

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องมีลักษณะงานเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนา)

๑. เรื่อง การพัฒนาการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคตาบอดลงน้ำเย็น อำเภอแสวงหา จังหวัดอ่างทอง

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๗ ถึง ๓๑ มกราคม ๒๕๖๘

ระยะเวลาในการจัดทำรูปเล่ม ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘ ถึง ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขตั้งแต่ปี ๒๕๕๑ ทำให้มีประสบการณ์ในการเป็นผู้ปฏิบัติงานด้านวิชาการ รวมถึงการวิเคราะห์ วางแผน และประเมินผลในงานด้านสาธารณสุข ประกอบกับดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังน้ำเย็น

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ ความสำคัญของปัญหา

การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีน เป็นวิธีการป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพสูง และมีความคุ้มค่ามากที่สุด โดยในประเทศต่างๆ รวมทั้งประเทศไทย ใช้การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเป็นเครื่องมือในการป้องกันและการควบคุมโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญ เช่น โปлио คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก หัด คางทูม หัดเยอรมัน วัณโรค ไข้สมองอักเสบเจอี พิษสุนัขบ้า และไข้หวัดใหญ่ เป็นต้น ที่ผ่านมามีประเทศต่างๆ ได้ร่วมกันทำการกวาดล้างโรคไข้ทรพิษให้หมดไปจากโลกด้วยการฉีดวัคซีนป้องกันเป็นผลสำเร็จ และองค์การอนามัยโลกได้ประกาศการปลอดไข้ทรพิษในปี ๒๕๒๓ ในปัจจุบันประเทศต่างๆ ทั่วโลกกำลังร่วมมือกวาดล้าง โรคโปลิโอ ซึ่งคาดว่าจะประสบความสำเร็จในระยะเวลาอันใกล้ในอนาคตโรคติดต่ออีกจำนวนมากจะได้รับการป้องกันและควบคุมได้ดีขึ้น เมื่อสามารถพัฒนาและผลิตวัคซีนป้องกันได้สำเร็จ (กองโรคป้องกัน ด้วยวัคซีน กรมควบคุมโรค, ๒๕๖๒)

ปี ๒๐๑๖ เด็กทารกแรกเกิด ทั่วโลก จำนวน ๑๒.๙ ล้านคน ไม่เคยได้รับวัคซีนชนิดใดๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศด้อยพัฒนาหรือประเทศที่มีรายได้น้อย เช่น แอฟริกา โซมาเลีย ซีเรีย และไนจีเรีย เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กทารกแรกเกิดทั่วโลก จำนวน ๖.๖ ล้านคน ได้รับวัคซีนคอตีบ - บาดทะยัก - ไอกรน (Diphtheria – Tetanus – Pertussis (DTP)) โด๊สแรก จะไม่ได้รับวัคซีน DTP ครบ ๓ โด๊ส ซึ่งส่งผลให้เด็ก มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค และอาจทำให้เสียชีวิตได้ การให้วัคซีนจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งในการ สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคให้กับเด็กอายุน้อยกว่า ๑ ปี โดยในแต่ละปี พบว่าประมาณร้อยละ ๘๕ ของเด็กทั่วโลกได้รับวัคซีนเพื่อช่วยชีวิต แต่ก็มีเด็กเกิดใหม่ประมาณ ๑ ใน ๕ ของเด็กแรกเกิดทั้งหมด หรือประมาณ ๑๙.๓ ล้านคนที่ไม่ได้รับวัคซีน ซึ่งยังพบว่าตั้งแต่ปี ค.ศ. ๒๐๐๐ เป็นต้นมา มีเด็กประมาณ ๑๕.๖ ล้านคนที่เสียชีวิต จากโรคที่สามารถป้องกันได้ (United Nations International Children's-Emergency Fund (UNICEF), ๒๐๑๕) ในระยะเวลา ๑๐ ปีที่ผ่านมา ได้พบว่ามีความไม่เท่าเทียมกันใน childhood immunization coverage ในประเทศที่มีรายได้น้อยและประเทศที่มีรายได้ปานกลางซึ่งยังเป็นปัญหาสำคัญที่จะต้องได้รับการแก้ไขโดยการลดความไม่เท่าเทียมเรื่องที่เกี่ยวข้องกับฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว การศึกษาของมารดา (กองโรคป้องกันด้วยวัคซีน กรมควบคุมโรค, ๒๕๖๓)

ประเทศไทยโดยกระทรวงสาธารณสุขได้มีการบริการวัคซีนขั้นพื้นฐานตามช่วงอายุที่เหมาะสม เพื่อสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคแก่เด็กกลุ่มเป้าหมายที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยทุกคน ตามสิทธิประโยชน์พื้นฐานในบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ภายใต้คำแนะนำของคณะกรรมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ซึ่งสำหรับโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนที่ให้บริการมีวัคซีน ๑๑ ชนิด ได้แก่ วัคซีนป้องกันวัณโรค (BCG) วัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบี (HB) วัคซีนรวมป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน-ตับอักเสบบี-อีบี (DTP-HB-Hib) วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอชนิดรับประทาน (OPV) วัคซีนโรต้า (Rota) วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอชนิดฉีด (IPV) วัคซีนรวมป้องกันหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน (MMR) วัคซีนป้องกันโรคไข้สมองอักเสบเจอีชนิดเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์ (LAJE) วัคซีนรวมป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน (DTP) วัคซีนป้องกัน

มะเร็งปากมดลูกจากเชื้อเอชพีวี (HPV) และวัคซีนรวมป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก (dT) ซึ่งป้องกันทั้งหมด ๑๓ โรค ได้แก่ โรคตับอักเสบบี วัณโรค โรคคอตีบ โรคบาดทะยัก โรคไอกรน โรคฮิบ โรคโปลิโอ โรคอุจจาระร่วงจากเชื้อไวรัสโรต้า โรคหัด โรคหัดเยอรมัน โรคคางทูม โรคไข้มองอักเสบเฉียบ และมะเร็งปากมดลูกจากเชื้อเอชพีวี และกำหนดให้วัคซีนในผู้ใหญ่ ได้แก่ วัคซีนรวมป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก (dT) วัคซีนป้องกันโรคไข้มองอักเสบเฉียบ (Influenza) วัคซีนรวมป้องกันโรคหัด-หัดเยอรมัน (MR) และวัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบี (HB) (กำหนดการให้วัคซีนตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ของกระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๖)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง ทำการสำรวจความครอบคลุมการได้รับวัคซีนพื้นฐานในปี ๒๕๖๕ พบว่ากลุ่มเด็กอายุ ๑, ๒, ๓ และ ๕ ปี ของจังหวัดอ่างทอง ได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์อายุ มีความครอบคลุมร้อยละ ๗๘.๐๙, ๗๕.๙๘, ๖๖.๖๗ และ ๗๔.๕๗ ตามลำดับ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแสวงหา ทำการสำรวจความครอบคลุมการได้รับวัคซีนพื้นฐานในปี ๒๕๖๕ พบว่ากลุ่มเด็กอายุ ๑, ๒, ๓ และ ๕ ปี ของอำเภอแสวงหา ได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์อายุ มีความครอบคลุมร้อยละ ๕๑.๕๕, ๖๐.๑๑, ๔๗.๔๖ และ ๗๐.๕๖ ตามลำดับ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังน้ำเย็น ทำการสำรวจความครอบคลุมการได้รับวัคซีนพื้นฐานในปี ๒๕๖๕ พบว่า กลุ่มเด็กอายุ ๑, ๒, ๓ และ ๕ ปี ของอำเภอแสวงหา ได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์อายุมีความครอบคลุมร้อยละ ๓๓.๓๓, ๔๑.๑๘, ๒๗.๐๓ และ ๖๐.๐๐ ตามลำดับ ซึ่งยังไม่ครอบคลุมตามตัวชี้วัดของงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยกลุ่มเป้าหมายต้องมีความครอบคลุมของวัคซีนไม่ต่ำกว่า ร้อยละ ๙๐ สาเหตุส่วนใหญ่ของการไม่ได้รับวัคซีนทุกกลุ่มอายุ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ไม่ได้นัดการรับวัคซีนครั้งต่อไปและผู้ปกครองจำวันฉีดไม่ได้เมื่อพ้นกำหนดฉีดแล้วจึงไม่พาเด็กไป

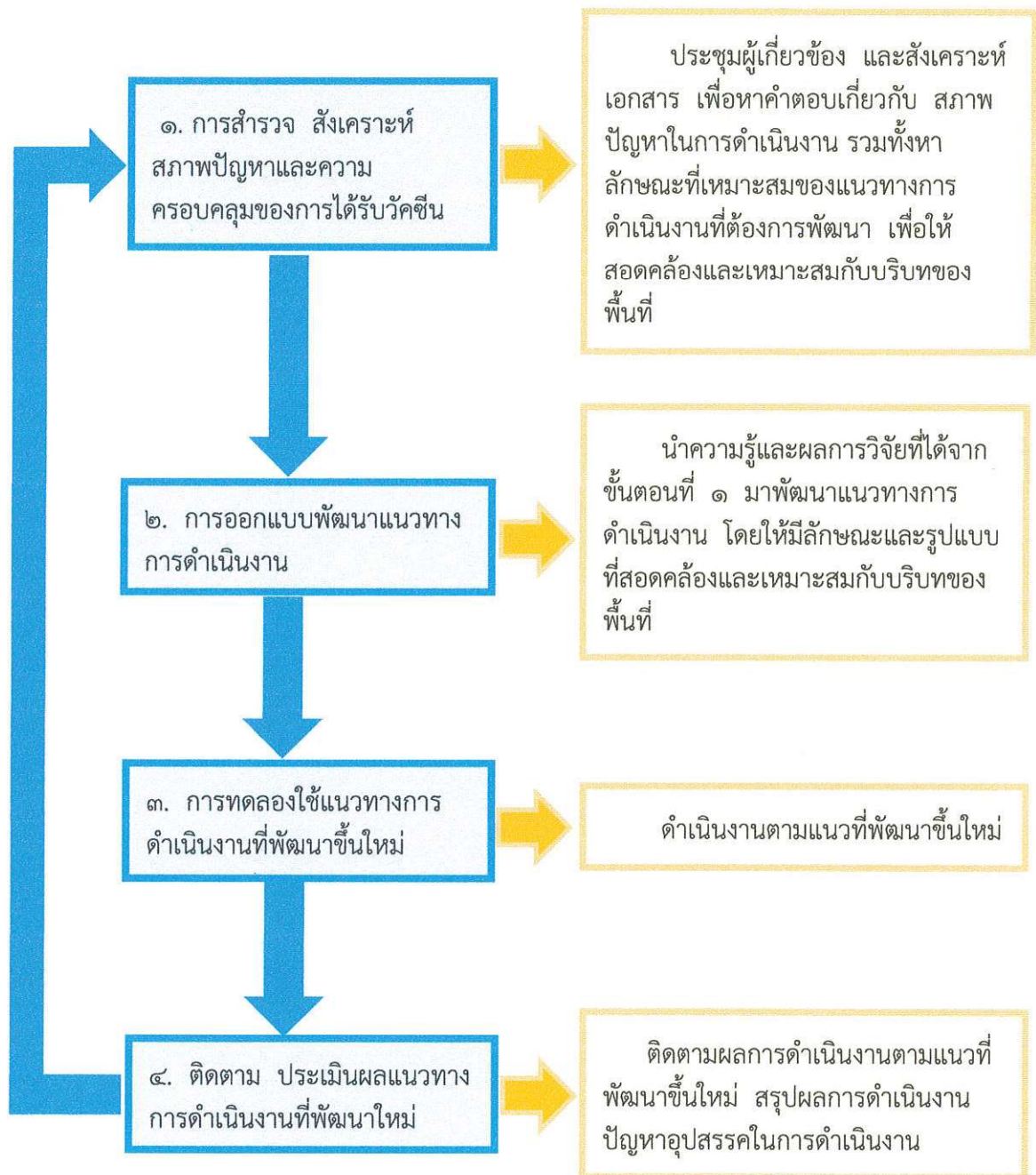
ผู้ศึกษาในฐานะที่เป็นบุคลากรที่มีภารกิจในด้านการป้องกันและควบคุมโรค ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังน้ำเย็น อำเภอแสวงหา จังหวัดอ่างทอง จึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาการดำเนินการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคตำบลวังน้ำเย็น เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์อายุ และมีความครอบคลุมของวัคซีนไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๙๐ เป็นไปตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข อันมีผลทำให้ประชาชนในตำบลวังน้ำเย็นมีสุขภาพที่ดีและปลอดภัยจากโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนต่อไป

๔.๒ วัตถุประสงค์การวิจัย

๑. เพื่อศึกษาปัญหาในการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคตำบลวังน้ำเย็น อำเภอแสวงหา จังหวัดอ่างทอง

๒. เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานใหม่ของงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยทรัพยากรที่มีอยู่ในปัจจุบัน

๔.๓ กรอบแนวคิดในการวิจัย



๔.๔ ขอบเขตการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ผสมผสานการวิจัยเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ มุ่งนำผลที่ได้จากการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติพัฒนา และใช้ปรับปรุงการดำเนินงานการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในพื้นที่ตำบลวังน้ำเย็น โดยมีการปรับปรุงเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วยผู้ที่เกี่ยวข้อง ในการดำเนินงานการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของตำบลวังน้ำเย็น อำเภอแสวงหา จังหวัดอ่างทอง คัดเลือกโดยเลือกทั้งหมด ระหว่างวันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๗ ถึง ๓๑ มกราคม ๒๕๖๘

๔.๕ พื้นที่ทำการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ทำในพื้นที่ตำบลวังน้ำเย็น อำเภอแสวงหา จังหวัดอ่างทอง เนื่องจากผลการดำเนินงาน สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ของตำบลวังน้ำเย็นมีความครอบคลุมวัคซีน กลุ่มเด็กอายุ ๑ ปี, ๒ ปี, ๓ ปี และ ๕ ปี ร้อยละ ๓๓.๓๓, ๔๑.๑๘, ๒๗.๐๓ และ ๖๐.๐๐ ตามลำดับ ซึ่ง

กรมควบคุมโรคมีเป้าหมายในการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในกลุ่มเด็กอายุ ๐-๕ ปี ให้ความครอบคลุมวัคซีน ร้อยละ ๙๐ ขึ้นไป

๔.๖ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ทำการศึกษาในผู้ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค พื้นที่ตำบลวังน้ำเย็น อำเภอแสวงหา จังหวัดอ่างทอง ระหว่างวันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๗ ถึง ๓๑ มกราคม ๒๕๖๘ ผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยผู้เกี่ยวข้อง จำนวน ๓ กลุ่ม ได้แก่ ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ๕ คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ๙๐ คน ผู้ปกครองเด็ก ๒๕ คน คัดเลือกโดยเลือกทั้งหมด ๑๒๐ คน

๔.๗ ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยแบ่งการศึกษาออกเป็น ๔ ขั้นตอน ดังนี้

๑. การสำรวจสังเคราะห์สภาพปัญหา และความต้องการ

๑.๑ จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนางานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ซึ่งประกอบด้วยผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุข

๑.๒ สำรวจสังเคราะห์สภาพปัญหา และความต้องการ วิเคราะห์รูปแบบเดิมของการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และผลการดำเนินงานที่ผ่านมาร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง เพื่อหาจุดหรือประเด็นที่ต้องการปรับปรุงแก้ไข

๒. การออกแบบรูปแบบการพัฒนาการดำเนินงาน

ผู้วิจัยทำการศึกษาวรรณกรรม ทั้งทฤษฎี หลักการ นโยบาย แผนงาน และแนวทางการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง แล้วนำมาประยุกต์ในการพัฒนารูปแบบใหม่

๓. การนำรูปแบบไปใช้ในการพัฒนาการดำเนินงาน

นำรูปแบบใหม่ที่ได้จากการประยุกต์ใช้ความรู้ ทฤษฎี ความต้องการของผู้ปฏิบัติ และแนวทางปฏิบัติเดิมมาใช้ในการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังน้ำเย็น โดยมีการติดตามผลการดำเนินงาน พร้อมแก้ไขปัญหาที่พบเป็นระยะ เพื่อให้ได้รูปแบบที่มีประสิทธิภาพและใช้ได้จริงในการดำเนินงาน

๔. สรุปผลการพัฒนาการดำเนินงานตามรูปแบบใหม่

สรุปผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และแนวทางการแก้ไขเป็นระยะ และสรุปผลการดำเนินงานพร้อมทั้งรูปแบบใหม่หลังใช้ในการดำเนินงาน

๔.๘ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย การสนทนากลุ่ม (Group Discussion Guideline) ทะเบียนติดตามเด็ก ๐-๕ ปี, สมุดบันทึกอนามัยแม่และเด็ก, โปรแกรม HOSxP XE PCU, รายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข และผลการดำเนินงานตามรูปแบบใหม่ที่ใช้ในการดำเนินงาน

๔.๙ การเก็บรวบรวมข้อมูล

๑. ข้อมูลเชิงปริมาณ เก็บข้อมูลของการได้รับวัคซีนกลุ่มเป้าหมาย จากทะเบียนติดตามเด็ก ๐-๕ ปี ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังน้ำเย็น, สมุดบันทึกอนามัยแม่และเด็ก, และติดตามผลการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในโปรแกรม HOSxP XE PCU และรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข

๒. ข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลจากการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค แนวทางการแก้ไข และการปรับปรุงหลังจากการนำรูปแบบใหม่มาใช้ในการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

๔.๑๐ การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย

๑. ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลการได้รับวัคซีนของกลุ่มเป้าหมาย และความครอบคลุมวัคซีนของเด็ก ๐-๕ ปี ใช้วิธีการบรรยายข้อมูล และค่าสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย และร้อยละ

๒. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลจากการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และแนวทางในการปรับปรุงแก้ไข หลังจากนำรูปแบบใหม่มาใช้ในการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ข้อมูลที่ได้หลังจากที่ตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนของข้อมูล แล้วจึงนำมาแยกเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นปัญหา จากนั้นทำการตีความหมายของข้อมูลที่ได้ ซึ่งทั้งหมดนั้นเป็นการวิเคราะห์จากเนื้อหาของข้อมูล (Content Analysis) เพื่อสรุปเชื่อมโยงความสัมพันธ์ และเหตุผลในประเด็นปัญหาที่ต้องการศึกษา

๔.๑๑ การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ดำเนินการเสนอโครงร่างวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง (รหัสโครงการวิจัย

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ผลงานวิจัยการพัฒนาการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคตำบลวังน้ำเย็น อำเภอแสวงหา จังหวัดอ่างทอง จำนวน ๑ เรื่อง

๕.๒ ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

๕.๒.๑ ได้ทราบปัญหาในการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่ผ่านมา

๕.๒.๒ ได้รูปแบบใหม่ของการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่ได้ผ่านการนำไปใช้จริงในพื้นที่แล้ว รวม ๓ ปี

๕.๒.๓ ได้ประสบการณ์ในการดำเนินงานพัฒนางานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคอย่างต่อเนื่อง รวม ๓ ปี

๕.๒.๔ ได้ข้อมูลเกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน และผลการดำเนินงานพัฒนางานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคอย่างต่อเนื่อง รวม ๓ ปี

๕.๒.๕ ได้ความรู้จากการปฏิบัติจริงที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในด้านการวิเคราะห์ การกำหนดตัวชี้วัด การสร้างเครื่องมือวัดและการวัดผลการดำเนินงาน การประเมินผลการดำเนินงาน และการพัฒนาต่อเนื่อง

๕.๒.๖ ได้ความคิดที่สร้างสรรค์ และประสบการณ์จริงในการพัฒนางานด้วยทรัพยากรที่มีอยู่

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ สำหรับหน่วยงาน ควรนำแนวคิด แนวทาง และวิธีการ ที่ใช้ในการดำเนินงานการวิจัยครั้งนี้ ไปเป็นบทเรียนตัวอย่างของการพัฒนาที่ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยสามารถนำไปใช้ในการวางแผน และใช้ในการดำเนินงานในการพัฒนาบุคลากร และงานทั้งหลายของหน่วยงานได้อย่างน่าภาคภูมิใจ ซึ่งนำไปสู่ความเจริญก้าวหน้าของหน่วยงาน/องค์กร ยิ่งๆ ขึ้น

๖.๒ สนับสนุนและส่งเสริมการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในการพัฒนาต่อไป

๖.๓ สำหรับผู้ที่สนใจเสนอแนะให้ศึกษาแนวคิด หลักการ และวิธีการที่ใช้ในการวิจัยนี้ให้เข้าใจอย่างถ่องแท้ ถึงวิธีปฏิบัติอย่างเป็นขั้นตอน ก่อนนำไปประยุกต์ให้สอดคล้องกับบริบท

๗. ความยุ่งยากและข้อขัดข้องในการดำเนินการ

๗.๑ การรวมตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีอาชีพหลัก จึงมีเวลาร่วมที่ไม่ตรงกันบางคนไม่สามารถมาได้ในวันนัด

๗.๒ การแสดงความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเข้ากลุ่ม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่กล้าแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

การเก็บความครอบคลุมวัคซีน เมื่อไปรับบริการสถานพยาบาลเอกชนที่ลงข้อมูลไม่ครบในบางส่วน จึงเป็นปัญหาในการบันทึกผลและการวิเคราะห์ข้อมูล

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ ควรพัฒนาให้ครอบคลุม “ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน” ทั้ง ๕ ด้าน คือ ในด้านปริมาณงานที่ทำและที่ได้รับจากการดำเนินงาน ด้านคุณภาพของผลการดำเนินงาน ด้านระยะเวลา และแรงงานที่ใช้ในการปฏิบัติงาน ด้านความพึงพอใจของผู้ที่เกี่ยวข้อง และด้านเศรษฐศาสตร์ของการดำเนินงาน

๙.๒ ควรทำวิจัยและพัฒนา (R&D) เรื่องการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่ดี และมีประสิทธิภาพสูงอย่างยั่งยืน

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี) เผยแพร่ทางเว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง

(<http://atg-h.moph.go.th/node/๙๔>)

๑๑. สักส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ)

นายธานี ตันตुरु้งเรือง เป็นผู้ดำเนินการเอง ๑๐๐%

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑) สักส่วนของผลงาน..... (ระบุร้อยละ)

๒) สักส่วนของผลงาน..... (ระบุร้อยละ)

๓) สักส่วนของผลงาน..... (ระบุร้อยละ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

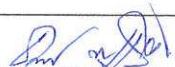
(นายธานี ตันตुरु้งเรือง)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

(วันที่) ๑๖ / ตุลาคม / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นายธานี ต้นตุงเรือง	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นายไพรัตน์ แก้วรัตนศิริโพธิ์)

(ตำแหน่ง) สาธารณสุขอำเภอแสวงหา

(วันที่) ๑๖ / ตุลาคม / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นายทริโชค โรจนอารัมภกุล)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง..

(วันที่) 2.5 ต.ค. 2567

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑
โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมและป้องกันปัญหาด้านสุขภาพจิตในเด็กและวัยรุ่นตำบลวังน้ำเย็น อำเภอสว่างหา จังหวัดอ่างทอง

๒. หลักการและเหตุผล

องค์ประกอบหนึ่งของสุขภาพนอกจากสุขภาพทางกายแล้ว ยังมีสุขภาพจิตซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของมนุษย์ สุขภาพจิตที่ดีเป็นรากฐานในการพัฒนาคนและประเทศชาติ ซึ่งในสภาวะปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากทั้งทางด้านเศรษฐกิจ การเมือง สังคม และสภาพแวดล้อม

ปัญหาสุขภาพจิตโดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาซึมเศร้าในวัยรุ่นเป็นปัญหาที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจากการศึกษาของวิมลวรรณ ปัญญาอ่อน และคณะ (๒๕๖๓) ที่ได้สำรวจข้อมูลวัยรุ่นอายุระหว่าง ๑๑ - ๑๙ ปีทั่วประเทศ จำนวนทั้งสิ้น ๕,๓๔๕ คน ระหว่างเดือนมิถุนายนกันยายน พ.ศ. ๒๕๖๑ พบว่าวัยรุ่นกลุ่มตัวอย่างจำนวน ๒ ใน ๓ มีภาวะซึมเศร้า โดยแบ่งเป็นซึมเศร้าเล็กน้อย ๔๙.๘% ซึมเศร้าปานกลาง ๑๓.๒% ซึมเศร้ามาก ๓.๒% และซึมเศร้ารุนแรง ๐.๗% โดยเพศหญิงจะมีความเสี่ยงเป็นภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย และกลุ่มตัวอย่างจำนวนร้อยละ ๒๐.๕ เคยคิดอยากตาย ร้อยละ ๕.๑ เคยคิดฆ่าตัวตาย และร้อยละ ๖.๔ เคยพยายาม ฆ่าตัวตาย

ในสองทศวรรษที่ผ่านมาพบว่าปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในวัยรุ่น (Collishaw, Maughan, Natarajan, & Pickles, ๒๐๑๐; Lawrence et al., ๒๐๑๕) และเรื้อรังถึงวัยผู้ใหญ่ส่งผลกระทบต่อในการดำเนินชีวิตและครอบครัวของผู้ป่วย โดยการเจ็บป่วยทางจิตเป็นส่วนหนึ่งของภาวะโรคทำให้คุณภาพชีวิตของบุคคลลดลงถึงร้อยละ ๑๐.๐๐ (American Psychiatric Association, ๒๐๑๙) แม้ว่าวัยรุ่นจะได้รับการกล่าวถึงว่ามีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายซึ่งหูดหดแต่อารมณ์ตามธรรมชาติของวัยรุ่นเกิดจากการเปลี่ยนแปลงฮอร์โมนและระดับฮอร์โมนเร้าที่ชัดเจนได้แตกต่างกับสภาวะอารมณ์ไม่คงที่ (mood swings: MS) ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับพยาธิสภาพทางจิต สภาวะอารมณ์ไม่คงที่พบได้ตั้งแต่วัยรุ่นแต่อารมณ์ประเภทนี้ระดับฮอร์โมนเร้าได้ไม่ชัดเจนทำให้มีปัญหาเรื้อรังต่อเนื่องเป็นเวลานาน โดยพบสภาวะอารมณ์ไม่คงที่สูงในผู้มีความเสี่ยงต่อสุขภาพจิตและผู้ป่วยจิตเวช (Marwaha, Parsons, Flanagan, & Broome, ๒๐๑๓) โดยในการศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยจิตเวชต่างประเทศพบว่า ส่วนใหญ่มีการรับรู้ความผิดปกติที่เป็นสัญญาณเตือนก่อนการเจ็บป่วยทางจิตรุนแรงคือ มีสภาวะอารมณ์ไม่คงที่ (mood swings: MS) โดยพบหรือสังเกตได้ตั้งแต่วัยรุ่นถึงผู้ใหญ่ตอนต้น (๑๒ - ๒๔ ปี) แต่ไม่ได้เข้ารับบริการสุขภาพจิต บางคนอาจรู้สึกทุกข์ทรมานกับความผิดปกติทางสภาวะอารมณ์ไม่คงที่ จึงใช้สารเสพติด แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว หรือใช้ความรุนแรงเพื่อบรรเทาอารมณ์ความรู้สึกทุกข์ทรมานทั้งมีอาการรุนแรงมากขึ้นถึงได้รับการวินิจฉัยการเจ็บป่วยทางจิตรุนแรงใน ๒ - ๑๐ ปี ต่อมา (Parker, & Fletcher, ๒๐๑๓; Fulford et al, ๒๐๑๔; Inoue, Inagaki, Kimura, & Shirakawa, ๒๐๑๔; Leopold et al, ๒๐๑๔; Patel et al., ๒๐๑๕; Peters, Balbuena, Baetz, Marwaha, & Bowen, ๒๐๑๕; Güclü et al., ๒๐๑๕; Serra et al., ๒๐๑๕; Woo et al., ๒๐๑๕) ประกอบกับสภาพสังคมในปัจจุบันที่ตกอยู่ในกระแสวัตถุนิยม เน้นการแก่งแย่งเอาตัวรอด ทำให้วัยรุ่นต้องประสบปัญหาต่าง ๆ มากมายจนก่อให้เกิดปัญหาสังคมในปัจจุบันภายใต้สถานการณ์ดังกล่าว

การดำเนินงานส่งเสริมป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่นจึงเป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากวัยรุ่นควรเป็นวัยที่ได้รับคำปรึกษาชี้แนะ ส่งเสริม ป้องกัน บำบัด และฟื้นฟูสุขภาพจิต ซึ่งระบบการดูแลที่ดีนั้นจะส่งผลต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตอย่างทันทั่วทั้งที่ลดความเสี่ยงและปัญหาสุขภาพจิตได้ในอนาคต

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๑ บทวิเคราะห์

จากรายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ พบผลการสำรวจทางระบาดวิทยาขององค์การอนามัยโลกเมื่อปี ๒๐๐๑ รายงานว่ามีความชุกของความผิดปกติทางจิตเวชในเด็กและวัยรุ่นอยู่ที่ประมาณร้อยละ ๒๐ และในจำนวนร้อยละ ๒๐ นี้มีเด็กและวัยรุ่นที่มีความผิดปกติทางจิตเวชและวัยรุ่นที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลและบำบัดรักษาด้วยบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขอยู่ที่ประมาณร้อยละ ๕-๖ (WHR,๒๐๐๑)

การดำเนินงานส่งเสริมป้องกันปัญหาที่มีผลกระทบต่อสุขภาพจิตในเด็กและวัยรุ่น ด้านจิตสังคม พัฒนาการทางด้านพฤติกรรมบุคลิกภาพและจิตใจที่สั่งสมมาตั้งแต่เด็ก เป็นผลมาจากการเลี้ยงดูของพ่อแม่หรือผู้ดูแลอื่นๆ พบเด็กบางคนขาดโอกาสในการเรียนรู้และมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับพ่อแม่หรือผู้ดูแลอื่นๆ ทำให้เกิดปัจจัยเสี่ยงเรื่องสติปัญญาและความฉลาดทางอารมณ์ พบว่าสถานการณ์ในพื้นที่ตำบลวังน้ำเย็นมีคะแนนสติปัญญา (IQ) เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ ๑ พ.ศ.๒๕๖๕ เฉลี่ยเท่ากับ >๑๐๐ ขณะที่ระดับความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) พบด้านที่มีปัญหา คือด้านการปรับตัวต่อปัญหาและความเครียดหรือรันท ความเสี่ยงต่อการพัฒนาการล่าช้า ในเด็ก ๐-๕ ปี พบมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ ๒๐.๑๖ ด้านชีวภาพ ซึ่งเกิดขึ้นภายในของบุคคล เป็นผลมาจากสภาวะของร่างกายที่แตกต่างกัน ในพื้นที่ตำบลวังน้ำเย็นพบเด็ก ๐-๕ ปี สูงตีสมส่วนเท่ากับร้อยละ ๖๐.๑๒ ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ร้อยละ ๑๘.๗๕

จากข้อมูลสถานการณ์ปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัย ประกอบกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุข จึงได้จัดทำแผนการดำเนินงานการพัฒนารูปแบบการในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาด้านสุขภาพจิตในเด็กและวัยรุ่นตำบลวังน้ำเย็น อำเภอแสวงหา จังหวัดอ่างทองขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพจิตในเด็กและวัยรุ่นโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

๓.๒ แนวความคิด

การดำเนินงานส่งเสริมและป้องกันปัญหาด้านสุขภาพจิตในเด็กและวัยรุ่นในชุมชนเป็นกลไกที่สำคัญในการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในเด็กและวัยรุ่น โดยการมีส่วนร่วมในทุกภาคส่วนนับว่าเป็นสิ่งสำคัญทั้งตัวเด็ก/วัยรุ่นเอง ครอบครัว โรงเรียน ชุมชน และสถานบริการสุขภาพ โดยแนวคิดรูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชน (Public Participation) ของสถาบันพระปกเกล้า (๒๕๖๕) มีรายละเอียดดังนี้

การมีส่วนร่วมของประชาชน คือ กระบวนการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานพัฒนา ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจแก้ปัญหาของตนเอง ร่วมใช้ความคิดสร้างสรรค์ความรู้และความชำนาญร่วมกับวิทยากรที่เหมาะสม และสนับสนุนติดตามผลการปฏิบัติงานขององค์กรและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องการมีส่วนร่วมของประชาชนที่แท้จริง จึงหมายถึง การที่ประชาชนหรือชุมชนพัฒนาขีดความสามารถของตนเองในการจัดการและควบคุมการใช้ ทรัพยากร และปัจจัยการผลิตที่มีอยู่ในสังคม เพื่อประโยชน์ต่อการดำรงชีพทางเศรษฐกิจและสังคม และการตัดสินใจ ต่างๆเกี่ยวกับโครงการที่เหมาะสมและเป็นที่ยอมรับร่วมกันกลยุทธ์การประชาสัมพันธ์โดยเน้นการมีส่วนร่วมของ ประชาชน (Public Participation) เป็นแนวความคิดใหม่ที่มีรากฐานมาจากแนวคิดของระบอบประชาธิปไตย เป็น กระแสของความคิดที่ทำให้ผู้คนในสังคมตระหนักว่าการดำเนินกิจการใด ๆ ก็ตามผู้ที่ได้รับผลกระทบและมีส่วนได้ เสียควรเป็นผู้มีโอกาสได้แสดงความคิดเห็นและเสนอแนะความคิดการปฏิบัติงานประชาสัมพันธ์ในยุคปัจจุบันจึงต้อง ประยุกต์แนวคิดให้ตอบรับกับแนวคิดประชาธิปไตย โดยต้องสร้างกระบวนการรับฟังความคิดเห็นจากประชาชนอื่น เป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงาน และเป็นส่วนสำคัญของแนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ประชาชนกลุ่มที่มีส่วนได้เสียและได้รับผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ดังนั้น การพัฒนาจึงเริ่มจากความต้องการของ ชุมชนแทนความต้องการของ

หน่วยงานภาครัฐรูปแบบของการมีส่วนร่วม การที่ประชาชนภายในพื้นที่ที่มีการรวมกลุ่ม ในรูปของประชาคม หรือชุมชน ซึ่งเป็นแนวคิดที่สนับสนุน ความเข้มแข็งของชุมชนและสังคม โดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน ให้ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมแก้ไขปัญหา ซึ่งการแก้ไขปัญหาที่จำเป็นต้องมีความร่วมมือทำพร้อมๆ กันใน ทุกระดับ ต้องระดมทุกองค์ประกอบในสังคม โดยเฉพาะชุมชน เพื่อเสริมสร้างความเป็นชุมชนให้มีความเข้มแข็ง สามารถ แก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ด้วยตนเอง รูปแบบของการมีส่วนร่วมที่ดำเนินอยู่โดยทั่วไป สามารถสรุปได้เป็น ๔ รูปแบบ คือ

๑. การรับรู้ข่าวสาร (Public Information) ประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องได้รับการแจ้งให้ทราบถึงรายละเอียดของโครงการที่จะดำเนินการ รวมทั้งผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ทั้งนี้ การได้รับแจ้งข่าวสารดังกล่าวจะต้องเป็นการแจ้งก่อนที่จะมีการตัดสินใจดำเนินโครงการ

๒. การปรึกษาหารือ (Public Consultation) เป็นรูปแบบการมีส่วนร่วมที่มีการจัดการหารือระหว่าง ผู้ดำเนินการโครงการกับประชาชนที่ เกี่ยวข้องและได้รับผลกระทบ เพื่อรับฟังความคิดเห็นและตรวจสอบข้อมูล เพิ่มเติม เพื่อให้เกิดความเข้าใจในโครงการและกิจกรรมมากขึ้น

๓. การประชุมรับฟังความคิดเห็น (Public Meeting) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนและฝ่าย เกี่ยวข้องกับโครงการหรือกิจกรรม และผู้มีอำนาจตัดสินใจในการทำโครงการหรือกิจกรรมนั้นได้ใช้เวที สาธารณะในการทำความเข้าใจ และค้นหาเหตุผลในการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมในพื้นที่นั้น ซึ่งมีหลาย รูปแบบ ได้แก่

๓.๑ การประชุมในระดับชุมชน (Community Meeting) โดยจัดขึ้นในชุมชนที่ได้รับ ผลกระทบจากโครงการ โดยเจ้าของโครงการหรือกิจกรรมจะต้องส่งตัวแทนเข้าร่วม เพื่ออธิบายให้ที่ประชุม ทราบถึงลักษณะโครงการและผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้นและตอบข้อซักถาม

๓.๒ การประชุมรับฟังความคิดเห็นในเชิงวิชาการ (Technical Hearing) สำหรับ โครงการ ที่มีข้อโต้แย้งในเชิงวิชาการ จำเป็นจะต้องเชิญผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาจากภายนอกมาช่วยอธิบาย และให้ความเห็นต่อโครงการ ซึ่งผู้เข้าร่วมประชุมต้องได้รับทราบผลดังกล่าวด้วย

๓.๓ การประชาพิจารณ์ (Public Hearing) เป็นเวทีในการเสนอข้อมูลอย่างเปิดเผยไม่มีการ ปิดบังทั้งฝ่ายเจ้าของโครงการและฝ่ายผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากโครงการ ซึ่งจะต้องมีองค์ประกอบของผู้เข้าร่วม ที่เป็นที่ยอมรับ มีหลักเกณฑ์และประเด็นในการพิจารณาที่ชัดเจน และแจ้งให้ทุกฝ่ายทราบทั่วกัน

๔. การร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) เป็นเป้าหมายสูงสุดของการมีส่วนร่วมของ ประชาชน ซึ่งประชาชนจะมีบทบาทในการตัดสินใจได้เพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับองค์ประกอบของคณะกรรมการที่เป็นผู้แทน ประชาชนในพื้นที่ลักษณะที่สำคัญของการมีส่วนร่วมว่าเป็นเรื่องของกระบวนการ

ระดับชั้นการมีส่วนร่วมของประชาชน

การแบ่งระดับชั้นการมีส่วนร่วมของประชาชนอาจแบ่งได้หลายวิธี ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ และ ความละเอียดของการแบ่งเป็นสำคัญ โดยมีข้อพึงสังเกตคือ ถ้าระดับการมีส่วนร่วมต่อจำนวนประชาชน ที่เข้า มีส่วนร่วมจะมาก และยิ่งระดับการมีส่วนร่วมสูงขึ้นเพียงใด จำนวนประชาชนที่เข้ามีส่วนร่วมก็จะลดลง ตามลำดับ ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนเรียงตามลำดับจากต่ำสุดไปหาสูงสุด ได้แก่

๑. ระดับการให้ข้อมูล เป็นระดับต่ำสุด และเป็นวิธีการที่ง่ายที่สุดของการติดต่อสื่อสารระหว่าง ผู้วางแผนโครงการกับประชาชน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ข้อมูลแก่ประชาชน โดยวิธีการต่าง ๆ เช่น การแถลงข่าว การแจกข่าวสาร และการแสดงนิทรรศการ เป็นต้น แต่ไม่เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นหรือเข้ามาเกี่ยวข้อง ใด ๆ

๒. ระดับการเปิดรับความคิดเห็นจากประชาชน เป็นระดับชั้นที่สูงกว่าระดับแรก กล่าวคือ ผู้วางแผน โครงการจะเชิญชวนให้ประชาชนแสดงความคิดเห็น เพื่อเป็นข้อมูลในการประเมินข้อดีข้อเสียของโครงการ

อย่างชัดเจนมากขึ้น เช่น การจัดทำแบบสอบถามก่อนริเริ่มโครงการต่าง ๆ หรือการบรรยายและเปิดโอกาสให้ผู้ฟังแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับโครงการนั้น ๆ เป็นต้น

๓. ระดับการศึกษาหารือ เป็นการเจรจาอย่างเป็นทางการระหว่างผู้วางแผนโครงการและประชาชน เพื่อประเมินความก้าวหน้าหรือระบุประเด็นข้อสงสัยต่าง ๆ เช่น การจัดประชุม การจัดสัมมนาเชิงปฏิบัติการ และการเปิดกว้างรับฟังความคิดเห็น เป็นต้น

๔. ระดับการวางแผนร่วมกัน เป็นระดับการมีส่วนร่วมที่ผู้วางแผนโครงการกับประชาชนมีความรับผิดชอบร่วมกันในการวางแผนเตรียมโครงการ และผลที่จะเกิดขึ้นจากการดำเนินการโครงการเหมาะที่จะ ใช้สำหรับการพิจารณาประเด็นที่มีความยุ่งยากซับซ้อนและมีข้อโต้แย้งมาก เช่น การใช้กลุ่มที่ปรึกษาซึ่งเป็น ผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง การใช้อนุญาตตุลาการเพื่อแก้ปัญหาข้อขัดแย้ง และการเจรจาเพื่อ หาทางประนีประนอมกัน เป็นต้น

๕. ระดับการร่วมปฏิบัติ เป็นระดับที่ผู้รับผิดชอบโครงการกับประชาชนร่วมกันดำเนินโครงการเป็นขั้นการนำ โครงการไปปฏิบัติร่วมกันเพื่อให้บรรลุผลตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้

๖. ระดับการควบคุมโดยประชาชน เป็นระดับสูงสุดของการมีส่วนร่วมโดยประชาชน เพื่อแก้ปัญหาข้อขัดแย้งที่มีอยู่ทั้งหมด เช่น การลงประชามติ แต่การลงประชามติจะสะท้อนถึงความต้องการของประชาชนได้ดีเพียงใด ขึ้นอยู่กับความชัดเจนของประเด็นที่จะลงประชามติและการกระจายข่าวสารเกี่ยวกับข้อดีข้อเสียของประเด็นดังกล่าว ให้ประชาชนเข้าใจอย่างสมบูรณ์และทั่วถึงเพียงพอ โดยในประเทศที่มีการพัฒนาทางการเมืองแล้ว ผลของการลง ประชามติจะมีผลบังคับให้รัฐบาลต้องปฏิบัติตาม แต่สำหรับประเทศไทยนั้น รัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันบัญญัติให้ ผล ของการประชามติมีทั้งแบบที่มีข้อยุติโดยเสียงข้างมาก และแบบที่เป็นเพียงการให้คำปรึกษาแก่คณะรัฐมนตรีซึ่งไม่มี ผลบังคับให้รัฐบาลต้องปฏิบัติตามแต่อย่างใด (มาตรา ๑๖๕)

๗. การประเมินการมีส่วนร่วมของชุมชน

จากที่ผ่านมามีการประเมินในด้านการมีส่วนร่วมของทุกภาคีเครือข่ายในชุมชน โดยใช้เกณฑ์ขององค์กรอนามัยโลก ในด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยระดับการมีส่วนร่วม หมายถึง ระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน ในด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของจังหวัดสุพรรณบุรี โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของการประเมินระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน Brager, G & Specht, H., (๑๙๗๓) และ World health organization (๒๐๐๒) ทั้งนี้ ได้จำแนกระดับของการมีส่วนร่วมของคนในเครือข่ายการดูแลสุขภาพในชุมชน ออกเป็น ๖ ระดับ ดังนี้คือ (ระดับ ๐ - ระดับ ๕)

- | | |
|---------|--|
| ระดับ ๕ | เข้าร่วมปฏิบัติในกิจกรรมดูแลสุขภาพของชุมชนอย่างสม่ำเสมอ โดยอยู่ในฐานะคณะกรรมการ หรือคณะทำงานผู้มีส่วนร่วมรับผิดชอบ กิจกรรมของเครือข่ายการดูแลสุขภาพในชุมชน |
| ระดับ ๔ | เข้าร่วมปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลสุขภาพร่วมกับชุมชนอย่างสม่ำเสมอ |
| ระดับ ๓ | เข้าร่วมปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลสุขภาพร่วมกับชุมชนแต่ไม่สม่ำเสมอ |
| ระดับ ๒ | เสนอเพียงแค่ออกความเห็นแต่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม |
| ระดับ ๑ | รับเพียงข้อมูลข่าวสาร |
| ระดับ ๐ | ไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วม |

เมื่อนำแนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชนมาประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานส่งเสริมและป้องกันปัญหาด้านสุขภาพจิตในเด็กและวัยรุ่นในชุมชนในการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในเด็กและวัยรุ่น โดยการมีส่วนร่วมในทุกภาคส่วนนับว่าเป็นสิ่งสำคัญ ทั้งตัวเด็ก/วัยรุ่นเอง ครอบครัว โรงเรียน ชุมชน และสถานบริการสุขภาพสามารถวางแผนการดำเนินการได้ดังนี้

๑. ตัวเด็ก/วัยรุ่น โดยการสร้างกลุ่มนักเรียนเข้มแข็ง มีกิจกรรม ดังนี้

๑.๑ สร้างความเข้มแข็งทางจิตใจแก่เด็ก ผูกทักษะการปฏิเสธในพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ เช่น พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การใช้สารเสพติด ความรุนแรง หรือการรู้เท่าทันในการใช้เทคโนโลยี เช่น การใช้โซเชียลเน็ตเวิร์ค เป็นต้น

๑.๒ ให้ความรู้แก่นักเรียนในการเฝ้าระวังและดูแลภาวะสุขภาพจิตของตนเองและคนในครอบครัวอย่างเหมาะสม

๑.๓ ประชาสัมพันธ์ช่องทางในการให้คำปรึกษา เช่นสายด่วนกรมสุขภาพจิต ๑๓๒๓ หรือ สมาคมสมาชิกรัตนแห่งประเทศไทย เป็นต้น ๐๒-๗๑๓-๖๗๙๓

๒. ครอบครัว สร้างโรงเรียนพ่อแม่ไม่รังแกลูก มีกิจกรรม ดังนี้

๒.๑ ให้ความรู้แก่ผู้ปกครองและครอบครัวในการเฝ้าระวังและดูแลภาวะสุขภาพจิตของตนเองและคนในครอบครัวอย่างเหมาะสม

๒.๒ เสริมสร้างเทคนิคผู้ปกครองในการสื่อสารกับลูกวัยรุ่นอย่างเหมาะสม โดยเทคนิคบันได ๖ ขั้น คือขั้นที่ ๑ เข้าใจ: เข้าใจในธรรมชาติของวัยรุ่น ขั้นที่ ๒ เปิดใจ: เปิดโอกาสเรียนรู้เรื่องลูก ขั้นที่ ๓ รับฟัง: รับฟังลูกอย่างตั้งใจไม่มีอคติ ขั้นที่ ๔ ยอมรับ: ยอมรับในตัวตนของลูก ขั้นที่ ๕ ให้ความเวลา: ให้ความสำคัญกับลูกเสมอ ขั้นที่ ๖ เป็นเพื่อน: ให้ความรักและสัมพันธ์ภาพที่ดี ขั้นที่ ๗ มีความรู้: ให้ความรู้กับลูกได้ ขั้นที่ ๘ มั่นใจ: มั่นใจที่จะคุยทุกเรื่องกับลูก และขั้นที่ ๙ พุดคุย: พุดคุยกันสม่ำเสมอ

๒.๓ เสริมสร้างเทคนิคผู้ปกครองในการสื่อสารเชิงบวก หรือสื่อสารสร้างสรรค์เพื่อสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวกับลูกวัยรุ่น

๒.๔ ประชาสัมพันธ์ช่องทางในการให้คำปรึกษา เช่นสายด่วนกรมสุขภาพจิต ๑๓๒๓ หรือ สมาคมสมาชิกรัตนแห่งประเทศไทย เป็นต้น ๐๒-๗๑๓-๖๗๙๓

๓. โรงเรียน สร้างการมีส่วนร่วมกับโรงเรียน มีกิจกรรม ดังนี้

๓.๑ ร่วมกับโรงเรียนในการคัดกรองภาวะสุขภาพจิตเชิงรุกโดยมีการคัดกรองภาวะสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น และภาวะสุขภาพจิตของพ่อแม่ผู้ปกครอง อย่างสม่ำเสมอ

๓.๒ เสริมสร้างการเฝ้าระวังโดยการให้ความรู้ในการประเมินสุขภาพจิตและภาวะเสี่ยงของนักเรียนเบื้องต้นแก่ครูแนะแนว ครูประจำชั้น และนักเรียนแกนนำในโรงเรียน เพื่อช่วยในการสอดส่องนักเรียนที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตเป็นระยะเพื่อเฝ้าระวังการเกิดปัญหา และนำไปสู่กลไกการให้คำปรึกษาหรือการบำบัดรักษาต่อไป

๓.๓ ประชาสัมพันธ์ช่องทางในการให้คำปรึกษา เช่นสายด่วนกรมสุขภาพจิต ๑๓๒๓ หรือ สมาคมสมาชิกรัตนแห่งประเทศไทย เป็นต้น ๐๒-๗๑๓-๖๗๙๓

๔. ชุมชน ให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะเสี่ยงทางด้านสุขภาพจิต และเฝ้าระวังครอบครัวและบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต โดยมีกิจกรรม ดังนี้

๔.๑ ประสานแกนนำในชุมชนเพื่อสอดส่องพฤติกรรมเสี่ยงในชุมชน เช่นการใช้สารเสพติด การใช้ความรุนแรงในครอบครัว และชุมชน เมื่อพบให้ชุมชนดำเนินการตามขั้นตอนของกฎหมาย หรือบริบทของชุมชน

๔.๒ สร้างอาสาสมัครสาธารณสุขแกนนำในการคัดกรองเด็กออกเป็น ๓ กลุ่ม คือ เด็กชาย คือ วัยรุ่นที่ปฏิบัติตามกฎระเบียบสังคมได้อย่างถูกต้อง เด็กเทา คือ วัยรุ่นที่มีความเสี่ยงทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ และสิ่งแวดล้อม และเด็กดำ คือ วัยรุ่นที่เคยปฏิบัติตัวในทางที่ผิด และให้คำแนะนำที่เหมาะสมแต่ละกลุ่มที่คัดกรอง

๔.๓ ให้ความรู้แก่ชุมชน ในการเฝ้าระวังและดูแลภาวะสุขภาพจิตของตนเองและคนในชุมชนอย่างเหมาะสม

๔.๔ ประชาสัมพันธ์ช่องทางในการให้คำปรึกษา เช่นสายด่วนกรมสุขภาพจิต ๑๓๒๓ หรือสมาคมสมาชิกริตินแห่งประเทศไทย เป็นต้น ๐๒-๗๑๓-๖๗๙๓

๕. สถานบริการสุขภาพ ให้การรักษาและดูแลวัยรุ่นที่มีปัญหาสุขภาพจิตอย่างเหมาะสม โดยมีกิจกรรม ดังนี้

๕.๑ จัดตั้ง “คลินิกวัยรุ่นจิตใส ใจสะอาด” โดยมีพยาบาลที่เชี่ยวชาญในการให้คำปรึกษา และแพทย์ ในการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิตหรือปัญหาต่าง ๆ แก่เด็กที่มีปัญหา หรือได้รับการส่งต่อมาจากโรงเรียน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ หรือชุมชน

๕.๒ ให้การวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ที่มีปัญหาตามแนวทางที่กำหนด

๕.๓ ร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินอาการ ให้กำลังใจ สนับสนุนการดูแลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง เหมาะสม

๕.๔ ส่งต่อผู้ป่วยในกรณีที่เกิดข้อขัดข้องในการดูแลต่อโรงพยาบาลศูนย์ต่อไป

๓.๓ ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

จากแนวทางการดำเนินงานจะเห็นได้ว่าปัญหาที่เกิดขึ้นต้องมีการสร้างความร่วมมือในทุกภาคส่วนให้เกิดขึ้น ดังนั้นการจะทำให้เกิดรูปแบบแนวทางดังกล่าวจำเป็นต้องสร้างการมีส่วนร่วมในทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องให้ทุกภาคส่วนเห็นความสำคัญของการดำเนินงานดังกล่าว รวมทั้งให้ทุกภาคส่วนร่วมคิดหาแนวทางในการป้องกันการเกิดปัญหาดังกล่าว แล้วจึงนำแนวคิดหรือแนวทางที่ได้จากการเสนอแนะของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องมาปรับการดำเนินกิจกรรมเพื่อให้มีความเหมาะสมและยั่งยืนของกิจกรรมที่เกิดขึ้น

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. เกิดระบบการส่งเสริมและป้องกันปัญหาด้านสุขภาพจิตในเด็กและวัยรุ่นในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ
๒. เกิดปัญหาด้านสุขภาพจิตในเด็กและวัยรุ่นในชุมชนลดลง

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. มีระบบการส่งเสริมและป้องกันปัญหาด้านสุขภาพจิตในเด็กและวัยรุ่นในชุมชนอย่างน้อย ๑ ระบบ หรือ ๑ ชุมชน
๒. มีการดำเนินงานตามระบบที่วางไว้ตามแผนการดำเนินงาน

(ลงชื่อ)

(นายธานี ดันต๊ะรุ่งเรือง)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

(วันที่) ๑๖ / ตุลาคม / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน