วารสารวิชาการสาธารณสุข
ปีที่ 31 ฉบับที่ 4 กรกฎาคม - สิงหาคม 2565

Journal of Health Science
Vol. 31 No. 4, July - August 2022

นิพนธ์ต้นฉบับ *Original article*

การประเมินผลโครงการพัฒนาจังหวัดต้นแบบ "ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี"

ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล พ.บ.,อว. (เวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน)*
สุจิตตา ทักขะทิน ศศ.บ.**
**สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข*
***กองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข*

วันรับ: 29 ธ.ค. 2564
วันแก้ไข: 8 ก.ค. 2565
วันตอบรับ: 3 ส.ค. 2565

บทคัดย่อ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลโครงการพัฒนาจังหวัด-ต้นแบบ "ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี" ก่อนและหลังการดำเนินงานขับเคลื่อนการพัฒนาครอบครัวเป้าหมายในพื้นที่ 3 จังหวัด ได้แก่ บุรีรัมย์ พะเยาและระยอง ทั้งมิติด้านสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจ โดยเป็นการบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างสำนักงานสาธารณสุข-จังหวัด สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กลุ่มตัวอย่างคือครัวเรือนจำนวน 60 ครัวเรือน ในพื้นที่อำเภอเขตเมืองและไม่ใช่อำเภอเขตเมือง เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลการใช้บริการสุขภาพด้วยสถิติจำนวนและร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลความรอบรู้ทางสุขภาพด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบความรอบรู้ทางสุขภาพก่อนและหลังการดำเนินโครงการฯ ด้วยสถิติ paired sample t-test วิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ในครอบครัวและการเกื้อกูลจากชุมชน ด้วยสถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความสัมพันธ์ในครอบครัวและการเกื้อกูลจากชุมชนก่อนและหลังการดำเนินโครงการฯ ด้วยสถิติ paired sample t-test ผลการศึกษาพบว่า (1) ก่อนดำเนินโครงการ กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลในระดับปานกลาง ด้านความเข้าใจเรื่องสุขภาพ ด้านการตัดสินใจ ด้านการซักถามและด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก ภายหลังการดำเนินงาน กลุ่ม-ตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (2) มิติด้านสังคม พบว่า ภายหลังการดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่างใน 2 จังหวัด ได้แก่ บุรีรัมย์และพะเยา มีค่าความสัมพันธ์ในครอบครัวเพิ่มขึ้น ยกเว้น ระยอง ที่มีค่าความสัมพันธ์ในครอบครัวลดลงเล็กน้อย และในส่วนการเกื้อกูลจากชุมชน พบว่า ระยอง และพะเยาเพิ่มขึ้น หลังดำเนินโครงการ ยกเว้น บุรีรัมย์ที่มีการเกื้อกูลจากชุมชนลดลงเล็กน้อย ทั้งนี้ มีเพียงบุรีรัมย์ที่ความสัมพันธ์ในครอบครัวและการเกื้อกูลจากชุมชนแตกต่างกันอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ข้อเสนอแนะ (1) การสนับสนุนทางนโยบายเรื่องการพัฒนาครอบครัวแบบมุ่งเป้า (2) กลไกการเชื่อมโยงกับคณะกรรมการในพื้นที่ เช่น พชอ. หรือคณะกรรมการอำนวยการแก้ไขปัญหาความยากจน (3) การดำเนินการร่วมกับทีมหมอครอบครัว หรือหน่วยบริการปฐมภูมิ (4) การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครที่เกี่ยวข้อง เช่น อาสาสมัคร-สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (5) บทบาทหน้าที่ขององค์กร-ปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินการติดตามและขยายผล (6) การบูรณาการฐานข้อมูลครอบครัวกลุ่มเปราะบางเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน และ (7) การพัฒนาเจตคติและกรอบความคิดของผู้ปฏิบัติงาน

คำสำคัญ: **ครอบครัวมั่นคง; สังคมสุขภาพดี; ความรอบรู้ด้านสุขภาพ; ความสัมพันธ์ในครอบครัว; การเกื้อกูลจากชุมชน**

บทนำ

ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี พ.ศ. 2561 – 2580 มุ่งเน้นการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคนตลอดทุกช่วงวัย และสร้างโอกาสความเสมอภาค ซึ่งสถาบันครอบครัวเป็นหนึ่งในกลไกหลัก หรือยุทธศาสตร์ที่สำคัญในการเสริมสร้างและพัฒนาคนให้เป็นคนดี มีคุณธรรม จริยธรรมและมีจิตอาสา ด้วยการรู้จักบทบาทหน้าที่ของตนเอง ร่วมกันดูแลแก้ไขปัญหาสังคม อันเป็นประโยชน์ต่อความมั่นคงแข็งแรงของสังคมไทย ดังนั้นรัฐบาล จึงให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว กระทรวงสาธารณสุขเป็นองค์กรหนึ่งที่ดำเนินงานภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี สู่ความเป็นเลิศ 4 ด้าน คือ ด้านสุขภาพดี (P&P excellence) ด้านบริการดี (Service excellence) ด้านบุคลากร (People excellence) และด้านบริหารดี (Governance excellence) มุ่งสู่เป้าหมาย ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน[1] ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals; SDGs) ขององค์การสหประชาชาติ คือ การพัฒนาที่ครอบคลุมถึงคนทุกกลุ่มวัย เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศ ให้มีความมั่นคง มั่งคั่งและยั่งยืน ในส่วนแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 มุ่งพัฒนาทุกมิติอย่างสมเหตุสมผลและพอประมาณ มุ่งเน้นพัฒนาความสามารถและโอกาสให้กับทุกคน ได้ดำเนินชีวิตที่ดีมีความสุข กระจายความมั่งคั่งอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม สร้างคุณภาพชีวิตและสุขภาวะที่ดีสำหรับคนไทย โดยคนใช้ประโยชน์และอยู่ร่วมกับสิ่งแวดล้อมอย่างเกื้อกูล อนุรักษ์ฟื้นฟู ใช้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมอย่างเหมาะสม[2] กอร์ปกับช่วงปี 2563 ประเทศไทยเผชิญกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) สภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ทบทวนยุทธศาสตร์ เพื่อเป็นกรอบดำเนินการเร่งด่วน ในการพัฒนาประเทศที่ควรให้ความสำคัญในระยะ 2 ปี (พ.ศ. 2564 – 2565) เพื่อเสริมสร้างศักยภาพ ในการฟื้นฟูและขับเคลื่อนประเทศไทย ให้สามารถล้มแล้วลุกไว (resilience) ใน 3 มิติ (1) พร้อมรับ (cope) (2) การปรับตัว (adapt) (3) การเปลี่ยนแปลงเพื่อพร้อมเติบโตอย่างยั่งยืน (transform) ซึ่งจะสร้างโอกาส ในการขับเคลื่อนประเทศไทยไปสู่จุดหมายใหม่ที่ดีกว่าในอนาคต โดยในประเด็นที่ 3 การพัฒนาศักยภาพและคุณภาพชีวิตของคนเพื่อเป็นกำลังหลักในการขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศ (human capital) กระทรวงสาธารณสุขนับเป็นหน่วยงานหลักที่ดูแลสุขภาพ คนไทยทั้งประเทศ ให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพและคุณภาพของประชากรไทยทุกช่วงวัย และจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่มีสัดส่วนประชากรวัยแรงงานและวัยเด็กลดลง ทำให้การเกื้อหนุนและดูแลผู้สูงอายุกลับมีแนวโน้มลดลงส่งผลให้ศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวลดลง ดังนั้น การพัฒนาคนในทุกมิติและในทุกช่วงวัยของครอบครัวจึงเป็นเรื่องที่ควรให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง[3]

จากการศึกษาการดำเนินงาน เพื่อการขับเคลื่อนประเทศ สู่การเป็นประเทศ ที่มีความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน ที่ผ่านมาพบว่า มีการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ในการพัฒนาชุดความรู้เกี่ยวกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว ตามมาตรฐานครอบครัวเข้มแข็ง โดยเล็งเห็นว่าครอบครัวเข้มแข็งมั่นคง สามารถทำให้สังคมและประเทศชาติพัฒนาได้ ทั้งนี้สัมพันธภาพที่ดีของครอบครัวเป็นตัวชี้วัดหนึ่งที่สำคัญ เพราะความสัมพันธ์ใกล้ชิดของสมาชิกในครอบครัว เป็นจุดเริ่มต้นสำคัญในการสร้างความเข้มแข็งในครอบครัว สะท้อนการพัฒนาการของเด็กทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจและสติปัญญา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในยุคปัจจุบันความเจริญก้าวหน้าทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ได้เข้ามากระทบสัมพันธภาพภายในครอบครัวเป็นอย่างมาก โดยบั่นทอนความสัมพันธ์ภายในครอบครัว พ่อแม่กับลูกแทบไม่มีเวลาได้อยู่ด้วยกัน เพราะต่างคนต่างติดความสุขกันคนละอย่าง ไม่ค่อยได้พบหน้า เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้สึกซึ่งกันและกัน[4] และจากการสำรวจสภาวะทางสังคม วัฒนธรรมและสุขภาพจิต พ.ศ. 2561 พบว่า วัยรุ่นไทยที่มีอายุ 13 – 24 ปี มีความรู้สึกปลอดภัย อบอุ่นและมีความสุข เมื่ออยู่ในครอบครัว

ตนเองมากที่สุด ร้อยละ 99.0 รองลงมา คือ มีผู้ปกครองเป็นแบบอย่างที่ดี ร้อยละ 98.5 และมีผู้ปกครองที่ส่งเสริมสนับสนุนช่วยเหลือ ด้านการเรียนรู้ ร้อยละ 91.0 มีการนำหลักคำสอนทางศาสนามาใช้กับสมาชิกในครัวเรือน เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตมากกว่า ร้อยละ 98.0 รองลงมา คือ การใช้เวลาทำกิจกรรมพร้อมหน้าในบ้านกับสมาชิกในครอบครัวอย่างมีความสุข ร้อยละ 97.0 การแสดงออกถึงความรักกับสมาชิกในครอบครัวร้อยละ 96.8 และการทำหน้าที่ตามบทบาทหรือความรับผิดชอบของตนเองในครอบครัวร้อยละ 95.6 มีการใช้เวลาทำกิจกรรมพร้อมหน้ากันในบ้านกับสมาชิกในครอบครัวอย่างมีความสุขมากกว่า ร้อยละ 96.8 มีการพูดคุยปรึกษาหารือ หรือตัดสินใจร่วมกันด้วยเหตุผล ในเรื่องสำคัญของครอบครัว ร้อยละ 92.0 ส่วนการเข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวกับครอบครัว พบว่า มีเพียงร้อยละ 45.7 สำหรับความรู้สึกขัดแย้งไม่พอใจ ไม่ชอบใจ ใช้ความรุนแรงในการแก้ปัญหาของครอบครัว[5]

นอกจากมิติทางสังคมที่ให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ในครอบครัว การเกื้อกูลทางสังคมแล้วนั้น พบว่าในมิติทางสุขภาพ ยังให้ความสำคัญกับความรอบรู้ทางสุขภาพ หรือ ความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) ซึ่งหมายถึง ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลความรู้และความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ประเมินการปฏิบัติและการจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชน[6] เพื่อสุขภาพที่ดีมี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (access) (2) ความรู้ ความเข้าใจ (cognitive) (3) ทักษะการสื่อสาร (communication skill) (4) ทักษะการตัดสินใจ (decision skill) (5) การจัดการตนเอง (self-management) และ (6) การรู้เท่าทันสื่อ (media-literacy) ซึ่งจากการสำรวจในปี พ.ศ. 2562 ภายใต้โครงการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่าคนไทยมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ 88.72 คะแนน จากคะแนนเต็ม 136 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 65.0 ของคะแนนเต็ม ซึ่งคนไทยร้อยละ 19.1 มีความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ คะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำสุด ในกลุ่มผู้สูงอายุช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป รองลงมา คือ 46 – 59 ปี ผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ จำนวน 66.45 คะแนน ผู้ที่มีรายได้ขัดสน 80.85 คะแนน ผู้ที่เคยตรวจและแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรค 84.19 คะแนน ทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยที่สุด คือ การเข้าถึงและการทบทวนซักถาม[7] จะเห็นได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจะก่อให้เกิดทักษะต่าง ๆ ทางการรับรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลต่าง ๆ เพื่อดูแลสุขภาพของตนเองให้ดีอยู่เสมอ นอกจากนี้ มุมมองด้านมิติสุขภาพยังรวมถึงภาวะสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพ ซึ่งล้วนส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน การที่ประชาชนจะสามารถพึ่งพาตนเองได้ จะต้องครอบคลุม ทั้งมิติสุขภาพ มิติเศรษฐกิจ และมิติสังคม

ดังนั้น กรอบแนวคิด ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานโครงการพัฒนาจังหวัดต้นแบบ “ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี” ในครั้งนี้ อาศัยหลักการของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals; SDGs) ตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ประชาชนสามารถพึ่งพาตนเองได้ ทั้งมิติสุขภาพ มิติเศรษฐกิจและมิติสังคม ปัจจุบันประเทศไทย มีกรอบและแนวทางการพัฒนา เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง โดยอาศัยหลักภูมิปัญญาและความซื่อสัตย์สุจริตตลอดจนหลักการเดินทางสายกลาง ความสมเหตุสมผลและความรอบคอบ ตามแนวคิดของพระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร โดยมีจุดเน้นของปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง คือ ความยั่งยืน ซึ่งเป็นหลักการสำคัญของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ(8) มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 ซึ่งเป้าหมายการพัฒนาศักยภาพสุขภาวะทุกกลุ่มวัยของโครงการ มีการเชื่อมโยงในเป้าหมาย การพัฒนาที่ยั่งยืน โดยมุ่งเน้นที่ SDG 1 ขจัดความยากจน SDG 3 การมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี และ SDG 17 ความร่วมมือ

เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน และได้รับความร่วมมือจากกลไกระดับกระทรวงและกลไกระดับพื้นที่ การให้ความสำคัญของการพัฒนาสถาบันครอบครัว ซึ่งเป็นเรื่องที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ดังนั้น ในปี 2564 มีการลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือระหว่าง 12 กระทรวง ได้แก่ สำนักนายกรัฐมนตรี กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ (ศธ.) กระทรวงกลาโหม กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา (กก.) กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงแรงงาน กระทรวงวัฒนธรรมกระทรวงสาธารณสุข และกรุงเทพมหานคร ร่วมกันลงนามความร่วมมือในโครงการบูรณาการ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางรายครัวเรือน กำหนดระยะเวลาความร่วมมือ 5 ปี เพื่อการวิเคราะห์และประเมินข้อมูลรายครัวเรือน รวมถึงการวางแผน การให้ความช่วยเหลือ พัฒนาระบบการให้ความช่วยเหลือและให้สามารถเข้าถึงสวัสดิการ โดยเชื่อมโยงการทำงานระดับพื้นที่ด้วยกลไกสหวิชาชีพ โดยทำงานร่วมกับอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.) จำนวน 1 คน รับผิดชอบ 10 ครอบครัว ติดตามครอบครัวกลุ่มเปราะบางอย่างต่อเนื่อง การบูรณาการ ในครั้งนี้ มีเป้าหมายรายงานผลการประเมินประสิทธิภาพ เพื่อครอบคลุมทุกมิติแบบองค์รวม ทำให้กลุ่มเปราะบางสามารถเข้าถึงสิทธิและสวัสดิการ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเองและครอบครัวให้มีความมั่นคงและมีความสุข สามารถพึ่งพาตนเองได้อย่างยั่งยืน ลดความเหลื่อมล้ำและไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในปี 2563 เกิดการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อันส่งผลกระทบเพิ่มมากขึ้นต่อประชาชนทุกช่วงวัยและทุกกลุ่มอาชีพ โดยเฉพาะครัวเรือนเปราะบาง เป็นครัวเรือนที่มีรายได้น้อยและมีบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงและต้องการความช่วยเหลือ ควรเร่งพัฒนาและปรับปรุงปัจจัยพื้นฐาน ด้านสุขภาวะที่ดี ของแต่ละกลุ่มวัย เพื่อรองรับการฟื้นฟูและการพัฒนาประเทศ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยกองบริหารการสาธารณสุขและผู้วิจัย ได้จัดทำโครงการพัฒนาจังหวัดต้นแบบ “ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี” เพื่อค้นหาประชาชนทุกกลุ่มวัย ที่มีปัญหา ด้านสุขภาวะใน 3 มิติ ได้แก่ ด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจและด้านสังคม ทั้งระดับบุคคลและระดับครอบครัว ด้วยเครื่องมือ การค้นหาที่พัฒนาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญและนักวิชาการเฉพาะด้าน จากหน่วยงานวิชาการ ในกระทรวงสาธารณสุข ใช้เป็นเครื่องมือในการค้นหาให้ได้เป้าหมายที่ตรงกับปัญหาอย่างเชิงประจักษ์ และพัฒนาศักยภาพสุขภาวะที่ดีทุกกลุ่มวัย ภายใต้บริบทของพื้นที่จังหวัดเป้าหมาย 3 จังหวัดต้นแบบ ได้แก่ บุรีรัมย์ พะเยาและระยอง เพื่อให้เกิดการบูรณาการการดำเนินงานพัฒนาศักยภาพสุขภาวะที่ดีแบบพหุภาคี ในระดับนโยบายส่วนกลางและระดับพื้นที่ เพื่อเสริมสร้างศักยภาพ ความรู้ของบุคลากรภาคีเครือข่ายในพื้นที่จังหวัดเป้าหมาย โดยทำการวิเคราะห์ปัญหา จัดทำแผนและแนวทางการแก้ไขปัญหา เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ส่งผลหยั่งรากฐานความเข้มแข็งไปสู่ระดับหน่วยครอบครัว[9] จากการดำเนินงานที่ผ่านมา ผู้วิจัยให้ความสนใจในการทำการประเมินผลโครงการพัฒนาจังหวัดต้นแบบ “ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี” โดยประเมินก่อนและหลังการดำเนินงานของโครงการ ซึ่งผลการประเมินในครั้งนี้ จะทำให้เห็นถึงผลสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินการขับเคลื่อนการพัฒนาสุขภาวะประชาชนและรวมถึงแนวทางในการแก้ปัญหาคุณภาพชีวิตกลุ่มเป้าหมายให้ดีขึ้น ทั้งมิติสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสถานการณ์และปัญหาของครอบครัว การประเมินระดับของปัญหาสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือพิการ ประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพ (health literacy) สภาวะเศรษฐกิจ และมิติทางสังคมทั้งในด้านความสัมพันธ์ในครอบครัวการเกื้อกูลจากชุมชนและของกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ก่อนและหลังการดำเนินโครงการ

วิธีการศึกษา

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 การเลือกพื้นที่ตัวอย่างถูกคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 3 จังหวัด ที่มีการจัดทำโครงการต้นแบบครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี ได้แก่ บุรีรัมย์ พะเยา และระยอง

ขั้นตอนที่ 1 คัดเลือกอำเภอจากทั้ง 3 จังหวัด โดยคัดเลือกจังหวัดละ 2 อำเภอ คือ อำเภอเขตเมือง และไม่ใช่อำเภอเขตเมือง

ขั้นตอนที่ 2 คัดเลือกตำบล ในแต่ละอำเภอ เลือกจำนวน 1 ตำบล

ขั้นตอนที่ 3 คัดเลือกครอบครัวกลุ่มเปราะบาง ที่มีผู้ป่วยที่ต้องได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวตามที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ประชุมร่วมกันคัดเลือกตำบลละ 10 ครัวเรือน รวมทั้งสิ้น 60 ครัวเรือน โดยครัวเรือน ประกอบด้วยบุคคลที่อาศัยอยู่ในเคหะสถานเดียวกันตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป อาจเป็นญาติหรือไม่ใช่ญาติช่วยกันจ่ายค่าที่พัก อาหาร หรือค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ในครอบครัว

ขั้นตอนที่ 4 จัดทำรายชื่อครัวเรือนกลุ่มเป้าหมาย พร้อมที่อยู่และแผนที่ เพื่อเตรียมการสำรวจข้อมูล

2. เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน คือ แบบประเมินผลการดำเนินโครงการพัฒนาจังหวัดต้นแบบ “ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี” ประกอบด้วย ชุดที่ 1 แบบประเมินผลการดำเนินโครงการพัฒนาจังหวัดต้นแบบ “ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี” รายครอบครัว (3 ข้อ) ชุดที่ 2 แบบประเมินผลก่อนและหลังการดำเนินโครงการพัฒนาจังหวัดต้นแบบ “ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี” รายบุคคล ได้แก่

ส่วนที่ 1 การใช้บริการสุขภาพ ประกอบด้วย

1.1 การเข้าถึงบริการสุขภาพ (7 ข้อ)

1.2 การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือพิการ (4 ข้อ)

1.3 ประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูล (8 ข้อ) ความเข้าใจเรื่องสุขภาพ (7 ข้อ) การซักถาม (12 ข้อ) การตัดสินใจ (7 ข้อ) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (10 ข้อ) และพฤติกรรมสุขภาพในยุค New Normal (2 ข้อ)

ส่วนที่ 2 ด้านสังคม ประกอบด้วย

2.1 ความสัมพันธ์ในครอบครัว (8 ข้อ)

2.2 การเกื้อกูลจากชุมชน (10 ข้อ)

รวมจำนวนข้อคำถามทั้งสิ้น 78 ข้อ โดยนำเครื่องมือมาออกแบบการเก็บข้อมูลรายครอบครัวและรายบุคคล (Excel file) เพื่อให้พื้นที่เป้าหมายนำไปใช้ในการบันทึกข้อมูล

3. กลไกการขับเคลื่อนโครงการ

3.1 การบูรณาการจากส่วนกลาง ตามบทบาทภารกิจหน่วยงาน ผ่านกลไกคณะกรรมการขับเคลื่อนโครงการพัฒนาจังหวัดต้นแบบ “ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี” ได้แก่

1) ระดับกระทรวง ประกอบด้วย

กระทรวงสาธารณสุข

ก) ส่งเสริมพัฒนาศักยภาพให้มีความฉลาดทางด้านสุขภาพ (health literacy)

ข) พัฒนาทีมหมอครอบครัวและเครือข่าย 3 หมอ

ค) ติดตามฐานข้อมูลระดับครอบครัว

กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ก) พัฒนาระบบและกลไกสงเคราะห์เพื่อความยั่งยืน (productive welfare)

ข) ส่งเสริมการเข้าถึงสิทธิ สวัสดิการรายครอบครัว

ค) พัฒนาระบบ Big Data รายครัวเรือนเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต

2) กองบริหารการสาธารณสุข สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขและกรมวิชาการร่วมพัฒนาเครื่องมือในการคัดเลือกครอบครัวเป้าหมาย

3.2 การขับเคลื่อนในพื้นที่ ออกแบบการดำเนินการ (1) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีการจัดทีม 3 หมอและทีมหมอครอบครัว เพื่อสร้างระบบและกลไกการดูแลสุขภาพของคนในครอบครัว พัฒนาศักยภาพคนในครอบครัวให้สามารถพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพและมีความฉลาดทาง

ด้านสุขภาพ ส่งเสริมความเข้มแข็งระบบปฐมภูมิในพื้นที่เพื่อการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องแบบองค์รวม (2) พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด มีการจัดทีม One Home ในการเข้าถึงสิทธิสวัสดิการรายครอบครัว ส่งเสริมการสงเคราะห์ เพื่อการพัฒนาความมั่นคงในครอบครัว รวมถึงการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ต้องได้รับการเยียวยาและดูแลอย่างต่อเนื่อง และ (3) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีการส่งเสริมการประกอบอาชีพรายครัวเรือน พัฒนาทักษะ การอยู่ร่วมกันในสังคมอย่างมีความสุข โดยกองบริหารการสาธารณสุขสนับสนุนงบประมาณและแนวทาง การพัฒนาระบบบริการสุขภาพและพัฒนาศักยภาพสุขภาวะที่ดีทุกกลุ่มวัย ภายใต้สภาพปัญหาของพื้นที่

3.3 แนวทางการดำเนินการในระดับจังหวัด ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน

1) การคัดเลือกครอบครัว โดยวิธี (1) ประชุมร่วมกันระหว่าง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด เพื่อพิจารณาคัดเลือกองค์กรปกครองท้องถิ่น ที่เข้าร่วมโครงการในเขตเมืองและเขตชนบท เขตละ 1 แห่ง (2) ประชุมร่วมกันระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อกำหนดเกณฑ์คัดเลือกครอบครัวและร่วมกันเลือกครอบครัวกลุ่มเป้าหมายจำนวนไม่น้อยกว่า 20 ครอบครัว

2) การเยี่ยมสำรวจและจัดทำแผนพัฒนารายครอบครัว โดยวิธี (1) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมกับทีมหมอครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ทำแผนเยี่ยมสำรวจครอบครัวกลุ่มเป้าหมาย ตามแบบสำรวจ/แบบประเมินของหน่วยงานแบบบูรณาการ (2) ประเมินผลครอบครัวกลุ่มเป้าหมายก่อนดำเนินโครงการ (3) ร่วมวิเคราะห์สภาพปัญหา ศักยภาพและความตั้งใจที่จะพัฒนารายครอบครัว เพื่อให้ทราบปัญหาและจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพชีวิต รายครอบครัวทั้งมิติสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม

3) การปรับเปลี่ยนวิธีคิด จุดมุ่งหมายในการดำเนินชีวิต (mild-set) โดยวิธี (1) การพูดคุยหรือจัดประชุมสมาชิกภายในครอบครัว โดยผู้ที่เข้าใจในสภาพปัญหาและความเป็นอยู่ที่สามารถสร้างแรงบันดาลใจ ความคิดสู้ชีวิตให้กับสมาชิกในครอบครัว และมี health literacy ที่ดีขึ้น (2) การเปิดโอกาสให้สมาชิกภายในครอบครัวเปิดใจคุยกัน เพื่อสร้างความผูกพันและเป้าหมายในการพัฒนาร่วมกัน

4) การสนับสนุนและหนุนเสริมกิจกรรม ตามแผนพัฒนารายครอบครัว โดยวิธี (1) มอบสิทธิและสวัสดิการตามบริบทของครอบครัวและหน่วยงาน เพื่อปรับสภาพแวดล้อมการเป็นอยู่ การมีอาชีพที่มั่นคง การเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข ตลอดจนการสร้างสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว เพื่อนำไปสู่ความเป็นอยู่ที่ดีในทุกมิติอย่างยั่งยืน ด้วยคนภายในครอบครัวเอง (productive welfare and sustainable family care) (2) การสนับสนุนช่วยเหลือเกื้อกูลจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชนและคนภายในชุมชน เพื่อให้กำลังใจและสร้างแรงบันดาลใจว่าสังคมไทยไม่ทอดทิ้งใครไว้ข้างหลัง

5) การติดตามประเมินผล เพื่อให้เกิดความยั่งยืน โดยวิธี (1) สำรวจข้อมูลเชิงกิจกรรม โดยใช้แบบประเมินก่อนและหลังดำเนินโครงการ เพื่อวิเคราะห์ระดับความสำเร็จในการพัฒนา (2) ประเมินสิ่งที่จะต้องดำเนินการต่อไป เพื่อพัฒนาข้อเสนอให้กับคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง เช่น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล หรือคณะกรรมการอำนวยการแก้ไขปัญหาความยากจนของจังหวัด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเตรียมเอกสารที่ใช้สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ คู่มือเชิงปฏิบัติการโครงการพัฒนาจังหวัดต้นแบบ “ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี” อย่างยั่งยืน แนวทางการสัมภาษณ์ สำหรับเจ้าหน้าที่ เก็บรวบรวม

ข้อมูล จำนวน 1 ใบ แบบประเมินผลการดำเนินโครงการพัฒนาจังหวัดต้นแบบ “ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี”

2. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยวิธี (1) จังหวัดดำเนินการจัดตั้งทีมเจ้าหน้าที่เก็บข้อมูล ซึ่งเป็นผู้ทำหน้าที่สัมภาษณ์และเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ พร้อมแต่งตั้งหัวหน้าทีมของแต่ละจังหวัด เป็นผู้รวบรวมข้อมูลจากทุกอำเภอของกลุ่มเป้าหมาย และประสานงานกับส่วนกลาง และแต่งตั้งรองหัวหน้าทีม ซึ่งจะเป็นหัวหน้าทีมประจำแต่ละอำเภอ เป็นผู้ทำหน้าที่ควบคุมการปฏิบัติงานภาคสนาม เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่มีคุณภาพ และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา ทั้งการควบคุมคุณภาพการเก็บข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้อง และครบถ้วนของแบบสำรวจ และ (2) เจ้าหน้าที่เก็บข้อมูลจะต้องเป็นผู้ที่มีสัมพันธภาพที่ดีกับครัวเรือนในหมู่บ้านต้องผ่านการอบรมการเก็บข้อมูลจากส่วนกลาง โดยจะต้องมีการประชุมทีมเพื่อวางแผนและเตรียมการสำหรับ การเก็บข้อมูล ในการเริ่มต้นเก็บข้อมูล เจ้าหน้าที่เก็บข้อมูลภาคสนาม จะต้องแนะนำตัวเอง อธิบายที่มา ของโครงการ วัตถุประสงค์และประโยชน์ที่ผู้ให้ข้อมูลจะได้รับจากการสัมภาษณ์ เจ้าหน้าที่จะต้องสัมภาษณ์อย่างตรงไปตรงมา ไม่ชักจูงคำตอบให้แก่ผู้ให้ข้อมูล เจ้าหน้าที่เก็บข้อมูลตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลก่อนยุติการให้สัมภาษณ์ หลังจากเจ้าหน้าที่รวบรวมข้อมูลเสร็จเรียบร้อยจึงทำการบันทึกข้อมูลและประสานงานกับส่วนกลางเพื่อนำส่งข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวด้วยสถิติจำนวนและร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลเศรษฐกิจ-ครัวเรือน ด้วยข้อมูลบัญชีรายรับรายจ่ายของครัวเรือน การมีหนี้สินของครัวเรือน จากสถิติจำนวนและร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลการใช้บริการสุขภาพ ด้วยการเข้าถึงบริการสุขภาพ จากสถิติจำนวนและร้อยละวิเคราะห์ข้อมูลความรอบรู้ทางสุขภาพ ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบความรอบรู้ทางสุขภาพก่อนและหลังการดำเนินโครงการด้วยสถิติ paired sample T-test วิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ในครอบครัวและการเกื้อกูลจากชุมชนด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบความสัมพันธ์ในครอบครัว และการเกื้อกูลจากชุมชนก่อนและหลังการดำเนินโครงการ ด้วยสถิติ paired sample T-test ในการวิเคราะห์ข้อมูลของ 3 จังหวัด ได้แก่ บุรีรัมย์ พะเยา และระยอง

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัว

การศึกษาครั้งนี้ ดำเนินการคัดเลือกครัวเรือนเป้าหมายโดยคัดเลือกจังหวัดละ 2 ตำบล ๆ ละ 10 ครัวเรือน จากพื้นที่ 3 จังหวัด คือ บุรีรัมย์ พะเยา และระยอง รวมทั้งสิ้น 60 ครัวเรือน คือ บุรีรัมย์ 20 ครัวเรือน พะเยา 20 ครัวเรือน และระยอง 20 ครัวเรือน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มเป้าหมายของทั้ง 3 จังหวัด ที่ตอบแบบประเมินส่วนใหญ่ คือ สมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 69.7, 54.6 และ 66.1 ส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 51.5, 62.5 และ 61.0 กลุ่มเป้าหมายของบุรีรัมย์และระยอง ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 23 – 59 ปี ร้อยละ 30.3 และ 42.4 ส่วนพะเยาส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 50.0 กลุ่มเป้าหมายของทั้ง 3 จังหวัด ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 59.1, 25.0 และ 35.6 ระดับการศึกษาสูงสุด คือ ประถมศึกษา ร้อยละ 53.0, 37.5 และ 37.3

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเศรษฐกิจครัวเรือน

กลุ่มเป้าหมายทั้ง 3 จังหวัด มีข้อมูลดังนี้ คือ บุรีรัมย์ไม่มีบัญชีรายรับรายจ่าย จำนวน 20 ครัวเรือน (ร้อยละ 100.0) พะเยา มีบัญชีรายรับรายจ่าย จำนวน 10 ครัว-เรือน (ร้อยละ 50.0) และไม่มีบัญชีรายรับรายจ่าย จำนวน 10 ครัวเรือน (ร้อยละ 50.0) และระยอง ส่วนใหญ่ไม่มีบัญชีรายรับรายจ่าย จำนวน 18 ครัวเรือน (ร้อยละ 90.0) และมีบัญชีรายรับรายจ่าย จำนวน 2 ครัวเรือน (ร้อยละ 10.0) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

กลุ่มเป้าหมายทั้ง 3 จังหวัด คือ บุรีรัมย์ ส่วนใหญ่ไม่มีหนี้สิน จำนวน 9 ครัวเรือน (ร้อยละ 45.0) และมีหนี้สิน จำนวน 11 ครัวเรือน (ร้อยละ 55.0) พะเยา ไม่มีหนี้สิน

ตารางที่ 1 ข้อมูลบัญชีรายรับ รายจ่าย ของครัวเรือนกลุ่มเป้าหมาย

บัญชี	บุรีรัมย์		พะเยา		ระยอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มี	20	100.0	10	50.0	18	90.0
มี	0	0.0	10	50.0	2	10.0
รวม	20	100.0	20	100.0	20	100.0

จำนวน 14 ครัวเรือน (ร้อยละ 70.0) และมีหนี้สิน จำนวน 6 ครัวเรือน (ร้อยละ 30.0) และระยอง ไม่มีหนี้สิน จำนวน 11 ครัวเรือน (ร้อยละ 55.0) มีหนี้สินจำนวน 9 ครัวเรือน (ร้อยละ 45.0) (ตารางที่ 2)

ส่วนที่ 3 การประเมินผล

3.1 การใช้บริการสุขภาพ

3.1.1 การเข้าถึงบริการสุขภาพ ในรอบ 12 เดือน ที่ผ่านมา (มกราคม 2563 – ธันวาคม 2563)

กลุ่มเป้าหมายทั้ง 3 จังหวัด คือ บุรีรัมย์ มีการเข้าถึงบริการสุขภาพมากที่สุด ร้อยละ 88.9 รองลงมา คือ ระยอง ร้อยละ 75.5 และ พะเยา ร้อยละ 58.1 ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

3.1.2 ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ (Health Literacy)

กลุ่มเป้าหมาย 3 จังหวัด คือ บุรีรัมย์ พะเยาและระยอง พบว่า ก่อนการดำเนินโครงการ ระยอง มีคะแนนความรอบรู้ทางด้านสุขภาพภาพรวมมากที่สุด 157.09 คะแนน ร้อยละ 66.6 รองลงมา คือ บุรีรัมย์ มีคะแนนความรอบรู้ทางด้านสุขภาพภาพรวม 141.96 คะแนน ร้อยละ 60.5 และพะเยามีคะแนนความรอบรู้ทางด้านสุขภาพภาพรวม 131.87 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 55.9 ตามลำดับ (ตารางที่ 4) ภายหลังการดำเนินโครงการ พบว่า จังหวัดที่มีคะแนนความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ

ตารางที่ 2 การมีหนี้สินของกลุ่มเป้าหมาย

การมีหนี้สิน	บุรีรัมย์		พะเยา		ระยอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีหนี้สิน	9	45.0	14	70.0	11	55.0
มีหนี้สิน	11	55.0	6	30.0	9	45.0
รวม	20	100.0	20	100.0	20	100.0

ตารางที่ 3 การตรวจสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย

การตรวจสุขภาพ	บุรีรัมย์		พะเยา		ระยอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ได้ตรวจ	5	11.1	13	41.9	12	22.6
ตรวจ	40	88.9	18	58.1	40	75.5
ไม่ทราบ	0	0.0	0	0.0	1	1.9
รวม	45	100.0	31	100.0	53	100.0

ตารางที่ 4 ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย

ความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน	จังหวัดบุรีรัมย์					จังหวัดพะเยา					จังหวัดระยอง				
	ก่อน		หลัง			ก่อน		หลัง			ก่อน		หลัง		
	Mean	SD	Mean	SD	p-value	Mean	SD	Mean	SD	p-value	Mean	SD	Mean	SD	p-value
การเข้าถึงข้อมูล	2.04	1.48	2.56	1.26	0.000	2.07	1.39	2.74	1.65	0.000	2.85	1.44	2.75	1.60	0.51
ความเข้าใจเรื่องสุขภาพ	3.30	1.10	3.41	1.08	0.016	2.86	1.26	3.29	1.47	0.000	3.62	1.29	3.55	1.51	0.61
การตัดสินใจ	3.12	0.87	3.26	0.86	0.001	3.69	0.80	4.00	1.12	0.027	3.33	1.11	3.50	1.26	0.37
การซักถาม	3.32	1.197	3.53	1.151	0.001	2.38	1.724	2.85	1.976	0.000	3.62	1.32	3.55	1.450	0.621
การเปลี่ยนพฤติกรรม	3.44	0.992	3.53	0.940	0.002	2.50	1.381	2.95	1.717	0.000	3.58	1.11	3.66	1.071	0.659

ภาพรวมเพิ่มขึ้นและมีคะแนนมากที่สุด คือ ระยอง 157.92 คะแนน ร้อยละ 66.9 บุรีรัมย์ 155.42 คะแนน ร้อยละ 65.9 และพะเยา 157.92 คะแนน ร้อยละ 64.9 โดยรวม พบว่า ก่อนและหลังเข้าร่วมการดำเนินงาน กลุ่มเป้าหมายทั้ง 3 จังหวัด มีคะแนนและค่าเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพโดยภาพรวมและรายด้านเพิ่มขึ้นทุกด้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ยกเว้น ระยอง ที่พบว่า ภายหลังเข้าร่วมดำเนินงาน กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนความรอบรู้ทางด้านสุขภาพภาพรวมเพิ่มขึ้นเล็กน้อยและเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่ามีด้านการเข้าถึงข้อมูล ด้านความเข้าใจเรื่องสุขภาพและด้านการซักถามที่มีค่าเฉลี่ยรายด้านลดลงเล็กน้อย ทำให้ก่อนและหลังการดำเนินโครงการ กลุ่มเป้าหมายของ ระยอง มีความรอบรู้ทางสุขภาพไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

3.2 ความสัมพันธ์ในครอบครัวและการเกื้อกูลจากชุมชน

กลุ่มเป้าหมายทั้ง 3 จังหวัด คือ บุรีรัมย์ พะเยาและระยอง พบว่า ก่อนการดำเนินงานพะเยา มีค่าเฉลี่ยความสัมพันธ์ในครอบครัวมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย=3.03, SD=1.16) รองลงมา คือ ระยองมีค่าเฉลี่ยความสัมพันธ์ในครอบครัว ค่าเฉลี่ย=3.01, SD=0.92) (ตารางที่ 5) แปลผลได้คือ ทั้งสองจังหวัดมีค่าเฉลี่ยความสัมพันธ์ภายในครอบครัวในระดับสูง และบุรีรัมย์ มีค่าเฉลี่ยความสัมพันธ์ภายในครอบครัวน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย=2.19, SD=0.80) แปลผลได้คือ ค่าเฉลี่ยความสัมพันธ์ภายในครอบครัวในระดับปานกลาง ภายหลัง การดำเนินโครงการ พบว่า ค่าความสัมพันธ์ในครอบครัว ของบุรีรัมย์และพะเยา มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น กล่าวคือ ค่าเฉลี่ย=2.56, SD=0.88 และ ค่าเฉลี่ย=3.06, SD=1.28 ตามลำดับ) ดังนั้น ก่อนและหลังเข้าร่วมดำเนินงาน ค่าเฉลี่ยความสัมพันธ์ในครอบครัวของบุรีรัมย์และพะเยา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในขณะที่ระยอง มีค่าเฉลี่ยความสัมพันธ์ในครอบครัวลดลง ค่าเฉลี่ย=2.95, SD=1.00) แปลผลได้ จากก่อนและหลังเข้าร่วมดำเนินงาน ระยอง มีค่าเฉลี่ยความสัมพันธ์ใน

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ในครอบครัวและการเกื้อกูลจากชุมชนของกลุ่มเป้าหมาย

มิติด้านสังคม	จังหวัดบุรีรัมย์					จังหวัดพะเยา					จังหวัดระยอง				
	ก่อน		หลัง			ก่อน		หลัง			ก่อน		หลัง		
	Mean	SD	Mean	SD	p-value	Mean	SD	Mean	SD	p-value	Mean	SD	Mean	SD	p-value
ความสัมพันธ์ใน ครอบครัว	2.19	0.80	2.56	0.88	0.00	3.03	1.16	3.06	1.28	0.83	5.01	0.92	2.95	1.00	0.76
การเกื้อกูล จากชุมชน	0.98	0.10	0.92	0.11	0.00	0.89	0.14	1.05	0.91	0.32	0.77	0.20	0.79	0.18	0.94

ครอบครัวไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สำหรับ ผลการศึกษาการเกื้อกูลจากชุมชน พบว่า ก่อนการดำเนินงานกับกลุ่มเป้าหมายทั้ง 3 จังหวัด จังหวัดบุรีรัมย์ มีค่าเฉลี่ยการเกื้อกูลจากชุมชนมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย=0.98, SD=0.10) รองลงมา คือ พะเยา มีค่าเฉลี่ยการเกื้อกูลจากชุมชน (ค่าเฉลี่ย=0.89, SD=0.14) แปลผลได้ว่า ทั้งสองจังหวัดมีค่าเฉลี่ยการเกื้อกูลจากชุมชนในระดับน้อย ส่วนระยอง มีค่าเฉลี่ยการเกื้อกูลจากชุมชนน้อยที่สุด ค่าเฉลี่ย=0.77, SD=0.20) แปลผลได้ว่า มีค่าเฉลี่ยการเกื้อกูลระดับน้อยที่สุด ภายหลังการดำเนินโครงการ พบว่า ค่าเฉลี่ยการเกื้อกูลจากชุมชนของจังหวัดระยองและจังหวัดพะเยา มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น กล่าวคือ ค่าเฉลี่ย=0.79, SD=0.18 และค่าเฉลี่ย=1.05 SD=1.28 ตามลำดับ) ในขณะที่บุรีรัมย์ มีค่าเฉลี่ยการเกื้อกูลจากชุมชนลดลง ค่าเฉลี่ย=0.92, SD=0.11) ดังนั้น ก่อนและหลัง เข้าร่วมดำเนินงานค่าเฉลี่ยการเกื้อกูลจากชุมชนของบุรีรัมย์ พะเยา และระยอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงใน 3 มิติ พบว่า ยังไม่สามารถประเมินมิติด้านเศรษฐกิจของทั้ง 3 จังหวัดได้ เนื่องจากระยะเวลาในการดำเนินงานมีระยะเวลาที่สั้น ส่วนมิติด้านสุขภาพ พบว่า ทั้ง 3 จังหวัด มีมิติการเปลี่ยนแปลงดีขึ้น มิติด้านสังคม พบว่า พะเยา มีมิติการเปลี่ยนแปลงด้านความสัมพันธ์ในครอบครัวและการเกื้อกูลจากสังคมดีขึ้น ระยอง มีมิติการเปลี่ยนแปลงด้านความสัมพันธ์ในครอบครัวลดลงและการเกื้อกูลจากสังคมดีขึ้น บุรีรัมย์มีมิติการเปลี่ยนแปลงด้านความสัมพันธ์ในครอบครัวดีขึ้นและการเกื้อกูลจากสังคมลดลง

วิจารณ์

โครงการพัฒนาจังหวัดต้นแบบ “ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี” ใช้หลักการของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน อาศัยกรอบความคิดมุ่งเน้นการพัฒนาในมิติด้านต่าง ๆ คือ มิติด้านสุขภาพ มิติสังคมและมิติเศรษฐกิจ ให้มีความเชื่อมโยงกันในทุกมิติ โดยมิติทางเศรษฐกิจ ควรที่จะมีการพัฒนาเพื่อขจัดความยากจน ให้กับประชาชน มิติสุขภาพ ควรมีการพัฒนาและส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี โดยการร่วมมือกันของทุกภาคส่วน เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน จากการดำเนินงานและประเมินโครงการพัฒนาจังหวัดต้นแบบ “ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี” พบว่า รูปแบบการดำเนินงานทั้ง 3 จังหวัด มีแนวทางการดำเนินการที่สำคัญ คือ

1. การนำนโยบายสู่การปฏิบัติ
2. การจัดโครงสร้างการทำงานในพื้นที่ร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ
3. การคัดเลือกครอบครัวกลุ่มเป้าหมายร่วมกัน
4. การจัดทีมเยี่ยมสำรวจและการจัดเก็บข้อมูลร่วมกัน
5. การประชุมทีมร่วมกันระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและจัดทำแผนช่วยเหลือรายครอบครัว (family care plan)
6. การดำเนินการสนับสนุน ช่วยเหลือครอบครัวกลุ่มเป้าหมายในมิติสุขภาพ มิติสังคมและมิติเศรษฐกิจ เช่น การปรับปรุงที่อยู่อาศัย การดูแลจาก care giver การส่งเสริมด้านอาชีพ
7. สรุปผลการดำเนินการและแผนการช่วยเหลือ เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน 2 เป้าหมายตาม SDG คือ เป้าหมายที่ 1 ยุติความยากจนทุกรูปแบบในทุกที่ และเป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย ดังนี้

มิติด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มเป้าหมายทั้ง 3 จังหวัด ส่วนใหญ่เข้าถึงการตรวจสุขภาพและรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลตามสิทธิ์การรักษาพยาบาล เนื่องจากไม่มีค่าใช้จ่าย แต่แนวทางการรักษายังไม่ชัดและบางส่วนก็เข้ารับการรักษาไม่ต่อเนื่อง ทั้งนี้ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ควรได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น เมื่อเจ็บป่วยส่วนใหญ่สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ดูแล จะมีเพียง จังหวัด

พะเยา ที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ คือ พยาบาล และในส่วนของการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 จังหวัด คือ ระยอง บุรีรัมย์ และพะเยา ได้คะแนนร้อยละ 66.6, 60.2 และ 55.9 โดยที่ พะเยา ผู้ตอบแบบสำรวจส่วนใหญ่ คือ กลุ่มผู้สูงอายุ สอดคล้องกับงานวิจัยของวิมล โรมา และคณะ(7) ที่ได้มีการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่า คนไทยมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 65.0 ของคะแนนเต็ม ซึ่งคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายค่อนข้างใกล้เคียงกับคะแนนเฉลี่ยของคนไทย ทั้งนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสำคัญมาก เพราะการให้ความรู้ทางสุขภาพ ช่วยให้กลุ่มเป้าหมายสามารถดูแลสุขภาพได้ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม ต้องอาศัยความร่วมมือจากสมาชิกในครอบครัว นอกจากนี้ จากการประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพในพื้นที่กลุ่มเป้าหมาย พบว่า ระดับของการเข้าถึงข้อมูลอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น จึงควรเพิ่มระดับความสามารถให้แก่กลุ่มเป้าหมายในการค้นหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคด้วยตนเอง การส่งเสริมสุขภาพการจัดบริการสุขภาพและการคุ้มครองผู้บริโภค ทั้งนี้ วิมล โรมาและคณะ(7) ได้ให้ข้อคิดเห็นว่า ควรใช้ข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อเสริมสร้างทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายที่ยังเป็นจุดอ่อนและปรับระบบการบริการในบริบทต่าง ๆ ให้เป็นมิตรต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น จนอาจกล่าวได้ว่ากลุ่มเป้าหมายควรเข้าถึง เข้าใจ ทบทวน ซักถามและตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลที่ได้รับได้อย่างง่ายมาก นั่นคือ นอกจากควรเสริมสร้างทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กลุ่มเป้าหมาย ควรปรับระบบบริการสุขภาพให้เอื้อต่อการใช้บริการ ทั้งนี้ โครงการพัฒนาจังหวัดต้นแบบ “ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี” ที่ดำเนินงานในพื้นที่กลุ่มเป้าหมาย ทำให้เกิดแผนและแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิต ให้แก่กลุ่มเปราะบางในระยะยาว และในระยะต้นเริ่มจากการสำรวจ เพื่อค้นหาสถานการณ์และปัญหา เพื่อจะนำมาใช้ในการวางแนวทางการพัฒนา สิ่งที่เกิดขึ้นเบื้องต้น คือ กลุ่มเปราะบาง ได้รับการช่วยเหลือเป็นอย่างดีจากภาครัฐและเอกชน โดยการนำข้อมูลกลุ่มเปราะบางมาหารือ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ สร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน รูปแบบบูรณาการงาน long term care ตามความต้องการและความจำเป็นของครอบครัวเป็นหลัก อย่างไรก็ตาม การประสานผ่านทีม 3 หมอ จัดบริการเชื่อมโยง ส่งต่อและดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยจัดให้มี care giver สำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อดูแลระยะยาว ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญ ทั้งนี้ การประเมินผลหลังการดำเนินโครงการจำเป็นต้องประเมินผลเป็นระยะ ๆ

มิติทางด้านสังคม พบว่า กลุ่มเป้าหมายทั้ง 3 จังหวัด มีความสัมพันธ์ในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง และระดับมาก แต่การเกื้อกูลจากชุมชนยังอยู่ในระดับน้อย ทั้งนี้ ในด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว สิ่งสำคัญ คือ การทำหน้าที่ตามบทบาทหรือความรับผิดชอบของตนเองในครอบครัว, การแสดงความรัก ความเข้าใจ ความเอื้ออาทร ความสนใจ เอาใจใส่กันของสมาชิกภายในครอบครัวและการใช้เวลาทำกิจกรรมร่วมกันในบ้าน กับสมาชิกในครอบครัวอย่างมีความสุข เพื่อให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของระพีพรรณ คำหอม และคณะ(10) ที่ศึกษาความอยู่ดีมีสุขของครอบครัวไทยตามวงจรชีวิตครอบครัวกรณีศึกษาภาคใต้ พบว่า ปัจจัยด้านความสมดุลของเวลาระหว่างการทำงานและชีวิตครอบครัวที่ดี มีผลทางบวกกับความอยู่ดีมีสุขของครอบครัวและจากการศึกษา พบว่า สิ่งที่จะทำให้ครอบครัวอบอุ่น มีความรักความเข้าใจกันมากยิ่งขึ้น คือ การปรึกษาหารือ ช่วยกันแก้ไขปัญหาในครอบครัวและเปิดใจคุยกันอย่างตรงไปตรงมา ในด้านของการเกื้อกูลจากชุมชน พบว่า ความร่วมมือจากทุกภาคส่วนทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนและชุมชน ช่วยให้กลุ่มเปราะบางได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เช่นเดียวกัน สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม(5) สำรวจสภาวะทางสังคมวัฒนธรรมและสุขภาพจิต พ.ศ. 2561 พบว่า การพูดคุยปรึกษาหารือ หรือตัดสินใจร่วมกันด้วยเหตุผล ในเรื่องสำคัญ ของครอบครัว ร้อยละ 92.0

เช่นเดียวกัน สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์[4] ได้พัฒนาชุดความรู้เกี่ยวกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว ตามมาตรฐานครอบครัวเข้มแข็ง โดยเล็งเห็นว่า ครอบครัวเข้มแข็งมั่นคง สามารถทำให้สังคมและประเทศชาติพัฒนาได้ ทั้งนี้ สัมพันธภาพที่ดีของครอบครัวเป็นตัวชี้วัดหนึ่งที่สำคัญ เพราะความสัมพันธ์ใกล้ชิดของสมาชิกในครอบครัว เป็นจุดเริ่มต้นสำคัญในการสร้างความเข้มแข็งในครอบครัว สะท้อนการพัฒนาการของเด็กทั้งร่างกาย อารมณ์ สังคมและสติปัญญา ในยุคปัจจุบันความเจริญก้าวหน้าทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีเข้ามามีผลกระทบต่อความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ทำให้พ่อแม่ลูกแทบไม่มีเวลาให้กัน แสดงความรู้สึกต่อกัน และทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกันลดน้อยลง เนื่องจากต่างคนต่างติดความสุขกันคนละอย่าง

มิติทางด้านเศรษฐกิจ กลุ่มเป้าหมายทั้ง 3 จังหวัด ในการประเมินผลดำเนินการโครงการฯ พบว่า ยังไม่สามารถประเมินความแตกต่างก่อนและหลังการดำเนินโครงการฯ ได้อย่างชัดเจน เนื่องจากระยะเวลา การดำเนินโครงการสั้น และจากการสำรวจข้อมูลทั้ง 3 จังหวัด พบว่า กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ดังนั้น จึงมีการพัฒนาเพื่อให้เกิดอาชีพในชุมชนขึ้น ยกตัวอย่าง เช่น จังหวัดพะเยา ได้ประสานเกี่ยวกับการศึกษานอกระบบเพื่อพัฒนาชุมชนและผู้นำ ในการสนับสนุนด้านอาชีพ รวมถึงการประสานงานกับทีมแพทย์และเทศบาล เพื่อดำเนินการเรื่องสิทธิผู้พิการให้แก่กลุ่มเป้าหมายและปรึกษานิติกรเพื่อหารือเรื่องการยืดหยุ่นการจ่ายเงินคืน กยศ. มีการจัดสร้างและปรับปรุงที่อยู่อาศัยให้กลุ่มเป้าหมาย โดยจังหวัดพะเยา ได้ใช้เงินที่ประชาชนร่วมกันบริจาค ซึ่งมีพระภิกษุสงฆ์เป็นแกนนำ ส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังนั้น การส่งเสริมอาชีพ รายได้และทุนการศึกษา จึงเป็นปัจจัยที่จะช่วยให้ครอบครัวกลุ่มเป้าหมายมีเศรษฐกิจครัวเรือน ที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ในยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านการสร้างโอกาสความเสมอภาคและความเท่าเทียมกันทางสังคมที่มุ่งหวังแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับปากท้องของประชาชนในระดับล่างที่เป็นคนส่วนใหญ่ของประเทศ โดยมีแผนงานที่สำคัญ คือ แผนงานการพัฒนาเศรษฐกิจฐานรากและชุมชนเข้มแข็ง ปัจจัย ขับเคลื่อนที่หนึ่ง คือ การพัฒนาอาชีพครัวเรือน ด้วยการสร้างสัมมาชีพชุมชน ตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ภายใต้แนวคิด “ชาวบ้านสอนชาวบ้าน” สอนอาชีพตามความต้องการและความถนัดของกลุ่มเป้าหมายแต่ละบุคคล ด้วยกระบวนการพัฒนาทักษะการถ่ายทอดองค์ความรู้ให้กับปราชญ์ชุมชนด้านอาชีพ เพื่อจะได้เป็นวิทยากรสัมมาชีพภายในชุมชน จากนั้น ไปสร้างทีมและจัดการฝึกอบรมอาชีพให้กับครัวเรือนที่ต้องการฝึกอาชีพในหมู่บ้าน และมีการติดตามผลและสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ครัวเรือนที่เข้ารับการฝึกอาชีพ สามารถประกอบอาชีพได้จริงและพัฒนาเป็นอาชีพที่สร้างรายได้ให้กับครัวเรือนอย่างมั่นคงและยั่งยืนตามวิถีชีวิตเศรษฐกิจพอเพียงระดับพื้นฐาน[10] เช่นเดียวกับสำนักเสริมสร้างความเข้มแข็งชุมชน กรมการพัฒนาชุมชน ได้มีการส่งเสริมสัมมาชีพชุมชนสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนและมีการวิเคราะห์อาชีพเป็นหัวใจสำคัญเบื้องต้น เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจเลือกอาชีพที่จะเข้ารับการฝึกอบรมและนำความรู้ไปประกอบเป็นอาชีพ โดยสนับสนุนแนวทางการวิเคราะห์อาชีพ โดยเน้นการผลิตตามความต้องการของตลาดควบคู่ไปกับศักยภาพและความถนัดของตนเอง หรือทุนชุมชนที่มาหนุนเสริม ภายใต้ปรัชญาของเศรษฐกิจเพียง โดยสนับสนุนแนวทางการวิเคราะห์อาชีพในกระบวนการสร้างสัมมาชีพชุมชน ให้กับเจ้าหน้าที่พัฒนาชุมชนและทีมวิทยากรสัมมาชีพชุมชน อีกทั้งควรส่งเสริมให้กลุ่มเป้าหมาย มีการจัดทำบัญชีรายรับรายจ่ายเป็นการช่วยให้เกิดการใช้จ่ายอย่างรอบคอบมากขึ้น นอกจากนี้การออมเงินเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายยังมีการออมเงินน้อยอยู่ ดังนั้น ควรจัดให้มีการทำบัญชีใช้จ่ายเงินและการออมเงิน[11] เช่นเดียวกับรุจา ภู่ไพบูลย์ และคณะ ได้ศึกษาครอบครัวไทยแบบบูรณาการตามวงจรชีวิตครอบครัว โดยได้กล่าวว่า การจัดระบบการเงินการออม ปัจจัยด้านเศรษฐกิจสังคมเป็นปัจจัยหนึ่ง

ที่มีอิทธิพลต่อระดับความอยู่ดีมีสุขของครอบครัว การสนับสนุน ด้านการช่วยตนเองทางการเงิน การออมและการให้การสงเคราะห์ยังเป็นสิ่งจำเป็น[12]

ข้อเสนอแนะ

1. การสนับสนุนทางนโยบายเพื่อเอื้อในการพัฒนาครอบครัวแบบมุ่งเป้าหมาย ให้มีคุณภาพและยั่งยืน
2. กลไกการเชื่อมโยงกับคณะกรรมการในพื้นที่ในการร่วมแก้ปัญหาคุณภาพชีวิตครอบครัวกลุ่มเปราะบาง เช่น การนำข้อมูลครอบครัวกลุ่มเปราะบางเข้าสู่การประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) หรือ คณะกรรมการอำนวยการแก้ไขปัญหาความยากจน
3. การดำเนินการร่วมกับทีมหมอครอบครัวหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ บูรณาการในงานประจำ เพื่อสำรวจความต้องการ หรือ ความจำเป็นของครอบครัวเป้าหมาย ร่วมกับพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
4. การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัคร เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.) ให้มีทักษะทั้งด้านการดูแลสุขภาพและการให้ความช่วยเหลือทางสังคมร่วมกัน โดยที่ อพม.และ อสม. ควรเป็นบุคคลเดียวกัน
5. บทบาทหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินการติดตามและขยายผลอย่างต่อเนื่อง
6. การบูรณาการฐานข้อมูลครอบครัวกลุ่มเปราะบางเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืนร่วมกันระหว่างกระทรวงการคลัง กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงสาธารณสุข
7. การพัฒนาเจตคติ (attitude) กรอบความคิด (mindset) ของผู้ปฏิบัติงาน

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปีด้านสาธารณสุข. นนทบุรี; สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2559.
2. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่สิบสอง พ.ศ. 2560-2564. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี; 2559.
3. ยุทธนา วรรณโพธิ์กลาง. การประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาจังหวัดต้นแบบ “ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี”; 8 มี.ค. 2564; โรงแรมมิราเคิล แกรนด์คอนเวนชั่น กรุงเทพมหานคร; 2564.
4. สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. ชุดความรู้เกี่ยวกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวตามมาตรฐานครอบครัวเข้มแข็ง. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2554.
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. สำรวจสภาวะทางสังคม วัฒนธรรม และสุขภาพจิต พ.ศ. 2561. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม; 2563.
6. ศูนย์วิจัยมหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์. การสำรวจความแตกฉานด้านสุขภาพ (health literacy) ในกลุ่มประชากรตัวอย่าง สำหรับใช้วิเคราะห์ psychometric เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2556.
7. วิมล โรมา, สายชล คล้อยเอี่ยม, วรัญญา สุขวงศ์, ฐิติวัฒน์ แก้วอำดี, รุ่งนภา คำผาง, รักมณี บุตรชน, และคณะ. การสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2562. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2562.
8. SDG Move. เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 มิ.ย. 2565]. แหล่งข้อมูล: https://www.

sdgmove.com/aboutsdgs

9. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. การประชุมสรุปผลการดำเนินงานและถอดบทเรียนโครงการพัฒนาจังหวัดต้นแบบ “ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี”; 8 ก.ย. 2564; นนทบุรี; 2564.
10. ระพีพรรณ คำหอม. ความอยู่ดีมีสุขของครอบครัวไทยตามวงจรชีวิตครอบครัว: กรณีศึกษาภาคใต้. วารสารสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ 2563;2:45.
11. สำนักเสริมสร้างความเข้มแข็งชุมชน กรมการพัฒนาชุมชน. การส่งเสริมสัมมาชีพชุมชนสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน. กรุงเทพมหานคร: สำนักเสริมสร้างความเข้มแข็งชุมชน กรมการพัฒนาชุมชน; 2562.
12. รุจา ภู่ไพบูลย์, ระพีพรรณ คำหอม, ดารุณี จงอุดมการณ์, จินตนา วัชรสินธุ์, ถวัลย์ เนียมทรัพย์, เดชาวุธ นิตยสุทธิ, และคณะ. การศึกษาครอบครัวไทยแบบบูรณาการตามวงจรชีวิตครอบครัว. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย; 2562.

Abstract: Evaluation of the Development Project for Provincial Role Model on “Family Security Healthy Society”

Pattarapol Jungsomjatepaisal, M.D., Diploma, Thai Board of Preventive Medicine, Community Mental Health*; Sujitta Thakkatin, B.A. (Human Resource Management)**

** Health Technical Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health; ** Health Administration Division; Ministry of Public Health,, Thailand*

Journal of Health Science 2022;31(4):674-87.

This routine to research study aimed to evaluate the pilot project on “Family Security Healthy Society” in both socio-economic and health aspects before and after the implementation in the three targeted provinces, namely Buriram, Phayoa and Rayong. The project was jointly implemented by the Public Health Provincial Offices, Social Development and Human Security Offices, and Local Administrative Organization. The samples were 60 households purposively selected from both urban and non-urban areas. The data were collected through questionnaires and interviews and analyzed by using percentage, frequency, mean, standard deviation, and pair sample t-test. The findings of this study were as follow: (1) for the health aspect, there was significantly different in health literacy of the sample group between before and after the Project implementation ($p<0.05$); (2) for the social aspect, it was found that, after the Project implementation, the samples in Buriram and Phayao increased relationship with their families whereas the samples in Rayong had relationship value with their families at a lower level. Both Rayong and Phayao also received the increased support from their communities while Buriram received less support. Only Buriram had significantly different relationships with their families and community support ($p<0.05$). This study recommended the following: (1) policy on the family development needs to be target oriented; (2) the mechanism linking with a local committee should be set; (3) promote working with the family doctor team or primary healthcare unit; (4) build capacity of relevant volunteers such as village health volunteers, social development and human security volunteers; (5) promote the role of the local administrative organization in monitoring and expanding the project; (6) harmonize the database of the vulnerable families; and (7) improve the attitude and mindset of the implementers.

Keywords: family security; healthy society, health literacy, family relationships, community support