

ผลของหลักสูตรการเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายทางปัญญาเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชนต่อการพัฒนาสมรรถนะในการปฏิบัติงานของหมออนามัย

Effects of Capacity Building Curriculum of Intelligence Networks for Community Health Risk Factor Management on Competency-based Performance Development among Mohanamai

กรรณิกา เรืองเดช ขาวสวนศรีเจริญ^{1*} บุญเรือง ขาวนวล² และไพบุณย์ ขาวสวนศรีเจริญ¹

Kannika Ruangdej Chaosuansreecharoen^{1*} Boonruang Khaonuan² and Paiboon Chaosuansreecharoen¹

Received: April 24, 2018; Revised: June 5, 2018; Accepted: June 5, 2018

บทคัดย่อ

ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน แนวทางสาธารณสุขของประเทศไทยใช้คำ “หมออนามัย” เรียกบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานอยู่ในสถานบริการระดับปฐมภูมิ การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ 1 กลุ่มวัดก่อนและหลัง (One-Group Pretest-Posttest Design) วัดอุปประสงค์เพื่อศึกษาผลของหลักสูตรการเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายทางปัญญาเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชนต่อการพัฒนาสมรรถนะในการปฏิบัติงานของหมออนามัย กลุ่มตัวอย่าง คือ หมออนามัยที่เข้าร่วมรับการอบรมหลักสูตรการเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายทางปัญญาเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน จำนวน 27 คน ได้รับการพัฒนาศักยภาพด้วยหลักสูตรการเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายทางปัญญาเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน ประกอบด้วย (1) การฝึกอบรม จำนวน 5 ครั้ง ๆ ละ 2 - 3 วัน (2) การสนับสนุนงบประมาณในการจัดทำโครงการพัฒนาเครือข่ายทางปัญญาเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน ได้แก่ โครงการเกี่ยวกับบุหรี่ อุบัติเหตุ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และโรคเรื้อรัง (3) การเยี่ยมเสริมพลังการดำเนินโครงการพัฒนาเครือข่ายทางปัญญาเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน (4) การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อติดตามการดำเนินงานของแต่ละภาค ๆ ละ 1 ครั้งละ ๆ 2 วัน และ (5) การจัดทำสื่อสุขภาพและการนำเสนอผลงาน 2 วัน จำนวน 1 ครั้ง เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

¹ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

² คณะวิทยาศาสตร์สุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ, วิทยาเขตพัทลุง

¹ Sirindhorn College of Public Health, Trang

² Faculty of Health and Sport Science, Thaksin University, Phatthalung Campus

* Corresponding Author E - mail Address: kanni43@gmail.com

คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอ้างอิง ได้แก่ การวิเคราะห์ค่าที (t-test) ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการวิเคราะห์และประเมินผล สมรรถนะการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน สมรรถนะการประสานความร่วมมือกับบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สมรรถนะการบริหารจัดการ (ได้แก่ ความสามารถควบคุมตนเอง การมีวิสัยทัศน์ ภาวะผู้นำและการคิดอย่างมีระบบ การเป็นผู้นำ การเปลี่ยนแปลง การทำงานเป็นทีม การวางแผน การบริหารจัดการงบประมาณ และการเคารพศักดิ์ความเป็นมนุษย์) และสมรรถนะด้านวิชาการ (ได้แก่ ด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ ด้านการวิจัยจากงานประจำเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน และการจัดการความรู้ในการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน) หลังได้รับการอบรมหลักสูตรการเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายทางปัญญาเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน สูงกว่าก่อนได้รับการอบรมด้วยหลักสูตรการเสริมสร้างศักยภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ดังนั้นหลักสูตรการเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายทางปัญญาเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชนมีผลทำให้สมรรถนะที่จำเป็นการปฏิบัติงานการป้องกัน และแก้ไขปัญหาที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชนของหมออนามัยเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ : การเสริมสร้างศักยภาพ; หลักสูตรการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน; สมรรถนะในการปฏิบัติงาน; เครือข่ายหมออนามัย

Abstract

From the past until the present, public health network of Thailand has used “Mohanamai” to call health personel who works in primary health care level. This quasi-experimental research using one group (pre-posttest designed) aimed to study the effectiveness of Capacity Building Curriculum of Intelligence Networks for Community Health Risk Factor Management on competency-based performance development among Mohanamai. The samples were 27 Mohanamai who received training of Capacity Building Curriculum of Intelligence Networks for Community Health Risk Factor Management. The curriculum included (1) five-training courses with 2 - 3 days per course, (2) budget support for project implementation of community health risk factor management including tobacco, accident, achohol drinking and chronic diseaseses, (3) empowerment by visiting at community implementation with care and appreciation concepts, (4) share and learn activities for 2 days in each region and (5) health media development and presentation for 2 days. Research instrument was questionnaire developed by researchers. The data analysis included descriptive statistics: percentage, mean and standard deviation. The inferential statisticts included t-test (paired t-test). The results revealed that average posttest scores of the Mohanamai competencies in analysis and evaluation, community health risk factor management, collaboration both inside and outside institution, management (self-control, ISSN 2672-9342 (Online)

vision, leadership and systems thinking, change agent, teamwork, planning, financial planning and management and cultural competencies) and academic competency (information technology, routine to research (R2R) of community health risk factor management and knowledge management of community health risk factor management) were higher than those average pre-test scores at p-value 0.001. Thus, Capacity Building Curriculum of Intelligence Networks for Community Health Risk Factor Management had effects to enhance Mohanamai performance competencies in prevention and management of community health risk factor.

Keywords: Capacity Building; Curriculum of Intelligence Networks for Community Health Risk Factor Management; Performance Competency; Mohanamai Networks

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของโลกและสังคม ส่งผลต่อประเทศในด้านต่าง ๆ ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และสุขภาพ สังคมไทย ณ วินาทีกำลังก้าวเข้าสู่ยุค “พหุลักษณะ” เต็มตัว และกำลังเผชิญกับสิ่งท้าทายอย่างใหม่ ตัวบ่งชี้ของความท้าทายนี้คือ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ทำให้จำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ “สังคมสูงอายุ” (Aged Society) (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2557) การเปลี่ยนแปลงเป็นชุมชนกึ่งเมืองและชุมชนเมืองมากขึ้น ชีวิตความเป็นอยู่ในเมืองมีแต่ความแออัด เร่งรีบ และขาดสมดุล เช่น บริโภคมากแต่เคลื่อนไหวออกแรงน้อย (Sedentary Life Style) ขาดการออกกำลังกาย ความเครียดสูง การสูบบุหรี่และบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงขึ้น มีโรคที่เกิดจากวิถีชีวิตแบบคนเมืองมากขึ้น การเพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรัง การตายด้วยโรคไม่ติดต่อ การเกิดโรคอุบัติใหม่ ล้วนเกิดจากเหตุปัจจัยที่มีความซับซ้อนของสังคม บทเรียนที่ผ่านมา บ่งชี้ถึงผลที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและซับซ้อน ตั้งแต่การระบาดของโรคเอดส์ โรคซาร์ ไข้หวัดนก จนมาถึงไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 โรคเมอร์ส โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง อุบัติเหตุ โรคเหล่านี้ล้วนมีสาเหตุหลักจากพฤติกรรมสุขภาพในด้านต่าง ๆ ที่ไม่เหมาะสม หรือไม่ได้รับการส่งเสริมและป้องกันที่เพียงพอ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะพัฒนาระบบที่มีอยู่และสร้างกลไกใหม่ เพื่อพร้อมที่จะรับมือกับปัญหาท้าทายที่จะตามมา (ภูษิต, 2559)

หมออนามัย คือ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานอยู่ในสถานบริการระดับปฐมภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยรวมแล้วมีจำนวนมากกว่า 3 หมื่นคน กระจายอยู่ในชุมชนชนบทและชุมชนเมืองทั่วประเทศ ในอดีตหมออนามัยมีบทบาทสำคัญอย่างสูงต่อการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนและชุมชนเข้มแข็ง ทั้งในด้านการควบคุมป้องกันโรคติดต่อ การให้วัคซีนป้องกันโรคอย่างทั่วถึง ให้บริการอนามัยแม่และเด็ก การเยี่ยมบ้าน การสุขภาพิบาล การสาธารณสุขมูลฐาน และการรักษาพยาบาลเบื้องต้น การจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ ฯลฯ ด้วยจิตวิญญาณของหมออนามัยที่เข้าถึง เข้าใจ และพร้อมจะ

ทำงานเพื่อประชาชน ทำให้สามารถลดการเจ็บป่วยและการตายของประชาชนได้เป็นจำนวนมาก นับเป็นคุณูปการสำคัญของระบบสุขภาพไทยที่ผ่านมา (สุรเกียรติ, 2551)

ภายใต้บริบทของสถานการณ์ที่มีความเปลี่ยนแปลงทั้งปัญหาสุขภาพ ระบบสุขภาพทั้งในมิติทางการแพทย์และการสาธารณสุขกำลังปรับตัวความ และจะมีการปรับตัวไปอีกมากและเร็วกว่าที่ผ่านมาที่ชัดเจนคือ ระบบและโครงสร้างการให้บริการสุขภาพที่มีแนวโน้มไปสู่การกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการพัฒนาแนวคิดและรูปแบบของสถานบริการจากสถานอนามัย เป็นศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์การแพทย์ชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แต่ยังคงทำหน้าที่เป็นสถานบริการสาธารณสุขด้านหน้าอยู่เช่นเดิม ยังคงเป็นที่พึ่งของพี่น้องประชาชนในชุมชนทั่วประเทศ ยังคงทำงานแบบผสมผสานทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งจัดการปัจจัยเสี่ยงและภัยคุกคามสุขภาพ ทิศทางนโยบายการพัฒนาบริการสุขภาพปฐมภูมิจะต้องได้รับการทบทวน และบุคลากรสาธารณสุขระดับนี้ คือ “หมออนามัย” ต้องได้รับการพัฒนาอย่างจริงจัง เพื่อการปรับตัวและการรับรู้อุปสรรคเปลี่ยนแปลงให้เหมาะสมกับบริบทที่แตกต่าง การสร้างความเข้มแข็งทางความคิดและการจัดการชีวิตส่วนตัว ตลอดจนการปลดจากพันธนาการที่ไม่เอื้อต่อการส่งเสริมการทำงานที่ดี ศักยภาพของหมออนามัยจึงต้องเปลี่ยนแปลงไป เพื่อรับมือกับปัญหาสุขภาพหน้าใหม่ ด้วยวิธีการทำงานแบบใหม่ ๆ (Multi Disciplinary) ซึ่งลำพังความรู้ทางชีวการแพทย์ (Biomedical) และการสาธารณสุขแบบเดิมเท่านั้น ไม่เพียงพอต่อการยับยั้งการระบาดของโรคและปัญหาสุขภาพแบบใหม่ได้ หากต้องอาศัยทีมสหวิชาชีพ (Health Team) และองค์ความรู้แนวใหม่โดยเฉพาะเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค และปัจจัยคุกคามสุขภาพ และสามารถบูรณาการมิติอื่น ๆ ทั้งทางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง และสิ่งแวดล้อมเข้าด้วยกัน หมออนามัยในยุคสมัยใหม่ จึงต้องมีศักยภาพสูงมากพอในการสานพลังเครือข่ายทางปัญญาและพลังทางสังคมที่มีอยู่ เพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบ ด้วยจิตวิญญาณของหมออนามัยที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ (สุรเกียรติ, 2551)

จากการถอดบทเรียนโครงการพัฒนาประชาคมชุมชนขยายเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงที่ดำเนินการโดยสมาคมหมออนามัย ในปี พ.ศ. 2556 - 2557 ก่อให้เกิดการรวมเครือข่ายการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในระดับชุมชน ได้แก่ บุหรี่ อุบัติเหตุ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และโรคเรื้อรัง และเกิดการขยายต่อการพัฒนาเครือข่ายหมออนามัยในระดับพื้นที่ทั้ง 4 ภาค (กลาง ใต้ เหนือ และตะวันออกเฉียงเหนือ) จำนวน 45 พื้นที่ เพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและระบบสุขภาพชุมชน และเกิดชุมชนลดปัจจัยเสี่ยงในหลากหลายบริบท และวัฒนธรรม (บุญเรือง, 2557) เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและเข้มแข็งในการจัดการปัจจัยเสี่ยงในชุมชน ดังนั้นสมาคมหมออนามัยจึงได้ดำเนินการพัฒนาหลักสูตรการเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายทางปัญญาเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชนให้กับเครือข่ายหมออนามัย จำนวน 45 พื้นที่ หลักสูตรประกอบด้วย (1) การฝึกอบรม จำนวน 5 ครั้ง ครั้งละ 2 - 3 วัน (2) การสนับสนุนงบประมาณในการจัดทำโครงการพัฒนาเครือข่ายทางปัญญาเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน ได้แก่ โครงการเกี่ยวกับบุหรี่ อุบัติเหตุ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และโรคเรื้อรัง (3) การเยี่ยมเสริมพลัง (Empowerment) การดำเนินโครงการพัฒนาเครือข่ายทางปัญญาเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน (4) การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อติดตามการดำเนินงานของแต่ละภาค ๆ ละ 1 ครั้งละ ๆ 2 วัน และ (5) การจัดทำสื่อสุขภาพและการนำเสนอผลงาน 1 ครั้ง จำนวน 2 วัน เพื่อเสริมพลังการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ การจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

และพัฒนาสุขภาพชุมชน อันจะส่งผลให้เกิดประโยชน์สูงสุดของประชาชนบนพื้นฐานการทำงานอย่างมีความสุขของหมออนามัย สำหรับการวิจัยครั้งนี้ สมาคมหมออนามัยร่วมกับวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง ศึกษาถึงผลของหลักสูตรการเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายทางปัญญาเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชนในการพัฒนาสมรรถนะในการปฏิบัติงานของหมออนามัย ซึ่งสมรรถนะของหมออนามัยที่ทำการศึกษานี้ประยุกต์จากแนวคิดสมรรถนะหลักของบุคลากรวิชาชีพสาธารณสุข (Public Health Foundation, 2014) ประกอบด้วย สมรรถนะการวิเคราะห์และประเมินผล สมรรถนะการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน สมรรถนะการประสานความร่วมมือกับบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สมรรถนะการบริหารจัดการ และสมรรถนะด้านวิชาการ ได้แก่ (1) สมรรถนะด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ (2) สมรรถนะด้านกาวิจัยจากงานประจำเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน และ (3) สมรรถนะด้านการจัดการความรู้ในการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน ซึ่งข้อมูลที่ได้รับนี้มีประโยชน์ต่อสมาคมหมออนามัยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายของหมออนามัยต่อไป และการพัฒนาศักยภาพหมออนามัยที่ผ่านมา ยังขาดการติดตามประเมินผลหลังการพัฒนาทั้งด้านสมรรถนะ หลักสูตรที่ตรงตามความจำเป็นในการพัฒนาและแนวทางหรือวิธีการในการพัฒนาที่เหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของหลักสูตรการเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายทางปัญญาเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชนต่อการพัฒนาสมรรถนะในการปฏิบัติงานของหมออนามัย

สมมติฐานการวิจัย

คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการวิเคราะห์และประเมินผล สมรรถนะการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน สมรรถนะการประสานความร่วมมือกับบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สมรรถนะการบริหารจัดการ และสมรรถนะด้านวิชาการของหมออนามัยหลังได้รับการพัฒนาด้วยหลักสูตรการเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายทางปัญญาเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชนสูงกว่าก่อนได้รับการพัฒนาศักยภาพ

นิยามศัพท์เฉพาะ

หมออนามัย หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานอยู่ในสถานบริการระดับปฐมภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ได้รับการเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายทางปัญญาเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชนที่ดำเนินการโดยสมาคมหมออนามัย

หลักสูตรการเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายทางปัญญาเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน หมายถึง หลักสูตรเพื่อพัฒนาศักยภาพของหมออนามัย ประกอบด้วย (1) การฝึกอบรม จำนวน 5 ครั้ง ๆ ละ 2 - 3 วัน (2) การสนับสนุนงบประมาณในการจัดทำโครงการพัฒนาเครือข่ายทางปัญญาเพื่อจัดการ

ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน ได้แก่ โครงการเกี่ยวกับบุตรี อุบัติเหตุ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และโรคเรื้อรัง (3) การเยี่ยมเสริมพลัง (Empowerment) การดำเนินโครงการพัฒนาเครือข่ายทางปัญญาเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน (4) การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อติดตามการดำเนินงานของแต่ละภาค ๆ ละ 1 ครั้งละ ๆ 2 วัน และ (5) การจัดทำสื่อสุขภาพและการนำเสนอผลงาน 1 ครั้ง จำนวน 2 วัน

โครงการเครือข่ายทางปัญญาเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน หมายถึง โครงการที่หมออนามัยรับสนับสนุนงบประมาณจากสมาคมหมออนามัยในการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชนเกี่ยวกับบุตรี อุบัติเหตุ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และโรคเรื้อรัง

สมรรถนะในการปฏิบัติงาน หมายถึง ความสามารถในการทำงานของหมออนามัยในการวิเคราะห์และประเมินผล การจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน การประสานความร่วมมือกับบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การบริหารจัดการ และด้านวิชาการ

สมรรถนะการวิเคราะห์และประเมินผล หมายถึง ความสามารถในการทำงานของหมออนามัย ได้แก่ สามารถนำข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณมาใช้ในการประเมินปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน (เช่น สถิติชีพ ข้อมูลสุขภาพที่บันทึกในรูปแบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ รูปแบบของการขนส่ง อัตราการไม่มีงานทำ และการประเมินผลกระทบจากความไม่เท่าเทียม เป็นต้น) สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณที่ถูกต้องและเชื่อถือ และสามารถใช้เครื่องมือทางด้านสาธารณสุขในการจัดการกับข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ

สมรรถนะการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน หมายถึง ความสามารถในการทำงานของหมออนามัย ได้แก่ การค้นหากลุ่มเสี่ยงและผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ สามารถจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อเอื้อต่อสุขภาพที่ดี เพื่อลดความเสี่ยงและภาวะคุกคามต่อสุขภาพ การเสริมพลังความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การพัฒนาการสื่อสารสาธารณะในการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ และการผสมผสานภูมิปัญญาพื้นบ้านกับการดูแลสุขภาพแนวใหม่ในการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

สมรรถนะการประสานความร่วมมือกับบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หมายถึง ความสามารถในการทำงานของหมออนามัย ได้แก่ สามารถทำงานเป็นทีมร่วมกับสหวิชาชีพ และหน่วยงาน/องค์กรอื่น ๆ ทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน สามารถประสานงานกับหน่วยงานภายนอกสำหรับการนำเทคโนโลยีและสารสนเทศมาสนับสนุนการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน และสามารถพัฒนาเครือข่ายทั้งภายในและภายนอกชุมชนในการแก้ไขปัญหา ป้องกัน และสร้างเสริมสุขภาพ

สมรรถนะการบริหารจัดการ หมายถึง ความสามารถในการทำงานของหมออนามัย ได้แก่ การควบคุมตนเอง การมีวิสัยทัศน์ ภาวะผู้นำและการคิดอย่างเป็นระบบ การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงการทำงานเป็นทีม การวางแผน การบริหารจัดการงบประมาณ การเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และการใช้เครื่องมือการจัดการ

สมรรถนะด้านวิชาการ หมายถึง ความสามารถในการทำงานของหมออนามัย ได้แก่ ด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ ด้านการวิจัยจากงานประจำเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน และด้านการจัดการความรู้การจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

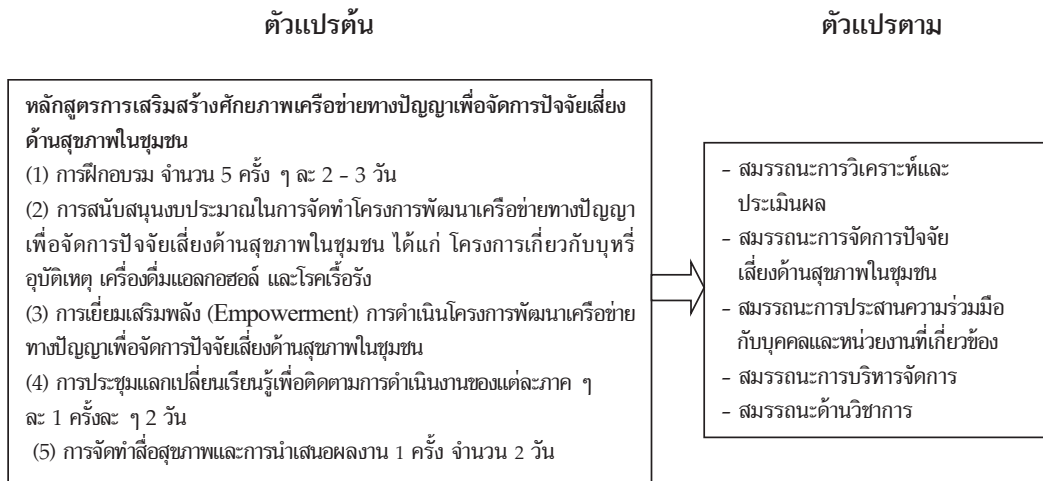
แนวคิด ทฤษฎี และกรอบแนวคิด

ฐันนตรีศักดิ์ บวรนนท์กุล (ฐันนตรีศักดิ์, 2557) ได้สรุปความหมายของศักยภาพว่า ศักยภาพ (Capacity) หมายถึง คุณสมบัติหรือองค์ประกอบของสิ่งใด ๆ ไม่ว่าจะเป็นของบุคคล กลุ่ม องค์กรและชุมชน อันนำไปสู่การเพิ่มขีดความสามารถและเสริมความสามารถในการพัฒนาตนเอง และพัฒนาเพื่อการรองรับการเปลี่ยนแปลงของสภาวะแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อความสมดุลของเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมในสถานการณ์ต่าง ๆ สำหรับ McClelland เจ้าของแนวคิดทางการบริหารศักยภาพใช้คำภาษาอังกฤษของศักยภาพว่า “Competency” เช่นเดียวกัน (บุษกร, 2559) ซึ่งสอดคล้องกับนักวิชาการไทยอีกหลาย ๆ คน แต่ใช้ภาษาไทยของศักยภาพแตกต่างกันออกไป เช่น “ขีดความสามารถ” บางคนใช้คำว่า “สมรรถนะ” (สุกัญญา, 2549) สำหรับการศึกษาใช้คำว่า “ศักยภาพ” ซึ่งองค์ประกอบของศักยภาพประกอบด้วย คุณลักษณะทั้งในด้านทักษะ ความรู้ และพฤติกรรมของบุคคลซึ่งจำเป็นต่อการปฏิบัติงานในตำแหน่งหนึ่ง ๆ (บุษกร, 2559)

การเสริมสร้างศักยภาพ เป็นมิติหนึ่งของการเสริมสร้างทักษะ และความสามารถของผู้คนและชุมชนในการพัฒนาสังคม (ฐันนตรีศักดิ์, 2557) การพัฒนาศักยภาพของบุคคลเป็นกระบวนการเพิ่มพูนความสามารถในการปฏิบัติงานของบุคลากรทั้งในด้านความคิดเห็นที่มีต่องาน ผลของการปฏิบัติงานของบุคลากรให้ดียิ่งขึ้นกว่าเดิม โดยการพัฒนาในแต่ละองค์ประกอบของศักยภาพ ได้แก่ ด้านทักษะ (Skill) ความรู้ (Knowledge) และพฤติกรรมหรืออุปนิสัยในการทำงาน (Attribute) (บุษกร, 2559) การเสริมสร้างศักยภาพของบุคคลทำให้เกิดประโยชน์หลายประการ เช่น ช่วยพัฒนาคุณภาพและวิธีการทำงานของบุคคลทำให้บุคคลมีสมรรถภาพหรือสมรรถนะในการดำเนินงานมีความรู้เพิ่มขึ้น เข้าใจบทบาทหน้าที่และปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถแก้ไขข้อบกพร่องให้ดีขึ้น ช่วยทำให้เกิดการประหยัดเวลา และลดความสูญเสียเปล่าทางการดำเนินงาน เพราะบุคคลที่ได้รับการพัฒนาจนเป็นบุคคลที่มีคุณภาพนั้นย่อมไม่ทำสิ่งใดผิดพลาดง่าย ๆ สามารถใช้ทรัพยากรการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ ทำการดำเนินงานด้านการพัฒนาได้ผลเต็มที่และตรงตามจุดประสงค์ ส่วนด้านการพัฒนามีความรู้ความสามารถตามเกณฑ์ที่กำหนด และช่วยกระตุ้นให้บุคคลปฏิบัติงานเพื่อความก้าวหน้าในชุมชน และทำชุมชนได้รับการพัฒนาให้ก้าวหน้าไปสู่สถานภาพที่ดีขึ้น (ฐันนตรีศักดิ์, 2557)

การเสริมสร้างศักยภาพของบุคคลเน้นการนำไปใช้ในการพัฒนาความร่วมมือกับชุมชน การเสริมสร้างศักยภาพในระดับบุคคลต้องมีการพัฒนาของเงื่อนไขที่ให้ผู้เข้าร่วมแต่ละคนสร้างและเสริมสร้างความรู้ที่มีอยู่และทักษะ นอกจากนี้การเสริมสร้างศักยภาพยังช่วยสร้างเงื่อนไขที่จะช่วยให้บุคคลที่จะมีส่วนร่วมใน “กระบวนการของการเรียนรู้และปรับตัวเข้ากับ การเปลี่ยนแปลง” ส่วนวิธีการของการเสริมสร้างศักยภาพของบุคคล เช่น การฝึกอบรมและการให้การศึกษา (ฐันนตรีศักดิ์, 2557) สำหรับการศึกษาครั้งนี้ การเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายทางปัญญาเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชนให้กับหมออนามัย จะประกอบด้วย การฝึกอบรมทั้งด้านวิชาการและการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน เพื่อให้หมออนามัยมีความรู้ และทักษะในการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน ตลอดจนการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานและการเยี่ยมเสริมพลังในพื้นที่ที่จะเป็นการสร้างให้หมออนามัยเกิดทักษะและพฤติกรรมหรืออุปนิสัยในการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะประเมินจากสมรรถนะด้านการวิเคราะห์และประเมินผล สมรรถนะการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

ในชุมชน สมรรถนะการประสานความร่วมมือกับบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สมรรถนะการบริหารจัดการ และสมรรถนะด้านวิชาการ



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ 1 กลุ่มวัดก่อนและหลัง (One-Group Pretest-Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ หมออนามัยที่เข้าร่วมอบรมหลักสูตรการเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายทางปัญญาเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน จำนวน 45 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ หมออนามัยที่เข้าร่วมอบรมหลักสูตรการเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายทางปัญญาเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน จำนวน 27 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกำหนดคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) เข้าร่วมอบรมการเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายทางปัญญาเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชนทุกครั้ง 2) รับผิดชอบสนับสนุนในการดำเนินโครงการเครือข่ายทางปัญญาเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ยุบัติเหตุ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และโรคเรื้อรัง 3) เป็นหัวหน้าโครงการเครือข่ายทางปัญญาเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชนแต่ละพื้นที่ และ 4) เต็มใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากเอกสารและงานวิจัยต่าง ๆ โดยแบ่งเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาออกเป็น 2 ประเภทดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ หลักสูตรการเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายทางปัญญา เพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน พัฒนาขึ้นจากการประเมินความต้องการฝึกอบรม (Training Need Assessment) จากกลุ่มตัวอย่าง และตรวจสอบความสอดคล้องและความเหมาะสมของเนื้อหาของหลักสูตรจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน คำนวณค่าความตรงเชิงเนื้อหาของหลักสูตรที่สอดคล้องกับผลลัพธ์ที่ต้องการ และความเหมาะสมของระยะเวลาของแต่ละกิจกรรม โดยใช้สูตรการหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (Content Validity for Scale, S-CVI) (Waltz, C. F. et al., 2005) มีค่าเท่ากับ 0.90 และ 0.96 ซึ่งความเหมาะสมของหลักสูตรอยู่ในระดับที่พึงพอใจ หลักสูตรประกอบด้วย

1.1 การฝึกอบรม จำนวน 5 ครั้ง ๆ ละ 2-3 วัน ได้แก่ Mind Storming และเทคนิควิทยากรกระบวนการเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชนจำนวน 3 วัน การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงในชุมชนจำนวน 2 วัน การประเมินผลเพื่อเสริมพลังอำนาจสำหรับการดำเนินการจัดการปัจจัยเสี่ยงในชุมชนจำนวน 2 วัน การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมและการวิจัยจากงานประจำเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชนจำนวน 2 วัน และการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชนจำนวน 2 วัน

1.2 การสนับสนุนงบประมาณในการจัดทำโครงการพัฒนาเครือข่ายทางปัญญา เพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน ได้แก่ โครงการเกี่ยวกับบุรี อุบัติเหตุ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และโรคเรื้อรัง

1.3 การเยี่ยมเสริมพลัง (Empowerment) การดำเนินโครงการพัฒนาเครือข่ายทางปัญญา เพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชนพื้นที่ละ 1 ครั้ง

1.4 การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อติดตามการดำเนินงานของแต่ละภาค ๆ ละ 1 ครั้งละ ๆ 2 วัน

1.5 การจัดทำสื่อสุขภาพและการนำเสนอผลงาน 1 ครั้ง จำนวน 2 วัน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 6 ส่วน คือ

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส ตำแหน่งปัจจุบัน ลักษณะการจ้างงาน สถานที่ปฏิบัติงานในปัจจุบัน และประสบการณ์การทำงานด้านสาธารณสุข

2.2 แบบสอบถามสมรรถนะการวิเคราะห์และประเมินผล จำนวน 14 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ

1 = น้อยที่สุด

2 = น้อย

3 = ปานกลาง

4 = มาก

5 = มากที่สุด

2.3 แบบสอบถามสมรรถนะการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน จำนวน 13 ข้อ
ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ

- 1 = น้อยที่สุด
- 2 = น้อย
- 3 = ปานกลาง
- 4 = มาก
- 5 = มากที่สุด

2.4 แบบสอบถามสมรรถนะการประสานความร่วมมือกับบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
จำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ

- 1 = น้อยที่สุด
- 2 = น้อย
- 3 = ปานกลาง
- 4 = มาก
- 5 = มากที่สุด

2.5 แบบสอบถามสมรรถนะการบริหารจัดการจำนวน 38 ข้อ แบ่งเป็นความสามารถ
ควบคุมตนเอง 4 ข้อ การมีวิสัยทัศน์ 4 ข้อ ภาวะผู้นำและการคิดอย่างมีระบบ 4 ข้อ การเป็นผู้นำ
การเปลี่ยนแปลง 4 ข้อ การทำงานเป็นทีม 4 ข้อ การวางแผน 5 ข้อ การบริหารจัดการงบประมาณ 5 ข้อ
การเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ 4 ข้อ และการใช้เครื่องมือทางการจัดการ 4 ข้อ ลักษณะคำตอบ
เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ

- 1 = น้อยที่สุด
- 2 = น้อย
- 3 = ปานกลาง
- 4 = มาก
- 5 = มากที่สุด

2.6 แบบสอบถามสมรรถนะด้านวิชาการจำนวน 22 ข้อ แบ่งเป็นด้านเทคโนโลยีและ
สารสนเทศจำนวน 8 ข้อ ด้านการวิจัยจากงานประจำเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชนจำนวน
8 ข้อ และการจัดการความรู้ในการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชนจำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำตอบ
เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ

- 1 = น้อยที่สุด
- 2 = น้อย
- 3 = ปานกลาง
- 4 = มาก
- 5 = มากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม
ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ตรวจสอบและพิจารณาแก้ไขความตรงเชิงเนื้อหา

และความเข้าใจของภาษาที่ใช้ในข้อความแต่ละข้อ โดยคำนวณค่าความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม
ทั้งฉบับ (S-CVI) (Waltz, C. F. et al., 2005) มีค่าเท่ากับ 0.90

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน ส่วนการเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการวิเคราะห์และประเมินผล สมรรถนะ
การจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน สมรรถนะการประสานความร่วมมือกับบุคคลและหน่วยงาน
ที่เกี่ยวข้อง สมรรถนะการบริหารจัดการ และสมรรถนะด้านวิชาการระหว่างก่อนและหลังได้รับหลักสูตร
การเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายทางปัญญาเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน ด้วยการทดสอบ
ค่าที (t-test) ทั้งนี้ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) เพื่อหาลักษณะการแจกแจง
เป็นโค้งปกติ (Normality) ของข้อมูลด้วย Probability Plot พบว่าค่าเฉลี่ยของข้อมูลส่วนใหญ่อยู่รอบ ๆ
เส้นตรง ดังนั้นสรุปได้ว่าลักษณะของข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ (Hair, J. F. et al., 2010) สามารถ
วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าที

ผลการวิจัย

1. ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ
74.10 อายุเฉลี่ย 34.69 ปี อายุต่ำสุด 26 ปี และอายุสูงสุด 57 ปี สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่มีสถานภาพ
โสดร้อยละ 51.90 รองลงมาคือสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 37 ระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่ คือ 70.30
ระดับปริญญาตรีร้อยละ 74.10 รองลงมาคือ ระดับปริญญาโทร้อยละ 18.50 ตำแหน่งในปัจจุบันส่วนใหญ่
คือ นักวิชาการสาธารณสุขร้อยละ 74.10 รองลงมาคือ เจ้าพนักงานสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ และ
แพทย์แผนไทย ร้อยละ 14.80 7.40 และ 3.70 ตามลำดับ ลักษณะการจ้างงานในปัจจุบันส่วนใหญ่ คือ
70.30 รองลงมาได้แก่ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข (พทส.) ลูกจ้างชั่วคราว และพนักงานข้าราชการ
(พชร.) ร้อยละ 14.80 11.10 และ 3.70 ตามลำดับ สถานที่ในการปฏิบัติงานในปัจจุบันส่วนใหญ่คือ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ร้อยละ 85.20 รองลงมาได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
(สสจ) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ) และโรงพยาบาลชุมชน (รพช) ร้อยละ 7.40 และ 3.70
และประสบการณ์การทำงานด้านสาธารณสุขเฉลี่ย 12.33 ปี ประสบการณ์ต่ำสุด 3 ปี และสูงสุด 36 ปี

2. ตารางที่ 1 นำเสนอผลของหลักสูตรการเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายทางปัญญาเพื่อจัดการ
ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชนต่อการพัฒนาสมรรถนะในการปฏิบัติงานของหมออนามัยพบว่า
คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการวิเคราะห์และประเมินผลของหมออนามัยหลังได้รับการพัฒนาศักยภาพ
($\bar{X} \pm S.D. = 4.19 \pm 0.44$) สูงกว่าก่อนได้รับการพัฒนาศักยภาพ ($\bar{X} \pm S.D. = 2.90 \pm 0.69$) อย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชนของหมออนามัยหลัง
ได้รับการพัฒนาศักยภาพ ($\bar{X} \pm S.D. = 4.08 \pm 0.40$) สูงกว่าก่อนได้รับการพัฒนาศักยภาพ
($\bar{X} \pm S.D. = 2.90 \pm 0.69$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการประสาน
ความร่วมมือกับบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของหมออนามัยหลังได้รับการพัฒนาศักยภาพ
($\bar{X} \pm S.D. = 4.20 \pm 0.46$) สูงกว่าก่อนได้รับการพัฒนาศักยภาพ ($\bar{X} \pm S.D. = 3.04 \pm 0.63$) อย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการบริหารจัดการของหมออนามัยหลังได้รับการพัฒนาศักยภาพ [ความสามารถควบคุมตนเอง ($\bar{X} \pm S.D. = 4.13 \pm 0.46$) การมีวิสัยทัศน์ ($\bar{X} \pm S.D. = 4.26 \pm 0.44$) ภาวะผู้นำและการคิดอย่างมีระบบ ($\bar{X} \pm S.D. = 4.24 \pm 0.52$) การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง ($\bar{X} \pm S.D. = 3.04 \pm 0.63$) การทำงานเป็นทีม ($\bar{X} \pm S.D. = 4.43 \pm 0.45$) การวางแผน ($\bar{X} \pm S.D. = 4.17 \pm 0.47$) การบริหารจัดการงบประมาณ ($\bar{X} \pm S.D. = 4.13 \pm 0.46$) และการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ($\bar{X} \pm S.D. = 4.43 \pm 0.40$)] สูงกว่าก่อนได้รับการพัฒนาศักยภาพ [ความสามารถควบคุมตนเอง ($\bar{X} \pm S.D. = 3.06 \pm 0.49$) การมีวิสัยทัศน์ ($\bar{X} \pm S.D. = 2.86 \pm 0.63$) ภาวะผู้นำและการคิดอย่างมีระบบ ($\bar{X} \pm S.D. = 2.93 \pm 0.65$) การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง ($\bar{X} \pm S.D. = 3.13 \pm 0.67$) การทำงานเป็นทีม ($\bar{X} \pm S.D. = 3.30 \pm 0.58$) การวางแผน ($\bar{X} \pm S.D. = 2.83 \pm 0.55$) การบริหารจัดการงบประมาณ ($\bar{X} \pm S.D. = 2.93 \pm 0.64$) และการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ($\bar{X} \pm S.D. = 3.50 \pm 0.60$)] อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะด้านวิชาการของหมออนามัยหลังได้รับการพัฒนาศักยภาพ [ด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ ($\bar{X} \pm S.D. = 4.23 \pm 0.53$) ด้านการวิจัยจากงานประจำเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน ($\bar{X} \pm S.D. = 4.23 \pm 0.49$) และการจัดการความรู้ในการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน ($\bar{X} \pm S.D. = 4.11 \pm 0.40$)] สูงกว่าก่อนได้รับการพัฒนาเสริมสร้างศักยภาพ [ด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศหลังได้รับการเสริมสร้างศักยภาพ ($\bar{X} \pm S.D. = 2.98 \pm 0.60$) ด้านการวิจัยจากงานประจำเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน ($\bar{X} \pm S.D. = 3.25 \pm 0.54$) และการจัดการความรู้ในการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน ($\bar{X} \pm S.D. = 2.53 \pm 0.71$)] อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

สมรรถนะในการปฏิบัติงานของหมออนามัยที่เพิ่มขึ้นสูงสุด คือ การจัดการความรู้ในการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน (\bar{X} ที่เพิ่มขึ้น = 1.58) รองลงมาคือ สมรรถนะการมีวิสัยทัศน์ (\bar{X} ที่เพิ่มขึ้น = 1.40)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะในการปฏิบัติงานของหมออนามัย ระหว่างก่อนและหลังได้รับการเสริมสร้างศักยภาพด้วยหลักสูตรการเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายทางปัญญาเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน จำแนกรายสมรรถนะ

สมรรถนะ	N	\bar{X}	S.D.	Df	t	p-value
การวิเคราะห์และประเมินผล						
ก่อนการเสริมสร้างศักยภาพ	27	2.90	0.69	26	10.12	0.001
หลังการเสริมสร้างศักยภาพ	27	4.16	0.44			
การจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน						
ก่อนการเสริมสร้างศักยภาพ	27	2.69	0.55	26	13.27	0.001
หลังการเสริมสร้างศักยภาพ	27	4.08	0.40			

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะในการปฏิบัติงานของหมออนามัย ระหว่างก่อนและหลังได้รับการเสริมสร้างศักยภาพด้วยหลักสูตรการเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายทางปัญญา เพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน จำแนกสายสมรรถนะ (ต่อ)

สมรรถนะ	N	\bar{X}	S.D.	Df	t	p-value
การประสานความร่วมมือกับบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง						
ก่อนการเสริมสร้างศักยภาพ	27	3.04	0.63	26	9.26	0.001
หลังการเสริมสร้างศักยภาพ	27	4.20	0.46			
การบริหารจัดการ						
1. ความสามารถควบคุมตนเอง						
ก่อนการเสริมสร้างศักยภาพ	27	3.06	0.49	26	9.02	0.001
หลังการเสริมสร้างศักยภาพ	27	4.13	0.46			
2. การมีวิสัยทัศน์						
ก่อนการเสริมสร้างศักยภาพ	27	2.86	0.63	26	10.71	0.001
หลังการเสริมสร้างศักยภาพ	27	4.26	0.44			
3. ภาวะผู้นำและการคิดอย่างมีระบบ						
ก่อนการเสริมสร้างศักยภาพ	27	2.93	0.65	26	11.23	0.001
หลังการเสริมสร้างศักยภาพ	27	4.24	0.52			
4. การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง						
ก่อนการเสริมสร้างศักยภาพ	27	3.13	0.67	26	9.95	0.001
หลังการเสริมสร้างศักยภาพ	27	4.13	0.51			
5. การทำงานเป็นทีม						
ก่อนการเสริมสร้างศักยภาพ	27	3.30	0.58	26	9.70	0.001
หลังการเสริมสร้างศักยภาพ	27	4.43	0.45			
6. การวางแผน						
ก่อนการเสริมสร้างศักยภาพ	27	2.83	0.55	26	10.11	0.001
หลังการเสริมสร้างศักยภาพ	27	4.17	0.47			
7. การบริหารจัดการงบประมาณ						
ก่อนการเสริมสร้างศักยภาพ	27	2.94	0.64	26	11.67	0.001
หลังการเสริมสร้างศักยภาพ	27	4.13	0.46			

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะในการปฏิบัติงานของหมออนามัย ระหว่างก่อนและหลังได้รับการเสริมสร้างศักยภาพด้วยหลักสูตรการเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายทางปัญญาเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน จำแนกรายสมรรถนะ (ต่อ)

สมรรถนะ	N	\bar{X}	S.D.	Df	t	p-value
8. การเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์						
ก่อนการเสริมสร้างศักยภาพ	27	3.50	0.60	26	9.14	.001
หลังการเสริมสร้างศักยภาพ	27	4.43	0.40			
ด้านวิชาการ						
1. เทคโนโลยีและสารสนเทศ						
ก่อนการเสริมสร้างศักยภาพ	27	2.98	0.60	26	9.91	.001
หลังการเสริมสร้างศักยภาพ	27	4.23	0.54			
2. การวิจัยจากงานประจำเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน						
ก่อนการเสริมสร้างศักยภาพ	27	3.25	0.54	26	10.08	.001
หลังการเสริมสร้างศักยภาพ	27	4.23	0.49			
3. การจัดการความรู้ในการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน						
ก่อนการเสริมสร้างศักยภาพ	27	2.53	0.71	26	5.40	.001
หลังการเสริมสร้างศักยภาพ	27	4.11	0.40	26		

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า คะแนนเฉลี่ยของสมรรถนะการวิเคราะห์และประเมินผล สมรรถนะการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน สมรรถนะการประสานความร่วมมือกับบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สมรรถนะการบริหารจัดการ และสมรรถนะด้านวิชาการของหมออนามัยหลังจากการพัฒนาศักยภาพสูงกว่าก่อนการพัฒนาศักยภาพแสดงให้เห็นว่าหลักสูตรการเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายทางปัญญาเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน มีประสิทธิผลทำให้สมรรถนะในการปฏิบัติงานของหมออนามัยเพิ่มสูงขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา เรื่องรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะหลักสำหรับบุคลากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ขวัญใจ, 2557) พบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีผลต่อการพัฒนาสมรรถนะหลักสำหรับบุคลากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งสมรรถนะหลักในการพัฒนาของการศึกษาที่ผ่านมาประกอบด้วย ด้านการทำงานเป็นทีม ด้านการมุ่งผลสัมฤทธิ์ ด้านการบริการที่ดี ด้านการส่งเสริมความเชี่ยวชาญในอาชีพ และด้านจรรยาบรรณวิชาชีพ ซึ่งรายละเอียดของสมรรถนะของการศึกษาที่ผ่านมาการศึกษาครั้งนี้จะมีความคล้ายคลึงกัน แต่ชื่อเรียกสมรรถนะ

ในการพัฒนาจะแตกต่างกันไปตามการปฏิบัติงาน สมรรถนะเหล่านี้สอดคล้องกับสมรรถนะหลักที่จำเป็นของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิ (Public Health Foundation, 2014)

สำหรับเหตุผลที่สามารถนำมาอธิบายว่าทำไมหลักสูตรการเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายทางปัญญาเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน มีประสิทธิผลต่อการพัฒนาสมรรถนะในการปฏิบัติงานของหมออนามัย เหตุผลประการแรกเนื่องจากหลักสูตรการเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายทางปัญญาเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน เป็นหลักสูตรที่มีความสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรตามแนวคิดของการพัฒนาศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ คือการพัฒนาศักยภาพของบุคคลต้องประกอบด้วยมิติของการเสริมสร้างทักษะและความสามารถของบุคคลในการพัฒนาสังคม ได้แก่ ความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Skill) และพฤติกรรมหรืออุปนิสัยในการทำงาน (Attribute) เพื่อช่วยกระตุ้นให้บุคคลปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพในชุมชน (จูนันดรศักดิ์, 2557; บุษกร, 2559) ซึ่งแนวทางการพัฒนาศักยภาพของบุคคลตามแนวคิดของการพัฒนาศักยภาพทรัพยากรมนุษย์หนึ่งคือ การฝึกอบรม (Training) ซึ่งการฝึกอบรมเป็นกิจกรรมที่ก่อให้เกิดการเรียนรู้ โดยมุ่งเน้นเกี่ยวกับงานที่ปฏิบัติอยู่ในปัจจุบัน (Present Job) เป้าหมายคือช่วยให้บุคลากรเกิดการเรียนรู้ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการทำงานควบคู่กันไปด้วย วิธีการให้ความรู้คือ การเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ ทศนคติ สร้างแรงจูงใจ และเปิดโอกาสให้บุคลากรได้นำความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ และทัศนคติออกมาใช้ให้เกิดสัมฤทธิ์ผล ส่งผลให้บุคลากรมีขีดความสามารถในการปฏิบัติงานสูงขึ้น ซึ่งบุคคลที่ผ่านการฝึกอบรมไปแล้วสามารถนำความรู้ไปใช้ได้ทันที (ประเวศน์, 2542) และหลักสูตรการเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายทางปัญญาเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน ยังมีความสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่ได้ให้ข้อเสนอแนะว่าการพัฒนาสมรรถนะหลักสำหรับบุคลากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรยึดตามแนวคิดของการพัฒนาศักยภาพของทรัพยากรมนุษย์ (ขวัญใจ, 2557) ดังนั้นเพื่อเพิ่มพูนความรู้และพัฒนาทักษะที่จำเป็นของหมออนามัยในการแก้ไขปัญหาปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน ได้แก่ บุหรี่ อุบัติเหตุ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือโรคเรื้อรัง หลักสูตรการเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายทางปัญญาเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชนจึงประกอบด้วย การจัดอบรมให้ความรู้เป็นระยะจำนวน 5 ครั้ง ๆ ละ 2 - 3 วัน สลับกับหมออนามัยจะกลับไปทำงานตามปกติ ร่วมกับการสนับสนุนงบประมาณให้ไปจัดทำโครงการแก้ไขปัญหาปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในพื้นที่ของตนเอง การเยี่ยมเสริมพลัง (Empowerment) การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการจัดทำสื่อสุขภาพและการนำเสนอผลงาน

เหตุผลประการที่สองที่หลักสูตรการเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายทางปัญญาเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน มีประสิทธิผลต่อการพัฒนาสมรรถนะในการปฏิบัติงานของหมออนามัย คือหลักสูตรการเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายทางปัญญาเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน มีความสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (ขวัญใจ, 2557) เรื่องรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะหลักสำหรับบุคลากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะหลักสำหรับบุคลากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลประกอบด้วย การจัดการอบรม เป็นการเพิ่มความรู้เกี่ยวกับสมรรถนะหลักของบุคคลที่ควรจะต้องมีในการปฏิบัติงานในพื้นที่ สำหรับหลักสูตรการเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายทางปัญญาเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน จะมีการอบรมให้ความรู้ให้กับหมออนามัยในการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน เนื้อหาประกอบด้วย Mind Storming และเทคนิควิทยากรกระบวนการเพื่อการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชนจำนวน 3 วัน

เพื่อให้หมออนามัยมีความรู้และทักษะ ในการประสานความร่วมมือกับบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและ การบริหารจัดการ การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงในชุมชนจำนวน 2 วัน เพื่อให้หมออนามัยมีความรู้และทักษะในการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน สำหรับการประเมินผล เพื่อเสริมพลังอำนาจสำหรับการดำเนินการจัดการปัจจัยเสี่ยงในชุมชนจำนวน 2 วัน เพื่อให้หมออนามัย มีความรู้และทักษะในการวิเคราะห์และประเมินผลและการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน ส่วนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมและการวิจัยจากงานประจำเพื่อการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้าน สุขภาพในชุมชนจำนวน 2 วัน และการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน จำนวน 2 วัน เพื่อให้หมออนามัยมีความรู้และทักษะในด้านวิชาการ นอกจากการจัดการอบรมให้ความรู้แล้ว หลักสูตรการเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายทางปัญญาเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชนยังมีการ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ ชวัญใจ จิรัฐจินดา (ชวัญใจ, 2557) เรื่องรูปแบบสำหรับการพัฒนาสมรรถนะหลักสำหรับบุคลากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล โดยหลักสูตรการเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายทางปัญญาเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ ในชุมชน มีการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อติดตามการดำเนินงานของแต่ละภาค ๑ ละ 1 ครั้งละ ๑ 2 วัน เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้เข้ามามีส่วนในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และให้ข้อเสนอแนะ แก่หมออนามัยในการปรับปรุงการดำเนินโครงการเกี่ยวกับบุหรี่ อุบัติเหตุ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ โรคเรื้อรัง ตลอดจนเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างหมออนามัยกับผู้บังคับบัญชา และผู้ที่เกี่ยวข้อง ในชุมชนให้เพิ่มขึ้น เกิดมุมมองในการปฏิบัติงานที่สอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่

ส่วนเหตุผลประการที่สามที่นำมาอธิบายถึงประสิทธิผลของหลักสูตรการเสริมสร้างศักยภาพ เครือข่ายทางปัญญาเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชนในการพัฒนาสมรรถนะในการปฏิบัติงาน ของหมออนามัยให้เพิ่มสูงขึ้น คือ หลักการสำคัญของหลักสูตรการเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายทางปัญญา เพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชนได้นำการจัดการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน (Context Based Learning: CBL) ร่วมกับกระบวนการการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านการลงมือปฏิบัติอย่างมีส่วนร่วม (Participatory Interactive Learning through Action: PILA) มาใช้เพื่อพัฒนาสมรรถนะในการ ปฏิบัติงานของหมออนามัยสำหรับจัดการกับปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน โดยการสนับสนุนงบประมาณ ให้ไปดำเนินโครงการจัดการปัจจัยเสี่ยงในชุมชน หมออนามัยจะต้องคัดเลือกประเด็นปัญหาสุขภาพในพื้นที่ โดยการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมตั้งแต่การค้นหาปัญหา วางแผน ลงมือปฏิบัติ ประเมินผล และรับผลประโยชน์ ร่วมกันระหว่างทุกภาคส่วนในชุมชน ซึ่งถือเป็นพื้นฐานสำคัญในการทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้หรือเรียกว่า เป็นกระบวนการ “ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมเรียนรู้” สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ ชวัญใจ จิรัฐจินดา (ชวัญใจ, 2557) เรื่องรูปแบบสำหรับการพัฒนาสมรรถนะหลักสำหรับบุคลากรสาธารณสุขของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลจะมีการจัดเวทีเครือข่าย เป็นการมาร่วมกันวางแผน เพื่อให้เกิดผลสำเร็จด้านการควบคุม ป้องกันโรคในชุมชน เพื่อให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้ตระหนักในการพึ่งตนเอง ชุมชนสามารถดูแลตนเอง และใช้หน่วยงานของรัฐที่มีอยู่มาเป็นส่วนสนับสนุนการดำเนินงานสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน โดยมีเป้าหมาย สำคัญในการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมเฉพาะของแต่ละพื้นที่ นอกจากนี้หลักสูตรการเสริมสร้างศักยภาพ เครือข่ายทางปัญญาเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน ยังมีลักษณะเช่นเดียวกับกระบวนการ จัดการเรียนรู้ในโครงการการเรียนรู้เพื่อเพิ่มสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Management Learning: DHML) เพื่อพัฒนาทีมเรียนจากทุกภาคส่วนในพื้นที่ให้มีการเรียนรู้

ร่วมกันภายใต้การจัดการเรียนรู้แบบ CBL ร่วมกับกระบวนการ PILA โดยจัดกิจกรรมที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ในลักษณะผสมผสานไปกับการให้บริการสุขภาพตามปกติเป็นไปตามหลักการพื้นฐานของการจัดการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน คือ การจัดการเรียนในลักษณะ “การเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ (Adult Learning)” และให้มีผลกระทบต่องานประจำให้น้อยที่สุด (ปิยะนุช และคณะ, 2559) เพราะหลักสูตรการเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายทางปัญญาเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชนมีการจัดอบรมให้ความรู้เป็นระยะ จำนวน 5 ครั้ง ๆ ละ 2-3 วัน สลับกับหมออนามัยจะกลับไปทำงานตามปกติ ร่วมกับการสนับสนุนงบประมาณให้ไปจัดทำโครงการแก้ไขปัญหายปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในพื้นที่ของตนเอง ซึ่งการพัฒนาศักยภาพในลักษณะเช่นนี้มีความเหมาะสมกับลักษณะการทำงานของหมออนามัย เพราะหมออนามัยส่วนใหญ่จะปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โดย รพ.สต. ส่วนใหญ่จะมีบุคลากรปฏิบัติงานตั้งแต่ 2-6 คน เฉลี่ยประมาณ 4 คน ถ้าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของ รพ.สต. เพียง 1 คน ต้องมารับการฝึกอบรมเป็นระยะเวลาจนถึง 1 สัปดาห์ จะส่งผลต่อการให้บริการของ รพ.สต. เพราะขาดบุคลากรในการปฏิบัติงาน มีผลในการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชาและผู้ร่วมงานให้หมออนามัยเข้าร่วมหลักสูตรอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้โครงการที่หมออนามัยได้ดำเนินการนี้สามารถไปเชื่อมประสานกับการทำงานในหน้าที่ที่เป็นงานประจำเดิมของตนเอง ไม่ได้เพิ่มภาระงานให้กับหมออนามัย ตลอดจนหมออนามัยสามารถขยายการดำเนินโครงการพัฒนาเครือข่ายทางปัญญาเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน ไม่ว่าจะเป็นโครงการเกี่ยวกับบุหรี่ อุบัติเหตุ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือโรคเรื้อรัง เป็นการดำเนินการร่วมในระดับอำเภอ และจังหวัด

สำหรับเหตุผลประการสุดท้ายที่นำมาอธิบายถึงประสิทธิผลของหลักสูตรการเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายทางปัญญาเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชนในการพัฒนาสมรรถนะในการปฏิบัติงานของหมออนามัยให้เพิ่มสูงขึ้น คือ การเยี่ยมเสริมพลัง (Empowerment) ในการดำเนินโครงการพัฒนาเครือข่ายทางปัญญาเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน โดยทีมสมาคมหมออนามัย ลักษณะของการเยี่ยมเสริมพลังจากทีมสมาคมหมออนามัยจะเป็นการเข้าไปพูดคุยสังเกตการณ์การปฏิบัติงาน หน่วยงานจริงของแต่ละพื้นที่ที่หมออนามัยดำเนินโครงการ มีการพูดคุยและแลกเปลี่ยนระหว่างทีมทำงานในพื้นที่กับทีมเยี่ยมเพื่อจุดประกายความคิดและทำให้หมออนามัยหรือผู้รับการเยี่ยมได้ร่วมพูดคุยแลกเปลี่ยนและต่อยอดองค์ความรู้ บอกเล่าถึงสิ่งที่ตั้งถามและมีประโยชน์ในการทำงาน ตลอดจนค้นหาทุนทางสังคมที่มีคุณค่าและถูกบ่มเพาะจนสร้างความสำเร็จให้กับชุมชนต่อระบบสุขภาพ และการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชนเพื่อมุ่งสร้างการเรียนรู้และเติบโตจากภายในให้กับหมออนามัย โดยเฉพาะการเสริมสร้างพลังทางบวกจะก่อให้เกิดความภาคภูมิใจ และขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน ตลอดจนการแลกเปลี่ยนปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินโครงการระหว่างหมออนามัย ผู้บังคับบัญชา ผู้ร่วมงาน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับทีมเยี่ยมเสริมพลัง อันเป็นสิ่งสำคัญของการเยี่ยมเสริมพลังในการดำเนินโครงการพัฒนาเครือข่ายทางปัญญาเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชนของหมออนามัย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของการเยี่ยมเสริมพลังที่พัฒนาขึ้นโดย ศาสตราจารย์เดวิด โคออปเพอเรเตอร์ (จุฑาทิพย์, 2559) โดยแนวคิดนี้เน้นการต่อยอดจากความสำเร็จหรือจุดแข็งของพื้นที่มากกว่าเน้นการแก้ปัญหาอันเป็นจุดบกพร่อง เป็นการค้นหาข้อมูลด้านความสำเร็จร่วมกันของคนในแต่ละพื้นที่นั้น ๆ อันเป็นความรู้สึกร่วม ซึ่งถือว่าเป็นแก่นสาระที่สำคัญทางด้านบวก (Positive Core) ที่ทำให้หมออนามัยในพื้นที่ทำงานได้อย่างประสบผลสำเร็จ แล้วเกิดการขยายผลไปทั่วทั้งชุมชน

สำหรับสมรรถนะในการปฏิบัติงานของหมออนามัยที่เพิ่มสูงมากที่สุด คือสมรรถนะการจัดการความรู้ในการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน เนื่องจากทุกกิจกรรมการอบรมให้ความรู้ การจัดทำโครงการการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การเยี่ยมเสริมพลัง และกิจกรรมสุดท้ายของหลักสูตรการเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายทางปัญญาเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน หลังเสร็จสิ้นการดำเนินโครงการของหมออนามัย คือ การจัดประชุมวิชาการจำนวน 1 ครั้ง เป็นเวลา 2 วัน หมออนามัยแต่ละพื้นที่จะมีการจัดทำสื่อสุขภาพ และการนำเสนอผลงานในรูปแบบโครงการ งานวิจัย หรือนวัตกรรมสุขภาพ เพื่อสรุปผลการดำเนินโครงการนำไปสู่การจัดการความรู้ในการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน เป็นกิจกรรมที่พัฒนาให้หมออนามัยมีความคิดรวบยอด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ ชวัญใจ จิรัฐจินดา (ชวัญใจ, 2557) เรื่องรูปแบบสำหรับการพัฒนาสมรรถนะหลักสำหรับบุคลากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะมีการจัดเวทีเสวนา เพื่อหาแนวทางการพัฒนาเป็นการร่วมกัน แสดงความคิดเห็นเพื่อให้ได้ข้อสรุปของพื้นที่ เพื่อสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน และปรับใช้ให้เกิดกระบวนการจัดการความรู้ต่อไป ส่วนสมรรถนะในการปฏิบัติงานของหมออนามัยที่เพิ่มขึ้นรองลงมาคือสมรรถนะการมีวิสัยทัศน์ สอดคล้องกับผลที่ผู้วิจัยลงไปเยี่ยมเสริมพลังพบว่า สมรรถนะในการปฏิบัติงานของหมออนามัยที่เป็นหัวหน้าโครงการ เป็นผู้จัดการโครงการได้ดีและสามารถทำให้คนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาสุขภาพของชุมชนเอง (Partnership) และสามารถพัฒนาคนในชุมชนให้เป็นนักวิจัยท้องถิ่นได้ เปิดพื้นที่หรือเวทีแห่งการเรียนรู้ขึ้น คือร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมเรียนรู้ในทุกพื้นที่ (กรรณิกา และคณะ, 2561) ดังนั้นทำให้ศักยภาพและบทบาทของหมออนามัยได้เปลี่ยนแปลงจากการปฏิบัติงานในอดีตที่เพียงเป็นผู้สั่งการ มาเป็นผู้เอื้อ ผู้ประสาน ผู้สนับสนุน และผู้ร่วมเรียนรู้ ตลอดจนการใช้กระบวนการทางความคิดและปัญหาที่ได้รับจากการฝึกอบรมจากหลักสูตรในการขับเคลื่อนและแก้ปัญหาปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับบุหรี่ อุบัติเหตุ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือโรคเรื้อรัง ในระดับชุมชนได้ขยายไปสู่ในระดับอำเภอ แม้การนำเสนอผลการศึกษาคั้งนี้ จะนำเสนอเฉพาะการประเมินความคิดเห็นจากหมออนามัยที่เป็นบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเพียงกลุ่มเดียว ยังขาดการประเมินความคิดเห็นจากผู้บังคับบัญชา และเพื่อนร่วมงานก็ตาม แต่จากการลงไปเยี่ยมเสริมพลังติดตามการดำเนินโครงการของหมออนามัยของผู้วิจัยพบว่า ผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงาน ตลอดจนประชาชนที่ได้รับผลประโยชน์ ได้สะท้อนความคิดเห็นว่าโครงการเครือข่ายทางปัญญาเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชนที่หมออนามัยรับสนับสนุนงบประมาณมาดำเนินโครงการในพื้นที่เพื่อแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับบุหรี่ อุบัติเหตุ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือโรคเรื้อรัง เป็นโครงการที่ตอบสนองกับความต้องการของพื้นที่อย่างแท้จริง และมีประโยชน์กับชุมชนโดยตรง สามารถพัฒนาเครือข่ายของคนในชุมชนมาร่วมกันแก้ไขปัญหายปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ ทั้งภาครัฐ ภาคประชาชน ภาคท้องถิ่น และภาคเอกชน และมีแนวโน้มที่จะเกิดความยั่งยืน เพราะเป็นปัญหาสุขภาพที่พื้นที่มีความต้องการที่จะแก้ไขมีผลกระทบกับคนในพื้นที่ส่วนใหญ่ ตลอดจนใช้แนวทางการแก้ไขปัญหาที่ปฏิบัติได้จริงและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ และพัฒนาให้หัวหน้าโครงการมีวิสัยทัศน์ในการทำงานเพิ่มสูงขึ้น (กรรณิกา และคณะ, 2561)

สรุปผลการวิจัย

1. จากผลการศึกษาพบว่า หลักสูตรการเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายทางปัญญาเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน มีประสิทธิผลในการพัฒนาสมรรถนะของหมออนามัยในการปฏิบัติงาน

ให้เพิ่มสูงขึ้น ได้แก่ สมรรถนะการวิเคราะห์และประเมินผล สมรรถนะการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ ในชุมชน สมรรถนะการประสานความร่วมมือกับบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สมรรถนะการบริหารจัดการ และสมรรถนะด้านวิชาการ

2. จากผลการศึกษาพบว่า หลักสูตรการเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายทางปัญญาเพื่อจัดการ ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน มีประสิทธิผลในการพัฒนาองค์ประกอบย่อยของสมรรถนะในการปฏิบัติงาน ด้านการบริหารจัดการของหมออนามัยให้เพิ่มสูงขึ้นในทุกองค์ประกอบ ได้แก่ การควบคุมตนเอง การมีวิสัยทัศน์ ภาวะผู้นำและการคิดอย่างเป็นระบบ การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง การทำงานเป็นทีม การวางแผน การบริหารจัดการงบประมาณ การเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และการใช้เครื่องมือการจัดการ

3. จากผลการศึกษาพบว่า หลักสูตรการเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายทางปัญญาเพื่อจัดการ ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน มีประสิทธิผลในการพัฒนาองค์ประกอบย่อยของสมรรถนะในการปฏิบัติงาน ด้านวิชาการของหมออนามัยเพิ่มสูงขึ้น ได้แก่ ด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ ด้านการวิจัยจากงานประจำ เพื่อการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน และด้านการจัดการความรู้การจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

4. จากผลการศึกษาพบว่า สมรรถนะในการปฏิบัติงานของหมออนามัยที่เพิ่มขึ้นสูงที่สุด คือ การจัดการความรู้ในการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน รองลงมาคือ สมรรถนะการมีวิสัยทัศน์

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. จากผลการศึกษาหลักสูตรการเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายทางปัญญาเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยง ด้านสุขภาพในชุมชนเป็นหลักสูตรที่มีประสิทธิผลในการพัฒนาสมรรถนะในการปฏิบัติงานในการจัดการ ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชนของหมออนามัยให้เพิ่มสูงขึ้น ได้แก่ สมรรถนะการวิเคราะห์และประเมินผล สมรรถนะการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน สมรรถนะการประสานความร่วมมือกับบุคคลและ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สมรรถนะการบริหารจัดการ และสมรรถนะด้านวิชาการ ดังนั้นเขตสุขภาพที่ 1 - 12 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาสมรรถนะ ในการปฏิบัติงานของหมออนามัยที่ปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิของพื้นที่อื่น ๆ หรือนำไปประยุกต์ใช้ในการ พัฒนาสมรรถนะในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขอื่นในหน่วยบริการสาธารณสุข

2. จากผลการศึกษาพบว่า สมรรถนะในการปฏิบัติงานของหมออนามัยที่เพิ่มขึ้นสูงที่สุด คือ การจัดการความรู้ในการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน ซึ่งถือว่าเป็นสมรรถนะในการปฏิบัติงาน ที่สำคัญของหมออนามัยในระดับปฐมภูมิ เพราะเป็นสมรรถนะที่ต้องหาแนวทางการพัฒนา ตลอดจน เป็นการร่วมกันแสดงความคิดเห็นเพื่อให้ได้ข้อสรุปของพื้นที่ เพื่อสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของ ภาครีเครือข่าย ดังนั้นเขตสุขภาพที่ 1 - 12 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สามารถนำหลักสูตรไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาสมรรถนะในการจัดการความรู้ในการจัดการปัจจัยเสี่ยง ด้านสุขภาพในชุมชน หรือการจัดการความรู้ (Knowledge Management) ให้กับบุคลากรสาธารณสุขใน หน่วยบริการสาธารณสุข

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณหมออนามัยที่เข้าร่วมพัฒนาศักยภาพในหลักสูตรการเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายทางปัญญาเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน และทีมภาคีเครือข่ายหมออนามัยที่ร่วมสนับสนุนให้การดำเนินการวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี และขอขอบคุณสมาคมหมออนามัยและสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ในการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการวิจัย

References

- กรรณิกา เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ บุญเรือง ขาวนวล และไพบุลย์ ชาวสวนศรีเจริญ. (2561). รายงานการเยี่ยมเสริมพลัง โครงการพัฒนาเครือข่ายทางปัญญาเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชนของหมออนามัย. เอกสาร.
- ขวัญใจ จิรัญจินดา. (2557). รูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะหลักสำหรับบุคลากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนศึกษา ภาควิชาพื้นฐานทางการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- จูนันต์ศักดิ์ บวรนนท์กุล. (2557). การเสริมสร้างศักยภาพการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี. ปีที่ 6, ฉบับที่ 2, หน้า 186-193
- จุฑาทิพย์ พัทธ์. (2559). คู่มือเยี่ยมเสริมพลัง. นนทบุรี: สำนักบริหารการสาธารณสุข
- บุญเรือง ขาวนวล (บรรณาธิการ). (2557). การจัดการเชิงเครือข่ายเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ: บทเรียนจากเครือข่ายหมออนามัย. นนทบุรี: สมาคมหมออนามัย
- บุษกร วัฒนบุตร. (2559). การพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์ในศตวรรษที่ 21. ธรรมทรรศน์. ปีที่ 16, ฉบับที่ 2, หน้า 163-176
- ประเวศน์ มหารัตน์สกุล. (2542). การบริหารทรัพยากรมนุษย์: แนวทางใหม่. กรุงเทพมหานคร: สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น)
- ปิยะนุช พรหมสาขา ณ สกลนคร จิราพร วรวงศ์ ศิราณี ศรีทากาศ ธาณี กล่อมใจ และพิทยา ศรีเมือง. (2559). การเรียนรู้การบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ: บทบาทและมุมมองของอาจารย์หรือนักวิชาการสถาบันการศึกษา. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. ปีที่ 26, ฉบับที่ 3, หน้า 27-39
- ภูษิต ประคองสาย (บรรณาธิการ). (2559). การสาธารณสุขไทย 2554 - 2558. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. (2557). สังคมผู้สูงอายุ: นัยต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ. เข้าถึงเมื่อ (20 มกราคม 2560). เข้าถึงได้จาก (<http://www.stou.ac.th/stouonline/lom/data/sec/Lom12/05-01.html>)
- สุกัญญา รัศมีธรรมโชติ. (2549). แนวทางการพัฒนาศักยภาพมนุษย์ **Competency Based Learning**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ศิริพัฒนาอินเตอร์พริ้นท์
- สุรเกียรติ อาชานานภาพ. (2551). บทบาทใหม่ของหมออนามัย. วารสารคลินิก. ฉบับที่ 287, หน้า 12-13
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J, and Adderson, R. E. (2010). **Multivariate Data Analysis, 7th Edition**. New York: Pearson.

- Public Health Foundation. (2014). **Core Competencies for Public Health Professionals**. Access (19 May 2017). Available (http://www.phf.org/resourcestools/Documents/Core_Competencies_for_Public_Health_Professionals_2014June.pdf).
- Waltz, C. F., Strickland, O. L., and Lenz, E. R. (2005). **Measurement in nursing and health research**. (3rd ed.) New York: Springer Publishing Co.