

สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1.) ศึกษาระดับความรู้ ทักษะคิด และการใช้ประโยชน์จากแฟมือนามัยครอบครัว ในหน่วยบริการปฐมภูมิ 2.) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคิด และการใช้ประโยชน์จากแฟมือนามัยครอบครัวของบุคลากรสาธารณสุข 3.) เปรียบเทียบความรู้ ทักษะคิด และการใช้ประโยชน์จากแฟมือนามัยของบุคลากรสาธารณสุข ในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์และไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน และ 4.) ศึกษาปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานแฟมือนามัยครอบครัวของบุคลากรสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 244 คน เป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ได้ดำเนินงานแฟมือนามัยครอบครัว และปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ทั้งสิ้น 269 แห่ง และได้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเอง และการสัมภาษณ์เชิงลึก ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนกรกฎาคมถึงเดือนสิงหาคม 2549 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันและการทดสอบด้วยค่าที่ ซึ่งสามารถสรุปและอภิปรายผลได้ ดังนี้

จากผลการศึกษา ดังแสดงในตาราง 2 (หน้า 37) พบว่า ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับคุณลักษณะทางประชากรของผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ (อรชร วรรณพฤษ, 2546) โดยเป็นเพศหญิงมากกว่าชาย และมีอายุโดยเฉลี่ย 36.9 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ดำรงตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข และนักวิชาการเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยเดิม ซึ่งตามตำแหน่งโดยโครงสร้าง ส่วนใหญ่จะประกอบด้วย เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน นักวิชาการและหัวหน้าสถานอนามัยซึ่งดำรงตำแหน่งเจ้าหน้าที่บริหารงาน จึงทำให้ตำแหน่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีจำนวนมาก และเมื่อพิจารณาอายุราชการของกลุ่มตัวอย่าง โดยเฉลี่ย 15 ปี เป็นช่วงระยะเวลาที่ทำให้บุคลากรมีประสบการณ์ในการทำงานพอสมควร ซึ่งสัมพันธ์กับอายุโดยเฉลี่ย ด้วย ส่วนระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่อยู่ในช่วงต่ำกว่า 5 ปี เป็นเพราะนโยบายการพัฒนา เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิเริ่มดำเนินการเมื่อปีงบประมาณ 2544

2544 จึงทำให้ระยะเวลาการปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิจะอยู่ในช่วง 5-6 ปี และระยะเวลาในการดำเนินงานเพิ่มอนามัยครอบครัว อยู่ในช่วง 1- 4 ปีเช่นเดียวกัน

จากผลการศึกษา ความรู้เกี่ยวกับเพิ่มอนามัยครอบครัวของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานประจำในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดเชียงใหม่ เมื่อปรับคะแนนให้อยู่ในช่วง 0 - 100 คะแนน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับเพิ่มอนามัยครอบครัว เฉลี่ย $71.9 (\pm 10.9)$ คะแนน ดังแสดงในตาราง 6 (หน้า 43) ทั้งนี้เนื่องจากบุคลากรส่วนใหญ่ ร้อยละ 65.5 ดังแสดงในตาราง 2 (หน้า 37) เป็นผู้เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับเพิ่มอนามัยครอบครัวมาก่อนซึ่งอาจก่อให้เกิดความรู้ของบุคคลนั้น โดยเริ่มจากการได้รับความรู้แล้วเกิดเป็นความจำ การระลึกได้ และเกิดความเข้าใจจนสามารถสื่อให้ผู้อื่นรับรู้ได้ (Bloom, 1975) รวมถึงกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้มีการดำเนินงานและเรียนรู้จากประสบการณ์การทำงานเกี่ยวกับเพิ่มอนามัยครอบครัวโดยตรง ซึ่งสอดคล้องกับความรู้ในรายด้าน ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในด้านการใช้ประโยชน์จากเพิ่มอนามัยครอบครัวมากกว่าด้านอื่น ๆ โดยมีคะแนนเฉลี่ย $94.7 (\pm 11.4)$ คะแนน ซึ่งความรู้ดังกล่าวอาจเกิดจากประสบการณ์ตรงจากการทำงาน ในขณะที่ความรู้ในด้านการจัดเก็บและรวบรวมข้อมูลกลับมีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพียง $57.5 (\pm 21.4)$ คะแนน ซึ่งจากข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า ในระยะแรกของการดำเนินงานจนถึงปัจจุบัน บุคลากรส่วนใหญ่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองน้อยมาก โดยจะทำการจ้างผู้อื่นสำรวจแทน ทำให้ความรู้ในด้านนี้น้อยกว่าด้านการใช้ประโยชน์ ส่วนในด้านแนวคิดการจัดทำเพิ่มอนามัยครอบครัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยในด้านนี้เพียง $55.7 (\pm 20.2)$ คะแนนซึ่งเป็นด้านที่มีคะแนนต่ำที่สุด ซึ่งข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ ไม่ทราบถึงแนวคิดในการจัดทำ ทราบเพียงนโยบายสั่งการให้ดำเนินงานเท่านั้น ทำให้ข้อมูลในส่วนนี้จึงมีคะแนนที่ต่ำที่สุด

นอกจากนี้ ผลการศึกษา ทักษะติดต่อเพิ่มอนามัยครอบครัว ของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดเชียงใหม่ ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนทัศนคติต่อเพิ่มอนามัยครอบครัว เฉลี่ย $66.8 (\pm 9.8)$ คะแนน ดังแสดงในตาราง 9 (หน้า 46) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ในด้านการจัดเก็บและรวบรวมข้อมูลมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ด้วยคะแนนเฉลี่ย $58.7 (\pm 11.3)$ คะแนนเป็นผลเนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยกับประเด็น การรวบรวมข้อมูลในเพิ่มอนามัยครอบครัวไม่จำเป็นต้องสำรวจโดยเจ้าหน้าที่ ถึงร้อยละ 53.2 ซึ่งจากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า หน่วยบริการหลายแห่ง มีการจ้างบุคคลอื่นให้ทำการสำรวจข้อมูลแทน เนื่องจาก ภาระงานที่มาก การขาดแคลนบุคลากร และการเร่งดำเนินงานในระยะแรกเพื่อให้ได้ความครอบคลุมมากที่สุด อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นที่ไม่จำเป็นต้องเก็บรวบรวมข้อมูลเองก็ได้ ซึ่งไม่เป็นตาม

วัตถุประสงค์ของการเก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มอนามัยครอบครัว ที่ต้องการให้เจ้าหน้าที่สร้างสัมพันธภาพกับครอบครัวและชุมชน ส่วนทัศนคติในด้านแนวคิดเกี่ยวกับการจัดทำเพิ่มอนามัยครอบครัว พบว่ามีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ $67.8 (\pm 13.8)$ คะแนน ซึ่งสูงกว่าด้านการจัดเก็บและรวบรวมข้อมูล โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วย กับความคิดเห็นในประเด็น การจัดทำเพิ่มอนามัยครอบครัวเป็นการเพิ่มภาระงานของเจ้าหน้าที่ อาจเป็นด้วยว่าในการดำเนินงานเพิ่มอนามัยครอบครัวนั้น ทำอย่างไรก็ไม่สามารถทำให้ครบถ้วนสมบูรณ์หรือครอบคลุม 100% ได้ เพราะข้อมูลมีการเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลาในตนเอง และทัศนคติในด้านการใช้ประโยชน์จากเพิ่มอนามัยครอบครัว กลับพบว่ามีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ $75.3 (\pm 10.8)$ คะแนน โดยส่วนใหญ่เห็นด้วยกับความคิดเห็นในประเด็น เพิ่มอนามัยครอบครัวมีข้อมูลที่สามารถใช้ในการวางแผนและวิเคราะห์ข้อมูลได้ ซึ่งตรงกับความคิดเห็นจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ที่พบว่า เพิ่มอนามัยครอบครัวมีประโยชน์มาก โดยเฉพาะในเรื่องของการดูแลสุขภาพของประชาชน ซึ่งทำให้ผู้ใช้สามารถดูแลสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง และเป็นองค์รวมสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการจัดทำเพิ่มอนามัยครอบครัว

จากผลการศึกษา การใช้ประโยชน์จากเพิ่มอนามัยครอบครัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการใช้ประโยชน์จากเพิ่มอนามัยครอบครัวเฉลี่ย $66.4 (\pm 25.5)$ คะแนนดังแสดงในตาราง 10 (หน้า 49) ส่วนใหญ่จะใช้ประโยชน์ในด้านการเก็บรวมข้อมูล โดยเฉพาะในเรื่องการเก็บรวบรวมข้อมูลการรักษาพยาบาล ทั้งการรักษาพยาบาลโรคทั่วไปและคลินิกเรื้อรัง เนื่องจากเพิ่มอนามัยครอบครัวเป็นแฟ้มกระดาษที่สามารถพกพาได้สะดวก มีน้ำหนักน้อย สามารถค้นหาได้ง่าย อีกทั้งใน แฟ้มยังประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐานรายบุคคลจำนวนมากซึ่งสามารถดูได้ครบในแฟ้มเดียวทำให้การให้บริการ ในการรักษา พยาบาลเห็นถึงความต่อเนื่องของการรักษามากยิ่งขึ้น ซึ่งจากการสัมภาษณ์เชิงลึกสนับสนุนแนวคิดดังกล่าว โดยพบว่า ในด้านการรักษาพยาบาลในหน่วยบริการนั้น การใช้เพิ่มอนามัยครอบครัว ทำให้สามารถเห็นประวัติการเจ็บป่วย รวมถึงประวัติการรักษา ทำให้สามารถให้บริการอย่างต่อเนื่องได้ ในส่วนของการใช้ประโยชน์ในด้วยการวางแผนและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อจัดกิจกรรม 4 มิติ นั้น ส่วนใหญ่ใช้ในการวางแผนกิจกรรมในชุมชนและการค้นหาปัญหา ซึ่งจากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่าเนื่องจากพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่มีโปรแกรมสำหรับประมวลผลข้อมูลรายบุคคลด้วย จึงไม่มีการวิเคราะห์ข้อมูลจากเพิ่มอนามัยครอบครัวโดยตรงแต่จะทำการบันทึกข้อมูลในคอมพิวเตอร์แล้วทำการประมวลผลในภาพรวม แต่หากต้องการดูข้อมูลในรายบุคคลหรือประวัติครอบครัวก็ยังสามารถดูได้จากเพิ่มอนามัยครอบครัว

ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทัศนคติ และการใช้ประโยชน์จากเพิ่มอนามัยครอบครัว พบว่า ความรู้เกี่ยวกับเพิ่มอนามัยครอบครัว มีความสัมพันธ์เชิงบวก ในระดับต่ำ

กับการใช้ประโยชน์จากแฟมือนามัยครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.176, p < 0.01$) ดังแสดงในตาราง 12 (หน้า 51) แสดงว่า บุคลากรสาธารณสุขที่มีความรู้เกี่ยวกับแฟมือนามัยครอบครัวมากขึ้น จะมีแนวโน้มที่จะใช้ประโยชน์จากแฟมือนามัยครอบครัวมากขึ้นเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีของ Bloom (1975) ที่ว่า เมื่อมีความรู้แล้วก็จะมีความสามารถทางปัญญา เช่น ความเข้าใจ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ สังเคราะห์ และการประเมินผล และสอดคล้องกับแนวคิดของประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526) ที่ว่าความรู้และเจตคติของบุคคล เป็นส่วนประกอบที่สำคัญที่จะทำให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการปฏิบัติ และสอดคล้องกับทฤษฎีของ Schwarte (1975) ซึ่งกล่าวว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลจะมีความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติ กล่าวคือ ความรู้ ทักษะ ต่างทำให้เกิดการปฏิบัติตามมาและความรู้มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม ดังนั้น เมื่อบุคลากรมีความรู้ เกี่ยวกับแฟมือนามัยครอบครัวและพิจารณาว่าข้อมูลจากแฟมือนามัยครอบครัวมีประโยชน์ต่อการทำงาน ก็ตัดสินใจใช้ข้อมูลนั้น ๆ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อรรถ วรรณพฤกษ์ (2546) ซึ่งพบว่า ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ และแต่หากเมื่อพิจารณาในรายด้าน กลับพบว่า ความรู้ ในด้านแนวคิดการจัดทำแฟมือนามัยครอบครัวและด้านการใช้ประโยชน์จากแฟมือนามัยครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ประโยชน์จากแฟมือนามัยครอบครัวเลย แสดงให้เห็นว่าหากมีการเพิ่มความรู้ในส่วน of แนวคิดการจัดทำแฟมือนามัยครอบครัวและการใช้ประโยชน์จากแฟมือนามัยครอบครัว ก็อาจจะไม่เกิดการใช้ประโยชน์จากแฟมือนามัยครอบครัวก็เป็นได้ ในขณะที่เดียวกัน ความรู้ในด้านการจัดเก็บและรวบรวมข้อมูล กลับมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำ กับการใช้ประโยชน์จากแฟมือนามัยครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.173, p < 0.05$) แสดงว่า หากเพิ่มความรู้ในด้านการจัดเก็บและรวบรวมข้อมูล แนวโน้มที่บุคลากรจะใช้ประโยชน์จากข้อมูลก็มากขึ้นด้วย

นอกจากนี้ ความสัมพันธ์ระหว่าง ทักษะต่อแฟมือนามัยครอบครัว มีความสัมพันธ์เชิงบวก กับการใช้ประโยชน์จากแฟมือนามัยครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.453, p < 0.01$) แสดงว่า บุคลากรสาธารณสุขที่มีทักษะดี เกี่ยวกับแฟมือนามัยครอบครัว จะมีการใช้ประโยชน์จากแฟมือนามัยมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526) ที่ว่า ความรู้ และเจตคติของบุคคล เป็นส่วนประกอบที่สำคัญที่จะทำให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการปฏิบัติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์ (2541) ที่พบว่า ทักษะต่อการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลของพยาบาลสำเร็จใหม่ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

จากผลการศึกษามีข้อเสนอแนะที่สามารถนำผลการศึกษาไปใช้ได้ดังนี้

1. การพัฒนาบุคลากร เรื่องเพิ่มอณามัยครอบครัว ควรเน้นในเรื่องการจัดเก็บและการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจซึ่งจะส่งผลต่อการใช้ประโยชน์จากเพิ่มอณามัยครอบครัวได้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
2. เพื่อให้สามารถนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ได้จริง ควรมีการตรวจสอบและวิเคราะห์คุณภาพของข้อมูล เช่น การสำรวจโดยเจ้าหน้าที่
3. จากการศึกษา พบว่า ในการดำเนินงานข้อมูลข่าวสารในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดเชียงใหม่ มีระบบฐานข้อมูลหลากหลาย จึงควรมีการวางแผน เพื่อพัฒนารูปแบบของเพิ่มอณามัยครอบครัว ให้เป็นระบบเดียวเพื่อลดความซ้ำซ้อนและลดภาระในการทำงานของบุคลากรในระดับผู้ปฏิบัติ ซึ่งจะส่งผลให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ในขณะที่ดำเนินการศึกษา ผู้ศึกษาได้พบประเด็นที่น่าสนใจสำหรับผู้สนใจจะทำการศึกษารื่องนี้ต่อไป ดังนี้

1. ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ทำการศึกษาเพียงตัวแปรอิสระซึ่งเป็นปัจจัยภายในจึงควรมีการศึกษาถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อการดำเนินงานเพิ่มอณามัยครอบครัว ของบุคลากรสาธารณสุขเพิ่มเติมด้วย โดยเฉพาะในประเด็นของนโยบายหรือการสนับสนุน มีผลต่อการดำเนินงานเพิ่มอณามัยครอบครัวหรือไม่
2. ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ทำการศึกษาเฉพาะในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่เท่านั้น ดังนั้นจึงควรทำการศึกษาในพื้นที่อื่นๆ ที่มีการดำเนินงานเพิ่มอณามัยครอบครัว โดยเฉพาะในเรื่องระบบการดำเนินงานเพิ่มอณามัยครอบครัวที่แตกต่างกัน ส่งผลให้มีทัศนคติแตกต่างกันหรือไม่
3. จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา ในส่วนของการสัมภาษณ์เชิงลึก ควรจะศึกษาเพิ่มเติมในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ไม่มีการดำเนินงานเพิ่มอณามัยครอบครัว เนื่องจาก เชื่อว่า อาจมีทัศนคติที่แตกต่างกันออกไปจากการศึกษาในครั้งนี้