	34(47.9)	23(32.4)	71(100)		
-นิเทศเดือนละครั้ง	4(15.2)	9(34.6)	13(50.0)	26(100)		
<b>การเข้ามามีส่วน ร่วมของภาคท้องถิ่น</b>					14.51	0.70
มีส่วนร่วม	58(19.7)	121(41.2)	115(39.1)	294(100)		
ไม่มีส่วนร่วม	19(24.7)	37(48.1)	21(27.3)	77(100)		
รวม	77(20.8)	158(42.6)	136(36.7)	371(100)		
-มีส่วนร่วมในการจัดการงบประมาณ	30(20.3)	66(44.6)	52(35.1)	148(100)		

หมายเหตุ \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



ตารางที่ 17 (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อการทำแผน สุขภาพชุมชน (จำนวน,ร้อยละ)				Chi-square/ Fisher's exact	P-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม		
<b>ปัจจัยด้านองค์กร</b>						
-มีส่วนร่วมในการ จัดการงบประมาณ	30(20.3)	66(44.6)	52(35.1)	148(100)		
-มีส่วนร่วมในการ ทำแผนสุขภาพ ชุมชน	8(11.8)	26(38.2)	34(50.0)	68(100)		
-มีส่วนร่วมในการ จัดกิจกรรมสุขภาพ	19(29.2)	24(36.9)	22(33.8)	65(100)		
-มีส่วนร่วมในการ ประเมินผลแบบมี ส่วนร่วม	1(7.7)	5(38.5)	7(53.8)	13(100)		
<b>การสนับสนุนของ ภาคท้องถิ่น</b>					12.36	0.05
สนับสนุน	77(20.8)	158(42.6)	136(36.7)	371(100)		
ไม่สนับสนุน	0	0	0	0		
รวม	77(20.8)	158(42.6)	136(36.7)	371(100)		
-สนับสนุน งบประมาณ	52(22.2)	108(46.2)	74(31.6)	234(100)		
-สนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์	16(27.1)	19(32.2)	24(40.7)	59(100)		
-สนับสนุนบุคลากร	6(12.0)	21(42.0)	23(46.0)	50(100)		
-สนับสนุนการ จัดการ	3(10.7)	10(35.7)	15(53.6)	28(100)		

หมายเหตุ \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 17 (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อการทำแผน สุขภาพชุมชน (จำนวน,ร้อยละ)				Chi-square/ Fisher's exact	P-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม		
<b>ปัจจัยด้านองค์กร</b>						
ขนาดของกองทุน					9.25	0.07
<b>สุขภาพ</b>						
กองทุนตำบล	60(23.9)	103(41.0)	88(35.1)	251(100)		
กองทุนเทศบาล	15(17.9)	34(40.6)	35(41.7)	84(100)		
กองทุนจังหวัด	2(5.9)	20(58.8)	12(35.3)	34(100)		
อื่นๆ	0	1(50.0)	1(50.0)	2(100)		
รวม	77(20.8)	158(42.6)	136(36.7)	371(100)		
<b>การเข้ามามีส่วน</b>					4.44	0.82
<b>ร่วมของภาค</b>						
<b>ประชาชน</b>						
มีส่วนร่วม	58(19.9)	124(42.5)	110(37.7)	292(100)		
ไม่มีส่วนร่วม	19(24.1)	34(43.0)	26(32.9)	79(100)		
รวม	77(20.8)	158(42.6)	136(36.7)	371(100)		
-มีส่วนร่วมในการ						
จัดกิจกรรมสุขภาพ	31(18.6)	74(44.3)	62(37.1)	167(100)		
-มีส่วนร่วมในการ						
ทำแผนสุขภาพ	18(19.6)	37(40.2)	37(40.2)	92(100)		
ชุมชน						
-มีส่วนร่วมในการ						
จัดการงบประมาณ	6(30.0)	6(30.0)	8(40.0)	20(100)		
-มีส่วนร่วมในการ						
ประเมินผลแบบมี	3(23.1)	7(53.8)	3(23.1)	13(100)		
ส่วนร่วม						

หมายเหตุ \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 17 (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อการทำแผน สุขภาพชุมชน (จำนวน,ร้อยละ)				Chi-square/ Fisher's exact	P-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม		
<b>ปัจจัยด้านองค์กร</b>					20.72	0.01*
<b>การสนับสนุนของ</b>						
<b>ภาคประชาชน</b>						
สนับสนุน	63(18.9)	146(43.8)	124(37.3)	333(100)		
ไม่สนับสนุน	14(36.8)	12(31.6)	12(31.6)	38(100)		
รวม	77(20.8)	158(42.6)	136(36.7)	371(100)		
-สนับสนุนบุคคล	38(16.5)	104(45.2)	88(38.3)	230(100)		
-สนับสนุนการ	7(15.6)	18(40.0)	20(44.4)	45(100)		
จัดการ						
-สนับสนุน	13(43.3)	9(30.0)	8(26.7)	30(100)		
งบประมาณ						
-สนับสนุนวัสดุ	5(17.9)	15(53.6)	8(28.6)	28(100)		
อุปกรณ์						

หมายเหตุ \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านเทคนิค และปัจจัยด้านองค์กรกับการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการงบประมาณ ดังตารางที่ 18

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านเทคนิค และปัจจัยด้านองค์กรกับการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการงบประมาณ โดยใช้ Chi-square test หากค่าความสัมพันธ์ของปัจจัยแต่ละตัว ที่ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ซึ่งจะมีบางตัวแปรที่ได้ใช้ Fisher's exact test แทนค่า Chi-square test เนื่องจากมีตัวแปรที่มีค่าคาดหวังต่ำกว่า 5 มากกว่า 20% ของจำนวนเซลล์ ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล คืออายุสถานภาพสมรสรายได้ ความรู้ ปัจจัยด้านเทคนิค คือ การได้รับข้อมูลจากช่องทางอื่นๆ ปัจจัยด้านองค์กร คือ ขนาดของกองทุนสุขภาพ ผลการวิเคราะห์พบว่า อสม.ส่วนใหญ่มีการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการงบประมาณอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 38.3 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำและระดับสูงร้อยละ 35.3,26.4 ตามลำดับ โดย

3.1) ปัจจัยด้านบุคคล พบว่า รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเป็นอสม. การฝึกอบรมภาพรวม การอบรมเรื่องการทำแผนสุขภาพชุมชน การอบรมเรื่องอื่นๆ แรงจูงใจ และความรู้มีความสัมพันธ์กับการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการงบประมาณอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ส่วนเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ การอบรมเรื่องโรคไม่ติดต่อ การอบรมเรื่องการจัดการสุขภาพชุมชน และการอบรมเรื่องการใช้คอมพิวเตอร์ไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการงบประมาณ

3.2) ปัจจัยด้านเทคนิค พบว่า การเข้าถึงข้อมูลสถานการณ์โรค การเข้าถึงข้อมูลการทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเข้าถึงข้อมูลกรณีศึกษารายบุคคล และความถี่ของการได้รับข้อมูลมีความสัมพันธ์กับการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการงบประมาณอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ส่วนการเข้าถึงข้อมูลในภาพรวม การเข้าถึงข้อมูลพื้นฐาน การเข้าถึงข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลความรู้ทั่วไป การเข้าถึงข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน แหล่งข้อมูลรวม แหล่งข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แหล่งข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต แหล่งข้อมูลจากวิทยุ แหล่งข้อมูลจากวารสารหรือหนังสือ แหล่งข้อมูลจากโทรทัศน์ แหล่งข้อมูลจากหอกระจายข่าว แหล่งข้อมูลจากหนังสือพิมพ์ แหล่งข้อมูลจากเพื่อน อสม. แหล่งข้อมูลจากอื่นๆ ช่องทางการได้รับข้อมูลรวม การได้รับข้อมูลจากสื่อบุคคล การได้รับข้อมูลจากสื่อสิ่งพิมพ์ การได้รับข้อมูลสื่อวิทยุ การได้รับข้อมูลอินเทอร์เน็ต การได้รับข้อมูลจากสื่อโทรทัศน์ การได้รับข้อมูลจาก Line, Facebook การได้รับข้อมูลจากการประชุมอบรม และการได้รับข้อมูลจากช่องทางอื่นๆไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการงบประมาณ

3.3) ปัจจัยด้านองค์กร พบว่า การสนับสนุนของภาครัฐ การเข้ามามีส่วนร่วมของภาคท้องถิ่น การสนับสนุนของภาคท้องถิ่น และการสนับสนุนของภาคประชาชนมีความสัมพันธ์กับการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการงบประมาณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ส่วนการเข้ามามีส่วนร่วมของภาครัฐ การนิเทศติดตามของภาครัฐ ขนาดกองทุนสุขภาพและการเข้ามามีส่วนร่วมของภาคประชาชนไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการงบประมาณ

ตารางที่ 18 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านเทคนิค และปัจจัยด้านองค์กรกับการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการงบประมาณ

ปัจจัย	ระดับการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อการจัดการ งบประมาณ(จำนวน,ร้อยละ)				Chi-square/ Fisher's exact	P-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม		
<b>ปัจจัยด้านบุคคล</b>						
<b>เพศ</b>					3.80	0.15
หญิง	112(37.0)	109(36.0)	82(27.1)	303(100)		
ชาย	19(27.9)	33(48.5)	16(23.5)	68(100)		
รวม	131(35.3)	142(38.3)	98(26.4)	371(100)		
<b>อายุ</b>					8.75	0.18
น้อยกว่า 30	4(30.8)	6(46.2)	3(23.1)	13(100)		
30-45	68(37.4)	72(39.6)	42(28.0)	182(100)		
46-60	55(33.5)	63(38.4)	46(28.0)	164(100)		
60 ปีขึ้นไป	4(33.3)	1(8.3)	7(58.3)	12(100)		
รวม	131(35.3)	142(38.3)	98(26.4)	371(100)		
<b>สถานภาพสมรส</b>					13.68	0.06
โสด	5(20.0)	11(44.0)	9(36.0)	25(100)		
คู่	118(38.2)	110(35.6)	81(26.2)	309(100)		
หม้าย	6(25.0)	14(58.3)	4(16.7)	24(100)		
หย่า	0	5(83.3)	1(16.7)	6(100)		
แยกกันอยู่	2(28.6)	2(28.6)	3(42.9)	7(100)		
รวม	131(35.3)	142(38.3)	98(26.4)	371(100)		
<b>ศาสนา</b>					4.76	0.09
พุทธ	125(36.4)	126(36.7)	92(26.8)	343(100.0)		
อิสลาม	6(21.4)	16(57.1)	6(21.4)	28(100.0)		
รวม	131(35.3)	142(38.3)	98(26.4)	371(100.0)		

หมายเหตุ \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 18 (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อการจัดการ งบประมาณ(จำนวน,ร้อยละ)				Chi-square/ Fisher's exact	P-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม		
<b>ปัจจัยด้านบุคคล</b>						
<b>รายได้เฉลี่ยต่อปี</b>					12.73	0.04*
ต่ำกว่า 100,000	62(35.8)	61(35.3)	50(28.9)	173(100)		
100,001-200,00	63(37.7)	70(41.9)	34(20.4)	167(100)		
200,001-300,000	5(25.0)	5(25.0)	10(50.0)	20(100)		
มากกว่า300,000	1(9.1)	6(54.5)	4(36.4)	11(100)		
รวม	131(35.3)	142(38.3)	98(26.4)	371(100)		
<b>อาชีพ</b>					9.68	0.14
เกษตรกร	76(31.3)	96(39.5)	71(29.2)	243(100)		
รับจ้าง	22(43.1)	18(35.3)	11(21.6)	51(100)		
ค้าขาย	25(51.0)	16(32.7)	8(16.3)	49(100)		
ธุรกิจส่วนตัว	8(28.6)	12(42.9)	8(28.6)	28(100)		
รวม	131(35.3)	142(38.3)	98(26.4)	371(100)		
<b>ระดับการศึกษา</b>					23.95	0.00*
ประถมศึกษา	37(52.1)	27(38.0)	7(9.9)	71(100)		
ม.ต้น	22(25.3)	40(46.0)	25(28.7)	87(100)		
ม.ปลาย/ปวช.	53(38.1)	48(34.5)	38(27.3)	139(100)		
อนุปวส.	8(23.5)	12(35.3)	14(41.2)	34(100)		
ปริญญาตรี	11(27.5)	15(37.5)	14(35.0)	40(100)		
รวม	131(35.3)	142(38.3)	98(26.4)	371(100)		
<b>ระยะเวลาเป็นอส.</b>					37.11	0.00*
1-3 ปี	35(43.8)	37(46.3)	8(10.0)	80(100)		
4-6 ปี	19(30.2)	28(44.4)	16(25.4)	63(100)		
7-10 ปี	43(39.1)	45(40.9)	22(20.0)	110(100)		

หมายเหตุ \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 18 (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อการจัดการ งบประมาณ(จำนวน,ร้อยละ)				Chi-square/ Fisher's exact	P-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม		
<b>ปัจจัยด้านบุคคล</b>						
11-13 ปี	12(24.5)	18(36.7)	19(38.8)	49(100)		
14 ปีขึ้นไป	22(31.9)	14(20.3)	33(47.8)	69(100)		
รวม	131(35.3)	142(38.3)	98(26.4)	371(100)		
<b>การฝึกอบรม</b>					12.98	0.00*
อบรม	116(36.4)	111(34.8)	92(28.8)	319(100)		
ไม่อบรม	15(28.8)	31(59.6)	6(11.5)	52(100)		
รวม	131(35.3)	142(38.3)	98(26.4)	371(100)		
-อบรมเรื่องโรคไม่ ติดต่อเรื้อรัง	78(36.4)	81(37.9)	55(25.7)	214(100)	0.31	0.86
-อบรมเรื่องการทำ แผนสุขภาพชุมชน	35(35.4)	27(27.3)	37(37.4)	99(100)	10.41	0.005*
-อบรมเรื่องการ จัดการสุขภาพ ชุมชน	32(34.4)	30(32.3)	31(33.3)	93(100)	3.45	0.18
-อบรมเรื่องการใช้ คอมพิวเตอร์	19(40.4)	15(31.9)	13(27.7)	47(100)	0.99	0.607
-อบรมเรื่องอื่นๆ	18(47.4)	7(18.4)	13(34.2)	38(100)	7.08	0.03*
<b>แรงจูงใจ</b>					12.85	0.00*
ระดับต่ำ	0	0	0	0		
ระดับปานกลาง	22(30.6)	40(55.6)	10(13.9)	72(100)		
ระดับสูง	109(36.5)	102(34.1)	98(26.4)	299(100)		
รวม	131(35.3)	142(38.3)	98(26.4)	371(100)		

หมายเหตุ \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 18 (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อการจัดการ งบประมาณ (จำนวน,ร้อยละ)				Chi-square/ Fisher's exact	P-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม		
<b>ปัจจัยด้านบุคคล</b>						
<b>ความรู้</b>					29.08	0.00*
ระดับต่ำ	8(66.7)	4(33.3)	0	12(100)		
ระดับปานกลาง	68(37.6)	83(45.9)	30(16.6)	181(100)		
ระดับสูง	55(30.9)	55(30.9)	68(38.2)	178(100)		
รวม	131(35.3)	142(38.3)	98(26.4)	371(100)		
<b>การเข้าถึงข้อมูล</b>					4.05	0.13
เข้าถึงข้อมูล	114(34.2)	126(37.8)	93(27.9)	333(100)		
ไม่เข้าถึงข้อมูล	17(44.7)	16(42.1)	5(13.2)	28(100)		
รวม	131(35.3)	142(38.3)	98(26.4)	371(100)		
-เข้าถึงข้อมูลพื้นฐาน	61(33.7)	71(39.2)	49(27.1)	181(100)	0.40	0.82
-ได้รับข้อมูล	40(34.5)	45(38.8)	31(26.7)	116(100)	0.05	0.98
<b>พฤติกรรมสุขภาพ</b>						
-เข้าถึงข้อมูลความรู้	45(39.8)	45(39.8)	23(20.4)	113(100)	3.29	0.19
ทั่วไป						
-เข้าถึงข้อมูล	41(36.3)	34(30.1)	38(33.6)	113(100)	6.09	0.05*
<b>สถานการณ์โรค</b>						
-เข้าถึงข้อมูลทาง	16(29.1)	20(36.4)	19(34.5)	55(100)	2.39	0.30
<b>ห้องปฏิบัติการ</b>						
-เข้าถึงข้อมูลการทำ	9(24.3)	10(27.0)	18(48.6)	37(100)	10.37	0.00*
<b>กิจกรรมส่งเสริม</b>						
<b>สุขภาพและการ</b>						
<b>ปรับเปลี่ยน</b>						
<b>พฤติกรรม</b>						

หมายเหตุ \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



ตารางที่ 18 (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อการจัดการ งบประมาณ(จำนวน,ร้อยละ)				Chi-square/ Fisher's exact	P-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม		
<b>ปัจจัยด้านเทคนิค</b>						
-เข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับ ภาวะแทรกซ้อน	13(36.1)	12(33.3)	11(30.6)	36(100)	0.52	0.77
-เข้าถึงข้อมูล กรณีศึกษารายบุคคล	4(22.2)	4(22.2)	10(55.6)	18(100)	8.27	0.02*
<b>แหล่งข้อมูลที่ได้รับ</b>					4.05	0.13
ได้รับข้อมูล	114(34.2)	126(37.8)	93(27.9)	333(100)		
ไม่ได้รับข้อมูล	17(44.7)	16(42.1)	5(13.2)	28(100)		
รวม	131(35.3)	142(38.3)	98(26.4)	371(100)		
เจ้าหน้าที่	99(32.9)	117(38.9)	85(28.2)	301(100)	4.80	0.09
สาธารณสุข						
วารสารหรือ หนังสือ	34(28.8)	47(39.8)	37(31.4)	118(100)	3.78	0.15
โทรทัศน์	28(36.8)	26(34.2)	22(28.9)	76(100)	0.71	0.70
หออกระจายข่าว	31(44.9)	22(31.9)	16(23.2)	69(100)	3.46	0.18
หนังสือพิมพ์	26(43.3)	22(36.7)	12(20.0)	60(100)	2.47	0.29
อื่นๆ	28(48.3)	19(32.8)	11(19.0)	58(100)	5.26	0.07
เพื่อนอสม.	21(36.8)	24(42.1)	12(21.1)	57(100)	1.04	0.60
วิทยุ	16(28.6)	18(32.1)	22(39.3)	56(100)	5.63	0.06
อินเทอร์เน็ต	11(30.6)	13(36.1)	12(33.3)	36(100)	1.03	0.60
ผู้นำชุมชน	11(39.3)	10(35.7)	7(25.0)	28(100)	0.21	0.90

หมายเหตุ \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 18 (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อการจัดการ งบประมาณ(จำนวน,ร้อยละ)				Chi-square/ Fisher's exact	P-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม		
<b>ปัจจัยด้านเทคนิค</b>						
<b>ช่องทางที่ได้รับ</b>					4.05	0.13
ได้รับข้อมูล	114(34.2)	126(37.8)	93(27.9)	333(100)		
ไม่ได้รับข้อมูล	17(44.7)	16(42.1)	5(13.2)	28(100)		
รวม	131(35.3)	142(38.3)	98(26.4)	371(100)		
สื่อบุคคล	104(33.2)	120(38.3)	89(28.4)	313(100)	5.55	0.06
สื่อสิ่งพิมพ์	61(33.0)	68(36.8)	56(30.3)	185(100)	2.87	0.24
สื่อวิทยุ	31(29.5)	42(40.0)	32(30.5)	105(100)	2.42	0.30
สื่อโทรทัศน์	28(36.8)	26(34.2)	22(28.9)	76(100)	0.71	0.70
Line Facebook	19(38.0)	21(42.0)	10(20.0)	50(100)	1.23	0.54
อินเทอร์เน็ต	11(30.6)	13(36.1)	12(33.3)	36(100)	1.03	0.60
ประชุม อบรม	14(42.4)	12(36.4)	7(21.2)	33(100)	0.93	0.63
อื่นๆระบุ.....	2(33.3)	2(33.3)	2(33.3)	6(100)	0.16	0.93
<b>ความถี่ของการได้รับ ข้อมูล</b>					26.54	0.00*
ทุกวัน	1(5.9)	10(58.8)	6(53.3)	17(100)		
4-5 ครั้ง/สัปดาห์	3(11.5)	14(53.8)	9(34.6)	26(100)		
2-3 ครั้ง/สัปดาห์	16(25.4)	22(34.9)	25(39.7)	63(100)		
1 ครั้ง/สัปดาห์	94(41.4)	80(35.2)	53(23.3)	227(100)		
ไม่เคยเลย	17(44.7)	16(42.1)	5(13.2)	38(100)		
รวม	131(35.3)	142(38.3)	98(26.4)	371(100)		

หมายเหตุ \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 18 (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อการจัดการงบประมาณ (จำนวน,ร้อยละ)				Chi-square/ Fisher's exact	P-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม		
<b>ปัจจัยด้านเทคนิค</b>						
การเข้ามามีส่วนร่วม ของภาครัฐ					5.99	0.42
มีส่วนร่วม	131(35.3)	142(38.3)	98(26.4)	371(100)		
ไม่มีส่วนร่วม	0	0	0	0		
รวม	131(35.3)	142(38.3)	98(26.4)	371(100)		
-มีส่วนร่วมในการทำ แผนสุขภาพชุมชน						
มีส่วนร่วมในการจัด กิจกรรมสุขภาพ	41(37.3)	48(43.6)	21(19.1)	110(100)		
มีส่วนร่วมในการ จัดการงบประมาณ	21(30.4)	27(39.1)	21(30.4)	69(100)		
มีส่วนร่วมในการ ประเมินผลแบบมี ส่วนร่วม	22(40.7)	17(31.5)	15(27.8)	54(100)		
<b>การสนับสนุนของ ภาครัฐ</b>					16.92	0.03*
สนับสนุน	129(35.0)	142(38.6)	97(26.4)	368(100)		
ไม่สนับสนุน	2(66.7)	0	1(33.3)	3(100)		
รวม	131(35.3)	142(38.3)	98(26.4)	371(100)		
-สนับสนุนการจัดการ	41(28.7)	68(47.6)	34(23.8)	143(100)		
-สนับสนุนบุคลากร	36(37.5)	36(37.5)	24(25.0)	96(100)		
-สนับสนุน งบประมาณ	36(47.4)	17(22.4)	23(30.3)	76(100)		

หมายเหตุ \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

## ตารางที่ 18 (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อการจัดการ งบประมาณ(จำนวน,ร้อยละ)				Chi-square/ Fisher's exact	P-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม		
<b>ปัจจัยด้านองค์กร</b>						
-สนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์	16(30.2)	21(39.6)	16(30.2)	53(100)	5.57	0.70
<b>การนิเทศของ ภาครัฐ</b>						
มีการนิเทศ	116(35.7)	123(37.8)	86(26.5)	325(100)		
ไม่มีการนิเทศ	15(32.6)	19(41.3)	12(26.1)	46(100)		
รวม	131(35.3)	142(38.3)	98(26.4)	371(100)		
-นิเทศปีละครั้ง	38(29.7)	54(42.2)	36(28.1)	128(100)	16.89	0.03*
-นิเทศ 6 เดือนครั้ง	42(42.0)	32(32.0)	26(26.0)	100(100)		
-นิเทศ 3 เดือนครั้ง	27(38.0)	25(35.2)	19(26.8)	71(100)		
-นิเทศเดือนละครั้ง	9(34.6)	12(46.2)	5(19.2)	26(100)		
<b>การเข้ามามีส่วน ร่วมของท้องถิ่น</b>						
มีส่วนร่วม	103(35.0)	110(37.4)	81(27.6)	294(100.0)		
ไม่มีส่วนร่วม	28(36.4)	32(41.6)	17(22.1)	77(100.0)		
รวม	131(35.3)	142(38.3)	98(26.4)	371(100.0)		
-มีส่วนร่วมในการ จัดการงบประมาณ	65(43.9)	52(35.1)	31(20.9)	148(100.0)		
-มีส่วนร่วมในการ ทำแผนสุขภาพ ชุมชน	14(20.6)	28(41.2)	26(38.3)	68(100)		
-มีส่วนร่วมในการ จัดกิจกรรมสุขภาพ	22(33.8)	23(35.4)	20(30.8)	65(100)		

หมายเหตุ \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 18 (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อการจัดการ งบประมาณ(จำนวน,ร้อยละ)				Chi-square/ Fisher's exact	P-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม		
<b>ปัจจัยด้านองค์กร</b>						
-มีส่วนร่วมในการ ประเมินผลแบบมี ส่วนร่วม	2(15.4)	7(53.8)	4(30.8)	13(100)	23.83	0.00*
<b>การสนับสนุนของ ภาคท้องถิ่น</b>						
สนับสนุน	131(35.3)	142(38.3)	98(26.4)	371(100)		
ไม่สนับสนุน	0	0	0	0		
รวม	131(35.3)	142(38.3)	98(26.4)	371(100)		
-สนับสนุน งบประมาณ	88(37.6)	89(38.0)	57(24.4)	234(100)		
-สนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์	25(42.2)	22(37.3)	12(20.3)	59(100)		
-สนับสนุนบุคลากร	12(24.0)	26(52.0)	12(24.0)	50(100)		
-สนับสนุนการจัดการ ขนาดของกองทุน	6(21.4)	5(17.9)	17(60.7)	28(100)	5.15	0.50
<b>คุณภาพ</b>						
กองทุนตำบล	93(37.1)	93(37.1)	65(25.9)	251(100)		
กองทุนเทศบาล	28(33.3)	33(39.3)	23(27.4)	84(100)		
กองทุนจังหวัด	8(23.5)	16(47.1)	10(29.4)	34(100)		
อื่นๆ	2(100)	0	0	2(100)		
รวม	131(35.3)	142(38.3)	98(26.4)	371(100)		

หมายเหตุ \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 18 (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อการจัดการ งบประมาณ(จำนวน,ร้อยละ)				Chi-square/ Fisher's exact	P-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม		
<b>ปัจจัยด้านองค์กร</b>						
ขนาดของกองทุน					5.15	0.50
คุณภาพ						
กองทุนตำบล	93(37.1)	93(37.1)	65(25.9)	251(100)		
กองทุนเทศบาล	28(33.3)	33(39.3)	23(27.4)	84(100)		
กองทุนจังหวัด	8(23.5)	16(47.1)	10(29.4)	34(100)		
อื่นๆ	2(100)	0	0	2(100)		
รวม	131(35.3)	142(38.3)	98(26.4)	371(100)		
<b>การเข้ามามีส่วน</b>						
<b>ร่วมของภาค</b>						
<b>ประชาชน</b>						
มีส่วนร่วม	99(33.9)	120(41.1)	73(25.0)	292(100)	12.34	0.14
ไม่มีส่วนร่วม	32(40.5)	22(27.8)	25(31.6)	79(100)		
รวม	131(35.3)	142(38.3)	98(26.4)	371(100)		
-มีส่วนร่วมในการ						
จัดกิจกรรมสุขภาพ	61(36.5)	66(39.5)	40(24.0)	167(100)		
-มีส่วนร่วมในการ						
ทำแผนสุขภาพ	26(28.3)	37(40.2)	29(31.5)	92(100)		
ชุมชน						
-มีส่วนร่วมในการ						
จัดการงบประมาณ	7(35.0)	9(45.0)	4(20.0)	20(100)		
-มีส่วนร่วมในการ						
ประเมินผลแบบมี	5(38.5)	8(61.5)	0	13(100)		
ส่วนร่วม						

หมายเหตุ \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 18 (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อการจัดการ งบประมาณ(จำนวน,ร้อยละ)				Chi-square/ Fisher's exact	P-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม		
<b>ปัจจัยด้านองค์กร</b>						
การสนับสนุนของ ภาคประชาชน					17.07	0.03*
สนับสนุน	114(34.2)	129(38.8)	90(27.0)	333(100)		
ไม่สนับสนุน	17(44.7)	13(34.2)	8(21.1)	38(100)		
รวม	131(35.3)	142(38.3)	98(26.4)	371(100)		
-สนับสนุนบุคคล	88(38.3)	86(37.4)	56(24.3)	230(100)		
-สนับสนุนการจัดการ	8(17.8)	19(42.2)	18(40.0)	45(100)		
-สนับสนุน งบประมาณ	14(46.7)	9(30.0)	7(23.3)	30(100)		
-สนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์	4(14.3)	15(53.6)	9(32.1)	28(100)		

หมายเหตุ \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านเทคนิค และปัจจัยด้านองค์กรกับการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดกิจกรรมสุขภาพ ดังตารางที่ 19

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านเทคนิค และปัจจัยด้านองค์กรกับการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดกิจกรรมสุขภาพ โดยใช้ Chi-square test หาค่าความสัมพันธ์ของปัจจัยแต่ละตัว ที่ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ซึ่งจะมีบางตัวแปรที่ได้ใช้ Fisher's exact test แทนค่า Chi-square test เนื่องจากมีตัวแปรที่มีค่าคาดหวังต่ำกว่า 5 มากกว่า 20% ของจำนวนเซลล์ ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา รายได้ อาชีพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเป็นอสม. การฝึกอบรมภาพรวม การอบรมเรื่องการใช้คอมพิวเตอร์ การอบรมเรื่อง การจัดการสุขภาพชุมชน การอบรมเรื่องการทำแผนสุขภาพชุมชน การอบรมเรื่องโรคไม่ติดต่อ การอบรมเรื่องอื่นๆ และความรู้ ปัจจัยด้านเทคนิค คือ การเข้าถึงข้อมูลในภาพรวม การเข้าถึงข้อมูลความรู้ทั่วไป การเข้าถึงข้อมูลสถานการณ์โรค การเข้าถึงข้อมูลพื้นฐาน การเข้าถึง

ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน การเข้าถึงข้อมูลการทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเข้าถึงข้อมูลกรณีศึกษารายบุคคล แหล่งข้อมูลรวม แหล่งข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แหล่งข้อมูลจากวิทยุ แหล่งข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต แหล่งข้อมูลจากวารสารหรือหนังสือ แหล่งข้อมูลจากโทรทัศน์ แหล่งข้อมูลจากหอกระจายข่าว แหล่งข้อมูลจากหนังสือพิมพ์ แหล่งข้อมูลจากเพื่อน อสม. แหล่งข้อมูลจากผู้นำชุมชน แหล่งข้อมูลอื่นๆ ช่องทางการได้รับข้อมูลรวม การได้รับข้อมูลจากสื่อบุคคล การได้รับข้อมูลจากสื่อสิ่งพิมพ์ การได้รับข้อมูลสื่อวิทยุ การได้รับข้อมูลอินเทอร์เน็ต การได้รับข้อมูลจากสื่อโทรทัศน์ การได้รับข้อมูลจาก Line, Facebook การได้รับข้อมูลจากการประชุมอบรม การได้รับข้อมูลจากช่องทางอื่นๆ และความถี่ ในการได้รับข้อมูล ปัจจัยด้านองค์กร คือ การเข้ามามีส่วนร่วมของภาครัฐ การสนับสนุนของภาครัฐ การนิเทศติดตามของภาครัฐ การเข้ามามีส่วนร่วมของภาคท้องถิ่น การสนับสนุนของภาคท้องถิ่น ขนาดกองทุนสุขภาพและการเข้ามามีส่วนร่วมของภาคประชาชนและการสนับสนุนของภาคประชาชน ผลการวิเคราะห์ พบว่า อสม.ส่วนใหญ่มีการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดกิจกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูงร้อยละ 84.6 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำและระดับปานกลางร้อยละ 14.3,1.1 ตามลำดับ โดย

4.1) ปัจจัยด้านบุคคล พบว่า ระยะเวลาการเป็นอสม. การอบรมเรื่องการใช้คอมพิวเตอร์ การอบรมเรื่องโรคไม่ติดต่อ และความรู้มีความสัมพันธ์กับการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดกิจกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ส่วนเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา การฝึกอบรมภาพรวม การอบรมเรื่องการทำแผนสุขภาพชุมชน การอบรมเรื่องอื่นๆ การอบรมเรื่องการจัดการสุขภาพชุมชน และแรงจูงใจไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดกิจกรรมสุขภาพ

4.2) ปัจจัยด้านเทคนิค พบว่า การเข้าถึงข้อมูลรวม แหล่งข้อมูลรวม แหล่งข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แหล่งข้อมูลจากผู้นำชุมชน แหล่งข้อมูลจากวิทยุ ช่องทางการได้รับข้อมูลรวม การได้รับข้อมูลจากสื่อบุคคล การได้รับข้อมูลสื่อวิทยุ และความถี่ของการได้รับข้อมูลมีความสัมพันธ์กับการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดกิจกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ส่วนการเข้าถึงข้อมูลพื้นฐาน การเข้าถึงข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลความรู้ทั่วไป การเข้าถึงข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน การเข้าถึงข้อมูลสถานการณ์โรค การเข้าถึงข้อมูลการทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเข้าถึงข้อมูลกรณีศึกษารายบุคคล แหล่งข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต แหล่งข้อมูลจากวารสารหรือหนังสือ แหล่งข้อมูลจากโทรทัศน์ แหล่งข้อมูลจากหอกระจายข่าว แหล่งข้อมูลจากหนังสือพิมพ์ แหล่งข้อมูลจากเพื่อนอสม. การได้รับข้อมูลจากสื่อสิ่งพิมพ์ การได้รับข้อมูลอินเทอร์เน็ต การได้รับ



ข้อมูลจากสื่อโทรทัศน์ การได้รับข้อมูลจาก Line, Facebook การได้รับข้อมูลจากการประชุมอบรม และการได้รับข้อมูลจากช่องทางอื่นๆไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรัง เพื่อการจัดกิจกรรมสุขภาพ

4.3) ปัจจัยด้านองค์กร พบว่า การสนับสนุนของภาครัฐ การนิเทศติดตามของภาครัฐ การเข้ามามีส่วนร่วมของภาคท้องถิ่น และการสนับสนุนของภาคประชาชน มีความสัมพันธ์กับการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดกิจกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ส่วนการเข้ามามีส่วนร่วมของภาครัฐ การสนับสนุนของภาคท้องถิ่น ขนาดกองทุนสุขภาพและการเข้ามามีส่วนร่วมของภาคประชาชนไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดกิจกรรมสุขภาพ

**ตารางที่ 19** ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านเทคนิค และปัจจัยด้านองค์กรกับการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดกิจกรรมสุขภาพ

ปัจจัย	ระดับการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อการจัดกิจกรรมสุขภาพ (จำนวน, ร้อยละ)				Chi-square/ Fisher's exact	P-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม		
<b>ปัจจัยด้านบุคคล</b>						
<b>เพศ</b>					0.36	1.00
หญิง	43(14.2)	4(1.3)	256(84.5)	303(100)		
ชาย	10(14.7)	0	58(85.3)	68(100)		
รวม	53(14.3)	4(1.1)	314(84.6)	371(100)		
<b>อายุ</b>					2.39	0.91
น้อยกว่า 30	2(15.4)	0	11(84.6)	13(100)		
30-45	27(14.8)	3(1.6)	152(83.5)	182(100)		
46-60	22(13.4)	1(0.6)	141(86.0)	164(100)		
60 ปีขึ้นไป	2(16.7)	0	10(83.3)	12(100)		
รวม	53(14.3)	4(1.1)	314(84.6)	371(100)		

หมายเหตุ \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 19 (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อการจัดกิจกรรม สุขภาพ (จำนวน, ร้อยละ)				Chi-square/ Fisher's exact	P-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม		
<b>ปัจจัยด้านบุคคล</b>						
<b>สถานภาพสมรส</b>					8.97	0.34
โสด	2(8.0)	0	23(92.0)	25(100)		
คู่	48(15.5)	3(1.0)	258(83.5)	309(100)		
หม้าย	3(12.5)	0	21(87.5)	24(100)		
หย่า	0	1(16.7)	5(83.3)	6(100)		
แยกกันอยู่	0	0	7(100)	7(100)		
รวม	53(14.3)	4(1.1)	314(84.6)	371(100)		
<b>ศาสนา</b>					0.27	0.84
พุทธ	50(14.6)	4(1.2)	289(84.3)	343(100)		
อิสลาม	3(10.7)	0	25(89.3)	28(100)		
รวม	53(14.3)	4(1.1)	314(84.6)	371(100)		
<b>รายได้เฉลี่ยต่อปี</b>					2.74	0.85
ต่ำกว่า 100,000	28(16.2)	1(0.6)	144(83.2)	173(100)		
100,001-200,00	22(13.2)	3(1.8)	142(85.0)	167(100)		
200,001-300,000	2(10.0)	0	18(90.0)	20(100)		
มากกว่า 300,000	1(9.1)	0	10(90.9)	11(100)		
รวม	53(14.3)	4(1.1)	314(84.6)	371(100)		
<b>อาชีพ</b>					3.69	0.66
เกษตรกร	35(14.4)	2(0.8)	206(84.8)	243(100)		
รับจ้าง	7(13.7)	0	44(85.7)	51(100)		
ค้าขาย	7(14.3)	2(4.1)	40(81.6)	49(100)		
ธุรกิจส่วนตัว	4(14.3)	0	24(85.7)	28(100)		
รวม	53(14.3)	4(1.1)	314(84.6)	371(100)		

หมายเหตุ \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 19 (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อการจัดกิจกรรม สุขภาพ (จำนวน,ร้อยละ)				Chi-square/ Fisher's exact	P-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม		
<b>ปัจจัยด้านบุคคล</b>						
<b>ระดับการศึกษา</b>					4.83	0.76
ประถมศึกษา	10(14.1)	1(1.4)	60(84.5)	71(100)		
ม.ต้น	9(10.3)	0	78(89.7)	87(100)		
ม.ปลาย/ปวช.	22(15.8)	2(1.4)	115(82.7)	139(100)		
อนุปวศ.	5(14.7)	1(2.9)	28(82.4)	34(100)		
ปริญญาตรี	7(17.5)	0	33(82.5)	40(100)		
รวม	53(14.3)	4(1.1)	314(84.6)	371(100)		
<b>ระยะเวลาเป็นอสม.</b>					15.72	0.02*
1-3 ปี	20(25.0)	1(1.3)	59(73.8)	80(100)		
4-6 ปี	4(6.3)	2(3.2)	57(90.5)	63(100)		
7-10 ปี	11(10.0)	0	99(99.0)	110(100)		
11-13 ปี	7(14.3)	0	42(85.7)	49(100)		
14 ปีขึ้นไป	11(15.9)	1(1.4)	57(82.6)	69(100)		
รวม	53(14.3)	4(1.1)	314(84.6)	371(100)		
<b>การฝึกอบรม</b>					3.78	0.16
อบรม	46(14.4)	2(0.6)	271(85.0)	319(100)		
ไม่อบรม	7(13.5)	2(3.8)	3(82.7)	52(100)		
รวม	53(14.3)	4(1.1)	314(84.6)	371(100)		
-อบรมเรื่องโรคไม่ ติดต่อเรื้อรัง	28(13.1)	0	186(86.9)	214(100)	5.90	0.04*
-อบรมเรื่องการทำ แผนสุขภาพชุมชน	12(12.1)	1(1.0)	86(86.9)	99(100)	0.59	0.79

หมายเหตุ \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 19 (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อการจัดกิจกรรม สุขภาพ (จำนวน, ร้อยละ)				Chi-square/ Fisher's exact	P-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม		
<b>ปัจจัยด้านบุคคล</b>						
-อบรมเรื่องการจัดการ สุขภาพชุมชน	11(11.8)	1(1.1)	81(87.1)	93(100)	0.71	0.79
-อบรมเรื่องการใช้ คอมพิวเตอร์	12(25.5)	1(2.1)	34(72.3)	47(100)	6.49	0.04*
-อบรมเรื่องอื่นๆ	8(21.1)	0	30(78.9)	38(100)	1.67	0.44
<b>แรงจูงใจ</b>					0.95	0.60
ระดับต่ำ	0	0	0	0		
ระดับปานกลาง	12(16.7)	1(1.4)	59(81.9)	72(100)		
ระดับสูง	41(13.7)	3(1.0)	255(85.3)	299(100)		
รวม	53(14.3)	4(1.1)	314(84.6)	371(100)		
<b>ความรู้</b>					21.79	0.00*
ระดับต่ำ	2(16.7)	0	10(83.3)	12(100)		
ระดับปานกลาง	39(21.5)	4(2.2)	138(76.2)	181(100)		
ระดับสูง	12(6.7)	0	166(93.3)	178(100)		
รวม	53(14.3)	4(1.1)	314(84.6)	371(100)		
<b>ปัจจัยด้านเทคนิค</b>						
<b>การเข้าถึงข้อมูล</b>					10.79	0.00*
เข้าถึงข้อมูล	41(12.3)	3(0.9)	289(86.8)	333(100)		
ไม่เข้าถึงข้อมูล	12(31.6)	1(2.6)	25(65.8)	38(100)		
รวม	53(14.3)	4(1.1)	314(84.6)	371(100)		
-เข้าถึงข้อมูลพื้นฐาน	23(12.7)	2(1.1)	156(86.2)	181(100)	0.72	0.80
-เข้าถึงข้อมูล	14(12.1)	0	102(87.9)	116(100)	2.06	0.34
พฤติกรรมสุขภาพ						

หมายเหตุ \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 19 (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อการจัดกิจกรรม สุขภาพ (จำนวน, ร้อยละ)				Chi-square/ Fisher's exact	P-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม		
<b>ปัจจัยด้านบุคคล</b>						
-เข้าถึงข้อมูลความรู้ ทั่วไป	17(15.0)	1(0.9)	95(84.1)	113(100)	0.22	0.95
-เข้าถึงข้อมูล สถานการณ์โรค	13(11.5)	1(0.9)	99(87.6)	113(100)	1.09	0.63
-เข้าถึงข้อมูลทาง ห้องปฏิบัติการ	4(7.3)	0	51(92.7)	55(100)	2.77	0.23
-เข้าถึงข้อมูลการทำ กิจกรรมส่งเสริม สุขภาพและการ ปรับเปลี่ยน พฤติกรรม	3(8.1)	1(2.7)	33(89.2)	37(100)	2.54	0.27
-เข้าถึงข้อมูล เกี่ยวกับ ภาวะแทรกซ้อน	5(13.9)	0	31(86.1)	36(100)	0.07	1.00
-เข้าถึงข้อมูล กรณีศึกษารายบุคคล	2(11.1)	0	16(88.9)	18(100)	0.32	1.00
<b>แหล่งข้อมูลที่ได้รับ</b>					10.79	0.00*
ได้รับข้อมูล	41(12.3)	3(0.9)	289(86.8)	333(100)		
ไม่ได้รับข้อมูล	12(31.6)	1(2.6)	25(65.8)	38(100)		
รวม	53(14.3)	4(1.1)	314(84.6)	371(100)		
เจ้าหน้าที่	38(12.6)	2(0.7)	261(86.7)	301(100)	6.39	0.04*
สาธารณสุข						

หมายเหตุ \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 19 (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อการจัดกิจกรรม สุขภาพ (จำนวน, ร้อยละ)				Chi-square/ Fisher's exact	P-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม		
<b>ปัจจัยด้านเทคนิค</b>						
วารสารหรือหนังสือ	13(11.0)	3(2.5)	102(86.4)	118(100)	4.46	0.08
โทรทัศน์	9(11.8)	1(1.3)	66(86.8)	76(100)	0.73	0.66
หออกระจายข่าว	10(14.5)	0	59(85.5)	69(100)	0.36	1.00
หนังสือพิมพ์	8(13.3)	0	52(86.7)	60(100)	0.25	1.00
อื่นๆ	10(17.2)	1(1.7)	47(81.0)	58(100)	1.39	0.48
เพื่อนอสม.	8(14.0)	0	49(86.0)	57(100)	0.19	1.00
วิทยุ	1(1.8)	0	55(98.2)	56(100)	10.74	0.00*
อินเทอร์เน็ต	5(13.9)	0	31(86.1)	36(100)	0.07	1.00
ผู้นำชุมชน	3(10.7)	2(7.1)	23(82.1)	28(100)	6.58	0.05*
<b>ช่องทางที่ได้รับ</b>					10.79	0.00*
ได้รับข้อมูล	41(12.3)	3(0.9)	289(86.8)	333(100)		
ไม่ได้รับข้อมูล	12(31.6)	1(2.6)	25(65.8)	38(100)		
รวม	53(14.3)	4(1.1)	314(84.6)	371(100)		
สื่อบุคคล	39(12.5)	3(1.0)	271(86.6)	313(100)	6.00	0.04*
สื่อสิ่งพิมพ์	20(10.8)	3(1.6)	162(87.6)	185(100)	4.42	0.10
สื่อวิทยุ	8(7.6)	1(1.0)	96(91.4)	105(100)	5.67	0.04*
สื่อโทรทัศน์	9(11.8)	1(1.3)	66(86.8)	76(100)	0.78	0.83
Line Facebook	8(16.0)	0	42(84.0)	50(100)	0.31	0.82
อินเทอร์เน็ต	5(13.9)	0	31(86.1)	36(100)	0.07	1.00
ประชุม อบรม	6(18.2)	1(3.0)	26(78.8)	33(100)	2.60	0.24
อื่นๆระบุ.....	0	0	6(100.0)	6(100.0)	1.43	0.63

หมายเหตุ \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 19 (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อการจัดกิจกรรม สุขภาพ (จำนวน, ร้อยละ)				Chi-square/ Fisher's exact	P-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม		
<b>ปัจจัยด้านเทคนิค</b>						
<b>ความถี่ของการได้รับ ข้อมูล</b>					16.99	0.01*
ทุกวัน	1(5.9)	0	16(94.1)	17(100)		
4-5 ครั้ง/สัปดาห์	1(3.8)	0	25(96.2)	26(100)		
2-3 ครั้ง/สัปดาห์	4(6.3)	1(1.6)	58(92.1)	63(100)		
1 ครั้ง/สัปดาห์	35(15.4)	2(0.9)	190(83.7)	227(100)		
ไม่เคยเลย	12(31.6)	1(2.6)	25(65.8)	38(100)		
รวม	53(14.3)	4(1.1)	314(84.6)	371(100)		
<b>ปัจจัยด้านองค์กร</b>						
<b>การเข้ามามีส่วนร่วม ของภาครัฐ</b>					7.86	0.18
มีส่วนร่วม	53(14.3)	4(1.1)	314(84.6)	371(100)		
ไม่มีส่วนร่วม	0	0	0	0		
รวม	53(14.3)	4(1.1)	314(84.6)	371(100)		
-มีส่วนร่วมในการทำ แผนสุขภาพชุมชน						
-มีส่วนร่วมในการจัด กิจกรรมสุขภาพ	28(20.3)	2(1.4)	108(78.3)	138(100)		
-มีส่วนร่วมในการ จัดการงบประมาณ	13(11.8)	1(0.9)	63(91.3)	110(100)		
-มีส่วนร่วมในการ ประเมินผลแบบมี ส่วนร่วม	6(8.7)	0	63(91.3)	69(100)		
-มีส่วนร่วมในการ ประเมินผลแบบมี ส่วนร่วม	6(11.1)	1(1.9)	47(87.0)	54(100)		

หมายเหตุ \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 19 (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อการจัดกิจกรรม สุขภาพ (จำนวน, ร้อยละ)				Chi-square/ Fisher's exact	P-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม		
<b>ปัจจัยด้านองค์กร</b>						
<b>การสนับสนุนของ ภาครัฐ</b>					16.80	0.02*
สนับสนุน	52(14.1)	4(1.1)	312(84.8)	368(100)		
ไม่สนับสนุน	1(33.3)	0	2(66.7)	3(100)		
รวม	53(14.3)	4(1.1)	314(84.6)	371(100)		
-สนับสนุนการ จัดการ	14(9.8)	1(1.7)	128(89.5)	143(100)		
-สนับสนุนบุคลากร	17(17.7)	2(2.1)	77(80.2)	96(100)		
-สนับสนุน งบประมาณ	18(23.7)	1(1.3)	57(75.0)	76(100)		
-สนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์	3(5.7)	0	50(94.3)	53(100)		
<b>การนิเทศของ ภาครัฐ</b>					18.71	0.01*
มีการนิเทศ	48(14.8)	3(0.9)	274(84.3)	325(100)		
ไม่มีการนิเทศ	5(10.9)	1(2.2)	40(87.0)	46(100)		
รวม	53(14.3)	4(1.1)	314(84.6)	371(100)		
-นิเทศปีละครั้ง	11(8.6)	0	117(91.4)	128(100)		
-นิเทศ 6 เดือนครั้ง	25(25.0)	2(2.0)	73(73.0)	100(100)		
-นิเทศ 3 เดือนครั้ง	10(14.1)	0	61(85.9)	71(100)		
-นิเทศเดือนละครั้ง	2(7.7)	1(3.8)	23(88.5)	26(100)		

หมายเหตุ \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



ตารางที่ 19 (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อการจัดกิจกรรม สุขภาพ (จำนวน, ร้อยละ)				Chi-square/ Fisher's exact	P-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม		
<b>ปัจจัยด้านองค์กร</b>						
การเข้ามามีส่วน ร่วมของภาคท้องถิ่น					14.04	0.04*
มีส่วนร่วม	42(14.3)	4(1.4)	248(84.3)	294(100)		
ไม่มีส่วนร่วม	11(14.3)	0	66(85.7)	77(100)		
รวม	53(14.3)	4(1.1)	314(84.6)	371(100)		
-มีส่วนร่วมในการ จัดการงบประมาณ	15(10.1)	1(0.7)	132(89.2)	148(100)		
-มีส่วนร่วมในการ ทำแผนสุขภาพ ชุมชน	11(14.3)	0	56(82.4)	68(100)		
-มีส่วนร่วมในการ จัดกิจกรรมสุขภาพ	16(24.6)	0	49(75.4)	65(100)		
-มีส่วนร่วมในการ ประเมินผลแบบมี ส่วนร่วม	1(7.7)	1(7.7)	11(84.6)	13(100)		
<b>การสนับสนุนของ ภาคท้องถิ่น</b>					2.92	0.79
สนับสนุน	53(14.3)	4(1.1)	314(84.6)	371(100)		
ไม่สนับสนุน	0	0	0	0		
รวม	53(14.3)	4(1.1)	314(84.6)	371(100)		
-สนับสนุน งบประมาณ	36(15.4)	3(1.3)	195(83.3)	234(100)		

หมายเหตุ \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 19 (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อการจัดกิจกรรม สุขภาพ (จำนวน, ร้อยละ)				Chi-square/ Fisher's exact	P-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม		
<b>ปัจจัยด้านองค์กร</b>						
-สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์	8(13.6)	0	51(86.4)	59(100)		
-สนับสนุนบุคลากร	6(12.0)	0	44(88.0)	50(100)		
-สนับสนุนการจัดการ	3(10.7)	1(3.6)	24(85.7)	28(100)		
<b>ขนาดของกองทุนสุขภาพ</b>					10.56	0.11
กองทุนตำบล	42(16.7)	1(0.4)	208(82.9)	251(100)		
กองทุนเทศบาล	9(10.7)	3(3.6)	72(85.7)	84(100)		
กองทุนจังหวัด	2(5.9)	0	32(94.1)	34(100)		
อื่นๆ	0	0	2(100.0)	2(100)		
รวม	53(14.3)	4(1.1)	314(84.6)	371(100)		
<b>การเข้ามามีส่วนร่วมของภาคประชาชน</b>					10.11	0.20
มีส่วนร่วม	40(13.7)	3(1.0)	249(85.3)	292(100)		
ไม่มีส่วนร่วม	13(16.5)	1(1.3)	65(82.3)	79(100)		
รวม	53(14.3)	4(1.1)	314(84.6)	371(100)		
-มีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมสุขภาพ	17(10.2)	1(0.6)	149(89.2)	167(100)		
-มีส่วนร่วมในการทำแผนสุขภาพชุมชน	16(17.4)	1(1.1)	75(81.5)	92(100)		

หมายเหตุ \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 19 (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อการจัดกิจกรรม สุขภาพ (จำนวน, ร้อยละ)				Chi-square/ Fisher's exact	P-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม		
<b>ปัจจัยด้านองค์กร</b>						
-มีส่วนร่วมในการจัดการงบประมาณ	5(25.0)	1(5.0)	14(70.0)	20(100)		
-มีส่วนร่วมในการประเมินผลแบบมีส่วนร่วม	2(15.4)	0	11(84.6)	13(100)		
<b>การสนับสนุนของภาคประชาชน</b>					33.32	0.00*
สนับสนุน	42(12.6)	4(1.2)	287(86.2)	333(100)		
ไม่สนับสนุน	11(28.9)	0	27(71.1)	38(100)		
รวม	53(14.3)	4(1.1)	314(84.6)	371(100)		
-สนับสนุนบุคคล	22(9.6)	1(0.4)	207(90.0)	230(100)		
-สนับสนุนการจัดการ	4(8.9)	1(2.2)	40(88.9)	45(100)		
-สนับสนุนงบประมาณ	13(43.3)	1(3.3)	16(53.3)	30(100)		
-สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์	3(10.7)	1(3.6)	24(85.7)	28(100)		

หมายเหตุ \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านเทคนิค และปัจจัยด้านองค์กรกับการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการประเมินผลแบบมีส่วนร่วม ดังตารางที่ 20

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านเทคนิค และปัจจัยด้านองค์กรกับการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการประเมินผลแบบมีส่วนร่วม โดยใช้ Chi-square test หาค่าความสัมพันธ์ของปัจจัยแต่ละตัว ที่ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ซึ่งจะมีบาง

ตัวแปรที่ได้ใช้ Fisher's exact test แทนค่า Chi-square test เนื่องจากมีตัวแปรที่มีค่าคาดหวังต่ำกว่า 5 มากกว่า 20% ของจำนวนเซลล์ ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล คือ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ และความรู้ ปัจจัยด้านเทคนิค คือการเข้าถึงข้อมูลกรณีศึกษารายบุคคลและการได้รับข้อมูลจากช่องทางอื่นๆ ปัจจัยด้านองค์กร คือ ขนาดของกองทุนสุขภาพ ผลการวิเคราะห์ พบว่า อสม.ส่วนใหญ่มีการใช้ประโยชน์ ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการประเมินผลแบบมีส่วนร่วมอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 49.1 รองลงมาอยู่ในระดับสูงและระดับปานกลางร้อยละ 26.1, 24.8 ตามลำดับ โดย

5.1) ปัจจัยด้านบุคคล พบว่า ศาสนา ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเป็นอสม. และความรู้มีความสัมพันธ์กับการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการประเมินผลแบบมีส่วนร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ส่วนเพศ อายุ สถานภาพสมรสอาชีพ รายได้ การฝึกอบรมภาพรวม การอบรมเรื่องการทำแผนสุขภาพชุมชน การอบรมเรื่องอื่นๆ การอบรมเรื่องโรคไม่ติดต่อ การอบรมเรื่องการจัดการสุขภาพชุมชน การอบรมเรื่องการใช้คอมพิวเตอร์และแรงจูงใจไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการประเมินผลแบบมีส่วนร่วม

5.2) ปัจจัยด้านเทคนิค พบว่า การเข้าถึงข้อมูลในภาพรวม การเข้าถึงข้อมูลการทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเข้าถึงข้อมูลกรณีศึกษารายบุคคล แหล่งข้อมูลรวม ช่องทางการได้รับข้อมูลรวม และความถี่ของการได้รับข้อมูลมีความสัมพันธ์กับการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการประเมินผลแบบมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ส่วนการเข้าถึงข้อมูลพื้นฐาน การเข้าถึงข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลความรู้ทั่วไป การเข้าถึงข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน การเข้าถึงข้อมูลสถานการณ์โรค แหล่งข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แหล่งข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต แหล่งข้อมูลจากวารสารหรือหนังสือ แหล่งข้อมูลจากวิทยุ แหล่งข้อมูลจากโทรทัศน์ แหล่งข้อมูลจากหอกระจายข่าว แหล่งข้อมูลจากหนังสือพิมพ์ แหล่งข้อมูลจากเพื่อนอสม. แหล่งข้อมูลจากอื่นๆ การได้รับข้อมูลจากสื่อบุคคล การได้รับข้อมูลจากสื่อสิ่งพิมพ์ การได้รับข้อมูลสื่อวิทยุ การได้รับข้อมูลอินเทอร์เน็ต การได้รับข้อมูลจากสื่อโทรทัศน์ การได้รับข้อมูลจาก Line, Facebook การได้รับข้อมูลจากการประชุมอบรม และการได้รับข้อมูลจากช่องทางอื่นๆไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการประเมินผลแบบมีส่วนร่วม

5.3) ปัจจัยด้านองค์กร พบว่า การสนับสนุนของภาครัฐ การเข้ามามีส่วนร่วมของภาคท้องถิ่น การสนับสนุนของภาคท้องถิ่น การเข้ามามีมีส่วนร่วมของภาคประชาชน และการสนับสนุนของภาคประชาชนมีความสัมพันธ์กับการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการประเมินผลแบบมีส่วนร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ส่วนการเข้ามามีมีส่วนร่วมของ

ภาครัฐ การนิเทศติดตามของภาครัฐ และขนาดกองทุนสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการประเมินผลแบบมีส่วนร่วม

ตารางที่ 20 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านเทคนิค และปัจจัยด้านองค์กรกับการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการประเมินผลแบบมีส่วนร่วม

ปัจจัย	ระดับการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อการประเมินผลแบบมีส่วนร่วม(จำนวน,ร้อยละ)				Chi-square/ Fisher's exact	P-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม		
<b>ปัจจัยด้านบุคคล</b>						
<b>เพศ</b>					1.84	0.40
หญิง	150(49.5)	71(23.4)	82(27.1)	303(100)		
ชาย	32(47.1)	21(30.9)	15(22.1)	68(100)		
รวม	182(49.1)	92(24.8)	97(26.1)	371(100)		
<b>อายุ</b>					4.98	0.54
น้อยกว่า 30	4(30.8)	5(38.5)	4(30.8)	13(100)		
30-45	91(50.0)	47(25.8)	44(24.2)	182(100)		
46-60	81(49.4)	39(23.8)	44(26.8)	164(100)		
60 ปีขึ้นไป	6(50.0)	1(8.3)	5(41.7)	12(100)		
รวม	182(49.1)	92(24.8)	97(26.1)	371(100)		
<b>สถานภาพสมรส</b>					10.25	0.21
โสด	11(44.0)	6(24.0)	8(32.0)	25(100)		
คู่	156(50.5)	74(23.9)	79(25.6)	309(100)		
หม้าย	11(45.8)	8(33.3)	5(20.8)	24(100)		
หย่า	1(16.7)	4(66.7)	1(57.1)	6(100)		
แยกกันอยู่	3(42.9)	0	4(57.1)	7(100)		
รวม	182(49.1)	92(24.8)	97(26.1)	371(100)		

หมายเหตุ \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 20 (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อการประเมินผล แบบมีส่วนร่วม (จำนวน, ร้อยละ)				Chi-square/ Fisher's exact	P-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม		
<b>ปัจจัยด้านบุคคล</b>						
<b>ศาสนา</b>					11.35	0.00*
พุทธ	175(51.0)	78(22.7)	90(26.2)	343(100)		
อิสลาม	7(25.0)	14(50.0)	7(25.0)	28(100)		
รวม	182(49.1)	92(24.8)	97(26.1)	371(100)		
<b>รายได้เฉลี่ยต่อปี</b>					6.66	0.35
ต่ำกว่า 100,000	82(47.4)	46(26.6)	45(26.0)	173(100)		
100,001-200,00	85(50.9)	43(25.7)	39(23.4)	167(100)		
200,001-300,000	10(50.0)	2(10.0)	8(40.0)	20(100)		
มากกว่า300,000	5(45.5)	1(9.1)	5(45.5)	11(100)		
รวม	182(49.1)	92(24.8)	97(26.1)	371(100)		
<b>อาชีพ</b>					3.94	0.69
เกษตรกร	115(47.3)	63(25.9)	65(26.7)	243(100)		
รับจ้าง	24(47.1)	13(21.4)	14(27.5)	51(100)		
ค้าขาย	30(61.2)	10(20.4)	9(18.4)	49(100)		
ธุรกิจส่วนตัว	13(46.4)	6(21.4)	9(32.1)	28(100)		
รวม	182(49.1)	92(24.8)	97(26.1)	371(100)		
<b>ระดับการศึกษา</b>					26.51	0.00*
ประถมศึกษา	43(60.6)	22(31.0)	6(8.5)	71(100)		
ม.ต้น	35(40.2)	30(34.5)	22(25.3)	87(100)		
ม.ปลาย/ปวช.	70(50.4)	25(18.0)	44(31.7)	139(100)		
อนุปวส.	12(35.3)	10(29.4)	12(35.3)	34(100)		
ปริญญาตรี	22(55.0)	5(12.5)	13(32.5)	40(100)		
รวม	182(49.1)	92(24.8)	97(26.1)	371(100)		

หมายเหตุ \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 20 (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อการประเมินผล แบบมีส่วนร่วม (จำนวน, ร้อยละ)				Chi-square/ Fisher's exact	P-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม		
<b>ปัจจัยด้านบุคคล</b>						
ระยะเวลาเป็นอส.					19.74	0.01*
1-3 ปี	46(57.5)	27(33.8)	7(8.8)	80(100)		
4-6 ปี	30(47.6)	13(20.6)	20(31.7)	63(100)		
7-10 ปี	55(50.0)	25(22.7)	30(27.3)	110(100)		
11-13 ปี	20(40.8)	14(28.6)	15(30.6)	49(100)		
14 ปีขึ้นไป	31(44.9)	13(18.8)	25(36.2)	69(100)		
รวม	182(49.1)	92(24.8)	97(26.1)	371(100)		
<b>การฝึกอบรม</b>					4.30	0.12
อบรม	155(48.6)	75(23.5)	89(27.9)	319(100)		
ไม่อบรม	27(51.9)	17(32.7)	8(15.4)	52(100)		
รวม	182(49.1)	92(24.8)	97(26.1)	371(100)		
-อบรมเรื่องโรคไม่ ติดต่อเรื้อรัง	110(51.4)	48(22.4)	56(26.2)	214(100)	1.71	0.43
-อบรมเรื่องการทำ แผนสุขภาพชุมชน	47(47.5)	21(21.2)	31(31.3)	99(100)	2.15	0.34
-อบรมเรื่อง การจัดการสุขภาพชุมชน	44(47.3)	26(28.0)	23(24.7)	93(100)	0.67	0.72
-อบรมเรื่องการใช้ คอมพิวเตอร์	23(48.9)	7(14.9)	17(36.2)	47(100)	4.19	0.12
-อบรมเรื่องอื่นๆ	20(52.6)	4(10.5)	14(36.8)	38(100)	5.44	0.07

หมายเหตุ \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 20 (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อการประเมินผล แบบมีส่วนร่วม (จำนวน, ร้อยละ)				Chi-square/ Fisher's exact	P-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม		
<b>ปัจจัยด้านบุคคล</b>						
<b>แรงจูงใจ</b>					2.87	0.24
ระดับต่ำ	0	0	0	0		
ระดับปานกลาง	34(47.2)	23(31.9)	15(20.8)	72(100)		
ระดับสูง	148(49.5)	69(23.1)	82(27.4)	299(100)		
รวม	182(49.1)	92(24.8)	97(26.1)	371(100)		
<b>ความรู้</b>					34.48	0.00*
ระดับต่ำ	9(75.0)	3(25.0)	0	12(100)		
ระดับปานกลาง	97(53.6)	57(31.5)	27(14.9)	181(100)		
ระดับสูง	76(49.1)	92(24.8)	97(26.1)	178(100)		
รวม	182(49.1)	92(24.8)	97(26.1)	371(100)		
<b>การเข้าถึงข้อมูล</b>					7.58	0.02*
เข้าถึงข้อมูล	160(48.0)	79(23.7)	94(28.2)	333(100)		
ไม่เข้าถึงข้อมูล	22(57.9)	13(34.2)	3(7.9)	28(100)		
รวม	182(49.1)	92(24.8)	97(26.1)	371(100)		
-เข้าถึงข้อมูลพื้นฐาน	90(49.7)	41(22.7)	50(27.6)	181(100)	0.98	0.61
-เข้าถึงข้อมูล	58(50.0)	28(24.1)	30(25.9)	116(100)	0.07	0.97
<b>พฤติกรรมสุขภาพ</b>						
-เข้าถึงข้อมูลความรู้	57(50.4)	30(26.5)	26(23.0)	113(100)	0.88	0.65
<b>ทั่วไป</b>						
-เข้าถึงข้อมูล	53(46.9)	24(21.2)	36(31.9)	113(100)	3.01	0.22
<b>สถานการณ์โรค</b>						
-เข้าถึงข้อมูลทาง	27(49.1)	11(20.0)	17(30.9)	55(100)	1.16	0.56
<b>ห้องปฏิบัติการ</b>						

หมายเหตุ \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



ตารางที่ 20 (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อการประเมินผล แบบมีส่วนร่วม (จำนวน, ร้อยละ)				Chi-square/ Fisher's exact	P-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม		
<b>ปัจจัยด้านเทคนิค</b>						
-เข้าถึงข้อมูลการทำ กิจกรรมส่งเสริม สุขภาพและการ ปรับเปลี่ยน พฤติกรรม	13(35.1)	7(18.9)	17(45.9)	37(100)	8.29	0.02*
-เข้าถึงข้อมูล เกี่ยวกับ ภาวะแทรกซ้อน	16(44.4)	12(33.3)	8(22.2)	36(100)	1.58	0.45
-เข้าถึงข้อมูล กรณีศึกษารายบุคคล	4(22.2)	3(16.7)	11(61.1)	18(100)	10.29	0.00*
<b>แหล่งข้อมูลที่ได้รับ</b>					7.58	0.02*
ได้รับข้อมูล	160(48.0)	79(23.7)	94(28.2)	333(100)		
ไม่ได้รับข้อมูล	22(57.9)	13(34.2)	3(7.9)	28(100)		
รวม	182(49.1)	92(24.8)	97(26.1)	371(100)		
เจ้าหน้าที่	142(47.2)	75(24.9)	84(27.9)	301(100)	3.05	0.22
สาธารณสุข						
วารสารหรือ หนังสือ	53(44.9)	29(24.6)	36(30.5)	118(100)	1.87	0.39
โทรทัศน์	39(51.3)	14(18.4)	23(30.3)	76(100)	2.29	0.32
หอกระจายข่าว	42(60.9)	13(18.8)	14(20.3)	69(100)	4.74	0.09
หนังสือพิมพ์	30(50.0)	18(30.0)	12(20.0)	60(100)	1.83	0.40
อื่นๆ	31(53.4)	16(27.6)	11(19.0)	58(100)	1.84	0.40
เพื่อนอสม.	31(54.4)	15(26.3)	11(19.3)	57(100)	1.66	0.44

หมายเหตุ \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 20 (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อการประเมินผล แบบมีส่วนร่วม (จำนวน, ร้อยละ)				Chi-square/ Fisher's exact	P-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม		
<b>ปัจจัยด้านเทคนิค</b>						
วิทยุ	22(39.3)	12(21.4)	22(39.3)	56(100)	5.94	0.05
อินเทอร์เน็ต	15(41.7)	7(19.4)	14(38.9)	36(100)	3.38	0.18
ผู้นำชุมชน	15(53.6)	8(28.6)	5(17.9)	28(100)	1.09	0.58
<b>ช่องทางที่ได้รับ</b>					7.58	0.02*
ได้รับข้อมูล	160(48.0)	79(23.7)	94(28.2)	333(100)		
ไม่ได้รับข้อมูล	22(57.9)	13(34.2)	3(7.9)	28(100)		
รวม	182(49.1)	92(24.8)	97(26.1)	371(100)		
สื่อบุคคล	147(47.0)	78(24.9)	88(28.1)	313(100)	4.77	0.09
สื่อสิ่งพิมพ์	88(47.6)	44(23.8)	53(28.6)	185(100)	1.20	0.55
สื่อวิทยุ	52(49.5)	28(26.7)	25(23.8)	105(100)	0.52	0.77
สื่อโทรทัศน์	39(51.3)	14(18.4)	23(30.3)	76(100)	2.29	0.32
Line Facebook	28(56.0)	13(26.0)	9(19.0)	50(100)	2.07	0.36
อินเทอร์เน็ต	15(41.7)	7(19.4)	14(38.9)	36(100)	3.38	0.18
ประชุม อบรม	17(51.5)	9(27.3)	7(21.2)	33(100)	0.47	0.79
อื่นๆระบุ.....	2(33.3)	2(33.3)	2(33.3)	6(100)	0.99	0.65
<b>ความถี่ของการ ได้รับข้อมูล</b>					21.98	0.01*
ทุกวัน	6(35.3)	2(11.8)	9(52.9)	17(100)		
4-5 ครั้ง/สัปดาห์	8(30.8)	9(34.6)	9(34.6)	26(100)		
2-3 ครั้ง/สัปดาห์	24(38.1)	18(28.6)	21(33.3)	63(100)		
1 ครั้ง/สัปดาห์	122(53.7)	50(22.0)	55(24.2)	227(100)		
ไม่เคยเลย	22(57.9)	13(24.2)	3(7.9)	38(100)		
รวม	182(49.1)	92(24.8)	97(26.1)	371(100)		

หมายเหตุ \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 20 (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อการประเมินผล แบบมีส่วนร่วม (จำนวน, ร้อยละ)				Chi-square/ Fisher's exact	P-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม		
<b>ปัจจัยด้านเทคนิค</b>						
<b>การเข้ามามีส่วน ร่วมของภาครัฐ</b>					4.96	0.55
มีส่วนร่วม	182(49.1)	92(24.8)	97(26.1)	371(100)		
ไม่มีส่วนร่วม	0	0	0	0		
รวม	182(49.1)	92(24.8)	97(26.1)	371(100)		
<b>-มีส่วนร่วมในการ ทำแผนสุขภาพ ชุมชน</b>						
มีส่วนร่วมในการ จัดกิจกรรมสุขภาพ	58(52.7)	27(24.5)	25(22.7)	110(100)		
มีส่วนร่วมในการ จัดการงบประมาณ	28(40.6)	21(30.4)	20(29.0)	69(100)		
มีส่วนร่วมในการ ประเมินผลแบบมี ส่วนร่วม	31(57.4)	10(18.5)	13(24.1)	54(100)		
<b>การสนับสนุนของ ภาครัฐ</b>					18.77	0.02*
สนับสนุน	181(49.2)	92(25.0)	95(25.8)	368(100)		
ไม่สนับสนุน	1(33.3)	0	2(66.7)	3(100)		
รวม	182(49.1)	92(24.8)	97(26.1)	371(100)		
<b>-สนับสนุนการ จัดการ</b>						
-สนับสนุนบุคลากร	50(52.1)	28(29.2)	18(18.8)	96(100)		

หมายเหตุ \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 20 (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อการประเมินผล แบบมีส่วนร่วม (จำนวน, ร้อยละ)				Chi-square/ Fisher's exact	P-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม		
<b>ปัจจัยด้านองค์กร</b>						
-สนับสนุน งบประมาณ	44(57.9)	20(26.3)	12(15.8)	76(100)		
-สนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์	18(34.0)	13(24.5)	22(41.5)	53(100)		
<b>การนิเทศของภาครัฐ</b>					6.43	0.60
มีการนิเทศ	159(48.9)	84(25.9)	82(25.2)	325(100)		
ไม่มีการนิเทศ	23(50.0)	8(17.4)	15(32.6)	46(100)		
รวม	182(49.1)	92(24.8)	97(26.1)	371(100)		
-นิเทศปีละครั้ง	55(43.0)	36(28.1)	37(28.9)	128(100)		
-นิเทศ 6 เดือนครั้ง	52(52.0)	23(23.0)	25(25.0)	100(100)		
-นิเทศ 3 เดือนครั้ง	37(52.1)	20(28.2)	14(19.7)	71(100)		
-นิเทศเดือนละครั้ง	15(57.7)	5(19.2)	6(23.1)	26(100)		
<b>การเข้ามามีส่วนร่วม ของภาคท้องถิ่น</b>					24.99	0.00*
มีส่วนร่วม	147(50.0)	63(21.4)	84(28.6)	294(100)		
ไม่มีส่วนร่วม	35(45.5)	29(37.7)	13(16.9)	77(100)		
รวม	182(49.1)	92(24.8)	97(26.1)	371(100)		
-มีส่วนร่วมในการ จัดการงบประมาณ	89(60.1)	27(18.2)	32(21.6)	148(100)		
-มีส่วนร่วมในการทำ แผนสุขภาพชุมชน	23(33.8)	19(27.9)	26(38.2)	68(100)		
-มีส่วนร่วมในการจัด กิจกรรมสุขภาพ	30(46.2)	14(21.5)	21(32.3)	65(100)		

หมายเหตุ \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 20 (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อการประเมินผล แบบมีส่วนร่วม (จำนวน, ร้อยละ)				Chi-square/ Fisher's exact	P-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม		
<b>ปัจจัยด้านองค์กร</b>						
-มีส่วนร่วมในการ ประเมินผลแบบมี ส่วนร่วม	5(38.5)	3(23.1)	5(38.5)	13(100)	13.11	0.04*
<b>การสนับสนุนของ ภาคท้องถิ่น</b>						
สนับสนุน	182(49.1)	92(24.8)	97(26.1)	371(100)		
ไม่สนับสนุน	0	0	0	0		
รวม	182(49.1)	92(24.8)	97(26.1)	371(100)		
-สนับสนุน งบประมาณ	117(50.0)	57(24.4)	60(25.6)	234(100)		
-สนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์	35(59.3)	14(23.7)	10(16.9)	59(100)		
-สนับสนุนบุคลากร	21(42.0)	16(32.0)	13(26.0)	50(100)		
-สนับสนุนการ จัดการ	9(32.1)	5(17.9)	14(50.0)	28(100)		
<b>ขนาดของกองทุน สุขภาพ</b>					8.36	0.16
กองทุนตำบล	118(47.0)	69(27.5)	64(25.5)	251(100)		
กองทุนเทศบาล	50(59.5)	14(16.7)	20(23.8)	84(100)		
กองทุนจังหวัด	13(38.2)	9(26.5)	12(35.3)	34(100)		
อื่นๆ	1(50.0)	0	1(50.0)	2(100)		
รวม	182(49.1)	92(24.8)	97(26.1)	371(100)		

หมายเหตุ \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 20 (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อการประเมินผล แบบมีส่วนร่วม (จำนวน, ร้อยละ)				Chi-square/ Fisher's exact	P-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม		
<b>ปัจจัยด้านองค์กร</b>						
การเข้ามามีส่วนร่วม ของภาคประชาชน					18.83	0.02*
มีส่วนร่วม	135(46.2)	79(27.1)	78(26.7)	292(100)		
ไม่มีส่วนร่วม	47(59.5)	13(16.5)	19(24.1)	79(100)		
รวม	182(49.1)	92(24.8)	97(26.1)	371(100)		
-มีส่วนร่วมในการจัด กิจกรรมสุขภาพ	89(53.3)	33(19.8)	45(26.9)	167(100)		
-มีส่วนร่วมในการทำ แผนสุขภาพชุมชน	32(34.8)	36(39.1)	24(26.1)	92(100)		
-มีส่วนร่วมในการ จัดการงบประมาณ	8(40.0)	6(30.0)	6(30.0)	20(100)		
-มีส่วนร่วมในการ ประเมินผลแบบมี ส่วนร่วม	6(46.2)	4(30.8)	3(23.1)	13(100)		
<b>การสนับสนุนของ ภาคประชาชน</b>					19.88	0.01*
สนับสนุน	158(47.4)	82(24.6)	93(27.9)	333(100)		
ไม่สนับสนุน	24(63.2)	10(26.3)	4(10.5)	38(100)		
รวม	182(49.1)	92(24.8)	97(26.1)	371(100)		
-สนับสนุนบุคคล	118(51.3)	54(23.5)	58(25.2)	230(100)		
-สนับสนุนการ จัดการ	11(24.4)	15(33.3)	19(42.2)	45(100)		

หมายเหตุ \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

## ตารางที่ 20 (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อการประเมินผล แบบมีส่วนร่วม (จำนวน, ร้อยละ)				Chi-square/ Fisher's exact	P-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม		
<b>ปัจจัยด้านองค์กร</b>						
-สนับสนุน งบประมาณ	17(56.7)	4(13.3)	9(30.0)	30(100)		
-สนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์	12(42.9)	9(32.1)	7(25.0)	28(100)		

หมายเหตุ \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

## 4.3.2 ปัจจัยปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการ

สุขภาพชุมชนของอสม.

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนของอสม. ในจังหวัดพัทลุง ตัวแปรตามในการศึกษาครั้งนี้ คือการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนของอสม. ซึ่งมีระดับการวัดแบบเรียงอันดับ(Ordinal Scale) จึงใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกส์เชิงอันดับ(Ordinal logistic regression)ในการศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระที่มีโอกาสที่จะเกิดตัวแปรตาม ก่อนที่จะวิเคราะห์นั้น หากความสัมพันธ์ร่วมระหว่างตัวแปรอิสระด้วยกันเองโดยใช้วิธี Correlation matrix ก่อน เพื่อทดสอบความสัมพันธ์พหุเชิงเส้น (Multicollinearity) ของตัวแปรทั้งหมด ซึ่งจะต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูง โดยความสัมพันธ์พหุเชิงเส้นของตัวแปรทั้งหมดต้องไม่เกิน 0.80 (ประยูรศรี บุตรแสนคม 2555) จากผลการวิเคราะห์พบว่า ความสัมพันธ์เชิงพหุเชิงเส้นของตัวแปรทั้งหมดไม่ความสัมพันธ์ที่สูงเกินค่าที่กำหนด ดังนั้นตัวแปรอิสระทุกตัวสามารถนำมาใช้ในการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกส์เชิงอันดับ(Ordinal logistic regression)ได้ ในการวิเคราะห์ครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์เป็น 5 ส่วน 1) การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนของอสม. 2) การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อทำแผนสุขภาพชุมชน 3) การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการงบประมาณ 4) การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อทำกิจกรรมสุขภาพชุมชน และ 5) การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการประเมินผลแบบมีส่วนร่วม ดังนี้

1) การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรัง เพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนของอสม.

จากการวิเคราะห์ตัวแปรอิสระทั้งหมด ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านบุคคล เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา รายได้ อาชีพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเป็นอสม. การฝึกอบรม แรงจูงใจ และความรู้ 2) ปัจจัยด้านเทคนิค เช่น การเข้าถึงข้อมูล แหล่งข้อมูล ช่องทางการได้รับข้อมูล และความถี่ของการได้รับข้อมูล 3) ปัจจัยด้านองค์กร เช่น การเข้ามามีส่วนร่วมของภาครัฐ การสนับสนุนของภาครัฐ การนิเทศติดตามของภาครัฐ การเข้ามามีส่วนร่วมของภาคท้องถิ่น การสนับสนุนของภาคท้องถิ่น ขนาดกองทุน การเข้ามามีส่วนร่วมของภาคประชาชน และการสนับสนุนของภาคประชาชน โดยการวิเคราะห์ทีละตัวแปร (Univariate analysis) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนของอสม.อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านบุคคล คือ สถานภาพ อาชีพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเป็นอสม. การฝึกอบรม แรงจูงใจ และความรู้ 2) ปัจจัยด้านเทคนิค คือ การเข้าถึงข้อมูล แหล่งข้อมูลที่ได้รับ ช่องทางการได้รับข้อมูลและความถี่ในการรับข้อมูล 3) ปัจจัยด้านองค์กร คือ การเข้ามามีส่วนร่วมของท้องถิ่น การสนับสนุนของท้องถิ่น และการสนับสนุนของประชาชน ดังตารางที่ 21 และเมื่อทำการวิเคราะห์ตัวแปรอิสระหลายตัวแปร (Multivariate analysis) โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกส์เชิงอันดับ (Ordinal logistic regression) เพื่อลดตัวแปรกวน พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนของอสม.อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 22 ได้แก่

1.1) ปัจจัยด้านบุคคล คือ อายุ ระยะเวลาการเป็นอสม. แรงจูงใจ ความรู้ การฝึกอบรม โดยเมื่ออสม.มีอายุเพิ่มขึ้น 1 ปี โอกาสที่จะใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนเพิ่มขึ้น 1.07 เท่า ระยะเวลาการเป็นอสม.เพิ่มขึ้น 1 ปี จะมีโอกาสที่จะใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนเพิ่มขึ้น 1.11 เท่า อสม.ที่มีแรงจูงใจเพิ่มขึ้น 1 ระดับ จะมีโอกาสที่จะใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนเพิ่มขึ้น 1.58 เท่า อสม.ที่มีความรู้เพิ่มขึ้น 1 ระดับ จะมีโอกาสที่จะใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนเพิ่มขึ้น 2.18 เท่า และอสม.ที่เคยอบรมเรื่องการทำแผนสุขภาพชุมชน จะมีโอกาสที่จะใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนมากกว่าอสม.ที่ไม่เคยอบรม 2.88 เท่า

1.2) ปัจจัยด้านเทคนิค คือ การเข้าถึงข้อมูลและความถี่ของการได้รับข้อมูล โดยอสม.ที่เข้าถึงข้อมูลพื้นฐาน เช่น เพศ อายุ เวลาที่เริ่มเป็นโรค ระยะเวลาที่เป็นโรคหลังวินิจฉัย ประเภทผู้ป่วยเก่า/ใหม่จะมีโอกาสที่จะใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชน 2.16 เท่า เมื่อเทียบกับอสม.ที่ไม่เข้าถึงข้อมูล อสม.ที่ได้รับข้อมูลทุกวันจะมีโอกาสที่จะใช้ประโยชน์



ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชน 10.31 เท่า ในขณะที่อสม.ที่ได้รับข้อมูล 4-5 ครั้ง ต่อสัปดาห์จะมีโอกาสที่จะใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชน 6.17 เท่า อสม.ที่ได้รับข้อมูล 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์จะมีโอกาสที่จะใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชน 5.19 เท่าเมื่อเทียบกับอสม.ที่ไม่ได้รับข้อมูล

1.3) ปัจจัยด้านองค์กร คือ การมีส่วนร่วมของท้องถิ่น การสนับสนุนของภาคท้องถิ่นและการสนับสนุนของภาคประชาชน พบว่า การเข้ามามีส่วนร่วมของท้องถิ่นในการทำแผนสุขภาพชุมชน จะมีโอกาสในการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนของอสม. 3.31 เท่า เมื่อเทียบกับการที่ท้องถิ่นไม่เข้ามามีส่วนร่วม การสนับสนุนด้านงบประมาณจากท้องถิ่น จะมีโอกาสในการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนของอสม. 5.70 เท่า ในขณะที่การสนับสนุนในด้านวัสดุ อุปกรณ์จากท้องถิ่นจะมีโอกาสในการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนของอสม.เท่ากับ 7.35 เท่า เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับการสนับสนุน และการสนับสนุนในด้านงบประมาณจากภาคประชาชนจะมีโอกาสในการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนของอสม. 16.04 เท่า เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับการสนับสนุน

**ตารางที่ 21** ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนของอสม. กรณีวิเคราะห์ที่ละตัวแปร (Univariate analysis)

ปัจจัย	Estimate	OR	95% CI		P-value
			Lower	Upper	
<b>ปัจจัยด้านบุคคล</b>					
<b>สถานภาพ</b>					
หย่า	1.73	5.62	0.63	50.40	0.12
หม้าย	1.49	4.46	1.21	16.36	0.02*
คู่	0.67	1.96	0.85	4.56	0.11
รายได้	-2.95	0.05	0.00	27.22	0.78
<b>อาชีพ</b>					
ค้าขาย	1.13	3.10	1.06	9.12	0.04*

ตารางที่ 21 (ต่อ)

ปัจจัย	Estimate	OR	95% CI		P-value
			Lower	Upper	
<b>ระดับการศึกษา</b>					
ม.ต้น	1.05	2.85	1.32	6.14	0.01*
ม.ปลาย/ปวช.	0.94	2.57	1.26	5.25	0.01*
อนุ/ปวส.	0.98	2.67	1.02	6.97	0.05*
ปริญญาตรี	1.33	3.78	1.54	9.27	0.00*
<b>ระยะเวลาการเป็น อสม.</b>	0.07	1.07	1.03	1.11	0.00*
<b>การฝึกอบรม</b>					
การจัดการสุขภาพชุมชน	0.63	1.88	3.12	1.13	0.01*
<b>แรงจูงใจ</b>	0.61	1.84	1.40	2.41	0.00*
<b>ความรู้</b>	0.62	1.86	1.52	2.28	0.00*
<b>ปัจจัยด้านเทคนิค</b>					
<b>การเข้าถึงข้อมูล</b>					
ข้อมูลสถานการณ์โรค	0.65	1.91	1.18	3.10	0.01*
ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ	0.49	1.63	1.13	3.00	0.11
ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน	0.65	1.92	1.07	3.91	0.07
ข้อมูลการทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ	0.94	2.55	1.27	5.10	0.01*
<b>และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม</b>					
ข้อมูลกรณีศึกษารายบุคคล	1.50	4.49	1.72	11.73	0.00*
<b>แหล่งข้อมูล</b>					
วารสาร/หนังสือ	0.33	1.39	1.16	2.25	0.18
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	0.89	2.44	1.27	4.67	0.01*
ผู้นำชุมชน	0.71	2.04	1.27	5.24	0.14
วิทยุ	0.86	2.37	1.31	4.28	0.00*

ตารางที่ 21 (ต่อ)

ปัจจัย	Estimate	OR	95% CI		P-value
			Lower	Upper	
<b>ปัจจัยด้านเทคนิค</b>					
<b>ช่องทางที่ได้รับข้อมูล</b>					
สื่อบุคคล	1.14	3.12	1.50	6.47	0.00*
สื่อสิ่งพิมพ์	0.42	1.52	1.04	2.40	0.07
สื่อวิทยุ	0.38	1.46	1.12	2.39	0.13
<b>ความถี่ที่ได้รับข้อมูล</b>					
ทุกวัน	2.58	13.21	3.55	49.06	0.00*
4-5 ครั้ง/สัปดาห์	1.93	6.87	2.05	23.04	0.00*
2-3 ครั้ง/สัปดาห์	2.18	8.92	3.17	25.13	0.00*
1 ครั้ง/สัปดาห์	1.28	3.61	1.43	9.15	0.01*
<b>ปัจจัยด้านองค์กร</b>					
การเข้ามามีส่วนร่วมของภาครัฐในการจัดกิจกรรมสุขภาพ					
การนิเทศ ติดตามของภาครัฐเดือนละครั้ง	-0.72	0.49	0.17	1.37	0.17
การเข้ามามีส่วนร่วมของท้องถิ่นในการทำแผนสุขภาพชุมชน					
การเข้ามามีส่วนร่วมของท้องถิ่นในการจัดกิจกรรมสุขภาพ	1.06	2.88	1.36	6.07	0.01*
การสนับสนุนของท้องถิ่นด้านบุคคล					
การสนับสนุนของท้องถิ่นด้านงบประมาณ	0.85	3.39	1.09	5.01	0.03*
การสนับสนุนของท้องถิ่นด้านวัสดุอุปกรณ์					
การเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนในการประเมินผลแบบมีส่วนร่วม	0.71	2.04	0.80	5.24	0.14
	1.22	3.39	1.53	7.52	0.00*
	1.38	3.96	1.52	10.31	0.01*
	1.00	2.73	0.63	11.82	0.18

ตารางที่ 21 (ต่อ)

ปัจจัย	Estimate	OR	95% CI		P-value
			Lower	Upper	
<b>ปัจจัยด้านองค์กร</b>					
การสนับสนุนของประชาชนด้านวัสดุอุปกรณ์	-0.92	0.40	0.13	1.19	0.10
การสนับสนุนของประชาชนด้านการจัดการ	1.24	3.45	1.30	9.16	0.01*

ตารางที่ 22 ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนของอสม. กรณีวิเคราะห์หลายตัวแปร (Multivariate analysis)

ปัจจัย	Estimate	OR	95% CI		P-value
			Lower	Upper	
<b>ปัจจัยด้านบุคคล</b>					
อายุ	0.07	1.07	1.01	1.13	0.02
ระยะเวลาการเป็นอสม.	0.11	1.11	1.04	1.19	0.00
แรงจูงใจ	0.46	1.58	1.03	2.44	0.04
ความรู้	0.78	2.18	1.46	3.27	0.00
<b>การฝึกอบรม</b>					
(กลุ่มอ้างอิง : ไม่เคยฝึกอบรม)					
อบรมเรื่องการทำแผนสุขภาพชุมชน	1.06	2.88	1.26	6.57	0.01
<b>ปัจจัยด้านเทคนิค</b>					
<b>การเข้าถึงข้อมูล</b>					
(กลุ่มอ้างอิง : ไม่เข้าถึงข้อมูล)					
การเข้าถึงข้อมูลพื้นฐาน	0.77	2.16	1.03	4.51	0.04

ตารางที่ 22 (ต่อ)

ปัจจัย	Estimate	OR	95% CI		P-value
			Lower	Upper	
<b>ปัจจัยด้านเทคนิค</b>					
<b>ความถี่ที่ได้รับข้อมูล</b>					
<b>(กลุ่มอ้างอิง : ไม่ได้รับข้อมูล)</b>					
ทุกวัน	2.33	10.31	2.79	38.17	0.00
4-5 ครั้ง/สัปดาห์	1.82	6.17	1.65	23.13	0.01
2-3 ครั้ง/สัปดาห์	1.65	5.19	1.70	15.85	0.00
<b>ปัจจัยด้านองค์กร</b>					
<b>การเข้ามามีส่วนร่วมของท้องถิ่น</b>					
<b>(กลุ่มอ้างอิง : ไม่มีส่วนร่วม)</b>					
การทำแผนสุขภาพชุมชน	1.20	3.31	1.06	10.36	0.04
<b>การสนับสนุนของท้องถิ่น</b>					
<b>(กลุ่มอ้างอิง : ไม่สนับสนุน)</b>					
งบประมาณ	1.74	5.70	1.52	21.33	0.01
วัสดุ อุปกรณ์	2.00	7.35	1.54	34.99	0.01
<b>การสนับสนุนของประชาชน</b>					
<b>(กลุ่มอ้างอิง : ไม่สนับสนุน)</b>					
งบประมาณ	2.78	16.04	2.41	106.59	0.00

2) การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรัง  
เพื่อการทำแผนสุขภาพชุมชน

จากการวิเคราะห์ตัวแปรอิสระทั้งหมด ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านบุคคล เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา รายได้ อาชีพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเป็นอสม. การฝึกอบรม แรงจูงใจ และความรู้ 2) ปัจจัยด้านเทคนิค เช่น การเข้าถึงข้อมูล แหล่งข้อมูล ช่องทางการได้รับข้อมูล และความถี่ที่ได้รับข้อมูล 3) ปัจจัยด้านองค์กร เช่น การเข้ามามีส่วนร่วมของภาครัฐ การสนับสนุนของภาครัฐ การนิเทศ ติดตามของภาครัฐ การเข้ามามีส่วนร่วมของภาคท้องถิ่น การสนับสนุนของภาคท้องถิ่น ขนาดกองทุน การเข้ามามีส่วนร่วมของภาคประชาชน และการสนับสนุนของภาคประชาชน

โดยการวิเคราะห์ที่ละตัวแปร (Univariate analysis) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการทำแผนสุขภาพชุมชนของอสม.อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านบุคคล คือ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเป็นอสม. การฝึกอบรม และความรู้ 2) ปัจจัยด้านเทคนิค คือ การเข้าถึงข้อมูล แหล่งข้อมูลที่ได้รับ ช่องทางการได้รับข้อมูลและความถี่ของการเปิดรับข้อมูล 3) ปัจจัยด้านองค์กร คือ การเข้ามามีส่วนร่วมของภาครัฐ การนิเทศ ติดตามของภาครัฐ การเข้ามามีส่วนร่วมของท้องถิ่น การสนับสนุนของท้องถิ่น และการสนับสนุนของประชาชน ดังตารางที่ 23 และเมื่อทำการวิเคราะห์ตัวแปรอิสระหลายตัวแปร (Multivariate analysis) โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกส์เชิงอันดับ (Ordinal logistic regression) เพื่อลดตัวแปรกวน พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการทำแผนสุขภาพชุมชนของอสม.อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 24 ได้แก่

2.1) ปัจจัยด้านเทคนิค คือ การเข้าถึงข้อมูลและความถี่ที่ได้รับข้อมูลข้อมูล โดยอสม.ที่เข้าถึงข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ จะมีโอกาสในการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการทำแผนสุขภาพชุมชน 3.27 เท่า ในขณะที่อสม. เข้าถึงข้อมูลกรณีศึกษารายบุคคล เช่น เรื่องราวการดำเนินโรค วิธีการรักษา การดูแลตนเอง บริบทสภาพแวดล้อม ครอบครัว สังคม วัฒนธรรม ที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยทั้งผู้ที่ดูแลตนเองได้ดี และผู้ที่มีปัญหา ฯลฯ จะมีโอกาสในการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการทำแผนสุขภาพชุมชน 5.31 เท่า เมื่อเทียบกับอสม.ที่ไม่เข้าถึงข้อมูล อสม.ที่ได้รับข้อมูล 4-5 ครั้งต่อสัปดาห์จะมีโอกาสในการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการทำแผนสุขภาพชุมชน 5.39 เท่า ในขณะที่ อสม.ที่มีที่ที่ได้รับข้อมูล 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ จะมีโอกาสในการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการทำแผนสุขภาพชุมชน 5.22 เท่าเมื่อเทียบกับอสม.ที่ไม่ได้รับข้อมูล

2.2) ปัจจัยด้านองค์กร คือ การมีส่วนร่วมของภาครัฐ การนิเทศติดตามของภาครัฐ การมีส่วนร่วมของท้องถิ่น และการสนับสนุนของภาคท้องถิ่น พบว่า การมีส่วนร่วมของภาครัฐในการจัดการงบประมาณจะมีโอกาสในการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการทำแผนสุขภาพชุมชนของอสม.ลดลง 0.30 เท่า ในขณะที่การมีส่วนร่วมของภาครัฐในการจัดกิจกรรมสุขภาพ จะมีโอกาสในการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการทำแผนสุขภาพชุมชนของอสม.เพิ่มขึ้น 2.24 เท่า เมื่อเทียบกับการที่ภาครัฐไม่เข้ามามีส่วนร่วม อสม.ที่ได้รับการนิเทศ ติดตามจากภาครัฐ 3 เดือนครั้ง จะมีโอกาสในการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการทำแผนสุขภาพชุมชน 2.57 เท่า ขณะที่อสม.ที่ได้รับการนิเทศ ติดตามจากภาครัฐ 6 เดือนครั้งจะมีโอกาสในการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการทำแผนสุขภาพชุมชน 2.90 เท่า เมื่อเทียบกับการไม่นิเทศ ติดตาม การเข้ามามีส่วนร่วมของท้องถิ่นในการทำแผนสุขภาพชุมชนจะมีโอกาสในการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรัง

เพื่อการทำแผนสุขภาพชุมชนของอสม. 2.79 เท่า เมื่อเทียบกับการที่ท้องถิ่นไม่เข้ามามีส่วนร่วม และการสนับสนุนด้านงบประมาณจากท้องถิ่นจะมีโอกาสในการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรัง เพื่อการทำแผนสุขภาพชุมชน 4.26 เท่าเมื่อเทียบกับการไม่ได้รับการสนับสนุน

**ตารางที่ 23** ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการทำแผนสุขภาพชุมชน ของอสม. กรณีวิเคราะห์ที่ละตัวแปร(Univariate analysis)

ปัจจัย	Estimate	OR	95% CI		P-value
			Lower	Upper	
<b>ปัจจัยด้านบุคคล</b>					
สถานภาพสมรส					
หม้าย	0.69	2.00	1.43	5.71	0.20*
ระดับการศึกษา					
ปวช./มัธยมปลาย	0.38	1.46	1.16	2.49	0.16
มัธยมต้น	0.59	1.80	1.00	3.24	0.05*
ระยะเวลาการเป็นอสม.	0.04	1.04	1.01	1.08	0.01*
การฝึกอบรม					
โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	0.43	1.54	1.05	2.28	0.03*
การจัดการสุขภาพชุมชน	0.408	1.50	1.04	2.34	0.07
ความรู้	0.185	1.20	1.03	1.40	0.02*
<b>ปัจจัยด้านเทคนิค</b>					
การเข้าถึงข้อมูล					
ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ	1.09	2.96	1.68	5.23	0.00*
ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน	0.61	1.85	1.05	3.56	0.07
ข้อมูลการทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ	0.62	1.86	1.03	3.56	0.06*
และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม					
ข้อมูลกรณีศึกษารายบุคคล	1.01	2.75	1.07	7.07	0.04*
แหล่งข้อมูล					
วารสารหรือหนังสือ	0.48	1.62	1.07	2.44	0.02*
วิทยุ	0.47	1.60	1.07	2.74	0.09

ตารางที่ 23 (ต่อ)

ปัจจัย	Estimate	OR	95% CI		P-value
			Lower	Upper	
<b>ปัจจัยด้านเทคนิค</b>					
<b>ช่องทางการได้รับข้อมูล</b>					
สื่อสิ่งพิมพ์	0.57	1.76	1.20	2.58	0.00*
สื่อวิทยุ	0.55	1.74	1.13	2.66	0.01*
<b>ความถี่ที่ได้รับข้อมูล</b>					
4-5 ครั้ง/สัปดาห์	1.58	4.88	1.85	12.85	0.00*
2-3 ครั้ง/สัปดาห์	1.31	3.70	1.72	7.96	0.00*
1 ครั้ง/สัปดาห์	0.59	1.81	1.05	3.43	0.07
<b>ปัจจัยด้านองค์กร</b>					
<b>การเข้ามามีส่วนร่วมของภาครัฐ</b>					
การจัดการงบประมาณ	0.71	2.03	1.04	3.97	0.04*
การจัดกิจกรรมสุขภาพ	0.42	1.51	1.21	2.78	0.18
<b>การสนับสนุนของภาครัฐ</b>					
การจัดการ	1.56	4.75	1.89	42.65	0.16
<b>การนิเทศ ติดตามของภาครัฐ</b>					
6 เดือนครั้ง	0.87	2.40	1.24	4.64	0.01*
<b>การเข้ามามีส่วนร่วมของท้องถิ่น</b>					
การทำแผนสุขภาพชุมชน	0.92	2.51	1.35	4.67	0.00*
การประเมินผลแบบมีส่วนร่วม	1.114	3.05	1.03	9.54	0.06
<b>การสนับสนุนของภาคท้องถิ่น</b>					
งบประมาณ	0.88	2.41	1.13	5.15	0.02*
วัสดุ อุปกรณ์	0.74	2.10	0.89	4.98	0.09
<b>การสนับสนุนของภาคประชาชน</b>					
บุคคล	0.69	1.98	1.04	3.77	0.04*
การจัดการ	0.89	2.42	1.08	5.46	0.03*



ตารางที่ 24 ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการทำแผนสุขภาพชุมชน  
กรณีวิเคราะห์หลายตัวแปร (Multivariate analysis)

ปัจจัย	Estimate	OR	95% CI		P-value
			Lower	Upper	
<b>ปัจจัยด้านเทคนิค</b>					
<b>การเข้าถึงข้อมูล</b>					
<b>(กลุ่มอ้างอิง : ไม่เข้าถึงข้อมูล)</b>					
การเข้าถึงข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ	1.19	3.27	1.61	6.65	0.00
การเข้าถึงข้อมูลกรณีศึกษารายบุคคล	1.67	5.31	1.53	18.45	0.01
<b>ความถี่ที่ได้รับข้อมูล</b>					
<b>(กลุ่มอ้างอิง : ไม่ได้รับข้อมูล)</b>					
4-5 ครั้ง/สัปดาห์	1.69	5.39	1.09	1.60	0.00
2-3 ครั้ง/สัปดาห์	1.65	5.22	1.11	1.27	0.00
<b>ปัจจัยด้านองค์กร</b>					
<b>การเข้ามามีส่วนร่วมของภาครัฐ</b>					
<b>(กลุ่มอ้างอิง : ไม่มีส่วนร่วม)</b>					
การจัดการงบประมาณ	-1.19	0.30	0.13	0.74	0.01
การจัดกิจกรรมสุขภาพ	0.81	2.24	1.01	4.99	0.05
<b>การนิเทศ ติดตามของภาครัฐ</b>					
<b>(กลุ่มอ้างอิง : ไม่นิเทศ ติดตาม)</b>					
3 เดือนครั้ง	0.94	2.57	1.00	6.59	0.05
6 เดือนครั้ง	1.06	2.90	1.24	6.76	0.01
<b>การเข้ามามีส่วนร่วมของท้องถิ่น</b>					
<b>(กลุ่มอ้างอิง : ไม่มีส่วนร่วม)</b>					
การทำแผนสุขภาพชุมชน	1.03	2.79	3.49	1.58	0.01
<b>การสนับสนุนของท้องถิ่น</b>					
<b>(กลุ่มอ้างอิง : ไม่สนับสนุน)</b>					
งบประมาณ	1.45	4.26	4.859	11.47	0.00

3) การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อ  
การจัดการงบประมาณ

จากการวิเคราะห์ตัวแปรอิสระทั้งหมด ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านบุคคล เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา รายได้ อาชีพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเป็นอสม. การฝึกอบรม แรงจูงใจ และความรู้ 2) ปัจจัยด้านเทคนิค เช่น การเข้าถึงข้อมูล แหล่งข้อมูล ช่องทางการได้รับข้อมูล และความถี่ที่ได้รับข้อมูล 3) ปัจจัยด้านองค์กร เช่น การเข้ามามีส่วนร่วมของภาครัฐ การสนับสนุนของ ภาครัฐ การนิเทศ ติดตามของภาครัฐ การเข้ามามีส่วนร่วมของภาคท้องถิ่น การสนับสนุนของภาคท้องถิ่น ขนาดกองทุน การเข้ามามีส่วนร่วมของภาคประชาชน และการสนับสนุนของภาคประชาชน โดยการวิเคราะห์ที่ละตัวแปร (Univariate analysis) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการงบประมาณของอสม.อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านบุคคล คือ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเป็นอสม. การฝึกอบรม และความรู้ 2) ปัจจัยด้านเทคนิค คือ การเข้าถึงข้อมูล แหล่งข้อมูลที่ได้รับ ช่องทางการได้รับข้อมูลและความถี่ของการเปิดรับข้อมูล 3) ปัจจัยด้าน องค์กร คือ การนิเทศ ติดตามของภาครัฐ การเข้ามามีส่วนร่วมของท้องถิ่น การสนับสนุนของท้องถิ่น และการสนับสนุนของประชาชน ดังตารางที่ 25 และเมื่อทำการวิเคราะห์ตัวแปรอิสระหลายตัวแปร (Multivariate analysis) โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกส์เชิงอันดับ (Ordinal logistic regression) เพื่อลดตัวแปรกวน พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการ งบประมาณของอสม.อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 26 ได้แก่

3.1) ปัจจัยด้านบุคคล คือ ระยะเวลาการเป็นอสม. ระดับการศึกษา ความรู้ โดยเมื่ออสม.ที่มีระยะเวลาการเป็นอสม.เพิ่มขึ้น 1 ปี จะมีโอกาสที่จะใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการงบประมาณเพิ่มขึ้น 1.06 เท่า โอกาสที่อสม.ที่จบปริญญาตรีจะใช้ประโยชน์ ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการงบประมาณ เท่ากับ 3.18 เท่า ในขณะที่โอกาสที่อสม.ที่จบ อนุปริญญา/ปวส.จะใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการงบประมาณเท่ากับ 4.54 เท่า และโอกาสที่อสม.ที่จบชั้นมัธยมต้น.จะใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการงบประมาณ เท่ากับ 3.01 เท่า เมื่อเทียบกับอสม.ที่จบชั้นประถม อสม.ที่มีความรู้เพิ่มขึ้น 1 ระดับ จะมีโอกาสที่จะใช้ ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการงบประมาณเพิ่มขึ้น 1.43 เท่า

3.2) ปัจจัยด้านเทคนิค คือ การเข้าถึงข้อมูล แหล่งข้อมูล และความถี่ ที่ได้รับข้อมูล โดยอสม.ที่เข้าถึงข้อมูลความรู้ทั่วไป เช่น ความหมาย อาการ สาเหตุ ภาวะแทรกซ้อน การป้องกันโรค เป็นต้นจะมีโอกาสที่จะใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการงบประมาณ 2.88 เท่า ในขณะที่อสม.ที่เข้าถึงข้อมูลทางห้องปฏิบัติการจะใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรัง เพื่อการจัดการงบประมาณลดลง 0.68 เท่า เมื่อเทียบกับอสม.ที่ไม่เข้าถึงข้อมูล อสม.ที่ได้รับข้อมูล

จากหนังสือพิมพ์จะมีโอกาสที่จะใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการงบประมาณเท่ากับ 3.72 เท่า เมื่อเทียบกับอสม.ที่ไม่ได้รับข้อมูล และอสม.ที่ได้รับข้อมูล ทุกวันจะมีโอกาสที่จะใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการงบประมาณเท่ากับ 9.40 เท่าเมื่อเทียบกับอสม.ที่ไม่ได้รับข้อมูล

3.3) ปัจจัยด้านองค์กร คือ การมีส่วนร่วมของภาครัฐ การนิเทศติดตามของภาครัฐ การมีส่วนร่วมของท้องถิ่น การสนับสนุนของภาคท้องถิ่นและขนาดกองทุนสุขภาพ พบว่า การเข้ามามีส่วนร่วมของภาครัฐในการจัดการงบประมาณจะมีโอกาสในการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการงบประมาณ ของอสม.ลดลง 0.33 เท่า การนิเทศติดตามของภาครัฐ เดือนละครั้งจะมีโอกาสในการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการงบประมาณของอสม.เพิ่มขึ้น 3.62 เท่า ในขณะที่การนิเทศ ติดตามของภาครัฐ 3 เดือนละครั้งจะมีโอกาสในการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการงบประมาณของ อสม.เพิ่มขึ้น 2.73 เท่า เมื่อเทียบกับการไม่นิเทศติดตาม การเข้ามามีส่วนร่วมของท้องถิ่นในการทำแผนสุขภาพชุมชนจะมีโอกาสในการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการงบประมาณของ อสม.เพิ่มขึ้น 2.63 เท่า เมื่อเทียบกับการที่ท้องถิ่นไม่เข้ามามีส่วนร่วม การสนับสนุนด้านบุคคลจากท้องถิ่นจะมีโอกาสในการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการงบประมาณของอสม.เท่ากับ 4.28 เท่า ในขณะที่การสนับสนุนด้านงบประมาณจากท้องถิ่นจะมีโอกาสในการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการงบประมาณของอสม.เท่ากับ 3.90 เท่า และการสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์จากท้องถิ่นจะมีโอกาสในการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการงบประมาณ ของ อสม.เท่ากับ 4.68 เท่า เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับการสนับสนุน ขนาดของกองทุนสุขภาพระดับตำบล จะมีโอกาสที่มีการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการงบประมาณของอสม.เท่ากับ 1.26 เท่า ในขณะที่ขนาดของกองทุนสุขภาพระดับเทศบาลจะมีโอกาสที่มีการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการงบประมาณของ อสม.เท่ากับ 1.25 เท่า เมื่อเทียบกับขนาดของกองทุนสุขภาพอื่นๆ

ตารางที่ 25 ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการงบประมาณ  
ของอสม. กรณีวิเคราะห์ทีละตัวแปร(Univariate analysis)

ปัจจัย	Estimate	OR	95% CI		P-value
			Lower	Upper	
<b>ปัจจัยด้านบุคคล</b>					
<b>อาชีพ</b>					
ค้าขาย	0.86	2.35	0.99	5.61	0.05*
<b>ระดับการศึกษา</b>					
ปริญญาตรี	1.19	3.30	6.88	1.59	0.00*
อนุปริญญา/ปวส.	1.45	4.25	9.24	1.95	0.00*
มัธยมปลาย/ปวช.	0.74	2.10	3.64	1.22	0.01*
มัธยมต้น	1.09	2.98	5.42	1.64	0.00*
ระยะเวลาการเป็นอสม.	0.06	1.06	1.09	1.03	0.00*
<b>การฝึกอบรม</b>					
การทำแผนสุขภาพ	0.35	1.42	1.08	2.16	0.11
ความรู้	0.31	1.37	1.61	1.16	0.00*
<b>ปัจจัยด้านเทคนิค</b>					
<b>การเข้าถึงข้อมูล</b>					
ข้อมูลทั่วไป	0.35	1.42	0.94	2.15	0.09
ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ	-0.40	0.67	0.94	1.14	0.14
ข้อมูลทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและ	0.92	2.50	4.75	1.32	0.01*
<b>การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม</b>					
ข้อมูลกรณีศึกษารายบุคคล	1.15	3.16	7.82	1.27	0.01*
<b>แหล่งข้อมูล</b>					
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	0.54	1.72	1.11	1.06	0.03*
วิทยุ	0.56	1.74	2.95	1.03	0.04*
หอกระจายข่าว	0.40	1.49	0.91	2.42	0.11
หนังสือพิมพ์	0.41	1.51	0.90	2.53	0.12
อื่นๆ	0.60	1.86	1.07	3.09	0.03*

ตารางที่ 25 (ต่อ)

ปัจจัย	Estimate	OR	95% CI		P-value
			Lower	Upper	
<b>ปัจจัยด้านเทคนิค</b>					
<b>ช่องทางการได้รับข้อมูล</b>					
สื่อบุคคล	0.62	1.33	3.16	1.10	0.02*
สื่อสิ่งพิมพ์	0.29	1.39	1.09	1.94	0.14
สื่อวิทยุ	0.33	3.87	11.38	2.10	0.13
<b>ความถี่ที่ได้รับข้อมูล</b>					
ทุกวัน	1.35	3.45	8.81	1.32	0.01*
4-5 ครั้ง/สัปดาห์	1.24	2.98	6.36	1.35	0.01*
2-3 ครั้ง/สัปดาห์	1.09	2.11	3.88	1.39	0.01*
<b>ปัจจัยด้านองค์กร</b>					
<b>การเข้ามามีส่วนร่วมของท้องถิ่น</b>					
การทำแผนสุขภาพชุมชน	0.75	2.12	1.15	3.88	0.02*
<b>การสนับสนุนของท้องถิ่น</b>					
บุคคล	1.09	2.99	1.23	7.27	0.02*
งบประมาณ	1.41	4.11	1.91	8.85	0.00*
วัสดุ อุปกรณ์	1.63	5.08	2.12	12.16	0.00*
<b>ขนาดของกองทุนสุขภาพ</b>					
กองทุนตำบล	1.44	4.23	3.01	5.92	0.00*
กองทุนเทศบาล	1.57	4.80	3.68	6.25	0.00*
<b>การสนับสนุนของภาคประชาชน</b>					
วัสดุ อุปกรณ์	0.97	2.63	6.55	1.06	0.04*
การจัดการ	1.10	3.00	6.753	1.33	0.01*

ตารางที่ 26 ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการงบประมาณ  
กรณีวิเคราะห์หลายตัวแปร (Multivariate analysis)

ปัจจัย	Estimate	OR	95% CI		P-value
			Lower	Upper	
<b>ปัจจัยด้านบุคคล</b>					
ระยะเวลาการเป็นอสม.	0.06	1.06	1.02	1.11	0.01
ความรู้	0.36	1.43	1.09	1.87	0.01
ระดับการศึกษา (กลุ่มอ้างอิง : ประถมศึกษา)					
ปริญญาตรี	1.16	3.18	1.20	8.49	0.02
อนุปริญญา/ปวส.	1.51	4.54	1.61	12.82	0.00
มัธยมต้น	1.10	3.01	1.36	6.64	0.01
<b>ปัจจัยด้านเทคนิค</b>					
การเข้าถึงข้อมูล (กลุ่มอ้างอิง : ไม่เข้าถึงข้อมูล)					
การเข้าถึงข้อมูลทั่วไป	1.06	2.88	1.61	5.16	0.00
การเข้าถึงข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ	-0.68	0.51	0.26	0.99	0.05
แหล่งข้อมูลที่ได้รับ (กลุ่มอ้างอิง : ไม่ได้รับข้อมูล)					
หนังสือพิมพ์	1.31	3.72	1.48	9.32	0.01
ความถี่ที่ได้รับข้อมูล (กลุ่มอ้างอิง : ไม่ได้รับข้อมูล)					
ทุกวัน	2.24	9.40	1.51	2.92	0.02
<b>ปัจจัยด้านองค์กร</b>					
การเข้ามามีส่วนร่วมของภาครัฐ (กลุ่มอ้างอิง : ไม่มีส่วนร่วม)					
การจัดการงบประมาณ	-1.11	0.33	0.13	0.83	0.02

ตารางที่ 26 (ต่อ)

ปัจจัย	Estimate	OR	95% CI		P-value
			Lower	Upper	
<b>ปัจจัยด้านองค์กร</b>					
<b>การนิเทศ ติดตามของภาครัฐ</b>					
<b>(กลุ่มอ้างอิง : ไม่นิเทศ ติดตาม)</b>					
เดือนละครั้ง	1.29	3.62	1.06	12.40	0.04
3 เดือนครั้ง	1.01	2.73	1.05	7.12	0.04
<b>การเข้ามามีส่วนร่วมของท้องถิ่น</b>					
<b>(กลุ่มอ้างอิง : ไม่มีส่วนร่วม)</b>					
การทำแผนสุขภาพชุมชน	0.97	2.63	1.19	5.80	0.02
<b>การสนับสนุนของท้องถิ่น</b>					
<b>(กลุ่มอ้างอิง : ไม่สนับสนุน)</b>					
บุคคล	1.45	4.27	1.23	14.88	0.02
งบประมาณ	1.36	3.90	1.44	10.56	0.01
วัสดุ อุปกรณ์	1.54	4.68	1.50	14.67	0.01
<b>ขนาดกองทุนสุขภาพ</b>					
<b>(กลุ่มอ้างอิง : กองทุนอื่นๆ)</b>					
กองทุนตำบล	0.23	1.26	1.20	1.32	0.00
กองทุนเทศบาล	0.22	1.25	1.21	1.28	0.00

4) การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการ  
จัดกิจกรรมสุขภาพ

จากการวิเคราะห์ตัวแปรอิสระทั้งหมด ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านบุคคล เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา รายได้ อาชีพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเป็นอสม. การฝึกอบรม แรงจูงใจ และความรู้ 2) ปัจจัยด้านเทคนิค เช่น การเข้าถึงข้อมูล แหล่งข้อมูล ช่องทางการได้รับข้อมูล และความรู้ที่ได้รับข้อมูล 3) ปัจจัยด้านองค์กร เช่น การเข้ามามีส่วนร่วมของภาครัฐ การสนับสนุนของภาครัฐ การนิเทศ ติดตามของภาครัฐ การเข้ามามีส่วนร่วมของภาคท้องถิ่น การสนับสนุนของภาคท้องถิ่น ขนาดกองทุน การเข้ามามีส่วนร่วมของภาคประชาชน และการสนับสนุนของภาคประชาชน

โดยการวิเคราะห์ที่ละตัวแปร (Univariate analysis) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการกิจกรรมสุขภาพของอสม.อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านบุคคล คือ การฝึกอบรม และความรู้ 2) ปัจจัยด้านเทคนิค คือ แหล่งข้อมูลที่ได้รับ ช่องทางการได้รับข้อมูล และความถี่ของการเปิดรับข้อมูล 3) ปัจจัยด้านองค์กร คือ ขนาดกองทุนสุขภาพและการสนับสนุนของภาคประชาชน ดังตารางที่ 27 และเมื่อทำการวิเคราะห์ตัวแปรอิสระหลายตัวแปร (Multivariate analysis) โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกส์เชิงอันดับ (Ordinal logistic regression) เพื่อลดตัวแปรจนพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการกิจกรรมสุขภาพของอสม.อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 28 ได้แก่

4.1) ปัจจัยด้านบุคคล คือ อายุ ความรู้ และการฝึกอบรม โดยเมื่ออสม.ที่มีอายุเพิ่มขึ้น 1 ปี จะมีโอกาสที่จะใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการกิจกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้น 1.12 เท่า อสม.ที่มีความรู้เพิ่มขึ้น 1 ระดับ จะมีโอกาสที่จะใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการกิจกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้น 0.42 เท่า และอสม.ที่เคยอบรมคอมพิวเตอร์ จะมีโอกาสที่จะใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการกิจกรรมสุขภาพเท่ากับ 15.83 เท่า เมื่อเทียบกับอสม.ที่ไม่เคยอบรมคอมพิวเตอร์

4.2) ปัจจัยด้านเทคนิค คือ การเข้าถึงข้อมูล แหล่งข้อมูล และความถี่ที่ได้รับข้อมูล โดยอสม.ที่เข้าถึงข้อมูลความรู้ทั่วไป เช่น ความหมาย อาการ สาเหตุ ภาวะแทรกซ้อน การป้องกันโรค เป็นต้น จะมีโอกาสที่จะใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการกิจกรรมสุขภาพ 4.90 เท่า เมื่อเทียบกับอสม.ที่ไม่เข้าถึงข้อมูล อสม.ที่ได้รับข้อมูลจากวิทยุจะมีโอกาสที่จะใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการกิจกรรมสุขภาพลดลงเท่ากับ 0.04 เท่า เมื่อเทียบกับอสม.ที่ไม่ได้รับข้อมูลและอสม.ที่ได้รับข้อมูล 4-5 ครั้ง/สัปดาห์ จะมีโอกาสที่จะใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการกิจกรรมสุขภาพเท่ากับ 18.80 เท่า ในขณะที่อสม.ที่ได้รับข้อมูล 2-3 ครั้ง/สัปดาห์จะมีโอกาสที่จะใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการกิจกรรมสุขภาพเท่ากับ 4.81 เท่าเมื่อเทียบกับอสม.ที่ไม่ได้รับข้อมูล

4.3) ปัจจัยด้านองค์กร คือ การนิเทศติดตามของภาครัฐ การมีส่วนร่วมของท้องถิ่น ขนาดกองทุนสุขภาพและการสนับสนุนจากภาคประชาชน พบว่า การนิเทศติดตามของภาครัฐ 3 เดือนละครึ่งจะมีโอกาสในการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการกิจกรรมสุขภาพของ อสม.เพิ่มขึ้น 5.44 เท่า เมื่อเทียบกับการไม่นิเทศ ติดตาม การเข้ามามีส่วนร่วมของท้องถิ่นในการจัดการกิจกรรมสุขภาพจะมีโอกาสในการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการกิจกรรมสุขภาพของ อสม.เพิ่มขึ้น 6.06 เท่า เมื่อเทียบกับการที่ท้องถิ่นไม่เข้ามามีส่วนร่วม ขนาดของกองทุนสุขภาพระดับตำบล จะมีโอกาสที่มีการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการกิจกรรมสุขภาพของอสม.



เท่ากับ 19.59 เท่า ในขณะที่ขนาดของกองทุนสุขภาพระดับเทศบาล จะมีโอกาสที่มีการใช้ประโยชน์ ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดกิจกรรมสุขภาพของ อสม.เท่ากับ 16.04 เท่า เมื่อเทียบกับขนาดของ กองทุนสุขภาพอื่นๆ และการสนับสนุนของภาคประชาชนด้านบุคคลจะมีโอกาสที่มีการใช้ประโยชน์ ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดกิจกรรมสุขภาพของอสม.เท่ากับ 10.848 เท่า เมื่อเทียบกับการไม่ได้ รับการสนับสนุน

ตารางที่ 27 ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดกิจกรรมสุขภาพ  
ชุมชนของอสม. กรณีวิเคราะห์ที่ละตัวแปร (Univariate analysis)

ปัจจัย	Estimate	OR	95% CI		P-value
			Lower	Upper	
<b>ปัจจัยด้านบุคคล</b>					
รายได้	-2.95	0.05	0.00	27.22	0.08
การฝึกอบรม					
คอมพิวเตอร์	0.88	2.42	1.19	4.93	0.02*
โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	0.38	1.47	2.58	1.20	0.19
ความรู้	0.25	1.28	1.04	1.57	0.02*
<b>ปัจจัยด้านเทคนิค</b>					
การเข้าถึงข้อมูล					
ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ	0.94	2.55	1.13	7.34	0.08
แหล่งข้อมูลที่ได้รับ					
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	0.72	2.05	1.08	3.89	0.03*
วิทยุ	2.47	11.87	1.61	87.44	0.02*
ช่องทางการได้รับข้อมูล					
สื่อบุคคล	0.81	2.25	1.15	4.39	0.02*
สื่อวิทยุ	0.86	2.36	1.11	5.00	0.03*
สื่อสิ่งพิมพ์	0.47	1.60	1.11	2.84	0.11

ตารางที่ 27 (ต่อ)

ปัจจัย	Estimate	OR	95% CI		P-value
			Lower	Upper	
<b>ปัจจัยด้านองค์กร</b>					
<b>ความถี่ที่ได้รับข้อมูล</b>					
ทุกวัน	2.10	8.20	1.02	68.51	0.05*
4-5 ครั้ง/สัปดาห์	2.55	12.83	1.56	105.32	0.02*
2-3 ครั้ง/สัปดาห์	1.80	6.04	1.94	18.78	0.00*
1 ครั้ง/สัปดาห์	0.97	2.64	1.24	5.61	0.01*
<b>การเข้ามามีส่วนร่วมของภาครัฐ</b>					
การทำแผนสุขภาพชุมชน	0.64	1.89	1.30	4.60	0.16
<b>การสนับสนุนจากภาครัฐ</b>					
วัสดุ อุปกรณ์	2.15	8.54	1.65	120.42	0.11
<b>การนิเทศ ติดตามจากภาครัฐ</b>					
6 เดือนครั้ง	0.91	2.49	0.95	6.55	0.07
<b>การเข้ามามีส่วนร่วมของท้องถิ่น</b>					
การจัดกิจกรรมสุขภาพ	0.68	1.98	0.85	4.61	0.12
<b>ขนาดกองทุนสุขภาพ</b>					
กองทุนตำบล	1.41	4.08	6.98	6.47	0.00*
กองทุนเทศบาล	1.15	3.16	4.94	5.50	0.00*
<b>การเข้ามามีส่วนร่วมของภาคประชาชน</b>					
การจัดกิจกรรมสุขภาพ	0.58	1.78	1.20	3.79	0.14
<b>การสนับสนุนของภาคประชาชน</b>					
บุคคล	1.32	3.75	1.66	8.49	0.00*
งบประมาณ	0.72	2.05	0.76	5.55	0.16
วัสดุ อุปกรณ์	-0.95	0.39	0.11	1.39	0.14
การจัดการ	1.22	3.40	1.06	10.89	0.04*

ตารางที่ 28 ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดกิจกรรมสุขภาพ  
กรณีวิเคราะห์หลายตัวแปร (Multivariate analysis)

ปัจจัย	Estimate	OR	95% CI		P-value
			Lower	Upper	
<b>ปัจจัยด้านบุคคล</b>					
อายุ	0.12	1.12	1.02	1.23	0.02
ความรู้	0.86	0.42	0.24	0.75	0.00
การฝึกอบรม (กลุ่มอ้างอิง : ไม่เคยอบรม)					
คอมพิวเตอร์	2.76	15.83	3.44	72.89	0.00
<b>ปัจจัยด้านเทคนิค</b>					
การเข้าถึงข้อมูล (กลุ่มอ้างอิง : ไม่เข้าถึงข้อมูล)					
ข้อมูลความรู้ทั่วไป	1.59	4.90	1.37	17.57	0.02
แหล่งข้อมูลที่ได้รับ (กลุ่มอ้างอิง : ไม่ได้รับข้อมูล)					
วิทยุ	-3.36	0.04	0.00	0.97	0.05
ความถี่ที่ได้รับข้อมูล (กลุ่มอ้างอิง : ไม่ได้รับข้อมูล)					
4-5 ครั้ง/สัปดาห์	7.87	18.80	4.10	11.67	0.00
2-3 ครั้ง/สัปดาห์	5.14	4.81	2.72	8.51	0.00
<b>ปัจจัยด้านองค์กร</b>					
การนิเทศ ติดตามของภาครัฐ (กลุ่มอ้างอิง : ไม่นิเทศ ติดตาม)					
3 เดือนครั้ง	2.69	5.44	1.50	4.98	0.02
การเข้ามามีส่วนร่วมของท้องถิ่น (กลุ่มอ้างอิง : ไม่มีส่วนร่วม)					
การจัดกิจกรรมสุขภาพ	1.801	6.06	1.38	26.58	0.02

ตารางที่ 28 (ต่อ)

ปัจจัย	Estimate	OR	95% CI		P-value
			Lower	Upper	
<b>ปัจจัยด้านองค์กร</b>					
<b>ขนาดกองทุนสุขภาพ</b> (กลุ่มอ้างอิง : กองทุนอื่นๆ)					
กองทุนตำบล	5.98	19.59	5.51	69.55	0.00
กองทุนเทศบาล	6.31	10.04	7.18	14.06	0.00
<b>การสนับสนุนของภาคประชาชน</b> (กลุ่มอ้างอิง : ไม่สนับสนุน)					
บุคคล	2.38	10.85	1.89	8.54	0.01

5) การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการประเมินผลแบบมีส่วนร่วม

จากการวิเคราะห์ตัวแปรอิสระทั้งหมด ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านบุคคล เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา รายได้ อาชีพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเป็นอสม. การฝึกอบรม แรงจูงใจ และความรู้ 2) ปัจจัยด้านเทคนิค เช่น การเข้าถึงข้อมูล แหล่งข้อมูล ช่องทางการได้รับข้อมูล และความถี่ที่ได้รับข้อมูล 3) ปัจจัยด้านองค์กร เช่น การเข้ามามีส่วนร่วมของภาครัฐ การสนับสนุนของภาครัฐ การนิเทศ ติดตามของภาครัฐ การเข้ามามีส่วนร่วมของภาคท้องถิ่น การสนับสนุนของภาคท้องถิ่น ขนาดกองทุน การเข้ามามีส่วนร่วมของภาคประชาชน และการสนับสนุนของภาคประชาชน โดยการวิเคราะห์ที่ละตัวแปร (Univariate analysis) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการประเมินผลแบบมีส่วนร่วมของอสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านบุคคล คือ ระดับการศึกษา การฝึกอบรม และความรู้ 2) ปัจจัยด้านเทคนิค คือ การเข้าถึงข้อมูล แหล่งข้อมูลที่ได้รับ ช่องทางการได้รับข้อมูลและความถี่ของการเปิดรับข้อมูล 3) ปัจจัยด้านองค์กร คือ การมีส่วนร่วมของท้องถิ่น การสนับสนุนของท้องถิ่น การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนและการสนับสนุนของภาคประชาชน ดังตารางที่ 29 และเมื่อทำการวิเคราะห์ตัวแปรอิสระหลายตัวแปร (Multivariate analysis) โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกส์เชิงอันดับ (Ordinal logistic regression) เพื่อลดตัวแปรกวน พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการประเมินผลแบบมีส่วนร่วมของอสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 30 ได้แก่

5.1) ปัจจัยด้านบุคคล คือ ระยะเวลาการเป็นอสม. ระดับการศึกษา การฝึกอบรม แรงจูงใจและ ความรู้ โดยเมื่ออสม.ที่มีระยะเวลาการเป็นอสม.เพิ่มขึ้น 1 ปี จะมีโอกาสที่จะใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการประเมินผลแบบมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น 1.05 เท่า อสม.ที่จบอนุปริญญา/ปวส. จะมีโอกาสที่จะใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการประเมินผลแบบมีส่วนร่วม 3.01 เท่าเมื่อเทียบกับอสม.ที่จบชั้นประถม อสม.ที่เคยอบรมการจัดการสุขภาพชุมชนจะมีโอกาสที่จะใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการประเมินผลแบบมีส่วนร่วมเท่ากับ 2.17 เท่า เมื่อเทียบกับอสม.ที่ไม่เคยอบรม อสม.ที่มีแรงจูงใจเพิ่ม 1 ระดับจะมีโอกาสที่จะใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการประเมินผลแบบมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น 1.77 เท่า และอสม.ที่มีความรู้เพิ่มขึ้น 1 ระดับ จะมีโอกาสที่จะใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการประเมินผลแบบมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น 1.73 เท่า

5.2) ปัจจัยด้านเทคนิค คือ การเข้าถึงข้อมูล แหล่งข้อมูล ช่องทางการได้รับข้อมูลและความถี่ที่ได้รับข้อมูล โดยอสม.ที่เข้าถึงข้อมูลกรณีศึกษารายบุคคล เช่น เรื่องราว การดำเนินโรค วิธีการรักษา การดูแลตนเอง บริบทสภาพแวดล้อม ครอบครัว สังคมวัฒนธรรมที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยทั้งผู้ดูแลตนเองได้ดี และผู้ที่มีปัญหา จะมีโอกาสที่จะใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการประเมินผลแบบมีส่วนร่วม 5.31 เท่า เมื่อเทียบกับอสม.ที่ไม่เข้าถึงข้อมูล อสม.ที่ได้รับข้อมูลจากหนังสือพิมพ์ จะมีโอกาสที่จะใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการประเมินผลแบบมีส่วนร่วมเท่ากับ 3.35 เท่า เมื่อเทียบกับอสม.ที่ไม่ได้รับข้อมูล อสม.ที่ได้รับข้อมูลจากช่องทางสื่อวิทยุจะมีโอกาสที่จะใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการประเมินผลแบบมีส่วนร่วมเท่ากับ 2.01 เท่า เมื่อเทียบกับอสม.ที่ไม่ได้รับข้อมูล และอสม.ที่ได้รับข้อมูลทุกวันจะมีโอกาสที่จะใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการประเมินผลแบบมีส่วนร่วม 1.86 เท่า ในขณะที่อสม.ที่ได้รับข้อมูล 4-5 ครั้ง/สัปดาห์จะมีโอกาสที่จะใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการประเมินผลแบบมีส่วนร่วมเท่ากับ 1.02 เท่า และอสม.ที่ได้รับข้อมูล 2-3 ครั้ง/สัปดาห์จะมีโอกาสที่จะใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการประเมินผลแบบมีส่วนร่วม เท่ากับ 1.02 เท่า เมื่อเทียบกับอสม.ที่ไม่ได้รับข้อมูล

5.3) ปัจจัยด้านองค์กร คือ การสนับสนุนของภาครัฐ การสนับสนุนของท้องถิ่น การมีส่วนร่วมจากภาคประชาชน และการสนับสนุนจากภาคประชาชน พบว่า การสนับสนุนของภาครัฐในด้านบุคคล จะมีโอกาสในการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการประเมินผลแบบมีส่วนร่วมของอสม. 80.32 เท่า ในขณะที่การสนับสนุนของภาครัฐในด้านงบประมาณจะมีโอกาสในการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการประเมินผลแบบมีส่วนร่วมของอสม.เพิ่มขึ้น 116.75 เท่า และการสนับสนุนของภาครัฐในการจัดการ จะมีโอกาสในการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการประเมินผลแบบมีส่วนร่วมของอสม.เพิ่มขึ้น 61.62 เท่า เมื่อเทียบกับการที่ภาครัฐไม่ให้การสนับสนุน การสนับสนุนของท้องถิ่นด้านวัสดุ อุปกรณ์จะมีโอกาสที่มีการใช้ประโยชน์ข้อมูล

ภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการประเมินผลแบบมีส่วนร่วมของอสม.เท่ากับ 3.30 เท่า เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับการสนับสนุน การเข้ามามีส่วนร่วมของท้องถิ่นในการทำแผนสุขภาพชุมชนจะมีโอกาสที่มีการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการประเมินผลแบบมีส่วนร่วมของอสม.เท่ากับ 2.68 เท่า เมื่อเทียบกับการไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วม และการสนับสนุนของภาคประชาชนด้านการจัดการจะมีโอกาสที่มีการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการประเมินผลแบบมีส่วนร่วมของอสม.ลดลง 0.27 เท่า เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับการสนับสนุน

**ตารางที่ 29** ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการประเมินผลแบบมีส่วนร่วมของอสม. กรณีวิเคราะห์ที่ละตัวแปร (Univariate analysis)

ปัจจัย	Estimate	OR	95% CI		P-value
			Lower	Upper	
<b>ปัจจัยด้านบุคคล</b>					
<b>อาชีพ</b>					
ค้าขาย	0.67	1.95	0.80	4.73	0.14
<b>ระดับการศึกษา</b>					
ปริญญาตรี	0.57	1.76	1.20	3.74	0.14
อนุปริญญา/ปวส.	1.12	3.05	1.40	6.67	0.01*
มัธยมปลาย/ปวช.	0.68	1.98	1.12	6.67	0.02*
มัธยมต้น	0.81	2.25	1.22	4.16	0.01*
ระยะเวลาการเป็นอสม.	0.04	1.04	1.01	1.07	0.01*
<b>การฝึกอบรม</b>					
คอมพิวเตอร์	0.88	2.42	1.19	4.93	0.02*
ความรู้	0.26	1.30	1.09	1.54	0.00*
<b>ปัจจัยด้านเทคนิค</b>					
<b>การเข้าถึงข้อมูล</b>					
ข้อมูลการทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	0.83	2.28	1.21	4.30	0.01*
ข้อมูลกรณีศึกษารายบุคคล	1.50	4.48	1.76	11.40	0.02*

ตารางที่ 29 (ต่อ)

ปัจจัย	Estimate	OR	95% CI		P-value
			Lower	Upper	
<b>ปัจจัยด้านเทคนิค</b>					
<b>แหล่งข้อมูลที่ได้รับ</b>					
อินเทอร์เน็ต	0.49	1.63	1.17	3.07	0.14
วารสาร/หนังสือ	0.27	1.32	1.15	1.98	0.19
วิทยุ	-0.59	0.55	0.33	0.94	0.03*
หอกระจายข่าว	0.54	1.71	1.03	2.86	0.04*
<b>ช่องทางการได้รับข้อมูล</b>					
สื่อบุคคล	0.59	1.81	1.04	3.05	0.04*
Line Facebook	0.38	1.46	0.82	2.61	0.20
อินเทอร์เน็ต	0.48	1.62	1.17	3.07	0.14
<b>ความถี่ที่ได้รับข้อมูล</b>					
ทุกวัน	1.48	4.39	1.47	13.13	0.01*
4-5 ครั้ง/สัปดาห์	1.12	3.07	1.18	7.98	0.02*
2-3 ครั้ง/สัปดาห์	0.94	2.57	1.17	5.62	0.02*
<b>ปัจจัยด้านองค์กร</b>					
<b>การมีส่วนร่วมของภาครัฐ</b>					
งบประมาณ	0.53	1.70	1.16	3.35	0.12
<b>การสนับสนุนของภาครัฐ</b>					
บุคคล	1.64	5.17	0.54	49.60	0.16
งบประมาณ	1.86	6.41	0.66	62.24	0.11
<b>การมีส่วนร่วมของท้องถิ่น</b>					
การทำแผนสุขภาพชุมชน	0.67	1.95	1.06	3.59	0.03*
<b>การสนับสนุนของท้องถิ่น</b>					
บุคคล	0.75	2.11	0.89	5.01	0.09
งบประมาณ	0.95	2.60	1.25	5.41	0.01*
วัสดุ อุปกรณ์	1.37	3.93	1.66	9.28	0.00*

ตารางที่ 29 (ต่อ)

ปัจจัย	Estimate	OR	95% CI		P-value
			Lower	Upper	
<b>ปัจจัยด้านองค์กร</b>					
<b>การมีส่วนร่วมของภาคประชาชน</b>					
การทำแผนสุขภาพชุมชน	0.67	1.96	1.10	3.47	0.02*
การจัดการงบประมาณ	-0.63	0.53	0.21	1.33	0.18
<b>การสนับสนุนของภาคประชาชน</b>					
บุคคล	0.81	2.24	1.16	5.78	0.10
การจัดการ	-1.54	0.21	1.99	10.99	0.00*

ตารางที่ 30 ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการประเมินผลแบบมีส่วนร่วมกรณีวิเคราะห์หลายตัวแปร (Multivariate analysis)

ปัจจัย	Estimate	OR	95% CI		P-value
			Lower	Upper	
<b>ปัจจัยด้านบุคคล</b>					
ระยะเวลาการเป็น อสม.	0.05	1.05	1.00	1.11	0.04
แรงจูงใจ	0.52	1.77	1.24	2.28	0.00
ความรู้	0.55	1.73	1.29	2.32	0.00
<b>ระดับการศึกษา</b>					
(กลุ่มอ้างอิง : ประถมศึกษา)					
อนุปริญญา/ปวส.	1.10	3.01	1.04	8.68	0.04
<b>การฝึกอบรม</b>					
(กลุ่มอ้างอิง : ไม่เคยอบรม)					
การจัดการสุขภาพชุมชน	0.77	2.17	1.18	3.99	0.01



ตารางที่ 30 (ต่อ)

ปัจจัย	Estimate	OR	95% CI		P-value
			Lower	Upper	
<b>ปัจจัยด้านเทคนิค</b>					
<b>การเข้าถึงข้อมูล</b>					
(กลุ่มอ้างอิง : ไม่เข้าถึงข้อมูล)					
ข้อมูลกรณีศึกษารายบุคคล	1.67	5.31	1.60	17.32	0.01
<b>แหล่งข้อมูลที่ได้รับ</b>					
(กลุ่มอ้างอิง : ไม่ได้รับข้อมูล)					
หนังสือพิมพ์	1.21	3.35	1.30	8.66	0.01
<b>ช่องทางการได้รับข้อมูล</b>					
(กลุ่มอ้างอิง : ไม่ได้รับข้อมูล)					
สื่อวิทยุ	0.70	2.01	1.05	3.86	0.04
<b>ความถี่ที่ได้รับข้อมูล</b>					
(กลุ่มอ้างอิง : ไม่ได้รับข้อมูล)					
ทุกวัน	2.62	1.86	1.77	1.96	0.01
4-5 ครั้ง/สัปดาห์	2.02	1.02	1.13	2.52	0.04
2-3 ครั้ง/สัปดาห์	1.80	1.02	1.12	1.63	0.04
<b>ปัจจัยด้านองค์กร</b>					
<b>การสนับสนุนของภาครัฐ</b>					
(กลุ่มอ้างอิง : ไม่สนับสนุน)					
บุคคล	4.39	80.32	3.94	1635.98	0.00
งบประมาณ	4.76	116.75	5.73	2377.96	0.00
การจัดการ	4.12	61.62	3.14	1210.76	0.01
<b>การสนับสนุนของท้องถิ่น</b>					
(กลุ่มอ้างอิง : ไม่สนับสนุน)					
วัสดุ อุปกรณ์	1.19	3.30	1.04	10.49	0.04

ตารางที่ 30 (ต่อ)

ปัจจัย	Estimate	OR	95% CI		P-value
			Lower	Upper	
<b>ปัจจัยด้านองค์กร</b>					
<b>การเข้ามามีส่วนร่วมของภาคประชาชน</b> (กลุ่มอ้างอิง : ไม่มีส่วนร่วม)					
การทำแผนสุขภาพชุมชน	0.99	2.68	1.19	2.23	0.02
<b>การสนับสนุนของภาคประชาชน</b> (กลุ่มอ้างอิง : ไม่สนับสนุน)					
การจัดการ	-1.32	0.27	0.09	0.82	0.02

#### 4.4 ผลการศึกษาแนวทางการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนโดย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพัทลุง

การศึกษาแนวทางในการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนของ อสม. ซึ่งใช้การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) และได้ทำการศึกษาในกลุ่มอสม. กลุ่มเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และกลุ่มผู้กำหนดนโยบายและองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีขั้นตอนในการศึกษา คือ 1) ทำการศึกษาปัญหา สาเหตุและแนวทางในการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนของอสม. ในกลุ่มอสม. 2) ทำการศึกษาปัญหา สาเหตุและแนวทางในการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนของอสม. ในกลุ่มเจ้าหน้าที่รพ.สต. และ 3) นำเสนอปัญหา สาเหตุจากการสนทนากลุ่มทั้งกลุ่มอสม. และเจ้าหน้าที่รพ.สต. ให้แก่กลุ่มผู้กำหนดนโยบายและอปท. เพื่อกำหนดเป็นแนวทางในการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนของอสม. จังหวัดพัทลุง โดยทำการศึกษาทั้งอสม. ที่มีประสบการณ์และไม่มีประสบการณ์การใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชน ซึ่งผลจากการสนทนากลุ่มพบว่าหาแนวทางในการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนของอสม. ดังนี้

#### 4.1 กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

##### 4.1.1 ด้านการทำแผนสุขภาพชุมชน

1) อสม.ที่มีประสบการณ์ในการทำแผนสุขภาพชุมชน มีแนวทาง คือ อสม. ต้องมีการคืนข้อมูลสถานะสุขภาพของคนในชุมชนให้ผู้นำชุมชนและประชาชนทราบ เพื่อให้เกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญของการทำแผนสุขภาพชุมชนมากขึ้น จัดอบรมให้ความรู้และพัฒนาทักษะการใช้คอมพิวเตอร์และการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นแก่ อสม. ควรมีการจัดสรรหรือสำรองอุปกรณ์ คอมพิวเตอร์ให้ อสม. ใช้ในการสืบค้นข้อมูลเพิ่มเติม และเป็นการเพิ่มแหล่งข้อมูล หรือช่องทางการรับข้อมูลของอสม.ให้กว้างขึ้น

2) อสม.ที่ไม่มีประสบการณ์ในการทำแผนสุขภาพชุมชน มีแนวทาง คือ จัดอบรมให้ความรู้และพัฒนาทักษะแก่ อสม. ในการทำแผนสุขภาพชุมชน การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น และการใช้คอมพิวเตอร์ให้ครอบคลุมทุกคน รวมทั้งควรมีการมอบหมายงานให้เหมาะสมกับศักยภาพของอสม.แต่ละคน สร้างการเรียนรู้ให้ อสม. รู้จักแนวทางการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชน และควรมีการมอบประกาศเกียรติคุณแก่ อสม. ที่ทำงานดีเด่น เพื่อสร้างแรงจูงใจในการทำงาน

##### 4.1.2 ด้านการจัดการงบประมาณ

เนื่องจากอสม.ที่มีประสบการณ์และไม่มีประสบการณ์ในการจัดการงบประมาณ มีแนวทางเดียวกัน คือ ท้องถิ่นควรสนับสนุนงบประมาณให้เพียงพอกับแผนงานโครงการของอสม. ควรจัดประชุมชี้แจงเรื่องงบประมาณให้แก่อสม.ทราบและเข้าใจตรงกัน รวมไปถึงการอบรมให้ความรู้ในเรื่องการจัดการงบประมาณให้แก่อสม.ทุกคน อีกทั้งจังหวัดควรจัดหาแหล่งทุนอื่นๆเพิ่มเติม

##### 4.1.3 ด้านการจัดกิจกรรมสุขภาพ

1) อสม.ที่มีประสบการณ์ในการจัดกิจกรรมสุขภาพ มีแนวทาง คือ ควรสร้างความตระหนักให้ อสม. เข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเองและเข้ามามีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมการจัดการสุขภาพชุมชน ควรมีการจัดตั้งศูนย์รับซ่อมเครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่ชัดเจน พร้อมกับสนับสนุนเครื่องมือ อุปกรณ์ในการดำเนินงานของอสม.ให้มีใช้อย่างเพียงพอและมีประสิทธิภาพ

2) อสม.ที่ไม่มีประสบการณ์ในการจัดกิจกรรมสุขภาพ มีแนวทาง คือ อสม. ควรมีการคืนข้อมูลสถานะสุขภาพของคนในชุมชนให้ผู้นำชุมชนและประชาชนทราบ เพื่อให้เกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญของการทำกิจกรรม สนับสนุนอุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ให้เพียงพอและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งจัดอบรมให้ความรู้แก่อสม. ในการใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ต่างๆให้ถูกต้องถูกวิธี

#### 4.1.4 ด้านการประเมินผลแบบมีส่วนร่วม

เนื่องจากอสม.ที่มีประสบการณ์และไม่มีประสบการณ์ในด้านการประเมินผลแบบมีส่วนร่วมพบปัญหาเดียวกัน คือ อสม.ขาดความรู้ในการประเมินผลแบบมีส่วนร่วมและมองว่าการประเมินเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สาเหตุมาจากการที่อสม.ไม่เคยอบรมเรื่องการประเมินผลแบบมีส่วนร่วม ทำให้ยังขาดความรู้และคิดว่าการประเมินเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

### 4.2 กลุ่มเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

#### 4.2.1 ด้านการทำแผนสุขภาพชุมชน

1) อสม.ที่มีประสบการณ์ในการทำแผนสุขภาพชุมชน มีแนวทาง คือ อสม.ต้องมีการค้นหาข้อมูลสถานะสุขภาพของคนในชุมชนให้ผู้นำชุมชนและประชาชนทราบ เพื่อให้เกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญของการทำแผนสุขภาพชุมชนมากขึ้น พัฒนาศักยภาพของอสม.ให้มีความรู้ และทักษะในการวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ปัญหาเบื้องต้น ในการจัดทำแผนสุขภาพชุมชน ควรจัดทำแผนให้มีความต่อเนื่องและทุกคนควรทำแผนร่วมกันกับภาคีเครือข่ายไม่ใช่ตัวแทน ควรให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขลงเก็บข้อมูลร่วมกับอสม.เพื่อเพิ่มคุณภาพของข้อมูลและได้เห็นปัญหาร่วมกัน อีกทั้งระบบคลังข้อมูลโรคเรื้อรังของจังหวัดพัทลุง ควรให้อสม.สามารถเข้าถึงข้อมูลของสมาชิกที่ตนเองรับผิดชอบได้

2) อสม.ที่ไม่มีประสบการณ์ในการทำแผนสุขภาพชุมชน มีแนวทาง คือ พัฒนาศักยภาพแก่อสม.ให้มีความรู้และทักษะในการทำแผนสุขภาพชุมชน การวิเคราะห์ปัญหาเบื้องต้น และการคอมพิวเตอร์ให้ครอบคลุมอสม.ทุกคน สนับสนุนแรงจูงใจให้แก่อสม. เช่น ให้รางวัลอสม.ดีเด่น การเพิ่มค่าตอบแทนตามผลสัมฤทธิ์ของงาน และควรมีการกำหนดอายุเกษียณของอสม. (65 ปีขึ้นไป) เนื่องจากอสม.ที่อายุมาก ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ทั้งนี้อาจจะให้มีสวัสดิการหลังเกษียณร่วมด้วย เช่น ให้สิทธิห้องพิเศษ ให้ค่าตอบแทนตามอายุการทำงาน เป็นต้น

#### 4.2.1 ด้านการจัดการงบประมาณ

เนื่องจากอสม.ที่มีประสบการณ์และไม่มีประสบการณ์ในการจัดการงบประมาณ มีแนวทางเดียวกัน คือ ต้องถิ่นควรสนับสนุนงบประมาณให้เพียงพอกับการจัดทำแผนงาน โครงและควรจัดประชุมชี้แจงเรื่องงบประมาณให้แก่อสม.ทราบและเข้าใจตรงกัน จังหวัดควรจัดหาแหล่งทุนอื่นๆร่วมด้วย นอกเหนือจากงบประมาณจากท้องถิ่น เช่น จากองค์กรเอกชน องค์กรอิสระ รวมทั้งทุนสังคม ภูมิปัญญาท้องถิ่น

#### 4.2.3 ด้านการจัดกิจกรรมสุขภาพ

1) อสม.ที่มีประสบการณ์ในการจัดกิจกรรมสุขภาพ มีแนวทาง คือ ควรสร้างความตระหนักให้อสม.เข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเองและเข้ามามีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมการจัดการสุขภาพชุมชน ในการจัดกิจกรรมสุขภาพในชุมชน ส่วนหนึ่งควรมาจากการทำประชาคมหมู่ เพื่อให้ประชาชนในชุมชนรับทราบและมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น จะทำให้ประชาชนรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมนั้นๆ

2) อสม.ที่มีประสบการณ์ในการจัดกิจกรรมสุขภาพ มีแนวทาง คือ อสม.ควรมีการคืนข้อมูลสถานะสุขภาพของคนในชุมชนให้ผู้นำชุมชนและประชาชนทราบ เพื่อให้เกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญของกิจกรรม สนับสนุนอุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์ให้เพียงพอ และมีประสิทธิภาพ รวมถึงการพัฒนาบุคลากรอสม. เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือในการปฏิบัติงาน เช่น การอบรมบุคลากร อสม. แต่งชุดยูนิฟอร์มในการปฏิบัติงาน

#### 4.2.4 ด้านการประเมินผลแบบมีส่วนร่วม

เนื่องจากอสม.ที่มีประสบการณ์และไม่มีประสบการณ์ในด้านการประเมินผลแบบมีส่วนร่วมพบปัญหาเดียวกัน คือ อสม.ขาดความรู้ในการประเมินผลแบบมีส่วนร่วมและมองว่าการประเมินเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สาเหตุมาจากการที่อสม.ไม่เคยอบรมเรื่องการประเมินผลแบบมีส่วนร่วม ทำให้ยังขาดความรู้และคิดว่าการประเมินเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

### 4.3 กลุ่มผู้กำหนดนโยบายและกลุ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

#### 4.3.1 ด้านการทำแผนสุขภาพชุมชน

1) อสม.ที่มีประสบการณ์ในการทำแผนสุขภาพชุมชน มีแนวทาง ดังนี้

1.1) จังหวัด ควรมีนโยบายที่ชัดเจนในด้านการนำข้อมูลจากงานประจำไปใช้ประโยชน์เพื่อกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้และนำไปสู่การจัดการสุขภาพชุมชน พัฒนาศักยภาพของอสม.ให้มีความรู้ความเข้าใจในการใช้คอมพิวเตอร์และการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น

1.2) ควรคืนข้อมูลสถานะสุขภาพของชุมชน ให้แก่ผู้นำชุมชนและประชาชนทราบ เพื่อสร้างการรับรู้และเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดทำแผนสุขภาพชุมชน ทั้งนี้หลังจากจัดทำแผนสุขภาพชุมชนเสร็จสิ้นแล้ว ควรมีการประกาศแผนสุขภาพชุมชนที่จัดทำขึ้นนั้นให้ทุกคนได้รับทราบทั่วถึงกัน

1.3) การจัดทำแผนสุขภาพชุมชน ควรให้อสม.ทุกคนควรร่วมกันกับภาคีเครือข่าย ไม่ใช่ตัวแทน

- 1.4) จัดให้มีการฟื้นฟูความรู้และทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงานแก่อสม. อย่างน้อยปีละครั้ง
- 1.5) ระบบคลังข้อมูลโรคเรื้อรังของจังหวัดพัทลุง ควรให้อสม.สามารถเข้าถึงข้อมูลของสมาชิกที่ตนเองรับผิดชอบได้ โดยการคืนข้อมูลให้อสม.ผ่านจนท.สาธารณสุข
- 2) อสม.ที่ไม่มีประสบการณ์ในการทำแผนสุขภาพชุมชน มีแนวทาง ดังนี้
- 2.1) จังหวัดควรมีนโยบายที่ชัดเจนในด้านการนำข้อมูลจากงานประจำ ไปใช้ประโยชน์เพื่อกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้และนำไปสู่การจัดการสุขภาพชุมชน
- 2.2) ควรสร้างค่านิยมร่วมและปลูกฝังให้มีการนำข้อมูลจากงานประจำ ไปใช้ประโยชน์
- 2.3) พัฒนาศักยภาพของอสม. ให้มีความรู้ความเข้าใจเรื่องแนวทางการใช้ประโยชน์เพื่อการจัดการสุขภาพชุมชน การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น และการใช้คอมพิวเตอร์ ให้ครอบคลุมอสม.ทุกคน
- 2.4) สนับสนุนคอมพิวเตอร์หรืออุปกรณ์อื่นๆในการค้นหาข้อมูล
- 2.5) ควรคืนข้อมูลสถานะสุขภาพของชุมชน ให้แก่ผู้นำชุมชน และประชาชนทราบ เพื่อสร้างการรับรู้และเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดทำแผนสุขภาพชุมชน ทั้งนี้หลังจากจัดทำแผนสุขภาพชุมชนเสร็จสิ้นแล้ว ควรมีการประกาศแผนสุขภาพชุมชนที่จัดทำขึ้นนั้นให้ทุกคนได้รับทราบทั่วถึงกัน
- 2.6) ควรดึงผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนาเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพชุมชนของอสม.อย่างจริงจัง
- 2.7) การจัดทำแผนสุขภาพชุมชน ควรให้อสม.ทุกคนควรมาร่วมกันกับภาคีเครือข่าย ไม่ใช่ตัวแทน
- 2.8) จัดให้มีการฟื้นฟูความรู้และทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงานแก่อสม.อย่างน้อยปีละครั้ง
- 2.9) ระบบคลังข้อมูลโรคเรื้อรังของจังหวัดพัทลุง ควรให้อสม.สามารถเข้าถึงข้อมูลของสมาชิกที่ตนเองรับผิดชอบได้ โดยการคืนข้อมูลให้อสม.ผ่านจนท.สาธารณสุข
- 2.10) สร้างแรงจูงใจให้อสม. เช่น มอบประกาศเกียรติคุณแก่อสม. ที่ทำงานดีเด่น

4.3.2 ด้านการจัดการงบประมาณ แนวทางสำหรับอสม.ในด้านการจัดการงบประมาณ มีดังนี้

1) ท้องถิ่นควรจัดประชุมชี้แจงเรื่องงบประมาณให้แก่อสม.ทราบ และเข้าใจตรงกัน

2) จังหวัดควรจัดหาแหล่งทุนอื่นๆร่วมด้วย นอกเหนือจากงบประมาณจากท้องถิ่น เช่น จากองค์กรเอกชน องค์กรอิสระ รวมทั้งทุนสังคม ภูมิปัญญาท้องถิ่น

#### 4.3.3 ด้านการจัดกิจกรรมสุขภาพ

แนวทางสำหรับอสม.ในด้านการจัดกิจกรรมสุขภาพ มีดังนี้

1) ควรสร้างความตระหนักให้อสม.เข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเอง และเข้ามามีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมการจัดการสุขภาพชุมชน

2) ควรมีการมอบหมายงานให้เหมาะสมกับความรู้ความสามารถของอสม.แต่ละคน

3) ควรให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขลงมาช่วยเก็บข้อมูลสุขภาพกับอสม. เพื่อเพิ่มคุณภาพของข้อมูล

4) สนับสนุนคอมพิวเตอร์หรืออุปกรณ์อื่นๆในการค้นหาข้อมูล

5) จัดหา สนับสนุนอุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์ให้เพียงพอ และมีประสิทธิภาพ รวมถึงอบรมวิธีการใช้ที่ถูกต้อง และควรมีแผนการใช้เครื่องมือร่วมกัน

6) จัดให้มีศูนย์ประสานซ่อมบำรุงเครื่องมือในระดับจังหวัด พร้อมทั้งมีแนวทางการส่งซ่อมเครื่องมือในระดับอำเภอ ระดับจังหวัด

7) จัดตั้งศูนย์การเรียนรู้ของอสม. โดยให้มีทั้งองค์ความรู้และเครื่องมือในการค้นหาข้อมูล

8) การทำกิจกรรมทางด้านสุขภาพ นอกจากกิจกรรมการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟันฟู ควรเพิ่มกิจกรรมในการจัดสิ่งแวดล้อมที่ดีในชุมชนหรือจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีด้วย

9) สร้างแรงจูงใจให้กับ อสม. เช่น มอบประกาศเกียรติคุณแก่อสม. ที่ทำงานดีเด่น

10) ควรมีการพัฒนาบุคลากรอสม. เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือในการปฏิบัติงาน เช่น การอบรมบุคลากร ควรแต่งชุดยูนิฟอร์ม ในการปฏิบัติงานตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุข

#### 4.3.4 ด้านการประเมินผลแบบมีส่วนร่วม

แนวทางสำหรับอสม.ในด้านการประเมินผลแบบมีส่วนร่วม มีดังนี้

- 1) การประเมินผลแบบมีส่วนร่วม ควรมีการสรุปผลการดำเนินงานประจำปี และนำผลการดำเนินงานเข้าเวทีประชุมของชุมชนเพื่อมาวางแผนร่วมกัน
- 2) จัดอบรมให้ความรู้แก่อสม.ในด้านการประเมินผลแบบมีส่วนร่วม ทั้งในการประเมินการดำเนินงานของตนเองและของชุมชน
- 3) พัฒนาศักยภาพอสม.ในการร่วมเป็นทีมในการประเมินกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อเสริมสร้างทักษะในการประเมินผลแบบมีส่วนร่วม



## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่อง การใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรณีศึกษา ภาวะโรคเรื้อรัง จังหวัดพัทลุง ครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed method) ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาเกี่ยวกับ 1) การใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนของอสม. 2) ปัญหาในการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนของอสม. 3) ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรัง เพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนของอสม. และ 4) แนวทางการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรัง เพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนของอสม. จังหวัดพัทลุง

ประชากรที่ศึกษา เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดพัทลุงทั้งหมด จำนวน 10,480 คน กลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการประมาณสัดส่วนของประชากร ในกรณีทราบจำนวนประชากร (Daniel 1995) โดยใช้เทคนิคการสุ่มการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วน (Stratified random sampling with proportional to size-PPS) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 371 คน

เครื่องมือที่ใช้ 1) แบบสอบถามจำนวน 7 ส่วน ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านบุคคล ข้อมูลข้อมูลทั่วไปของชุมชน ข้อมูลเกี่ยวกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ในการจัดการสุขภาพชุมชน ข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลเกี่ยวกับเทคนิค ข้อมูลเกี่ยวกับองค์กรที่เกี่ยวข้อง และข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชน โดยอสม. 2) การสนทนากลุ่ม (Focus group) เพื่อศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับปัญหา สาเหตุและแนวทางการใช้ประโยชน์ ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรัง เพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนของอสม. โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้ผ่าน การทดสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งได้ค่าดัชนีความตรงเท่ากับ 0.82 จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไข ภายใต้อำนาจแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา และได้มีการตรวจสอบความเชื่อมั่น ของเครื่องมือจากการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ชุด แล้วนำมาหาความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธีของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.86 ข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลทั่วไปของชุมชน และข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์ ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรัง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา คือ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และพิสัย (Range) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านเทคนิค และปัจจัยด้านองค์กรกับการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ Chi-square, Fisher's exact test และวิเคราะห์พหุปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกเชิงอันดับ (Ordinal logistic regression)

ในส่วนข้อมูลปัญหาและแนวทางการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการสนทนากลุ่ม (Focus group) ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis)

## 5.1 สรุปผลการวิจัย

### 5.1.1 การใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนของอสม. จังหวัดพัทลุง

1. ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะของประชากรที่ศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเป็นอสม.จำนวน 371 คน เพศชายร้อยละ 18.3 เพศหญิงร้อยละ 81.7 มีอายุเฉลี่ย 44.9 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 7.9, พิสัย = 21-66) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 30-45 ปีและ 46-60 ปีในสัดส่วนใกล้เคียงกัน คือ อายุ 30-45 ปีร้อยละ 49.1 อายุ 46-60 ปีร้อยละ 44.2 ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่าง มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 83.3 และนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 92.5 รายได้เฉลี่ย 132,802.7 บาทต่อปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 66,358.9 , พิสัย = 40,000-500,000) รายได้ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงต่ำกว่า 100,000 บาทต่อปี และช่วง 100,001-200,000 บาทต่อปีในสัดส่วนใหญ่ ใกล้เคียงกัน คือ ช่วงต่ำกว่า 100,000 บาทต่อปี ร้อยละ 46.6 ช่วง 100,001-200,000 บาทต่อปี ร้อยละ 45.0 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ เกษตรกรร้อยละ 65.5 การศึกษาอยู่ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 37.5 ระยะเวลาการเป็นอสม.เฉลี่ย 8.9 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 6.3, พิสัย = 1-37) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงระยะเวลา 7-10 ปี ร้อยละ 29.6 การฝึกอบรม ร้อยละ 86.0 ผ่านการฝึกอบรม ส่วนใหญ่จะผ่านการอบรมเรื่องของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ร้อยละ 43.6 อสม.ส่วนใหญ่จะมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูงร้อยละ 80.6 มีความรู้ในการจัดการสุขภาพชุมชนอยู่ในระดับสูงและและระดับปานกลาง ในสัดส่วนใกล้เคียงกัน คือ ระดับสูงร้อยละ 48.0 ระดับปานกลางร้อยละ 48.8

2. ข้อมูลทั่วไปของชุมชน พบว่า สถานการณ์โรคเรื้อรังในชุมชน ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 33.3 รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 31.4 เศรษฐกิจของชุมชน ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยกว่า 100,000 บาทต่อปีต่อครอบครัว วัฒนธรรมชุมชน คือ ร้อยละ 84.4 ไม่มีการกำหนดนโยบายในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดำเนินงานด้านการจัดการสุขภาพชุมชนที่ชัดเจน ร้อยละ 66.6 ไม่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานด้านการจัดการสุขภาพชุมชนไว้เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน ร้อยละ 52.8 ในการวางแผนการจัดการสุขภาพชุมชนไม่มีการกำหนดวิธีการและผู้รับผิดชอบในการปฏิบัติงานตามแผนไว้อย่างชัดเจน ร้อยละ 73.0 มีการกำหนด ให้มีการประชุมเพื่อหารือปัญหาอุปสรรคแนวทางในการดำเนินงานด้านการจัดการสุขภาพชุมชนเป็นประจำทุกเดือน และร้อยละ 73.3 ไม่ได้จัดให้มีการประกาศเกียรติคุณ/ให้รางวัลดีเด่นแก่อสม. ในการปฏิบัติงานเรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นประจำทุกปี

3. ข้อมูลเกี่ยวกับด้านเทคนิค พบว่า อสม.การเข้าถึงข้อมูลภาวะโรคเรื้อรัง ร้อยละ 89.8 ส่วนใหญ่ อสม.จะเข้าถึงข้อมูลพื้นฐานร้อยละ 27.1 แหล่งข้อมูลที่ได้รับข้อมูลส่วนใหญ่ เป็นข้อมูลที่มาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร้อยละ 35.0 ช่องทางที่เคยได้รับข้อมูลส่วนใหญ่เป็นสื่อบุคคล เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน เพื่อนอสม.ร้อยละ 38.9 และความถี่ที่ได้รับข้อมูล ส่วนใหญ่จะมีความถี่ที่ได้รับข้อมูล 1 ครั้งต่อสัปดาห์ร้อยละ 68.2

4. ข้อมูลเกี่ยวกับองค์กร พบว่า ส่วนใหญ่ภาครัฐเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพชุมชนของอสม.ในด้านการทำแผนสุขภาพชุมชนร้อยละ 37.2 ให้การสนับสนุนในด้านการจัดการ ร้อยละ 38.5 และมีการนิเทศติดตามปีละครั้งร้อยละ 34.5 ส่วนภาคท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพชุมชนของอสม.ในด้านการจัดการงบประมาณร้อยละ 39.9 ให้การสนับสนุนในด้านงบประมาณ ร้อยละ 69.5 และขนาดกองทุนสุขภาพ เป็นกองทุนตำบลร้อยละ 67.7 และภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานจัดการสุขภาพชุมชนของอสม.ในด้านการจัดกิจกรรมสุขภาพร้อยละ 45.0 และให้การสนับสนุนในด้านบุคคลร้อยละ 62.0

5. ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อจัดการสุขภาพชุมชนโดยอสม. พบว่า อสม.มีการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อจัดการสุขภาพชุมชนร้อยละ 90.5 ไม่ใช้ร้อยละ 9.5 โดยมีระดับการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อจัดการสุขภาพชุมชนภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 72.5 (ค่าเฉลี่ย = 5.83, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.23, ค่าต่ำสุด = 1, ค่าสูงสุด = 10) รายงาน พบว่า อสม.มีการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังในการจัดกิจกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูงร้อยละ 84.6 ในส่วนด้านการทำแผนสุขภาพชุมชน และด้านการจัดการงบประมาณอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 42.6, 38.3ตามลำดับ และด้านการประเมินผลแบบมีส่วนร่วมอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 49.1

### 5.1.2 ปัญหาในการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนของ อสม. จังหวัดพัทลุง

1. ด้านการทำแผนสุขภาพชุมชน พบว่า บางพื้นที่ผู้นำชุมชนอสม. และประชาชน ไม่เห็นความสำคัญและเข้ามามีส่วนร่วมในการทำแผนสุขภาพชุมชนค่อนข้างน้อย คนที่เข้ามาทำแผนสุขภาพชุมชนส่วนใหญ่เป็นคนเดิมๆ โดยแผนสุขภาพชุมชนที่ได้จัดทำขึ้น ส่วนใหญ่เป็นแผนระยะสั้นขาดความต่อเนื่อง อสม.บางส่วนยังขาดความรู้ในเรื่องในการวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ปัญหา และทักษะในการใช้คอมพิวเตอร์ ส่วนใหญ่ อสม.จะรับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นหลัก ทำให้บางครั้ง ข้อมูลที่ได้รับไม่เพียงพอต่อการนำไปใช้ประโยชน์และข้อมูลที่จัดเก็บบางส่วนนำไปใช้ประโยชน์ไม่ได้ อีกทั้งยังขาดอุปกรณ์ในการค้นหาข้อมูลเพิ่มเติม เช่น คอมพิวเตอร์

2. ด้านการจัดการงบประมาณ พบว่า ท้องถิ่นมีข้อจำกัดในการใช้งบประมาณ บางโครงการท้องถิ่นไม่เห็นความสำคัญ ทำให้มีการจัดสรรงบประมาณน้อยไม่เพียงพอในการจัด

กิจกรรมหรือโครงการ อสม. ไม่ค่อยรู้จักแหล่งทุน ส่วนใหญ่จะของงบประมาณจากเทศบาลหรืออบต. เป็นหลัก และอสม. ที่มีประสบการณ์ในการจัดการงบประมาณมักจะเป็นด้านการใช้งบประมาณมากกว่าด้านการจัดหางบประมาณและด้านการจัดตั้งเป็นกองทุน

3. ด้านการจัดกิจกรรมสุขภาพ พบว่า ในการทำกิจกรรมสุขภาพประชาชนและผู้ป่วยไม่ค่อยให้ความร่วมมือ อสม. เข้ามามีส่วนร่วมน้อย คนที่เข้ามาจัดกิจกรรมส่วนใหญ่เป็นคนเดิมๆ เครื่องมือทางการแพทย์ไม่เพียงพอและเสียบ่อย และที่สำคัญบางกิจกรรมที่จัดขึ้นไม่ตอบสนองความต้องการของชุมชน

4. ด้านการประเมินผลแบบมีส่วนร่วม พบว่า อสม. ขาดความรู้และทักษะในการประเมินผลแบบมีส่วนร่วมและมองว่าการประเมินเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

### 5.1.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพ

#### ชุมชนของอสม. จังหวัดพัทลุง

1. ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการเป็นอสม. แรงจูงใจ และความรู้ การฝึกอบรม โดยเมื่ออสม. มีอายุเพิ่มขึ้น 1 ปี จะมีโอกาสที่จะใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนเพิ่มขึ้น 1.07 เท่า ระยะเวลาการเป็นอสม. เพิ่มขึ้น 1 ปี จะมีโอกาสที่จะใช้ประโยชน์ ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนเพิ่มขึ้น 1.11 เท่า อสม. ที่มีแรงจูงใจเพิ่มขึ้น 1 ระดับ จะมีโอกาสที่จะใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนเพิ่มขึ้น 1.58 เท่า อสม. ที่มีความรู้เพิ่มขึ้น 1 ระดับ จะมีโอกาสที่จะใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนเพิ่มขึ้น 2.18 เท่า และอสม. ที่เคยอบรมเรื่องการดูแลสุขภาพชุมชน จะมีโอกาสที่จะใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนมากกว่าอสม. ที่ไม่เคยอบรม 2.881 เท่า

2. ปัจจัยด้านเทคนิค ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและความถี่ของการเปิดรับข้อมูล โดยอสม. ที่เข้าถึงข้อมูลพื้นฐาน เช่น เพศ อายุ เวลาที่เริ่มเป็นโรค ระยะเวลาที่เป็นโรคหลังวินิจฉัยประเภทผู้ป่วยเก่า/ใหม่ จะมีโอกาสที่จะใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชน 2.16 เท่า เมื่อเทียบกับอสม. ที่ไม่เข้าถึงข้อมูล อสม. ที่มีความถี่ในการรับข้อมูลทุกวันจะมีโอกาสที่จะใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชน 10.3 เท่า ในขณะที่อสม. ที่มีความถี่ในการรับข้อมูล 4-5 ครั้งต่อสัปดาห์จะมีโอกาสที่จะใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชน 6.17 เท่า อสม. ที่มีความถี่ในการรับข้อมูล 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์จะมีโอกาสที่จะใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชน 5.19 เท่าเมื่อเทียบกับอสม. ที่ไม่ได้รับข้อมูล

3. ปัจจัยด้านองค์กร ได้แก่ การมีส่วนร่วมของท้องถิ่น การสนับสนุนของภาคท้องถิ่น และการสนับสนุนของภาคประชาชน พบว่า การเข้ามามีส่วนร่วมของท้องถิ่นในการทำแผนสุขภาพชุมชน จะมีโอกาสในการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนของอสม. 3.31 เท่า

เมื่อเทียบกับการที่ท้องถิ่นไม่เข้ามามีส่วนร่วม การสนับสนุนด้านงบประมาณจากท้องถิ่น จะมีโอกาสในการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนของอสม. 5.70 เท่า ในขณะที่การสนับสนุนในด้านวัสดุ อุปกรณ์จากท้องถิ่นจะมีโอกาสในการใช้ประโยชน์ข้อมูล ภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนของอสม.เท่ากับ 7.35 เท่า เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับการสนับสนุน และการสนับสนุนในด้านงบประมาณจากภาคประชาชนจะมีโอกาสในการใช้ประโยชน์ ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนของอสม. 16.04 เท่า เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับการสนับสนุน

#### 5.1.4 แนวทางการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนของอสม.จังหวัดพัทลุง

1. ด้านการทำแผนสุขภาพชุมชน พบว่า จังหวัดควรมีนโยบายที่ชัดเจน ในด้านการนำข้อมูลจากงานประจำไปใช้ประโยชน์เพื่อกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้และนำไปสู่การจัดการสุขภาพชุมชน ควรมีการพัฒนาศักยภาพของอสม.ให้มีความรู้ความเข้าใจในการใช้คอมพิวเตอร์ และการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น รวมทั้งจัดให้มีการฟื้นฟูความรู้และทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน แก่อสม.อย่างน้อยปีละครั้ง ในการจัดทำแผนสุขภาพชุมชน ควรให้อสม.ทุกคนมาร่วมกันทำแผน ไม่ใช่ตัวแทนอสม.และทำร่วมกันกับภาคีเครือข่าย ควรมีคืนข้อมูลสถานะสุขภาพของชุมชนให้แก่ผู้นำชุมชนและประชาชนทราบ เพื่อสร้างการรับรู้และเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดทำแผนสุขภาพชุมชน ทั้งนี้หลังจากทำแผนสุขภาพชุมชนเสร็จสิ้นแล้ว ควรมีการประกาศแผนสุขภาพชุมชนที่จัดทำขึ้นนั้น ให้ทุกคนได้รับทราบทั่วถึงกัน และระบบคลังข้อมูล โรคเรื้อรังของจังหวัดพัทลุงควรให้อสม.สามารถเข้าถึงข้อมูลของสมาชิกที่ตนเองรับผิดชอบได้ โดยการคืนข้อมูลให้อสม.ผ่านเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

2. ด้านการจัดการงบประมาณ พบว่า ท้องถิ่นควรจัดประชุมชี้แจงเกี่ยวกับเรื่องงบประมาณให้อสม.ได้รับทราบทั่วกัน เพื่อให้มีความเข้าใจตรงกัน และจังหวัดควรจัดหาแหล่งทุนอื่นๆร่วมด้วย นอกจากงบประมาณจากท้องถิ่น

3. ด้านการจัดกิจกรรมสุขภาพ พบว่า ควรมีการมอบหมายงานให้เหมาะสมกับความรู้ความสามารถของอสม.แต่ละคน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรลงมาร่วมเก็บข้อมูลสุขภาพกับอสม. เพื่อเพิ่มคุณภาพของข้อมูล ควรสร้างความตระหนักให้อสม.เข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเองและเข้ามามีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมการจัดการสุขภาพชุมชน การสนับสนุนคอมพิวเตอร์หรืออุปกรณ์อื่นๆ ในการค้นหาข้อมูล จัดหา สนับสนุนอุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์ให้เพียงพอและมีประสิทธิภาพ รวมถึงอบรมวิธีการใช้ที่ถูกต้อง และควรมีแผนการใช้เครื่องมือร่วมกัน จัดให้มีศูนย์ประสานซ่อมบำรุงเครื่องมือในระดับจังหวัด พร้อมกับมีแนวทางการส่งซ่อมเครื่องมือในระดับอำเภอ ระดับจังหวัด จัดตั้งเป็นศูนย์การเรียนรู้ของอสม.โดยให้มีทั้งองค์ความรู้และเครื่องมือ ในการค้นหาข้อมูล ในการจัดกิจกรรมทางด้านสุขภาพ นอกจากกิจกรรมการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู ควรเพิ่มกิจกรรมในการจัด

สิ่งแวดลอมที่ดีในชุมชนหรือจัดสิ่งแวดลอมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีและสร้างแรงจูงใจให้แก่อส. เช่น มอบประกาศเกียรติคุณแก่อส.ที่ทำงานดีเด่น

4. ด้านการประเมินผลแบบมีส่วนร่วม พบว่า ควรมีการสรุปผลการดำเนินงานแต่ละปีและนำผลการดำเนินงานเข้าเวทีประชุมของชุมชนเพื่อมาวางแผนร่วมกัน จัดอบรมให้ความรู้แก่อส.ในการประเมินผลแบบมีส่วนร่วม ทั้งในการประเมินการดำเนินงานของตนเองและของชุมชน พัฒนาศักยภาพอส.ในการร่วมเป็นทีมในการประเมินกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อเสริมสร้างทักษะในการประเมินผลแบบมีส่วนร่วม

## 5.2 อภิปรายผล

### 5.2.1 การใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนของอส.

#### จังหวัดพัทลุง

การใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อจัดการสุขภาพชุมชนของอส. โดยภาพรวมรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งพอจะสะท้อนให้เห็นการดำเนินงานของอส.ในจ.พัทลุงนั้น มีการทำงานโดยใช้ข้อมูล ไม่ว่าจะเป็นข้อมูลบริบทชุมชน ข้อมูลสถานการณ์โรคในชุมชน เป็นต้น โดยการทำงานโดยใช้ข้อมูล เป็นหนึ่งในปัจจัยที่ทำให้กระบวนการขับเคลื่อนกิจกรรม โครงการนั้น ประสบความสำเร็จ(สุมาลี ประทุมรัตน์ อารดา สุนทรสิทธิ์และนคร รัตนพฤกษ์ 2554) และ การใช้ประโยชน์ข้อมูลส่งผลทำให้มีการแก้ปัญหาและพัฒนาการทำงานให้มีประสิทธิภาพดีขึ้น นอกจากนี้ ยังพบว่า อสม.มีการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังในการจัดการสุขภาพชุมชนด้านการจัดกิจกรรมสุขภาพในระดับสูง อาจเป็นเพราะการจัดกิจกรรมในการพัฒนาสุขภาพชุมชน ส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมที่เป็นบทบาทหน้าที่ของอส.อยู่แล้ว ทำให้อส.ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการจัดกิจกรรมสุขภาพค่อนข้างสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชรัส พรอานวยภาพและสุนทร อุทรทวิการ ณ อุททยา 2554 พบว่า อสม.มีการปฏิบัติงานการจัดการสุขภาพในด้านการจัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพสูงที่สุด ส่วนด้านการทำแผนสุขภาพชุมชนและการจัดการงบประมาณอยู่ในระดับปานกลาง อาจเป็นเพราะว่าการทำแผนสุขภาพชุมชนและการจัดการงบประมาณนั้น ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน และมีกระบวนการหลายขั้นตอน และด้านการประเมินผลแบบมีส่วนร่วมอยู่ในระดับต่ำ อาจเป็นเพราะ อสม.มองว่าการประเมินผลเป็นบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทำให้อส.ส่วนใหญ่ขาดประสบการณ์ในการประเมินผลแบบมีส่วนร่วม อสม.มีการเข้าถึงข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังร้อยละ 89.8 ส่วนใหญ่จะเข้าถึงข้อมูลพื้นฐาน เช่น เพศ อายุ เวลาที่เริ่มเป็นโรค ระยะเวลาที่เป็นโรคหลังวินิจฉัย ประเภทผู้ป่วยเก่า/ใหม่ แหล่งข้อมูลที่ได้รับข้อมูลส่วนใหญ่เป็นข้อมูลที่มาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสอดคล้องกับการศึกษาของเกษศิรินทร์ อภิรัตน์วงศ์ 2550 พบว่าแหล่งข้อมูลข่าวสารที่อส.ได้รับนั้น จะเป็นสื่อบุคคล คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

มากที่สุด เนื่องจากสม.คิดว่าข้อมูลข่าวสารที่มาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือได้ที่สุด ช่องทางที่เคยได้รับข้อมูลส่วนใหญ่เป็นสื่อบุคคล เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน เพื่อนอสม. และความถี่ที่ได้รับข้อมูล ส่วนใหญ่ความถี่ที่ได้รับข้อมูล 1 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยมีกระบวนการนำข้อมูลไปใช้ในการจัดการสุขภาพชุมชน ดังนี้

1) การทำแผนสุขภาพชุมชน หลังจากเจ้าหน้าที่รพ.สต.รับนโยบายจากสสอ. สสจ.จะนำมาชี้แจงให้แก่อสม.ทราบผ่านเวทีการประชุมประจำเดือนของอสม. ซึ่งอสม.จะนำข้อมูลไปสำรวจข้อมูลตามแบบฟอร์มที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขกำหนดไว้ และในส่วนของผู้นำชุมชนภายหลังจากรับนโยบายมีการประชาสัมพันธ์นโยบายที่ได้รับมาผ่านหอกระจายข่าวหรือเสียงตามสายของหมู่บ้าน เพื่อเชิญชวนเข้าร่วมประชุมเพื่อจัดทำแผนสุขภาพชุมชนร่วมกันทั้งภาครัฐ ท้องถิ่น และประชาชนในกระบวนการจัดทำแผนสุขภาพชุมชนนั้น เริ่มต้นด้วยการนำเสนอข้อมูลสถานการณ์ ปัญหาสุขภาพของชุมชน ซึ่งจะเปิดโอกาสให้ทุกคนได้ร่วมคิด วิเคราะห์สาเหตุปัญหา ตลอดจนหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน เพื่อจัดทำเป็นแผนสุขภาพชุมชน

2) การจัดการงบประมาณ อสม.จะเป็นแกนนำในการจัดการงบประมาณ โดยเริ่มต้นจากการสำรวจแหล่งทุนในชุมชน และนำข้อมูลจากการสำรวจจัดทำแผนของงบประมาณร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่วนใหญ่จะเสนอของบประมาณจากท้องถิ่นหรือเทศบาล ภายหลังจากได้รับอนุมัติงบประมาณจากท้องถิ่นแล้ว จะมีการทำข้อตกลงหรือสัญญา ร่วมกันในการใช้จ่ายงบประมาณและการรายงานผลการใช้งบประมาณ

3) การจัดกิจกรรมสุขภาพอสม.จะเป็นแกนนำจัดกิจกรรมสุขภาพในชุมชน เป็นแกนนำในการค้นหาผู้ป่วย โรคเรื้อรัง และการติดตามในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยในการจัดกิจกรรมสุขภาพเริ่มต้นจากการสำรวจข้อมูลสถานการณ์ปัญหาสุขภาพในพื้นที่รับผิดชอบ ส่วนใหญ่อสม.จะเป็นผู้เก็บข้อมูลเองตามแบบฟอร์มที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขกำหนดไว้ แต่ในบางพื้นที่จะมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมเก็บข้อมูลกับอสม. และเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้ไว้ที่รพ.สต.เพื่อเป็นรายงานส่งต่อไปให้หน่วยเหนือต่อไป และอสม.บางส่วนมีการนำข้อมูลที่ได้จากการสำรวจร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเวทีประชุมประจำเดือนของอสม.และประชุมประจำเดือนของรพ.สต.

4) การประเมินผลแบบมีส่วนร่วม เนื่องจากอสม.มองว่าการประเมินผลเป็นบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทำให้อสม.ส่วนใหญ่ขาดประสบการณ์ในการประเมินผล โดยเฉพาะการประเมินแบบมีส่วนร่วมในภาพรวมของชุมชน แต่มีอสม.บางส่วนทำการประเมินตนเอง

## 5.2.2 ปัญหาในการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนของอสม. จังหวัดพัทลุง

จากสถานการณ์การนำข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังไปใช้ประโยชน์ในกระบวนการจัดการสุขภาพชุมชน พบปัญหาที่สำคัญในการนำข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังไปใช้ประโยชน์ คือ ไม่มีนโยบายในการสนับสนุนการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ที่ชัดเจนและอสม.มีเป้าหมายในการเก็บข้อมูลเพื่อการส่งรายงาน ปัญหาในการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังในการทำแผนสุขภาพชุมชน ได้แก่ อสม.รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นหลักทำให้บางครั้งข้อมูลที่ได้รับ ไม่เพียงพอในการทำแผนสุขภาพชุมชนและข้อมูลที่จัดเก็บบางส่วนไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ อสม.ยังขาด ความรู้และทักษะในการวิเคราะห์ปัญหาและการใช้คอมพิวเตอร์ ขาดอุปกรณ์ในการค้นหาข้อมูล เช่น คอมพิวเตอร์ ผู้นำชุมชน อสม. และประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมน้อย ส่วนใหญ่เป็นคนเดิม แผนสุขภาพชุมชนที่จัดทำเป็นแผนระยะสั้นและขาดความต่อเนื่อง ปัญหาในการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังในการจัดการงบประมาณ ได้แก่ งบประมาณน้อย ไม่เพียงพอในการจัดกิจกรรม หรือโครงการสอดคล้องกับการศึกษาของคริสต์ พรออันวยภาพและสุนทร อุทรทวิกร ณ อุทธยา 2554 พบว่าปัญหาที่พบมากที่สุดในการดำเนินงานจัดการสุขภาพของอสม. คือ งบประมาณในการดำเนินจัดการสุขภาพไม่เพียงพอ ส่งผลให้การดำเนินการแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนนั้นล่าช้า ทำให้เกิดเป็น ปัญหาใหม่เพิ่มขึ้น อสม.ไม่รู้จักแหล่งทุนส่วนใหญ่ จะของงบประมาณจากเทศบาลหรืออบต.เป็นหลัก ในส่วนอสม.ที่มีประสบการณ์ในการจัดการงบประมาณมักจะเป็นด้านการใช้งบประมาณมากกว่าด้านการจัดหางบประมาณและด้านการจัดตั้งเป็นกองทุน ส่วนปัญหาในการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังในการจัดกิจกรรมสุขภาพ ผู้ป่วยไม่ค่อยให้ความร่วมมือ ประชาชนและอสม.เข้ามามีส่วนร่วมน้อย คนที่เข้ามาจัดกิจกรรมเป็นคนเดิมๆ เครื่องมือทางการแพทย์ไม่เพียงพอและเสียบ่อย บางกิจกรรมที่จัดขึ้นไม่ตอบสนองความต้องการของชุมชน และปัญหาในการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังในการประเมินผลแบบมีส่วนร่วมพบว่าอสม.ขาดความรู้ในการประเมินผลแบบมีส่วนร่วมและมองว่าการประเมินเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

## 5.2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนของอสม. จังหวัดพัทลุง

พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชน ดังนี้

1) ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการเป็นอสม. การฝึกอบรมเรื่องการทำแผนสุขภาพชุมชน แรงจูงใจ ความรู้ โดยเมื่ออสม.มีอายุเพิ่มขึ้น 1 ปี โอกาสที่จะใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนเพิ่มขึ้น 1.07 เท่า อายุที่เพิ่มขึ้น ทำให้มีการสั่งสมประสบการณ์



ในการใช้ชีวิต การตัดสินใจ และการแก้ไขปัญหาที่มากขึ้นจนกลายเป็นผู้รู้หรือปราชญ์ชาวบ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของซรัส พรอำนวยภาพและสุนทร อุทรทวิการ ณ อุททยา 2554 พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานจัดการสุขภาพของอสม. ระยะเวลาการเป็นอสม.เพิ่มขึ้น 1 ปี จะมีโอกาสที่จะใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนเพิ่มขึ้น 1.11 เท่า ระยะเวลาการเป็นอสม. ยิ่งมากขึ้นทำให้มีการส่งมอบประสบการณ์การทำงานมากขึ้น เกิดกระบวนการเรียนรู้และพัฒนางานพัฒนาชุมชนมากยิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิชชัย วีระกิติกุล 2552 พบว่า ระยะเวลาการเป็นอสม. มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามบทบาทของอสม. ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การฝึกอบรม พบว่า อสม. ที่เคยอบรมเรื่องการทำแผนสุขภาพชุมชน จะมีโอกาสที่จะใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนมากกว่าอสม. ที่ไม่เคยอบรม 2.88 เท่า เพราะกระบวนการในการทำแผนสุขภาพชุมชนนั้น ต้องอาศัยข้อมูลสถานะสุขภาพ ความร่วมมือและการสนับสนุนของทุกภาคส่วน ดังนั้นในการทำแผน ต้องอาศัยผู้ที่มีความรู้ ประสบการณ์ในการทำแผนสุขภาพชุมชนด้วย เพื่อที่แผนสุขภาพชุมชนที่ได้เป็นแผนสุขภาพชุมชนที่สามารถแก้ไขปัญหาของชุมชนได้ตรงตามความต้องการของชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของพรวิมล พุดซ้อน 2552 พบว่า ควรจัดการอบรมให้ความรู้ด้านการทำแผนสุขภาพชุมชนแก่อสม. ในส่วนของแรงจูงใจ พบว่า อสม. ที่มีแรงจูงใจเพิ่มขึ้น 1 ระดับ จะมีโอกาสที่จะใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนเพิ่มขึ้น 1.58 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของอุทัย เพ็ชรนอก 2557 พบว่า แรงจูงใจมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอสม. ในเชิงบวกและบุญชัย ธีระกาญจน์ 2559 พบว่า แรงจูงใจมีความสัมพันธ์กับบทบาทนักจัดการสุขภาพ ที่เป็นจริงของอสม. ในระดับมาก จะเห็นได้ว่าในการทำงาน แรงจูงใจถือเป็นสิ่งสำคัญมากที่จะผลักดันให้อสม. มีแรงมีพลังในการดำเนินงานให้ประสบผลสำเร็จ ในด้านความรู้ในการจัดการสุขภาพชุมชน อสม. ที่มีความรู้เพิ่มขึ้น 1 ระดับ จะมีโอกาสที่จะใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชน เพิ่มขึ้น 2.18 เท่า ความรู้มาจากหลายส่วนอาจจะมาจากการศึกษาด้วยตนเอง การอ่านตำรา ประสบการณ์การทำงาน การฝึกอบรม หรือแม้กระทั่งการบอกเล่าจากผู้รู้ เพราะฉะนั้นความรู้ถือเป็นเครื่องมือสำคัญ อันดับแรกในการนำไปใช้แก้ปัญหาสุขภาพชุมชน

2) ปัจจัยด้านเทคนิค ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลพื้นฐาน การได้รับข้อมูลทุกวัน โดยอสม. ที่เข้าถึงข้อมูลพื้นฐาน เช่น ข้อมูลเพศ อายุ เวลาที่เริ่มเป็นโรค ระยะเวลาที่เป็นโรคหลังวินิจฉัย ประเภทผู้ป่วยเก่า/ใหม่ เป็นต้น จะมีโอกาสที่จะใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชน 2.16 เท่า เมื่อเทียบกับอสม. ที่ไม่เข้าถึงข้อมูลพื้นฐาน สอดคล้องกับการศึกษาของฉลวย หนูจิตร 2551 พบว่าการได้รับข่าวสารมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอสม. ในการดำเนินงานตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนด้านการให้บริการกิจกรรมในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อสม. ที่ได้รับข้อมูลทุกวันจะมีโอกาสที่จะใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชน 10.31 เท่า

ในขณะที่อสม.ที่ได้รับข้อมูล 4-5 ครั้งต่อสัปดาห์จะมีโอกาสที่จะใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชน 6.17 เท่า และอสม.ที่ได้รับข้อมูล 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ จะมีโอกาสที่จะใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชน 5.19 เท่า เมื่อเทียบกับอสม.ที่ไม่ได้รับข้อมูล ปัจจุบันเป็นยุคของข้อมูลข่าวสาร การทำงานด้วยข้อมูลจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องอาศัยความรวดเร็ว ถูกต้อง และทันต่อเหตุการณ์ ดังนั้นการที่อสม.จะนำข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังไปใช้ประโยชน์ในการจัดการสุขภาพชุมชนได้นั้น อสม.ต้องมีการเข้าถึงข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังได้ มีแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ มีช่องทางในการเข้าถึงข้อมูลที่หลากหลาย เพื่อให้อสม.เข้าถึงข้อมูลอย่างต่อเนื่องและได้ข้อมูลที่เพียงพอในการนำไปใช้ประโยชน์

3) ปัจจัยด้านองค์กร ได้แก่ การมีส่วนร่วมของท้องถิ่นในการทำแผนสุขภาพชุมชน การสนับสนุนของภาคท้องถิ่นด้านงบประมาณและการสนับสนุนของภาคประชาชนด้านงบประมาณ โดยการเข้ามามีส่วนร่วมของท้องถิ่นในการทำแผนสุขภาพชุมชน จะมีโอกาสในการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนของอสม. 3.31 เท่า เมื่อเทียบกับการที่ท้องถิ่นไม่เข้ามามีส่วนร่วม การสนับสนุนด้านงบประมาณจากท้องถิ่นจะมีโอกาสในการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนของอสม. 5.70 เท่า ในขณะที่การสนับสนุน ในด้านวัสดุอุปกรณ์จากท้องถิ่นจะมีโอกาสในการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนของอสม. เท่ากับ 7.35 เท่า เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับการสนับสนุน สอดคล้องกับการศึกษา ของอุสมาน หวังสนิ 2554 พบว่า หน่วยงานระดับท้องถิ่นต้องให้ความร่วมมือและเห็นความสำคัญของกระบวนการมีส่วนร่วมโดยการสนับสนุนในด้านองค์ความรู้ บุคลากร และงบประมาณในการจัดทำแผนชุมชน และการสนับสนุนในด้านงบประมาณจากภาคประชาชนจะมี โอกาสในการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนของอสม. 16.04 เท่า เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับการสนับสนุน การสนับสนุนในด้านงบประมาณจากภาคประชาชนนั้น จะทำให้เกิดเป็นกองทุนของชุมชนที่เกิดจากการสนับสนุน การมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ เมื่อประชาชนในชุมชนเกิดความเป็นเจ้าของแล้ว จะส่งผลให้เกิดการมีส่วนร่วมในการจัดการงบประมาณเพื่อการจัดกิจกรรม โครงการในชุมชนมากขึ้น จะเห็นได้ว่าการดำเนินงานจัดการสุขภาพชุมชนนั้น ต้องอาศัยความร่วมมือและการสนับสนุนจากหลายหน่วยงานหลายภาคส่วน ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ ภาคท้องถิ่น และภาคประชาชน จึงจะสามารถแก้ปัญหาชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและตอบสนองความต้องการของชุมชน

#### 5.2.4 แนวทางการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนของ อสม. จังหวัดพัทลุง

แนวทางการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนของอสม. ที่ควรจะเป็น คือ ในระดับจังหวัดควรมีนโยบายที่ชัดเจนในด้านการนำข้อมูลจากงานประจำไปใช้ประโยชน์เพื่อกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้และนำไปสู่การจัดการสุขภาพชุมชน ควรมีการพัฒนาศักยภาพของอสม. ให้มีความรู้ความเข้าใจในการใช้คอมพิวเตอร์และการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น รวมทั้งจัดให้มีการฟื้นฟูความรู้และทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงานแก่อสม. อย่างน้อยปีละครั้ง ในการดำเนินงานจัดการสุขภาพชุมชนควรให้อสม. ทุกคนมาร่วมกัน ไม่ใช่ตัวแทนอสม. และทำร่วมกันกับภาคีเครือข่ายโดยมีการทำงานที่ใช้ข้อมูลเป็นฐานในการเรียนรู้ และระบบคลังข้อมูลโรคเรื้อรังของจ.พัทลุงควรให้อสม. สามารถเข้าถึงข้อมูลของสมาชิกที่ตนเองรับผิดชอบได้ โดยการคืนข้อมูลแก่ อสม. ผ่านเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยการศึกษาของพิรพงษ์ บุญสวัสดิ์กุลชัย 2553 พบว่า การพัฒนานโยบายที่หนุนเสริมกระบวนการใช้ข้อมูล เป็นกระบวนการหนึ่งในการพัฒนากระบวนการใช้ข้อมูล ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยชุมชนมีส่วนร่วม แนวทางการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังในการทำแผนสุขภาพชุมชน โดยการพัฒนาศักยภาพของอสม. ในการใช้คอมพิวเตอร์และการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น และฟื้นฟูความรู้และทักษะที่จำเป็นอย่างน้อยปีละครั้ง ควรคืนข้อมูลสถานะสุขภาพของชุมชนให้แก่ผู้นำชุมชนและประชาชนทราบและเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดทำแผนสุขภาพชุมชน หลังทำแผนสุขภาพชุมชนเสร็จควรประกาศแผนสุขภาพชุมชนให้ทุกคนทราบ ในการทำแผนสุขภาพชุมชนอสม. ทุกคนควรมาร่วมกันทำแผนสุขภาพชุมชนกับภาคีเครือข่าย และพัฒนาระบบคลังข้อมูลโรคเรื้อรังให้อสม. สามารถเข้าถึงข้อมูลของสมาชิกที่ตนเองรับผิดชอบได้ แนวทางการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังในการจัดการงบประมาณ ท้องถิ่นควรจัดประชุมชี้แจงเรื่องงบประมาณให้อสม. เข้าใจตรงกัน จังหวัดควรจัดหางบประมาณจากแหล่งทุนอื่นๆ ร่วมกับงบประมาณจากท้องถิ่น เช่น จากองค์กรเอกชน องค์กรอิสระ รวมทั้งทุนสังคม ภูมิปัญญาท้องถิ่น รวมไปถึงการจัดตั้งเป็นกองทุนสุขภาพของชุมชนเอง ที่บริหาร โดยชุมชนเอง จะทำให้ชุมชนเกิดความเป็นเจ้าของและเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น ส่วนแนวทางการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังในการจัดกิจกรรมสุขภาพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรร่วมเก็บข้อมูลสุขภาพกับอสม. เพื่อเพิ่มคุณภาพของข้อมูล สร้างความตระหนัก ให้แก่อสม. เข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเองและมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรม และมอบหมายงานให้เหมาะสมกับความรู้ความสามารถของแต่ละคน จัดหาคอมพิวเตอร์ อุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์ให้เพียงพอและมีประสิทธิภาพ รวมถึงอบรมวิธีการใช้ที่ถูกต้อง และควรมีแผนการใช้เครื่องมือร่วมกัน จัดตั้งศูนย์ประสานซ่อมบำรุงเครื่องมือในระดับจังหวัด และมีแนวทางส่งซ่อมเครื่องมือในระดับอำเภอ ระดับจังหวัด จัดตั้งศูนย์การเรียนรู้ของอสม. ในระดับจังหวัด โดยให้มีทั้งองค์ความรู้และเครื่องมือ สร้างแรงจูงใจให้แก่อสม. เช่น มอบประกาศเกียรติคุณ

และแนวทางการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังในการประเมินผลแบบมีส่วนร่วม พบว่า ควรสรุปผลการดำเนินงานแต่ละปีและนำเสนอผลการดำเนินงานแก่ชุมชน เพื่อวางแผนร่วมกัน พัฒนาศักยภาพ อสม. ในการประเมินผลการดำเนินงานของตนเองและของชุมชนแบบมีส่วนร่วม โดยการอบรมให้ ความรู้และการร่วมเป็นทีมประเมินกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อเสริมสร้างทักษะ

### 5.3 ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทัศนศึกษา ภาวะโรคเรื้อรัง จังหวัดพัทลุง ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังต่อไปนี้

#### 5.3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

อสม. มีการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชน ในด้านการประเมินผลแบบมีส่วนร่วมในระดับตำบล เนื่องจากอสม. คิดว่าการประเมินเป็นบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และปัญหาในการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนของอสม. ส่วนหนึ่งมาจากการที่อสม. มีเป้าหมายในการเก็บข้อมูลเพื่อการส่งรายงาน ทำให้ข้อมูลที่ได้หรือมีอยู่ไม่เพียงพอในการนำไปใช้ประโยชน์ ดังนั้นผู้บริหารหน่วยงานภาคสาธารณสุข และภาคท้องถิ่นที่เกี่ยวข้อง ควรมีนโยบายและการสนับสนุนในด้านต่างๆของปัจจัยที่มีผลต่อการ ใช้ประโยชน์ข้อมูล เช่น การพัฒนาศักยภาพของอสม. ในการฝึกอบรมให้มีความรู้ในการจัดการสุขภาพชุมชน การสนับสนุนหรือเพิ่มช่องทางให้อสม. เข้าถึงข้อมูลมากขึ้น รวมถึงการสร้างแรงจูงใจให้อสม. เพื่อส่งเสริมให้อสม. นำข้อมูลไปใช้ประโยชน์เพื่อการจัดการสุขภาพชุมชน

#### 5.3.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีทำการศึกษาเปรียบเทียบการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนของอสม. ระหว่างอสม. ในเขตชุมชนเมืองกับอสม. ในเขตชุมชนชนบท

## บรรณานุกรม

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2554. *คู่มือ อสม.ยุคใหม่*. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนนุสสทกรณ์ การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. 2555. *คู่มือ อสม.นักจัดการสุขภาพชุมชน โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 5 โรค*. พิมพ์ครั้งที่ 2.กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมชนนุสสทกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2556. ระบบฐานข้อมูล อสม. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. [http://www.thaiphc.net/phc/main/index.php?option=com\\_wrapper&view=wrapper&Itemid=54](http://www.thaiphc.net/phc/main/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=54). (สืบค้นเมื่อ 20 ธันวาคม 2556).
- กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักโรคไม่ติดต่อ. 2556. รายงานประจำปี 2556. พิมพ์ที่กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2556. *คู่มือ อสม.นักจัดการสุขภาพชุมชน*. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. [www.mrmpho.com.document-sosm25356.doc](http://www.mrmpho.com.document-sosm25356.doc). (สืบค้นเมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2556).
- กิตติ ปานแก้ว. 2554. บทบาทนักพัฒนาชุมชน (พัฒนากร) ในจังหวัดยะลาที่ผู้นำชุมชนคาดหวัง. สารนิพนธ์ รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, สาขารัฐประศาสนศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. 2554. *การวิเคราะห์ข้อมูลด้วย SPSS for Windows*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เกตุศิริพันธ์ ฉิมพลี. 2552. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำและปัจจัยสนับสนุนทางการบริหารกับการทำงานเป็นทีมของ อสม. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- เกษศิริพันธ์ อภิรัตน์วงศ์. 2550. การใช้สื่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)เพื่อป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนก. วิทยานิพนธ์ ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสื่อสารมวลชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- คณะทำงานพัฒนาการจัดการความรู้. 2553. *องค์ความรู้เรื่องการพัฒนากระบวนการสื่อสารและสารสนเทศสุขภาพ*. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข <http://203.157.10.11/-pmqa53/wpcontent/uploads/km/dev.pdf>. (สืบค้นเมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2557).

- คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. 2552. การสำรวจศักยภาพการป้องกันและควบคุมโรค  
ไม่ติดต่อเรื้อรังของประเทศไทย สถานการณ์ นโยบาย และเครือข่ายความร่วมมือ.  
<http://thaincd.com/document/file/download/paper-manual/download1no249.pdf>  
(สืบค้นเมื่อวันที่ 6 กรกฎาคม 2557).
- สำนักโรคไม่ติดต่อ. 2552. แนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ โดยยึดชุมชนเป็น  
ฐาน(CBI).<http://thaincd.com/document/file/download/papermanual/download-1no245.pdf>. (สืบค้นเมื่อวันที่ 6 กรกฎาคม 2557).
- คุณภาพ คงเจือ. 2552. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ  
หมู่บ้าน. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์  
คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ.
- จิราภรณ์ รักษาแก้ว. 2541. *หน่วยที่ 2 สารสนเทศ ในเอกสารการสอนชุดวิชาการระบบสารสนเทศเพื่อ  
การจัดการหน่วยที่ 1-8*. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- จุฬารัตน์ สุริยาทัย และคณะ. 2556. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการ  
เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างต่อเนื่องในชุมชน.  
[www.thaincdnet.com/UserFiles/File/รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์.pdf](http://www.thaincdnet.com/UserFiles/File/รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์.pdf). (สืบค้นเมื่อ 4  
กรกฎาคม 2557).
- ฉลวย หนูจิตร. 2551. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านใน  
การดำเนินงานตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนด้านการให้บริการ กิจกรรมในชุมชน  
อำเภอแม่จันจันท์ จังหวัดขอนแก่น. การศึกษาอิสระ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต,  
สาขาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ชรัส พรอานวยภาพและสุนทร อุทรทวิการ ณ อุทธรยา. 2554. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานจัดการ  
สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดสุพรรณบุรี. *สุขภาพภาค  
ประชาชน ปีที่ 6(2) : 14-23*.
- ชัชกร เจริญภักดี 2554. ปัญหาและแนวทางแก้ปัญหาการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข  
ประจำหมู่บ้าน อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน. วิทยานิพนธ์ รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต,  
สาขาการบริหารและพัฒนาประชาคมเมืองและชนบท บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย  
ราชภัฏอุตรดิตถ์.
- ชูศรี วงศ์รัตน์. 2546. *เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย*. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: เทพเนรมิตการพิมพ์.
- เชาว์ อินใย. 2553. การประเมินโครงการ Program Evaluation. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัย.

- ณัฐนิชา อุทโยธา. 2555. การจัดการสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นของเครือข่ายภาคประชาชน ตำบลแม่สุก อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา. การค้นคว้าแบบอิสระ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ญาฐิณี บุรณเกษมชัย. 2553. การประเมินการจัดการความรู้ในองค์กร กรณีศึกษา สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการจัดการภาครัฐและภาคเอกชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- ญาฐิณี รัตติโชติ. 2553. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรณีศึกษาเทศบาลเมืองคองหงส์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. วิทยานิพนธ์ ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพัฒนามนุษย์และสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ดาเวนพอร์ท โทมัส เอช. 2542. *การจัดการความรู้*. กรุงเทพฯ : เออาร์ บีซิเนส เพรส.
- ธงชัย สันติวงษ์. 2535. *องค์การและการบริหาร*. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิชจำกัด.
- ธวัชชัย วีระกิติกุล. 2552. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดพัทลุง. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ.
- นันทวรรณ กิ่งสวรรค์. 2551. การรับรู้ข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเม็ดเลือดและความพึงพอใจต่อการให้บริการของสถานอนามัยปะกาฮารังของสตรีในตำบลปะกาฮารัง อำเภอเมืองจังหวัดปัตตานี. ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาสร้างเสริมสุขภาพ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- บดินทร์ วิจารณ์. 2547. *การจัดการความรู้การปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: เอ็กซ์เปอเน็ท.
- บุญดี บุญญากิจ และคณะ. 2548. *การจัดการความรู้ จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: จิรวัดน์เอ็กซ์เพรส.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. 2553. *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไออินเตอร์ มีเดีย.
- บุญชัย ชีระกาญจน์. 2559. บทบาทนักจัดการสุขภาพชุมชนที่คาดหวังและบทบาทที่เป็นจริงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามการประเมินตนเองและโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดพิจิตร. *วิชาการสาธารณสุข* ปีที่ 25(1) : 22-30.

- บำรุง วงศ์น้อม. 2551. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของประชาชนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอท่าม่วง จังหวัดลพบุรี. สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัย สุโขทัยธรรมาธิราช.
- ประดิษฐ สตินทวนรงค์. 2556. เอกสารการประชุมวิชาการวันอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแห่งชาติ ประจำปี 2556 “ชุมชนจัดการระบบสุขภาพเข้มแข็งเมืองไทยแข็งแรง”. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ประไพ ปัญญาศิริ. 2549. ความรู้ในการจัดการและการใช้ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขในการดำเนินงานของศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดตรัง. การค้นคว้าอิสระ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ประเวศ ะสี. 2548. การจัดการความรู้: กระบวนการปลดปล่อยมนุษย์ สู่ศักยภาพ เสรีภาพ และความสุข. กรุงเทพฯ : สถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม.
- ประยูรศรี บุตรแสนคม. 2555. การคัดเลือกตัวแปรพยากรณ์เข้าในสมการถดถอยพหุคูณ. วารสารการวัดผลการศึกษา. ปีที่ 17(1) : 43-60.
- ปรีชา เปรมปรี และคณะสำนักโรคระบาดวิทยา. 2553. โครงการทบทวนระบบข้อมูลโรคหัวใจ หลอดเลือดและเบาหวาน. [www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/dmhtReport.pdf](http://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/dmhtReport.pdf). (สืบค้นเมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2557).
- ปัญจนพงษ์ คงศรี. 2553. ปัจจัยที่ทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของ อสม. ในเขตอำเภอลำคาน จังหวัดสุรินทร์. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์.
- พงษ์เทพ ดีเสมอ. 2552. ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการสุขภาพภาคประชาชนในจังหวัดสุรินทร์. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการจัดการระบบสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- พรวิมล พุฒซ้อน. 2552. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดกาญจนบุรี. สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- พิทักษ์ กาทพิทคี. 2551. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี. สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.



- พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณและคณะ. 2556. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์การวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับประเทศพ.ศ. 2551-2555. <http://thaincd.com/media/paper-manual/non-communicable-disease.php>. (สืบค้นเมื่อวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2557).
- พิรพงษ์ บุญสวัสดิ์กุลชัย 2553 การพัฒนากระบวนการใช้ข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยชุมชนมีส่วนร่วม. วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ภูมิเรศ ศรีระวงศ์. 2555. ปัจจัยที่มีผลต่อศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพจังหวัดอำนาจเจริญ. สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
- เย็นฤดี กะมุกดา. 2554. รูปแบบการจัดการสุขภาพของประชาชนที่เหมาะสม โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในภาคกลางตอนบน. วิทยานิพนธ์ ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาวัฒนธรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ระบบข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดพัทลุง. 2556. NCD Surveillance. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง. [https://203.157.229.18/chronic/report\\_main.php#fragment-5](https://203.157.229.18/chronic/report_main.php#fragment-5). (สืบค้นเมื่อวันที่ 26 พฤษภาคม 2557).
- ราชบัณฑิตยสถาน. 2524. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน. กรุงเทพฯ: ราชบัณฑิตยสถาน.
- เรมवल นันท์สุภวัฒน์. 2555. การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน:กรณีศึกษาชุมชนตำบลไชยสถาน. พยาบาลสาร. 39(2):144-154.
- เรวดี ไตศักดิ์. 2553. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานพัฒนาสุขภาพชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดนครนายก ภายใต้โครงการส่งเสริมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงรุก. สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ลาวรรณ ห้วยหงษ์ทอง. 2552. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านลำทหาร ตำบลบ้านเก่า อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี. สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, การจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- วารภรณ์ บุญเชียง. 2555. การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนโดยชุมชนเพื่อชุมชนตำบลสารภี อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่. พยาบาลสาร. 39(3): 1-13.

- วิจารณ์ พานิช. 2548. *การจัดการความรู้กับการบริหารราชการไทย*. กรุงเทพฯ : สถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม.
- วิรัตน์ ปานศิลา และคณะ. 2543. *หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. มหาสารคาม : โครงการตำราหลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- วัลภารัตน์ มีชำนาญ. 2555. กระบวนการพัฒนาศักยภาพชุมชนเพื่อสนับสนุนระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน บ้านมหาโพธิ์ อําเภอเมืองน่าน. วิทยานิพนธ์ ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมบูรณ์ อินสุพรรณ. 2551. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอําเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สุทิดา หัวเจริญ. 2554. ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อําเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาลัยมหิดล.
- สุนันทา เป็รื่องธรรมกุล. 2550. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ศูนย์สุขภาพชุมชนวังสะพุง จังหวัดเลย. ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชายุทธศาสตร์การพัฒนา คณะศิลปศาสตร์, มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย.
- สุพัตรา ศรีวิเศษชากรและคณะ. 2553. *การจัดการความรู้และสังเคราะห์แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล: การจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกรณีเบาหวานและความดันโลหิตสูง*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่งจำกัด.
- สุพัตรา ศรีวิเศษชากร. 2555. พัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ชุมชนเข้มแข็ง ฟังฟังตนเองได้. Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. <http://www.hfocus.org/content/2012/11/1686>. (สืบค้นเมื่อวันที่ 2 สิงหาคม 2557).
- สุภางค์ จันทวานิช. 2537. *วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุมาลี ประทุมนันท์ อารดา สุนทรสิทธิ นคร รัตนพฤกษ์ 2554. *มองมุมใหม่ จัดการใหม่ในระบบสุขภาพชุมชน เอกสารประกอบการประชุมมหกรรมสุขภาพชุมชน ครั้งที่ 2*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.

- สำนักงาน ก.พ.ร.และสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ. 2549. คู่มือการจัดทำแผนจัดการความรู้: โครงการพัฒนาส่วนราชการ ให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้ในส่วนราชการ. กรุงเทพฯ : สำนักงาน ก.พ.ร.และสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ.
- สำนักงานศาลรัฐธรรมนูญ. 2553. พระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ 2540. สำนักงานศาลรัฐธรรมนูญ. [http://www.constitutionalcourt.or.th/office/index.php?option=com\\_docman&Itemid=111&lang=th](http://www.constitutionalcourt.or.th/office/index.php?option=com_docman&Itemid=111&lang=th). (สืบค้นเมื่อวันที่ 20 พฤษภาคม 2557).
- สำนักงานวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน. 2555. การจัดการ โรคเรื้อรังในชุมชน [www.thaiichr.org/upload/forum/ChronicDiseaseManagement.pdf](http://www.thaiichr.org/upload/forum/ChronicDiseaseManagement.pdf). (สืบค้นเมื่อวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2557).
- สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค. การเฝ้าระวัง โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. ม.ป.ป. <http://www.boe.moph.go.th/report.php?cat=12>. (สืบค้นเมื่อวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2557).
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. สถิติข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสำนักโรคไม่ติดต่อ. ม.ป.ป. <http://www.thaincd.com/information-statistic/non-communicable-diseasedata.php?pn=1>. (สืบค้นเมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2557).
- หาญ จินดา. 2548. ความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการบริหารกับการปฏิบัติงานด้านบริการสาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อมรรัตน์ ดวงสุวรรณ. 2540. ความต้องการและการสำนึกพิเศษในการจัดทำแผนพัฒนาตำบลของคณะกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดสงขลา. วิทยานิพนธ์ ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาบรรณรักษ์ศาสตร์และสารนิเทศศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อรุณ จิรวัดน์กุล. 2547. *ชีวิตที่ดีที่ใช้ในงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. ขอนแก่น : หจก.โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- อังคณา อึ้งปีติมานะ. 2554. การป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยงโดยยึดชุมชนเป็นฐาน โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม. สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อุทัย เพ็ชรนอก. 2557. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอเขาฉกรรจ์ จังหวัดสระแก้ว. *สุขภาพภาคประชาชน* 9(6) : 42-49.

- อุสมาน หวังสนิ. 2554. การพัฒนาชุมชนเข้มแข็ง: กรณีศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนชุมชน ตำบลนาทับ อำเภोजะนะ จังหวัดสงขลา. วิทยานิพนธ์ ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนามนุษย์และสังคม, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- \_\_\_\_\_. หลักคิดที่นำไปสู่จุดเปลี่ยนของ อสม.. ม.ป.ป. [www.phcblog.netpattalungwp-content/uploads/2009...summary-pt.doc](http://www.phcblog.netpattalungwp-content/uploads/2009...summary-pt.doc). (สืบค้นเมื่อวันที่ 24 ธันวาคม 2556).
- \_\_\_\_\_. ความหมายของข้อมูล สารสนเทศและความรู้. ม.ป.ป. [http://wiki.stjohn.ac.th/groups/poly\\_ordinarycourse/wiki/8ed25/\\_1\\_.html](http://wiki.stjohn.ac.th/groups/poly_ordinarycourse/wiki/8ed25/_1_.html). (สืบค้นเมื่อวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2557).
- \_\_\_\_\_. PRISM\_DescriptionOfTools. ม.ป.ป. [https://www.ghdonline.org/uploads/-PRISM\\_DescriptionOfTools.pdf](https://www.ghdonline.org/uploads/-PRISM_DescriptionOfTools.pdf). (สืบค้นเมื่อวันที่ 12 มิถุนายน 2557).
- Aqil A, Lippeveld T, Hozumi D. 2009. PRISM Framework: *A Paradigm Shift for Designing, Strengthening and Evaluating Routine Health Information Systems. Health Policy and Planning*. 24(3):217-228; doi:10.1093/heapol/czp010, Oxford University Press.
- Chun Wei Choo. 1995. Information Management for the Intelligent Organization. Medford, NJ: Information Today, Inc.
- Daniel W.W. 1995. Biostatistics. A foundation for Analysis in the Health Sciences : 6th ed. New York : John Wiley & Sons, Inc.
- Maholtra, Y. 1998. Knowledge Organization & Knowledge worker : A view from the Front line. *Journal of Knowledge Management* 10(3):129-137.
- Matthew B. Miles and A. Michael Huberman. 1994. Qualitative Data Analysis. California: SAGE Publications.Inc.
- Nanoka, I. & Takeuchi, H. 1995. The Knowledge-Creating Company: *How Japanese Create the Dynamics of Innovation*. New York: Oxford University Press.

**ภาคผนวก**

## ภาคผนวก ก แบบสอบถามการวิจัยเชิงปริมาณ

### แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง การใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชน โดยอสม.

กรณีศึกษา : ภาวะโรคเรื้อรัง จังหวัดพัทลุง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการใช้ประโยชน์ข้อมูลโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการจัดการสุขภาพชุมชน จังหวัดพัทลุง โดยนักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สํารวจข้อมูลความคิดเห็นในประเด็นสถานการณ์ ปัญหา และสาเหตุปัจจัย ผู้วิจัยขอความกรุณาจากท่าน โปรดตอบแบบสอบถามนี้ให้ครบทุกข้อตามความเป็นจริงมากที่สุด หากมีคำถามข้อใดที่ท่านไม่ทราบคำตอบหรือไม่สะดวกที่จะตอบ ท่านสามารถละเว้นการตอบคำถามข้อนั้นได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อท่านทั้งสิ้น และคำตอบของท่านจะถูกปกปิดเป็นความลับ ทั้งนี้ผลการศึกษานี้จะนำเสนอเป็นภาพรวมโดยไม่ระบุตัวบุคคล เพื่อจะนำไปเป็นข้อมูลประกอบการวางแผนพัฒนาศักยภาพอสม.ในการใช้ประโยชน์ฐานข้อมูลเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชน ซึ่งแบบสอบถามนี้มีจำนวน 18 หน้า ประกอบด้วย 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของชุมชน จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 3 แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 4 ความรู้ในการจัดการสุขภาพชุมชน จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 5 ข้อมูลเกี่ยวกับเทคนิค จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 6 ข้อมูลเกี่ยวกับองค์กร จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 7 ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อจัดการสุขภาพชุมชน โดยอสม.จำนวน 16 ข้อ

หากท่านมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมหรือข้อสงสัยในการศึกษาครั้งนี้ ท่านสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ที่นางสาวพิตรรา ยูโซะ โทรศัพท์ 084-8469430

ขอขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงในความอนุเคราะห์ตอบแบบสอบถาม

นางสาวพิตรรา ยูโซะ

นักศึกษาระดับปริญญาโท สถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

หมายเลขแบบสอบถาม

--	--	--

## แบบสอบถามงานวิจัย

เรื่อง การใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชน โดยอสม. กรณีศึกษา ภาวะโรคเรื้อรัง

จ.พัทลุง

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมายถูก ลงในตัวเลือกหรือลงตัวเลขในช่องว่าง ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อคำถาม	สำหรับผู้วิจัย
1. เพศ ( ) 1. ชาย ( ) 2. หญิง	Sex ( )
2. อายุ .....ปี (อายุเต็มปี)	Age ( )
3. สถานภาพสมรส ( ) 1. โสด ( ) 2. คู่ ( ) 3. หม้าย ( ) 4. หย่า ( ) 5. แยก	Status ( )
4. ศาสนา ( ) 1. ไม่มี ( ) 2. พุทธ ( ) 3. อิสลาม ( ) 4. ฮินดู-พราหมณ์ ( ) 5. คริสต์ ( ) 6. ซิกข์ ( ) 7. อื่น ๆ .....	Religion ( )
5. รายได้ของครอบครัวท่านเฉลี่ย.....บาทต่อปี	Income ( )
6. อาชีพอื่นๆ นอกเหนือจากการเป็นอสม. ( ) 1. ไม่มี/ว่างงาน ( ) 2. เกษตรกรรม ( ) 3. ค้าขาย ( ) 4. ธุรกิจส่วนตัว ( ) 5. รับจ้าง ( ) 6. อื่นๆ ระบุ.....	Occu ( )
7. ระดับการศึกษา ( ) 1. ไม่ได้เรียน ( ) 2. ประถมศึกษา ( ) 3. มัธยมศึกษาตอนต้น ( ) 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ( ) 5. อนุปริญญา/ปวส. ( ) 6. ปริญญาตรี	Edu ( )

ข้อคำถาม	สำหรับผู้วิจัย
8. ระยะเวลาการเป็น อสม. ....ปี	Time ( )
9. การฝึกอบรม ( ) 1. ไม่เคย ( ) 2. เคย (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ( ) 2.1 การใช้คอมพิวเตอร์      ( ) 2.2 การจัดการสุขภาพชุมชน ( ) 2.3 การทำแผนสุขภาพ      ( ) 2.4 โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ( ) 2.5 อื่นๆ ระบุ.....	Train ( )

### ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของชุมชน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมายถูก ลงในตัวเลือกหรือลงตัวเลขในช่องว่าง ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

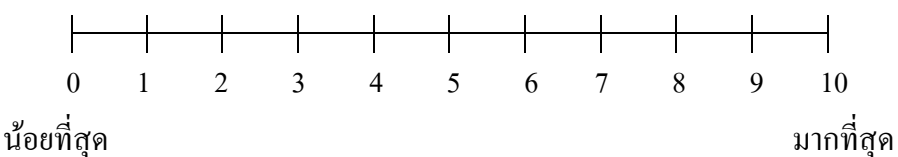
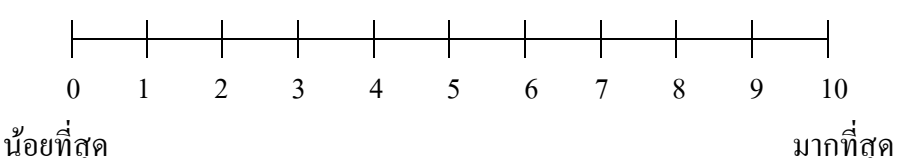
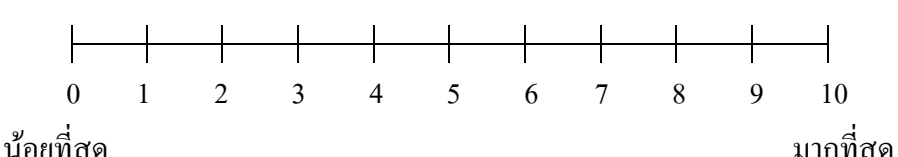
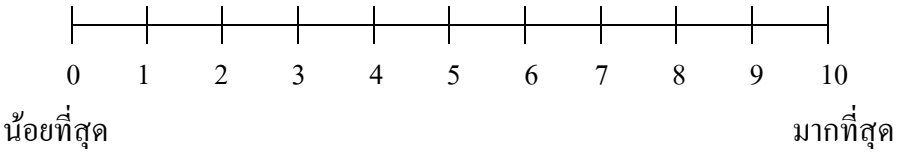
ข้อคำถาม	สำหรับผู้วิจัย
1. ในชุมชนของท่านมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังโรคใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ( ) 1. โรคความดันโลหิตสูง      ( ) 2. โรคเบาหวาน ( ) 3. โรคหัวใจขาดเลือด      ( ) 4. โรคหลอดเลือดสมอง ( ) 5. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง      ( ) 6. อื่นๆ ระบุ.....	Status ( )
2. รายได้ครอบครัวของสมาชิกในชุมชนของท่านเฉลี่ยต่อปี.....บาท	Eco ( )
วัฒนธรรมชุมชน	
3. ชุมชนของท่านมีการกำหนดนโยบายในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่ชัดเจน ( ) 1. ใช่      ( ) 2. ไม่ใช่	Cult1.....
4. ชุมชนของท่านมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงานไว้เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน ( ) 1. ใช่      ( ) 2. ไม่ใช่	Cult 2.....
5. ในการวางแผนมีการกำหนดวิธีการและผู้รับผิดชอบในการปฏิบัติงานตามแผนไว้ อย่างชัดเจน ( ) 1. ใช่      ( ) 2. ไม่ใช่	Cult 3.....

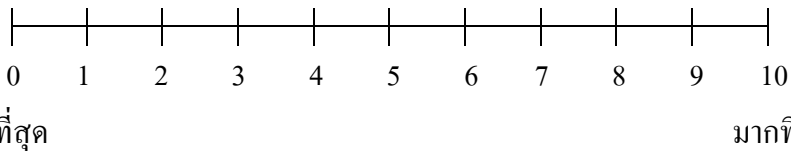
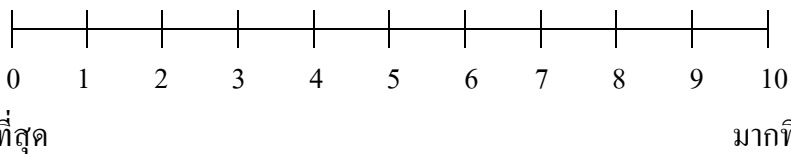
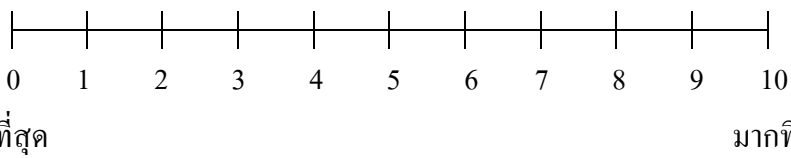
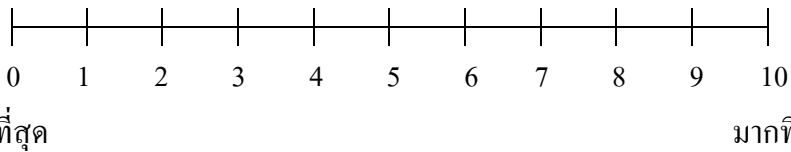
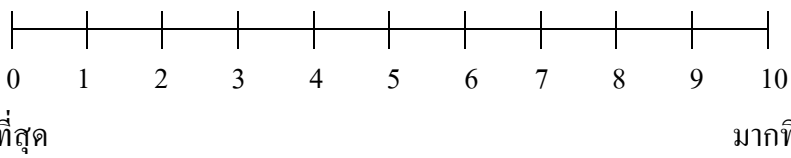
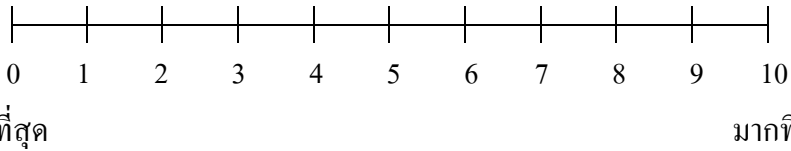


ข้อคำถาม	สำหรับผู้วิจัย
6. ชุมชนของท่านได้จัดให้มีการประชุมเพื่อหารือปัญหาอุปสรรคแนวทางการปฏิบัติงานเป็นประจำทุกเดือน ( ) 1. ใช่      ( ) 2. ไม่ใช่	Cult 4.....

### ส่วนที่ 3 แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อความให้เข้าใจและทำเครื่องหมาย X บนเส้นตรงที่มีตัวเลข แทนค่าคะแนนของแรงจูงใจ โดยปลายข้างหนึ่งแทนค่าด้วยเลข 0 หมายถึงมีแรงจูงใจในเรื่องนั้นน้อยที่สุด ปลายอีกข้างแทนค่าด้วยเลข 10 หมายถึง มีแรงจูงใจในเรื่องนั้นมากที่สุด ท่านทำเครื่องหมายตรงเลขใดถือเป็นคะแนนระดับแรงจูงใจ


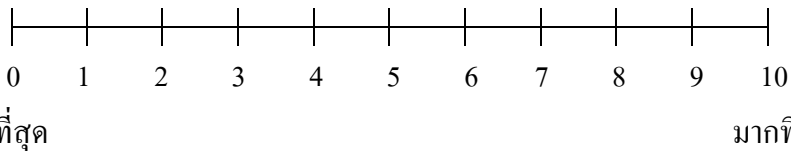
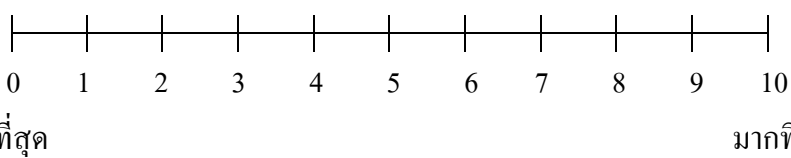
ข้อคำถาม	สำหรับผู้วิจัย
1. ระดับความทุ่มเทและความพยายามที่จะทำงานด้านสาธารณสุขของท่าน 	Moti1.....
2. ท่านรู้สึกภูมิใจกับความสำเร็จในการปฏิบัติงานของท่านมากน้อยเพียงใด 	Moti 2.....
3. ท่านได้รับคำยกย่องชมเชยเมื่อทำงานได้สำเร็จตามเป้าหมายมากน้อยเพียงใด 	Moti 3.....
4. ท่านคิดว่าความเป็น อสม. ทำให้ท่านได้รับความสะดวกมากน้อยเพียงใดในการไปรับการรักษาพยาบาลในสถานบริการของรัฐ 	Moti 4.....

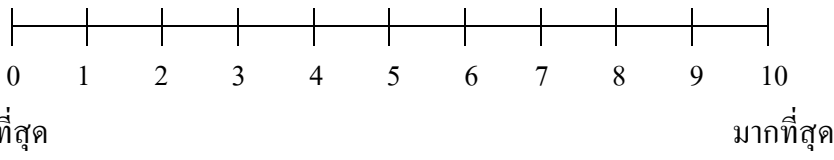
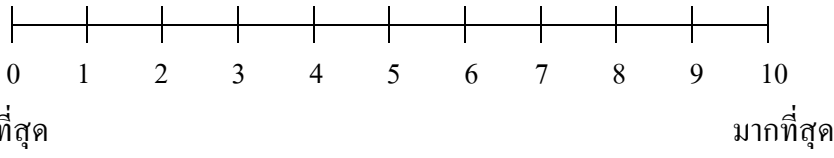
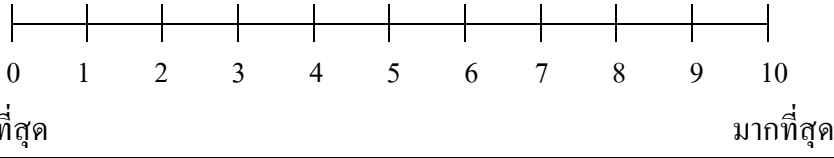

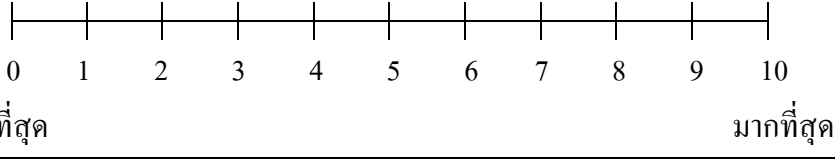
ข้อความ	สำหรับผู้วิจัย
<p>5. ท่านคิดว่าการคัดเลือก อสม. ดีเด่น ทำให้ท่านมีกำลังใจในการปฏิบัติงานมากน้อยเพียงใด</p> 	Moti 5.....
<p>6. หากท่านได้รับการอบรมต่อเนื่อง จะทำให้การปฏิบัติงานของท่าน ประสบความสำเร็จมากน้อยเพียงใด</p> 	Moti 6.....
<p>7. ท่านคิดว่าสามารถชักจูง โน้มน้าวให้สมาชิกชุมชน ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติหน้าที่ให้บรรลุเป้าหมายมากน้อยเพียงใด</p> 	Moti 7.....
<p>8. ท่านคิดว่าอุปกรณ์ เครื่องมือ เวชภัณฑ์ต่าง ๆ ที่ได้รับมีความเพียงพอ ในการนำไปปฏิบัติงานมากน้อยเพียงใด</p> 	Moti 8.....
<p>9. ท่านพอใจกับค่าตอบแทนที่ได้รับในระดับใด</p> 	Moti 9.....
<p>10. ท่านคิดว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีส่วนช่วยสนับสนุนการปฏิบัติงานของท่านให้ประสบความสำเร็จมากน้อยเพียงใด</p> 	Moti 10.....

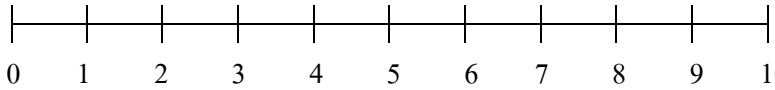
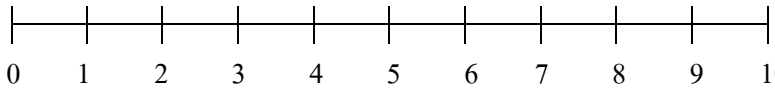
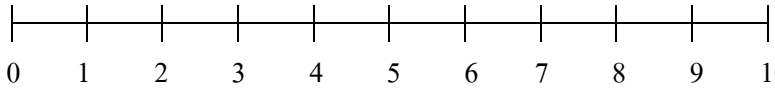
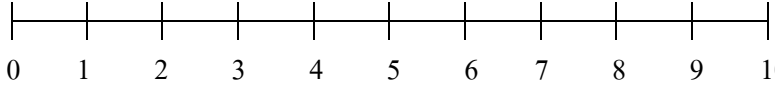
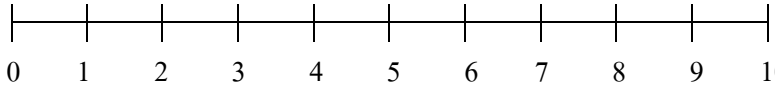
#### ส่วนที่ 4 ความรู้ในการจัดการสุขภาพชุมชน

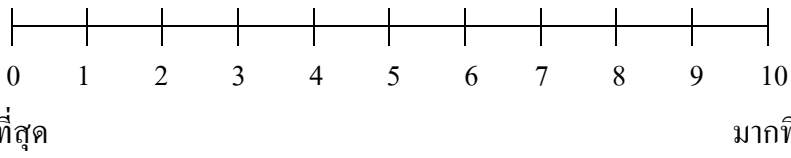
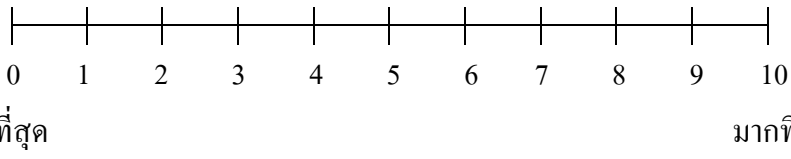
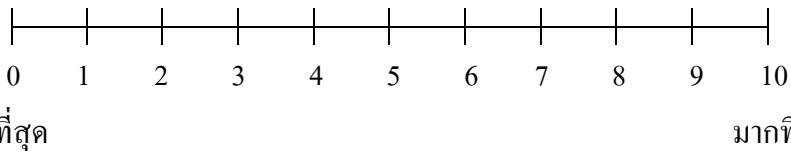
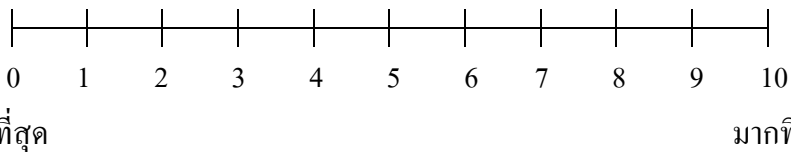
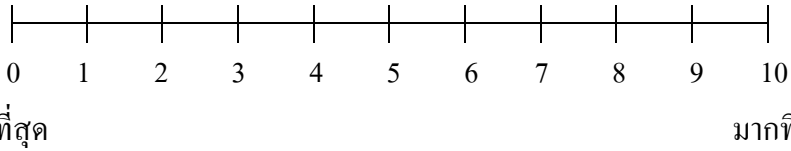
**คำชี้แจง** โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อความให้เข้าใจและทำเครื่องหมาย X บนเส้นตรงที่มีตัวเลข แทนค่าคะแนนความถูกต้อง โดยปลายข้างหนึ่งแทนค่าด้วยเลข 0 หมายถึงมีความรู้ในเรื่องนั้นน้อยที่สุด ปลายอีกข้างแทนค่าด้วยเลข 10 หมายถึง มีความรู้ในเรื่องนั้นมากที่สุด

ท่านทำเครื่องหมายตรงเลขใดถือเป็นคะแนนระดับความรู้

ข้อความ	สำหรับผู้วิจัย
<b>นิยามของนักจัดการสุขภาพชุมชน</b>	
<p>1. จากนิยามของการจัดการสุขภาพชุมชน คือ กระบวนการในการดำเนินงาน ร่วมกันในการวางแผนด้านสุขภาพ การจัดการงบประมาณเพื่อพัฒนาสุขภาพ จัดกิจกรรมสุขภาพและประเมินผลการดำเนินงานร่วมกันของชุมชน ท่านมีความรู้ในเรื่องนี้อยู่ในระดับใด</p>  <p>น้อยที่สุด <span style="float: right;">มากที่สุด</span></p>	Kno1.....
<b>คุณสมบัติที่ดีของนักจัดการสุขภาพชุมชนที่ดี</b>	
<p>2. ท่านมีการหาความรู้และนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับชุมชนของตนเองในระดับใด</p>  <p>น้อยที่สุด <span style="float: right;">มากที่สุด</span></p>	Kno2.....
<p>3. ท่านมีการนำเสนอผลการดำเนินงานของตนเองอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง และนำข้อมูลไปปรับปรุงการทำงานร่วมกันกับชุมชนระดับใด</p>  <p>น้อยที่สุด <span style="float: right;">มากที่สุด</span></p>	Kno3.....

ข้อคำถาม	สำหรับผู้วิจัย
<p>4. ท่านมีการสร้างกลุ่มภาคีเครือข่ายในการร่วมดำเนินการจัดการสุขภาพชุมชน เช่น กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มเยาวชน กลุ่มผู้สูงอายุ เป็นต้นอยู่ในระดับใด</p> 	Kno4.....
<b>แผนสุขภาพชุมชน</b>	
<p>5. ข้อมูลพื้นฐานของชุมชนเป็นสิ่งจำเป็นในการจัดทำแผนสุขภาพชุมชน ท่านมีความรู้ในเรื่องนี้อยู่ในระดับใด</p> 	Kno5.....
<p>6. ในการจัดทำเป็นแผนสุขภาพชุมชนนั้น ต้องทำร่วมกันระหว่างอสม./อบต./เทศบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้นำท้องถิ่น ท่านมีความรู้ในเรื่องนี้อยู่ในระดับใด</p> 	Kno6.....
<p>7. ในการวิเคราะห์หาปัญหา เพื่อจัดทำแผนสุขภาพชุมชน จำเป็นต้องมีการประชุมร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อบต./อปท. และผู้นำชุมชนในท่านมีความรู้ในเรื่องนี้อยู่ในระดับใด</p> 	Kno7.....
<p>8. แผนสุขภาพชุมชนที่ได้ ควรประกาศให้ประชาชนในหมู่บ้านรับทราบและมีส่วนร่วมพิจารณาแผนด้วย ท่านมีความรู้ในเรื่องนี้อยู่ในระดับใด</p> 	Kno8.....

ข้อคำถาม	สำหรับผู้วิจัย
<b>กิจกรรมด้านสุขภาพ</b>	
<p>9. ปัจจุบันการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพของชุมชน ชุมชนควรเป็นผู้กำหนดเองท่านมีความรู้ในเรื่องนี้อยู่ในระดับใด</p>  <p>น้อยที่สุด <span style="float: right;">มากที่สุด</span></p>	Kno9.....
<p>10. การจัดกิจกรรมสุขภาพของชุมชนนั้น ต้องทำเป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง มีชมรมหรือผู้รับผิดชอบ ท่านมีความรู้ในเรื่องนี้อยู่ในระดับใด</p>  <p>น้อยที่สุด <span style="float: right;">มากที่สุด</span></p>	Kno10.....
<p>11. การถ่ายทอดความรู้ ถือเป็นกิจกรรมในการจัดการสุขภาพชุมชน ท่านมีความรู้ในเรื่องนี้อยู่ในระดับใด</p>  <p>น้อยที่สุด <span style="float: right;">มากที่สุด</span></p>	Kno11.....
<p>12. ผู้ที่จะขับเคลื่อนการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพของชุมชนนั้น ได้แก่ ภาคประชาชน ประกอบด้วย กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ประชาชนในชุมชน ภาครัฐ ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และภาคท้องถิ่น ประกอบด้วย อบต. อปท. เทศบาล ท่านมีความรู้ในเรื่องนี้อยู่ในระดับใด</p>  <p>น้อยที่สุด <span style="float: right;">มากที่สุด</span></p>	Kno12.....
<b>ด้านงบประมาณ</b>	
<p>13. ผู้ที่มีส่วนร่วมในการกำหนดแผนการใช้จ่ายเงิน งบประมาณงานสาธารณสุข ได้แก่ อสม. อบต./ เทศบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้นำชุมชน ท่านมีความรู้ในเรื่องนี้อยู่ในระดับใด</p>  <p>น้อยที่สุด <span style="float: right;">มากที่สุด</span></p>	Kno13.....

ข้อคำถาม	สำหรับผู้วิจัย
<p>14. งบประมาณในการพัฒนาด้านสุขภาพชุมชน มีเพียงกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่เท่านั้น ท่านมีความรู้ในเรื่องนี้อยู่ในระดับใด</p> 	Kno14.....
<p>15. นอกจากการระดมทุนจากภายนอก เพื่อจัดทำเป็นกองทุนในการจัดการสุขภาพชุมชนแล้ว ชุมชนยังมีทุนภายในที่เป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพ เช่น หมอยาพื้นบ้าน ซึ่งจัดว่าเป็นทุนที่สำคัญของชุมชน ท่านมีความรู้ในเรื่องนี้อยู่ในระดับใด</p> 	Kno15.....
<p>16. การจัดการงบประมาณ ควรมีการกระจายให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาของชุมชน ท่านมีความรู้ในเรื่องนี้อยู่ในระดับใด</p> 	Kno16.....
<b>ด้านการประเมินผลแบบมีส่วนร่วม</b>	
<p>17. การติดตามความก้าวหน้าของแผนงาน/โครงการที่ดี ควรมีการกำหนดไว้ในเวทีการประชุมประจำเดือนของหมู่บ้าน ท่านมีความรู้ในเรื่องนี้อยู่ในระดับใด</p> 	Kno17.....
<p>18. ในการประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพชุมชน ไม่จำเป็นต้องทำทุกปี ท่านมีความรู้ในเรื่องนี้อยู่ในระดับใด</p> 	Kno18.....

ข้อคำถาม	สำหรับผู้วิจัย
<p>19. ในการประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพชุมชน ไม่จำเป็นต้องเปรียบเทียบกับแผนที่ตั้งไว้ ท่านมีความรู้ในเรื่องนี้อยู่ในระดับใด</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 น้อยที่สุด มากที่สุด</p>	Kno19.....
<p>20. หลังเสร็จสิ้นการดำเนินการตามแผนงาน โครงการหรือกิจกรรม ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ประเมินท่านั้น ท่านมีความรู้ในเรื่องนี้อยู่ในระดับใด</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 น้อยที่สุด มากที่สุด</p>	Kno20.....

#### ส่วนที่ 5 ข้อมูลเกี่ยวกับเทคนิค

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง หน้าข้อความที่ถูกต้องและเติมค่าในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริงหรือตรงกับความเข้าใจของท่านมากที่สุด

ข้อคำถาม	สำหรับผู้วิจัย
<p>1. ท่านเคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับภาวะโรคเรื้อรังหรือไม่</p> <p>( ) 1. ไม่เคยได้รับข้อมูล</p> <p>( ) 2. เคยได้รับข้อมูล ระบุข้อมูลที่ท่านเคยได้รับ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</p> <p>.....ความรู้ทั่วไป เช่น ความหมาย อาการ สาเหตุ ภาวะแทรกซ้อน การป้องกันโรค เป็นต้น</p> <p>.....สถานการณ์ปัญหาของโรค เช่น จำนวนผู้ป่วย อัตราป่วยจำนวนผู้ตาย อัตราตาย อัตราป่วยตาย</p> <p>.....ข้อมูลพื้นฐาน เช่น เพศ อายุ เวลาที่เริ่มเป็นโรค ระยะเวลาที่เป็นโรคหลังวินิจฉัย ประเภทผู้ป่วยเก่า/ใหม่</p> <p>.....ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย ความเครียดหรือซึมเศร้า การดื่มเหล้า การสูบบุหรี่</p> <p>.....ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการคลินิก เช่น ระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย HbA1C ระดับไขมันในเลือด ระดับความดันโลหิต ผลการตรวจตา การตรวจ</p>	Tec1.....

ข้อคำถาม	สำหรับผู้วิจัย
<p>บัสสาวะ การตรวจเท้า .....ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน ที่วินิจฉัยโดยแพทย์ เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคอัมพาต โรคจอประสาทตาเสื่อม การมีแผลเรื้อรังที่เท้า การตัดเท้า</p> <p>.....ข้อมูลการทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษา การทำกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน</p> <p>ข้อมูลชมรมส่งเสริมสุขภาพ</p> <p>.....ข้อมูลกรณีศึกษารายบุคคล เช่น เรื่องราวการดำเนินโรค วิธีการรักษา การดูแลตนเอง บริบทสภาพแวดล้อม ครอบครัว สังคมวัฒนธรรม ที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยทั้งผู้ที่ดูแลตนเองได้ดีและผู้ที่มมีปัญหา</p> <p>.....อื่นๆ ระบุ.....</p>	
<p>2. แหล่งข้อมูลที่ท่านเคยได้รับเกี่ยวกับข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังในการจัดการสุขภาพชุมชน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</p> <p>( ) 1.ไม่เคยได้รับข้อมูล</p> <p>( ) 2.เจ้าหน้าที่สาธารณสุข</p> <p>( ) 3.ผู้นำชุมชน</p> <p>( ) 4.เพื่อนอสม.</p> <p>( ) 5.หนังสือ/คู่มือ/วารสาร/แผ่นพับ</p> <p>( ) 6.หนังสือพิมพ์</p> <p>( ) 7.โทรทัศน์</p> <p>( ) 8.วิทยุ</p> <p>( ) 9.หอกระจายข่าว</p> <p>( ) 10.อินเตอร์เน็ต</p> <p>( ) 11.อื่นๆระบุ.....</p>	Tec3.....
<p>3. ช่องทางที่ท่านเคยได้รับเกี่ยวกับข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังในการจัดการสุขภาพชุมชน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</p> <p>( ) 1.ไม่เคยได้รับข้อมูล</p> <p>( ) 2.สื่อบุคคล เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน เพื่อนอสม.</p> <p>( ) 3.สื่อสิ่งพิมพ์ เช่น หนังสือ คู่มือ วารสาร แผ่นพับ</p> <p>( ) 4. สื่อโทรทัศน์</p> <p>( ) 7.ประชุม อบรม</p> <p>( ) 5.สื่อวิทยุ</p> <p>( ) 8.Line Facebook</p> <p>( ) 6.อินเตอร์เน็ต</p> <p>( ) 9.อื่นๆระบุ.....</p>	Tec4.....



ข้อคำถาม	สำหรับผู้วิจัย
<p>4.ความถี่ในการได้รับข้อมูลภาวะโรคเรื้อรัง</p> <p>( ) 1. ทุกวัน</p> <p>( ) 2. 4-5 ครั้งต่อสัปดาห์</p> <p>( ) 3. 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์</p> <p>( ) 4. 1 ครั้งต่อสัปดาห์</p> <p>( ) 5. ไม่เคยเลย</p>	Tec5.....

**ส่วนที่ 6 ข้อมูลเกี่ยวกับองค์กรที่เกี่ยวข้อง**

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมายกากบาท (X) ลงในตัวเลือกหรือลงตัวเลขในช่องว่าง ที่ตรงกับความคิดเห็น

ข้อคำถาม	สำหรับผู้วิจัย
<b>ภาครัฐ เช่น สสจ. สสอ. รพ.สต. รพช. เป็นต้น</b>	
<p>➤ ด้านการมีส่วนร่วม</p> <p>1. ภาครัฐเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานจัดการสุขภาพชุมชนของอสม.หรือไม่</p> <p>( ) 1. ไม่มีส่วนร่วม</p> <p>( ) 2. มีส่วนร่วม ในด้านใด</p> <p>( ) 2.1 การทำแผนสุขภาพชุมชน</p> <p>( ) 2.2 การจัดการงบประมาณ</p> <p>( ) 2.3 การจัดกิจกรรมสุขภาพ</p> <p>( ) 2.4 การประเมินผลแบบมีส่วนร่วม</p>	Org1.....
<p>➤ ด้านการสนับสนุน</p> <p>2. ภาครัฐให้การสนับสนุนในการดำเนินงานจัดการสุขภาพชุมชนของอสม.หรือไม่</p> <p>( ) 1. ไม่สนับสนุน</p> <p>( ) 2. สนับสนุน ในด้านใด</p> <p>( ) 2.1 บุคลากร</p> <p>( ) 2.2 งบประมาณ</p> <p>( ) 2.3 วัสดุ อุปกรณ์</p> <p>( ) 2.4 การจัดการ</p>	Org2.....

ข้อความ	สำหรับผู้วิจัย
<p>➤ การนิเทศติดตาม</p> <p>3.ภาครัฐได้มีการนิเทศ ติดตาม ในการดำเนินงานจัดการสุขภาพชุมชนของ อสม.หรือไม่</p> <p>( ) 1. ไม่มีการนิเทศติดตาม</p> <p>( ) 2. มีการนิเทศติดตาม ระบุความถี่</p> <p>( ) 2.1 เดือนละครั้ง</p> <p>( ) 2.2 3 เดือนครั้ง</p> <p>( ) 2.3 6 เดือนครั้ง</p> <p>( ) 2.4 ปีละครั้ง</p>	Org3.....
<b>ภาคท้องถิ่น เช่น อบต. อบจ. เทศบาล อปท. เป็นต้น</b>	
<p>➤ ด้านการมีส่วนร่วม</p> <p>4. ภาคท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานจัดการสุขภาพชุมชนของ อสม. หรือไม่</p> <p>( ) 1. ไม่มีส่วนร่วม</p> <p>( ) 2. มีส่วนร่วม ในด้านใด</p> <p>( ) 2.1 การทำแผนสุขภาพชุมชน</p> <p>( ) 2.2 การจัดการงบประมาณ</p> <p>( ) 2.3 การจัดกิจกรรมสุขภาพ</p> <p>( ) 2.4 การประเมินผลแบบมีส่วนร่วม</p>	Org4.....
<p>➤ ด้านการสนับสนุน</p> <p>5.ภาคท้องถิ่นให้การสนับสนุนในการดำเนินงานจัดการสุขภาพชุมชนของ อสม.หรือไม่</p> <p>( ) 1. ไม่สนับสนุน</p> <p>( ) 2.สนับสนุน ในด้านใด</p> <p>( ) 2.1 บุคลากร</p> <p>( ) 2.2 งบประมาณ</p> <p>( ) 2.3 วัสดุ อุปกรณ์</p> <p>( ) 2.4 การจัดการ</p>	Org5.....

ข้อความ	สำหรับผู้วิจัย
<p>➤ ขนาดของกองทุนสุขภาพ</p> <p>6. ขนาดของกองทุนสุขภาพ</p> <p>( ) 1.กองทุนตำบล</p> <p>( ) 2.กองทุนเทศบาล</p> <p>( ) 3.กองทุนจังหวัด</p> <p>( ) 4.อื่นๆ</p>	Org6.....
ภาคประชาชน เช่น สมาชิกในชุมชน รวมถึงแกนนำชุมชน	
<p>➤ ด้านการมีส่วนร่วม</p> <p>7. ภาคประชาชน เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานจัดการสุขภาพชุมชนของอสม. หรือไม่</p> <p>( ) 1. ไม่มีส่วนร่วม</p> <p>( ) 2. มีส่วนร่วม ในด้านใด</p> <p>( ) 2.1 การทำแผนสุขภาพชุมชน</p> <p>( ) 2.2 การจัดการงบประมาณ</p> <p>( ) 2.3 การจัดกิจกรรมสุขภาพ</p> <p>( ) 2.4 การประเมินผลแบบมีส่วนร่วม</p>	Org7.....
<p>➤ ด้านการสนับสนุน</p> <p>8. ภาคประชาชนให้การสนับสนุนในการดำเนินงานจัดการสุขภาพชุมชนของอสม. หรือไม่</p> <p>( ) 1.ไม่สนับสนุน</p> <p>( ) 2.สนับสนุน ในด้านใด</p> <p>( ) 2.1 บุคลากร</p> <p>( ) 2.2 งบประมาณ</p> <p>( ) 2.3 วัสดุ อุปกรณ์</p> <p>( ) 2.4 การจัดการ</p>	Org8.....

**ส่วนที่ 7 ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชน โดยอสม.**

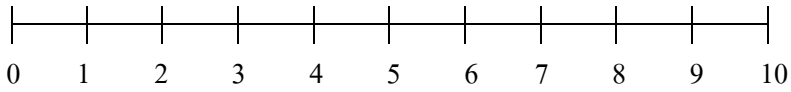
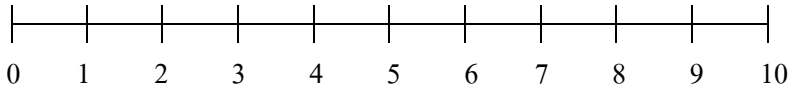
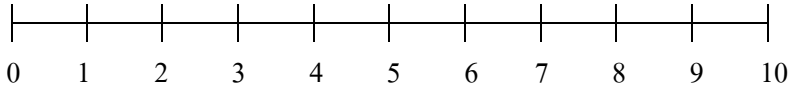
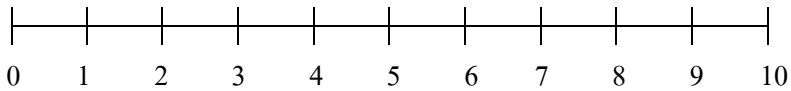
**คำชี้แจง** โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อความให้เข้าใจและทำเครื่องหมาย X บนเส้นตรงที่มีตัวเลข

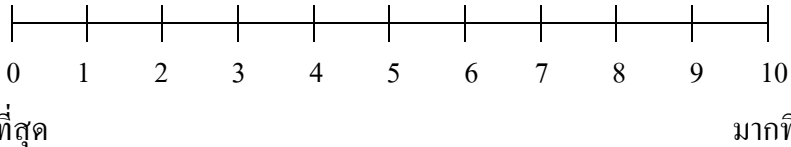
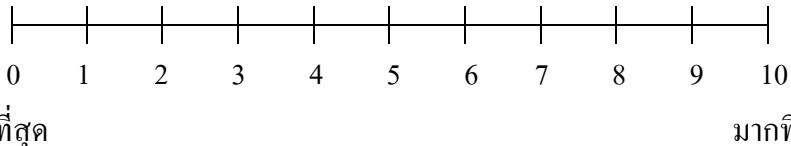
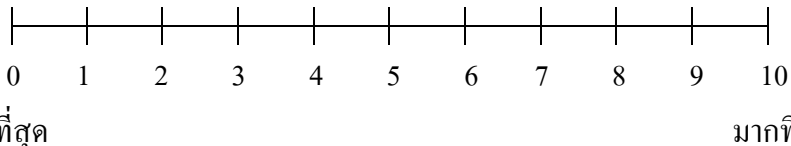
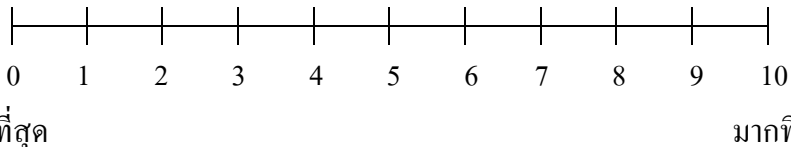
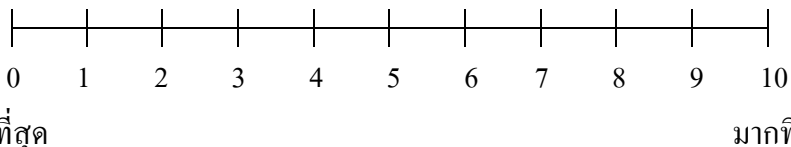
แทนค่าคะแนนของการใช้ประโยชน์ข้อมูล โดยปลายข้างหนึ่งแทนค่าด้วยเลข 0 หมายถึง

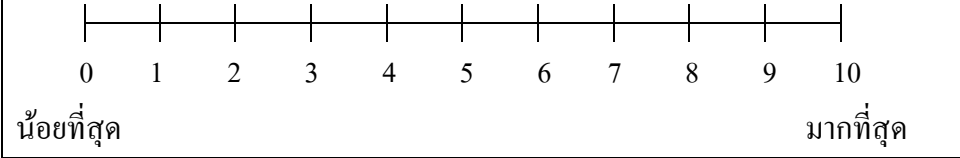
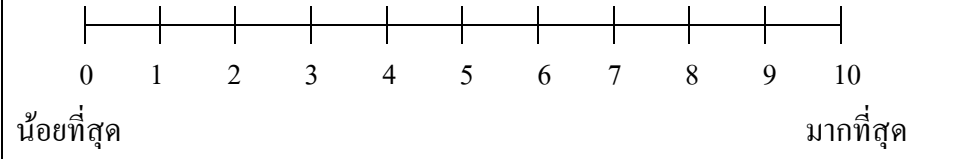
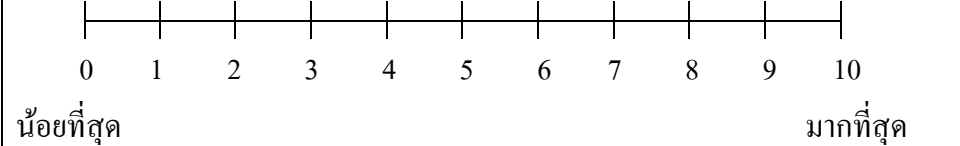
มิใช่ประโยชน์ข้อมูล ในเรื่องนั้นน้อยที่สุด ปลายอีกข้างแทนค่าด้วยเลข 10 หมายถึงมิใช่

ประโยชน์ข้อมูลในเรื่องนั้นมากที่สุดท่านทำเครื่องหมายตรงเลขใดถือเป็นคะแนน

ระดับการใช้ประโยชน์ข้อมูล และให้ลงตัวเลขในช่องว่าง ที่ตรงกับความคิดเห็น

ข้อความ	สำหรับผู้วิจัย
<b>ท่านใช้ประโยชน์ข้อมูลโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชน</b>	
<p>1. ความรู้ทั่วไป เช่น ความหมาย อาการ สาเหตุ ภาวะแทรกซ้อนการป้องกันโรค ฯลฯ (หากไม่เคยใช้ข้อมูลนี้ ข้ามไปข้อถัดไป)</p> <p style="text-align: center;">  </p>	Uti1...
<p>2. สถานการณ์ปัญหาของโรค เช่น จำนวนผู้ป่วย อัตราป่วยจำนวนผู้ตาย อัตราตาย อัตราป่วยตาย ฯลฯ (หากไม่เคยใช้ข้อมูลนี้ ข้ามไปข้อถัดไป)</p> <p style="text-align: center;">  </p>	Uti2...
<p>3. ข้อมูลพื้นฐาน เช่น เพศ อายุ เวลาที่เริ่มเป็นโรค ระยะเวลาที่เป็นโรคหลังวินิจฉัย ประเภทผู้ป่วยเก่า/ใหม่ ฯลฯ (หากไม่เคยใช้ข้อมูลนี้ ข้ามไปข้อถัดไป)</p> <p style="text-align: center;">  </p>	Uti3...
<p>4. ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย ความเครียด หรือซึมเศร้า การดื่มเหล้า การสูบบุหรี่ ฯลฯ (หากไม่เคยใช้ข้อมูลนี้ ข้ามไปข้อถัดไป)</p> <p style="text-align: center;">  </p>	Uti4...

ข้อคำถาม	สำหรับผู้วิจัย
<p>5. ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการคลินิก เช่นระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย HbA1C ระดับไขมันในเลือด ระดับความดันโลหิต ผลการตรวจตา การตรวจปัสสาวะ การตรวจเท้า ฯลฯ (หากไม่เคยใช้ข้อมูลนี้ ข้ามไปข้อถัดไป)</p> 	Uti5...
<p>6. ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน ที่วินิจฉัยโดยแพทย์ เช่น เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคอัมพาต โรคจอประสาทตาเสื่อม การมีแผลเรื้อรังที่เท้า การตัดเท้า ฯลฯ</p> 	Uti6...
<p>7. ข้อมูลการทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษา การทำกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ข้อมูลชมรมส่งเสริมสุขภาพ ฯลฯ</p> 	Uti7...
<p>8. ข้อมูลกรณีศึกษาบุคคล เช่น เรื่องราวการดำเนินโรค วิธีการรักษา การดูแลตนเอง บริบทสภาพแวดล้อม ครอบครัว สังคมวัฒนธรรม ที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย ทั้งผู้ที่ดูแลตนเองได้ดี และผู้ที่มีปัญหา ฯลฯ</p> 	Uti8...
<b>ท่านใช้ประโยชน์ข้อมูลโรคเรื้อรังเพื่อทำแผนสุขภาพชุมชน</b>	
<p>9. ท่านใช้ข้อมูลโรคเรื้อรังในการจัดทำแผนสุขภาพชุมชนในระดับใด (หากไม่เคยทำแผน ข้ามไปข้อ 11)</p> 	Uti9...

ข้อคำถาม	สำหรับผู้วิจัย
10.แผนสุขภาพชุมชนที่ท่านจัดทำขึ้นมาอยู่ในแผนอะไร <input type="checkbox"/> 1. แผนกองทุนสุขภาพ <input type="checkbox"/> 2. แผนอบต. <input type="checkbox"/> 3. แผนรพ.สต. <input type="checkbox"/> 4. แผนอื่นๆระบุ.....	Uti10...
<b>ท่านใช้ประโยชน์ข้อมูลโรคเรื้อรังเพื่อจัดการงบประมาณ</b>	
11.ท่านใช้ข้อมูลโรคเรื้อรังในการจัดการงบประมาณในระดับใด (หากไม่เคยจัดการงบประมาณ ข้ามไปข้อ 13) 	Uti11...
12.ท่านได้ดำเนินการจัดการงบประมาณในด้านใด <input type="checkbox"/> 1. การจัดตั้งงบประมาณ <input type="checkbox"/> 2. การใช้งบประมาณ <input type="checkbox"/> 3. การจัดหางบประมาณ <input type="checkbox"/> 4. อื่นๆ ระบุ.....	Uti12...
<b>ท่านใช้ประโยชน์ข้อมูลโรคเรื้อรังเพื่อจัดกิจกรรมสุขภาพ</b>	
13.ท่านใช้ข้อมูลโรคเรื้อรังในจัดกิจกรรมสุขภาพในระดับใด (หากไม่เคยจัดกิจกรรมสุขภาพ ข้ามไปข้อ 15) 	Uti13...
14.กิจกรรมสุขภาพที่ท่านได้ดำเนินการนั้น เป็นกิจกรรมสุขภาพในด้านใด <input type="checkbox"/> 1. การส่งเสริมสุขภาพ <input type="checkbox"/> 2. การป้องกัน <input type="checkbox"/> 3. การรักษา <input type="checkbox"/> 4. การฟื้นฟู <input type="checkbox"/> 5. อื่นๆ ระบุ.....	Uti14...
15.ท่านใช้ข้อมูลโรคเรื้อรังในประเมินผลการดำเนินงานในระดับใด (หากไม่เคยประเมินผลการดำเนินงาน ข้อ 15-16ไม่ต้องตอบ) 	Uti15...

ข้อคำถาม	สำหรับผู้วิจัย
<p>16.ส่วนใหญ่ในการประเมินผลการดำเนินงาน ท่านมักประเมินผลเป็นแบบใด</p> <p>( ) 1. ประเมินตนเอง</p> <p>( ) 2. ประเมินเป็นองค์กร เช่น ภาพรวมของชุมชน/อบต./กองทุนสุขภาพ/รพ.สต.</p> <p>( ) 3. อื่นๆ ระบุ.....</p>	Uti16...

## ภาคผนวก ข แบบสัมภาษณ์ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

แบบสัมภาษณ์ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน  
เรื่อง การใช้ประโยชน์ฐานข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยอสม.  
ในการจัดการสุขภาพชุมชน จ.พัทลุง

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

เพศ .....	อายุ.....ปี	อายุการทำงาน.....ปี
การศึกษา.....	อาชีพ.....	
รายได้.....บาท/เดือน	เวลาเริ่มสัมภาษณ์.....	
วันที่.....	ผู้สัมภาษณ์ .....	

### ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของชุมชน

2.1 ชุมชนของท่านมีวัฒนธรรมในการนำข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังไปใช้ประโยชน์เพื่อจัดการสุขภาพชุมชนหรือไม่ อย่างไร

2.2 หน่วยงานที่เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพชุมชน ประกอบด้วยหน่วยงานใดบ้าง อย่างไร

- ภาครัฐ เช่น สสจ. สสอ. รพ.สต. รพช. รพท. เป็นต้น
- ภาคท้องถิ่น เช่น อบต. อบจ. เทศบาล อปท. เป็นต้น
- ภาคประชาชน เช่น สมาชิกในชุมชน รวมถึงแกนนำชุมชน

2.3 ท่านได้รับการสนับสนุนในการจัดการสุขภาพชุมชนจากหน่วยงานไหนบ้าง อย่างไร

- ด้านบุคลากร
- ด้านงบประมาณ
- ด้านวัสดุ อุปกรณ์
- ด้านการจัดการ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์ข้อมูลและแนวทางในการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนโดยอสม.

3.1 ปัจจุบันท่านมีการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังในการจัดการสุขภาพชุมชนหรือไม่ อย่างไร

3.2 ท่านได้รับข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังมาจากแหล่งใดบ้าง อย่างไร

3.3 ภาวะโรคเรื้อรังที่ท่านได้รับคือข้อมูลอะไรบ้าง



3.4 ปัจจุบันท่านนำข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังที่ได้รับไปใช้ทำในการจัดการสุขภาพชุมชน  
ด้านใดบ้าง อย่างไร

- ด้านการจัดทำแผนสุขภาพ
- ด้านการจัดการงบประมาณ
- ด้านการจัดกิจกรรมสุขภาพ
- ด้านการประเมินผล

3.5 ท่านคิดว่าในการนำข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังที่ได้รับไปใช้ทำในการจัดการสุขภาพ  
ชุมชนมีปัญหาอะไรบ้าง อย่างไร

- ด้านการจัดทำแผนสุขภาพ มีปัญหาอะไรบ้าง อย่างไร
- ด้านการจัดการงบประมาณ มีปัญหาอะไรบ้าง อย่างไร
- ด้านการจัดกิจกรรมสุขภาพ มีปัญหาอะไรบ้าง อย่างไร
- ด้านการประเมินผล มีปัญหาอะไรบ้าง อย่างไร

3.6 ท่านคิดว่าปัญหาในการนำข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังที่ได้รับไปใช้ทำในการจัดการ  
สุขภาพชุมชนเกิดจากสาเหตุ อะไรบ้าง อย่างไร

- ด้านการจัดทำแผนสุขภาพ เกิดจากสาเหตุ อะไรบ้าง อย่างไร
- ด้านการจัดการงบประมาณ เกิดจากสาเหตุ อะไรบ้าง อย่างไร
- ด้านการจัดกิจกรรมสุขภาพ เกิดจากสาเหตุ อะไรบ้าง อย่างไร
- ด้านการประเมินผล เกิดจากสาเหตุ อะไรบ้าง อย่างไร

3.7 ท่านคิดว่าแนวทางในการแก้ไขหรือพัฒนาการให้นำข้อมูลไปประโยชน์โดยอสม.  
เพื่อการจัดการสุขภาพชุมชน ควรเป็นอย่างไร

- ด้านการจัดทำแผนสุขภาพ ควรเป็นอย่างไร
- ด้านการจัดการงบประมาณ ควรเป็นอย่างไร
- ด้านการจัดกิจกรรมสุขภาพ ควรเป็นอย่างไร
- ด้านการประเมินผล ควรเป็นอย่างไร

## ภาคผนวก ก แบบสัมภาษณ์ กลุ่มเจ้าหน้าที่ รพ.สต.

### แบบสัมภาษณ์ กลุ่มเจ้าหน้าที่ รพ.สต.

เรื่อง การใช้ประโยชน์ฐานข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยอสม.

ในการจัดการสุขภาพชุมชน จ.พัทลุง

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

เพศ .....	อายุ.....ปี	อายุการทำงาน.....ปี
การศึกษา.....		อาชีพ.....
รายได้.....บาท/เวลา		เริ่มสัมภาษณ์.....
วันที่.....		ผู้สัมภาษณ์ .....

#### ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปขององค์กร

2.1 หน่วยงานของท่านมีวัฒนธรรมในการนำข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังไปใช้ประโยชน์  
เพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนหรือไม่ อย่างไร

2.2 ท่านเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพชุมชนของอสม.หรือไม่ อย่างไร

2.3 ท่านให้การสนับสนุน อสม.ในการจัดการสุขภาพชุมชนด้านใดบ้าง อย่างไร

- ด้านบุคลากร

- ด้านงบประมาณ

- ด้านวัสดุ อุปกรณ์

- ด้านการจัดการ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์ข้อมูลและแนวทางการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังใน  
การจัดการสุขภาพชุมชนโดยอสม.

3.1 ปัจจุบัน อสม.มีการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังในการจัดการสุขภาพ  
ชุมชนหรือไม่ อย่างไร

3.2 อสม.ได้รับข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังมาจากแหล่งใดบ้าง อย่างไร

3.3 ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังที่ อสม.ได้รับคือข้อมูลอะไรบ้าง

3.4 อสม.นำข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังที่ได้รับไปใช้ในการจัดการสุขภาพชุมชนด้านใดบ้าง อย่างไร

- ด้านการจัดทำแผนสุขภาพ
- ด้านการจัดการงบประมาณ
- ด้านการจัดกิจกรรมสุขภาพ
- ด้านการประเมินผล

3.5 ท่านคิดว่าการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังในการจัดการสุขภาพชุมชนโดย อสม.มีปัญหาอะไรบ้าง อย่างไร

- ด้านการจัดทำแผนสุขภาพ มีปัญหาอะไรบ้าง อย่างไร
- ด้านการจัดการงบประมาณ มีปัญหาอะไรบ้าง อย่างไร
- ด้านการจัดกิจกรรมสุขภาพ มีปัญหาอะไรบ้าง อย่างไร
- ด้านการประเมินผล มีปัญหาอะไรบ้าง อย่างไร

3.6 ท่านคิดว่าปัญหาในการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังในการจัดการสุขภาพชุมชนโดย อสม.เกิดจากสาเหตุ อะไรบ้าง อย่างไร

- ด้านการจัดทำแผนสุขภาพ เกิดจากสาเหตุ อะไรบ้าง อย่างไร
- ด้านการจัดการงบประมาณ เกิดจากสาเหตุ อะไรบ้าง อย่างไร
- ด้านการจัดกิจกรรมสุขภาพ เกิดจากสาเหตุ อะไรบ้าง อย่างไร
- ด้านการประเมินผล เกิดจากสาเหตุ อะไรบ้าง อย่างไร

3.7 ท่านคิดว่าแนวทางในการแก้ไขหรือพัฒนาการให้นำข้อมูลไปประโยชน์โดย อสม.เพื่อการจัดการสุขภาพชุมชน ควรเป็นอย่างไร

- ด้านการจัดทำแผนสุขภาพ ควรเป็นอย่างไร
- ด้านการจัดการงบประมาณ ควรเป็นอย่างไร
- ด้านการจัดกิจกรรมสุขภาพ ควรเป็นอย่างไร
- ด้านการประเมินผล ควรเป็นอย่างไร

## ภาคผนวก ง แบบสัมภาษณ์ กลุ่มผู้กำหนดนโยบายและกลุ่มอปท.

### แบบสัมภาษณ์ กลุ่ม Policy Makerและกลุ่มอปท.

เรื่อง การใช้ประโยชน์ฐานข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยอสม.

ในการจัดการสุขภาพชุมชน จ.พัทลุง

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

เพศ .....อายุ.....ปี อายุการทำงาน.....ปี  
 การศึกษา..... อาชีพ.....  
 รายได้.....บาท/ เวลาเริ่มสัมภาษณ์.....  
 วันที่..... ผู้สัมภาษณ์ .....

#### ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปขององค์กร

2.1. หน่วยงานของท่านมีวัฒนธรรมในการนำข้อมูลภาวะ โรคเรื้อรัง ไปใช้ประโยชน์  
 เพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนหรือไม่ อย่างไร

2.2 ท่านเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพชุมชนของ อสม.หรือไม่ อย่างไร

2.3 ท่านให้การสนับสนุน อสม.ในการจัดการสุขภาพชุมชนด้านใดบ้าง อย่างไร

- ด้านบุคลากร
- ด้านงบประมาณ
- ด้านวัสดุ อุปกรณ์
- ด้านการจัดการ

#### ส่วนที่ 3 แนวทางในการแก้ไขปัญหา

3.1 ท่านคิดว่าแนวทางในการแก้ไขหรือพัฒนาการใช้นำข้อมูลไปประโยชน์โดย  
 อสม.เพื่อการจัดการสุขภาพชุมชน ควรเป็นอย่างไร

- ด้านการจัดทำแผนสุขภาพ ควรเป็นอย่างไร
- ด้านการจัดการงบประมาณ ควรเป็นอย่างไร
- ด้านการจัดกิจกรรมสุขภาพ ควรเป็นอย่างไร
- ด้านการประเมินผล ควรเป็นอย่างไร

## ภาคผนวก จ แบบพินัยกรรมกลุ่มตัวอย่าง

ข้าพเจ้า นางสาวพิตรา ยู โชะ นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการจัดการระบบสุขภาพ กำลังดำเนินการวิจัยเรื่อง การใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชน โดยสมมติศึกษา : ภาวะโรคเรื้อรัง จังหวัดพัทลุง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ปัญหาอุปสรรคและแนวทางในการใช้ประโยชน์ข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในการจัดการสุขภาพชุมชน ซึ่งประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัยครั้งนี้คือ เพื่อเป็นแนวทางในการใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรังโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการจัดการสุขภาพชุมชนจังหวัดพัทลุงและสามารถนำผลที่ได้จากการศึกษามาประกอบการวางแผน สนับสนุน การดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน รวมถึงประกอบการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการใช้ประโยชน์ข้อมูลจากฐานข้อมูลสุขภาพต่างๆให้ดียิ่งขึ้น

การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของท่าน ท่านมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธ การเข้าร่วมวิจัย ระหว่างการตอบแบบสอบถามหากท่านรู้สึก อึดอัด หรือไม่สบายใจ ท่านสามารถยุติ การให้ข้อมูลได้ทันที โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อท่านทั้งสิ้น ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จากท่านจะถูกเก็บไว้เป็น ความลับ และข้อมูลจะถูกนำเสนอในภาพรวม หากท่านมีข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามดิฉัน นางสาวพิตรา ยู โชะ โทรศัพท์ 084-8469430 หรือที่สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์(สจรส.ม.อ.) โทรศัพท์ 074-282900-2 ได้ตลอดเวลา

พิตรา ยู โชะ  
ผู้วิจัย

### ภาคผนวก ฉ รายงานผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ

รายงานผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแบบสอบถามการวิจัยเรื่องการใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรณีศึกษา: ภาวะโรคเรื้อรัง จังหวัดพัทลุง

- |                       |  |
|-----------------------|--|
| 1. ดร.ชอพียะห์ นิมะ   | อาจารย์ประจำสถาบันการจัดการระบบสุขภาพ<br>ภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 2. นพ.เดชา แซ่หลี     | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเทพา   |
| 3. นพ.สงกรานต์ ไหมชุม | นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)<br>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา  |

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล นางสาวพิศรา ยูโซะ

รหัสประจำตัวนักศึกษา 5510024006

วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
วิทยาศาสตร์บัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)	มหาวิทยาลัยทักษิณ	2552

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช

การเผยแพร่ผลงาน

พิศรา ยูโซะ, วรสิทธิ์ ศรีศรีวิชัย, อภรณ์ทิพย์ บัวเพ็ชร. 2559. การใช้ประโยชน์ข้อมูลภาวะโรคเรื้อรัง  
เพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพัทลุง.  
นำเสนอปากเปล่า ในประชุมวิชาการระดับชาติ มหาวิทยาลัยราชภัฏกลุ่มศรีอยุธยา ครั้งที่ 7  
เรื่อง “วิจัย สร้างองค์ความรู้ใหม่ รับผิดชอบต่อสังคม.” วันที่ 7-8 กรกฎาคม 2559 ณ มหาวิทยาลัย  
ราชภัฏพระนครศรีอยุธยา.