

ชื่อเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมด้วยแนวคิด
“ตำบลรณีย์จัดการสุขภาพดี”

รายชื่อผู้วิจัย นางอุมาภรณ์ กำลั้งดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรณีย์ อ.กะปง จ.พังงา
นางเรณู อภิชาติบุตร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา อ.เมือง จ.พังงา

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมด้วยแนวคิด“ตำบลรณีย์จัดการสุขภาพดี”ภายใต้กรอบ CHIP Model เพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมในกระบวนการจัดการปัญหาและเพิ่มอัตราการเข้ารับการคัดกรอง ดำเนินการในเดือนกันยายน 2557 ถึง 2558 กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรี 30-60 ปี จำนวน 453 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แผนการเรียนรู้ชุมชน แบบสอบถาม ความพึงพอใจ มีค่าความตรงของเนื้อหา 0.89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าสถิติร้อยละ

ผลการศึกษา ปัญหาการคัดกรอง คือ ความไม่เข้าใจเรื่องโรค เจริญอายุ และข้อจำกัดการรับบริการ การจัดการ ได้แก่ การให้ความรู้ตามแผนการเรียนรู้ชุมชน ปรับรูปแบบบริการ รณรงค์แบบ 3 มิติ (เคาะประตูบ้าน ลูกโซ่คัดกรอง โทรศัพท์ตามติด) ดูแลเฉพาะรายในกลุ่มที่มีข้อจำกัด บุคคลต้นแบบ วิทยากรชุมชน และเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผลการดำเนินงาน พบว่า อัตราการเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 19.80 เป็นร้อยละ 80.51 ผลงานสะสม 5 ปี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 62.10 เป็นร้อยละ 82.83 อัตราผู้ได้รับการตรวจเต้านมโดยเจ้าหน้าที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 69.51 เป็นร้อยละ 84.52 ผู้รับบริการพึงพอใจร้อยละ 88.40 และผู้ให้บริการพึงพอใจร้อยละ 83.02

ข้อเสนอแนะ รูปแบบการคัดกรองที่ดีควรให้ชุมชนร่วมวิเคราะห์ปัญหา ร่วมวางแผน มีการให้บริการตามบริบทพื้นที่ มีการคืนข้อมูลเป็นระยะ เพื่อปรับปรุงพัฒนาข้อจำกัดร่วมกัน

คำสำคัญ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม ตำบลจัดการสุขภาพ

ชื่อเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมด้วยแนวคิด“ตำบลรณีย์จัดการสุขภาพดี”

รายชื่อผู้วิจัย นางอุมาภรณ์ กำลั้งดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรณีย์ อ.กะปง จ.พังงา
นางเรณู อภิชาติบุตร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา อ.เมือง จ.พังงา

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งปากมดลูกและโรคมะเร็งเต้านม เป็นเป็นมะเร็งที่พบใน 3 ลำดับแรกของสตรีไทย (สำนักงานวิจัยมะเร็งนานาชาติ, 2558) แต่เป็นโรคที่สามารถรักษาได้ในระยะแรกๆ การป้องกันที่ดีที่สุดคือ การคัดกรองค้นหาผู้ป่วยให้เร็วที่สุดตั้งแต่ระยะก่อนลุกลามเป็นมะเร็ง ตาบลรมณีย์พบปัญหาผู้เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายหลายปีติดต่อกัน ผู้วิจัยได้ทบทวนปัญหาดังกล่าวพบว่า รูปแบบการคัดกรองแบบเดิมเป็นแบบการให้บริการโดยเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ตามตารางในแผนการปฏิบัติงาน มีการรณรงค์ผ่านโปสเตอร์ประชาสัมพันธ์เพียงอย่างเดียว ผู้รับบริการบางส่วนไปรับบริการที่คลินิกเอกชน บางรายไม่ทราบข้อมูลการจัดบริการ ผู้ป่วยหลายรายไม่เข้ารับบริการ บางรายต้องการรับบริการแต่มีข้อจำกัดส่วนบุคคล ไม่เคยมีการคืนข้อมูลให้ชุมชน ชุมชนไม่มีส่วนร่วมในขับเคลื่อนเพื่อแก้ไขปัญหา ส่งผลให้เกิดความไม่ครอบคลุมของการเข้ารับการคัดกรอง ที่จะนำไปสู่ความล่าช้าของการค้นพบโรค ความล่าช้าของการวินิจฉัยโรคและการดูแลรักษา

จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การจัดการบริการที่มีประสิทธิภาพควรเป็นรูปแบบการจัดบริการที่สอดคล้องกับผู้ป่วยแต่ละราย (Ploypathrpinyo, 2010) ลดข้อจำกัดของบุคคลตามแนวคิดการจัดบริการเฉพาะราย (ศิริอร สินธุ และพิเชต วงศ์รอด, 2012) กระบวนการขับเคลื่อนที่ดีเกิดจากการให้พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง (ประเวศ วะสี, 2558) มีการสนับสนุนและร่วมปฏิบัติงาน มุ่งสู่เป้าหมายร่วมกัน สอดคล้องกับแนวคิดของ ตาบลจัดการสุขภาพ ซึ่งให้ความสำคัญกับภาคประชาชน ท้องถิ่น ในการร่วมค้นหาหรือกำหนดปัญหาสุขภาพพัฒนาแก้ไขด้วยตนเอง (กรรณิการ์ ฮวดทลี, 2555)

ผู้วิจัยได้นำข้อค้นพบเหล่านี้ มาพัฒนารูปแบบการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมด้วยแนวคิด “ตาบลรมณีย์จัดการสุขภาพดี” ที่มุ่งให้ประชาชนร่วมค้นหาปัญหาและแก้ไขสุขภาพด้วยตนเอง ภายใต้การขับเคลื่อนของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมในกระบวนการจัดการปัญหา
- 2) เพื่อเพิ่มอัตราการเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมของสตรี 30-60 ปี

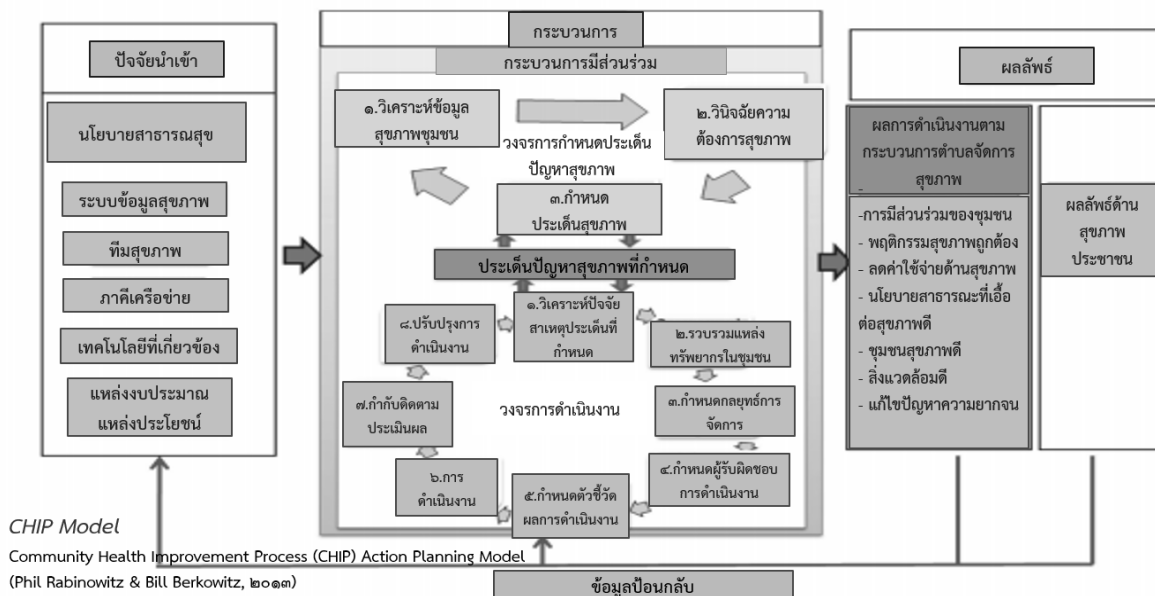
สมมติฐานการวิจัย

1. รูปแบบการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมด้วยแนวคิด “ตาบลรมณีย์จัดการสุขภาพดี” ทำให้ชุมชนมีส่วนร่วมในกระบวนการจัดการปัญหา
2. รูปแบบการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมด้วยแนวคิด “ตาบลรมณีย์จัดการสุขภาพดี” ทำให้เพิ่มอัตราการเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมของสตรี 30-60 ปีในชุมชน

กรอบแนวคิดการวิจัย

รูปแบบการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมด้วยแนวคิด “ตาบลรมณีย์จัดการสุขภาพดี” ขับเคลื่อนตามกรอบแนวคิดของ Community Health Improvement Process (CHIP) Action Planning Model (Phil Rabinowitz & Bill Berkowitz, 2013) ซึ่งประกอบด้วยการวิเคราะห์ปัจจัยนำเข้า กระบวนการกำหนดประเด็นปัญหาสุขภาพของชุมชน และกระบวนการแก้ไขปัญหา ผลลัพธ์การดำเนินงาน

ตามกระบวนการตำบลจัดการสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพ มีการป้อนข้อมูลกลับไปมาได้ในแต่ละขั้นตอน สามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดได้ดังภาพที่ 1



วิธีดำเนินการวิจัย

การออกแบบการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นเป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action Research)

ระยะเวลาดำเนินการวิจัย ดำเนินการตั้งแต่กันยายน 2557 ถึง กันยายน 2558

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

- กลุ่มเป้าหมายเป็นสตรี 30-60 ปี จำนวน 523 คน
- เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลธรมณีย์อ.กะปง จ.พังงา จำนวน 4 คน
- อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 53 คน
- ผู้นำชุมชนทุกหมู่บ้าน
- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกหมู่บ้าน
- ประธานแม่บ้าน
- ประธานสภาองค์กรชุมชน

กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยพิจารณาจากคุณสมบัติ คือ

- เป็นสตรีอายุ 30-60 ปีที่อาศัยประจำอยู่ในพื้นที่ตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป โดยไม่จำกัดว่าจะมีชื่อหรือไม่มีชื่อในทะเบียนบ้านของตำบลธรมณีย์ (ประชากร Type area 1,3 ตามเกณฑ์ของฐานข้อมูล 43 แฟ้ม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 453 คน

- เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานประจำในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมณีอ.กะปง

จ.พังงา จำนวน 4 คน

- อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้งหมดจำนวน 53 คน
- ผู้นำชุมชนทุกหมู่บ้านหมู่บ้านละ 1 คน รวม 3 คน
- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกหมู่บ้าน หมู่บ้านละ 1 คน รวม 3 คน
- ประธานแม่บ้าน 1 คน
- ประธานสภาองค์กรชุมชน 1 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แผนการเรียนรู้ชุมชน เนื้อหาประกอบด้วย แผนการเรียนรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม การวิเคราะห์ต้นทุนทางสังคมในชุมชน การทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เพื่อวางแผนแก้ไขปัญหา ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน มีค่าความตรงของเนื้อหา 0.89

2. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ ดัดแปลงมาจากแบบประเมินความพึงพอใจในชุมชน ของสำนักงานพยาบาล ปี 2544 มีค่าความเชื่อมั่น 0.90

ขั้นตอนการดำเนินงานและการเก็บข้อมูล

1. ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลพื้นฐานชุมชน ข้อมูลสุขภาพ ข้อมูลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม
2. คั้นข้อมูลให้ชุมชนในเวทีชุมชน
3. จัดตั้งคณะกรรมการตำบลมณีอ.จัดการสุขภาพดี ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครประจำหมู่บ้านจำนวน 53 คน ผู้นำชุมชนหมู่บ้านละ 1 คน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหมู่บ้านละ 1 คน ประธานแม่บ้าน ประธานสภาองค์กรชุมชน และตัวแทนสตรีหมู่บ้านละ 1 คน
4. จัดประชุมระดมสมอง คณะทำงานเพื่อทบทวนต้นทุนทางสังคมในชุมชนในส่วนของ นโยบายสาธารณสุขและนโยบายสุขภาพ ระบบข้อมูลสุขภาพ ทีมสุขภาพ ภาควิชาเครือข่าย เทคโนโลยีที่เกี่ยวข้อง แหล่งงบประมาณ แหล่งประโยชน์
5. ให้ความรู้ตามแผนการเรียนรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมแก่คณะทำงาน
6. ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมของสตรีอายุ 30-60 ปีในชุมชน
7. ร่วมกันจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เพื่อแก้ไขปัญหา
8. ดำเนินการตามแนวทาง
9. รวบรวมข้อมูลและประเมินผลลัพธ์การดำเนินงาน
10. คั้นข้อมูลสู่ชุมชน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา เลขที่ 17/58

ผลการศึกษา

1. การวิเคราะห์ด้านปัจจัยนำเข้า ประกอบด้วย

- นโยบายสุขภาพของชุมชน ได้แก่ แผนพัฒนาสุขภาพของชุมชน นโยบายผู้นำชุมชน เรื่อง “อยู่ดีกินดี สุขภาพดี ชีวิตมีความสุข” แผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
- ระบบข้อมูลสุขภาพ มีศูนย์ข้อมูลสุขภาพที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ข้อมูลเป็นปัจจุบันสามารถเข้าถึงได้อย่างรวดเร็ว ทันเวลา

- ทีมสุขภาพ ภาควิชาพยาบาล ประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุขทั้งในพื้นที่และนอกพื้นที่ อสม. แกนนำสุขภาพสตรี ผู้นำชุมชน ชมรมแม่บ้าน กลุ่มเยาวชนอาสาสมัครทางสุขภาพ ชมรมสายใยรัก
- เทคโนโลยีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ภูมิปัญญาพื้นบ้าน “โนรา” เพื่อถ่ายทอดความรู้ แผนสุขภาพชุมชน โมเดลเต้านม โมเดลมดลูก สื่อความรู้ ภาพพลิก วีดีโอสั้น เครื่องคอมพิวเตอร์ กล้องถ่ายรูป เครื่องฉายเอกสาร อินเทอร์เน็ต วิทยุสื่อสาร โทรศัพท์มือถือ สมาร์ทโฟน
- แหล่งงบประมาณ แหล่งประโยชน์ ได้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล กองทุนแม่ กองทุนสภาองค์กรชุมชน กองทุนผู้ด้อยโอกาส งบองค์กรท้องถิ่น พัฒนาชุมชน มูลนิธิต่างๆ

2. กระบวนการจัดการ โดยผ่านระดมสมองจากกระบวนการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์

2.1 ปัญหาของเข้าร่วมคัดกรองน้อยเกิดจาก

- กลุ่มเป้าหมายไม่ชัดเจน มีคนจรรยา
- ความไม่เข้าใจเรื่องการเกิดโรค ไม่ตระหนักปัญหา
- ไม่ทราบวิธีตรวจคัดกรองด้วยตนเอง (เต้านม)
- ความเขินอาย
- การมีข้อจำกัดเรื่องการเข้าถึงบริการ ได้แก่ บ้านอยู่ไกล ไม่ทราบวันเวลาที่คัดกรอง ไม่สะดวกในวันที่มีการคัดกรอง เช่น ต้องไปธุระนอกพื้นที่หรือการมีประจำเดือนในวันที่มีการตรวจ
- ข้อมูลการตรวจคัดกรองเคลื่อน บางกลุ่มไปตรวจที่อื่นแต่ไม่ได้แจ้ง

2.2 กระบวนการแก้ไขตามสภาพปัญหา ประกอบด้วย

- กลุ่มเป้าหมายไม่ชัดเจน มีคนจรรยา แก้ไขโดยการกำหนดคุณสมบัติคือ เป็นสตรีอายุ 30-60 ปี ที่อาศัยประจำในพื้นที่ตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป สํารวจโดย อสม. ซึ่งมีละแวกบ้านรับผิดชอบคนละ 10-15 หลังคาเรือน
- ความไม่เข้าใจเรื่องการเกิดโรค ไม่ตระหนักปัญหา แก้ไขโดย การจัดเวทีในแต่ละหมู่บ้านเพื่อให้ความรู้ตามแผนการเรียนรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม โดยบุคลากรสาธารณสุข แกนนำชุมชน (ที่ได้รับความเชื่อถือจากชุมชน) ตัวแทนผู้ป่วย พุดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้และประสบการณ์
- ไม่ทราบวิธีตรวจคัดกรองด้วยตนเอง (เต้านม) แก้ไขโดย การอบรมแกนนำ อสม. เพื่อไปให้คำแนะนำต่อแบบตัวต่อตัว
- ความเขินอาย แก้ไขโดยการใช้เทคนิคลูกโซ่คัดกรอง ให้คนใกล้ชิดเป็นผู้บอกต่อให้เข้ารับการตรวจ และการจัดการเฉพาะรายตามความสะดวกของผู้ป่วย
- การมีข้อจำกัดเรื่องการเข้าถึงบริการ
 - 1) บ้านอยู่ไกล แก้ไขโดย ประสานกับองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นและผู้นำชุมชนเป็นผู้รับส่ง
 - 2) การไม่ทราบวันเวลาที่คัดกรอง แก้ไขโดย การประชาสัมพันธ์แบบ 3 มิติ คือ การเคาะประตูบ้าน แจงรายบุคคลผ่าน อสม. ลูกโซ่คัดกรองเน้นให้มีการบอกต่อคนในครอบครัวหรือคนสนิทของกลุ่มเป้าหมายและการโทรศัพท์รายบุคคล
 - 3) การไม่สะดวกที่จะรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกในวัน เวลาที่มีการรณรงค์ แก้ไขโดยการเพิ่ม
- ข้อมูลการตรวจคัดกรองเคลื่อน บางกลุ่มไปตรวจที่อื่นแต่ไม่ได้แจ้งจำนวนวันในการตรวจ สามารถแก้ไขได้จากกระบวนการประชาสัมพันธ์ 3 มิติ ที่จะทำให้ได้ข้อมูลรายบุคคล
- มีการดำเนินงานเพิ่มเติมตามข้อเสนอแนะ ได้แก่ การประชาสัมพันธ์ผ่าน โนรา ซึ่งเป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นในบางโอกาส การให้ความรู้ในกลุ่มนักเรียนเยาวชน การมีกติกาสมาชิก “ให้สตรีชาวรมณีย์ที่มีอายุ 30-

60 ปีทุกคนเข้ารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกทุก 3-5 ปี และตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน ตรวจโดยเจ้าหน้าที่ปีละครั้ง” การมีสตรีต้นแบบของชุมชนที่ผ่านการคัดเลือกจากคณะทำงาน การมีศูนย์เรียนรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูก(รวมอยู่ในศูนย์เรียนรู้ของหมู่บ้าน)

3. ผลลัพธ์การดำเนินงาน แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

- **ผลลัพธ์การดำเนินงานตามกระบวนการจัดการสุขภาพ** ได้แก่ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหา (ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมากกว่าร้อยละ 80 ของเป้าหมาย) มีกติกาสุขชนที่เอื้อต่อสุขภาพดี ผู้รับบริการพึงพอใจร้อยละ 88.40 และผู้ให้บริการพึงพอใจร้อยละ 83.02
- **ผลลัพธ์ทางสุขภาพ** ได้แก่ อัตราการเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 62.10 ในปี 2557 เป็นร้อยละ 80.23 ในปี 2558 อัตราผู้ได้รับการตรวจเต้านมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 69.51 ในปี 2557 เป็นร้อยละ 84.52 ในปี 2558 กลุ่มที่มีผลการคัดกรองผิดปกติได้รับการดูแลต่อเนื่องร้อยละ 100

อภิปรายผล

จากผลการศึกษา จะเห็นได้ว่ากระบวนการจัดการปัญหาที่เกิดจากการร่วมคิด ร่วมดำเนินการของชุมชน เริ่มตั้งแต่การศึกษาข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลสุขภาพของชุมชนที่จะนำไปสู่การค้นหาประเด็นปัญหาและวางแผนการแก้ไขได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ข้อมูลสุขภาพเข้มข้น สุขภาพชุมชนเข้มแข็งที่มุ่งเน้นการใช้ข้อมูลสุขภาพในระดับพื้นที่ให้เชื่อมโยงไปสู่การใช้ประโยชน์ในการพัฒนาระบบสุขภาพของประชาชน (สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ, 2010) โดยที่กระบวนการแก้ไขปัญหาจากการร่วมกันคิด วางแผน และดำเนินการแก้ไขโดยชุมชน ทำให้รูปแบบการแก้ไขมีความสอดคล้องกับบริบทชุมชน และมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ เกิดความยั่งยืนของการจัดการภายใต้การดูแลติดตามโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งจัดเป็นบริการด้านหน้าที่มีความใกล้ชิดกับคนในชุมชนมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาประสบการณ์ ความรู้ ครอบครัวยุคใหม่ ชุมชนเข้มแข็งเพื่อการพัฒนาครอบครัวโดยหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่พบว่า การที่ชุมชนเข้มแข็งนั้นต้องอาศัยพลังของแกนนำในชุมชนที่ต้องมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ มีกระบวนการในการทำงานแบบเน้นการมีส่วนร่วม รมัตระวังผลกระทบต่อคนและสิ่งแวดล้อมในชุมชน มีการสื่อสารแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อเสริมการทำงานซึ่งกันและกัน นับเป็นการทำงานแก้ไขปัญหาในเชิงบูรณาการที่แท้จริงซึ่งนำไปสู่ความยั่งยืนของสังคมต่อไป (สำนักงานวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน, & สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล, 2011)

การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ในงานประจำ

การพัฒนากระบวนการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมด้วยแนวคิด “ตำบลรมณีย์จัดการสุขภาพดี” ทำให้ความครอบคลุมของการคัดกรองเพิ่มมากขึ้น กลุ่มที่มีผลการคัดกรองผิดปกติได้รับการดูแลต่อเนื่อง สามารถวางแผนแก้ไขหรือป้องกันการเกิดโรคหรือการลุกลามของโรคได้รวดเร็วทันเวลา จัดเป็นการพยาบาลเพื่อการป้องกันระยะปฐมภูมิ และรูปแบบการจัดการร่วมกันของชุมชน ทำให้ชุมชนเกิดความเข้มแข็งจากการดูแลกันเอง ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลในชุมชน

บทเรียนที่ได้รับ

การให้บริการในชุมชน ควรมีวางแผนตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการตามบริบทวิถีชีวิต พัฒนารูปแบบการดำเนินงานบนพื้นฐานวิชาการ มีการคืนข้อมูลเป็นระยะ ติดตามประเมินผลเป็นระบบและต่อเนื่อง ปรับปรุงพัฒนาตามข้อจำกัดร่วมกัน เป็นการยกระดับคุณภาพบริการ ทำให้เกิดรูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพสูงสุด

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

การเข้าถึงและเข้าใจชุมชน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการมีส่วนร่วมของชุมชนและกลุ่มเป้าหมาย

บรรณานุกรม

- กรรณิการ์ ฮวดหลี. (2012). การจัดการสุขภาพภาคประชาชน: ตำบลจัดการสุขภาพ. ประเวศ วะสี. (2009). ปาฐกถาสั่งคุณค่าความเป็นคน สร้างสุขภาพชุมชนให้เข้มแข็ง ในงานประชุมมหกรรมสุขภาพชุมชน 2552 วันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2552 เวลา 10.15-11.00 น. ณ ห้องแกรนด์ไดมอนด์. ศิริอร สีนธ และพิเชต วงศ์รอด. (2013). การจัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง. กรุงเทพมหานคร : วัฒนาการพิมพ์.
- สำนักงานวิจัยมะเร็งนานาชาติ. (2558). สถิติมะเร็งในสตรี ปี 2557.
- สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. (2010). การประชุมวิชาการระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 พ. ศ. 2553 ข้อมูลสุขภาพเข้มข้น สุขภาพชุมชนเข้มแข็ง.
- สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน, & สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล. (2011). *สังเคราะห์ประสบการณ์ความรู้ ครอบครัวเข้มแข็ง ชุมชนเข้มแข็ง เพื่อการพัฒนาระบบดูแลประชากรโดยหน่วยบริการปฐมภูมิ*. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- Ploypathrpinyo, W. (2010). Knowledge and self-care behaviors of diabetes patients at NamNao Hospital, Petchabun Province. *Khon Kaen Medical Journal*, 32(s7), 87-92.