

## การพัฒนาเครื่องมือวัดการตัดสินใจร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ด้านการวางแผนการส่งเสริมสุขภาพในบริการปฐมภูมิ

วาสนา ภูมิคำ<sup>1</sup>, สุธี สุดดี<sup>2</sup>, นื่องเล็ก คุณวรชาติชัย<sup>3</sup>, แสง วัชรชนก<sup>3</sup>

<sup>1</sup>งานแผนงานและยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคูเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

<sup>2</sup>โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

<sup>3</sup>กลุ่มวิชาเภสัชกรรมปฏิบัติ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** เพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดการตัดสินใจร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ด้านการวางแผนการส่งเสริมสุขภาพในบริการปฐมภูมิ **วิธีการ:** ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมด้านการตัดสินใจร่วม การตัดสินใจ การวางแผน และการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในบริการปฐมภูมิ เพื่อใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึกกับ อสม. งานวิจัยปรับกระบวนการตัดสินใจของ Plunkett and Attner เพื่อใช้เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย กระบวนการดังกล่าวประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ การค้นหาและระบุสาเหตุของปัญหา การค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา การวิเคราะห์ทางเลือกในการแก้ไขปัญหา และการตัดสินใจเลือกทางเลือกที่ดีที่สุด แบบสอบถามฉบับที่พัฒนาเพื่อวัดการตัดสินใจร่วมของ อสม. เป็นมาตรวัดแบบลิเกิร์ต 5 ระดับ การวิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือทั้งหมด จำนวน 3 ครั้ง **ผลการศึกษา:** การทดสอบแบบสอบถามครั้งที่ 1 ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 42 คน พบว่าแบบสอบถามการตัดสินใจร่วมมีมิติเดียว คือ ด้าน อสม. ร่วมตัดสินใจกับชุมชน ผู้วิจัยจึงปรับปรุงและทดสอบแบบสอบถามครั้งที่ 2 ใน อสม. จำนวน 57 คน ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบักแอลฟาทั้งด้าน “อสม. เปิดโอกาสให้ชุมชนร่วมตัดสินใจ” และด้าน “อสม. ร่วมตัดสินใจกับชุมชน” มีค่าเท่ากับ 0.86 และสัมประสิทธิ์ครอนบักแอลฟาทั้งฉบับมีค่าเท่ากับ 0.93 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของข้อคำถามใด ๆ กับค่าคะแนนรวมของข้อคำถามอื่น ๆ ในมิตินั้น มีค่าระหว่าง 0.44–0.66 การตรวจสอบความตรงซึ่งเนื้อหาด้วยค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พบว่า ด้าน “อสม. เปิดโอกาสการให้ชุมชนร่วมตัดสินใจ” มีค่าเท่ากับ 0.64 ด้าน “อสม. ร่วมตัดสินใจกับชุมชน” เท่ากับ 0.75 และทั้งฉบับรวมสองด้านเท่ากับ 0.70 ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแบบสอบถามเพื่อลดความซ้ำซ้อนของคำถามและทดสอบแบบสอบถามครั้งที่ 3 ใน อสม. จำนวน 69 คน พบว่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของแบบสอบถามด้าน “อสม. เปิดโอกาสให้ชุมชนร่วมตัดสินใจ” เท่ากับ 0.93 ด้าน “อสม. ร่วมตัดสินใจกับชุมชน” เท่ากับ 0.93 และรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.96 ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 4 ท่าน พบว่า ด้าน “อสม. เปิดโอกาสให้ชุมชนร่วมตัดสินใจ” มีค่าเท่ากับ 0.96 ด้าน “อสม. ร่วมตัดสินใจกับชุมชน” มีค่าเท่ากับ 0.98 และรวมทั้งฉบับมีค่าเท่ากับ 0.97 ตามลำดับ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของข้อคำถามใด ๆ กับค่าคะแนนรวมของข้อคำถามอื่น ๆ ในมิตินั้นมีค่าระหว่าง 0.54–0.82 ซึ่งพบว่าค่าความสอดคล้องของข้อคำถามมีค่าเพิ่มขึ้นกว่าการพัฒนาเครื่องมือในครั้งที่ 2 และทุกข้อคำถามมีค่ามากกว่า 0.50 **สรุป:** เครื่องมือวัดการตัดสินใจร่วมอาสาสมัครสาธารณสุขด้านการวางแผนการส่งเสริมสุขภาพในบริการปฐมภูมิมีความน่าเชื่อถือ สามารถนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาเครือข่ายการทำงานอย่างมีส่วนร่วมในชุมชนในด้านการตัดสินใจร่วมและด้านการวางแผนการส่งเสริมสุขภาพของงานบริการปฐมภูมิ

**คำสำคัญ:** การตัดสินใจร่วม การวางแผน การส่งเสริมสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

รับต้นฉบับ: 27 เม.ย. 2560, รับลงตีพิมพ์: 30 มิ.ย. 2560

ผู้ประสานงานบทความ: แสง วัชรชนก กลุ่มวิชาเภสัชกรรมปฏิบัติ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี อ่าเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 34190 E-mail: sawaeng.w@ubu.ac.th

## Development of Shared Decision Making Instrument for Public Health Volunteers in Health Promotion Planning in Primary Health Care

Wasana Poomeekam<sup>1</sup>, Suthee Suddee<sup>2</sup>, Nonglek Kunawaradisai<sup>3</sup>, Sawaeng Watcharathanakij<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Division of Planning and Health Strategy, Ku-Muang Subdistrict Health Promoting Hospital, Ubon Ratchathani

<sup>2</sup>Warinchamrap Hospital, Ubon Ratchathani

<sup>3</sup>Department of Pharmacy Practice, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Ubon Ratchathani University

### Abstract

**Objective:** To develop measurement instrument for shared decision making in health promotion planning in primary health care for public health volunteers (PHVs). **Methods:** The researchers reviewed literature related to shared decision making, decision making, planning, and health promotion in primary health care for villagers and used the review information in an in-depth interview with PHVs. The decision making process proposed by Plunkett and Attner was modified and employed as a conceptual framework. The process comprised 4 steps: defining and identifying problems and causes, identifying potential alternatives in solving the problems, analyzing the alternatives, and selecting the best alternative. The developed questionnaire for shared decision making of PHVs was in a 5-point Likert scale. The study conducted 3 rounds of validation. **Results:** The questionnaire was first tested in 42 PHVs. It had only one dimension (PHVs involvement in shared decision making with community). The researchers reviewed and tested the questionnaire for the second time in another 57 PHVs. Cronbach's alpha coefficients for both "PHV's provision of opportunity for community in shared decision making" and "PHVs' involvement in shared decision making with community" were 0.86 and 0.86 whereas that of the whole scale was 0.93. Correlation coefficients of an item with the sum of other items in the same dimension ranged from 0.44–0.66. Content validity was tested by examining index of item and objective congruence rated by 3 experts. The indexes were 0.64, 0.75, 0.70 for "PHV's provision of opportunity for community in shared decision making", "PHVs' involvement in shared decision making with community" and the whole scale, respectively. The questionnaire was further modified to reduce item redundancy and tested again in 69 PHVs. The Cronbach's alpha for "PHV's provision of opportunity for community in shared decision making", "PHVs' involvement in shared decision making with community" and the whole scale were 0.93, 0.93 and 0.96, respectively. The indexes of item-objective congruence rated by 4 experts were 0.96, 0.98, and 0.97, respectively. Correlation coefficients of an item with the sum of other items in the same dimension ranged from 0.54–0.82 (greater than a minimum acceptable value of 0.5). **Conclusion:** The developed shared decision making questionnaire in health promotion planning for PHVs was a reliable instrument and could be used in developing participatory working network in shared decision making in health promotion planning for primary health care.

**Keywords:** shared decision making, planning, health promotion, public health volunteers

## บทนำ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยฉบับ พ.ศ.2560 กำหนดให้รัฐมีหน้าที่ต่อประชาชนเช่นเดียวกับการให้ประชาชนมีหน้าที่ต่อรัฐ ตลอดจนต้องสร้างกลไกในการปฏิรูปประเทศด้านต่าง ๆ โดยอาศัยความร่วมมือระหว่างประชาชนกับหน่วยงานทั้งหลายของรัฐ ตัวอย่างของช่องทางที่ประชาชนสามารถใช้สิทธิทางตรงเพื่อมีส่วนร่วมคือ บุคคลและชุมชนเข้าชื่อกันเพื่อเสนอแนะต่อหน่วยงานรัฐให้ดำเนินการที่จะเป็นประโยชน์ต่อประชาชนหรือชุมชนหรือดเว้นไม่ดำเนินการสิ่งที่จะก่อผลเสีย (มาตรา 43) ผู้มีสิทธิเลือกตั้งจำนวนไม่น้อยกว่า 10,000 คนเข้าชื่อเพื่อเสนอกฎหมายเกี่ยวกับสิทธิเสรีภาพของประชาชน (มาตรา 133) นอกจากนี้ รัฐธรรมนูญยังกำหนดให้รัฐต้องให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในหลายประเด็น เช่น การอนุรักษ์ฟื้นฟู และส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่น ศิลปะ วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม และจารีตประเพณีอันดีงาม (มาตรา 57 (1)) การจัดทำยุทธศาสตร์ชาติ (มาตรา 65) รัฐธรรมนูญยังกำหนดให้รัฐต้องรับฟังความเห็นของประชาชนในประเด็นสำคัญ เช่น การดำเนินการที่อาจมีผลกระทบต่อทรัพยากรธรรมชาติ คุณภาพสิ่งแวดล้อม สุขภาพอนามัย ฯลฯ (มาตรา 58) (1) ในทำนองเดียวกัน ข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย ที่ระบุไว้ว่า ผู้ป่วยจักต้องได้รับประโยชน์สูงสุดจากกระบวนการรักษา และตระหนักถึงความสำคัญของการให้ความร่วมมือกับผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ (2) ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดนโยบายและแผนการดำเนินงานให้สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญและคำประกาศสิทธิ์ของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการให้บริการทางด้านสุขภาพมากขึ้นไม่ว่าจะเป็นด้านการรักษา ป้องกัน และการฟื้นฟู

โดยทั่วไปในการให้บริการทางการแพทย์นั้นย่อมเกิดความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งส่วนมากในความสัมพันธ์ดังกล่าวนั้นบุคลากรทางการแพทย์มักมีบทบาทที่เด่นกว่าผู้ป่วยในการเลือก การคิด การรักษา และการป้องกันสภาวะที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ การให้บริการทางสาธารณสุขนั้นนอกจากจะเกิดขึ้นที่โรงพยาบาลแล้ว ยังเกิดขึ้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งเป็นหน่วยงานหนึ่งของกระทรวงสาธารณสุขที่มีหน้าที่ให้บริการทางการแพทย์เช่นกัน รพ.สต. เน้นให้บริการในพื้นที่กับผู้ป่วยและประชาชนในชุมชน โดยมีพยาบาลและอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นผู้

ดำเนินงานในด้านต่าง ๆ ตั้งแต่การให้บริการรักษา ป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพ รพ.สต. ต้องดำเนินงานตามแผนงบประมาณและแผนปฏิบัติการ เพื่อให้บริการที่สำคัญสำหรับประชาชนตามแนวความคิดการส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงการประสานความร่วมมือจากหน่วยงานอื่นหรือการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน รวมทั้งประชาชน การตัดสินใจร่วม (shared decision making) ถือเป็นเป้าหมายสูงสุดของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลรักษาสุขภาพ (3)

การตัดสินใจแบบมีส่วนร่วมด้านการรักษาพยาบาล คือ การที่ผู้ป่วยและผู้รักษาพยาบาลตัดสินใจร่วมกันในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยตาม หลักวิชาการทางการแพทย์ ตลอดจนคำนึงม-ความชอบส่วนบุคคลของผู้ป่วย การตัดสินใจแบบมีส่วนร่วมที่ดีเป็นการนำทั้งความเห็นผู้ป่วยและผู้รักษาพยาบาลมาไว้ด้วยกัน การรักษาพยาบาลที่มีการตัดสินใจร่วมกัน คือ ต้องมีความเข้าใจร่วมกันเกี่ยวกับภาวะที่เป็นอยู่ ตลอดจนทางเลือกในการรักษา สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพและลดผลข้างเคียงหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้ มีหลักฐานบ่งชี้ว่า การมีส่วนร่วมที่ดีระหว่างผู้ป่วยและผู้รักษาพยาบาล ส่งผลให้การรักษาพยาบาลมีผลลัพธ์ดีกว่าผู้ที่ไม่ได้ตัดสินใจร่วมในการรักษาพยาบาล (4)

การทำงานบริการปฐมภูมิเป็นการทำงานบนพื้นฐานที่มีทรัพยากรจำกัด รวมทั้งต้องทำงานกับหน่วยงานองค์กรอื่น ๆ ในชุมชน และต้องมีการบูรณาการการทำงานเข้าด้วยกัน ดังนั้นการวางแผนงานการทำงานจึงเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่ง เพราะเป็นการกำหนดแนวทางการปฏิบัติ และควบคุมกำกับ ทำให้เกิดการดำเนินงานที่เป็นระบบมีลำดับขั้นตอนที่ง่ายต่อการปฏิบัติงาน การวางแผนยังรวมถึงการตั้งเป้าหมายการทำงาน ตลอดจนแนวทางการแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ จึงต้องมีแผนที่ดีและยืดหยุ่นตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้ ดังนั้นการตัดสินใจร่วมด้านการวางแผนงานบริการปฐมภูมิจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง

ปัญหาด้านสุขภาพส่วนใหญ่ของประชาชน โดยเฉพาะปัญหาโรคเรื้อรังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วยของประชาชนที่ครอบคลุมพื้นที่และประชาชนจำนวนมาก ภายใต้ทรัพยากรด้านสาธารณสุขไม่เพียงพอกับความต้องการของประชาชน จึงต้องอาศัย อสม. ผู้ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนงานปฐมภูมิให้เข้ามามีส่วนร่วมในการณรงค์และให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ ตลอดจนการควบคุมและป้องกันโรคอย่าง

เหมาะสม การดูแลสุขภาพของประชาชนซึ่งเป็นการทำงานแบบมีส่วนร่วม อสม. ควรเข้าใจในเรื่องของการมีส่วนร่วมและควรมีมุมมองว่า มนุษย์ทุกคนต่างมีความคิดและมีศักดิ์ศรีเท่าเทียมกันและมีความสามารถในการพัฒนาชีวิตของตนให้ดีขึ้นได้ถ้าได้รับโอกาสที่จะร่วมคิด (5) นโยบายการดำเนินงานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพเน้นให้บุคคล (รวมทั้ง อสม.) ได้พัฒนาศักยภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชนในทุก ๆ ด้านแบบองค์รวมอย่างเป็นระบบ หรือกล่าวได้ว่าเป็นความพยายามทำให้กลุ่ม อสม. สามารถเรียนรู้การวินิจฉัยปัญหาเพื่อปรับปรุงความสัมพันธ์ต่าง ๆ ในการทำงานให้ดีขึ้นทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (6)

ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความสำคัญของการตัดสินใจร่วมด้านการวางแผนการส่งเสริมสุขภาพซึ่งถือว่าเป็นจุดตั้งต้นของการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของชุมชน เพื่อช่วยหยุดยั้งภาวะการเจ็บป่วยให้ทรงตัวและชะลอการเสื่อมหรือความรุนแรงของโรคให้ช้าลง ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาและทดสอบเครื่องมือเพื่อวัดการตัดสินใจร่วมด้านการวางแผนการส่งเสริมสุขภาพในงานบริการปฐมภูมิในงานวิจัยนี้

## วิธีการวิจัย

### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงแบบภาคตัดขวาง โดยการศึกษาค้นคว้าเอกสาร สัมภาษณ์ประชาชน อสม. และทดสอบแบบสอบถามการตัดสินใจร่วมของ อสม. ด้านการวางแผนงานส่งเสริมสุขภาพในบริการปฐมภูมิ เพื่อหาความเที่ยงและความตรงในกลุ่ม อสม. ขอบเขตของเนื้อหาในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย การตัดสินใจ การมีส่วนร่วม การวางแผน และการส่งเสริมสุขภาพ กล่าวคือ เป็นการศึกษากระบวนการที่ อสม. เปิดโอกาสให้ประชาชนตัดสินใจร่วมในการวางแผน และ อสม. ร่วมตัดสินใจกับชุมชนในการวางแผนการส่งเสริมสุขภาพในงานบริการปฐมภูมิ

### การพัฒนาเครื่องมือ

ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรม เอกสาร และแนวคิดของกระบวนการตัดสินใจของ Plunkett and Attner (7) เพื่อสร้างกรอบแนวคิดของการตัดสินใจร่วมด้านการวางแผนงานส่งเสริมสุขภาพในบริการปฐมภูมิ หลังจากนั้นผู้วิจัยพัฒนาแบบสอบถามปลายเปิดจำนวน 8 ข้อ เพื่อใช้สัมภาษณ์ประชาชน อสม. จำนวน 12 คน โดยใช้เวลา 30-40 นาทีต่อคน การสัมภาษณ์มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาสาเหตุ

และแนวความคิดของการตัดสินใจร่วมในการทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ

ขั้นต่อมา ผู้วิจัยสร้างข้อคำถามการตัดสินใจร่วมด้านการวางแผนงานส่งเสริมสุขภาพในบริการปฐมภูมิตามกรอบแนวคิดและผลที่ได้จากการสัมภาษณ์ประชาชน อสม. คำถามเป็นแบบ Likert 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด แบบสอบถามร่างที่ 1 ที่สร้างขึ้นมีเพียงมิติเดียว คือ ด้าน อสม. ร่วมตัดสินใจกับชุมชน แต่ไม่มีมิติด้าน อสม. เปิดโอกาสให้ชุมชนร่วมตัดสินใจ

ต่อมาผู้วิจัยปรับเปลี่ยนแบบสอบถามร่างที่ 1 และทดลองใช้ใน อสม. จำนวน 42 คน จากจำนวน อสม. ทั้งหมดจำนวน 165 คนในพื้นที่ การเลือก อสม. ใช้วิธีการสุ่มแบบง่ายโดยวิธีการจับฉลากคัดเลือกเป็นรายหมู่บ้านแบบไม่คืนที่ ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถามร่างที่ 2 โดยหาความเที่ยงจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัท (Cronbach's coefficient alpha) และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของข้อคำถามใด ๆ กับค่าคะแนนรวมของคำถามอื่น ๆ ในมิตินั้น (item-total correlation) และตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยหาดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (index of item-objective congruence หรือ IOC) จากการประเมินของผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์การทำงานบริการปฐมภูมิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย 1) แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำโรงพยาบาลวารินชำราบ ที่เคยได้รับรางวัลแพทย์ชนบทดีเด่น และเป็นประธานพัฒนาระบบเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลและระบบสุขภาพระดับอำเภอ (district health system or DHS) 2) สาธารณสุขอำเภอวารินชำราบ จบการศึกษาด้านสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต เป็นผู้ควบคุมกำกับและกำหนดนโยบายการทำงานด้านสุขภาพในบริการปฐมภูมิอำเภอวารินชำราบ และ 3) ผู้อำนวยการ รพ.สต. ศรีโค จบการศึกษาระดับปริญญาตรีสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต เป็นผู้นำ รพ.สต. เมืองศรีโค เข้ารอรองชนะเลิศการประกวด รพ.สต. ระดับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พ.ศ. 2557 และได้รับรางวัลผู้บริหารดีเด่น ประเภท ผอ.รพ.สต. จากสมาคมผู้บริหารสาธารณสุขแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2557 และข้าราชการดีเด่นจังหวัดอุบลราชธานี พ.ศ. 2558

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามร่างที่ 2 ที่ผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญไปทดสอบใน อสม. จำนวน 57 คนในพื้นที่ ซึ่งเลือกมาโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่คืนที่เลือกเป็นรายหมู่บ้าน หลังจากนั้นหาค่าความ

เที่ยงและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของข้อคำถามใด ๆ กับค่าคะแนนรวมของคำถามอื่น ๆ ในมิตินั้น การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาให้ผู้เชี่ยวชาญ 4 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญชุดเดิม 3 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญใหม่ 1 ท่าน ที่เป็นศาสตราจารย์อำนวยการเมืองอุบลราชธานี ซึ่งควบคุมกำกับและกำหนดนโยบายการทำงานด้านบริการปฐมภูมิ

หลังการปรับปรุงแบบสอบถาม ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ได้ซึ่งอยู่ในรูปของแบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเองไปให้อสม. จำนวน 69 คน ในตำบลลูกเมืองตอ การเก็บข้อมูลทำระหว่างวันที่ 1-30 เมษายน 2560 การตอบแบบสอบถามเวลาประมาณ 15-20 นาทีต่อคน หลังจากนั้นหาค่าความเที่ยง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของข้อคำถามใด ๆ กับค่าคะแนนรวมของคำถามอื่น ๆ ในมิตินั้น และหาความตรงเชิงเนื้อหาโดยพิจารณาจากค่า IOC ที่ประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 4 ท่าน

## ผลการวิจัย

### การพัฒนาเครื่องมือครั้งที่ 1

ตัวอย่างในการทดสอบแบบสอบถามรอบที่ 1 จำนวน 42 คน เป็นเพศหญิง 24 คน (ร้อยละ 57.14) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส./อนุปริญญา 18 คน (ร้อยละ 42.86) มีสถานภาพสมรส 39 คน (ร้อยละ 92.90) ประกอบอาชีพเกษตรกร 29 คน (ร้อยละ 69.05) ทุกคนได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการส่งเสริมสุขภาพ โดยได้เข้าร่วมกิจกรรมและร่วมตัดสินใจวางแผนการทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ 34 คน (ร้อยละ 80.95)

ผลการทดสอบแบบสอบถามร่างที่ 1 พบค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 0.92 แต่เนื่องจากข้อคำถามการตัดสินใจร่วมมีเพียงมิติเดียว คือ “อสม. ร่วมตัดสินใจกับชุมชน” แต่ไม่มีมิติด้าน “อสม. เปิดโอกาสให้ชุมชนร่วมตัดสินใจ” ซึ่งเป็นมิติที่ผู้เชี่ยวชาญแนะนำเพิ่มเติม นอกจากนี้คำถามบางข้อมีเนื้อหาที่ใกล้เคียงกัน ผู้วิจัยจึงปรับปรุงแบบสอบถามโดยลดจำนวนข้อให้เหลือ 23 ข้อ และปรับให้มี 2 มิติ

### การพัฒนาเครื่องมือครั้งที่ 2

ผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 57 คน เป็นเพศหญิง 40 คน (ร้อยละ 70.18) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา 20 คน (ร้อยละ 35.09) สถานภาพสมรส 45 คน (ร้อยละ 78.95) ประกอบอาชีพเกษตรกร 27 คน (ร้อยละ 47.37) ทุกคน

ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการส่งเสริมสุขภาพโดยได้เข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อาทิเช่น การร่วมเข้าร่วมประชุมเรื่องแนวความคิดการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ การร่วมค้นหาแนวทางการดำเนินงานของชมรมเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพ หรือการร่วมเสนอแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และตัดสินใจร่วมดำเนินการวางแผนจำนวน 47 คน (ร้อยละ 82.45) มีรายได้เฉลี่ย 4,401 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชุมชนมากกว่า 40 ปี

ค่า IOC ที่คำนวณจากการประเมินของผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน มีค่าเท่ากับ 0.64 และ 0.75 สำหรับด้าน “อสม. เปิดโอกาสให้ชุมชนร่วมตัดสินใจ” และด้าน “อสม. ร่วมตัดสินใจกับชุมชน” ตามลำดับ แบบสอบถามร่างที่ 2 ทั้งฉบับมีค่า IOC เท่ากับ 0.70 ค่าความเที่ยงด้าน “อสม. เปิดโอกาสให้ชุมชนร่วมตัดสินใจ” และด้าน “อสม. ร่วมตัดสินใจกับชุมชน” มีค่าเท่ากัน คือ 0.86 ความเที่ยงรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.93

คะแนนเฉลี่ยด้าน “อสม. เปิดโอกาสให้ชุมชนร่วมตัดสินใจ” เท่ากับ  $4.27 \pm 0.37$  (จากคะแนนเต็ม 5) และด้าน “อสม. ร่วมตัดสินใจกับชุมชน” เท่ากับ  $4.20 \pm 0.39$  และโดยรวมมีค่าเท่ากับ  $4.24 \pm 0.36$  ดังแสดงในตารางที่ 1 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อคำถาม “คุณเปิดโอกาสให้คนในชุมชนได้มีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาด้านสุขภาพมากนักน้อยเพียงใด” มีค่าเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ  $4.35 \pm 0.58$  และข้อคำถาม “คุณซักถามปัญหาของแนวทางการแก้ไขปัญหาสุขภาพด้วยการส่งเสริมสุขภาพกับชุมชนมากนักน้อยเพียงใด” และ “คุณร่วมจัดเรียงลำดับความสำคัญก่อน-หลัง ของทางเลือก (วิธีการ) ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพด้วยการสร้างเสริมสุขภาพกับชุมชนมากนักน้อยเพียงใด” มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด เท่ากับ  $4.12 \pm 0.57$  ตามลำดับ เมื่อหาค่าความสัมพันธ์ของข้อคำถามใด ๆ กับผลรวมของข้อคำถามอื่น ๆ ในมิตินั้น ๆ พบว่า คำถามในด้าน “อสม. เปิดโอกาสให้ชุมชนร่วมตัดสินใจ” มีค่าอยู่ระหว่าง 0.44-0.66 และคำถามในด้าน “อสม. ร่วมตัดสินใจกับชุมชน” มีค่าอยู่ระหว่าง 0.40-0.72 (ตารางที่ 1)

ผู้วิจัยปรับแบบสอบถามเพิ่มเติมด้วยการตัดคำถามข้อที่มีความคล้ายคลึงกันออกไป และเพิ่มเติมข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ทำให้ได้ข้อคำถามด้าน “อสม.เปิดโอกาสให้ชุมชนร่วมตัดสินใจ” 13 ข้อ และด้าน “อสม. ร่วมตัดสินใจกับชุมชน” 12 ข้อ และดำเนินการปรับปรุงแบบสอบถามในครั้งที่ 3

ตารางที่ 1. ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคำถามวัดการตัดสินใจร่วมของ อสม. ตลอดจนความสัมพันธ์ของคำถามกับผลรวมของคำถามข้ออื่น ๆ ในมิติเดียวกัน ที่ได้จากการปรับปรุงแบบสอบถามรอบที่ 2 (N=57)

คำถาม	ค่าเฉลี่ย±SD <sup>1</sup>	item-total correlation <sup>2</sup>
<b>ด้าน อสม. เปิดโอกาสให้ชุมชนร่วมตัดสินใจ (ความเที่ยง=0.86, ค่า IOC= 0.64)</b>	4.27±0.37	
1. คุณเปิดโอกาสให้คนในชุมชนได้มีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาด้านสุขภาพมากน้อยเพียงใด	4.35±0.58	0.56
2. คุณเปิดโอกาสให้คนในชุมชนได้มีส่วนร่วมเสนอข้อดี-ข้อเสียของทางเลือกต่างๆ ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพด้วยการสร้างเสริมสุขภาพ มากน้อยเพียงใด	4.32±0.54	0.53
3. คุณเปิดโอกาสให้คนในชุมชนได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการสร้างเสริมสุขภาพที่สามารถแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพในชุมชนได้มากน้อยเพียงใด	4.32±0.57	0.56
4. คุณเปิดโอกาสให้คนในชุมชนได้ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นถึงแนวทางการดูแลส่งเสริมสุขภาพที่มีในชุมชน มากน้อยเพียงใด	4.32±0.57	0.63
5. คุณเปิดโอกาสให้คนในชุมชนได้มีส่วนร่วมตัดสินใจในกำหนดวิธีการ รูปแบบหรือแนวทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพมากน้อยเพียงใด	4.28±0.56	0.48
6. คุณประชาสัมพันธ์ให้คนในชุมชนเข้าร่วมประชุมเพื่อร่วมค้นหาปัญหาสุขภาพมากน้อยเพียงใด	4.26±0.52	0.55
7. คุณประชาสัมพันธ์ให้คนในชุมชนเข้าร่วมประชุมเพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาสุขภาพด้วยการส่งเสริมสุขภาพมากน้อยเพียงใด	4.26±0.64	0.44
8. คุณเปิดโอกาสให้คนในชุมชนร่วมแสดงความคิดเห็น ในกระบวนการวางแผนการทำงานกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาสุขภาพมากน้อยเพียงใด	4.26±0.58	0.54
9. คุณเปิดโอกาสให้คนในชุมชนได้มีส่วนร่วมในการระบุสาเหตุที่นำพาสู่ปัญหาสุขภาพของคนในชุมชนมากน้อยเพียงใด	4.25±0.61	0.58
10. คุณเปิดโอกาสให้คนในชุมชนได้มีส่วนร่วมในการค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาสุขภาพด้วยการส่งเสริมสุขภาพร่วมกับชุมชนมากน้อย	4.25±0.58	0.49
11. คุณเปิดโอกาสให้คนในชุมชนร่วมแสดงความคิดเห็น ในกระบวนการวางแผนการทำงานกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อหาแนวทางในการ	4.23±0.66	0.66
12. คุณเปิดโอกาสให้คนในชุมชนซักถามปัญหาของแนวทางการแก้ไขปัญหาสุขภาพด้วยการส่งเสริมสุขภาพมากน้อยเพียงใด	4.14±0.55	0.49
<b>ด้าน อสม. ร่วมตัดสินใจกับชุมชน (ค่าความเที่ยง=0.86, ค่า IOC=0.75)</b>	4.20±0.39	
13. คุณมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาด้านสุขภาพร่วมกับชุมชนมากน้อยเพียงใด	4.30±0.71	0.72
14. คุณร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นถึงแนวทางการดูแลส่งเสริมสุขภาพที่มีในชุมชนมากน้อยเพียงใด	4.26±0.58	0.66
15. คุณร่วมเสนอข้อดี-ข้อเสียของทางเลือกต่างๆ ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพด้วยการสร้างเสริมสุขภาพกับชุมชนมากน้อยเพียงใด	4.25±0.61	0.67
16. คุณร่วมแสดงความคิดเห็นในกระบวนการวางแผนการทำงานกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาสุขภาพกับชุมชนมากน้อยเพียงใดเพียงใด	4.23±0.57	0.68
17. คุณร่วมตัดสินใจกำหนดวิธีการ รูปแบบหรือแนวทาง ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพกับชุมชนมากน้อยเพียงใด	4.23±0.57	0.49

ตารางที่ 1. ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคำถามวัดการตัดสินใจร่วมของ อสม. ตลอดจนความสัมพันธ์ของคำถามกับผลรวมของคำถามข้ออื่น ๆ ในมิติเดียวกัน ที่ได้จากการปรับปรุงแบบสอบถามรอบที่ 2 (N=57) (ต่อ)

คำถาม	ค่าเฉลี่ย±SD <sup>1</sup>	item-total correlation <sup>2</sup>
18. คุณร่วมตัดสินใจเลือกวิธีการสร้างเสริมสุขภาพที่คนในชุมชนสามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพได้มากน้อยเพียงใด	4.23±0.66	0.66
19. คุณร่วมแสดงความคิดเห็นปัญหาสุขภาพร่วมกับชุมชนมากน้อยเพียงใด	4.19±0.58	0.40
20. คุณร่วมแสดงความคิดเห็นในการระบุสาเหตุที่นำพาสุขภาพกับชุมชนมากน้อยเพียงใด	4.16±0.65	0.48
21. คุณร่วมค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาสุขภาพด้วยการส่งเสริมสุขภาพร่วมกับชุมชนมากน้อย	4.14±0.58	0.47
22. คุณซักถามปัญหาของแนวทางการแก้ไขปัญหาสุขภาพด้วยการส่งเสริมสุขภาพกับชุมชนมากน้อยเพียงใด	4.12±0.57	0.56
23. คุณร่วมจัดเรียงลำดับความสำคัญก่อน-หลัง ของทางเลือก (วิธีการ) ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพด้วยการสร้างเสริมสุขภาพกับชุมชนมากน้อยเพียงใด	4.12±0.57	0.52
รวม (ค่าความเที่ยง=0.93, ค่า IOC=0.70)	4.24±0.36	

1: คะแนนมีพิสัยจาก 1-5

2: item-total correlation ความสัมพันธ์ของคำถามกับผลรวมของคำถามข้ออื่น ๆ ในมิติเดียวกัน

### การพัฒนาเครื่องมือครั้งที่ 3

กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามจำนวน 69 คน เป็นเพศหญิง 42 คน (ร้อยละ 60.86) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา 24 คน (ร้อยละ 34.78) สถานภาพสมรส 59 คน (ร้อยละ 85.51) ประกอบอาชีพเกษตรกร 32 คน (ร้อยละ 46.38) มีรายได้ระหว่าง 5,000–10,000 บาท 24 คน (ร้อยละ 34.78) อาศัยอยู่ในชุมชนมากกว่า 40 ปีขึ้นไป 40 คน (ร้อยละ 57.97) ทุกคนได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับงานส่งเสริมสุขภาพ และส่วนมากได้รับข้อมูลข่าวสารจากรพ.สต./อปท. 63 คน (ร้อยละ 91.30)

ค่า IOC จากการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ 4 ท่าน พบว่า ด้าน “อสม. เปิดโอกาสให้ชุมชนร่วมตัดสินใจ” และด้าน “อสม. ร่วมตัดสินใจกับชุมชน” มีค่า 0.96 และ 0.98 ตามลำดับ สำหรับแบบสอบถามทั้งฉบับมีค่า 0.97 ค่าเฉลี่ยระดับการตัดสินใจร่วมด้าน “อสม. เปิดโอกาสให้ชุมชนร่วมตัดสินใจ” เท่ากับ 4.27±0.46 และด้าน “อสม. ร่วมตัดสินใจกับชุมชน” เท่ากับ 4.21±0.54 และโดยรวมมีค่าเท่ากับ 4.24±0.47 ดังแสดงในตารางที่ 2 โดยมีค่าเฉลี่ยต่ำสุดในข้อคำถาม “คุณมีโอกาสเข้าร่วมจัดเรียงลำดับความสำคัญก่อน-หลัง ของทางเลือก (วิธีการ) ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพด้วยการสร้างเสริมสุขภาพกับชุมชนมากน้อย

เพียงใด” คือ 4.03±0.75 และมีค่าเฉลี่ยสูงสุดในข้อคำถาม “คุณเปิดโอกาสให้คนในชุมชนร่วมแสดงความคิดเห็นในการวางแผนการทำงานกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาสุขภาพมากน้อยเพียงใด” คือ 4.38±0.71 คำถามที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดมีค่าเฉลี่ยมากกว่า 4.00 จึงถือว่าการตัดสินใจร่วมอยู่ในระดับที่มาก ความสัมพันธ์ของข้อคำถามกับผลรวมของข้อคำถามอื่น ๆ ในมิติด้าน “อสม. เปิดโอกาสให้ชุมชนร่วมตัดสินใจ” มีค่า 0.56–0.77 และด้าน “อสม. ร่วมตัดสินใจกับชุมชน” มีค่า 0.54–0.82 ซึ่งมากกว่าค่าที่ยอมรับได้ คือ 0.5

### สรุปและการอภิปรายผล

เครื่องมือวัดการตัดสินใจร่วมของ อสม. ด้านการวางแผนการส่งเสริมสุขภาพในบริการปฐมภูมิมีคุณภาพเป็นที่น่าพอใจ เครื่องมือมีคุณภาพสูงขึ้นทุกครั้งที่ได้แก้ไขและทดสอบ การพัฒนาแบบสอบถามครั้งที่ 3 ค่า IOC ที่ประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ 4 ท่าน พบว่า ในด้าน “อสม. เปิดโอกาสให้ชุมชนร่วมตัดสินใจ” มีค่าเท่ากับ 0.96 ด้าน “อสม. ร่วมตัดสินใจกับชุมชน” เท่ากับ 0.98 และรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.97 ค่าเฉลี่ยด้าน “อสม. เปิดโอกาสให้ชุมชนร่วมตัดสินใจ”

ตารางที่ 2. ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคำถามวัดการตัดสินใจร่วมของ อสม. ตลอดจนความสัมพันธ์ของคำถามกับผลรวมของคำถามข้ออื่น ๆ ในมิติเดียวกัน ที่ได้จากการปรับปรุงแบบสอบถามรอบที่ 3 (N=69)

คำถาม	ค่าเฉลี่ย±SD <sup>1</sup>	item-total correlation <sup>2</sup>
<b>ด้าน อสม. เปิดโอกาสให้ชุมชนร่วมตัดสินใจ</b> (ค่าเที่ยง=0.93, ค่า IOC =0.96)	4.27±0.46	-
1. คุณเปิดโอกาสให้คนในชุมชนร่วมแสดงความคิดเห็น ในการวางแผนการทำงาน กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาสุขภาพมากน้อยเพียงใด	4.38±0.71	0.67
2. คุณเปิดโอกาสให้คนในชุมชนซักถามปัญหาของแนวทางการแก้ไขปัญหาสุขภาพด้วยการส่งเสริมสุขภาพมากน้อยเพียงใด	4.35±0.61	0.62
3. คุณเปิดโอกาสให้คนในชุมชนได้มีส่วนร่วมในการระบุสาเหตุที่นำปัญหาสุขภาพของคนในชุมชนมากน้อยเพียงใด	4.32±0.58	0.68
4. คุณเปิดโอกาสให้คนในชุมชนได้มีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาด้านสุขภาพมากน้อยเพียงใด	4.30±0.58	0.59
5. คุณเปิดโอกาสให้คนในชุมชนได้มีส่วนร่วมในการค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาสุขภาพด้วยการส่งเสริมสุขภาพร่วมกับชุมชนมากน้อยเพียงใด	4.30±0.63	0.69
6. คุณเปิดโอกาสให้คนในชุมชนร่วมแสดงความคิดเห็นปัญหาด้านสุขภาพมากน้อยเพียงใด	4.29±0.55	0.62
7. คุณเปิดโอกาสให้คนในชุมชนได้มีส่วนร่วมกำหนดวิธีการหรือรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพมากน้อยเพียงใด	4.28±0.71	0.73
8. คุณเปิดโอกาสให้คนในชุมชนได้ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นถึงแนวทางการดูแลส่งเสริมสุขภาพที่มีในชุมชนมากน้อยเพียงใด	4.25±0.65	0.68
9. คุณเปิดโอกาสให้คนในชุมชนได้มีส่วนร่วมเสนอข้อดี-ข้อเสียของทางเลือกต่างๆ ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพด้วยการสร้างเสริมสุขภาพมากน้อยเพียงใด	4.25±0.65	0.71
10. คุณเปิดโอกาสให้คนในชุมชนจัดเรียงลำดับความสำคัญก่อน-หลัง ของทางเลือก (วิธีการ) ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพด้วยการสร้างเสริมสุขภาพมากน้อยเพียงใด	4.25±0.67	0.66
11. คุณเปิดโอกาสให้คนในชุมชนร่วมตัดสินใจในการวางแผนการทำงานกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพแก้ไขปัญหาสุขภาพมากน้อยเพียงใด	4.25±0.64	0.77
12. คุณเปิดโอกาสให้คนในชุมชนได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการสร้างเสริมสุขภาพที่สามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชนได้มากน้อยเพียงใด	4.20±0.66	0.76
13. คุณประชาสัมพันธ์ให้คนในชุมชนเข้าร่วมประชุมเพื่อร่วมค้นหปัญหสุขภาพมากน้อยเพียงใด	4.16±0.61	0.56
<b>ด้าน อสม. ร่วมตัดสินใจกับชุมชน</b> (ค่าเที่ยง=0.93, ค่า IOC=0.98)	4.21±0.54	
14. คุณมีโอกาสมีส่วนร่วมในการค้นหปัญหาด้านสุขภาพร่วมกับชุมชนมากน้อยเพียงใด	4.30±0.71	0.60
15. คุณมีโอกาสร่วมแสดงความคิดเห็นปัญหาสุขภาพร่วมกับชุมชนมากน้อยเพียงใด	4.28±0.80	0.70
16. คุณมีโอกาสซักถามปัญหาของแนวทางการแก้ไขปัญหาสุขภาพด้วยการส่งเสริมสุขภาพกับชุมชนมากน้อยเพียงใด	4.28±0.71	0.59
17. คุณมีโอกาสร่วมกำหนดวิธีการหรือรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพมากน้อยเพียงใด	4.26±0.72	0.73



ตารางที่ 2. ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคำถามวัดการตัดสินใจร่วมของ อสม. ตลอดจนความสัมพันธ์ของคำถามกับผลรวมของคำถามข้ออื่น ๆ ในมิติเดียวกัน ที่ได้จากการปรับปรุงแบบสอบถามรอบที่ 3 (N=69) (ต่อ)

คำถาม	ค่าเฉลี่ย±SD <sup>1</sup>	item-total correlation <sup>2</sup>
18. คุณมีโอกาสร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นถึงแนวทางการดูแลส่งเสริมสุขภาพที่มีในชุมชนมากน้อยเพียงใด	4.23±0.67	0.76
19. คุณมีโอกาสร่วมค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาสุขภาพด้วยการส่งเสริมสุขภาพร่วมกับชุมชนมากน้อยเพียงใด	4.22±0.66	0.64
20. คุณมีโอกาสร่วมตัดสินใจในการวางแผนการทำงานกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพร่วมกับชุมชนมากน้อยเพียงใด	4.22±0.76	0.79
21. คุณมีโอกาสร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการสร้างเสริมสุขภาพที่สามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชนได้มากน้อยเพียงใด	4.22±0.68	0.74
22. คุณมีโอกาสร่วมแสดงความคิดเห็นในการวางแผนการทำงานกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาสุขภาพกับชุมชนมากน้อยเพียงใด	4.20±0.76	0.82
23. คุณมีโอกาสร่วมแสดงความคิดเห็นในการระบุสาเหตุที่นำพาสู่ปัญหาสุขภาพกับชุมชนมากน้อยเพียงใด	4.14±0.67	0.74
24. คุณมีโอกาสร่วมเสนอข้อดี-ข้อเสียของทางเลือกต่างๆ ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพด้วยการสร้างเสริมสุขภาพกับชุมชนมากน้อยเพียงใด	4.13±0.74	0.70
25. คุณมีโอกาสร่วมจัดเรียงลำดับความสำคัญก่อน-หลัง ของทางเลือก (วิธีการ) ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพด้วยการสร้างเสริมสุขภาพกับชุมชนมากน้อยเพียงใด	4.03±0.75	0.54
รวม (ค่าความเที่ยง=0.96, ค่า IOC=0.97)	4.24±0.47	

1: คะแนนมีพิสัยจาก 1-5

2: item-total correlation ความสัมพันธ์ของคำถามกับผลรวมของคำถามข้ออื่น ๆ ในมิติเดียวกัน

เท่ากับ 4.27±0.46 และด้าน “อสม. ร่วมตัดสินใจกับชุมชน” เท่ากับ 4.21±0.54 และโดยรวมมีค่าเท่ากับ 4.24±0.47 ค่าความสัมพันธ์ของคำถามใด ๆ กับผลรวมของข้อคำถามอื่น ๆ ในมิติเดียวกันของด้าน อสม. เปิดโอกาสให้ชุมชนร่วมตัดสินใจ และด้าน อสม. ตัดสินใจร่วมกับชุมชน มีค่าอยู่ระหว่าง 0.56–0.77 และ 0.54–0.82 ตามลำดับ ซึ่งมากกว่าค่าที่ยอมรับได้ คือ 0.5 และยังมีค่าเพิ่มขึ้นมากกว่าการพัฒนาเครื่องมือในครั้งที่ 2 จึงถือว่าเป็นข้อคำถามที่มีความเหมาะสม หลังจากปรับปรุงแบบสอบถามรวม 3 ครั้ง ทำให้ได้คำถามที่มีความสอดคล้อง ความเที่ยง และความตรงเพิ่มมากขึ้น

งานวิจัยในอดีตที่ศึกษาแนวทางการทำงานสร้างเสริมสุขภาพสำหรับเจ้าหน้าที่ใน รพ.สต. พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนเกิดได้ดีเมื่อมีการพัฒนาใน 3 ด้าน ได้แก่ 1) การพัฒนาเจ้าหน้าที่ รพ.สต. 2) การรณรงค์ให้ผู้รับบริการ และชุมชนมีส่วนร่วม และ 3) การพัฒนาการบริหารจัดการและ

พัฒนากิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมเฉพาะกับชุมชน (8) มิติของแบบวัดในการวิจัยนี้มีส่วนคล้ายกับการพัฒนาในด้านที่ 1 และ 2 นอกจากนี้มิติของการวัดที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนที่พบว่า หาก อสม. มีส่วนร่วมการตัดสินใจตั้งแต่กระบวนการวางแผนการทำงานจะทำให้ อสม. เข้ามามีส่วนร่วมด้วยความยินดีและเต็มใจ (9) อีกทั้งผลการศึกษามีส่วนร่วมของ อสม. ในการส่งเสริมสุขภาพของ รพ.สต. ได้กล่าวว่า ควรให้ อสม. มีส่วนร่วมในงานด้านต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้น ได้แก่ การเตรียมพร้อมในการปฏิบัติงาน การได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขและแนวทางการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพ และให้ อสม. มีส่วนร่วมในการประเมินผลการปฏิบัติงานกับเจ้าหน้าที่ (10) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของต่างประเทศ เช่น การศึกษาเรื่องการตัดสินใจรับบริการสุขภาพพระดัตถ์ปฐมภูมิที่พบว่า มีปัจจัยหลายอย่างที่

ส่งผลกระทบต่อการใช้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาตนเอง เช่น การเข้าถึงข้อมูลต่าง ๆ และการคำนึงถึงความเป็นบุคคลของผู้ป่วย ส่วนมากการตัดสินใจร่วมระหว่างผู้ป่วยและแพทย์หรือพยาบาล มักอยู่ในช่วงหลังของกระบวนการให้คำปรึกษา แต่มีกฎกละเลยและไม่ให้ความสำคัญ โอกาสการตัดสินใจร่วมในการให้บริการระดับปฐมภูมิมักขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่ใช้ในการให้คำปรึกษาทักษะการสื่อสารในการให้ข้อมูลเพื่อใช้ในการตัดสินใจผู้ป่วย (11) เช่นเดียวกับผลการศึกษารื่องการพัฒนาระบบสอบถามการตัดสินใจร่วมกันสำหรับแพทย์ (9-item Shared Decision Making Questionnaire: SDM-Q- Doc) ที่พบว่า แบบสอบถามดังกล่าวสามารถใช้วัดประสิทธิภาพของการตัดสินใจร่วมระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ซึ่งเป็นตัวชี้วัดคุณภาพของการบริการทางการแพทย์ (12) ดังนั้นแบบสอบถามที่พัฒนาในการวิจัยครั้งนี้ จึงสามารถใช้เป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาระบบการให้บริการปฐมภูมิ

งานวิจัยนี้ทดสอบเครื่องมือวัดการตัดสินใจร่วมด้านการวางแผนการส่งเสริมสุขภาพของ อสม. จากพื้นที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิของ รพ.สต. คูเมือง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี เป็นหลัก ซึ่งอาจทำให้ข้อมูลที่เก็บได้อาจยังไม่มีความหลากหลายนัก ดังนั้นควรนำเครื่องมือนี้ไปทดลองใช้ในพื้นที่อื่น เพื่อยืนยันหรือปรับปรุงคุณภาพให้ดีขึ้น นอกจากนี้การวิจัยนี้ปรับใช้กระบวนการตัดสินใจของ Plunkett และ Attner (7) จาก 7 ขั้นตอนให้เหลือเพียง 4 ขั้นตอน โดยรวมขั้นตอนที่คล้ายกันตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญและตัดขั้นตอนสุดท้าย คือ การสร้างระบบควบคุมและการประเมินผลออกไป เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทการร่วมตัดสินใจด้านการวางแผนการส่งเสริมสุขภาพในงานบริการปฐมภูมิที่มีประชาชนและ อสม. เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และ อสม. เองมักเป็นคนในชุมชนเดียวกันกับประชาชน

งานวิจัยนี้ทดสอบคุณสมบัติของเครื่องมือด้วยการวิเคราะห์ความเที่ยงและความตรงเชิงโครงสร้างจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัค และค่า item-total correlation แต่ยังไม่ได้วิเคราะห์ความตรงตามเกณฑ์ (criterion related validity) ที่สามารถทำได้โดยการเปรียบเทียบชุมชนที่มีระดับการตัดสินใจร่วมด้านการวางแผนส่งเสริมสุขภาพที่แตกต่างกัน แต่โอกาสในการเลือกชุมชนที่มีคุณลักษณะดังกล่าวแตกต่างกันนั้นอาจเป็นไปได้น้อยในทางปฏิบัติ เพราะกระทรวงสาธารณสุขได้เน้นให้

บุคลากรทางสาธารณสุข ซึ่งรวมถึง อสม. เปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมและมีบทบาทมากขึ้นในการส่งเสริมและป้องกันโรค นอกจากนี้งานวิจัยในอนาคตควรพัฒนาแบบสอบถามฉบับย่อ เพื่อให้เกิดความสะดวกในการใช้งานทางปฏิบัติ รวมทั้งเครื่องมือที่สร้างขึ้นนี้อาจมี social desirability effect สูง กล่าวคือ ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบตัวเลือก “มาก” และ “มากที่สุด” เพื่อให้ผลการประเมินของตนเองสูง ดังนั้นการวิจัยในอนาคตควรสร้างแบบสอบถามฉบับประชาชนเพื่อหาความสอดคล้องของระดับการตัดสินใจร่วมด้านการวางแผนส่งเสริมสุขภาพจากการประเมินโดย อสม. และประชาชน

### กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลงได้ด้วยการให้คำแนะนำปรึกษาที่ถูกต้องและแก้ไขข้อบกพร่องจากคณาจารย์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ขอขอบพระคุณ นายอดุลย์ วรรณชาติ สาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี นายธานี นทร์ ไชยยานุกูล สาธารณสุขอำเภอวารินชำราบ นางบรรจง สร้อยคำ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองศรีโค นางประไพรัตน์ มาลัยพวง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคูเมือง และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคูเมือง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ที่อนุเคราะห์ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ขอขอบพระคุณคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ได้ให้โอกาสและให้การสนับสนุนในการทำวิจัยครั้งนี้

### เอกสารอ้างอิง

1. Constitution of the Kingdom of Thailand B.E. 2017. Royal Gazette No.134, Part 40A (Apr 6, 2017).
2. The Medical Council of Thailand. New declaration of right and code of conducts for patients endorsed by 6 professional councils [online]. 2015 [cited Apr 27, 2017]. Available from: [http://www.tmc.or.th/detail\\_news.php?news\\_id=834](http://www.tmc.or.th/detail_news.php?news_id=834).
3. Office of the National Economics and Social Development Board, Ministry of Public Health, Mahidol University. Thailand's healthy lifestyle strategic health plan, B.E. 2011–2020: 2010. Bangkok: Office of National Buddhism Press; 2010.

4. Rossiter A. What is shared decision making? [online]. 2012 [cited Nov 1, 2016]. Available from: [www.bupa.co.th/th/individuals/health-wellbeing/detail.aspx?tid=137#.WVIDK-uGOUk](http://www.bupa.co.th/th/individuals/health-wellbeing/detail.aspx?tid=137#.WVIDK-uGOUk).
5. Patanaponasa N. Participation: basic principles, techniques and case studies. 2nd ed. Chiang Mai: Sirilak Printing; 2004.
6. Prachuap Khiri Khan Provincial Health Office. Promotion of community health (updated version 55) [online]. 2012 [cited Nov 1, 2016]. Available from: [www.prachuapkhirikhan.go.th/web-54/pmqa/55/pmqa55/02.pdf](http://www.prachuapkhirikhan.go.th/web-54/pmqa/55/pmqa55/02.pdf).
7. Chakoat P. Process of decision making [online]. 2010 [cited Nov 4, 2016]. Available from: [www.gotknow.org/posts/3314781](http://www.gotknow.org/posts/3314781).
8. Sirivetsunthorn A. Health promotion working practical guidelines for health care professionals in health promoting hospital. Bangkok: Silpakorn University; 2012.
9. Sinpai W, Kompo P. Potential development of village health volunteers on high blood pressure prevention and control at Ban Nangew Moo 1, 7 Nangew sub-district Sangkom district Nongkhai province. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2013.
10. Khaopatunthip K. Participation of public health volunteers for Tambon health promoting hospital in Bhuddha-Montion district Nakhonpathom province. Bangkok: Srinakharinwirot University; 2013.
11. Saba GW, Wong ST, Schillinger D, Fernandez A, Somkin CP, Wilson CC, et al. Shared decision making and the experience of partnership in primary care. *Ann Fam Med* 2006; 4: 54-62.
12. Kriston L, Scholl I, Hölzel L, Simon D, Loh A, Härter M. The 9-item shared decision making questionnaire (SDM-Q-9): development and psychometric properties in a primary care sample. *Patient Educ Couns* 2010; 80: 94-9.