



วารสารควบคุมโรค

DISEASE CONTROL JOURNAL

ปีที่ 37 ฉบับที่ 2 เมษายน-มิถุนายน 2554

Volume 37 No. 2 April-June 2011



พฤษภาคม 2554 Disease Control Journal Vol 37 No. 2 April-June 2011

- กระบวนการทำงานนโยบายของการกำหนดยุทธศาสตร์การป้องกันควบคุมโรคของกรมควบคุมโรค ปีงบประมาณ 2553
- การป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อโดยยึดชุมชนเป็นฐานในประเทศไทย (พ.ศ. 2547-2552)
- ประสิทธิภาพการพัฒนาศักยภาพแกนนำอำเภอ ในการขับเคลื่อนงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในเยาวชน ในเขตสาธารณสุขที่ 14
- การวิจัยประเมินผลโครงการพัฒนารูปแบบและกลไกรณรงค์เพื่อป้องกันปัญหาเอดส์ในกลุ่มเครือข่ายองค์กรและเครือข่ายผู้ติดเชื้อ
- การประเมินความรู้ ทักษะ พฤติกรรมของเยาวชน เรื่องโรคเอดส์ในกรุงเทพมหานคร
- การประเมินผลโครงการพัฒนาคุณภาพการกำจัดโรคเรื้อนของโรงพยาบาลไธยา สุราษฎร์ธานี ปี พ.ศ. 2548 - 2553
- การป้องกันและควบคุมการระบาดของไข้มาลาเรียในพื้นที่ท่องเที่ยวเชิงนิเวศน์ จังหวัดสตูล



วารสารควบคุมโรค

DISEASE CONTROL JOURNAL

ISSN 1685-6481

ปีที่ 37 ฉบับที่ 2 เม.ย. - มิ.ย. 2554 Volume 37 No. 2 Apr - Jun 2011

สารบา-	หน้า	CONTENTS
นิพนธ์ต้นฉบับ	PAGE	Original Article
กระบวนการทางนโยบายของการกำหนดยุทธศาสตร์ การป้องกันควบคุมโรค ของกรมควบคุมโรค ปีงบประมาณ 2553 <i>สมหมาย คงกระพันธ์ และคณะ</i>	75	Process of Strategic Policy on Disease Prevention and Control of the Department of Diseases Control, 2010 <i>Sommai Khongkrapan, et al</i>
การป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อโดยยึดชุมชน เป็นฐานในประเทศไทย (พ.ศ. 2547-2552) <i>เพชรารณ์ สมบูรณ์บุรณ์</i>	83	Non-Communicable Diseases Prevention and Control Program Based on Community Base Intervention in Thailand (2004 -2009) <i>Petcharaporn Somboonburana</i>
ประสิทธิผลการพัฒนาศักยภาพแกนนำอำเภอ ในการขับเคลื่อนงานป้องกัน และแก้ไขปัญหเอดส์ ในเยาวชน ในเขตสาธารณสุขที่ 14 <i>มยุรี ศิลป์ตระกูล และคณะ</i>	93	Effectiveness of Developmental Program for District Core Teams in Mobilizing HIV/AIDS Prevention among Youth in Public Health Office Region 14 <i>Mayuree Siltrakul, et al</i>
การวิจัยประเมินผลโครงการพัฒนารูปแบบและ กลไกองค์กรเพื่อป้องกันป-หเอดส์ในกลุ่ม เครือข่ายองค์กรและเครือข่ายผู้ติดเชื้อ <i>สมบัติ แทนประเสริฐสุข และคณะ</i>	103	Evaluation Research on Projects to Develop Model and Mechanism to Prevent HIV by NGO and People with HIV Networks <i>Sombat Thanprasertsuk, et al</i>



วารสารควบคุมโรค DISEASE CONTROL JOURNAL

ปีที่ 37 ฉบับที่ 2 เม.ย. - มิ.ย. 2554

Volume 37 No. 2 Apr - Jun 2011

สารบา-	หน้า	CONTENTS
	PAGE	
การประเมินความรู้ ทักษะ พฤติกรรมของ เยาวชน เรื่องโรคเอดส์ในกรุงเทพมหานคร	117	Evaluation of Knowledge, Attitude and Risk Behavior among Youth in Bangkok Academic Institute
นุชนารถ แก้วดำเกิง และคณะ		Nutchanart Kaedumkoeng, et al
การประเมินผลโครงการพัฒนาคุณภาพการกำจัด โรคเรื้อน ของโรงพยาบาลไชยา สุราษฎร์ธานี ปี พ.ศ. 2548 - 2553	128	Evaluation of Project on Quality Development of Elimination of Leprosy, Chaiya Community Hospital, Surathanee, from 2005 - 2010
ธีรวุฒิ ศิริคำ		Thirawut Sirikham
การป้องกันและควบคุมการระบาดของไข้มาลาเรีย ในพื้นที่ท่องเที่ยวเชิงนิเวศน์ จังหวัดสตูล	140	Prevention and Control of Malaria Outbreaks in Ecotourism Areas in Satun Province
ปัทฉิมา บัวยอม และคณะ		Patchaima Buayom, et al

วารสารควบคุมโรค

วารสารควบคุมโรค เป็นวารสารทางวิชาการ จัดพิมพ์เผยแพร่โดย

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์	1. เพื่อเผยแพร่วิทยาการที่เกี่ยวกับการควบคุมโรคติดต่อ และโรคไม่ติดต่อ 2. เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ ผลงานวิจัยของบุคลากรในหน่วยงานสังกัด กรมควบคุมโรค กรมอื่น ๆ ในกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานทางวิชาการอื่น ๆ 3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการติดต่อและประสานงานระหว่างผู้ที่สนใจหรือปฏิบัติงานเกี่ยวกับการควบคุมโรค
คณะที่ปรึกษา	อธิบดีกรมควบคุมโรค รองอธิบดีกรมควบคุมโรค ผู้ทรงคุณวุฒิกรมควบคุมโรค ผู้อำนวยการสำนักและสถาบันในสังกัดกรมควบคุมโรคทุกท่าน ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 -12
บรรณาธิการ	นายแพทย์อนุพงศ์ ชิตวารการ
กองบรรณาธิการ	นายแพทย์ศุภมิตร ชุณหสัทธิวัฒน์ นายแพทย์สุวิษ ธรรมปาโล นายแพทย์กฤษฎา มโหทาน แพทย์หญิงพัชรา ศิริวงศ์รังสรรค์ นายแพทย์วันัย วุตติโรจน์ นายแพทย์จิรพัฒน์ ศิริชัยสินธพ นายแพทย์ยุทธชัย เกษตรเจริญ นายแพทย์สมเกียรติ ศิริรัตน์พลกษ นายแพทย์สมาน พุตระกูล
ผู้จัดการ	ผู้อำนวยการกองแผนงาน
ฝ่ายจัดการ	นางสาวศรีพร ศรีวงศ์พัก นางพรรษา ชุมเกษียร นางสาวทัศนีย์ มุดเมาะ
สำนักงาน	กองแผนงาน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
ผู้ประสานงาน	นางสาวรุ่งทิพา ธาณี โทร. 0-2590-3225
กำหนดออก	ปีละ 4 ครั้ง หรือรายสามเดือน : มกราคม – มีนาคม, เมษายน – มิถุนายน, กรกฎาคม – กันยายน, ตุลาคม – ธันวาคม
พิมพ์ที่	โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย กรุงเทพมหานคร โทร. 0-2424-5600

DISEASE CONTROL JOURNAL

Official Publication of the Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand

Advisors: Director General, Department of Disease Control
Deputy Director General, Department of Disease Control
Senior Experts, Department of Disease Control
Director of Bureau and Institute, Department of Disease Control
Regional Directors, Offices of Disease Control

Editor: Dr. Anupong Chitwarakorn

Editorial Board: Dr. Supamit Chunsuttiwat
Dr. Suwich Thammapalo
Dr. Krisada Mahotarn
Dr. Pachara Sirivongrangson
Dr. Vinai Vuttivirojana
Dr. Jeeraphat Sirichaisinthop
Dr. Yuthichi Kasetjaroen
Dr. Somkiat Sirirattanapruk
Dr. Saman Futrakul

Manager: Director of Planning Division

Management Department: Ms. Sriporn Sriwongpook
Ms. Pansa Choomkasien
Ms. Tassanee Mudmoe

Editor Office: Planing Division,
Department of Disease Control
Ministry of Public Health
Tiwanond Rd, Nonthaburi 11000,
Tel. 0-2590-3897

Contract Person: Ms. Rungtiwa Thanee
Tel 0-2590-3225

Publishment Quarterly: Quarterly issued per year: January-March, April-June,
July-September, October-December

Printing: Printed at the Printing House of the Argicutral Cooperatives of
Thailand, Bangkok, Tel. 0-2424-5600

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารควบคุมโรคยินดีรับบทความวิชาการหรือรายงานผลการวิจัยที่เกี่ยวกับโรคติดต่อหรือโรคติดเชื้อ และโรคไม่ติดต่อตลอดจนผลงานการควบคุมโรคต่างๆ โดยเรื่องที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์หรือกำลังรอพิมพ์ ในวารสารอื่น ทั้งนี้ ทางกองบรรณาธิการตรวจทานแก้ไขเรื่องต้นฉบับและพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องลงพิมพ์

1. บทความที่ส่งลงพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ	การเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับดังนี้ “บทคัดย่อ บทนำ วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิเคราะห์สถิติการประกาศ เอกสารอ้างอิง” ความยาวของเรื่องไม่เกิน 10 หน้าพิมพ์	บทคัดย่อ	คือการย่อเนื้อหาสำคัญ เอาเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์และเป็นร้อยแก้ว ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด และมีส่วนประกอบคือ วัตถุประสงค์ วัตถุประสงค์ และ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา และวิเคราะห์หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงบทคัดย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
รายงานผลการปฏิบัติงาน	ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ วิธีการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน วิเคราะห์สถิติการประกาศ เอกสารอ้างอิง	บทนำ	อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัยศึกษาค้นคว้าของผู้คนที่เกี่ยวข้อง และวัตถุประสงค์ของการวิจัย
บทความพินิจวิชา	ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสิ่งที่ตรวจพบใหม่ หรือเรื่องที่นำสนใจที่ ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทความวิเคราะห์ สถานการณ์ โรคต่างๆ ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ ความรู้ หรือข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องที่นำมาเขียน วิเคราะห์ หรือวิเคราะห์ สรุป เอกสารอ้างอิงที่ค่อนข้างทันสมัย	วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา	อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัยโดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างและการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลหรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์
ย่อเอกสาร	อาจย่อบทความภาษาต่างประเทศ หรือภาษาไทย ที่ตีพิมพ์ไม่เกิน 2 ปี	ผลการศึกษา	อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์

2. การเตรียมบทความเพื่อลงพิมพ์

ชื่อเรื่อง	ควรสั้นกะทัดรัดให้ได้ใจความที่ครอบคลุม และตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ	วิจารณ์	ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือผลการดำเนินงานของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย
ชื่อผู้เขียน	ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ(ไม่ใช่คำย่อ) พร้อมทั้งอภีระต่อท้ายชื่อและสถาบันที่ทำงานอยู่ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ	สรุป (ถ้ามี)	ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับการวิจัย(สรุปให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะที่อาจนำผลงานการวิจัยไปให้เป็นประโยชน์ หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป
เนื้อเรื่อง	ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กะทัดรัด และชัดเจนเพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน หากใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน	เอกสารอ้างอิง	1) ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ Vancouver 1997

2) การอ้างอิงเอกสารใด ให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลข โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อตามลำดับ แต่ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำ ให้ใช้หมายเลขเดิม

3) เอกสารอ้างอิงหากเป็นวารสารภาษาอังกฤษให้ใช้ชื่อย่อวารสารตามหนังสือ Index Medicus การใช้เอกสารอ้างอิงไม่ถูกแบบจะทำให้เรื่องที่ส่งมาเกิดความล่าช้าในการพิมพ์ เพราะต้องมีการติดต่อผู้เขียนเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมครบตามหลักเกณฑ์

3. รูปแบบการเขียนวารสาร

(โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอนในทุกตัวอย่าง)

3.1 การอ้างอิงเอกสาร

ก. ภาษาอังกฤษ

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (สกุล อักษรย่อของชื่อ). ชื่อเรื่อง ชื่อย่อวารสาร ปีค.ศ.; ปีที่พิมพ์ (Volume): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ในกรณีที่มีผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรก แล้วตามด้วย et al.

ตัวอย่าง

1. Fischl MA, Dickinson GM, Scott GB. Evaluation of Heterosexual partners, children and household contacts of Adults with AIDS. JAMA 1987 ; 257: 640-4.

ข. ภาษาไทย

ใช้เช่นเดียวกับภาษาอังกฤษ แต่ชื่อผู้แต่งให้เขียนเต็มเต็มตามด้วยนามสกุล และใช้ชื่อย่อวารสารเป็นตัวเต็ม

ตัวอย่าง

2. ธีระ รามสูตร, นิวัติ มนตรีสวัสดิ์, สุรศักดิ์ สมบัติตะวนิช, อุบัติการณ์โรคเรื้อนระยะแรก โดยการศึกษาจุลพยาธิวิทยาคลินิกจากกวางขวางของผิวหนังผู้ป่วยที่สงสัยเป็นโรคเรื้อน 589 ราย. วารสารโรคติดต่อ 2527; 10: 101-2.

3.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

ก. การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (สกุลอักษรย่อของชื่อ). ชื่อหนังสือ. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

1. Toman K. Tuberculosis case-finding and chemo-therapy. Geneva: World Health Organization; 1979.

ข. การอ้างอิงบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน; (ชื่อบรรณาธิการ), บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้าแรก - หน้าสุดท้าย

ตัวอย่าง

2. ศรีชัย หล่ออารีย์สุวรรณ. การติดยาของเชื้อมาลาเรีย. ใน: ศรีชัย หล่ออารีย์สุวรรณ, ดนัย บุณนาค, ตระหนักจิต ทะรินสุต, บรรณาธิการ, ตำราอายุรศาสตร์เขตร้อน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: รวมพรรณ; 2533. น. 115-20

โปรดศึกษารายละเอียดได้จากบทความเรื่องการเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสารทางวิชาการโดยใช้ระบบแวนคูเวอร์ ในวารสารโรคติดต่อปีที่ 24 ฉบับที่ 4 (ตุลาคม - ธันวาคม 2541) หน้า 465 -472.

4. การส่งต้นฉบับ

4.1 การส่งเรื่องตีพิมพ์ให้ส่งต้นฉบับ 1 ชุด และแผ่น diskette ถึงกลุ่มอำนวยการ กองแผนงาน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 หรือที่ e-mail address: ddcjournal@ddc.moph.go.th และ anupongc@health.moph.go.th

4.2 ใช้กระดาษพิมพ์ตัดขนาด A4 พิมพ์หน้าเดียวและส่งเอกสารมาพร้อมกับแผ่น Diskette ซึ่งพิมพ์ต้นฉบับเอกสารพร้อมระบุชื่อ File และระบบที่ใช้ MSWord

4.3 ภาพประกอบ ถ้าเป็นภาพถ่ายลายเส้นต้องเขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษหนาแน่น ถ้าเป็นภาพถ่ายควรเป็นภาพสไลด์หรืออาจใช้ภาพขาวดำขนาดโปสการ์ดแทนก็ได้ การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหาก อย่าเขียนลงในรูป

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 เรื่องที่รับไว้กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ

5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาถึงพิมพ์กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

5.3 เรื่องที่ได้รับพิจารณาถึงพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งสำเนาพิมพ์ให้ผู้เขียนเรื่องละ 30 ชุด

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารควบคุมโรค ถือว่าเป็นผลงานทางวิชาการหรือการวิจัย และวิเคราะห์ตลอดจน เป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ไม่ใช่ความเห็นของกรมควบคุมโรค หรือกองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้เขียนจำต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน

กระบวนการทางนโยบายของการกำหนดยุทธศาสตร์การป้องกันควบคุมโรค ของกรมควบคุมโรค ปีงบประมาณ 2553

Process of Strategic Policy on Disease Prevention and Control of the Department of Diseases Control, 2010

สมหมาย คงกระพันธุ์ วท.บ

Sommai Khongkrapan B.Sc.

ควาตุมิ ฟ้าสันเทียะ วท.ม.

Khawuth Phasundhiaie M.Sc.

สำนักงานเลขาธิการกรม ควบคุมโรค

Office of Secretariat, Department of Disease Control

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับกระบวนการทางนโยบายของการกำหนดยุทธศาสตร์ในงานป้องกันควบคุมโรคของกรมควบคุมโรคปีงบประมาณ 2553 นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวิเคราะห์นโยบายและกระบวนการทางนโยบายในการนำยุทธศาสตร์มาใช้ในการป้องกันควบคุมโรค ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้บริหาร และนักวิชาการทั้งระดับสูง ระดับกลาง และระดับต้นของหน่วยงานของกรมควบคุมโรค จำนวน 56 คน โดยนำเสนอใน 4 มิติ คือ ด้านการเงิน ด้านลูกค้า ด้านการจัดการภายใน และด้านการเรียนรู้และเติบโต แต่ละมิติได้วิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และภัยคุกคาม ผลการศึกษาพบว่า ด้านการเงินมีการกำหนดการใช้จ่ายงบประมาณที่ชัดเจน เริ่มดำเนินการตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ ด้านลูกค้า เน้นลูกค้าระดับอำเภอและเครือข่ายทุกภาคส่วน ด้านการจัดการภายใน มีการจัดการโครงสร้างและแบ่งงานชัดเจนทั้งระดับบริหาร วิชาการ มีการพัฒนากระบวนการด้านบุคลากรและกระจายอำนาจการดำเนินงานอย่างเหมาะสม ด้านการเรียนรู้และเติบโต มีระบบวิชาการที่สนับสนุนวิชาการแก่ผู้บริหาร และเป็นองค์กรที่พึงของประชาชนเกี่ยวกับโรค และภัยสุขภาพ ส่วนการกำกับติดตาม มีการติดตามงานโดยตรงจากผู้กำหนดนโยบายเอง และมีระบบการประชุมทางไกล รวมทั้งการประชุมบริหารและวิชาการ และติดตามดูเอกสารรายงานผลการดำเนินงานตามแผนและงบประมาณ ทุกเดือน ทุกสามเดือน และช่วงสิ้นปีงบประมาณ สำหรับการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ มีกระบวนการมอบหมายงานตามลำดับบังคับบัญชา มีการตรวจเยี่ยมและนิเทศ ให้ความสำคัญกับผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ โดยให้โอกาสซักถามปัญหาและข้อข้องใจอย่างเต็มที่ ข้อเสนอแนะคือ นโยบายของกรมควบคุมโรคในระยะยาว จะต้องมีการเปลี่ยนแปลงกลยุทธ์การดำเนินงานให้เหมาะสมตามสถานการณ์ และผู้บริหารทุกระดับต้องเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงและมีการพัฒนาเพื่อการทดแทนจากรุ่นสู่รุ่น

Abstract

This participatory qualitative research was conducted to analyze the strategic policy and the process of strategies policies for diseases prevention and control. The contents of study were collected and presented in 4 perspectives such as financial, customer, internal process and learning & growth in part of strategic policy and in the part of process of strategic policy was detailed on strategic formulation, evaluation & monitoring and transfer to practice. The 56 samples were the administrators and health technical officers worked in the Department of Disease Control in fiscal year 2010. The results revealed that the strategic

policy in 4 perspectives were clear and effective. The financial perspective, the fiscal budgets management was set clearly at the beginning of the fiscal year. The customer perspective, the health care networks in district level were emphasized. While internal process perspective, the organization structure and management were adjusted suitably between administration and academic works, including human resource development. The learning and growth perspective, the expert groups were established to provide suggestions to the CEO and develop organization to be an expert organization for prevention and control diseases. The monitoring was performed by the CEO directly and through internal communication routes such as teleconference including, follow up the involved documents monthly, three monthly and yearly. For the transferring policy to practice, the process of transfer to descending organizations were assigned with making a clarify and understandable issues for health officers who practice in the field. This study suggested that strategic policies of prevention and control diseases in the long run should be adjusted by surrounded situations. The CEO should be the leader of change and a new wave generation was urgently developed.

ประเด็นสำคัญ-

ยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรค
กรมควบคุมโรค

Keywords

Strategy for disease prevention and control
Department of Disease Control

บทนำ

ในระยะเวลากว่า 50 ปีที่ผ่านมาองค์กรทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนในประเทศไทย ได้ใช้แนวคิดเชิงยุทธศาสตร์ในการพัฒนาการทำงาน และมีเครื่องมือทางการบริหารใหม่ ๆ ที่ภาครัฐได้นำเข้ามาใช้ในการปฏิรูประบบราชการ⁽¹⁾ นอกจากนี้ ประเทศไทยได้มีการฟื้นฟูระบบสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อนำไปสู่เป้าหมายในสหัสวรรษใหม่ขององค์การอนามัยโลก การดำเนินการครั้งนี้ มีเครื่องมือหนึ่งที่เรียกว่า แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์^(2,3) ซึ่งเป็นเครื่องมือในการพัฒนาคน⁽⁴⁾ ครอบครัว ชุมชน และสังคมเข้ามาช่วยในการบริหารจัดการ ในขณะที่กรมควบคุมโรคได้นำยุทธศาสตร์มาใช้ในการพัฒนางานป้องกันควบคุมโรคตามภารกิจที่กำหนดไว้ ซึ่งในการกำหนดยุทธศาสตร์นี้ ซึ่งมีกระบวนการที่น่าสนใจ ตั้งแต่การกำหนดนโยบาย การติดตามรวมทั้งการถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ และมีปัจจัยที่เป็นจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสและภัยคุกคามในกระบวนการที่ควรศึกษาอย่างยิ่ง นอกจากนี้การวิเคราะห์เชิงนโยบายเกี่ยวกับการกำหนดยุทธศาสตร์นี้ มีการศึกษาวิเคราะห์ค่อนข้างน้อย ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจ

และเห็นว่าควรศึกษาในเรื่องนี้ โดยศึกษากระบวนการทางนโยบายของการกำหนดยุทธศาสตร์ในการป้องกันควบคุมโรคของกรมควบคุมโรคปีงบประมาณ 2553 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวิเคราะห์นโยบายและกระบวนการทางนโยบายในการกำหนดยุทธศาสตร์มาใช้ในการป้องกันควบคุมโรค ซึ่งผลการศึกษาค้นนี้จะเป็ข้อมูลอ้างอิง ในการพัฒนาแนวทางการใช้ยุทธศาสตร์ในการดำเนินการตามพันธกิจต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

การศึกษานี้ใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ในลักษณะมีส่วนร่วม^(5,6) วิเคราะห์นโยบายตามกรอบแนวคิดของ Balanced Score card^(2,7,8) 4 มิติ เกี่ยวกับการเงิน ลูกค้า ด้านการจัดการภายใน และด้านการเรียนรู้และเติบโต ใช้การวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสและภัยคุกคาม นอกจากนี้มีการศึกษารายละเอียดกระบวนการกำหนดนโยบาย การกำกับติดตาม และการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรที่เป็นผู้บริหาร นักวิชาการ

ทั้งระดับสูง ระดับกลาง ระดับต้นของหน่วยงานภายใน กรมควบคุมโรคจำนวน 56 คน เก็บข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก(Indept Interview) และการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม ซึ่งผู้วิจัยได้เข้ามาอยู่ในบริบทที่มีการดำเนินการ กระบวนการทางนโยบายของการกำหนดกลยุทธ์ในฐานะเลขานุการอธิบดีกรมควบคุมโรค เป็นการเก็บข้อมูลในทัศนะของคนใน (Emic) ทดสอบความแม่นยำของข้อมูล(Validity) และความเชื่อถือได้ของข้อมูล(Reliability) ด้วยการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า(Triangulation) เป็นการเก็บข้อมูลหลายวิธีเพื่อให้ปรากฏการณ์ที่ได้ศึกษา มีความหมายลึกซึ้งและตอบวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ระยะเวลาดำเนินการวิจัย ตั้งแต่ตุลาคม 2552 ถึงกันยายน 2553

ผลการศึกษา

1. วิเคราะห์นโยบายในการป้องกันควบคุมโรค ปีงบประมาณ 2553 ใน 4 มิติ

ด้านการเงิน

จุดแข็ง มีการกำหนดให้แผนงานโครงการผูกพันกับงบประมาณตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ เริ่มปฏิบัติงานและใช้จ่ายงบประมาณได้เลย โดยวางระบบเป็นยุทธศาสตร์ และเชื่อมโยงกับการติดตามการใช้จ่ายงบประมาณผ่านระบบ GFMS และระบบ ESTIMATE ของกรมควบคุมโรค ใช้ระเบียบที่คล่องตัว อาศัยความโปร่งใส ตรวจสอบได้ และประหยัด มีการวางระบบติดตามโดยการประชุมทุกเดือน มีระดับรองอธิบดีฯ ผู้ทรงคุณวุฒิ ดูเลตามระดับชั้น วัดผลด้านการเงินโดยพิจารณาจากการบริหารจัดการงบประมาณของผู้บริหาร แต่ละสถาบัน/สำนัก/กอง

จุดอ่อน การเคยชินกับวงจรงบประมาณเดิมที่เริ่มใช้งบประมาณเดือนมกราคม ดังนั้นการใช้จ่ายงบประมาณจึงมาอยู่ในไตรมาสที่ 3 และ 4 เนื่องจากเป็นงบประมาณที่ได้รับจัดสรรเป็นก้อน ซึ่งง่ายต่อการใช้จ่าย ทำให้มีโอกาสดำเนินการไม่ตรงกับวัตถุประสงค์ และใช้ผิดประเภท รวมทั้งการใช้จ่ายระเบียบ ทั้งที่เจตนาและไม่เจตนา

โอกาส ในระบบการเงินการคลังของประเทศ มีระบบ GFMS ที่ดูแลภาพงบประมาณของประเทศที่รองรับทุกส่วนราชการ ใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วย และโอกาสที่ถูกตรวจสอบอย่างเข้มข้นของความโปร่งใสถูกต้องของระบบการเงินภายในกรมควบคุมโรคมีอย่างต่อเนื่อง ทั้งที่ดำเนินการโดย กลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดิน และกรมบัญชีกลาง สำนักงานประมาณ เป็นต้น

ภัยคุกคาม ด้านการเงินที่สำคัญ คือจำนวนงบประมาณที่ลดลงประมาณครึ่งหนึ่งของปีที่ผ่านมา เป็นผลพวงจากระบบประกันสุขภาพของประเทศ ตั้งแต่มีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) งบดำเนินการ เป็นไปตามระบบค่าใช้จ่ายรายหัวของประชากรที่แท้จริง งานใดที่หน่วยงานระดับกรมเป็นผู้ตั้งงบประมาณ แต่ให้พื้นที่ดำเนินการ จะถูกตัดไปตั้งเป็นค่าใช้จ่ายรายหัวของหน่วยงานระดับพื้นที่โดยตรง

ด้านลูกค้า

จุดแข็ง การที่ลูกค้าและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้าถึงข้อมูลที่หลากหลายและหลายช่องทางรวมทั้งสื่อสารมวลชน ที่เป็นลักษณะแพร่หลายในวงกว้าง ทำให้ลูกค้ามีภูมิความรู้มากกว่าเดิมค่อนข้างมาก ช่วยให้การควบคุมโรคปฏิบัติงานง่ายขึ้น ตรงจุดมากขึ้น ปฏิบัติงานเฉพาะประเด็นที่เป็นปัญหาหลัก ๆ ซึ่งกรมควบคุมโรคทำได้ดี มีหน่วยงานที่ดูแลโดยตรงรับผิดชอบงานชัดเจน

จุดอ่อน ลูกค้ามีหลายกลุ่ม หลายบริบท มีจำนวนลูกค้ามากขึ้น บางกรณีก็ปรับตัวไม่ทันกับการเปลี่ยนแปลงของลูกค้าที่เกิดขึ้น มีผลทำให้งานของกรมบางอย่างไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ เช่นกรณียุทธศาสตร์โรคไข้หวัดใหญ่ในช่วงแรกของการดำเนินการ โดยเฉพาะการให้วัคซีน

โอกาส กรมควบคุมโรควางกลยุทธ์ในการสร้างมาตรฐาน การควบคุมโรคสอดคล้องกับลูกค้าที่เกิดขึ้น รักษาฐานลูกค้าเดิมไว้ ขยายลูกค้าไปยังระดับอำเภอ บางส่วนถึงระดับตำบล สำหรับงานที่ติดต่อกับต่างประเทศ โดยเฉพาะงานมาลาเรีย งานวัณโรค และงานเอดส์

มีลูกค้าที่เป็นประเทศทางทวีปเอเชียและแอฟริกาเพิ่มขึ้น ยุทธศาสตร์ที่ดำเนินการในภาพรวมของกรมควบคุมโรค มีการจัดงานระดับนานาชาติ ที่มีผู้เชี่ยวชาญเป็นลูกค้าเดิม ของกรมควบคุมโรค ทำให้เพิ่มโอกาสการเรียนรู้ของ บุคลากรภายใน ใช้ยุทธศาสตร์การเรียนรู้จากลูกค้าเป็น สิ่งที่ผู้บริหารกรมควบคุมโรคดำเนินการ

ภัยคุกคาม การสื่อสารถึงกลุ่มลูกค้าที่เร็ว ทันต่อเหตุการณ์ แต่การสื่อสารเชิงลบที่มีผลตรงกันข้าม กับภารกิจของกรมควบคุมโรค อาทิ เครื่องดื่ม หรือสิ่ง เสพติดที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็งและโรคไม่ติดต่อ กลยุทธ์ ทางการตลาดของบริษัทบุหรี่ เหล้า สารเคมี ก็ใช้กลยุทธ์ เชิงรุกเข้าถึงลูกค้าของกรมควบคุมโรคได้ง่าย ตรง และ ต่อเนื่องกว่า ซึ่งกรมควบคุมโรคต้องประสพอย่างต่อเนื่อง ในการแก้ไขชี้แจงแนวทางที่ถูกต้อง รวมทั้งการออก กฎหมายเพื่อป้องปรามมากขึ้น ดังนั้นการช่วงชิงด้าน ข้อมูลข่าวสารของภาคเอกชนที่มีผลกำไรกับสิ่งที่ เป็น ปัจจัยต่อการเกิดโรค จะเป็นภัยคุกคามในอนาคต

ด้านการจัดการภายใน

จุดแข็ง ระบบการดูแลองค์กรภายใน ทั้งการ วางยุทธศาสตร์ การมอบนโยบาย การวางระบบการติดตาม การดำเนินงาน โดยผู้บริหารมีความชัดเจน แต่ละส่วน ทั้งสำนักฯ สถาบัน กองฯ ที่ดูแลการบริหารจัดการเชิง ยุทธศาสตร์ มีการวางกรอบอัตรากำลัง วางยุทธศาสตร์ งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ การส่งกำลัง บำรุงในภาวะปกติ ภาวะฉุกเฉิน ของแต่ละส่วนราชการมีความชัดเจน จัดตั้ง สำนักงานที่ดูแลงานในอนาคต ซึ่งผู้บริหารมีวิสัยทัศน์ มีการจัดระเบียบองค์กร โดยการมอบหมายให้ผู้บริหาร ที่มีศักยภาพมาดูแล ซึ่งเป็นจุดแข็งของการบริหาร จัดการเชิงยุทธศาสตร์

จุดอ่อน บางสิ่งบางอย่างในรายละเอียด ยึดติด กับรูปแบบมากเกินไป โดยไม่ได้สนใจสิ่งสำคัญ ทำให้งาน ที่จัดลำดับความสำคัญ เป็นอันดับแรกถูกลดทอนลงไป เกิดงานที่ค้างคั่ง ของแต่ละส่วนราชการระดับสำนัก สถาบัน กอง มีการจัดประชุมที่มากเกินไปจนความจำเป็น ทำให้เสียเวลาของงานราชการที่ควรจะเป็น ยังขาดการ จัดการเกี่ยวกับระบบการประชุมที่เป็นภาพใหญ่ของ กรมควบคุมโรค ยังขาดการเชื่อมต่อ ต่อ ยอด เพื่อ

แสดงศักยภาพของกรมควบคุมโรคอย่างเต็มที่ การจัด ระบบการดำเนินงานวิจัยมาต่อยอด หรือมาปรับใช้ ในงานของกรมควบคุมโรค ส่วนใหญ่ผู้ที่ดำเนินงาน วิจัยผลงานวิจัยจะส่งผลต่อบุคคล ยังไม่ส่งผลถึง หน่วยงานและงานที่ทำ ระบบการจัดงบประมาณยังล่าช้า อย่างไรก็ตามในปี 2553 ระบบงานต่าง ๆ ที่รองรับ สามารถพัฒนาให้เริ่มใช้ได้ตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ

โอกาส มีหน่วยงานที่ดูแลโรคและภัยสุขภาพ รวมทั้งงานที่ต้องการก้าวไปข้างหน้าแบบก้าวกระโดด อย่างชัดเจน เช่น สถาบันวัคซีนแห่งชาติ สำนักโรคติดต่อ อุบัติใหม่ สำนักงานคณะกรรมการควบคุมการบริโภค เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สำนักงานควบคุมการบริโภคยาสูบ สำนักงานเผยแพร่และประชาสัมพันธ์ รวมทั้งได้มีการ จัดระบบงานให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ ทั้งการกำหนด นโยบาย การติดตามกำกับ การแปลงนโยบายไปสู่การ ปฏิบัติมากกว่าการทำงานตามรายโรค

ภัยคุกคาม การขาดการถ่ายทอดจากฐานสู่ฐาน เป็นภัยที่สำคัญ ซึ่งกรมควบคุมโรค มีบุคลากรที่เป็นรอย ต่อห่างกันประมาณ 5-10 ปี กว่าที่จะฟุ้งฟักและได้มี ความเชี่ยวชาญก็ต้องใช้เวลา พอถึงช่วงหนึ่งก็เกษียณอายุ ราชการ ซึ่งมีการแก้ไขเรื่องนี้โดยระบบแผนพัฒนา บุคลากรระยะยาว

ด้านการเรียนรู้และเติบโต

จุดแข็ง กรมควบคุมโรคมีบุคลากรที่มีการ ศึกษาในระดับปริญญาเอก ปริญญาโท ปริญญาตรี จำนวนมาก ตำแหน่งทางวิชาการที่เป็นชำนาญการพิเศษ ข้าราชการ มีประมาณ 1,000 กว่าคน รวมทั้งระดับแพทย์ ที่มีศักยภาพสูง พร้อมทั้งจะถูกดึงศักยภาพออกมาช่วย ให้กรมฯดำเนินการบรรลุวิสัยทัศน์

จุดอ่อน การขาดการปฏิบัติงานเป็นทีม ถึงแม้ว่า บุคลากรมีความรู้ความสามารถดี แต่เมื่อมองภาพรวม ของกรมฯ ผลของงานยังไม่สามารถที่จะทำให้เกิด พื้นที่เรียนรู้และสร้างความเติบโตให้กับกรมควบคุมโรค อาทิ งานวิจัยที่มีขนาดใหญ่หรือเชิงบูรณาการ ที่มีผลต่อ ปรับเปลี่ยนนโยบายการควบคุมโรคป้องกันโรคของ ประเทศยังมีน้อย

โอกาส กระแสโลกาภิวัตน์ เป็นสิ่งที่บุคลากรใน

กรมควบคุมโรค กำลังเผชิญ ในภาวะการณืบีบคั้น มีการพัฒนาการเรียนรู้ มีการส่งบุคลากรไปพัฒนา ทั้งจากวิทยากรผู้เชี่ยวชาญระดับประเทศ/นานาชาติ กรมควบคุมโรคมีนโยบายส่งเสริมให้บุคลากรแสดงผลงาน และผลการปฏิบัติงานที่สอดคล้องกับทิศทางและภารกิจ ของกรมควบคุมโรค และนอกจากนี้มีการจัดประชุมเสนอผลงานของหลายส่วนราชการ ที่เป็นเวทีเรียนรู้และแลกเปลี่ยนวิชาการ การปฏิบัติการ และการบริหารจัดการ อนึ่งระบบเทคโนโลยีที่ตอบสนองต่อการเรียนรู้ของบุคลากรที่ทันสมัย เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้นโยบายและทิศทางยุทธศาสตร์ของกรมควบคุมโรค มีการเผยแพร่อย่างทั่วถึงบุคลากรที่อยู่ในภูมิภาค

ภัยคุกคาม ความจำกัดของงบประมาณด้านสาธารณสุขของประเทศ ส่งผลทำให้การเจริญและเติบโตขององค์กรชะลอตัว ในขณะที่ต้องพัฒนาปรับตัวให้ทันกับการเกิดโรค และภัยสุขภาพแบบใหม่ในอนาคตอันใกล้ นอกจากนี้ระบบปฏิรูปราชการปัจจุบัน ยังไม่เอื้อต่อการเตรียมพร้อมสถานการณ์ดังกล่าว ขณะนี้ได้เกิดภาวะชะงักงันและไม่มีความต่อเนื่อง ทั้งด้านบุคลากร ด้านประสิทธิภาพ และความเชี่ยวชาญของงานป้องกัน ควบคุมโรคในทุกระดับของประเทศ ขาดการเป็นตัวแทนตัวแทนที่จะเป็นผู้เชี่ยวชาญในอนาคต

2. กระบวนการทางนโยบาย

การกำหนดนโยบาย มีรายละเอียดดังนี้

- การกำหนดนโยบายทางการเงิน มีความชัดเจนตั้งแต่ต้นปีงบประมาณทำให้สามารถใช้จ่ายงบประมาณตั้งแต่ต้นปี

- การกำหนดนโยบายด้านลูกค้า เน้นเครือข่ายระดับอำเภอ เป็นหน่วยงานที่ต้องดูแลสุขภาพประชาชนในระดับพื้นที่ และเน้นเครือข่ายทั้งภาคสื่อมวลชน ภาคประชาชน องค์กรเอกชน มีการชี้แจงนโยบายในการประชาสัมพันธ์เชิงรุกทั้งระดับกรม ส่วนกลาง และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคทั้ง 12 แห่ง

- การกำหนดนโยบายด้านการจัดการ ภายในมีการจัดตั้งองค์กรที่ดูแลงานด้านวัคซีน ของประเทศ เรียกว่า สถาบันวัคซีนแห่งชาติ จัดรูปแบบการ

บริหารจัดการภายในของสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ตามกลยุทธ์การปฏิบัติงานรองรับแผนปฏิบัติการ 4 ปี ปรับเปลี่ยนกระบวนการพัฒนาบุคลากรตามระบบสมรรถนะ ระบบพัฒนาทรัพยากรบุคคล ระบบการให้ควมดีความชอบตามผลการปฏิบัติงาน วางแนวทางและหลักเกณฑ์การพิจารณาความดีความชอบให้เหมาะสมกับสถานการณ์ตามความเป็นจริงของบุคลากร และองค์กร มอบอำนาจการบริหารจัดการ ลงสู่ระดับที่ควรจะเป็น เพื่อให้ง่าย สะดวกต่อการบริหารจัดการและเกิดประสิทธิผลต่อองค์กร ทำให้องค์กรมีโอกาที่จะบรรลุวิสัยทัศน์^(2,9)

- การกำหนดนโยบายด้านการเรียนรู้ และเติบโต มีระบบวิชาการที่รองรับการเปลี่ยนแปลงของโรคและภัยสุขภาพ ผ่านการประชุมเวทีผู้ทรงคุณวุฒิด้านเวชกรรมป้องกัน ของกรมควบคุมโรค โดยมีรองอธิบดีฯ เป็นประธาน ผู้เข้าประชุมคือ กองแผนงาน สำนักจัดการความรู้ ผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นต้นซึ่งเป็นเวทีแปลงกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ และได้ข้อเสนอแนะทางวิชาการแก่ผู้บริหารระดับสูง

การกำกับติดตาม ในกระบวนการติดตามควบคุมกำกับ วางระบบไว้ชัดเจน ในระดับรองผู้บริหารสูงสุด ลงมาจนกระทั่งถึงระดับผู้บริหารระดับกลาง ระดับล่าง ทั้งการติดตามโดยตรง มีเวทีติดตามทุกวันจันทร์ช่วงบ่าย โดยใช้ Tele – conference และการพูดคุยพบปะจากการประชุมประจำเดือน รวมทั้งการประชุมสัมมนา ก็เป็นกิจกรรมหนึ่งที่ช่วยในการควบคุมกำกับ^(2,10) นอกจากนี้ติดตาม โดยการตรวจสอบจากเอกสารรายงานทางการเงินและระบบ Estimate ทุกเดือน ทุกสามเดือนและสิ้นปีงบประมาณ

การแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ มีการมอบหมายรองอธิบดีดูแลและสานต่อนโยบายให้เห็นผล แบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบชัดเจน มอบหมายการปฏิบัติชัดเจน และถูกระเบียบ ถ่ายทอดต่อมาถึงระดับผู้ทรงคุณวุฒิที่ดูแลเฉพาะด้าน และดูแลหน่วยงานระดับสำนัก สถาบัน กอง และผู้บริหารถ่ายทอดนโยบายโดยตรงยังผู้อำนวยการสำนักฯ ผู้อำนวยการสำนักฯถ่ายทอด ยังผู้บังคับบัญชา

ตามลำดับชั้น อย่างไรก็ตาม มีการร่นระยะการถ่ายทอดแต่ละชั้นโดยการประชุม ผ่านระบบ Tele-conference ทุกวันจันทร์ หรือตามโอกาส นอกจากนี้ผู้บริหารระดับสูงมีวาระการนิเทศติดตาม การตรวจเยี่ยมซึ่งเป็นโอกาสให้เจ้าหน้าที่ได้พบปะกับผู้บริหารระดับสูงอย่างใกล้ชิด สามารถสอบถามข้อสงสัย หรือประเด็นที่ไม่เข้าใจได้อย่างเต็มที่ สำหรับนโยบายสำคัญที่ต้องถ่ายทอดไปสู่การปฏิบัติ อาทิเช่น นโยบายอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน นโยบายการวางแผนยุทธศาสตร์กรม 10 ปี การพยากรณ์โรค การบริหารจัดการด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ การบริหารจัดการศูนย์ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลง เป็นต้น

วิจารณ์

ในการกำหนดนโยบายมีความชัดเจนทั้งมิติ ต้องอาศัยความรู้ความสามารถของผู้กำหนดนโยบายที่มีความรู้ในงานป้องกันควบคุมโรคอย่างลึกซึ้ง ปัจจัยที่สำคัญคือ ผู้กำหนดนโยบายเคยปฏิบัติหน้าที่ในกรมควบคุมโรคมาระยะหนึ่ง รวมทั้งเคย ปฏิบัติหน้าที่ทางด้านสาธารณสุข ดูแลเครือข่ายทั่วประเทศ จะมองเห็นความเชื่อมโยงของงานกรมควบคุมโรค ถึงระดับพื้นที่เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงและใช้กระบวนการเจรจาต่อรอง ในการกำหนดนโยบาย สอดคล้องกับการบริหารจัดการยุคใหม่⁽¹¹⁾ และการมีวิสัยทัศน์และ พันธกิจที่ชัดเจนก็เป็นอีกปัจจัยที่ทำให้นโยบายมีความชัดเจน⁽¹²⁾ สำหรับนโยบายที่สำคัญด้านลูกค้ำ จะเน้นการพัฒนา เครือข่ายระดับอำเภอ เนื่องจากเป็นหน่วยงานที่ต้องดูแลสุขภาพประชาชน ทั้งในระดับอำเภอและตำบล มีแนวความคิดเชิงยุทธศาสตร์ว่า หากอำเภอมีความเข้มแข็งสามารถป้องกันควบคุมโรคได้ จะส่งผลโดยตรงต่อประชาชน และสามารถลดภาระโรคลงได้อย่างชัดเจน และเน้น เครือข่ายทั้งภาคสื่อมวลชน ภาคประชาชน องค์กรเอกชน มียุทธศาสตร์เน้นการประชาสัมพันธ์เชิงรุกทั้งระดับส่วนกลาง และภูมิภาค เพื่อบอกกล่าวการปฏิบัติงานของกรมควบคุมโรคทั้งที่ปฏิบัติงาน แล้วและเสนอสิ่งที่กรมฯ มีศักยภาพที่จะทำได้^(13,14) และการจัดการภายในเป็นยุทธศาสตร์

ทำให้เกิดพลังขับเคลื่อนไปสู่เป้าหมาย กล่าวคือ การปรับเปลี่ยนโครงสร้างและมอบอำนาจการจัดการ เป็นการทำให้ทุกระดับเห็นความสำคัญของตนเอง การมอบอำนาจทำให้บุคลากรเหล่านั้นพร้อมที่จะปฏิบัติหน้าที่อย่างเต็มกำลังความสามารถ ตามอำนาจในระบบราชการที่ได้รับมา^(1,15,16) การระดมพลังและความคิดเห็นจากบุคลากรทุกระดับ จะสามารถขยับปรับเปลี่ยนองค์กรไปให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงภายนอกได้ง่าย^(4,17) นโยบายด้านการเรียนรู้และการเติบโต จัดให้มีระบบวิชาการที่รองรับการเปลี่ยนแปลงของโรคและภัยสุขภาพ ผ่านการประชุมเวทีผู้ทรงคุณวุฒิด้านเวชกรรมป้องกันของกรมควบคุมโรคซึ่งเป็นทีมด้านวิชาการ และเสนอแนะทางวิชาการแก่ผู้บริหารระดับสูงในการตัดสินใจเชิงนโยบายรวมทั้งสถานการณ์ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข^(9,18) ในทุกสำนักก็เน้นการทำงานเป็นทีมผู้เชี่ยวชาญเช่นเดียวกัน ซึ่งมีประสิทธิภาพมากกว่าการทำงานโดยปัจเจกบุคคล⁽¹⁹⁾ องค์กรยุคใหม่ ถือว่าเป็นสิ่งจำเป็นที่จะต้องพัฒนาให้ทำงานเป็นทีม ซึ่งจะทำให้เกิดพลังในการดำเนินงานให้บรรลุวิสัยทัศน์ได้^(2,9)

ในการดำเนินงานเชิงยุทธศาสตร์ การติดตามควบคุมกำกับอย่างต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่ง⁽²⁰⁾ จะทำให้งานที่ดำเนินการอยู่มีความต่อเนื่อง และตรวจสอบความเข้าใจของการดำเนินงานให้ตรงกัน ซึ่งในระบบการบริหารจัดการยุคใหม่⁽¹¹⁾ จะประสบความสำเร็จในการบริหารจัดการ ต้องมีความชัดเจนเชิงนโยบาย วิสัยทัศน์ต้องชัดเจน และเน้นย้ำบ่อยครั้งถึงทิศทางขององค์กรที่ควรจะเป็น^(7,21) ผู้บริหารกรมควบคุมโรค นอกจากติดตามโดยตรงแล้วยังใช้เวทีในการติดตามหลายเวที ทั้งเวทีผู้บริหารเวทีวิชาการและประชุมกลุ่มย่อยโดยผ่านระบบทางไกล (Tele conference) ทุกวันจันทร์ตอนบ่าย นอกจากนี้ได้มีการซักซ้อม ความเข้าใจกระบวนการทำงานเชิงยุทธศาสตร์ของผู้บริหารแต่ละระดับอย่างสม่ำเสมอเช่นเดียวกัน^(9,22) การแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ เป็นส่วนที่ยากในการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์^(2,23) ต้องอาศัยการมีตัวแทนในทุกระดับ^(9,24) เนื่องจาก

กรมควบคุมโรคมีหน่วยงานหลายระดับ การถ่ายทอดนโยบายสู่ผู้ปฏิบัติเป็นสิ่งที่ต้องใช้เวลาและมีการตกลง หรือเบี่ยงเบนของข้อความ ดังนั้นการที่กรมฯ จัดการประชุม Tele-conference และมีการตรวจเยี่ยม นิเทศ ให้ผู้บริหารพบปะกับผู้ปฏิบัติโดยตรงจะเป็น ยุทธศาสตร์หนึ่งในการเข้าถึงผู้ปฏิบัติและลดปัญหาจาก gap of communication เนื่องจากแผนกลยุทธ์เปรียบเสมือนทฤษฎี การประยุกต์ทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติจริง ทีมผู้บริหารของกรมควบคุมโรค ตระหนักว่าเป็นสิ่งที่ยากที่จะให้ทุกคนเข้าใจเท่ากัน แต่จะต้องเข้าใจในแนวทางเดียวกันสามารถทำงานบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้⁽²⁵⁾

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์มานิต อีระตันติกานนท์ อธิบดีกรมควบคุมโรค ที่กรุณาให้โอกาสในการทำการวิจัย ขอขอบคุณ รองอธิบดีกรมควบคุมโรค ผู้บริหารสำนักสถาบัน กอง และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาอำนวยความสะดวก ในการเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจาะลึก และการสังเกต ขอขอบคุณทีมเลขานุการผู้บริหารทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. ประโชค ชุมพล. การบริหารเชิงกลยุทธ์และนโยบายธุรกิจ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: นานอักษร, 2538.
2. ศูนย์อำนวยการบริหารยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง (ศอม.). การสร้างและใช้แผนที่ยุทธศาสตร์สำหรับองค์กรระดับปฏิบัติการ. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างสุขภาพ, มปท.
3. วิพุธ พูลเจริญ, สุรพล เหลี่ยมสูงเนิน, สมบัติ เหล็กกุล, เยาวลักษณ์ เงินวิวัฒน์กุล, ราม รั้งสินธุ์, เดชวิทย์ สุขกำเนิด และวิรัชสิทธิ์ ลิทธิไตรย์. แผนที่ยุทธศาสตร์ กรมควบคุมโรคปี 2550: เอกสารสรุปผลโครงการพัฒนาตัวชี้วัดและประเมินผลแผนกลยุทธ์การเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550.
4. อีระชัย เหมนะสิริ. เรื่องน่าคิด ชีวิตคนทำงาน. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ, 2552.
5. เบญจา ยอดดำเนิน-แอ๊ดติงส์, บุปผา ศิริรัศมี และวาทีณี บุญชะลิกษ์. การศึกษาเชิงคุณภาพ: เทคนิคการวิจัยภาคสนาม. พิมพ์ครั้งที่ 4. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.
6. อคิน รพีพัฒน์, ชัยนันทวรรณะภูติ, อมรา พงศาพิชญ์, สุภากร จันทวานิช และฉวีวรรณ ประจวบเหมาะ. คู่มือการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่องานพัฒนา. พิมพ์ครั้งที่ 2. สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยขอนแก่น . กรุงเทพฯ: ด้านสุทธา, 2537.
7. สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน. คู่มือการพัฒนาระบบการบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์. พิมพ์ครั้งที่ 9. สวัสดิการสำนักงาน ก.พ. ดุสิต กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง, 2547.
8. สุชาติ ณ หนองคาย. การวางแผนและการจัดการเชิงกลยุทธ์. เอกสารประกอบการประชุม "กระบวนการใหม่ในการบริหารเชิงกลยุทธ์" ระหว่างวันที่ 16-18 กันยายน 2545 ณ โรงแรมรอยัล ริเวอร์. กรุงเทพฯ: สถาบันราชภัฏธนบุรี และสำนักงานสภาสถาบันราชภัฏ, 2545.
9. มานิต รัตนสุวรรณ. เคล็ดลับนักบริหาร. กรุงเทพฯ: มณีทัศน์, 2537.
10. สุนทร เกิดแก้ว. การบริหารโครงการ: การติดตามควบคุมและการประเมินผล. กรุงเทพฯ: คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2537.
11. ณรงค์วิทย์ แสนทอง. คู่มือการพัฒนาระบบบริหารผลงานยุคใหม่. กรุงเทพฯ: เอช อาร์ เซ็นเตอร์, 2545.
12. ทิพย์วัลย์ สัจจันทร์, เยาวเรศ ทองนอก, ทิตยา เทพมงคล, ปารินดา สุขสบาย, อุบล ชื่นสำราญ, ทิฐิมา นวลบุญ, พชรพรพรณ เสวมาตย์, จารินี

- ศานติจรรยาพร, กัลยาภรณ์ จันตรี และวราพจน์ หริตกุล. การคิดและการตัดสินใจ . พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต , 2549.
13. รุ่ง แก้วแดง. ระเบียบวิธีวิจัยระบบราชการไทย ภาค 2. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: มติชน, 2540.
 14. Jeffrey J. F. เขียน ภัทราพร พุสกุล แปล. How to become CEO วิธีสู่ผู้นำองค์กร. กรุงเทพฯ: ซีเอ็ดยูเคชั่น, 2547.
 15. สุชาติ ฌ หนองคาย. จิตวิทยาการทำงานและภาวะผู้นำ : ทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. เอกสารประกอบการเรียนการสอนหัวข้อ "การบริหารวิทยาการกระบวนการ และการพัฒนาบุคคลให้เป็นวิทยาการกระบวนการ" แก่ปลัดเทศบาลและปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล. กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย และสำนักงานบริการเทคโนโลยีสารสนเทศสุขและสิ่งแวดล้อม (OPHETS): คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2545.
 16. ปราณี กองทิพย์ และมังกร ปุ่มกิ่ง. หลักการจัดการ. กรุงเทพฯ: พัฒนาวิชาการ(2535), 2546.
 17. Gary D. เขียน ชำนาญ ปิยวนิชพงษ์, เกื้อจิตร ชีระกาญจน์, จันทวรรณ เปรมประภา, มณีรัตน์ จันทระเนตร และชลิดา กาญจนจุฑา แปล. กรอบแนวคิดสำหรับการจัดการทรัพยากรมนุษย์. กรุงเทพฯ: เพียร์สัน เอ็ดดูเคชั่น อินโดไชน่า, 2549.
 18. วีรวิธ มามะศิริรานนท์. การบริหารภูมิปัญญา. กรุงเทพฯ: เอ็กซ์เปอร์เน็ท, 2542.
 19. Rachel K. M. and Bruce C. The power to change, Bangkok: Grid Driving Culture change, Grid teamwork Ltd.
 20. Robert B. เขียน ยุทธา รักไทย และวีรวิธ มามะศิริรานนท์ แปล. Performance Management การบริหารผลการปฏิบัติงาน. กรุงเทพฯ: เอ็กซ์เปอร์เน็ทบุ๊คส์, 2545.
 21. Sumantra G., Heike B., William O. K., Jr. Donald L. W. เขียน พิพัฒน์ นนทธารณ์ และวีรวิธ มามะศิริรานนท์ แปลและเรียบเรียง. Habits of Highly Effective Managers อุปนิสัยผู้จัดการประสิทธิภาพสูง. กรุงเทพฯ: เอ็กซ์เปอร์เน็ท, 2548.
 22. วิชัย โสสุวรรณจินดา. หัวหน้างานยุคใหม่. กรุงเทพฯ: ธรรมนิติ, 2536.
 23. สุพานี สฤษฏ์วานิช. การบริหารเชิงกลยุทธ์ แนวคิดและทฤษฎี. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ซีเอ็ดยูเคชั่น, 2546.
 24. บุญศักดิ์ แสงระวี. หูจันทา ผู้นำเงินคนใหม่. กรุงเทพฯ: สุขภาพใจ, 2546.
 25. ธงชัย ลินดิงษ์. การวางแผนเชิงกลยุทธ์. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช, 2532.

การป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อโดยยึดชุมชนเป็นฐานในประเทศไทย (พ.ศ. 2547-2552)

Non-Communicable Diseases Prevention and Control Program Based on Community Base Intervention in Thailand (2004 -2009)

เพชรารณ สมบูรณ์บุรณะ พย.บ.,ส.ม.
สำนักโรคไม่ติดต่อ
กรมควบคุมโรค

Petcharaporn Somboonburana B.N.(Nursing), M.P.H.
Bureau of Non-Communicable Diseases
Department of Diseases Control

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อโดยยึดชุมชนเป็นฐานของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ร่วมกับเครือข่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ในช่วงปี พ.ศ. 2547-2552 มีการทบทวนข้อมูลจากเอกสารหลักฐานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องและวิเคราะห์โดยใช้แนวคิดและบทเรียนจากประสบการณ์การดำเนินงานของต่างประเทศ ผลจากการศึกษาพบว่า การป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อโดยยึดชุมชนเป็นฐานของไทยในช่วงปี พ.ศ. 2547-2552 ทำให้ 1) ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีโอกาสเข้าถึงและได้รับบริการคัดกรองโรคและปัจจัยเสี่ยง รวมทั้งได้รับความรู้และแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อมากขึ้น 2) ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ได้รับทราบนโยบาย เป้าหมาย และแนวทางการดำเนินงาน มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบ วางแผนการดำเนินงานปรับกระบวนการดำเนินงาน เน้นป้องกันเชิงรุก และนำสู่การปฏิบัติที่สอดคล้องกับปัญหาและบริบทของพื้นที่มากขึ้น 3) มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์การดำเนินงานในระดับชุมชนทุกภูมิภาคของประเทศ 4) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย ในชุมชนยังไม่สามารถวัดได้อย่างชัดเจน เนื่องจากการดำเนินงานในแต่ละปีมีระยะเวลาอันสั้น เมื่อพิจารณา เปรียบเทียบกับการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ โดยยึดชุมชนเป็นฐานของต่างประเทศพบว่า มีความแตกต่างกัน ในด้าน 1) กระบวนการออกแบบและพัฒนาโครงการ 2) ระดับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายการดำเนินงาน 3) ความต่อเนื่องเชื่อมโยงและระยะเวลาในการดำเนินงาน และ 4) ระบบการติดตามประเมินผล พบว่าทุกประเด็นในต่างประเทศ มีระดับความเข้มข้นและต่อเนื่องมากกว่า จึงมีข้อเสนอแนะว่า ลำดับความสำคัญของการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อให้เป็นวาระสำคัญที่มีนโยบายและแผนงานรองรับในระดับชุมชน มีการพัฒนารูปแบบความร่วมมือของเครือข่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับประเทศและท้องถิ่นให้มีความเข้มข้นมากขึ้น รวมทั้งมีปรับระยะเวลาและรูปแบบกิจกรรมให้เหมาะสมกับสถานการณ์ และบริบทของแต่ละพื้นที่ สอดคล้องกับวิถีชีวิตและปฏิทินชุมชน นอกจากนี้สนับสนุนการศึกษา พัฒนาจากงานประจำ (Routine to Research) รวมทั้งพัฒนาระบบสารสนเทศและการติดตามประเมินผลเพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานต่อไป

Abstract

This study aimed to review the Non-Communicable(NCD) prevention and control programs based on community base intervention(CBI) which operated by Bureau of Non-communicable Diseases , Department of Disease Control, Ministry of Public Health and networks during 2004-2009. The documents and

operational experience in country and other countries were reviewed and analysed. The study showed the results of CBI program implementation in Thailand as following items; 1) Target population could access and receive excellent screening services including knowledge and practical guideline for NCD prevention. 2) The health providers in those areas knew the policy, goal and regulation and actively participated in learning of model development and operational planning with CBI concept for appropriate implementation to the local problems and context. 3) Sharing experiences and lessoned learns of implementation for NCD prevention and control widely and linkage among networks through country. 4) The behavior change was not determined obviously because duration of community operation was too short. The implementation in other countries were reviewed in the items of process design and program development, level of participation among multi-sectoral networks, timeline, mechanism of the continuum, and monitoring and evaluation. The findings revealed that NCD prevention and control programs based on CBI of other countries are stronger than in Thailand. The recommendations were; prioritize NCD prevention and control to be important local policy, developing and strengthening the cooperation of networks, adjusting timeline, strategies and activities suitable to situation, context, lifestyle and community calendar of each area. Encourage to do the research and development (R&D) of implementation with CBI by Routine to Research methods. In addition, the information and monitoring and evaluation system should be developed to feedback and improve the NCD prevention and control programs based on CBI.

ประเด็นสำคัญ-

โรคไม่ติดต่อ ฐานชุมชน

Keywords

Non Communicable Disease, Community based intervention

บทนำ

กลุ่มโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่าในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2543 – 2552 อัตราผู้ป่วยในต่อแสนประชากรของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นประมาณ 4 เท่า เช่นเดียวกับโรคเบาหวาน มีการเพิ่มขึ้นถึง 3 เท่า ในขณะที่อัตราผู้ป่วยในของโรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจากเดิมประมาณ 2 เท่า และนอกจากนี้ผลจากการสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 (พ.ศ. 2551-2552)⁽¹⁾ เมื่อเปรียบเทียบกับครั้งที่ 3 (พ.ศ. 2546-2547)⁽²⁾ พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ เช่น ภาวะอ้วน (BMI 25kg/m²) เพิ่มขึ้นในเพศชาย จากร้อยละ 22.5 เป็นร้อยละ 28.4 และในเพศหญิง จากร้อยละ 34.4 เป็นร้อยละ 40.7 ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (TC

24.0 mg/dl) เพิ่มขึ้นในเพศชาย จากร้อยละ 13.7 เป็นร้อยละ 16.7 และในเพศหญิง จากร้อยละ 17.1 เป็นร้อยละ 21.4 ในขณะที่ภาพรวม การรับประทานผักและผลไม้ไม่ต่ำกว่ามาตรฐาน มากขึ้นจากเดิมประมาณ ร้อยละ 3 ส่วนการออกกำลังกายไม่เพียงพอ มีอัตราการลดลงประมาณ ร้อยละ 4 อย่างไรก็ตามมีการศึกษาหลายรายงานรวมทั้งองค์การอนามัยโลกพบว่า การ ป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวสามารถป้องกัน หรือชะลอการเกิดโรคได้ถึงร้อยละ 80 รวมทั้งเสนอ แนวทางให้ดำเนินการลดหลายปัจจัยเสี่ยงไปพร้อมกัน โดยเน้นหนักในการป้องกันระดับปฐมภูมิ⁽³⁾ ในทางปฏิบัติ แม้ว่าในปัจจุบันนี้จะมีหลักฐานความรู้ที่เพียงพอในการจัดการปัญหา มียุทธศาสตร์ที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันควบคุมโรค และปัจจัยเสี่ยง แต่ยังมีช่องว่างระหว่างความรู้ทางการแพทย์กับวิถีชีวิตของผู้คนในสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากบริบทของแต่ละพื้นที่ได้แก่ วัฒนธรรม การเมือง

เศรษฐกิจ ปัจจัยแวดล้อมทางกายภาพ และสังคม⁽⁴⁾ ดังนั้น การป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อให้ได้ผลและเกิดความยั่งยืนจะต้องอาศัยพลังความร่วมมือของประชาชนเป็นรากฐาน รวมทั้งการมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็ง ของทุกภาคส่วน จึงได้มีความพยายามพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อโดยยึดชุมชน เป็นฐาน (community-based intervention หรือ CBI) ที่เน้นให้ “ชุมชน” เป็นศูนย์กลาง เพื่อให้ประชาชนและ ชุมชน ก้าวข้ามอุปสรรคที่เป็นบริบททางสังคมไปสู่การมีวิถีชีวิตที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี⁽⁴⁾

ในช่วงปี พ.ศ. 2547- 2552 ประเทศไทย โดยสำนักโรคไม่ติดต่อร่วมกับเครือข่ายต่างๆ ทั้งหน่วยงานในส่วนกลางและระดับท้องถิ่น ได้ดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยยึดชุมชนเป็นฐานในบริบทของประเทศไทย แต่ยังไม่มีการรวบรวมและวิเคราะห์อย่างเป็นระบบถึงผลการดำเนินการ ปัจจัยต่างๆ ต่อการดำเนินการตลอดจนแนวทางการพัฒนาโครงการต่อไปในอนาคต ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทบทวนและวิเคราะห์การดำเนินงานดังกล่าว โดยใช้แนวคิด และบทเรียนจากประสบการณ์การดำเนินงานของต่างประเทศ เป็นกรอบแนวคิด เพื่อให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องนำผลที่ได้ไปปรับประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยยึดชุมชนเป็นฐาน ให้มีความเหมาะสมและตอบสนองต่อปัญหา และบริบทของแต่ละพื้นที่ต่อไป

วัสดุและวิธีการศึกษา

การทบทวนรูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อโดยยึดชุมชนเป็นฐาน ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2547-2552 มีขั้นตอนการศึกษาดังต่อไปนี้

1. ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อโดยยึดชุมชนเป็นฐาน ของต่างประเทศ ได้แก่ The North Karelia Project ของประเทศฟินแลนด์ The Stand Ford Five-City Project, The Minnesota Heart Health Program และ The

Pawtucket Heart Health Program ของประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งเผยแพร่ในรูปแบบของบทความวิชาการที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการระดับนานาชาติที่สืบค้นได้จากฐานข้อมูลสากล (Pubmed) โดยมีประเด็นในการพิจารณา ได้แก่ แนวคิดและบทเรียนจากประสบการณ์การดำเนินงานที่สำคัญ

2. ทบทวนเอกสารเกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อโดยยึดชุมชนเป็นฐานที่ดำเนินงานโดยสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ร่วมกับหน่วยงานและเครือข่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ระหว่างปี พ.ศ. 2547-2552 ประกอบด้วย เอกสารข้อเสนอโครงการ (proposal) รายงานสรุปผลการดำเนินงาน และรายงานประจำปีของสำนักโรคไม่ติดต่อ โดยมีประเด็นในการพิจารณา ได้แก่ ภาพรวมของการดำเนินงาน กระบวนการและขั้นตอนในการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน และบทเรียนที่สำคัญจากการดำเนินงาน

3. อภิปรายความแตกต่างระหว่างการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อโดยยึดชุมชนเป็นฐาน ในบริบทของต่างประเทศกับของประเทศไทย และนำเสนอข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาการดำเนินงานต่อไป

ผลการศึกษา

แนวคิดการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ โดยยึดชุมชนเป็นฐาน

เนื่องจากสุขภาพของประชาชนในแต่ละชุมชน มีความสัมพันธ์กับวิถีของชุมชน ตลอดจนความเชื่อ บรรทัดฐาน และค่านิยมของสังคม ด้วยเหตุนี้จึงเป็นการยากที่จะทำให้บุคคลปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และวิถีชีวิตของตนเองโดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงในชุมชนและสังคมโดยรวม ดังนั้น โครงการป้องกันควบคุมโรคที่ประสบความสำเร็จจะเน้นการเปลี่ยนแปลงปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมของชุมชน เพราะสิ่งเหล่านี้เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจ และการลงมือปฏิบัติของแต่ละปัจเจกบุคคล ที่จะเปลี่ยนแปลงไปสู่การมีสุขภาพดี⁽⁵⁾ แนวคิดการดำเนินงานโดยยึดชุมชนเป็นฐานนี้มีการพัฒนา

มาอย่างต่อเนื่องนานหลายทศวรรษ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนจากที่อธิบายว่าพฤติกรรมสุขภาพเป็นเรื่องระดับปัจเจกบุคคลสู่การให้ความสำคัญกับบริบททางสังคม และสิ่งแวดล้อมว่ามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล⁽⁶⁾ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าอิทธิพลต่อการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของปัจเจกบุคคลมาจากการมีปฏิสัมพันธ์อย่างเป็นพลวัตกับสภาพแวดล้อมทางสังคมได้แก่ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล องค์กร ชุมชน รวมไปถึงนโยบายระดับต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง⁽⁷⁾ ให้ความสำคัญกับการป้องกันในระดับปฐมภูมิ (primary prevention) และกลุ่มเป้าหมายในระดับประชากร (population-based perspective) เป็นการดำเนินงานแบบบูรณาการเชิงรุกที่ครอบคลุมแบบครบวงจร และให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน เครือข่ายทางสังคม โดยส่งเสริมให้ชุมชนมีความกระตือรือร้นในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ส่งเสริมการใช้ทรัพยากรในชุมชนร่วมกับระบบบริการสุขภาพ ในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ และมักจะรวมกลยุทธ์ การเปลี่ยนแปลงด้านนโยบายและสิ่งแวดล้อมไว้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการด้วย⁽⁶⁾ โดยคุณลักษณะที่สำคัญของการดำเนินงานป้องกันโรคไม่ติดต่อโดยยึดชุมชนเป็นฐาน คือ⁽⁷⁾

1. ใช้กรอบแนวคิด “ความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม” (ecological frameworks) เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบกิจกรรม

2. มีการออกแบบวิธีการดำเนินงานอย่างปราณีต (tailored approaches) เพื่อให้เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของประชาชนเป้าหมาย กลุ่มเฉพาะต่างๆ และเหมาะสมกับบริบทของแต่ละชุมชน

3. ให้โอกาสกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จากโครงการ เข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของกระบวนการดำเนินงาน

การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ โดยยึดชุมชนเป็นฐานในต่างประเทศ

การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ โดยยึดชุมชนเป็นฐาน เริ่มต้นขึ้นในช่วงทศวรรษที่ 1970s

โดยใช้เป็นแนวทางทดสอบนำร่องเพื่อการป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือดซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในขณะนั้นของหลายประเทศ เริ่มดำเนินงานครั้งแรกภายใต้ชื่อโครงการ The North Karelia Project⁽⁸⁾ ในประเทศฟินแลนด์ และ The Stanford Three-Community⁽⁹⁾ ในประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งทั้ง 2 โครงการนี้ มีเป้าหมายสำคัญอยู่ที่การปฏิบัติงานเพื่อแก้ปัญหาในระดับชุมชน โดยการประยุกต์ทฤษฎีด้านสังคมศาสตร์ (Social Science Theory) เช่น ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavioral Change) แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) การเผยแพร่นวัตกรรม (Innovation Diffusion) พฤติกรรม การสื่อสาร (Communication Behavior) รูปแบบการจัดชุมชน (Community Organization Approach) เป็นต้นสู่การพัฒนาและออกแบบวิธีการดำเนินงานที่หลากหลายเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล รวมทั้งปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมทางสังคม ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชากร⁽⁶⁾

ต่อมาในช่วงทศวรรษที่ 1980s มีการขยายผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยยึดชุมชนเป็นฐานอย่างครบวงจรในประเทศสหรัฐอเมริกา ที่สำคัญ 3 โครงการ คือ The Stand Ford Five-City Project^(10,11), The Minnesota Heart Health Program⁽¹²⁾ และ The Pawtucket Heart Health Program⁽¹³⁾ ทั้ง 3 โครงการมีเป้าหมายเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง ระดับไขมันในเลือด การสูบบุหรี่ และภาวะอ้วน

ผลการดำเนินการในต่างประเทศ

ผลการดำเนินงานของ The North Karelia Project พบว่า ระดับไขมันโคเลสเตอรอลและระดับความดันโลหิตลดลง อัตราการสูบบุหรี่ในเพศชายลดลง อัตราการตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มประชากรเพศชายอายุ 35 - 64 ปี ลดลงร้อยละ 68 โรคหัวใจขาดเลือดลดลงร้อยละ 73 มะเร็ง ร้อยละ 44 มะเร็งปอด ร้อยละ 71 และทุกสาเหตุการตายโดยรวมลดลงร้อยละ 49 โดยปัจจัย

ที่ทำให้อัตราการตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือดลดลง เกิดจากการเปลี่ยนแปลงด้านปัจจัยเสี่ยงหลักในระดับประชากร โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การเปลี่ยนแปลงด้านแบบแผนการบริโภคอาหาร ส่วนผลจากการดำเนินงานของ The Stand Ford Five-City Project, The Minnesota Heart Health Program และ The Pawtucket Heart Health Program พบว่า มีความคล้ายคลึง คือ ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของประชากรเป้าหมายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับโคเลสเตอรอล และระดับความดันโลหิตลดลง ความชุกของการสูบบุหรี่ และการบริโภคไขมันอิ่มตัวในเพศหญิงลดลง และการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น เป็นต้น

บทเรียนที่สำคัญ-จากการดำเนินงานของต่างประเทศ

1. ปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญของ The North Karelia Project คือ “การจัดการชุมชน” มีผู้นำชุมชนที่มีความเข้มแข็ง ดำเนินงานร่วมกับองค์กร สถาบันต่างๆ ทั้งภาคธุรกิจและอุตสาหกรรมอาหารในชุมชนมีความพยายามในการผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อม รวมถึงนโยบายสาธารณะต่างๆ ที่เอื้อต่อสุขภาพ รวมทั้งมีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องตลอดทั้งกระบวนการเพื่อนำผลที่ได้ไปใช้ในการพัฒนาปรับปรุงการดำเนินงานเป็นระยะๆ

2. ประสบการณ์จาก The Stanford Five-City Project แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการณรงค์เผยแพร่ความรู้ผ่านสื่อมวลชน ที่มีการเลือกใช้สื่ออย่างแตกต่างหลากหลายทั้งด้านช่องทาง รูปแบบ และความถี่ในการนำเสนอเนื้อหาข่าวสาร ซึ่งมีประสิทธิภาพต่อการเพิ่มความรู้ ความตระหนักและการตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชากรเป้าหมาย รวมทั้งสะท้อนให้เห็นถึงการเลือกใช้วิธีการดำเนินงานที่หลากหลาย ในสถานที่ต่างๆ กันเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชากรเป้าหมายที่เป็นกลุ่มเฉพาะ ซึ่งมีความแตกต่างกันในชุมชนได้ เช่น กลุ่มคนทำงาน และนักเรียน เป็นต้น⁽¹¹⁾

3. บทเรียนที่สำคัญจากการดำเนินงานของ The

Minnesota Heart Health Program คือ 1) องค์ประกอบในการดำเนินงานป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น การคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค การให้ความรู้ การรณรงค์เพื่อส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ และการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการบริโภคอาหาร ยังเป็นข้อแนะนำที่สำคัญ และจำเป็นสำหรับบุคคล กลุ่ม ชุมชน และ 2) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับบุคคลเป็นไปได้ยาก หากไม่มีการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมทางสังคม ในชุมชนที่พวกเขาอยู่อาศัย⁽¹⁴⁾

4. บทเรียนจากการดำเนินงานของ The Pawtucket Heart Health Program สะท้อนให้เห็นว่าการบรรลุความสำเร็จในการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระดับชุมชนนั้น สามารถทำได้ แต่การที่จะทำให้การปฏิบัติพฤติกรรมเหล่านั้นดำรงอยู่อย่างต่อเนื่องยั่งยืนนั้นเป็นไปได้ยาก หากไม่มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งอัตราการเพิ่มขึ้นของปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อนี้มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ดังนั้นในการดำเนินงานเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนต้องอาศัยความพยายามและการเสริมหนุนกันอย่างเข้มแข็งของหน่วยงานภาครัฐ ทั้งในระดับประเทศ และระดับท้องถิ่นในการเปลี่ยนแปลงนโยบายสาธารณะ กฎหมาย ข้อบังคับต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการบูรณาการความร่วมมือในการปฏิบัติงานอย่างจริงจัง

5. การออกแบบวิธีการดำเนินงานป้องกันโรคไม่ติดต่อที่ใช้ชุมชนเป็นฐาน ไม่ควรมีลักษณะของการตัดเสื้อโหล one-size-fits-all (การใช้นโยบายหรือมาตรการอย่างเดียวกันต่อคนทุกคนในลักษณะที่เป็น การตัดเสื้อโหล) แต่ควรมีการแบ่งประชากรในชุมชนออกเป็นกลุ่มย่อยต่างๆ เช่น กลุ่มเสี่ยงสูง กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มวัยทำงาน ฯลฯ เพื่อพัฒนาวิธีการที่มีประสิทธิภาพสำหรับใช้ดำเนินงานได้อย่างสอดคล้องและเหมาะสมกับประชากรกลุ่มย่อยต่างๆ ที่มีความแตกต่างกัน โดยจำเป็นต้องมีการออกแบบวิธีการดำเนินงาน รวมทั้งรูปแบบกิจกรรมต่างๆ อย่างประณีตเป็นการเฉพาะให้กับกลุ่มย่อย แต่ละกลุ่มที่แตกต่างกัน ภายใต้เงื่อนไข

และปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ ระดับชนชั้นในสังคม ระดับการศึกษา วัฒนธรรม และสภาพแวดล้อมในละแวกที่อยู่อาศัย เป็นต้น เพื่อให้สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่มีความแตกต่างกันในชุมชนได้อย่างทั่วถึง^(6, 15) เพราะชุมชนประกอบขึ้นด้วยส่วนที่แตกต่างกัน และมีการตอบสนองต่อการดำเนินงานแตกต่างกัน^(16, 17)

6. ปัจจัยหลักแห่งความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันโรคไม่ติดต่อโดยยึดชุมชนเป็นฐานอยู่ที่ “กระบวนการจัดการชุมชน” โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน สวมบทบาทในฐานะของผู้ให้การสนับสนุนและจูงใจให้เกิดการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนและภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง⁽¹¹⁾ รูปแบบการจัดการชุมชนควรดำเนินงานภายใต้สมมติฐานที่ว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนจะช่วยสร้างความรู้สึก “ความเป็นเจ้าของ” ซึ่งจะช่วยเพิ่มพลังในการปฏิบัติงานรวมถึงผลลัพธ์ของการดำเนินงาน ในขณะเดียวกันถ้าไม่สามารถสร้างการมีส่วนร่วมและความรู้สึกเป็นเจ้าของให้เกิดขึ้นได้ก็ยากที่จะดำเนินงานให้บรรลุความสำเร็จตามเป้าหมายโดยเฉพาะอย่างยิ่งในแง่ของความต่อเนื่องยั่งยืน⁽⁶⁾

7. กลยุทธ์การดำเนินงานที่โครงการป้องกันโรคไม่ติดต่อโดยยึดชุมชนเป็นฐานส่วนใหญ่เลือกใช้และเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ คือ การให้ความรู้และสร้างทักษะให้กับกลุ่มเสี่ยงสูงอย่างเข้มข้นจริงจัง และต่อเนื่อง รวมทั้งการเผยแพร่ข่าวสารความรู้ผ่านช่องทาง และรูปแบบการสื่อสารที่หลากหลาย สำหรับกลุ่มประชากรทั่วไปอย่างครอบคลุมทั่วถึงทั้งชุมชน เช่น การสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม และการสื่อสารมวลชน ได้แก่ สื่อโทรทัศน์ วิทยุ และสิ่งพิมพ์⁽⁶⁾ โดยระดับของการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโครงการจำเป็นต้องแข่งขัน ในบริบทของความพยายามอย่างยิ่งของการโฆษณาเพื่อการค้า⁽¹⁰⁾

การดำเนินงานป้องกันโรคไม่ติดต่อโดยยึดชุมชนเป็นฐานในประเทศไทย

ภาพรวมของการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อโดยยึดชุมชนเป็นฐาน ในบริบทของ

ประเทศไทย นับตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2547 - 2552 สรุปได้ดังนี้

1. โครงการพัฒนารูปแบบจังหวัดเพื่อปฏิบัติการบริการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2547 เป็นโครงการทดสอบนำร่องในการพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ โดยยึดชุมชนเป็นฐานที่มีจุดมุ่งหมาย ให้ชุมชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นอย่างทั่วถึงและสามารถจัดการ ลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อได้โดยชุมชนเอง มีการคัดเลือกพื้นที่ตัวอย่าง 1 จังหวัดต่อ 1 เขตพื้นที่สาธารณสุขภายใต้การกำกับดูแลของสำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) ที่ 1-12 ในพื้นที่เป้าหมาย 12 จังหวัด ได้แก่ ปทุมธานี สุพรรณบุรี สมุทรสงคราม จันทบุรี สุรินทร์ หนองคาย มุกดาหาร นครสวรรค์ น่าน ลำปาง กระบี่ และ ตรัง

2. โครงการพัฒนารูปแบบเพิ่มคุณภาพการป้องกันควบคุมความเสี่ยงในชุมชน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2549 - 2550 เป็นการประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกันระหว่างบุคลากรที่เกี่ยวข้องจากสำนักโรคไม่ติดต่อและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจากพื้นที่เป้าหมายเพื่อร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานในพื้นที่และพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมความเสี่ยงในชุมชน ผลจากการประชุมร่วมกันทำให้ได้แผนงานป้องกันควบคุมความเสี่ยงในชุมชน รูปแบบการสนับสนุนการจัดการในกลุ่มเสี่ยงโดยชุมชนมีส่วนร่วม และแผนสนับสนุนจากเครือข่ายบริการสุขภาพ และเครือข่ายบริการสาธารณสุข นำแผนป้องกันควบคุมความเสี่ยงในชุมชน สู่การปฏิบัติในพื้นที่เป้าหมาย 13 จังหวัด ได้แก่ ปทุมธานี สิงห์บุรี เพชรบุรี จันทบุรี ชัยภูมิ หนองบัวลำภู กาฬสินธุ์ นครสวรรค์ น่าน พะเยา สุโขทัย พังงา และพัทลุง

3. โครงการพัฒนารูปแบบเพิ่มคุณภาพการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อในชุมชน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2551 มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาสถานบริการสาธารณสุขให้เกิดการเพิ่มคุณภาพการดูแลรักษา คุณภาพระบบฐานข้อมูล และคุณภาพการสื่อสารความเสี่ยง โดยประยุกต์ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Chronic Care Model: CCM) และการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ

โดยใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement: CQI) มาเป็นกรอบแนวคิดในการดำเนินงานพัฒนารูปแบบเพิ่มคุณภาพการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ โดยเลือกพื้นที่ตัวอย่าง คือ คปสอ.กมลาไสย-ฆ้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ในการดำเนินงานทดสอบนำร่อง

4. ปีงบประมาณ พ.ศ. 2552 ดำเนินงาน 2 โครงการ ได้แก่

1)โครงการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง “สุขภาพดีวิถีไทย” เป็นโครงการความร่วมมือระหว่างกรมควบคุมโรค กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยบูรณาการงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อนำร่องตามแบบวิถีชีวิตไทย ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยดำเนินงานครอบคลุมทุกจังหวัด อย่างน้อยจังหวัดละ 1 ชุมชน เพื่อให้ชุมชนและองค์กรภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องร่วมกันจัดการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อได้อย่างเหมาะสม

2)โครงการชุมชนลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แบบบูรณาการ “ชุมชนไร้พุง มุ่งต้านเบาหวาน” เป็นข้อตกลงความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ภายใต้ “แผนงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีความสำคัญระดับชาติปี 2552” บูรณาการการดำเนินงานระหว่างกรมควบคุมโรค กรมอนามัย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ รวมถึงหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ดำเนินงานครอบคลุมทุกจังหวัดอย่างน้อยจังหวัดละ 1 ชุมชน (ชุมชนที่พร้อมจะเข้าร่วมโครงการ) เพื่อให้เกิดรูปแบบการดำเนินงานชุมชนลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แบบบูรณาการที่จะส่งผลต่อแนวโน้มการเป็นโรคเบาหวานลดลงด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนได้อย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหา วิถีชีวิต และบริบทของชุมชน

ผลการดำเนินงานในภาพรวม

1. ประชาชนกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ดำเนินงานนำร่องมีโอกาสเข้าถึงและได้รับบริการคัดกรองโรคและปัจจัยเสี่ยงที่มีคุณภาพ ได้รับความรู้และแนวปฏิบัติในการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อนำร่องมากขึ้น

2. ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ได้รับทราบนโยบายเป้าหมาย และแนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อโดยยึดชุมชนเป็นฐาน และได้ร่วมเรียนรู้และพัฒนาารูปแบบและวางแผนการดำเนินงานภายใต้แนวคิดชุมชนเป็นฐาน เพื่อให้มีความเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทแวดล้อมในพื้นที่

3. ได้รู้รูปแบบของระบบการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เชื่อมต่อการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ รวมทั้งระบบฐานข้อมูลปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและ ข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีการเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลกับสถานอนามัย และระหว่างสถานบริการกับชุมชนในเขตรับผิดชอบ ที่ผ่านการทดสอบในพื้นที่นำร่อง คปสอ. กมลาไสย-ฆ้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่แสดงให้เห็นว่ามีผลทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลสุขภาพ และคุณภาพระบบฐานข้อมูลเพื่อการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างต่อเนื่องทั้งในด้านความรู้ ทักษะ เทคนิคในการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรค การบูรณาการการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน กระบวนการคิดและบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ และการสร้างเครือข่ายการดำเนินงาน เพื่อปฏิบัติการเชิงรุกร่วมกับชุมชน ซึ่งสามารถนำไปสู่การพัฒนาต่อยอดและขยายผลการดำเนินงานให้แพร่หลายยิ่งขึ้นต่อไป

4. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การดำเนินงาน ป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับชุมชนของพื้นที่ต่างๆ จากทุกภูมิภาคของประเทศมีความแพร่หลายและเชื่อมโยงถึงกันมากขึ้น

5. ผลลัพธ์ด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมายในชุมชน ยังไม่สามารถวัดได้อย่างเป็น

รูปธรรมเนื่องจากการดำเนินงานในแต่ละปีมีช่วงระยะเวลาสั้น ส่วนผลกระทบอื่นๆ ในระยะยาวยังไม่สามารถอธิบายได้เนื่องจากยังไม่มีมีการประเมินผลสรุปภาพรวมอย่างเป็นระบบ

บทเรียนที่สำคัญ-จากการดำเนินงาน

1. โครงการมีความซ้ำซ้อนและมีกรอบระยะเวลาในการดำเนินงานที่กระชั้นชิด การส่งผ่านนโยบาย และแนวทางการดำเนินงานล่าช้า ขาดความชัดเจน และเป็นเอกภาพ ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ต้องเร่งรัดกระบวนการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามกรอบระยะเวลาที่กำหนด ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพของการปฏิบัติงาน

2. การมีส่วนร่วมของประชาชนกลุ่มเป้าหมายในชุมชน ยังไม่ครอบคลุม และขาดความต่อเนื่อง สม่่าเสมอ โดยมีสาเหตุมาจากปัจจัยหลายอย่าง ได้แก่ ประชาชนบางส่วนยังไม่เห็นความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค การประกอบอาชีพของประชาชนส่วนใหญ่ เช่น มีอาชีพรับจ้าง หรือเป็นเกษตรกรทำให้ไม่มีเวลาเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในช่วงฤดูฝนหรือฤดูเก็บเกี่ยวผลผลิต การจัดกิจกรรมต่างๆ ไม่สามารถดำเนินการได้ตามแผนงานที่กำหนดไว้ รวมทั้งสภาพวิถีชีวิตความเป็นอยู่และสิ่งแวดล้อมในชุมชนบางแห่งไม่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น งานเลี้ยง เทศกาล ประเพณีต่างๆ มีมาก ทำให้กินมาก และกินไม่เหมาะสม เป็นต้น

3. การส่งคืนข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสถานการณ์ด้านสุขภาพ (อัตราป่วย/ตาย ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในชุมชน สิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของคนในชุมชน) สู่ชุมชนผ่านเวทีประชาคมหมู่บ้าน การประชุมประจำเดือนของชุมชน หรือการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง จะเป็นการสะท้อนปัญหาให้ชุมชนรับทราบซึ่งจะช่วยให้เกิดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมากขึ้น

4. การเรียนรู้บริบทและข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับชุมชน อย่างรอบด้าน แล้วใช้เป็นฐานในการปรับเปลี่ยนแนวคิดและออกแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค โดยตั้งอยู่บนวิถีชีวิตดั้งเดิมของชุมชนจะไม่เกิดการต่อต้าน ได้รับการยอมรับและความร่วมมือในการพัฒนา

5. การป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเป็นนโยบายที่สำคัญและกำลังอยู่ในกระแสความสนใจของประชาชน การดำเนินงานอย่างเข้มข้น จริงจัง ต่อเนื่อง โอกาสที่จะบรรลุความสำเร็จตามเป้าหมายของการดำเนินงานก็มีความเป็นไปได้มาก

วิจารณ์

รูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยยึดชุมชนเป็นฐาน ในบริบทของประเทศไทยที่ดำเนินงานในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2547-2552 เมื่อพิจารณาภายใต้กรอบแนวคิดและประสบการณ์การดำเนินงานของต่างประเทศ พบว่ามีความแตกต่างกันในด้านต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. การออกแบบและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อโดยยึดชุมชนเป็นฐาน มีลักษณะการสั่งการแบบ top down ทำให้ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนและความเป็นเจ้าของ เนื่องจากส่วนใหญ่ไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่แรกเริ่ม ซึ่งแตกต่างจากประสบการณ์ของต่างประเทศ ที่การดำเนินงานส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาที่รุนแรงในพื้นที่จนทำให้เกิดความต้องการของพื้นที่อันนำไปสู่ความร่วมมือ และการมีส่วนร่วมอย่างใกล้ชิดของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับประเทศและระดับท้องถิ่น

2. ระดับความเข้มข้นของความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับประเทศและระดับท้องถิ่นยังมีไม่มากพอที่จะเป็นพลังสำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงานสู่ความต่อเนื่องยั่งยืนได้นอกจากนี้ การบูรณาการแผนงาน/โครงการ ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระบบส่วนกลางยังไม่มีชัดเจน และเป็นเอกภาพเพียงพอ แม้จะมีการกำหนด

ยุทธศาสตร์ร่วมกัน ดังนั้น การดำเนินงานในระยะต่อไป จึงควรพิจารณาให้ความสำคัญกับระดับความเข้มข้นของการมีส่วนร่วมของแต่ละเครือข่ายว่าควรเป็นไปในลักษณะใด รวมทั้งกำหนดกลยุทธ์วิธีการที่จะนำสู่ความร่วมมือที่เข้มแข็งเพียงพอ ที่จะพลังผลักดันการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายได้อย่างเกิดประสิทธิภาพ

3. ระยะเวลาการดำเนินงานในแต่ละปี ค่อนข้างสั้น และมีความกระชั้นชิด สืบเนื่องจากการวางแผนการปฏิบัติงานแบบปีต่อปีตามระบบเงินงบประมาณที่ไม่ได้มีความต่อเนื่องกันอย่างชัดเจน รวมทั้งขั้นตอนการดำเนินงานตามระเบียบของทางราชการที่ไม่คล่องตัว ทำให้ในแต่ละปีมีระยะเวลาปฏิบัติงานในชุมชนอย่างจริงจังเพียง 3 - 4 เดือน ซึ่งน้อยเกินไปกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบกับประสบการณ์การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อโดยยึดชุมชนเป็นฐานในบริบทของต่างประเทศหลาย ๆ โครงการ จะเห็นได้ว่ามีการวางแผนการดำเนินงานในระยะยาวอย่างน้อยที่สุดคือ 3-5 ปี และมีความเข้มข้นจริงจังต่อเนื่องยาวนานจึงจะทำให้เห็นประสิทธิผลของการดำเนินงานได้อย่างชัดเจนและเป็นรูปธรรม⁽⁹⁾

4. การดำเนินงานป้องกันโรคโดยยึดชุมชนเป็นฐาน ที่แท้จริงต้องให้พื้นที่ที่มีอิสระในการดำเนินงานภายใต้กรอบแนวคิดและเป้าหมายเดียวกัน คือ ความเข้มแข็งของชุมชนในการลดเสี่ยงลดโรค แต่วิธีการกิจกรรมต่าง ๆ รวมถึงความคาดหวังต่อผลลัพธ์การดำเนินงาน ให้ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ปัญหาตามแต่บริบทของแต่ละพื้นที่ ระบบส่วนกลางควรเข้าไปมีส่วนร่วมในบทบาทของการเป็นพี่เลี้ยงให้การสนับสนุนที่เอื้อต่อความสำเร็จของการดำเนินงาน เช่น ระบบข้อมูลข่าวสาร องค์ความรู้ และการจัดสรรงบประมาณ เป็นต้น

5. การดำเนินงานป้องกันโรคไม่ติดต่อโดยยึดชุมชนเป็นฐานในประเทศไทยยังไม่ได้มีการประเมินผลการดำเนินงานในภาพรวมของการดำเนินงาน ตลอดระยะเวลา 6 ปีที่ผ่านมาอย่างเป็นระบบ ซึ่งเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบกับการทำงานในต่างประเทศ ที่พบว่า

ให้ความสำคัญกับการติดตามประเมินผล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการประเมิน “กระบวนการดำเนินงาน” เพื่อนำผลที่ได้ไปใช้ปรับปรุงวิธีการและรูปแบบกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างทันที่

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนารูปแบบความร่วมมือของเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับประเทศและท้องถิ่น รวมทั้งบูรณาการดำเนินงานร่วมกันอย่างจริงจังและต่อเนื่อง

2. พัฒนาระบบการดำเนินงานและระบบบริหารจัดการโครงการสู่รูปแบบของการทำงานแบบมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง โดยคำนึงถึงความพร้อมและความต้องการของชุมชนเองเป็นสำคัญ

3. ยกระดับความสำคัญของการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ให้เป็นวาระสำคัญที่มีนโยบายและแผนงานรองรับในระดับชุมชน ซึ่งเกิดจากการวางแผนร่วมกันของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

4. พัฒนาระบบการบริหารจัดการความรู้ เพิ่มศักยภาพของบุคลากรที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับกระบวนการรวบรวม วิเคราะห์ สังเคราะห์ความรู้และประสบการณ์จากการดำเนินงานที่ผ่านมา นอกจากนี้ ควรสนับสนุนให้มีการศึกษาและพัฒนารูปแบบจากงานประจำ (Routine to Research)

5. พัฒนาระบบการติดตามและประเมินผลอย่างเป็นระบบ และให้ความสำคัญกับกระบวนการปฏิบัติงาน และนำข้อมูลที่ได้กลับมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาวิธีการดำเนินงานต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ แพทย์หญิงฉายศรี สุพรศิลป์ชัย ที่ได้พยายามผลักดันการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อโดยยึดชุมชนเป็นฐานในประเทศไทย รวมทั้งขอขอบคุณผู้ปฏิบัติงานจากเครือข่ายต่าง ๆ ทั้งในส่วนกลางและระดับท้องถิ่น ซึ่งเป็นผู้สนับสนุนข้อมูลที่สำคัญทำให้นำไปสู่การศึกษาทบทวนในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. วิชัย เอกพลากร. บรรณาธิการ. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 ในปี 2551-2552. นนทบุรี: บริษัทเดอะกราฟิกซิสเต็มส์ จำกัด, 2553.
2. เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, พรพันธุ์ บุญรัตพันธุ์, บรรณาธิการ. การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546 - 2547. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2549.
3. World Health Organization. Preventing chronic diseases: a vital investment: WHO global report. WHO Press, World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2005.
4. Nissinen A, Berrios X, Puska P. Community-based Noncommunicable Disease Interventions: lessons from developed countries for developing ones. Bulletin of the World Health Organization. 2001; 79(10): 963-970.
5. Alwan A. Noncommunicable diseases: a major challenge to public health in the Region Eastern Mediterranean Health Journal. 1997; 3(1): 6-16.
6. Merzel C. and D'Afflitti J. Reconsidering community-based health promotion: promise, performance, and potential. Am J Public Health. 2003; 93: 557-574.
7. Brownson R.C., Baker E.A. and Novick L.F. Community-Based Prevention: Programs that Work. Gaithersburg, Maryland: Aspen Publishers, Inc. 1999.
8. Puska P. Successful prevention of non-communicable diseases: 25 year experiences with North Karelia Project in Finland. Public Health Medicine. 2002; 4(1): 5-7.
9. Fortmann SP, Williams PT, Hulley SB, Haskell WL, Farquhar JW. Effect of health education on dietary behavior: the Stanford three community study. Am. J. Clin. Nutr. 1981;34:2030-38.
10. Farquhar JW, Fortmann SP, Maccoby N, et al. The Stanford Five-City Project: design and methods. Am J Epidemiol. 1985; 122: 323-334.
11. Fortmann SP., Flora JA., Winkleby MA., Schooler C, Baylor C.B, Farquhar JW. Community Intervention Trials: Reflections on the Stanford Five-City Project Experience. American Journal of Epidemiology. 1995; 142(6): 576-587.
12. Luepker RV, Murray DM, Jacobs-DR Jr, et al. Community education for cardiovascular disease prevention: risk factor changes in the Minnesota Heart Health Program. Am J Public Health. 1994; 84: 1383-93.
13. Carleton RA, Lasater TM, Assaf AR, Feldman HA, McKinlay S. The Pawtucket Heart Health Program: community changes in cardiovascular risk factors and projected disease risk. Am J Public Health. 1995; 85: 777-85.
14. Mittelmark MB, Hunt MK, Heath GW, Schmid TL. Realistic outcomes: lessons from community-based research and demonstration programs for the prevention of cardiovascular diseases. J Public Health Policy. 1993 Winter; 14(4): 437-62.
15. Schooler C., et al. Synthesis of findings and issues from community prevention trials. Annals of Epidemiology, 1997; S7: S54-S68.
16. Sorensen G, Emmons K, Hunt MK, Johnston D. Implications of the results of community intervention trials. Annu Rev Public Health. 1998; 19: 379-416.
17. Slater MD, Flora JA. Health lifestyles: audience segmentation analysis for public health interventions. Health Educ Q. 1991; Summer: 221-233.

ประสิทธิผลการพัฒนาศักยภาพแกนนำอำเภอในการขับเคลื่อนงานป้องกัน และแก้ไขปัญหเอดส์ในเยาวชน ในเขตสาธารณสุขที่ 14

Effectiveness of Developmental Program for District Core Teams in Mobilizing HIV/AIDS Prevention among Youth in Public Health Office Region 14

มยุรี ศิลป์ตระกูล ป.พยาบาลศาสตร์

Mayuree Siltrakul B.N.

ทิติยาณี เทพหัสดิน ณ อยุธยา วทบ.

Thitiyanee Thephussadin na Ayuthaya B.Sc

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา

Office of Disease Prevention and Control 5th

กรมควบคุมโรค

Department of Disease Control

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพแกนนำอำเภอในการขับเคลื่อนการป้องกันและแก้ไขปัญหเอดส์ในเยาวชน โดยประยุกต์ใช้หลักสูตรฝึกอบรมผู้จัดการเรียนรู้เพศศึกษาแบบรอบด้านขององค์การPATH และแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ตามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa charter for health promotion) กลุ่มตัวอย่างเป็นทีมแกนนำจาก 6 อำเภอ รวม 30 คนที่พบปัญหาด้านพฤติกรรมเสี่ยงของเยาวชน และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ ได้แก่ อำเภอเนินสง่า และหนองบัวแดง จ.ชัยภูมิ อำเภอหนองกี่ สตึก และลำปลายมาศ จ.บุรีรัมย์ อำเภอชุมพลบุรี จ.สุรินทร์ ดำเนินการตั้งแต่เดือนตุลาคม 2551 - กันยายน 2553 โดยการอบรมเพื่อปรับกรอบแนวคิดและวิธีทำงาน จากนั้นทีมแกนนำจะไปดำเนินการขับเคลื่อนงานในพื้นที่ โดยทีมวิจัยเป็นผู้สนับสนุนทางด้านวิชาการ ได้แก่ การติดตามสนับสนุนในพื้นที่ และนำการจัดการความรู้มาใช้ในการพัฒนา ได้แก่ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเวทีสรุปบทเรียนปลายปี ผลการศึกษาพบว่าหลังการอบรมกลุ่มแกนนำมีความรู้เรื่องโรคเอดส์ และมีทัศนคติต่อผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ดีกว่าก่อนอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$) ด้านความสามารถในการผลักดันให้เกิดการขับเคลื่อนงาน พบว่าแกนนำจาก 5 อำเภอ สามารถแสดงบทบาทในการเป็นผู้จัดการเชิงยุทธศาสตร์โดยสามารถระดมการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับเยาวชน ให้มาร่วมวางแผนเป้าหมายและเกิดการทำงานอย่างเป็นระบบ โดยเกิดกลไกการดำเนินงานที่สำคัญดังนี้ มีการแต่งตั้งคณะทำงานป้องกันและแก้ไขปัญหเอดส์ในเยาวชนที่เป็นปัจจุบัน มีระบบระบาดวิทยาที่ใช้ข้อมูลอย่างรอบด้านเพื่อการวางแผน มีการทำแผนแบบบูรณาการและมีคุณภาพ คือ แก้ที่รากปัญหาโดยเน้นการพัฒนาบุคลากรของหน่วยงานที่รับผิดชอบต่อเยาวชน เพื่อสร้างเจ้าภาพใหม่ๆ ในการเป็นผู้ดำเนินงานและที่สำคัญองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามารับบทบาทในการเป็นเจ้าของงานโดยบรรจุเข้าแผนปฏิบัติการประจำปี และ 3 ปี พร้อมกับสนับสนุนงบประมาณในขณะที่อำเภอเปรียบเทียบกับเขตใกล้เคียงในการขับเคลื่อนให้เกิดการทำงานที่เป็นระบบ ซึ่งอาจจะส่งผลต่อการแก้ไขปัญหเอดส์ในอนาคต

ดังนั้น ควรมีการพัฒนาศักยภาพแกนนำอำเภอให้เข้าใจแนวคิดการทำงานเชิงระบบ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนงานป้องกันและแก้ไขปัญหเอดส์อย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และพัฒนาต่อยอดไปสู่อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนตามนโยบายของกรมควบคุมโรคต่อไป

Abstract

This study used a quasi-experimental design to evaluate the effectiveness of a capacity building program for district core teams in developing a task force on HIV/AIDS prevention among young people. The capacity building program was adapted from a sexuality education and learning design created by a global health group PATH and a guideline from Ottawa Charter for health promotion. The study subjects consisting of 30 community leaders from 6 districts of Public Health Office Region 14 were evaluated after 2-year intervention programs (from October 2008–September 2010). The program interventions were 1) providing a training course for core teams to improve their conceptual framework and work practices, 2) field visit for supporting and follow-up, 3) organizing a knowledge sharing forums and 4) setting an after action review at the end of the project. The results indicated statistical significant increases in knowledge and attitude of HIV/AIDS-related issues in the intervention group (p -value < 0.01). The effectiveness of capacity building program for district core teams on HIV/AIDS prevention was demonstrated. The qualitative evaluation revealed that 5 district core teams were able to create HIV/AIDS prevention task forces for youth in the areas by acting as a strategic manager and developed mechanisms such as a working group from all relevant sectors, using and analyzing useful information, developing integrative and effective plan which focusing on building capacity for community leaders who were responsible for youths, and convincing the local government to get involve in annual work plan and budgetary. Thus, capacity building for district core teams should be continuously implemented to improve systematic conceptual framework for developing HIV/AIDS prevention task force as well as to further adapt to be strengthened and sustainable districts on disease prevention and control according to the policy of the Department of Disease control.

ประเด็นสำคัญ-

แกนนำอำเภอ

โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพเยาวชนด้านเอดส์

Keywords

District Core team

Youth Developmental Program on AIDS

บทนำ

แผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไข ปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ.2550 – 2554 มีเป้า ประสงค์ให้ประชาชนมีพฤติกรรมและมีความสามารถในการ ป้องกันตนเอง และครอบครัวให้ปลอดภัยจาก การติดเชื้อ มีค่านิยมและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการ ป้องกันโรค ยอมรับและไม่รังเกียจผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ตลอดจนมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไข ปัญหาเอดส์ และได้กำหนดจุดเน้นไว้หลายประการ อาทิเช่น การเป็น ภารกิจของคนในพื้นที่ (Local Ownership) การระดม ทรัพยากรจากทุกภาคส่วน การบูรณาการแผนงานเอดส์

เข้าสู่กระบวนการนโยบาย และยุทธศาสตร์ของทุกภาค ส่วนของรัฐ เอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีภาพความสำเร็จ เช่น กลไกการจัดการปัญหาเอดส์ สอดคล้องกับบริบทของนโยบายและการปกครองของ แต่ละภาคส่วน เครือข่ายดำเนินงานเอดส์มีสมรรถนะ ในการบริหารจัดการปัญหาเอดส์ องค์กรในพื้นที่ร่วมกัน วางแผนกำหนดนโยบาย เครือข่ายดำเนินงานในจังหวัด และ ท้องถิ่นมีศักยภาพในการบริหารจัดการปัญหาเอดส์⁽¹⁾

จากผลการดำเนินงานของคณะกรรมการ การ ป้องกันและแก้ไข ปัญหาเอดส์ จังหวัดในพื้นที่ สาธารณสุขเขต 14 ซึ่งประกอบด้วยจังหวัดนครราชสีมา

ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์ พบว่าทุกจังหวัดมีการดำเนินงานค่อนข้างเข้มแข็ง เป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง โดยมีการมีส่วนร่วมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง⁽²⁾ แต่การดำเนินงานในระดับอำเภอพบว่ายังมีข้อจำกัดหลายประการ เช่น คณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์อำเภอ ยังขาดแนวคิดและวิธีทำงานเอดส์ ขาดกลไกการบริหารจัดการที่เป็นระบบทำให้ไม่สามารถขับเคลื่อนงานได้อย่างต่อเนื่อง ส่วนใหญ่จะเป็นการตั้งรับทำงานเป็นช่วง ๆ วิธีแก้ปัญหายังทำแบบแยกส่วน ขาดการมีส่วนร่วมอย่างจริงจังจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ขาดการบูรณาการแผนและกำหนดเป้าหมายร่วมกัน ขาดการวิเคราะห์ข้อมูลสภาพปัญหาอย่างรอบด้านทำให้แผนปฏิบัติงานส่วนใหญ่เป็นแบบเดิม ๆ เป็นการแก้ปัญหาที่ปลายเหตุ ซึ่งอาจไม่ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในเยาวชน เช่น การรณรงค์ปีละครั้ง โรงเรียนเชิญเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไปให้ความรู้ปีละ 1-2 ครั้งแก่นักเรียนครั้งละจำนวนมาก หรือจัดไปศึกษาดูงานที่วัดพระบาทน้ำพุ เป็นต้น⁽³⁾ ในด้านการระดมทุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่าส่วนใหญ่เป็นการจ่ายเบี้ยยังชีพแก่ผู้ติดเชื้อเอดส์ กิจกรรมด้านป้องกันมีค่อนข้างน้อย ดังจะเห็นได้จากงบประมาณที่จัดสรรเพียงร้อยละ 0.12 - 1.98 จากงบประมาณด้านพัฒนาคุณภาพชีวิต⁽²⁾ ในขณะที่ปัญหาด้านพฤติกรรมและอนามัยเจริญพันธุ์ของเยาวชน มีแนวโน้มสูงขึ้นและเป็นปัญหาในทุกพื้นที่และ นับวันจะรุนแรงขึ้นได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ในขณะอายุน้อยโดยไม่ป้องกัน ส่งผลให้เกิดการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ นำไปสู่ปัญหาการทำแท้ง โดยพบเยาวชนอายุ ต่ำกว่า 20 ปี ของจังหวัดในเขตสาธารณสุขที่ 14 มาฝากครรภ์ ร้อยละ 15.4-20.6⁽⁴⁾ และการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งพบผู้ป่วยสัดส่วนสูงในกลุ่ม อายุ 15-24 ปี ถึงร้อยละ 41.42 ของผู้ป่วยทั้งหมด⁽⁵⁾ และการติดเชื้อโรคเอดส์ ในที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการคาดประมาณผู้ติดเชื้อรายใหม่ ปี 255 ที่คาดว่าผู้ติดเชื้อ ประมาณ 17,000 ราย⁽⁶⁾ โดยพบสัดส่วนการติดเชื้อ สูงในกลุ่มเยาวชน ซึ่งปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อส่วนใหญ่ทางเพศสัมพันธ์

ร้อยละ 83.9⁽⁷⁾ กระบวนการทำงานที่จะแก้ไขถึงรากของปัญหา คือการพัฒนากลุ่มเป้าหมายให้สามารถคิดวิเคราะห์และลดความเสี่ยงของตนเองได้ โดยเฉพาะปัญหาเรื่องเพศที่ต้องสร้างความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ ให้เข้ามามีบทบาทดำเนินงานตามบริบทของตนเอง คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนาศักยภาพแกนนำอำเภอให้เข้าใจแนวคิดในการทำงานเอดส์ รวมถึงแนวคิดเกี่ยวกับเรื่องเพศ⁽⁸⁾ เนื่องจากเป็นรากของปัญหาเอดส์ รวมถึงแนวคิดการทำงานส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ตามกฎบัตรรอตตาวา⁽⁹⁾ เพื่อให้ทีมแกนนำสามารถทำบทบาทเป็นกลไกในการเชื่อมประสานภาคส่วนที่เกี่ยวข้องและผลักดันเชิงนโยบายในระดับพื้นที่ให้เกิดความร่วมมือในการขับเคลื่อนงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในเยาวชนอย่างเป็นระบบ อันจะส่งผลให้เกิดการทำงานที่ต่อเนื่องและยั่งยืน เพื่อลดปัญหาด้านอนามัยเจริญพันธุ์และการติดเชื้อโรคเอดส์ในเยาวชนต่อไป และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ายังไม่เคยมีการพัฒนาในลักษณะนี้มาก่อน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพแกนนำอำเภอในการขับเคลื่อนงาน ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในเยาวชน ในเขตสาธารณสุขที่ 14 ในด้านการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทักษะคติของแกนนำ และเปรียบเทียบผลการดำเนินงานของอำเภอที่ได้รับการพัฒนาและอำเภอใกล้เคียงที่ไม่ได้รับการพัฒนา

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) โดยวัดผลความรู้ ทักษะคติของแกนนำก่อนและหลังทดลองและเปรียบเทียบผลการดำเนินงานของอำเภอทดลองและควบคุมกลุ่มตัวอย่างเป็นแกนนำระดับอำเภอจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้องที่สนใจ และตระหนักต่อปัญหาเอดส์และเป็นอำเภอที่พบปัญหาด้านอนามัยเจริญพันธุ์ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของเยาวชน และต้องการที่จะได้รับการพัฒนา จำนวน 6 อำเภอ ละ 5 คน รวม 30 คน จาก 3 จังหวัด ได้แก่ อำเภอเนินสง่า และ

หนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ อำเภอลำปลายมาศ สัตึก และหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์ และคัดเลือกอำเภอ ที่อยู่ใกล้เคียงที่สุดเป็นอำเภอควบคุม ได้แก่ อำเภอจัตุรัส และเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ อำเภอนางรอง คูเมือง และขานี จังหวัดบุรีรัมย์ อำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์ดำเนินการตั้งแต่เดือนตุลาคม 2551 – กันยายน 2553 โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

1. ประชาสัมพันธ์โครงการและประสานอำเภอที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ เพื่อสมัครเข้าร่วมโครงการ

2. คัดเลือกอำเภอที่มีความสนใจและมีความพร้อมเข้าร่วมโครงการ จำนวน 6 อำเภอ

3. วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาเอ็ดส์อย่างรอบด้านของแต่ละอำเภอ ร่วมกับแกนนำและผู้เกี่ยวข้องจากภาคส่วนต่างๆ โดยการทำ Focus group discussion จำนวน 10-20 คน เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องเข้าใจและตระหนักต่อปัญหาร่วมกัน โดยใช้ประเด็นเยาวชนเป็นตัวเดินเรื่อง รวมถึงเก็บข้อมูลการดำเนินงานของอำเภอทดลอง และอำเภอควบคุมก่อนดำเนินโครงการ

4. ดำเนินการอบรมแกนนำตามหลักสูตรที่ประยุกต์ขึ้น เพื่อปรับเปลี่ยนแนวคิดและวิธีทำงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอ็ดส์ในเยาวชน (5 วัน) โดยให้พื้นที่เป็นผู้คัดเลือกทีมแกนนำเองเพื่อความคล่องตัวในการดำเนินงาน โดยพิจารณาจากความสนใจและอาสาสมัครปัญหาไม่ใช่มาจากตำแหน่ง หลังจากอบรมทีมแกนนำจะไปทำการขับเคลื่อนงานในพื้นที่ต่อไป

5. หลังอบรม 1 เดือน ทีมวิจัยลงพื้นที่เพื่อติดตาม และหนุนเสริมการทำงานให้แก่ทีมแกนนำ

6. นำการจัดการความรู้มาเป็นเครื่องมือในการติดตามงาน โดยจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน และเสริมวิชาการที่จำเป็น เช่น การจัดทำแผนที่ยุทธศาสตร์ การเป็นวิทยากรกระบวนการการพัฒนาเยาวชนเชิงบวก (2 วัน) ทุก 3 เดือน รวม 3^(5,6-7) ครั้ง/ปี เป็นเวลา 2 ปี

7. จัดเวทีสรุปบทเรียนการดำเนินงานเมื่อสิ้นสุดโครงการปีที่ 1 และปีที่ 2 (2 วัน)

8. ประเมินผลหลังดำเนินงานเพื่อเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ผลการดำเนินงานของอำเภอทดลองและอำเภอควบคุม

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาศักยภาพแกนนำ ได้แก่ หลักสูตรการอบรมที่พัฒนาขึ้นจากการประยุกต์หลักสูตรฝึกอบรมผู้จัดการ เรียนรู้เพศศึกษาแบบรอบด้าน⁽⁸⁾ (Master trainers for sex education) ภายใต้โครงการ “ก้าวอย่างเข้าใจ” ขององค์การ PATH ซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (Experiential learning) และยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง และแนวคิดการทำงานส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ตามกฎบัตรออตตาวา⁽⁹⁾ (Ottawa charter for health promotion)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบทดสอบความรู้ ทักษะของแกนนำ และรวบรวมหลักฐานจากเอกสารโครงการ/แผนปฏิบัติงาน และหลักฐานการจัดสรรงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมานในการเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนก่อนและหลังการทดลอง ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มแกนนำอำเภอส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 53.33 เป็นเพศหญิงร้อยละ 46.67 เมื่อจำแนกตามหน่วยงานที่สังกัด พบว่าส่วนใหญ่เป็นบุคลากรจากสาธารณสุข (โรงพยาบาลชุมชนและสถานอนามัย) ร้อยละ 36.67 รองลงมาเป็นบุคลากรจากสถานศึกษา ร้อยละ 30 จากองค์กรปกครอง

ส่วนท้องถิ่น ร้อยละ 20 สื่อมวลชนท้องถิ่น เยาวชน ตามลำดับ (ตารางที่ 1)
และผู้ติดเชื้อ คิดเป็นร้อยละ 6.67, 3.33, 3.33

ตารางที่ 1 จำนวนแกนนำอำเภอ จำแนกตามหน่วยงานที่สังกัด

หน่วยงาน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สาธารณสุข (รพช./สอ.)	11	36.67
สถานศึกษา	9	30
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	6	20
สื่อมวลชน	2	6.67
ตัวแทนเยาวชน	1	3.33
ตัวแทนผู้ติดเชื้อ	1	3.33
รวม	30	100

2. ผลการเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ และทัศนคติต่อโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ของแกนนำอำเภอ ก่อนและหลังทดลอง พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ และทัศนคติต่อโรคเอดส์หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และทัศนคติต่อโรคเอดส์ของแกนนำอำเภอ

	N	X	SD	t-value	95 % CI	P-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์						
ก่อนทดลอง	30	10.17	1.09			
หลังทดลอง	30	10.77	0.86	-2.69	-1.06 ถึง -0.14	0.01
ทัศนคติต่อโรคเอดส์ ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์						
ก่อนทดลอง	30	41.33	5.44			
หลังทดลอง	30	44.43	5.04	-3.52	-4.90 ถึง -1.30	0.001

3. ผลการพัฒนาศักยภาพแกนนำอำเภอในการทำบทบาทเป็นทีมขับเคลื่อนงานในพื้นที่

การพัฒนาศักยภาพแกนนำอำเภอครั้งนี้ มุ่งเน้นให้แกนนำอำเภอเกิดการปรับเปลี่ยนวิธีคิดและวิธีการทำงานในการป้องกันแก้ไขปัญหานามัยเจริญพันธุ์ และเอดส์ในเยาวชน และสามารถทำบทบาทในการขับเคลื่อนงาน ให้เกิดกลไกการบริหารจัดการงานเอดส์ในพื้นที่ จากผลการดำเนินงานพบว่าทีมแกนนำจาก 5 อำเภอ สามารถไปทำบทบาทขับเคลื่อนงาน โดยการระดมการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในพื้นที่

ให้เข้าใจปัญหาและร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหามาเกิดการทำงานอย่างเป็นระบบโดยมีกลไกที่สำคัญในการดำเนินงานดังนี้ กลไกคณะทำงานป้องกัน และแก้ไขปัญหเอดส์ในเยาวชน ประกอบด้วยทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคประชาชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีการทบทวนและแต่งตั้งคณะทำงานที่เป็นปัจจุบัน กลไกข้อมูลโดยมีการใช้และวิเคราะห์ข้อมูลอย่างรอบด้าน เช่น ข้อมูลด้านพฤติกรรมเสี่ยง การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ปัญหาการตั้งครรภ์ในเยาวชน มาเป็นประเด็นพิจารณาเพื่อแก้ไขปัญหานอกเหนือจากข้อมูล

รายงานผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ กลไกการทำแผนปฏิบัติการที่มีคุณภาพ และมีการบูรณาการแผน กลไกการระดมทุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งพบว่าอำเภอชุมพลบุรีสามารถระดมทุนจากองค์การบริหารส่วนตำบลทุกแห่ง ตั้งแต่ปี 2552 และต่อเนื่องจนถึงปี 2554 โดยได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้นทุกปี จนเป็นแบบอย่างที่ดี ทำให้คณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัดอุดรธานีขอมาศึกษาดูงานและแลกเปลี่ยนเรียนรู้

และในปี 2553 อำเภอลำปลายมาศก็สามารถระดมงบประมาณจากท้องถิ่นได้ทุกตำบลเช่นกัน และองค์การบริหารส่วนตำบลไพทรินทร์ของอำเภอลำปลายมาศได้เห็นความสำคัญในการแก้ปัญหาเยาวชนจึงสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมสำหรับพัฒนาครูสอนเพศศึกษาในทุกโรงเรียนของตำบลอีกด้วย ส่วนอำเภออื่นๆ ได้รับงบประมาณจากท้องถิ่นอำเภอละ 1 แห่ง (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบงบประมาณที่ได้รับสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

อำเภอ	ก่อนดำเนินการ	หลังดำเนินการ	
	ปี 2551	ปี 2552	ปี 2553
อ.ชุมพลบุรี จ.สุรินทร์	6,000 บาท (อบต.ศรีณรงค์)	60,000 บาท (อบต. 10 แห่ง)	- 200,000 บาท - ปี 54 280,000 บาท (อบต. 10 แห่ง)
อ.ลำปลายมาศ จ.บุรีรัมย์	20,000 บาท (เทศบาล ต.ลำปลายมาศ)	20,000 บาท (เทศบาล ต.ลำปลายมาศ)	119,000 บาท (อบต./เทศบาล 17 แห่ง) - กองทุนสุขภาพ ต.ลำปลายมาศอีก 10,000 บาท - อบต.ไพทรินทร์อีก 30,000 บาท
อ.หนองกี่ จ.บุรีรัมย์ ต.หนองแวง		20,000 บาท (เทศบาลหนองกี่)	30,000 บาท (เทศบาลหนองกี่)
อ.หนองบัวแดง จ.ชัยภูมิ		40,000 บาท (อบต.หนองแวง)	40,000 บาท (อบต.หนองแวง)
อ.เนินสง่า จ.ชัยภูมิ		-	10,000 บาท (อบต.ดอนเปล้า)

ในด้านการจัดทำโครงการ/กิจกรรมเพื่อแก้ไข ปัญหาเอดส์ในเยาวชน พบว่ามีการดำเนินกิจกรรมที่เป็นเชิงคุณภาพมากกว่าเชิงปริมาณ โดยให้ความสำคัญในการทำความเข้าใจถึงสภาพปัญหาและแนวทางการดำเนินงานแก่ผู้บริหาร เพื่อให้เข้าใจและให้การสนับสนุน นอกจากนั้นยังเน้นการพัฒนาแกนนำร่วม (เจ้าภาพ) จากหน่วยงานที่มีภารกิจรับผิดชอบเยาวชน กลุ่มเป้าหมายต่างๆ เพื่อให้เป็นผู้ดำเนินกิจกรรมกับกลุ่มเยาวชนเป้าหมายของตน เช่น อบรมครูสอนเพศศึกษา

เพื่อให้ครูมาจัดการเรียนการสอน เพศศึกษาในโรงเรียน อบรมแกนนำพ่อแม่บ้านแม่บ้าน แกนนำ เยาวชน แกนนำ อสม. เพื่อให้แกนนำเหล่านี้ไปดำเนิน กิจกรรมกับกลุ่มเป้าหมายต่อไป และพบว่า หลายอำเภอ ได้นำการจัดการ ความสำเร็จ เช่น จัดเวทีสรุปบทเรียนปลายปี เพื่อประเมิน ผลและพัฒนางานร่วมกัน ด้านกิจกรรมเชิงปริมาณ ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์ในโรงเรียน ในชุมชน การณรงค์ วันเอดส์โลก ประชาสัมพันธ์ เรื่องโรคเอดส์ในหมู่บ้าน เป็นต้น (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 กิจกรรมและงบประมาณด้านป้องกันเอดส์ในเยาวชนจำแนกรายอำเภอ

อำเภอ	กิจกรรม
1. อำเภอชุมพลบุรี จ.สุรินทร์	ปี 2552 ได้รับงบประมาณจาก อบต. ในทุกตำบล 10 แห่งๆ ละ 6,000 บาท รวม 60,000 บาท - อบรมแนวคิดการทำงานเอดส์แก่ผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้อง 45 คน - อบรมครูแกนนำโรงเรียนมัธยมและโรงเรียนขยายโอกาสเรื่องเพศศึกษา 60 คน - ประชาสัมพันธ์เรื่องเอดส์ในชุมชน ปี 2553 ได้รับงบประมาณจาก อบต. ในทุกตำบล 10 แห่งๆ ละ 20,000 บาท รวม 200,000 บาท - อบรมครูสอนเพศศึกษา 14 โรงเรียน 60 คน และมีนโยบายให้โรงเรียนสอนเพศศึกษา ชั้น ป.4 - ม.6 ในเทอม 2 - ประชุมคณะกรรมการเอดส์อำเภอและตำบลทุกแห่ง - กระจายตุ๊กตยางอนามัย 25 ตู - โรงเรียนมีการสอนเพศศึกษารอบด้าน 2 แห่ง (ระดับมัธยม) - เวทีสรุปบทเรียนปลายปี
2. ตำบลหนองแวง อ.หนองบัวแดง จ.ชัยภูมิ	ปี 2552 ได้รับงบประมาณจากอบต. หนองแวง 40,000 บาท - อบรมแนวคิดการทำงานเอดส์และเพศศึกษาแก่ผู้บริหารและผู้นำชุมชน 49 คน - อบรมเตรียมครูสอนเพศศึกษา 24 คน - อบรม อสม. เรื่องโรคเอดส์ 20 หมู่บ้าน 290 คน - ให้ความรู้แก่นักเรียน กศน. 40 คน - ให้ความรู้เรื่องเอดส์และเพศศึกษา โรงเรียนประถมศึกษาและขยายโอกาส 10 แห่ง - เวทีสรุปบทเรียนแก่คณะกรรมการเอดส์ตำบล - ประชาสัมพันธ์เรื่องโรคเอดส์ทางหอกระจายข่าว งานประเพณี
	ปี 2553 ได้รับงบประมาณจากอบต. หนองแวง 40,000 บาท - ประชุมเชิงปฏิบัติการผู้บริหารและผู้นำชุมชน - อบรมแกนนำเยาวชน 20 หมู่บ้านๆ ละ 2 คน - มีการสอนเพศศึกษาในโรงเรียนบางแห่งของตำบลหนองแวง - เวทีสรุปบทเรียนคณะกรรมการเอดส์ตำบล
3. อำเภอหนองกี่ จ.บุรีรัมย์	ปี 2553 ได้รับงบประมาณจากเทศบาลหนองกี่ 30,000 บาท - สัมมนาแกนนำพ่อแม่บ้านแม่บ้าน ป้องกันเอดส์ 2 รุ่นๆ ละ 50 คน - พัฒนาแกนนำเยาวชนเพื่อป้องกันเอดส์ - อบรมแนวคิดการทำงานเอดส์และเพศศึกษาสำหรับผู้บริหาร - อบรมเตรียมครูสอนเพศศึกษา 20 คน เพื่อขยายโรงเรียนสอนเพศศึกษา - โรงเรียนหนองกี่พัฒนา จัดการเรียนการสอนเพศศึกษา ชั้น ม.3, ม.6
4. อำเภอลำปลายมาศ จ.บุรีรัมย์	ปี 2553 ได้รับงบประมาณจากอบต./เทศบาลจากทุกตำบล 17 แห่งๆ ละ 7,000 บาท รวม 119,000 บาท - พัฒนาแนวคิดการทำงานเอดส์และเพศศึกษาแก่ภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง - นำร่องพัฒนาทักษะการสื่อสารเรื่องเอดส์และเพศในครอบครัวและชุมชน - ค่ายแกนนำ อสม. (ต.โคกเสวง และหนองโดน) - หมู่บ้านนำร่อง สายใยรักแห่งครอบครัวเพื่อส่งเสริมศีลธรรมและภูมิคุ้มกันเอดส์ - รณรงค์ให้ความรู้เรื่องเอดส์และป้องกันการตั้งครรภ์ในชุมชน 6 ตำบล - รณรงค์วันเอดส์โลก - เวทีสรุปบทเรียน
ตำบลผไทราญ	ปี 2553 ได้รับงบประมาณจาก อบต.ผไทราญ 30,000 บาท - อบรมเตรียมครูสอนเพศศึกษา 6 โรงเรียนๆ ละ 7 คน รวม 42 คน
5. อำเภอเนินสง่า จ.ชัยภูมิ	ปี 2553 ได้รับงบประมาณจากอบต.ดอนเปล้า 10,000 บาท - พัฒนาแกนนำนักเรียน ให้คำปรึกษาเรื่องเอดส์และเพศ 10 คน - ค่ายอบรมเพศศึกษาแก่แกนนำเยาวชน 80 คน - ให้ความรู้โรคเอดส์ในโรงเรียนโดยครูและแกนนำนักเรียน

ส่วนอำเภอควบคุมซึ่งเป็นอำเภออยู่ใกล้เคียงกับอำเภอทดลอง พบว่าการดำเนินงานส่วนใหญ่ยังคงเป็นแบบเดิมคือ เป็นการตั้งรับ กิจกรรมยังเป็นการแก้ปัญหาที่ปลายเหตุและทำเป็นช่วงๆ เช่น รมรณรงค์วันเอดส์โลก การให้ความรู้โลกเอดส์ในโรงเรียนหรือชุมชนเป็นครั้งคราว ซึ่งไม่เพียงพอที่จะส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในเยาวชน ยังขาดกลไกในการบริหารจัดการหรือทีมงานที่จะมองภาพรวมและเชื่อมภาคส่วนที่เกี่ยวข้องให้เข้ามามีส่วนร่วมจัดการเชิงยุทธศาสตร์เพื่อบูรณาการที่คุณภาพชีวิตของเยาวชนมีเพียงอำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ที่มีโรงเรียนมัธยม 3 แห่งจัดการเรียนการสอนเพศศึกษาแก่นักเรียนเนื่องจากมีครูผ่านการอบรมจากโครงการก้าวอย่างยั่งยืนขององค์การแพธ และมีนายกอบต.บ้านยาง อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งเคยเข้าร่วมเวทีประชุมเอดส์กับจังหวัด และ สคร.5 หลายครั้ง จึงเกิดความตระหนักต่อปัญหาเอดส์และเยาวชนและได้จัดทำโครงการแก้ไขปัญหายาเสพติดในพื้นที่ และในตำบลกระโพ อำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์ มีการดำเนินงานโรคเอดส์ในชุมชน เนื่องจากมีโครงการของกองทุนโลกลงพื้นที่

วิจารณ์

การพัฒนาศักยภาพแกนนำอำเภอในครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้หลักสูตรเพศศึกษาขององค์การแพธ มาใช้ในการอบรมทำให้แกนนำเกิดแนวคิดในการทำงานเอดส์ว่าต้องแก้ที่รากของปัญหา ได้แก่ การสอนเพศศึกษาแก่เยาวชน ซึ่งผลการวิจัยชี้ว่าการสอนเพศศึกษาไม่ส่งผลให้นักเรียนมีเพศสัมพันธ์เพิ่มมากขึ้น แต่ช่วยเพิ่มความรู้ความเข้าใจและทักษะการจัดการเรื่องเพศของตนได้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมเชิงบวก เช่น การป้องกัน HIV หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ รู้จักการป้องกันที่ปลอดภัยเพิ่มขึ้น และคิดวิเคราะห์ต่อผลกระทบในอนาคตหากมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน ประกอบกับด้านของยูเอ็น ที่เผยแพร่ข้อมูลวิจัยจากนางจินตนา ศรีวงษา เจ้าหน้าที่กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ(UNFPA) ว่า “วัยรุ่นในทวีปยุโรปมี

เพศสัมพันธ์ช้ากว่าเอเชียเพราะการเรียนเพศศึกษาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่อายุ 11 ปี ขณะที่วัยรุ่นเอเชียอยู่ที่ 14-15 ปี ในทางกลับกันวัยรุ่นยุโรปที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 17-18 ปี แต่วัยรุ่นเอเชียเฉลี่ยอยู่ที่อายุ 14-15 ปี⁽¹⁰⁾ นอกจากนั้นยังได้นำแนวคิด การส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่โดยเน้นมิติทางสังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งองค์การอนามัยโลกยอมรับและถือว่าเป็นคัมภีร์ของการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ คือ กฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter for Health Promotion)⁽⁹⁾ ที่ให้มีการดำเนินงาน 5 ด้านไปพร้อมๆ กัน ได้แก่ การสร้างให้เป็นนโยบายสาธารณะหรือสร้างประเด็นที่จะขับเคลื่อนให้เป็น Talk of the town การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การสร้างความเข้มแข็งให้แก่ปฏิบัติการชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วม การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล ให้สามารถเผชิญกับปัญหาได้ และการปรับทัศนคติคนทำงาน/ปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพ ซึ่งแกนนำสามารถทำบทบาทเป็นผู้จัดการเชิงยุทธศาสตร์⁽¹¹⁾ คือระดมการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้องให้เข้าใจและตระหนักต่อปัญหาเอดส์ในเยาวชนและผลักดันให้เกิดการขับเคลื่อนงานร่วมกัน โดยเกิดกลไกการดำเนินงานที่สำคัญซึ่งสอดคล้องกับคุณลักษณะของอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งอย่างยั่งยืนของกรมควบคุมโรค ปี 2554⁽¹²⁾ ส่งผลให้เกิดโครงการ/กิจกรรมในการแก้ไขปัญหา โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามาเป็นเจ้าภาพของงาน คือ มีการบรรจุกิจกรรมเข้าไปในแผนประจำปีและแผน 3 ปี ของหน่วยงาน ซึ่งเป็นสัญญาณของความยั่งยืน และมีบางอำเภอได้นำการจัดการความรู้⁽¹³⁾ มาเป็นเครื่องมือในการพัฒนาคนและพัฒนางาน โดยจัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสรุปบทเรียนเพื่อประเมินผลงานร่วมกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะทีมแกนนำ ได้เห็นประโยชน์ของการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งคณะผู้วิจัยได้นำมาใช้ในกระบวนการพัฒนาโดยจัดเวทีทุก 3 เดือน เป็นเวลา 2 ปี เนื่องจากเป็นกระบวนการสำคัญที่ช่วยให้ทีมแกนนำเกิดความสัมพันธ์ (แนวราบ) และมีความเข้าใจในประเด็นการขับเคลื่อนร่วมกันซึ่งมีผู้เข้าอบรมได้สะท้อนว่า “เป็นเวทีที่

ดีมีประโยชน์ เพราะได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับแต่ละอำเภอ จากปัญหาที่เกิดขึ้นจริง เป็นการเสริมพลังแก่คนทำงาน” เพราะกระบวนการพัฒนาที่จะทำให้คนเกิดการปรับเปลี่ยนแนวคิดจนเกิดทักษะเพื่อไปโน้มน้าว หรือผลักดันความคิด ของผู้อื่นเป็นสิ่งที่ทำได้ยากต้องใช้เวลา⁽¹⁴⁾ เนื่องจากความคิดของคนจะอยู่ในระดับพื้นฐานคือระดับภาพจำลองความคิด (Mental Model) ของวิถีคิด กระบวนการระบบ⁽¹⁵⁾ หรือเปรียบเทียบรากลึกของปัญหา หรือใต้อาณัติแข็ง แต่หากเปลี่ยนได้ก็จะเกิดความยั่งยืน ปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งได้แก่ การเปิดโอกาสให้แต่ละอำเภอสามารถเลือกทีมงานได้เอง จากผู้ที่ตระหนักต่อปัญหาและมีความตั้งใจเข้ามารวมแก้ปัญหา โดยมีผู้รับผิดชอบงานจากโรงพยาบาลชุมชนเป็นแกนนำหลัก ซึ่งพบว่าเป็นผู้ที่มิบทบาทหลักในการขับเคลื่อนงาน

ข้อเสนอแนะ

1. ภาควิชาการทำงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ระดับอำเภอ ควรได้รับการพัฒนาแนวคิด และวิธีทำงานตามหลักสูตรที่ได้ประยุกต์ขึ้นดังกล่าวเพื่อให้มีศักยภาพ ในการขับเคลื่อนให้เกิดกลไกการบริหารจัดการงานเอดส์อย่างเป็นระบบในพื้นที่ต่อไป
2. การคัดเลือกผู้เข้าอบรมมีความสำคัญ ควรได้แกนนำตัวจริงที่มีใจและอาสาแก้ปัญหาดีกว่ามาด้วยตำแหน่ง และผู้ที่มีบทบาทหลัก คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลชุมชน หรือ สถานีอนามัย
3. ประเด็นที่ใช้ในการสื่อสารกับผู้เกี่ยวข้อง ควรใช้ประเด็นเยาวชนนำประเด็นเอดส์ เพราะมีผู้เกี่ยวข้องมากและเป็นปัญหาใกล้ตัว ทุกคนจะให้ความสนใจ ซึ่งจะเชื่อมมาถึงประเด็นเอดส์ในที่สุด
4. อำเภอได้รับการพัฒนาครั้งนี้สามารถต่อยอดไปสู่อำเภอควบคุมโรค เข้มแข็งอย่างยั่งยืนตามนโยบาย กรมควบคุมโรคปี 2554 หากมีการพัฒนาทีมงานเพิ่มเติมในด้าน SRRT และห้องปฏิบัติการของศูนย์ลักษณะด้านระบบระบาดวิทยาที่ดี

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทีมแกนนำและผู้เกี่ยวข้องจาก 12 อำเภอ ที่ได้ให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้ด้วยดี และขอขอบพระคุณนายแพทย์สมชาย ตั้งสุภาชัย ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา ที่ให้การสนับสนุนงบประมาณในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ พ.ศ.2550. แผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ.2550-2554: สำคัญ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักพุทธศาสนาแห่งชาติ, 2550.
2. รายงานผลการตรวจราชการแบบบูรณาการเพื่อมุ่งผลสัมฤทธิ์ ปีงบประมาณ 2551: โครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ เขตตรวจราชการที่ 14. (เอกสารอัดสำเนา)
3. รายงานสรุปผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์อำเภอ ปี 2551 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา. (เอกสารอัดสำเนา)
4. รายงานหญิงที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลของจังหวัดใน เขตตรวจราชการที่ 14 ปี 2551. (เอกสารอัดสำเนา)
5. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปี 2551. กรุงเทพฯ
6. The Thai Working Group on HIV/AIDS Projection. Projection for HIV/AIDS in Thailand: 2000-2020. Bangkok:Karnsana printing Press, 2001; 27
7. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. สถานการณ์

- โรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ.2550. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2551.
8. องค์การแพธ. คู่มือการจัดกระบวนการเรียนรู้เพศศึกษา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เออร์เจนท์แทค, 2551.
 9. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf
 10. องค์การแพธ. รายงานผลสรุปการประเมินโครงการการจัดการเรียนรู้เพศศึกษา "ก้าวอย่างเข้าใจ": ผลลัพธ์ในกลุ่มผู้เรียน (พ.ศ.2549–2551). โรงพิมพ์พี เอส ซัพพลาย, 2551.
 11. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนานโยบาย (สวน.). คู่มือการจัดการเชิงยุทธศาสตร์เพื่อป้องกันแก้ไขปัญหานาเมียงเจริญพันธุ์และเอดส์ในเยาวชนสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและกลุ่มภาคี. กรุงเทพฯ: 2554.
 12. กรมควบคุมโรค. คู่มือประเมินอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งของบุคลากร กรมควบคุมโรค. 2554
 13. วิจารย์ พานิช. การจัดการความรู้ฉบับนักปฏิบัติ พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัทตลาดนัด พับลิเคชั่น จำกัด. 2548.
 14. ประภัตร สุวรรณบงกช, อนงค์ศิลป์ ด้านไพบุลย์, เสาวนีย์ วิบูลสันติ และ สมศักดิ์ นาคกลิ่นกุล การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ. วารสารควบคุมโรค. 2552; 35: 4–10.
 15. ชัยวัฒน์ ถิระพันธุ์. บรรณาธิการ. วิธีคิดกระบวนการ (Systems Thinking). กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ครั้งที่ 2, โครงการเสริมสร้างการเรียนรู้เพื่อชุมชนเป็นสุข(สรส.) 2548.

การวิจัยประเมินผลโครงการพัฒนารูปแบบและกลไกองค์กรเพื่อป้องกันป-หาเอดส์ ในกลุ่มเครือข่ายองค์กรและเครือข่ายผู้ติดเชื้อ

Evaluation Research on Projects to Develop Model and Mechanism to Prevent HIV by NGO and People with HIV Networks

สมบัติ แทนประเสริฐสุข พ.บ., ส.ม. *

Sombat Thanprasertsuk M.D., M.P.H.,*

ชีวันท์ เลิศพิริยสุวัฒน์ พ.บ., ส.ม. **

Cheewanan Lertpiriyasuwat M.D., M.P.H.,**

นิรมล ปัญสุวรรณ ศ.ม.***

Niramom Pansuwan M.A.,***

ศรินยา พงศ์พันธุ์ ป.พ.ส., ส.บ.***

Sarinya Pongpan, Dip in N.EQU BN., B.P.H.,***

อุษา โทหิณง วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)****

Usa Thohinung M.Sc. (Public Health)****

*กรมควบคุมโรค

*Department of Disease Control

**สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

**Bureau of AIDS, TB and STIs,

กรมควบคุมโรค

Department of Disease Control

***สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

***Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control

****ศูนย์วิจัยเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและการประเมินผล

****Research Center for Health Economics and Evaluation,

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Faculty of Public Health, Mahidol University

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดำเนินงาน และสังเคราะห์องค์ความรู้ จัดทำข้อเสนอแนะของโครงการที่เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ จำนวน 5 โครงการที่ได้รับงบประมาณจากคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการปฏิบัติภารกิจด้านการป้องกันโรคเอดส์ สวรส. และ สปสช. คือ (1)โครงการส่งเสริมศักยภาพองค์กรชุมชนในการจัดการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวี/เอดส์ในชุมชนภาคเหนือตอนบน (2)โครงการปฏิบัติการรณรงค์ป้องกันโรคเอดส์ จังหวัดอุบลราชธานี (3)โครงการเสริมสร้างเครือข่ายการทำงานป้องกันโรคเอดส์สู่องค์กรชุมชน (4)โครงการพัฒนาศักยภาพคนทำงานด้านเอดส์ ประเทศไทย และ (5)โครงการสื่อสารเรื่องสิทธิทางเพศเพื่อการป้องกันเอดส์ในกลุ่มผู้ติดเชื้อและชุมชน โดยได้จัดเก็บข้อมูลด้วยวิธีเชิงปริมาณและคุณภาพ ได้แก่ การทบทวนเอกสาร สุ่มเลือกพื้นที่และกลุ่มตัวอย่างแกนนำในพื้นที่จัดการอภิปรายกลุ่ม และเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม โดยศึกษาในปี พ.ศ. 2552-2553 ผลการวิจัยประเมินผลพบข้อมูลที่สำคัญ ดังนี้ 1.วัตถุประสงค์โครงการส่วนใหญ่มุ่งเน้นการเพิ่มบทบาทผู้ติดเชื้อ แกนนำเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายอื่นๆ ในชุมชน ในการพัฒนาและแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน แกนนำผู้ติดเชื้อ และแกนนำในพื้นที่ มีความรู้ตามตัวชี้วัด UNGASS ได้อย่างถูกต้องในสัดส่วนที่สูง (ร้อยละ 61.4) 2. นวัตกรรม ได้แก่ การสร้างเครือข่ายการทำงานเอดส์และสุขภาพในชุมชน โดยมีเครือข่ายผู้ติดเชื้อเป็นแกนหลัก นอกจากนี้ การส่งเสริมเรื่องสิทธิทางเพศเป็นเรื่องใหม่สำหรับชุมชน ในเรื่องความยั่งยืน พบว่าพื้นที่ที่มีสมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมเป็นเครือข่ายทำให้เกิดโอกาสในการเข้าถึงกองทุนในพื้นที่ได้ 3.โครงการทั้งหมดมีระบบการประสานงานและการบริหารจัดการที่เข้มแข็ง อย่างไรก็ตาม ในบางโครงการยังขาดการดำเนินงาน

ของทีมงานเสริม และยังมีช่องว่างในการสื่อสารภายใน ข้อเสนอแนะ ได้แก่ ควรพัฒนานโยบายการบูรณาการงานเอดส์กับปัญหาสุขภาพอื่นในชุมชน และสนับสนุนการดำเนินงานของเครือข่ายต่างๆ ในงานเอดส์และปัญหาสุขภาพในด้านวิชาการ ควรรวบรวมองค์ความรู้จากโครงการเหล่านี้และเผยแพร่ ควรพัฒนาทีมงาน และแกนนำในพื้นที่ให้มีความเข้มแข็ง และสนับสนุนการพัฒนาการบริหารจัดการของโครงการ ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง

Abstract

In 2008, NGO-AIDS network and People with HIV network had initiated HIV prevention projects by developing knowledge and linking networks in localities. There were 5 implementing projects in this scheme receiving funds from the Subcommittee for Advancing the Prevention Programme Effort, National Health Security Office and Health System Research Institute. They were (1) Promotion of community organizational potentiality to manage HIV/AIDS problems, (2) Implementational campaign for HIV prevention in Ubonrajathanee, (3) Promotion of network working in HIV prevention to community organization, (4) Potentiality development for HIV worker, Thailand, (5) Sexual right communication for HIV prevention among people with HIV and community. The working group conducted evaluation research on these projects in 2009-2010 with objectives to assess their performance, and to synthesize knowledge for further recommendation. Data were collected using quantitative and qualitative methods, including document review, sampling of populations for focus group discussion, and questionnaire survey. Results from evaluation research were: 1. Main objective of implementing projects was to increase role of PHA and leaders of NGO-AIDS networks and participation of other networks in the community to develop and solve health problems in the community. 61.4 % of PHA leaders and community leaders answered correctly HIV/AIDS knowledge according to UNGASS indicator. 2. Innovations observed was creation of integrated networks working on HIV/AIDS and health in community. PHA networks served as core group. Promotion of sexual rights was also new to community. For sustainability, it is noted that areas where local administration organization got involved, there was an opportunity to access to fund in the locality. 3. All projects had strong coordination and administration system. However, some projects lacked of supporting team implementation. There was gap in internal communication.

Recommendations include further development of policy to support integration of works against HIV/AIDS and health problems in community, and to support networks working in HIV/AIDS and health issues. For technical aspect, there should be additional attempts to synthesize knowledge gained from these projects for further dissemination. The leaders and teams in projects should receive continuous development. Support should also be provided to the develop project's administration to escalate efficiency of the projects.

ประเด็นสำคัญ-

ยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรค
เครือข่ายผู้ติดเชื้อและองค์กร

Keywords

Strategy for disease prevention and control
PLWA network and NGO

บทนำ

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา การรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหาระบาดของโรคเอดส์ประสบปัญหาเนื่องจากหน่วยงานต่างๆ ให้ความสำคัญลดลง รูปแบบการรณรงค์ไม่ได้ถูกปรับให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของสภาพปัญหา และบริบทที่เปลี่ยนแปลงไป ขาดการติดตามประเมินผล และการวิเคราะห์ผลลัพธ์ของโครงการส่งผลให้การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีไม่ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายเท่าที่ควร⁽¹⁾ เพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาดังกล่าว คณะอนุกรรมการกำกับการขับเคลื่อนการปฏิบัติการป้องกันโรคเอดส์ ในคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาระบาดของโรคเอดส์ ได้พัฒนากลยุทธ์ขึ้นเพื่อเร่งรัดการดำเนินงานลดจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่⁽²⁾ ทั้งนี้ ภายใต้กลยุทธ์ที่ 2 ซึ่งได้แก่ การเสริมสร้างศักยภาพของเครือข่าย และการมีส่วนร่วม คณะอนุกรรมการฯ ได้สนับสนุนงบประมาณแก่ โครงการดำเนินงานไปในปี 2551 ซึ่งเป็นช่วงปีแรกเริ่มทั้งสิ้น 22 โครงการ (โครงการดำเนินงาน) โดยได้รับงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผ่านสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

ภายหลังจากที่โครงการได้ดำเนินการไปประมาณ 1 ปี สวรส. ได้สนับสนุนให้ศูนย์วิจัยเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและการประเมินผล ดำเนินงานวิจัยประเมินผลโครงการดำเนินงานเหล่านี้ โดยจำแนกกลุ่มงานวิจัยตามกลุ่มเป้าหมายของโครงการดำเนินงานที่ได้รับเป็น 7 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มเครือข่ายองค์กรและเครือข่ายผู้ติดเชื้อเยาวชน ศาสนา ผู้ใช้สารเสพติด ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ประชากรเคลื่อนย้ายและชาติพันธุ์ และพนักงานบริการ โดยได้แต่งตั้งคณะทำงานภาคสนาม ขึ้นมาดำเนินการศึกษาวิจัยประเมินผลการดำเนินงานของโครงการดำเนินงาน ในแต่ละกลุ่มประชากร

รายงานฉบับนี้ เป็นรายงานของคณะทำงานภาคสนามในกลุ่มเครือข่ายองค์กรและเครือข่ายผู้ติดเชื้อ (คณะทำงานฯ) มีโครงการดำเนินงาน 5 โครงการที่อยู่ในขอบข่ายการประเมินผล โดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อประเมินผลการดำเนินงานของโครงการ

5 โครงการ ในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

- 1.1 การพัฒนาหลักสูตร/คู่มือ/แนวทางในการดำเนินกิจกรรมเพื่อป้องกันเอดส์
- 1.2 การสร้างแกนนำในการดำเนินกิจกรรมเพื่อป้องกันเอดส์
- 1.3 กลุ่มแกนนำและกลุ่มเป้าหมายได้รับความรู้เรื่องเอดส์และการป้องกัน
- 1.4 การรับรู้และมีพฤติกรรมป้องกันที่เหมาะสม ของกลุ่มแกนนำและกลุ่มเป้าหมาย
2. เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้จากการดำเนินงาน เพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ และ/หรือนโยบาย รวมทั้งเพื่อให้ได้ข้อบ่งชี้เกี่ยวกับแนวปฏิบัติหรือกลวิธี ในการป้องกันโรคเอดส์ โดยการทำงาน ของกลุ่มเครือข่ายองค์กรและกลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อ

วัสดุและวิธีการศึกษา

กลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ที่ทำการวิจัย ประเมินผลในครั้งนี้ยึดตามพื้นที่หลักและกลุ่มประชากร ของโครงการ ดำเนินงาน ประกอบด้วย

1. โครงการส่งเสริมศักยภาพองค์กรชุมชนในการจัดการป้องกันและแก้ไขปัญหาระบาดของเอดส์/เอดส์ ในชุมชนภาคเหนือตอนบน มีพื้นที่และกลุ่มเป้าหมายประกอบด้วยคณะทำงานตำบลละ 10 คน ในพื้นที่ 21 ตำบล ของ 6 จังหวัดภาคเหนือตอนบน รวม 210 คน (แกนนำผู้ติดเชื้อ สมาชิกสภาหรือเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน แม่บ้าน ครู) (โครงการ 51-052)
2. โครงการปฏิบัติการรณรงค์ป้องกันโรคเอดส์ จ.อุบลราชธานี มีพื้นที่และกลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย เยาวชนในระบบการศึกษา ในพื้นที่ 8 อำเภอ และเยาวชนอายุ 12 ปี ขึ้นไปที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ ในพื้นที่ 20 อำเภอ แกนนำอาสาสมัครผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ใน จ.อุบลราชธานี ผู้นำชุมชนในพื้นที่ 8 อำเภอ/ 8 ตำบล ของ จ.อุบลราชธานี

(อบต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อสม. พระสงฆ์ ครู) (โครงการ 51-053)

3. โครงการเสริมสร้างเครือข่ายการทำงาน ป้องกันโรคเอดส์สู่องค์กรชุมชน มีพื้นที่ และกลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย คณะทำงานในพื้นที่ 12 ตำบล (แกนนำกลุ่มสถานีอนามัย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ อบต. อสม. ผู้นำหมู่บ้านโรงเรียน องค์กรศาสนา กลุ่มเยาวชน) ของจังหวัดเชียงราย (โครงการ 51-057)

4. โครงการพัฒนาศักยภาพคนทำงาน ด้านเอดส์ประเทศไทย มีพื้นที่และกลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย เครือข่ายคนทำงานด้านเอดส์ 16 เครือข่าย คณะกรรมการและองค์กรสมาชิกของเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ระดับภาค และคณะกรรมการ องค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ (กพอ.ชาติ) (โครงการ 51-062)

5. โครงการสื่อสารเรื่องสิทธิทางเพศเพื่อการป้องกันเอดส์ในกลุ่มผู้ติดเชื้อและชุมชน มีพื้นที่ และกลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย ตัวแทนคณะกรรมการ เครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ ระดับจังหวัด ระดับภาค ผู้ประสานงานเครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ ในระดับจังหวัด ระดับภาค เจ้าหน้าที่กิจกรรมของเครือข่ายฯ และทีมหนุนเสริม ในระดับจังหวัด ระดับภาค แกนนำกลุ่มผู้ติดเชื้อนาร่อง 10 กลุ่ม กลุ่มคนต่างๆ ในชุมชน ที่กลุ่มนาร่องจะเข้าไปทำงานด้วยเช่น กลุ่มผู้หญิงตั้งครรภ์ กลุ่มผู้นำชุมชน กลุ่มเยาวชน กลุ่มแม่บ้าน เป็นต้น (โครงการ 51-073)

ระเบียบวิธีในการดำเนินงานวิจัยมี 2 วิธี ได้แก่

(1) การทบทวนเอกสาร (Document Review) ที่เกี่ยวข้อง โดยรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร ดังนี้

- โครงร่างโครงการของกลุ่มเครือข่าย องค์กร และกลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อที่ได้รับอนุมัติ
- รายงานผลการดำเนินงานของโครงการ แต่ละโครงการ ที่แต่ละหน่วยงานเสนอต่อผู้ให้ทุน
- รายงานผลการดำเนินงาน และรายงาน ความก้าวหน้าการดำเนินงานของโครงการ รวมถึง เอกสารที่ใช้ประกอบการนำเสนอในที่ประชุมต่างๆ
- แบบฟอร์มการเก็บข้อมูลและบันทึก

ข้อมูลในด้านต่างๆ ในการดำเนินงานของโครงการ

- รายงานการสำรวจ การวิจัย การประเมินผล รวมทั้งเอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องจากโครงการ

ข้อมูลถูกนำมาวิเคราะห์เพื่อใช้กำหนดประเด็น ในการวางแผนการจัดเก็บข้อมูลปฐมภูมิ การพัฒนา เครื่องมือ และกรอบการประเมินผล รวมทั้งใช้สังเคราะห์ องค์ความรู้ที่ได้จากการดำเนินงาน

(2) การจัดเก็บข้อมูลปฐมภูมิจากกลุ่มตัวอย่าง ของแต่ละโครงการ โดยการใช้แบบสอบถาม และการ สนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

2.1 ในการจัดเก็บข้อมูลปฐมภูมิโดยใช้ แบบสอบถาม คณะทำงานฯ ได้จัดเก็บข้อมูลจากกลุ่ม ตัวอย่างกลุ่มต่างๆ โดยใช้แบบสอบถามที่คณะทำงานฯ พัฒนาขึ้นเองเป็นเครื่องมือ ดังนี้

ก. ผู้รับทุน/ผู้ดำเนินโครงการ ใช้แบบ สอบถามผู้ดำเนินโครงการในการจัดเก็บข้อมูล ส่งให้ ผู้ตอบแบบสอบถามโครงการละ 1 คน รวม 5 คน

ข. แกนนำคนทำงานด้านเอดส์/ผู้ติดเชื้อ ใช้แบบสอบถาม ความรู้และความคิดเห็น ผู้ปฏิบัติงาน ในโครงการเอดส์ตามกลยุทธ์ ที่ 2 "กลุ่มเครือข่าย องค์กรและกลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อ" สำหรับแกนนำและ ผู้มีส่วนร่วมในโครงการ (แบบสอบถาม ความรู้และความ คิดเห็น ผู้ปฏิบัติงานในโครงการฯ) ในการจัดเก็บข้อมูล มีผู้ตอบแบบสอบถามชุดนี้ รวม 83 คน

สำหรับการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างได้สุ่มเลือก พื้นที่ดำเนินงานของแต่ละโครงการในระดับตำบล ด้วยการสุ่มอย่างง่าย และเชิญแกนนำจากเครือข่ายต่างๆ ในพื้นที่อย่างเจาะจง จำนวน 10-20 คนต่อโครงการ เพื่อเข้าร่วมสนทนากลุ่มและตอบแบบสอบถาม ความรู้ และความคิดเห็น ผู้ปฏิบัติงานในโครงการฯ ในการ ปฏิบัติงานวิจัยประเมินผลที่เกิดขึ้นจริง มีแกนนำเข้าร่วม เป็นกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. โครงการ 51-052 มีกลุ่มตัวอย่าง 21 คน จาก 2 พื้นที่ (จังหวัดเชียงใหม่ และ ลำพูน จังหวัดละ 1 พื้นที่)

2. โครงการ 51-053 มีกลุ่มตัวอย่าง 20

คน โดยเป็นแกนนำชุมชน 10 คน และแกนนำนักเรียน 10 คน จาก 1 พื้นที่ (จังหวัดอุบลราชธานี)

3. โครงการ 51-057 มีกลุ่มตัวอย่าง 12 คน จาก 2 พื้นที่ (จังหวัดเชียงรายทั้ง 2 พื้นที่)

4. โครงการ 51-062 มีกลุ่มตัวอย่าง 10 คน จาก 1 พื้นที่ (จังหวัดอุบลราชธานี)

5. โครงการ 51-073 มีกลุ่มตัวอย่าง 20 คน จาก 2 พื้นที่ (จังหวัดปทุมธานี และ ชลบุรี)

ค. กลุ่มเป้าหมาย/ประชากรที่ได้รับผลจากการดำเนินงาน ใช้แบบสอบถามสำหรับกลุ่มเป้าหมาย เรื่องความรู้ ความตระหนัก ทักษะการประเมินความเสี่ยง และพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ (แบบสอบถามสำหรับกลุ่มเป้าหมาย) ในการเก็บข้อมูล

พบว่า มีเพียงโครงการเดียวที่มีกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มประชากรที่ได้รับผลจากการดำเนินงานที่ชัดเจน ได้แก่ กลุ่มนักเรียนในโครงการ 51-053 คณะทำงานฯ ได้กำหนดจะเก็บข้อมูลจากนักเรียนแกนนำ จำนวน 70 คน ในโรงเรียน 7 จาก 8 โรงเรียนที่เป็นพื้นที่ดำเนินการ โดยโรงเรียนหนึ่งที่ไม่เลือกเนื่องจากเป็นพื้นที่ที่เก็บข้อมูลจากแกนนำโดยวิธีสนทนากลุ่มไปแล้ว และนักเรียนอื่นในโรงเรียนเดียวกันอีก 140 คน รวมเป็นจำนวน 210 คน ในการวิจัยประเมินผลที่เกิดขึ้นจริง ผลปรากฏว่า สามารถจัดเก็บข้อมูลนักเรียนแกนนำ 57 คน นักเรียนที่ไม่ได้เป็นแกนนำ 105 คน และนักเรียนที่ไม่ได้ตอบสนองการเป็นแกนนำ อีก 12 คน รวม 174 คน

อนึ่ง ในการประเมินความรู้ตามแบบสอบถามข้างต้น ได้นำข้อความความรู้ด้านเอดส์ ตามตัวชี้วัดหลักในการติดตามการดำเนินงานตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ (ตัวชี้วัดความรู้ UNGASS)³ มาประยุกต์เป็นส่วนหนึ่งในแบบสอบถามด้วย

2.2 ในการจัดเก็บข้อมูลปฐมภูมิโดยการสนทนากลุ่มคณะทำงานฯ ได้พัฒนาแบบสัมภาษณ์ผู้มีส่วนร่วมในโครงการเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการสนทนากลุ่มคณะทำงานฯ ได้ทดสอบวิธีการปฏิบัติงานวิจัยประเมินผล (Pre-survey) ที่จังหวัดลำปาง โดยเก็บข้อมูลกับกลุ่มแกนนำ ใน 2 พื้นที่ พื้นที่ละ 15 คน และนำข้อมูล

ปัญหาอุปสรรคที่พบจากการทดสอบ ไปปรับแผน วิธีการ และเครื่องมือเก็บข้อมูล ก่อนจัดเก็บข้อมูลจริง

ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งได้จากการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยมีประเด็นในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่

1. จำนวนแกนนำที่ได้รับการพัฒนาโดย โครงการดำเนินงาน

2. จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับประโยชน์ด้านการป้องกันโรคเอดส์โดยตรง

3. นวัตกรรมในการป้องกันเอดส์

4. กิจกรรมหรือระบบที่สร้างขึ้นเพื่อทำให้การดำเนินงานยั่งยืนต่อไป

5. กิจกรรมและระบบที่สร้างโอกาสการขยายผลให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายได้มากขึ้น

6. ผลการวิเคราะห์เกี่ยวกับประเด็นที่เป็นช่องว่างของงานป้องกันเอดส์

7. ความเข้มแข็งของภาคีเครือข่าย

8. การบริหารจัดการโครงการ

โครงการวิจัยประเมินผลนี้ได้ดำเนินการพิจารณารับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และจัดเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ผลระหว่าง เดือน มิถุนายน 2552 - สิงหาคม 2553

ผลการศึกษา

ผลจากการวิจัยประเมินผลที่คณะทำงานฯ สามารถรวบรวมได้จากการดำเนินงานของโครงการ มีดังนี้

1. จำนวนแกนนำที่ได้รับการพัฒนาโดยโครงการดำเนินงาน จำนวนแกนนำกลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อและเครือข่ายอื่นๆ ที่ได้รับการพัฒนามีทั้งสิ้น 1,456 คน ในจำนวนนี้ ในโครงการ 51-052, 51-057, 51-062 และ 51-073 มีการสร้างทีมหนุนเสริมระดับจังหวัดและภาค และโครงการ 51-053 ได้พัฒนา แกนนำกลุ่มเยาวชนในโรงเรียน จำนวน 720 คน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนแกนนำที่ได้รับการพัฒนาโดยโครงการดำเนินงาน

โครงการ	จำนวนแกนนำ
โครงการส่งเสริมศักยภาพองค์กรชุมชนในการจัดการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวี/เอดส์ในชุมชนภาคเหนือ (51-052)	- แกนนำในพื้นที่ 21 ตำบลๆ ละ 10 คน รวม 210 คน - ทีมหนุนเสริมจังหวัด 29 คน - ทีมหนุนเสริมภาค 12 คน
โครงการปฏิบัติการรณรงค์ป้องกันโรคเอดส์ จ.อุบลราชธานี (51-053)	- คณะทำงานหรือแกนนำในพื้นที่ 66 คน - แกนนำนักเรียน 720 คน (โรงเรียน 8 โรงเรียน โรงเรียนละ 90 คน) แกนนำครู 7 คน
โครงการเสริมสร้างเครือข่ายการทำงานป้องกันโรคเอดส์สู่องค์กรชุมชน(51-057)	- คณะทำงานหรือแกนนำในพื้นที่ 12 ตำบล 120 คน - ทีมหนุนเสริมจังหวัด 15 คน
โครงการพัฒนาศักยภาพคนทำงานด้านเอดส์ประเทศไทย (51-062)	- คณะทำงานองค์กรภาคีสมาชิก กพอ 4 ภาค 120 คน - ภาคีเครือข่าย 12 คน
โครงการสื่อสารเรื่องสิทธิทางเพศเพื่อการป้องกันเอดส์ในกลุ่มผู้ติดเชื้อและชุมชน (51-073)	- แกนนำทำงานร่วมกับองค์กรท้องถิ่น 115 คน - คณะทำงานหรือแกนนำ 30 คน

2. จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่ได้ประโยชน์ด้านการป้องกันเอดส์โดยตรง

กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับผลประโยชน์โดยตรง ได้แก่ แกนนำกลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีและแกนนำเครือข่ายอื่นๆ ในชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์มุ่งเน้นการเพิ่มบทบาท ผู้ติดเชื้อและการมีส่วนร่วมของเครือข่ายอื่นๆ ในการทำงานด้านการพัฒนาและแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนร่วมกับปัญหาเอดส์

มีข้อสังเกตว่า โครงการ 51-062 เน้นการพัฒนาแกนนำเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์เป็นหลัก ประกอบด้วยเครือข่าย 16 เครือข่าย (เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเทศไทย เอดส์และยาเสพติด ความหลากหลายทางเพศ แรงงานข้ามชาติ ชาติพันธุ์

พนักงานบริการ ศาสนา ชุมชน ผู้ชาย หมอเมือง สิทธิมนุษยชน เด็ก เยาวชนด้านเอดส์ประเทศไทย วัดชีนและการวิจัยชุมชน ผู้สูงอายุ และคณะทำงานผู้หญิงในงานเอดส์) นอกจากนี้ โครงการ 51-053 เป็นโครงการดำเนินงานเดียว ที่มีกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับประโยชน์ในด้านการป้องกันเอดส์โดยตรง ได้แก่ กลุ่มนักเรียนมัธยมทั้งนี้ในการประเมินประโยชน์ที่ได้รับในด้านการป้องกันเอดส์สามารถจัดกลุ่มตามผลที่พบจากการวิจัยประเมินผลซึ่งแยกเป็น 3 ลักษณะ ตามแหล่งที่มาของข้อมูล ได้แก่

2.1. การประเมินความรู้ ความตระหนักและความสามารถประเมินความเสี่ยงของตนเองที่เป็นกิจกรรมส่วนหนึ่งภายใต้โครงการที่ได้รับทุนซึ่งประเมิน โดยผู้ดำเนินโครงการ

โครงการที่มีการประเมินความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับเอดส์ คือ โครงการ 51-057 ได้ประเมินผลในกลุ่มเป้าหมาย 2 กลุ่ม คือ กลุ่มแกนนำผู้ติดเชื้อ 70 คน และกลุ่มแม่บ้าน 100 คน ใช้วิธีการประเมินจากการพูดคุยแลกเปลี่ยนและประเมินผลหลังการอบรม พบว่า กลุ่มที่มีความรู้ ตระหนัก และสามารถประเมินความเสี่ยงได้นั้น ได้แก่ กลุ่มแกนนำผู้ติดเชื้อ ส่วนกลุ่มแม่บ้านที่ผ่านการอบรมยังไม่ตระหนัก

ถึงโอกาสเสี่ยงของตนเอง และยังคงรังเกียจ คำว่า เอดส์

2.2 การประเมินความรู้และทัศนคติในกลุ่มแกนนำ/ผู้มีส่วนร่วมในโครงการโดยคณะทำงานฯ คณะทำงานฯ สามารถจัดเก็บข้อมูลจากกลุ่มแกนนำที่เข้าร่วมการสนทนากลุ่มโดยการตอบแบบสอบถามจำนวน 83 คน ผลพบว่ากลุ่มแกนนำมีความรู้ที่ถูกต้อง โดยตอบคำถามตามตัวชี้วัด UNGASS ได้ถูกต้องทั้ง 5 ข้อ คิดเป็นร้อยละ 61.4 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ร้อยละของผู้ตอบคำถามความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ตามตัวชี้วัด UNGASS ได้ถูกต้องในกลุ่มแกนนำ

ข้อคำถามความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์	ร้อยละ
1. การมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวีเพียงคนเดียวและคนนั้นก็ไม่มีเพศสัมพันธ์กับคนอื่น สามารถลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีได้หรือไม่	72.3
2. การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ สามารถลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีได้หรือไม่	98.8
3. คนที่ดูมีสุขภาพดีก็อาจติดเชื้อเอชไอวีได้หรือไม่	97.6
4. คนติดเชื้อเอชไอวีจากยุงกัดได้หรือไม่	86.7
5. คนติดเชื้อเอชไอวีจากการกินอาหารร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้หรือไม่	91.6
ตอบคำถามตามตัวชี้วัด UNGASS ได้ถูกต้องทั้ง 5 ข้อ	61.4

2.3 การประเมินความรู้ ความตระหนัก ทักษะ การประเมินความเสี่ยง และพฤติกรรม การป้องกันโรคเอดส์ ในกลุ่มเป้าหมายนักเรียนในโครงการ 51-053 โดยคณะทำงานฯ

คณะทำงานฯ สามารถเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างนักเรียนในโครงการ 51-053 ได้จำนวน 174 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.4 เป็นเพศชายร้อยละ 25.6 มีอายุเฉลี่ย 15.28 ปี (SD=1.0)

ผลการวิเคราะห์การตอบคำถาม ความรู้เกี่ยว

กับโรคเอดส์จากคำถามทั้ง 10 ข้อ ในแบบสอบถาม สำหรับกลุ่มเป้าหมาย พบว่า กลุ่มแกนนำสามารถตอบคำถามในการป้องกันโรคเอดส์ได้ถูกต้องมากกว่า กลุ่มที่ไม่ได้เป็นแกนนำ ดังข้อมูลที่แสดงไว้ในตารางที่ 3

เมื่อนำข้อคำถามที่สอดคล้องกับตัวชี้วัด UNGASS จำนวน 5 ข้อ มาวิเคราะห์พบมีผู้ตอบถูกต้องทั้ง 5 ข้อ คิดเป็นร้อยละ 17.6 โดยกลุ่มแกนนำตอบถูกต้อง ทั้ง 5 ข้อ ร้อยละ 17.9 (10 คน จาก 56 คน) มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เป็นแกนนำที่ตอบถูกต้องทั้ง 5 ข้อ ร้อยละ 15.7 (16 คน จาก 102 คน) เล็กน้อย

ตารางที่ 3 จำนวน (คน) และร้อยละของกลุ่มเป้าหมายนักเรียน ที่ตอบข้อความความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ถูกต้อง
จำแนกตามสถานะการเป็นแกนนำ

ข้อความ	ตอบได้ถูกต้อง					
	กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด		กลุ่มแกนนำ		กลุ่มไม่ได้เป็นแกนนำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การใช้ถุงยางอนามัยสามารถป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้**	171	98.3 (n=174)	55	96.5 (n=57)	104	99.0 (n=105)
2. การมีคู่นอนเพียงคนเดียวที่ไม่ใช่เชื้อเอดส์ เป็นวิธีหนึ่งที่สามารถป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้**	146	84.4 (n=173)	48	85.7 (n=56)	88	83.8 (n=105)
3. ยุงสามารถเป็นพาหะนำเชื้อเอดส์มาสู่คนได้**	98	56.3 (n=174)	33	57.9 (n=57)	59	56.2 (n=105)
4. การกินอาหารร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์สามารถติดเชื้อเอดส์ได้**	93	54.1 (n=172)	35	61.4 (n=73.7)	52	50.5 (n=103)
5. การใช้ห้องน้ำร่วมกันกับผู้ติดเชื้อเอดส์สามารถติดเชื้อเอดส์ได้	113	64.9 (n=174)	42	73.7 (n=57)	63	60.0 (n=105)
6. คนที่เรามองเห็นว่ามีสุขภาพร่างกาย แข็งแรงดี อาจจะเป็น คนที่มีเชื้อเอดส์ได้**	137	79.2 (n=173)	49	86 (n=57)	79	76.0 (n=104)
7. ในปัจจุบันมียาที่สามารถต้านเชื้อเอดส์ได้	114	65.5 (n=173)	41	71.9 (n=57)	64	61.0 (n=105)
8. ผู้ติดเชื้อเอดส์สามารถเข้าร่วมกิจกรรมใน ชุมชนได้เช่น งานบวช งานแต่ง เป็นต้น	100	81.3 (n=123)	41	90.9 (n=44)	54	76.1 (n=71)
9. ผลจากการตรวจเลือดเป็นวิธียืนยันการติดเชื้อเอดส์ ที่แน่นอนที่สุด	164	94.3 (n=174)	54	94.7 (n=57)	99	94.3 (n=105)
10. โรคเอดส์ไม่ติดต่อทางกรรมพันธุ์	55	31.6 (n=174)	23	40.4 (n=57)	29	27.6 (n=105)

หมายเหตุ * จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ในแต่ละข้อความไม่เท่ากับจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นแกนนำรวมกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้เป็นแกนนำ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างบางส่วนไม่ระบุสถานะแกนนำ

** ข้อความที่ข้อความความรู้ใกล้เคียงสอดคล้องกับตัวชี้วัด UNGASS

ในการประเมินการรับรู้และมีพฤติกรรม
ป้องกันที่เหมาะสม ของกลุ่มแกนนำและกลุ่มเป้าหมาย
ผลปรากฏว่า สัดส่วนของแกนนำในโครงการดำเนินงาน
ต่างๆ มีความเห็นต่อข้อความดังต่อไปนี้ ในระดับ
“เป็นจริง” และ “เป็นจริงที่สุด” ดังนี้

- ร้อยละ 65-100 เห็นด้วยกับข้อความว่า
“ท่านรับรู้และให้ความร่วมมือในการป้องกันและแก้ไขปัญหา
เอดส์ของชุมชน”
- ร้อยละ 90-100 เห็นด้วยกับข้อความว่า
“คนในชุมชนท่านหันมาป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อ

ทางเพศสัมพันธ์ด้วยการใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้น”

- ร้อยละ 83.2-100 เห็นด้วยกับข้อความว่า
“ท่านสามารถร่วมรับประทานอาหาร หรือใช้ห้องน้ำร่วมกับ
ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์โดยไม่รู้สึกรังเกียจ”
- ร้อยละ 80-100 เห็นด้วยกับข้อความว่า
“ท่านสามารถประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น
การออกกำลังกาย ร่วมกับผู้ป่วยเอดส์โดยไม่รู้สึกรังเกียจ”
- ร้อยละ 70-100 เห็นด้วยกับข้อความว่า
“ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัวในชุมชนท่านมี
ส่วนร่วมในกิจกรรมต้านเอดส์”

- ร้อยละ 80-100 เห็นด้วยกับข้อความว่า “ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์มีสิทธิที่จะอยู่อาศัยกับครอบครัวในชุมชนได้”

- ร้อยละ 85-100 เห็นด้วยกับข้อความว่า “ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ในชุมชนท่านสามารถได้รับการรักษาพยาบาล/การเยี่ยมบ้านที่จำเป็นยามเจ็บป่วยได้เท่าเทียมกับคนอื่น ๆ ในชุมชน”

- ร้อยละ 85-100 เห็นด้วยกับข้อความว่า “ท่านเข้าร่วมในกิจกรรม การอบรมให้มีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ การติดต่อของโรคเอดส์ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเอดส์ รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยเอดส์”

- ร้อยละ 40-80 เห็นด้วยกับข้อความว่า “ท่านมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ได้เท่าเทียมกับคนอื่น ๆ ในชุมชน” อนึ่งสาเหตุที่ข้อนี้ มีผู้ตอบว่าเป็นจริงน้อยกว่า ข้อความอื่น ๆ น่าจะเป็นเพราะแกนนำส่วนหนึ่งเป็นผู้ติดเชื้ออยู่แล้ว จึงอาจมีความเห็นในเชิงปฏิเสธต่อข้อความได้มากกว่าคำถามข้ออื่น

- ร้อยละ 83.3-100 เห็นด้วยกับข้อความว่า “ท่านสามารถดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ได้”

- ร้อยละ 75-100 เห็นด้วยกับข้อความว่า “ชุมชนของท่านให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ และครอบครัว”

3. นวัตกรรมในการป้องกันเอดส์ สามารถประมวผล การดำเนินงานที่เป็นนวัตกรรมในการป้องกันเอดส์ได้ ดังนี้

(1) การสร้างเครือข่ายการทำงานเอดส์ซึ่งประกอบด้วย เครือข่ายต่างๆ ในชุมชน

(2) การรวมตัวเป็นคณะทำงานสุขภาพตำบล ทำหน้าที่พัฒนาแผนการทำงานป้องกันเอดส์ เสนอเป็นส่วนหนึ่งในแผนกองทุนสุขภาพระดับตำบล และแผนงานของ อบต.

(3) กระบวนการทำงานกับชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น การทำเวทีประชาคม การจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ การทำแผนชุมชน ทำให้เกิดทัศนคติที่ดีของชุมชนต่องานเอดส์

(4) รูปแบบการทำงานป้องกันเอดส์และสุขภาพ

ในชุมชนโดยเครือข่ายต่างๆ และกลุ่มผู้ติดเชื้อเป็นแกนหลัก ต่างจากที่ผ่านมาที่หน่วยงานสาธารณสุข เป็นแกนหลักในการทำงาน

(5) โครงการสิทธิทางเพศเป็นเรื่องใหม่สำหรับเครือข่ายในชุมชน มีกิจกรรมส่งเสริมการพูดคุยระหว่างกลุ่มเยาวชน และสมาชิกในครอบครัว เช่น เรื่องเพศ เรื่องปัญหาครอบครัว ทำให้มีการสื่อสารและกล้าเปิดเผยหรือ เล่าปัญหาระหว่างกันมากขึ้น

นอกจากนี้ในการดำเนินงานของโครงการต่างๆ มีการพัฒนาหลักสูตร และแนวทางการดำเนินงานเพื่อใช้เป็นเครื่องมือพัฒนาศักยภาพและทักษะของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่เป็นจำนวนมาก อย่างไรก็ตาม พบว่าหลักสูตรที่ได้รับการพัฒนาขึ้นอย่างชัดเจน มี 4 หลักสูตรได้แก่

(1) หลักสูตรการทำงานเรื่องเอดส์และเพศกับเยาวชน

(2) หลักสูตรอบรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ติดเชื้อ (Positive prevention)

(3) หลักสูตรการจัดบริการปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ

(4) หลักสูตรเรื่องกระบวนการทำงานแผนสุขภาพชุมชน

4. กิจกรรมหรือระบบที่สร้างขึ้นเพื่อทำให้การดำเนินงานยั่งยืนต่อไป

กิจกรรมหรือระบบที่สร้างขึ้นเพื่อทำให้การดำเนินงานยั่งยืนต่อไป มีดังนี้

(1) มีแกนนำผู้ติดเชื้อที่ทำงานการป้องกันเอดส์ และแผนสุขภาพชุมชนอย่างต่อเนื่องในพื้นที่

(2) มีเครือข่ายคนทำงานในพื้นที่ที่เป็นแกนนำจากหน่วยงานต่างๆ และได้รับการพัฒนาศักยภาพสามารถทำงานด้านเอดส์ในพื้นที่ร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อได้อย่างต่อเนื่อง มีข้อสังเกตว่าพื้นที่ที่มีสมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมเป็น เครือข่ายดำเนินงานทำให้เกิดโอกาสในการเข้าถึงกองทุนในพื้นที่ได้

(3) เกิดคณะทำงานสุขภาพตำบล ที่ทำหน้าที่พัฒนาแนวทางและแผนการทำงานป้องกันเอดส์ และ

สุขภาพ เสนอเข้าเป็นแผนกองทุนสุขภาพระดับตำบล และแผนงานของ อบต.

(4) แกนนำผู้ติดเชื้อสามารถเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล

(5) ในแต่ละภาคมีทีมสนับสนุนขับเคลื่อนการทำงาน

(6) กระบวนการทำงานที่ส่งเสริมให้ชุมชนร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา วางแผนการทำงาน และทำกิจกรรมร่วมกัน ทำให้ชุมชนสามารถดำเนินงานต่อไปได้ด้วยชุมชนเอง

5. กิจกรรมและระบบที่สร้างโอกาสการขยายผลให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายได้มากขึ้น

กิจกรรมและระบบที่สร้างโอกาสการขยายผลให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายได้มากขึ้นอย่างชัดเจน ได้แก่ การส่งเสริมให้เครือข่ายองค์กรชุมชนอื่นๆ เข้ามาร่วมดำเนินงาน ตั้งแต่การร่วมคิด ร่วมวางแผนการดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายผู้ติดเชื้อที่ปฏิบัติงาน อยู่แล้วในชุมชน

ทั้งนี้ เนื้อหาของกิจกรรมที่ดำเนินการร่วมกัน ได้ถูกกำหนดให้มีเนื้อหาของงานที่ครอบคลุมประเด็นสุขภาพอื่น ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การสื่อสารเรื่องสิทธิทางเพศ รวมไปถึงประเด็นต่างๆ นอกเหนือจากเรื่องการติดเชื้อเอชไอวี ควบคู่ไปกับประเด็นเรื่องการติดเชื้อเอชไอวี

6. ผลการวิเคราะห์เกี่ยวกับประเด็นที่เป็นช่องว่างของงานป้องกันเอดส์

ประเด็นที่เป็นช่องว่างของงานป้องกันเอดส์ในกลุ่มเป้าหมาย ในส่วนของแกนนำในเครือข่ายผู้ติดเชื้อ ได้แก่

(1) เครือข่ายแกนนำโดยเฉพาะแกนนำที่ไม่ใช่ผู้ติดเชื้อ ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

(2) แกนนำในพื้นที่ไม่ได้รับการพัฒนาในจำนวนที่มากเพียงพอที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในชุมชน มีกิจกรรมพัฒนาศักยภาพให้แก่แกนนำเพียง 1-2 ครั้ง ซึ่งไม่เพียงพอ

(3) ในบางพื้นที่ขาดการประเมินสภาพปัญหา

ที่แท้จริงของพื้นที่ แต่ดำเนินกิจกรรมเดิมที่เคยจัดทำมา อาจทำให้ไม่สามารถแก้ไขปัญหาของพื้นที่ได้

(4) เกือบทุกพื้นที่ ไม่ได้มีการวางแผนการประเมินผลกิจกรรมที่จัดในพื้นที่อย่างเป็นระบบ

(5) ในบางพื้นที่ขาดการให้ข้อมูลของโครงการแก่ผู้บริหารหน่วยงานและองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น ทำให้ไม่ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานเหล่านี้

(6) ในระยะยาว การดำเนินงานของเครือข่ายผู้ติดเชื้อ ไม่สามารถดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องได้ หากไม่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณอย่างเพียงพอ เนื่องจากแกนนำผู้ติดเชื้อต้องประกอบอาชีพเพื่อหาเลี้ยงตนเอง

(7) หน่วยงานและประชาชนในพื้นที่บางแห่งยังรังเกียจและไม่ยอมรับศักยภาพของกลุ่มผู้ติดเชื้อในพื้นที่ และไม่ยอมรับให้ผู้ติดเชื้อจากนอกพื้นที่ให้เข้าร่วมกิจกรรมในพื้นที่

(8) โครงการบางโครงการไม่ได้ชี้แจงรายละเอียดให้ผู้ดำเนินการโครงการในระดับภูมิภาค หรือระดับพื้นที่ เช่น อำเภอ/ตำบล ให้เข้าใจ ทำให้ไม่ทราบทิศทาง และการขยายผลไปสู่กว้าง

(9) งบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนไม่เพียงพอในการจัดทำกิจกรรมตลอดทั้งปี ต้องหางบประมาณเพิ่มเติม ซึ่งผู้ดำเนินกิจกรรมต้องใช้งบประมาณส่วนตัวด้วยเป็นบางส่วน

(10) งบประมาณที่สนับสนุนไปยังโครงการต่างๆ ค่อนข้างล่าช้า ส่งผลต่อการดำเนินกิจกรรมทำให้ไม่เป็นไปตามแผนงานของโครงการ

(11) ไม่มีแนวทางที่ชัดเจนให้แก่แกนนำนักเรียนในการขอรับการสนับสนุนเพิ่มเติม จากหน่วยงานในพื้นที่ และไม่มีการประชุมงานกับหน่วยงานในพื้นที่ เพื่อสนับสนุนกิจกรรมในโรงเรียน

7. ความเข้มแข็งของภาคีเครือข่าย

สามารถประมวลผลเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ของภาคีเครือข่ายตามประเด็นต่างๆ ได้แก่ การมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมาย และเครือข่ายป้องกันเอดส์ที่ได้รับการเสริมสร้างความเข้มแข็ง ดังนี้

(1) การมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมาย

โครงการดำเนินงานทั้ง 5 โครงการ ได้ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมายเป็นอย่างดี ตั้งแต่ขั้นตอนการวางแผนงาน การพัฒนาแนวทางการดำเนินงาน การวิเคราะห์สภาพปัญหา หรือการจัดทำหลักสูตรอบรม โดยมีแกนนำ หรือ ผู้แทนกลุ่มเป้าหมาย เข้าร่วมกิจกรรม

อย่างไรก็ตาม ในบางโครงการยังมีปัญหาในการหนุนเสริมการดำเนินงานต่างๆ ที่มีแผนอยู่แล้ว แต่พบว่า การหนุนเสริมยังเกิดขึ้นไม่เพียงพอ และในบางพื้นที่ก็ไม่มีกิจกรรมหนุนเสริมเลย

(2) เครือข่ายป้องกันเอดส์ที่ได้รับการเสริมสร้างความเข้มแข็ง ทุกโครงการดำเนินงานมุ่งเน้นเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับเครือข่ายต่างๆ ที่เข้าร่วมโครงการทั้งที่อยู่ในส่วนกลาง และที่อยู่ในชุมชน โดยผู้ดำเนินงานโครงการเป็นเครือข่ายที่ดำเนินงานด้านเอดส์อยู่แล้ว มีโครงสร้างองค์กรที่เข้มแข็ง มีศักยภาพและมีความสามารถในการบริหารจัดการโครงการได้ดี

ส่วนเครือข่ายที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย เช่น เครือข่ายโรงพยาบาล สถานีนามัย อสม. แม่บ้าน ผู้สูงอายุ ครู และโรงเรียน เยาวชน และองค์กรบริหาร ส่วนท้องถิ่น เช่น อบต. ก็ล้วนแต่มีโครงสร้างองค์กรของเครือข่ายที่ชัดเจนเช่นกัน ผลจากการดำเนินงานของโครงการดำเนินงานได้มีส่วนสนับสนุนให้เกิดความเชื่อมโยงของเครือข่ายต่างๆ ในชุมชนที่เข้มแข็งมากขึ้น

8. การบริหารจัดการโครงการ

ในการประเมินการบริหารจัดการโครงการ ประกอบด้วยด้านต่างๆ ดังนี้

(1) การเงิน การบัญชี

โครงการทุกโครงการมีการจัดการด้านการเงิน และการบัญชีเป็นอย่างดี โดยมีการกำหนดรายละเอียดหมวดรายจ่าย มีการกำหนดอัตราค่าเบิกรายจ่าย มีการจัดทำสมุดบันทึกการใช้รายจ่าย มีใบสำคัญการเงินในการรับ-จ่ายเงิน มีการเปิดบัญชีเงินฝากของธนาคารสำหรับโครงการโดยเฉพาะ และมีระบบการตรวจสอบการเงิน โดยมีเจ้าหน้าที่ของ สวรส. เข้ามาตรวจสอบ

บัญชีโครงการ

(2) คุณภาพของกระบวนการจัดกิจกรรม

แกนนำในโครงการดำเนินงานมีความรู้และทักษะการดำเนินโครงการเป็นอย่างดี เนื่องจากมีตัวแทนแกนนำจากพื้นที่ได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพจากผู้ดำเนินโครงการหลัก และได้ไปขยายความรู้และทักษะแก่กลุ่มแกนนำคนอื่นในพื้นที่ได้

(3) ระบบติดตามและหนุนเสริมให้กับงานในพื้นที่

ในบางโครงการมีทีมหนุนเสริมระดับภาคและระดับจังหวัดติดตาม และร่วมวางแผนการดำเนินงานในบางพื้นที่ แต่ในบางโครงการก็ขาดการหนุนเสริมอย่างเพียงพอ

(4) ความรู้ความสามารถในการบริหารจัดการโครงการทุกโครงการมีแผนงาน โครงสร้างองค์กร การทำงาน มีการสื่อสารภายในองค์กร มีการจัดส่งรายงานความก้าวหน้าและรายงานการเงินจากระดับ พื้นที่ส่งให้กับผู้ดำเนินโครงการหลัก และมีเวทีถอดบทเรียนการดำเนินงาน อย่างไรก็ตาม ไม่สามารถติดตามรายงานการสรุปบทเรียนของบางโครงการได้อย่างครบถ้วน จึงทำให้ไม่สามารถประเมินผลด้านความรู้ความสามารถในการบริหารจัดการโครงการได้ทั้งหมด และยังพบว่าขีดความสามารถในการบริหารจัดการของแต่ละโครงการมีไม่เท่ากัน บางโครงการมีการติดต่อสื่อสารระหว่างส่วนกลางกับพื้นที่ที่ยังไม่มีประสิทธิภาพมากนัก และไม่สามารถนำไปสู่การแก้ไขปัญหาในการดำเนินงานได้

อนึ่ง ในการเปรียบเทียบผลงานกับเป้าหมายการดำเนินงานโครงการ พบว่า ในระดับกิจกรรมหลักทุกโครงการสามารถดำเนินการได้อย่างครบถ้วน อย่างไรก็ตาม ในระดับกิจกรรมย่อย พบว่า ในบางโครงการสามารถจัดกิจกรรมได้มากกว่าเป้าหมาย แต่มีกิจกรรมบางกิจกรรมที่ไม่มีข้อมูลว่าได้ดำเนินการไป หรือในบางกิจกรรมก็พบว่า จำนวนไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

(5) ความสามารถของผู้ดำเนินโครงการในด้านวิชาการ ด้านเทคนิคการป้องกัน

พบว่า ผู้ดำเนินโครงการหลักทั้ง 5 โครงการ มีประสบการณ์ในการดำเนินงานด้านโรคเอดส์มาเป็นระยะเวลานาน มีความรู้ความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ เพื่อให้บุคลากรในพื้นที่มีความรู้และทักษะในการทำงานมากขึ้น

(6) ความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโครงการ จากข้อมูลที่ได้จากโครงการดำเนินงาน 3 โครงการพบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการมีความพึงพอใจในระดับ มาก หรือ ปานกลาง ต่อประเด็นต่างๆ ได้แก่ ความเป็นรูปธรรมของการบริการ ความเชื่อถือได้ในการบริการการตอบสนองต่อกลุ่มเป้าหมาย ความมั่นใจ และการดูแลเอาใจใส่

วิจารณ์

ผลจากการวิจัยสามารถตอบสนองต่อวัตถุประสงค์ของการวิจัยประเมินผลโครงการ ได้ดังนี้

1. ประเมินผลการดำเนินงานของโครงการ

1.1 การพัฒนาหลักสูตร/คู่มือ/แนวทาง ในการดำเนินกิจกรรมเพื่อป้องกันเอดส์

โครงการดำเนินงานทั้ง 5 โครงการ ได้พัฒนาองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนหลักสูตร/คู่มือ/แนวทางในการดำเนินงานไว้อย่างชัดเจน โดยกลุ่มเป้าหมายที่เป็นแกนนำในพื้นที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในการพัฒนา และได้นำผลจากการพัฒนาเหล่านี้ไปใช้ปฏิบัติในพื้นที่อย่างไรก็ตาม หลักสูตร/คู่มือ/แนวทางที่ได้รับการพัฒนาขึ้นเหล่านี้ ยังมีการนำไปใช้ในวงจำกัด ควรมีการเผยแพร่และขยายผลไปสู่พื้นที่อื่นๆ ให้มากขึ้น และมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

1.2 การสร้างแกนนำในการดำเนินกิจกรรมเพื่อป้องกันเอดส์

กล่าวได้ว่า โครงการดำเนินงานนี้ได้พัฒนาแกนนำในกลุ่มเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ และกลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อ ได้อย่างชัดเจน รวมทั้งยังสามารถพัฒนาศักยภาพของแกนนำในกลุ่มเครือข่ายอื่นๆ ให้มีความเข้าใจ และเข้ามาร่วมกันดำเนินงานได้เป็นอย่างดี แกนนำมีความรู้ ความเข้าใจในบริบทของโครงการ

และ มีความสามารถเพียงพอในการดำเนินงานโครงการ

1.3 การได้รับความรู้เรื่องเอดส์และการป้องกันในกลุ่มแกนนำและกลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มแกนนำจาก 5 โครงการตอบคำถามที่วัดความรู้ด้านโรคเอดส์ตามตัวชี้วัดของ UNGASS ได้ถูกต้องทั้ง 5 ข้อ (ร้อยละ 61.4) สูงกว่าผลการเฝ้าระวังในช่วง เวลาเดียวกันในกลุ่มประชากรทั่วไปชายและหญิง (ร้อยละ 55.7 และร้อยละ 54 ตามลำดับ) และกลุ่มประชากรอื่นๆ^(4,5)

อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างที่พบในเรื่องการมีความรู้ที่ถูกต้องมากกว่าของกลุ่มแกนนำนี้อาจเป็นผลจากการดำเนินงานของโครงการ หรืออาจเป็นเพราะ กลุ่มแกนนำ เคยได้รับการพัฒนามาอย่างต่อเนื่องอยู่แล้ว การมีระดับความรู้เรื่องเอดส์และการป้องกันที่ดีจึง ไม่ใช่เป็นเรื่องที่น่าแปลกใจแต่อย่างใด

สำหรับกลุ่มนักเรียนที่เป็นแกนนำ ซึ่งตอบความรู้ทั้งหมด 5 ข้อ ตามตัวชี้วัดของ UNGASS ได้ (ร้อยละ 17.9) สูงกว่ากลุ่มนักเรียนที่ไม่ได้เป็นแกนนำ (ร้อยละ 15.7) เล็กน้อย น่าจะเป็นผลจากการดำเนินงานของโครงการ แต่หากเปรียบเทียบกับนักเรียนกลุ่มอื่นๆ ที่มีข้อมูลจากการเฝ้าระวังฯ ในช่วงเวลาเดียวกัน เช่น ในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 (ร้อยละ 14.6 ในนักเรียนชาย และ ร้อยละ 16.5 ในนักเรียนหญิง)⁽³⁾ ก็พบว่า นักเรียนในโครงการมีระดับความรู้ที่ไม่ได้สูงกว่าประชากรกลุ่มเดียวกัน

1.4 การรับรู้และมีพฤติกรรมป้องกันที่เหมาะสมของกลุ่มแกนนำและกลุ่มเป้าหมาย

พบอย่างชัดเจนว่า แกนนำมีความเห็นที่เกี่ยวกับการรับรู้และมีพฤติกรรมที่เหมาะสมของกลุ่มแกนนำ และกลุ่มเป้าหมายในระดับที่สูงมาก แม้การวัดผลจะเป็นการวัดทางอ้อมโดยผ่านทัศนคติของกลุ่มแกนนำที่ร่วมในการตอบแบบสอบถาม แต่ก็ได้ชี้ว่ากลุ่มแกนนำมีความรับรู้ที่เหมาะสม และมีความเห็นร่วมกันว่า ชุมชน สามารถตอบสนองต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ได้ดีเช่นกัน

2. การสังเคราะห์องค์ความรู้จากการดำเนิน

งานเพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ และ/หรือนโยบาย รวมทั้งเพื่อให้ได้ข้อบ่งชี้เกี่ยวกับแนวปฏิบัติหรือกลวิธีในการป้องกันโรคเอดส์

นวัตกรรมในกระบวนการทำงานที่เด่นของโครงการในกลุ่มนี้ ได้แก่ รูปแบบการดำเนินงานที่แกนนำผู้ติดเชื้อในชุมชน ได้แสดงบทบาทเป็นแกนหลักในการผลักดันการทำงานด้านเอดส์ ควบคู่ไปกับการพัฒนางานด้านสุขภาพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในชุมชน ถือได้ว่าเป็นบทบาทใหม่ที่สมควรสนับสนุนให้เกิดความเข้มแข็งเพิ่มขึ้น และขยายผลต่อไป ทั้งนี้ ถือได้ว่าบทบาทของกลุ่มผู้ติดเชื้อ ได้พัฒนาขึ้นจากเดิมที่เคยเป็นเพียงผู้รับบริการ และเมื่อมีการรวมกลุ่มกันเป็นเครือข่ายก็ได้ร่วมเป็นผู้ให้บริการ^(6,7,8,9) และในกิจกรรมตามโครงการดำเนินงานเหล่านี้ ก็ปรากฏชัดเจนว่า เครือข่ายผู้ติดเชื้อสามารถขยายบทบาทในการพัฒนาและแก้ไขปัญห สุขภาพของชุมชนได้

แม้การดำเนินงานในโครงการหลายโครงการยังคงมีปัญหาในทางปฏิบัติ เช่น การพัฒนาแกนนำไม่เพียงพอ การถ่ายทอดความรู้ไปยังเครือข่ายอื่น ยังไม่ชัดเจน การขาดทีมหนุนเสริม การขาดการประเมินผล และปัญหาด้านการสื่อสารและการบริหารจัดการอยู่บ้าง แต่ก็ถือว่าโครงการดำเนินงานทั้ง 5 โครงการนี้ได้สร้างรูปแบบการดำเนินงานที่ก้าวหน้าขึ้นกว่าเดิม และเป็นแนวทางที่สำคัญในการพัฒนางานสุขภาพในชุมชนได้เป็นอย่างดีในระยะยาว รวมทั้งยังสอดคล้องกับแนวทางการกระจายอำนาจและหน้าที่ให้กับชุมชน และท้องถิ่นในการดูแลปัญหาสุขภาพของตนเองอีกด้วย ข้อเสนอแนะที่ได้จากการประเมินผลในด้านนโยบาย ได้แก่ ควรบูรณาการงานป้องกันและแก้ไขไข้หวัดใหญ่เอดส์กับปัญหาสุขภาพอื่นในชุมชน และสนับสนุนให้เกิดความเชื่อมโยงระหว่างเครือข่ายต่างๆ ให้ร่วมกันจัดการกับปัญหาเอดส์และปัญหาสุขภาพ สำหรับพื้นที่ที่มีเครือข่ายผู้ติดเชื้อที่เข้มแข็ง ก็สามารถสนับสนุนให้เครือข่ายผู้ติดเชื้อมีบทบาท ในการประสานงานเพื่อผลักดันให้เกิดการเชื่อมโยงระหว่างเครือข่ายต่างๆ นอกจากนี้ควรเสนอต่อคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการ

ป้องกันและแก้ไขไข้หวัดใหญ่เอดส์ เพื่อพิจารณามิติดีให้ส่วนราชการที่เกี่ยวข้องให้การสนับสนุนเครือข่าย ผู้ติดเชื้อ และเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาและเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับเครือข่ายในชุมชนต่อไป และในการสนับสนุนทุนเพื่อดำเนินการรณรงค์จัดการให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ในด้านวิชาการ ควรประมวลองค์ความรู้จากโครงการดำเนินงานเหล่านี้เผยแพร่ไปยังพื้นที่ต่างๆ ให้ครอบคลุม ควรพัฒนาทีมงาน และแกนนำในพื้นที่ให้มีความเข้มแข็งและสนับสนุนให้การบริหารจัดการ การสื่อสาร และการประเมินผลโครงการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ดร.วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์ เลขาธิการ คณะอนุกรรมการกำกับและส่งเสริมการปฏิบัติป้องกันโรคเอดส์ และผู้อำนวยการศูนย์ประสานงานพัฒนารูปแบบและกลไกการป้องกันเอดส์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และ ผศ. ดร. สุคนธา คงศิลป์ หัวหน้าศูนย์วิจัยเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและการประเมินผล และคณะเจ้าหน้าที่ ที่ให้การสนับสนุนการวิจัยประเมินผลครั้งนี้ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรค และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในพื้นที่ที่จัดเก็บข้อมูลที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการประสานงานกับเครือข่ายในพื้นที่ และขอขอบคุณ แกนนำเครือข่ายในโครงการดำเนินงาน ที่ได้กรุณาเสียสละเวลาให้ข้อมูล และสนับสนุนเอกสารประกอบการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. เพชรศรี ศิริรินทร์, พชร เบญจรัตนภรณ์, อรทัย หูเจริญพาณิชย์ และพรทิพย์ เข้มเงิน. รายงานความก้าวหน้าระดับประเทศ ตามปฏิญญาวาดด้วยพันธกรณี เรื่อง เอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย มกราคม 2551 - ธันวาคม 2552. นนทบุรี. ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ. พ.ศ. 2553
2. ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ

- รายงานการประชุมคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ครั้งที่ 2/2550 วันที่ 2 เมษายน 2550.
3. เพชรศรี ศิริรินทร์ (บรรณาธิการ). การติดตามการดำเนินงานตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ แนวทางการสร้างตัวชี้วัดหลัก รายงานปี พ.ศ. 2553 (แปลจากหนังสือเรื่อง UNGASS Guidelines on Construction of Core Indicators 2010 Reporting). นนทบุรี: ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ (ศบจอ.), พ.ศ. 2552.
 4. การเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ปี พ.ศ. 2551. นนทบุรี: สำนักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, มีนาคม พ.ศ.2552 (พฤติกรรมกลุ่มประชากรทั่วไปปี 51)
 5. การเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีใน ประชากรกลุ่มต่างๆ และสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2552. นนทบุรี: สำนักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, มีนาคม พ.ศ.2553.
 6. พิชโรบล นาคประทาน. ประสบการณ์การรวมตัวกลุ่มผู้ติดเชื้อเอดส์ในภาคเหนือตอนบนประเทศไทย. เชียงใหม่: นพบุรีการพิมพ์, พ.ศ. 2541.
 7. อุษมา ดวงสา, ลิซ่า กันธมาลา, กุลธิดา จันทร์เจริญ, และคณะ. มกราคม พัฒนาการและบทเรียนของกลุ่ม และเครือข่ายผู้ติดเชื้อ (กรณีภาคเหนือตอนบน ประเทศไทย) คณะทำงานกรณีศึกษาที่ 4 พัฒนาการและบทเรียนของกลุ่มและเครือข่ายผู้ติดเชื้อ (กรณีภาคเหนือตอนบน ประเทศไทย).
 8. ศูนย์บริการแบบองค์รวม เปลี่ยนบทบาทผู้ติดเชื้อ "ผู้รับบริการ" สู่ "ผู้ร่วมให้บริการ". http://www.thaiplus.net/autopage/show_page.php?h=2&s_id=9&d_id=2 (มีนาคม พ.ศ.2553)
 9. เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย. <http://www.thaiplus.net> (มีนาคม พ.ศ.2553)

การประเมินความรู้ ทักษะ พฤติกรรมของเยาวชนเรื่องโรคเอดส์ในกรุงเทพมหานคร

Evaluation of Knowledge, Attitude and Risk Behavior among Youth

in Bangkok Academic Institute

นุชนารถ แก้วดำเกิง พย.บ.,วทม.,

Nuchanart Kaedumkoeng B.N.S.,M.S.,

ชีวันท์ เลิศพิริยสุวัฒน์ พ.บ., สม.,

Cheewanan Lertpiriyasuwat M.D.,M.P.H.,

กฤตยา กล้าวิจิตร พย.บ.,

Kritaya Klumwijit B.N.S.,

สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

Bureau of AIDS, Tuberculosis and STIs

กรมควบคุมโรค

Department of Disease Control

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจข้อมูลความรู้ ทักษะ พฤติกรรมของเยาวชนในสถานศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร ระดับมัธยมศึกษาและระดับอาชีวศึกษา โดยเก็บข้อมูล 2 ครั้ง คือ เดือนพฤษภาคม และสิงหาคม พ.ศ. 2552 โดยใช้แบบสอบถาม ผลการสำรวจดังนี้ กลุ่มตัวอย่างหลังโครงการมีความรู้ในเรื่องเอดส์สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างก่อนโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า มีค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมหลังโครงการสูงกว่าก่อนโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าเฉลี่ยคะแนนรวมของทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับความรู้เรื่องเอดส์ และการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีหลังโครงการสูงกว่าก่อนโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มที่เคยเสพยาเสพติดและเสพยาของมึนเมา ก่อนมีเพศสัมพันธ์ พบว่าส่วนใหญ่ไม่ใช้อย่างอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ เหตุผลสำคัญของการไม่ใช้อย่างอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น ได้แก่ กลัวคู่นอนไม่สนุกไม่เป็นธรรมชาติ กลัวคู่นอนคิดว่าจะไม่ไว้วางใจหรือไม่เชื่อใจกัน และไม่กล้าพกติดตัวเพราะกลัวครอบครัวและสังคมตำหนิ กลุ่มตัวอย่างทั้งที่เคยมีเพศสัมพันธ์และไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี ในอัตราส่วนร้อยละที่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กิจกรรมในสถานศึกษาต้องได้รับความร่วมมือจากผู้เกี่ยวข้อง เช่น ผู้บริหารสถานศึกษา และครูที่เกี่ยวข้อง กิจกรรมที่ดำเนินงานต้องเหมาะสมกับบริบทของเยาวชน และสอดคล้องกับความสนุกสนาน กิจกรรมควรสร้างการมีส่วนร่วมของเยาวชน

Abstract

The objective of this study was to survey the knowledge, attitude toward the HIV/AIDS prevention and risk behavior among youth in Bangkok academic institute. The samples consisted of students in the secondary schools and vocational colleges. The questionnaires were used to retrieve the data in May and August 2009. The results indicated that the samples had knowledge and attitude toward AIDS higher than before participating the program. The samples who answered the AIDS knowledge and AIDS epidemic accurately were higher than before participating the program. Most of samples who ever used drug and alcohol before sexual intercourse did not use condom. The reasons of this behavior were the misconception about condom used-unnatural feeling, not having fun, afraid of partner's distrust, afraid of family and social blaming and stigmatization. In addition, this study showed that the number of HIV blood testing between people who

had or never had sex was not significant difference. The AIDS/HIV prevention activities in academic institute should be cooperated with school boards, teachers, students and related people. The activities should be appropriate to the youth contexts, having fun and building on youth participation.

ประเด็นสำคัญ-

ความรู้ทัศนคติ พฤติกรรม
โรคเอดส์ เยาวชน

Keywords

Knowledge, attitude, behavior
AIDS, Youth

บทนำ

เยาวชนเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญของแผนงานรณรงค์ป้องกันและลดการแพร่ระบาดของเอชไอวีเนื่องจากข้อมูลการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาและการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในกลุ่มเยาวชน ให้ข้อมูลไปในทางที่สอดคล้องกันว่า เยาวชนเป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มความเสี่ยงที่จะติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากมีปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมการแพร่ระบาดหลายประการ เช่น ค่านิยมการมีเพศสัมพันธ์ของเยาวชน สถาบันต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องได้ทำการสำรวจ และให้ผลสอดคล้องตรงกันคือ กลุ่มวัยรุ่นมีค่านิยมที่ยอมรับการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานมีสัดส่วนเพิ่มมากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบผลการสำรวจทัศนคติของเยาวชนในปี 2550 กับปี 2551 โดยผลการสำรวจของเครือข่ายเยาวชนต้านเอดส์ประเทศไทย ในปี 2550 ใน 11 จังหวัดพบว่าเยาวชนอายุระหว่าง 15-22 ปี ร้อยละ 48.8 ยอมรับได้กับการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นโดยไม่แต่งงาน นอกจากนี้ เยาวชนร้อยละ 67.2 เห็นว่าการตัดสินใจมีเพศสัมพันธ์เป็นสิทธิส่วนบุคคล ร้อยละ 39.1 เห็นว่าการมีเพศสัมพันธ์แบบเปลี่ยนคู่นอน ในช่วงวัยรุ่นเป็นเรื่องปกติ ผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มเด็กนักเรียนใน 24 จังหวัดโดยสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค⁽¹⁾ พบว่านักเรียนให้ประวัติเคยมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์แล้วสูงมาก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ผลการสำรวจในปี พ.ศ. 2551 พบประมาณร้อยละ 3 ในกลุ่มเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น (อายุเฉลี่ย 13 ปี) ประมาณร้อยละ 15-24 ในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายสายสามัญ (อายุเฉลี่ย 16 ปี) และประมาณร้อยละ 37-

43 ในนักเรียนสายอาชีวศึกษา (อายุเฉลี่ย 17 ปี) เยาวชนขาดทักษะ และความตระหนักในการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ เพื่อการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวี เด็กและเยาวชนเข้าถึงสื่อลามก และความรุนแรงต่างๆ ได้อย่างง่ายดาย ขาดทักษะในการจัดการเวลาว่างให้เกิดประโยชน์ของเยาวชน รวมทั้งการขาดความรับผิดชอบของผู้ประกอบการ ทำให้เด็กและเยาวชนเข้าถึงสื่อที่เป็นอันตรายเพิ่มมากขึ้น และสามารถเข้าถึงได้ง่ายเช่นกัน ไม่ว่าจะเป็นผ่านหนังสือ โทรศัพท์มือถือ วีซีดี ดีวีดี และอินเทอร์เน็ต ผู้ผลิตจำนวนไม่น้อยมุ่งสร้างผลผลิต และผลกำไร โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบทางลบต่อเด็ก และเยาวชน เด็ก และเยาวชนมีพฤติกรรมการดื่มสุราเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ทำให้ขาดสำนึกในความรับผิดชอบต่อการทำในขณะนั้นเมื่อนอกจากนี้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังมีผลให้ผู้ดื่มแสดง ความรุนแรงต่อครอบครัว และสังคม อีกทั้งยังก่อให้เกิดการแสดงออกที่รุนแรงในพฤติกรรมทางเพศด้วย เด็ก และเยาวชนขาดความรู้และความตระหนักในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวี

วัสดุและวิธีการศึกษา

ดำเนินการสำรวจกลุ่มเยาวชนในกรุงเทพมหานครทั้งหมด 6 แห่ง ประกอบด้วยนักเรียนในระดับมัธยมศึกษาและระดับอาชีวศึกษา โดยมีการสำรวจข้อมูลเบื้องต้น กลุ่มตัวอย่างครั้งแรกในเดือนพฤษภาคม-มิถุนายน พ.ศ. 2552 จำนวน 894 คน และการเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 หลังการดำเนินกิจกรรมในโครงการเสร็จสิ้นในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2552 จำนวน 854 คน โดยใช้แบบ

สอบถาม แบ่งเป็น 5 ส่วนดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องเอดส์และการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี (เอดส์) ส่วนที่ 3 ทักษะเกี่ยวกับเอดส์และการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อฯ ส่วนที่ 4 ประสบการณ์และพฤติกรรมทางเพศ การหาคุณภาพของเครื่องมือเชิงปริมาณ ใช้การวัดความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม ด้วยการนำร่างแบบสอบถามทั้งฉบับ ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องกับโครงการฯ ในพื้นที่ร่วมพิจารณาและปรับแก้ไขร่วมกัน รวมถึงการหาความตรงของภาษา และได้ดำเนินการทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ด้วยการนำไปทดสอบ (Try out) การวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถาม ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสถิติที่ใช้ ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย การวิเคราะห์ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน กิจกรรมที่ดำเนินงานในสถานศึกษา ประกอบด้วย การจัดตั้งคณะทำงาน และจัดประชุมคณะทำงานจากหน่วยงานเครือข่าย เพื่อร่วมหาแนวทางการดำเนินงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ จัดการพัฒนาศักยภาพ/อบรม/เวทีชุมชนให้กับแกนนำเยาวชนและผู้เกี่ยวข้องในสถานศึกษาให้เห็นความสำคัญของการดำเนินงานด้านการป้องกันเอดส์ ลดปัจจัยเสี่ยงจากบุหรี่ยาเสพติด และมีความรู้ ความเข้าใจในการป้องกันเอดส์จากการมีเพศสัมพันธ์ มีความตระหนักในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สนับสนุนให้สถานศึกษาจัดกิจกรรมโดยจัดทำโครงการย่อยด้านการป้องกันเอดส์ จัดกิจกรรมในสถานศึกษาและประชาสัมพันธ์ ได้แก่ การให้ความรู้ จัดกิจกรรมการประกวดในรูปแบบต่างๆ เช่น การประกวดคำขวัญ ภาพวาด โครงการด้านการป้องกันเอดส์ กิจกรรมสร้างความสนุกสนานและสอดแทรกสาระเกี่ยวกับโรคเอดส์ จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ในการให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์สำหรับเยาวชน จัดทำป้ายณรงค์ ตามสถานศึกษา การจัดเวทีชุมชน ให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องเอดส์และเพศศึกษา โดยเชิญผู้เกี่ยวข้อง เช่น ผู้ปกครอง ผู้นำชุมชน ครูผู้สอน กรรมการสถานศึกษา ผู้บริหารสถานศึกษา และเยาวชน ร่วมในเวทีดังกล่าว จัดประชุมผู้เกี่ยวข้องจากหลายภาคส่วน เพื่อสรุปผลการดำเนินงาน

ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน ระยะเวลาการดำเนินงาน 1 ปี

ผลการศึกษา

การรายงานผลด้านการประเมิน ผลความรู้ ทักษะ พฤติกรรมของเยาวชนกลุ่มตัวอย่างในช่วงก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมของโครงการ โดยมีกิจกรรมต่างๆ ที่ดำเนินงานโดย สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และสถานศึกษา ดังนี้ ประกอบด้วย การจัดตั้งคณะทำงานและจัดประชุมคณะทำงานจากหน่วยงานเครือข่าย เพื่อร่วมหาแนวทางการดำเนินงาน ร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ จัดการพัฒนาศักยภาพให้กับแกนนำเยาวชนและผู้เกี่ยวข้องในสถานศึกษาให้เห็นความสำคัญของการดำเนินงานด้านการป้องกันเอดส์ ลดปัจจัยเสี่ยงจากบุหรี่ยาเสพติด และแอลกอฮอล์ และมีความรู้ ความเข้าใจในการป้องกันเอดส์จากการมีเพศสัมพันธ์ มีความตระหนักในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในลักษณะการพักค้าง 2 วัน 1 คืน ในรูปแบบการบรรยาย อภิปราย ฐานกิจกรรมให้ความรู้ในเรื่องเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การบริโภคยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสนับสนุนให้สถานศึกษาจัดทำโครงการย่อยด้านการป้องกันเอดส์ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของเยาวชนและครูผู้เกี่ยวข้อง จัดกิจกรรมในสถานศึกษาและประชาสัมพันธ์ ได้แก่ การให้ความรู้ จัดกิจกรรมการประกวดในรูปแบบต่างๆ เช่น การประกวดคำขวัญ ภาพวาด โครงการด้านการป้องกันเอดส์ กิจกรรมสร้างความสนุกสนานและสอดแทรกสาระเกี่ยวกับโรคเอดส์ จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ในการให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์สำหรับเยาวชน จัดทำป้ายณรงค์ตามสถานศึกษา การจัดเวทีชุมชน ให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องเอดส์และเพศศึกษา โดยเชิญผู้เกี่ยวข้อง เช่น ผู้ปกครอง ผู้นำชุมชน ครูผู้สอน กรรมการสถานศึกษา ผู้บริหารสถานศึกษา และเยาวชน ร่วมในเวทีดังกล่าว จัดประชุมผู้เกี่ยวข้องจากหลายภาคส่วน เพื่อสรุปผลการดำเนินงาน ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ในกรุงเทพมหานครก่อนเริ่มโครงการ จำนวน 894 คน จำแนกเป็นระดับชั้นมัธยมศึกษา 446 ร้อยละ 49.89 ระดับอาชีวศึกษา 448 ร้อยละ 50.1 เก็บข้อมูลหลังโครงการ จำนวน 854 คน จำแนกเป็นระดับชั้นมัธยมศึกษา 384 ร้อยละ 44.96 ระดับอาชีวศึกษา 470 ร้อยละ 50.04 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 15-17 ปี และเคยได้รับความรู้เรื่องเอดส์มาก่อน

กลุ่มตัวอย่างทั้งสองระยะของโครงการ ประมาณ 1 ใน 4 ระบุว่าเคยใช้สารเสพติดในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมา ทั้งนี้ สารเสพติดส่วนใหญ่ที่เคยเสพได้แก่

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังโครงการที่ตอบคำถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องเอดส์ และการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี (เอดส์) ของ UNGASS ถูกต้องครบทั้ง 5 ข้อแรก จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	รวมคำตอบ	ก่อนโครงการ		หลังโครงการ		X ²
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
มัธยมศึกษา	ถูกทั้ง 5 ข้อ	85	19.06	158	41.15	48.62***
	ถูกไม่ครบ 5 ข้อ	361	80.94	226	58.85	
	รวม	446	100.00	384	100.00	
อาชีวศึกษา	ถูกทั้ง 5 ข้อ	103	22.99	139	29.57	5.12*
	ถูกไม่ครบ 5 ข้อ	345	77.01	331	70.43	
	รวม	448	100.00	470	100.00	
รวมทุกระดับ	ถูกทั้ง 5 ข้อ	188	21.03	297	34.78	41.18***
	ถูกไม่ครบ 5 ข้อ	706	78.97	557	65.22	
	รวม	894	100.00	854	100.00	

หมายเหตุ * p < .05, ** p < .01, ***p < .001

ส่วนที่ 3 ทักษะเกี่ยวกับเอดส์และการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี

จากตารางที่ 2 พบว่า ทักษะเรื่องเอดส์ การป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีของ

แอลกอฮอล์ บุหรี่ และกัญชา ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องเอดส์และการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี

จากการสำรวจความรู้เรื่องเอดส์และการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีของกลุ่มตัวอย่างทั้งก่อนและหลังโครงการ ได้ผลการวิเคราะห์ในประเด็นต่าง ๆ

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างหลังโครงการ ทั้งในระดับมัธยมศึกษาและอาชีวศึกษา และโดยรวมทั้งสองระดับ ตอบได้ถูกต้องครบทั้ง 5 ข้อแรกของ UNGASS ในอัตราส่วนร้อยละที่มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนกลุ่มตัวอย่างก่อนโครงการ

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังโครงการที่ตอบคำถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องเอดส์ และการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี (เอดส์) ของ UNGASS ถูกต้องครบทั้ง 5 ข้อแรก จำแนกตามระดับการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างหลังโครงการ มีอัตราส่วนร้อยละของคำตอบที่แสดงถึงทัศนคติที่ถูกต้องที่สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างในช่วงก่อนโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 8 ข้อใน 9 ข้อ ยกเว้นในข้อที่ 4 กลุ่มตัวอย่างหลัง

โครงการค่าเฉลี่ยคะแนนรวมของกลุ่มตัวอย่างสูงกว่าก่อนโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละคำตอบของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังโครงการเกี่ยวกับทัศนคติเรื่องเอดส์ และการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี

ทัศนคติเกี่ยวกับเอดส์ และการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี		ก่อนโครงการ		หลังโครงการ		X ² (df=1)
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1. การมีเพศสัมพันธ์ ควรใส่ถุงยางอนามัย 2 ชั้นที่อวัยวะเพศ เพื่อป้องกันการรับเชื้อเอชไอวี(เอดส์) ได้มากกว่าการใส่ถุงยางอนามัยชั้นเดียว	ใช่	161	18.05	161	18.05	63.84 ***
	ไม่ใช่	331	37.11	331	37.11	
	ไม่แน่ใจ	400	44.84	400	44.84	
	รวม	892	100.00	892	100.00	
2. การเลือกใช้ถุงยางอนามัยขนาดใหญ่ กว่าอวัยวะเพศ สามารถป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี(เอดส์) ได้	ใช่	32	3.60	32	3.60	15.30 ***
	ไม่ใช่	585	65.73	585	65.73	
	ไม่แน่ใจ	273	30.67	273	30.67	
	รวม	890	100.00	890	100.00	
3. ถ้าไม่มีสารหล่อลื่นชนิดน้ำ สามารถใช้ น้ำมันทาผิวหรือ โลชั่นกับถุงยางอนามัย แทนสารหล่อลื่นชนิดน้ำได้	ใช่	147	16.55	147	16.55	36.50 ***
	ไม่ใช่	289	32.55	289	32.55	
	ไม่แน่ใจ	452	50.90	452	50.90	
	รวม	888	100.00	888	100.00	
4. ผู้ชายควรรับผิดชอบเรื่องการใส่ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ขณะที่ผู้หญิงควรรับผิดชอบเรื่องการให้ยาคุมกำเนิด เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์	ใช่	696	78.11	696	78.11	5.35
	ไม่ใช่	71	7.97	81	9.51	
	ไม่แน่ใจ	124	13.92	90	10.56	
	รวม	891	100.00	852	100.00	
5. การหลังขังนอก ปลอดภัยจากการติดเชื้อเอชไอวี(เอดส์)	ใช่	185	20.74	150	17.67	13.66 **
	ไม่ใช่	337	37.78	395	46.53	
	ไม่แน่ใจ	370	41.48	304	35.81	
	รวม	892	100.00	849	100.00	
6. การใช้ห้องน้ำร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี(เอดส์) เสี่ยงต่อการติดเชื้อ	ใช่	308	34.53	245	28.93	30.02 ***
	ไม่ใช่	213	23.88	304	35.89	
	ไม่แน่ใจ	371	41.59	298	35.18	
	รวม	892	100.00	847	100.00	
7. ติดเชื้อเอชไอวี(เอดส์) ควรอยู่ที่สถาน พยาบาล หรือที่พิเศษเฉพาะของผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวี(เอดส์) เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ	ใช่	510	57.69	442	52.00	6.02 *
	ไม่ใช่	203	22.96	230	27.06	
	ไม่แน่ใจ	171	19.34	178	20.94	
	รวม	884	100.00	850	100.00	
8. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือใช้สารเสพติดประเภทต่างๆ จะช่วยกระตุ้นและสร้างความสุขในการมีเพศสัมพันธ์	ใช่	327	36.99	394	46.30	22.60 ***
	ไม่ใช่	193	21.83	196	23.03	
	ไม่แน่ใจ	364	41.18	261	30.67	
	รวม	884	100.00	851	100.00	
9. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือใช้สารเสพติดประเภทต่างๆ จะทำให้ไม่อยากใส่ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์	ใช่	268	30.35	382	44.78	58.27 ***
	ไม่ใช่	125	14.16	152	17.82	
	ไม่แน่ใจ	490	55.49	319	37.40	
	รวม	883	100.00	853	100.00	

หมายเหตุ a คำตอบเกี่ยวกับทัศนคติเรื่องเอดส์ การป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี(เอดส์) ที่ถูกต้อง * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

ส่วนที่ 4 ประสิทธิภาพและพฤติกรรมทางเพศ

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังโครงการมีอัตราส่วนร้อยละในการมีเพศสัมพันธ์ในช่วง

2 เดือนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในเพศชายและเพศหญิง

ตารางที่ 3 ประสิทธิภาพการมีเพศสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศ	ก่อนโครงการ		หลังโครงการ		X^2
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ประสิทธิภาพการมีเพศสัมพันธ์	848	100.00	851	100.00	4.14*
เคยมีเพศสัมพันธ์ (ก่อนโครงการ)	151	17.81	11	1.29	
เคยมีเพศสัมพันธ์ (ก่อนโครงการและช่วง 2 เดือน)			151	17.74	
มีเพศสัมพันธ์เป็นครั้งแรกในช่วง 2 เดือนระหว่างโครงการ			34	4.00	
ไม่เคย	697	82.19	655	76.97	

หมายเหตุ * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

เมื่อพิจารณาประสิทธิภาพการมีเพศสัมพันธ์ในช่วง 2 เดือนกับประสิทธิภาพการดูสื่อกระตุ้นทางเพศของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนโครงการและระหว่างโครงการ พบว่า ทั้งในกลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์และในกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ในช่วงระหว่างโครงการเคยมีประสิทธิภาพการดูสื่อกระตุ้นทางเพศ

ในอัตราร้อยละที่ต่ำกว่าในช่วงก่อนโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มตัวอย่างที่มีการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในช่วงอายุ 15-17 ปี ทั้งในช่วงก่อนโครงการและช่วงหลังโครงการ และพบผลเช่นเดียวกันในกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก

ตารางที่ 4 ข้อมูลทั่วไป ก่อนและระหว่างโครงการกับประสิทธิภาพการดูสื่อโป๊ จำแนกตามประสิทธิภาพการมีเพศสัมพันธ์

ประสิทธิภาพการมีเพศสัมพันธ์	ประสิทธิภาพการดูสื่อกระตุ้นทางเพศ	ก่อนโครงการ		หลังโครงการ		X^2
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เคย	เคย	144	96.00	132	71.35	34.68***
	ไม่เคย	6	4.00	53	28.65	
	รวม	150	100.00	185	100.00	
ไม่เคย	เคย	452	65.60	344	51.73	26.88***
	ไม่เคย	237	34.40	321	48.27	
	รวม	689	100.00	665	100.00	

หมายเหตุ * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

จากการเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างก่อนโครงการ และหลังโครงการเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยในช่วง 2 เดือนจำแนกตามบุคคลที่มีเพศสัมพันธ์ด้วยพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มตัวอย่างก่อนโครงการ และหลังโครงการ

ในการใช้ถุงยางอนามัยกับบุคคลที่มีเพศสัมพันธ์ด้วยทุกกลุ่ม แม้พบว่าการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับคู่อุปถัมภ์ที่เป็นเพศตรงข้ามและเพศเดียวกันในอัตราส่วนที่สูงขึ้นในช่วงหลังโครงการแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังโครงการที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายกับการใช้ถุงยางอนามัย จำแนกตามบุคคลที่มีเพศสัมพันธ์ด้วย

บุคคลที่มีเพศสัมพันธ์ด้วย ในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งครั้งล่าสุด	ก่อนโครงการ				หลังโครงการ				X ²
	การใช้ถุงยางอนามัย จำนวน (ร้อยละ)				การใช้ถุงยางอนามัย จำนวน (ร้อยละ)				
	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ	รวม	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ	รวม	
คูรัก แฟน ที่เป็นเพศตรงข้าม	29 (26.85)	70 (64.81)	9 (8.33)	108 (100.00)	54 (34.39)	93 (59.24)	10 (6.37)	157 (100.00)	1.83
คูรัก แฟน ที่เป็นเพศเดียวกัน	2 (13.33)	12 (80.00)	1 (6.67)	15 (100.00)	5 (20.83)	19 (79.17)	0 (0.00)	24 (100.00)	1.89
กิ๊ก หรือคนรู้จักคุ้นเคย (ไม่ใช่เพื่อน)	4 (44.44)	5 (55.56)	0 (0.00)	9 (100.00)	1 (33.33)	1 (33.33)	1 (33.33)	3 (100.00)	3.29
เพื่อน					1 (25.00)	3 (75.00)	0 (0.00)	4 (100.00)	---
คนรู้จักทาง Internet	3 (75.00)	1 (25.00)	0 (0.00)	4 (100.00)	0 (0.00)	1 (100.00)	0 (0.00)	1 (100.00)	1.88
บุคคลที่เพิ่งรู้จัก	1 (25.00)	2 (50.00)	1 (25.00)	4 (100.00)	0 (0.00)	1 (100.00)	0 (0.00)	1 (100.00)	0.83
บุคคลในครอบครัว					1 (50.00)	1 (50.00)	0 (0.00)	2 (100.00)	---
ผู้ชายหรือให้บริการทางเพศ									
อื่น ๆ	0 (0.00)	2 (100.00)	0 (0.00)	2 (100.00)	1 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (100.00)	3.00

หมายเหตุ * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังโครงการในการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งในช่วง 2 เดือนกับบุคคลที่มีเพศสัมพันธ์ด้วย พบว่า อัตราร้อยละของการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งในทุกกลุ่ม ที่มีเพศสัมพันธ์ด้วย ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ทั้งในช่วงก่อนโครงการและหลังโครงการในระดับมัธยมศึกษาที่มีการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งในการมีเพศสัมพันธ์กับแฟน คูรักที่เป็นเพศตรงข้ามในช่วงระหว่างโครงการสูงกว่า ช่วงก่อนโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังโครงการกับการใช้ถุงยางอนามัย จำแนกตามบุคคลที่มีเพศสัมพันธ์ด้วย บุคคลที่มีเพศสัมพันธ์ด้วยการใช้ถุงยางอนามัย

บุคคลที่มีเพศสัมพันธ์ด้วย	การใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์	ก่อนโครงการ		หลังโครงการ		X^2, df, p
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1. คู่รัก แฟน เพศตรงข้าม	ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง	22	21.15	35	22.88	0.18
	ใช้ถุงยางอนามัยบางครั้ง	45	43.27	67	43.79	
	ไม่เคยใช้ถุงยางอนามัย	37	35.58	51	33.33	
	รวม	104	100.00	153	100.00	
2. คู่รัก แฟน เพศเดียวกัน	ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง	8	30.77	6	17.65	1.64
	ใช้ถุงยางอนามัยบางครั้ง	4	15.38	8	23.53	
	ไม่เคยใช้ถุงยางอนามัย	14	53.85	20	58.82	
	รวม	26	100.00	34	100.00	
3. กิ๊ก คนคุ้นเคย ที่ไม่ใช่เพื่อน	ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง	9	30.00	8	42.11	0.91
	ใช้ถุงยางอนามัยบางครั้ง	13	43.33	6	31.58	
	ไม่เคยใช้ถุงยางอนามัย	8	26.67	5	26.32	
	รวม	30	100.00	19	100.00	
4. เพื่อน	ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง	8	53.33	5	29.41	2.85
	ใช้ถุงยางอนามัยบางครั้ง	4	26.67	4	23.53	
	ไม่เคยใช้ถุงยางอนามัย	3	20.00	8	47.06	
	รวม	15	100.00	17	100.00	
5. คนที่เพิ่งรู้จัก	ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง	11	73.33	8	50.00	2.84
	ใช้ถุงยางอนามัยบางครั้ง	0	0.00	2	11.76	
	ไม่เคยใช้ถุงยางอนามัย	4	26.67	6	37.50	
	รวม	15	100.00	16	94.12	
6. คนรู้จักทาง Internet	ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง	8	61.54	5	45.45	0.87
	ใช้ถุงยางอนามัยบางครั้ง	1	7.69	2	18.18	
	ไม่เคยใช้ถุงยางอนามัย	4	30.77	4	36.36	
	รวม	13	100.00	11	100.00	
7. คนในครอบครัว	ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง	4	66.67	1	16.67	3.13
	ใช้ถุงยางอนามัยบางครั้ง	1	16.67	2	33.33	
	ไม่เคยใช้ถุงยางอนามัย	1	16.67	3	50.00	
	รวม	6	100.00	6	100.00	
8. ผู้ให้บริการทางเพศ	ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง	6	60.00	6	54.55	3.25
	ใช้ถุงยางอนามัยบางครั้ง	2	20.00	0	0.00	
	ไม่เคยใช้ถุงยางอนามัย	2	20.00	5	45.45	
	รวม	10	100.00	11	100.00	
9. อื่น ๆ	ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง	4	80.00	0	0.00	2.40
	ใช้ถุงยางอนามัยบางครั้ง	0	0.00	0	0.00	
	ไม่เคยใช้ถุงยางอนามัย	1	20.00	1	100.00	
	รวม	5	100.00	1	100.00	

หมายเหตุ * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

ความคิดเห็นต่อเหตุผลสำคัญของการไม่ใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น ส่วนใหญ่แล้วเชื่อว่าเหตุผลสำคัญได้แก่ กลัวคู่นอนไม่สนุกไม่เป็นธรรมชาติ กลัวคู่นอนคิดว่าไม่ไว้วางใจหรือไม่เชื่อใจกัน ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังโครงการ ต่อการไม่ใช้ถุงยางอนามัยของวัยรุ่น

และไม่กล้าพกติดตัวเพราะกลัวครอบครัวยุติและสังคมตำหนิ ทั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งในช่วงก่อนโครงการ และหลังโครงการ มีความคิดเห็นในอัตราร้อยละที่ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 7

ความคิดเห็นต่อการไม่ใช้ถุงยาง	ก่อนโครงการ		หลังโครงการ		X ²
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ความคิดเห็นต่อเหตุผลสำคัญ-ของการไม่ใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น	779	100	785	100	45.67***
กลัวคู่นอนไม่สนุก ไม่เป็นธรรมชาติ	254	32.61	257	32.74	
กลัวคู่นอนสงสัยว่าตนเองไม่บริสุทธิ์	28	3.59	35	4.46	
กลัวคู่นอนคิดว่า “ไม่ไว้วางใจ” หรือ “ไม่เชื่อใจกัน”	163	20.92	166	21.15	
ไม่กล้าพกติดตัว เพราะกลัวครอบครัวยุติและสังคมตำหนิ	191	24.52	155	19.75	
หาซื้อได้ยาก	16	2.05	20	2.55	
อื่น ๆ และตอบเหตุผลมากกว่า 1 ข้อ	78	10.01	125	15.92	
ไม่ทราบ	49	6.29	27	3.44	

หมายเหตุ * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

กลุ่มตัวอย่างทั้งที่เคยมีเพศสัมพันธ์และที่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ก่อนและหลังโครงการส่วนใหญ่ไม่เคย

ตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อ HIV ในอัตราส่วนร้อยละ ที่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังโครงการ ต่อการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อ HIV

การตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อ HIV	ก่อนโครงการ		หลังโครงการ		X ²
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ผู้เคยมีเพศสัมพันธ์	151	100	183	100	0.48
ไม่เคยตรวจ	139	92.05	172	93.99	
เคย	12	7.95	11	6.01	
ในกลุ่มผู้เคยตรวจ	12	7.95	11	6.01	
เคยตรวจและทราบผล	7	4.64	2	1.09	
เคยตรวจแต่ไม่ทราบผล	4	2.65	2	1.09	
ผู้ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์	690	100	649	100.00	0.03
ไม่เคยตรวจ	673	97.54	634	97.69	
เคย	17	2.46	15	2.31	
ในกลุ่มผู้เคยตรวจ	17	2.46	15	2.31	
เคยตรวจและทราบผล	13	1.88	7	1.08	
เคยตรวจแต่ไม่ทราบผล	3	0.43	4	0.62	

หมายเหตุ * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

วิจารณ์

การประเมินผลความรู้ ทักษะ พฤติกรรมของเยาวชนกลุ่มเป้าหมาย ในช่วงก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมของโครงการ มีประเด็นต่าง ดังนี้

จากข้อมูลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในประชากร 6 กลุ่มเป้าหมาย พื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยสถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล⁽²⁾ ร่วมกับกองควบคุมโรคเอดส์ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร⁽³⁾ พบว่าข้อคำถามที่ UNGASS กำหนดไว้ จำนวน 5 ข้อ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 สามารถตอบได้ถูกต้อง เพียงร้อยละ 6 ส่วนในกลุ่มนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 สามารถตอบได้ถูกต้อง เพียงร้อยละ 9 โดยพบว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 สามารถตอบความรู้ได้ถูกต้องมากกว่า นักเรียนอาชีวศึกษาชั้นปีที่ 2 ส่วนข้อมูลของรายงานความก้าวหน้าระดับประเทศตามปฎิญญาว่าด้วยพันธกรณี เรื่องเอชไอวี/เอดส์ ในปี 2552⁽⁴⁾ พบว่าเยาวชนหญิงและชายอายุ 15-24 ปี ที่บอกริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์ได้ถูกต้องและไม่เห็นด้วยกับความเชื่อผิดๆ เกี่ยวกับการติดต่อของเชื้อเอชไอวี ในปี 2553 ร้อยละ 37.42 เปรียบเทียบกับผลการประเมินในโครงการฯ กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้และบอกริการป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์ จากคำถามทั้ง 5 ข้อของ UNGASS ได้เพิ่มขึ้นในระดับมัธยมศึกษา ตอบถูกทั้ง 5 ข้อ ก่อนเริ่มดำเนินงาน ร้อยละ 19.06 หลังดำเนินงานในโครงการ ร้อยละ 41.15 ถ้าเปรียบเทียบกับข้อมูลในพื้นที่กรุงเทพมหานคร พบว่าความกระแสนความรู้ ความเข้าใจในเรื่องเอดส์ สูงขึ้น ทักษะเกี่ยวกับเอดส์และการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี กลุ่มเป้าหมายมีทัศนคติต่อเรื่องเอดส์และเพศศึกษาอีกหลายข้อที่ยังไม่ถูกต้อง ทั้งเรื่องผู้ชายควรรับผิดชอบเรื่องการใช้อย่างอนามัยเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ขณะที่ผู้หญิงควรรับผิดชอบเรื่องการใช้ยาคุมกำเนิด เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรอยู่ที่สถานพยาบาลหรือที่พักผู้ป่วยๆ การดื่มเครื่องดื่ม

แอลกอฮอล์ หรือใช้สารเสพติดประเภทต่างๆ จะช่วยกระตุ้นและสร้างความสุขในการมีเพศสัมพันธ์ ทักษะคิดต่างๆ ที่กล่าวในข้างต้น ย่อมมีผลต่อการป้องกัน การแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี ดังจะพบว่า พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้งโดยการใช้ถุงยางอนามัย ยังมีอัตราที่น้อยกว่าเดิม ถึงแม้จะมีการให้ความรู้เพิ่มขึ้น พิมพ์วัลย์ บุญมงคล และวันเพ็ญ มาอูน⁽⁵⁾ ที่พบว่า ความรู้เรื่องเอดส์ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยง คือ การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ หากแต่พฤติกรรมเสี่ยงนั้น มีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม ทั้งเรื่องความไม่เสมอภาคระหว่างเพศชายและเพศหญิง วัฒนธรรมอำนาจ การต่อรอง และการซื้อขาย จากข้อมูลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในประชากรกลุ่มต่างๆ และสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ ประเทศไทย 2552 ของสำนักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค⁽⁶⁾ นักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ใช้อย่างอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับคู่ที่รู้จักผิวเผิน ร้อยละ 62.4 นักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ใช้อย่างอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ ครั้งล่าสุดกับหญิงอื่น ร้อยละ 70.9 ส่วนนักเรียนชายอาชีวศึกษาใช้อย่างอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับคู่ที่รู้จักผิวเผิน ร้อยละ 74.2 พฤติกรรมการใช้สารเสพติดก่อนร่วมเพศครั้งล่าสุด ร้อยละ 0.6 ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนร่วมเพศครั้งล่าสุด ร้อยละ 0.1 ในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ส่วนในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 พฤติกรรมการใช้สารเสพติดก่อนร่วมเพศครั้งล่าสุด ร้อยละ 0.1 ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนร่วมเพศครั้งล่าสุด ร้อยละ 0.5 สะท้อนให้เห็นว่า การดำเนินการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี หลีกเลียงไม่ได้ที่จะต้องดำเนินการรวมกับการแก้ไขปัญหาด้านอื่นๆ ควบคู่กัน ทั้งการป้องกันยาเสพติด และแอลกอฮอล์ ที่เป็นปัจจัยกระตุ้นการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย รวมถึงการทำงานร่วมกับชุมชน และสังคมในมิติต่างๆ ด้วยการสร้างความร่วมมือกับทุกภาคส่วนมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- 1 กิริติกันต์ กลัดสวัสดิ์, เฉวตสร นามสวาท. แนวทางการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในประชากรกลุ่มต่างๆ [ออนไลน์] เข้าถึงเมื่อ 28 กรกฎาคม 2552 เข้าถึงได้จาก <http://www.kmddc.go.th/bookitem.aspx?itemid=3305>.
- 2 ศิริกุล อิศรานุรักษ์, บังอร เทพเทียน. การศึกษาแนวโน้มพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีใน 5 กลุ่มประชากร เป้าหมายปี 2551. นครปฐม: สถาบันพัฒนาการ สาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล, 2551.
- 3 บังอร เทพเทียน, ศิริกุล อิศรานุรักษ์, สมศักดิ์ วงศาवास. การเฝ้าระวังพฤติกรรมทางเพศที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร. วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา. 2550; 5 ฉบับที่ 1. [ออนไลน์] เข้าถึงเมื่อ วันที่ 28 กรกฎาคม 2552 เข้าถึงได้จาก <http://www.aihd.mahidol.ac.th/www-thai/Publication>.
- 4 คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์. รายงานความก้าวหน้าระดับประเทศ ตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องเอชไอวี/เอดส์. พิมพ์ครั้งที่ 2 โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ, 2552.
- 5 พิมพ์วัลย์ บุญมงคล และ วันเพ็ญ มาอุ่น. องค์ความรู้ของงานวิจัยเอดส์ด้านสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2541.
- 6 ธนรักษ์ พลพัฒน์ บรรณาธิการ. การเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มนักเรียนด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์มือถือ. นนทบุรี: สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2552.

การประเมินผลโครงการพัฒนาคุณภาพการกำจัดโรคเรื้อนของ
โรงพยาบาลไชยา สุราษฎร์ธานี ปี พ.ศ. 2548 - 2553

Evaluation of Project on Quality Development of Elimination of Leprosy,
Chaiya Community Hospital, Surattani, from 2005 - 2010

ธีรวุฒิ ศิริคำ พ.บ.
โรงพยาบาลชุมชนไชยา
จังหวัดสุราษฎร์ธานี

Thirawut Sirikham M.D.
Chaiya Community Hospital
Surattani Province

บทคัดย่อ

ผู้วิจัยได้ประเมินผลการดำเนินโครงการพัฒนาคุณภาพการกำจัดโรคเรื้อนของโรงพยาบาลชุมชนไชยา จังหวัดสุราษฎร์ธานี ในปี 2548 - 2553 ตามแนวทางและมาตรฐานการตรวจรับรองคุณภาพ การกำจัดโรคเรื้อนของ สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค โดยประเมินผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายตัวชี้วัดตามเกณฑ์มาตรฐานของการ ตรวจรับรองคุณภาพการกำจัดโรคเรื้อนทั้ง 4 ด้าน คือ 1) ด้านการจัดระบบบริหารจัดการ 2) ด้านการค้นหผู้ป่วย โรคเรื้อน 3) ด้านการติดตามการรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคเรื้อน และ 4) ด้านคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยโรค เรื้อน และได้วิเคราะห์ปัจจัยสำคัญและองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องต่อความสำเร็จของผลสัมฤทธิ์ของการพัฒนาคุณภาพ การกำจัดโรคเรื้อนจนผ่านการตรวจรับรองคุณภาพในปี 2553 และได้ให้ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไป ประยุกต์ขยายผลในการจัดและพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสุขภาพภายใต้ภาวะความชุกโรคเรื้อนต่ำ ในระบบ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติทั้งในระบบบริการระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ ซึ่งมีความเชื่อมโยง บูรณาการ และมีระบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อนที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เพื่อรักษาองค์ประกอบสำคัญ ตามมาตรฐานคุณภาพการกำจัดโรคเรื้อนอย่างยั่งยืนให้ดำรงไว้ เพื่อบรรลุเป้าหมายสุดท้ายของการกำจัดโรคเรื้อน อย่างยั่งยืนสมดังพระราชดำริและพระราชปณิธานต่อไป

Abstract

The author conducted an evaluation research to evaluate the project on quality development of elimination of leprosy of Chaiya community hospital, surattani, which was implemented from 2005 - 2010 following the guideline and quality standard of leprosy elimination accreditation (LEA) of the Raj Pracha Samasai Institute, Department of Disease Control. As resulted from the accreditation survey performed by surveyor teams in 2010, there were total achievement of targets of four groups of key performance indicators including 1) management 2) case finding 3) case holding and rehabilitation and 4) quality of patient care. The author also analyzed key successful factors and relating components toward such achievement together with making further recommendation on application of research results for establishment and development of appropriate network of integrated health service system under universal health insurance system with effective linkage and referral system to be developed between primary, secondary and tertiary level of health care

services in order to serve and synchronize leprosy screening and referral for effective diagnosis, treatment, welfare and rehabilitation of leprosy patients in accordance with leprosy elimination standards to enable to sustain essential components of eliminating activities and achieve final goal of sustainable elimination of leprosy as intended by HM the King.

ประเด็นสำคัญ- การประเมินผล โครงการพัฒนาคุณภาพการกำจัดโรคเรื้อน โรงพยาบาลชุมชนไชยา	Keywords Evaluation, Project on quality development of elimination of leprosy, Chaiya community hospital
---	--

บทนำ

โครงการควบคุมโรคเรื้อนตามแนวทางพระราชดำริซึ่งมุ่งค้นหาและรักษาผู้ป่วยที่บ้าน (Domiciliary approach) ได้เริ่มขยายโครงการฯ ในปี พ.ศ. 2500 จนครอบคลุมทุกจังหวัดทั่วประเทศ ในปี พ.ศ. 2519 และกำจัดโรคเรื้อนได้ไม่เป็นปัญหาสาธารณสุข (อัตราความชุกต่ำกว่า 1 ต่อประชากร 1 หมื่น) สมเด็จพระราชดำริและพระราชปณิธาน ในปี พ.ศ. 2537⁽¹⁻⁵⁾ ได้มีการอบรมปฐมนิเทศบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุขของทุกจังหวัดก่อนโอนมอบงานควบคุมโรคเรื้อนให้แก่หน่วยบริการสุขภาพของจังหวัด ในปี 2514 - 2519 และการติดตามประเมินผลหลังโอนมอบงานฯ โดยได้จัดอบรมดังกล่าว ก่อนโอนมอบและขยายงานควบคุมโรคเรื้อนสู่จังหวัดสุราษฎร์ธานี ในปี 2518⁽⁶⁻¹¹⁾ ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ได้รับการค้นพบทุกรายจะได้รับการลงทะเบียนรักษาด้วยยาเด็ปโซน (Dapsone monotherapy) ต่อมาในปี 2526 ได้ค้นพบการเกิดการดื้อยาเด็ปโซน⁽¹²⁾⁽¹³⁾ จึงได้ปรับเปลี่ยนการรักษาโรคเรื้อนใหม่เป็นยาเคมีบำบัดผสมตามข้อแนะนำขององค์การอนามัยโลกซึ่งมีประสิทธิภาพสูง⁽¹⁴⁻¹⁷⁾ สามารถรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนให้หายจากโรค และจำหน่ายจากทะเบียนรักษาได้รวดเร็วมากยิ่งขึ้น⁽¹⁸⁻²⁰⁾ ส่งผลให้อัตราความชุกมีแนวโน้มต่ำลงอย่างรวดเร็วจนสู่ระดับที่ต่ำกว่า 1 ต่อประชากร 1 หมื่น ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกรับรองว่าประเทศไทยสามารถกำจัดโรคเรื้อนได้ไม่เป็นปัญหาสาธารณสุข (Elimination of leprosy as a public health problem) ในปี 2537⁽⁵⁾ หลังกำจัดโรคเรื้อนได้สำเร็จ พระบาท

สมเด็จพระเจ้าอยู่หัวได้พระราชทานพระราชดำริส ในปี 2540 มิให้หยุดยั้งการดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อนทันที โดยให้เฝ้าระวังค้นหาและรักษาโรคเรื้อนต่อไป โดยเฉพาะการเฝ้าระวังตรวจค้นและรักษาบุคคลต่างด้าวที่เข้ามาในประเทศไทย⁽²¹⁾

การควบคุมโรคเรื้อนในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในปัจจุบันภายใต้สภาวะความชุกโรคต่ำประสบปัญหาและข้อจำกัดมากยิ่งขึ้น เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่ค้นพบใหม่และ ลงทะเบียนรักษาในแต่ละตำบล อำเภอ จังหวัด ลดต่ำลงอย่างมากจนสู่ระดับที่ไม่มีผู้ป่วยหรือปลอดจากโรคเรื้อน (Leprosy free area : LFA) ในระดับจังหวัดและอำเภอ ซึ่งย่อมมีผลกระทบต่อภารกิจการดูแลสุขภาพของการกำจัดโรคเรื้อนอย่างยั่งยืนต่อไป เพื่อสนองพระราชดำริและพระราชปณิธาน (sustainable elimination of leprosy) เนื่องจากความรู้ ประสบการณ์ และทักษะทางคลินิกของการตรวจค้นหาและรักษาโรคเรื้อน รวมทั้งการควบคุมโรคเรื้อนที่บูรณาการในระบบบริการสุขภาพของแพทย์ และบุคลากรสาธารณสุข ในหน่วยบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ ทertiary และ tertiary ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งศูนย์สุขภาพชุมชน สถานีอนามัยและโรงพยาบาลต่าง ๆ ย่อมลดต่ำลงจนหมดไปได้ รวมทั้งกระทบต่อระบบ การส่งต่อ และการฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพการแพทย์สาธารณสุข นโยบายและยุทธศาสตร์ของการกำจัดโรคเรื้อนอย่างยั่งยืน จึงจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับปัญหาดังกล่าว⁽²⁵⁻³¹⁾ จากปัญหาและพระราชดำริส ดังกล่าว สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค ได้พยายาม

รักษาและพัฒนาคุณภาพของการกำจัดโรคเรื้อน ด้วยการกำหนดมาตรฐานของการพัฒนาคุณภาพ และการรับรองคุณภาพการกำจัดโรคเรื้อน (Leprosy Elimination Accreditation : LEA) นับแต่ปี 2547 และได้เลือกโรงพยาบาลชุมชนที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ LEA ดังกล่าว เพื่อพัฒนาคุณภาพการกำจัดโรคเรื้อน ในปี 2548 - 2553 รวม 5 โรงพยาบาล โดยโรงพยาบาลไชยาเป็นหนึ่งในห้าโรงพยาบาลดังกล่าว ซึ่งได้พัฒนา ระหว่างปี 2548 - 2553 จนผ่านการตรวจและรับรองคุณภาพการกำจัดโรคเรื้อนในปี 2553 การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินผลสัมฤทธิ์ของการพัฒนาคุณภาพการกำจัดโรคเรื้อนในปี 2553 ของโรงพยาบาลชุมชนไชยา ตามมาตรฐานและเป้าหมายตัวชี้วัด

2. เพื่อประเมินและวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อความสำเร็จ ของผลสัมฤทธิ์ของการพัฒนาคุณภาพการกำจัดโรคเรื้อนของโรงพยาบาลไชยา ที่ดำเนินการพัฒนาในปี 2548 - 2553

3. เพื่อนำประสบการณ์และผลสัมฤทธิ์ที่ได้รับไปประยุกต์ และขยายผลการดำเนินงาน พัฒนาคุณภาพการกำจัดโรคเรื้อนของโรงพยาบาลชุมชนอื่น ๆ ในภาคใต้ต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยประเมินผล (Evaluation research) เชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (Retrospective descriptive study) เพื่อประเมินผลการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพ

การกำจัดโรคเรื้อนของโรงพยาบาลไชยาในปี 2548 - 2553 ตามมาตรฐานและเป้าหมายตัวชี้วัดการพัฒนา และรับรองคุณภาพการกำจัดโรคเรื้อน (LEA) ของสถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ใช้แบบฟอร์ม ระเบียบ และรายงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในระบบการพัฒนาคุณภาพการกำจัดโรคเรื้อนของโรงพยาบาลไชยา และทีมเยี่ยมสำรวจ และทีมประเมินตรวจรับรองคุณภาพ การกำจัดโรคเรื้อนของสถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค ในปี 2548 - 2553 เพื่อตรวจประเมินรับรองคุณภาพการกำจัดโรคเรื้อน ในปี 2553 ใน 4 มาตรฐานคือ 1) มาตรฐานด้านการจัดระบบบริหารจัดการ 2) มาตรฐานด้านการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อน 3) มาตรฐานด้านการรักษาและติดตามการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อน และ 4) มาตรฐานด้านคุณภาพของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อน เพื่อรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงสถิติต่อไป

ผลการศึกษา

1. ความสำเร็จหรือผลสัมฤทธิ์ของการพัฒนาคุณภาพการกำจัดโรคเรื้อนของโรงพยาบาลไชยาตามเป้าหมายตัวชี้วัดตามเกณฑ์มาตรฐานของการพัฒนา และตรวจรับรองคุณภาพการกำจัดโรคเรื้อนของสถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค ในปี 2553

ผลการตรวจประเมินคุณภาพผ่านเกณฑ์การรับรองคุณภาพทั้ง 4 ด้าน ซึ่งสรุปข้อมูลดังตารางที่ 1-4

ตารางที่ 1 การประเมินผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายตัวชี้วัดตามเกณฑ์มาตรฐานที่ 1 ด้านการจัดระบบบริหารจัดการของโรงพยาบาลไชยา ในปี 2553 โดยคณะตรวจประเมินรับรองคุณภาพการกำจัดโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย ตัวชี้วัด ตามเกณฑ์มาตรฐาน

ตัวชี้วัดตามเกณฑ์มาตรฐาน	ผลการประเมิน	ผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายตัวชี้วัด
คุณภาพการกำจัดโรคเรื้อน มาตรฐานที่ 1 : มาตรฐานด้านการจัดระบบบริหารจัดการ		
1.1 การบริหารจัดการ	- มีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงาน และผู้รับผิดชอบ - มีนโยบายและแผนการดำเนินงาน	ผ่านเกณฑ์การรับรองคุณภาพ
1.2 การประเมินผล	- มีการสรุปผลการดำเนินงานและประเมินผล	

ตารางที่ 2 การประเมินผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายตัวชี้วัดตามเกณฑ์มาตรฐานที่ 2 ด้านการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อน (Case finding) ของโรงพยาบาลไชยา ในปี 2553 โดยคณะกรรมการรับรองคุณภาพการกำจัดโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย

ตัวชี้วัดตามเกณฑ์มาตรฐาน คุณภาพการกำจัดโรคเรื้อน	ผลการประเมิน	ผลสัมฤทธิ์ ตามเป้าหมายตัวชี้วัด
1. การตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านกับผู้ป่วย	- มีการตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านตามเกณฑ์มาตรฐาน	100 %
2. การตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านกับผู้ป่วย ที่เผ่าละวัง	- มีการตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านตามเกณฑ์มาตรฐาน	100 %
3. การตรวจร่างกายผู้ป่วยโรคผิวหนังที่มา รับบริการแผนกผู้ป่วยภายนอก เพื่อ คัดกรองโรคเรื้อน	- มีการพัฒนารูปแบบและนวัตกรรมในการ ดำเนินงาน (แบบคัดกรองที่สร้างขึ้นเอง)	- ผ่านเกณฑ์การรับรอง คุณภาพ
4. การให้สุศึกษาในโรงเรียน	- ครูอนามัยและผู้นำนักเรียน มีความรู้ถูกต้อง และมีทัศนคติที่ดี และมีการถ่ายทอดความรู้ แก่นักเรียน	100 %
5. การให้สุศึกษาในชุมชน	- ผู้นำชุมชนแกนนำสุขภาพชุมชน และ ประชาชน มีความรู้ตามเกณฑ์ระดับดี - มีการถ่ายทอดเสียงตามสาย, หอกระจายข่าว และวิทยุชุมชน - มีการให้ความรู้ทางโปสเตอร์ และป้าย cut Out	100 %
6. การให้สุศึกษาในสถานบริการ สาธารณสุข	- มีแผนการดำเนินงานสุศึกษาโรคเรื้อน - มีการจัดกิจกรรมสุศึกษาในสถานบริการ สาธารณสุขตลอดทั้งปี - มีการอบรมให้ความรู้แก่ อสม. ทุกเดือน	- ผ่านเกณฑ์การรับรอง คุณภาพ
7. มาตรฐานการเผ่าละวังโรค	- มีการวิเคราะห์สถานการณ์โรคเรื้อนตาม ตัวชี้วัดที่กำหนดครบถ้วน และได้มาตรฐาน - มีการวิเคราะห์ประเมินผล และสรุปผลการ ปฏิบัติงาน - มีระบบการรายงานจาก CUP ไปยัง PCU	- ผ่านเกณฑ์การรับรอง คุณภาพ

ตารางที่ 3 การประเมินผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายตัวชี้วัดตามเกณฑ์มาตรฐานที่ 3 ด้านการติดตาม การรักษา และการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคเรื้อน (Case holding and rehabilitation) ของโรงพยาบาลไชยา ในปี 2553 โดยคณะกรรมการประเมินรับรองคุณภาพการกำจัดโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย

ตัวชี้วัดตามเกณฑ์มาตรฐาน คุณภาพการกำจัดโรคเรื้อน	ผลการประเมิน	ผลสัมฤทธิ์ ตามเป้าหมายตัวชี้วัด
1. การวินิจฉัย	- มีการจัดระบบการวินิจฉัยโดยแพทย์ - สามารถวินิจฉัยและจำแนกชนิดโรคเรื้อนได้ถูกต้อง	- ผ่านเกณฑ์ประเมินรับรองคุณภาพ
2. อัตราการได้รับยาเคมีบำบัดผสมครบตามเกณฑ์มาตรฐานการรักษา	- ผู้ป่วยที่ลงทะเบียนรักษาได้รับยาเคมีบำบัดผสมครบตามเกณฑ์มาตรฐาน	100 %
3. อัตราการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในรายที่มีปัญหา	- มีการตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านตามเกณฑ์มาตรฐาน - มีการบันทึกการเฝ้าระวังโรคเรื้อนประจำครอบครัว	- ผ่านเกณฑ์ประเมินรับรองคุณภาพ
4. อัตราการตรวจเชื้อโรคเรื้อน โดยวิธีกรีดร่องรอยโรคผิวหนัง (slit skin smear : SSS)	- มีการตรวจเชื้อโรคเรื้อนครบตามเกณฑ์มาตรฐาน - มีการตรวจสอบคุณภาพของการตรวจเชื้อโรคเรื้อน และมีการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง	- ผ่านเกณฑ์ประเมินรับรองคุณภาพ
5. กระบวนการการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อน	- มีการดำเนินการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ทุกคนที่มาใช้บริการ รวมทั้งแก่ผู้ป่วยเก่าที่มีปัญหา - ผู้ป่วยโรคเรื้อนในชุมชนได้รับการสงเคราะห์จากองค์กรในชุมชน และสามารถอยู่ในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี - มีหน่วยงานภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมงานเป็นเครือข่ายในการแก้ไขปัญหาให้กับผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อน	- ผ่านเกณฑ์ประเมินรับรองคุณภาพ
6. มาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อน	- มีการใช้ Monofilament ในการประเมินความพิการ ประกอบการดูแลรักษา	- ผ่านเกณฑ์ประเมินรับรองคุณภาพ

ตารางที่ 4 การประเมินผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายตัวชี้วัดตามเกณฑ์มาตรฐานที่ 4 ด้านคุณภาพของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อน (Quality of care) ของโรงพยาบาลไชยา ในปี 2553 โดยคณะกรรมการประเมินรับรองคุณภาพการกำจัดโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย

ตัวชี้วัดตามเกณฑ์มาตรฐาน คุณภาพการกำจัดโรคเรื้อน	ผลการประเมิน	ผลสัมฤทธิ์ ตามเป้าหมายตัวชี้วัด
1. การมีการจัดทำ Clinical - practice guideline (CPG)	- มีการจัดทำเอกสารคู่มือ Clinical practice guideline : CPG ที่มีคุณภาพ	- ผ่านเกณฑ์ประเมินรับรองคุณภาพ
2. การมีการจัดทำ care map	- มีการจัดทำ care map ที่มีคุณภาพ	- ผ่านเกณฑ์ประเมินรับรองคุณภาพ

2. บุคลากรการแพทย์ การพยาบาล และฝ่ายสนับสนุนในเครือข่ายสุขภาพของอำเภอไชยา ที่เกี่ยวข้อง และมีส่วนร่วมในการประสานสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล และระบบการกำจัดโรคเรื้อนของโรงพยาบาลไชยา

ประกอบด้วย 1) แพทย์ 3 คน

2) พยาบาลวิชาชีพ 18 คน

3) นักวิชาการสาธารณสุข 3 คน

4) เจ้าพนักงานสาธารณสุข 3 คน

5) เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์

การแพทย์ 1 คน

6) เจ้าพนักงานเภสัชกรรม 1 คน

7) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบล 2 คน

8) เจ้าหน้าที่ระบบคอมพิวเตอร์

1 คน

9) เจ้าพนักงานธุรการ 1 คน

3. การวิเคราะห์ปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องต่อความสำเร็จของผลสัมฤทธิ์ของการพัฒนาคุณภาพการกำจัดโรคเรื้อนของโรงพยาบาลไชยาที่ดำเนินการในปี 2548 - 2553

3.1 ได้มีการประยุกต์หลักการและแนวทางการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital accreditation : HA) มาประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานพัฒนา และตรวจรับรองคุณภาพกำจัดโรคเรื้อนของโรงพยาบาลไชยา และเครือข่ายสุขภาพอำเภอไชยา ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) และมาตรฐานรับรองคุณภาพการกำจัดโรคเรื้อน (Leprosy elimination accreditation : LEA) ของสถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค

3.2 ปัจจัยสำคัญสู่ความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการกำจัดโรคเรื้อน (Key successful factors) ได้แก่ 1) ความมุ่งมั่นของทีมงานและภาวะผู้นำที่ดีมาก โดยเฉพาะของผู้อำนวยการโรงพยาบาลไชยา 2) บรรยากาศขององค์กรที่มุ่งมั่นและทำงานเป็นทีม

ที่เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพการมีส่วนร่วม และการเสริมพลัง 3) การให้ความสำคัญต่อคุณค่า และการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกคนที่เกี่ยวข้อง 4) การสนับสนุนของสถาบันราชประชาสมาสัยอย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ 5) การสนับสนุนด้านงบประมาณจากกรมควบคุมโรค และองค์การโรคเรื้อนแห่งเนเธอร์แลนด์ (The Netherlands Leprosy Relief : NLR) อย่างต่อเนื่อง 6) การมีเป้าหมายร่วมกัน เพื่อให้ผลลัพธ์ของการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลไชยาเป็นไปในทิศทางเดียวกัน และเกิดประโยชน์สูงสุด 7) การอบรมให้ความรู้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องอย่างทั่วถึงและเพียงพอ 8) ผลลัพธ์ของการพัฒนาคุณภาพการกำจัดโรคเรื้อนตามมาตรฐานทั้ง 4 ด้าน ที่บุคลากรทุกคนภาคภูมิใจที่ได้มีส่วนร่วมทำให้เกิดความสำเร็จที่โรงพยาบาลไชยา ได้ผ่านขั้นตอนการตรวจประเมินรับรองคุณภาพการกำจัดโรคเรื้อน (Leprosy elimination accreditation : LEA) เป็นโรงพยาบาลชุมชนแห่งแรกและแห่งเดียวในจังหวัดภาคใต้ ที่จะเป็นต้นแบบตัวอย่างการดำเนินงานกำจัดโรคเรื้อนที่มีคุณภาพตามมาตรฐานการกำจัดโรคเรื้อนที่ผู้รับบริการมั่นใจ และพึงพอใจมากที่สุด

3.3 ปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพ การกำจัดโรคเรื้อนของโรงพยาบาลไชยา

1) โครงการพัฒนาและตรวจรับรองคุณภาพการกำจัดโรคเรื้อน ซึ่งเป็นการประยุกต์ระบบ HA ได้รับการยอมรับและมีส่วนร่วมในการสนับสนุนอย่างใกล้ชิด และต่อเนื่องจากวิทยากรจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.เดิม) นับแต่เริ่มโครงการฯ ในปี 2543 จนถึงปี 2553

2) โครงการฯ ดังกล่าวนี้นี้ ซึ่งมีสถาบันราชประชาสมาสัยเป็นเจ้าภาพ ได้รับความร่วมมือจากพันธมิตรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งจากในกระทรวงสาธารณสุข เช่น ผู้แทนจากกรมอนามัย กรมการแพทย์ สถาบันโรคผิวหนัง ตลอดจนจากมหาวิทยาลัย และองค์การอนามัยโลก รวมทั้งองค์กรภาครัฐและเอกชน ที่เกี่ยวข้อง ทั้งในส่วนกลาง และภูมิภาค ในการมีส่วนร่วมในการประชุมระดมความคิดในการกำหนดแนวทาง และระบบการดำเนิน

งาน ตามขั้นตอนของการตรวจรับรองคุณภาพการกำจัดโรคเรื้อน ซึ่งได้มีการพัฒนาปรับปรุงมาโดยตลอดระหว่างปี 2545 - 2553 รวมทั้งการจัดทำคู่มือและเครื่องมือในการเยี่ยมสำรวจต่าง ๆ และการจัดฝึกอบรมผู้เยี่ยมสำรวจ (surveyors) ซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องทั้งในส่วนกลางและภูมิภาค จากสถาบันราชประชาสมาสัย สำนักงานป้องกันควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แพทย์จากโรงพยาบาลชุมชนนาร่อง 6 แห่ง ทั้ง 4 ภาค ที่สมัครเข้าร่วมโครงการ ฯลฯ ให้มีความรู้ ความชำนาญ ทั้ง ด้านโรคเรื้อนและกระบวนการด้าน HA

3) คู่มือและเครื่องมือในการเยี่ยมสำรวจ ได้ผ่านการทดลองใช้ในโรงพยาบาลชุมชนต้นแบบทั้ง 6 แห่ง (รวมทั้ง รพ.ไชยา) หลายครั้ง และได้มีการจัดประชุมเสวนาทางวิชาการเรื่องการตรวจรับรองคุณภาพการกำจัดโรคเรื้อนหลายครั้ง เพื่อปรับปรุงแก้ไขแนวทางการปฏิบัติตามมาตรฐาน และตัวชี้วัดให้เหมาะสม รวมทั้งเป็นเวทีแลกเปลี่ยนการเรียนรู้ระหว่าง surveyors และทีมพัฒนาคุณภาพ การกำจัดโรคเรื้อนของโรงพยาบาลชุมชนนาร่อง ทั้ง 6 แห่ง ตลอดจนผู้บริหาร นักวิชาการ และเจ้าหน้าที่ ๆ เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างความมั่นใจและเชื่อมั่นต่อทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องต่อศักยภาพ และประสิทธิภาพของการดำเนินงานพัฒนา และตรวจรับรองคุณภาพการกำจัดโรคเรื้อน

4) ผู้วิจัยซึ่งเป็นแพทย์หนึ่งในสามคนที่มียู่ของโรงพยาบาลไชยา ได้สนใจและเข้าร่วมโครงการทดลองนำร่องการพัฒนาและรับรองคุณภาพการกำจัดโรคเรื้อนในโรงพยาบาลชุมชน 6 แห่ง ทุกภาค ของสถาบันราชประชาสมาสัยนับแต่เริ่มโครงการฯ ในปี 2548 และได้มีส่วนร่วมในทุกกระบวนการและขั้นตอนของการประชุม ฝึกอบรม และสัมมนา ฯลฯ ตลอดจนการร่วมในทีมผู้ตรวจเยี่ยม (surveyors) ด้วย ทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันที่จะนำความรู้และประสบการณ์มาประยุกต์ใช้เมื่อได้นับแต่ตั้งเป็นประธานพัฒนาคุณภาพการกำจัดโรคเรื้อนของโรงพยาบาลไชยา เพื่อพัฒนาคุณภาพการกำจัดโรคเรื้อนตามมาตรฐานทั้ง 4 ด้าน ให้สัมฤทธิ์ผลตามเป้าหมายตัวชี้วัดต่าง ๆ จนผ่านการตรวจ

ประเมินรับรองคุณภาพการกำจัดโรคเรื้อน ในปี 2553

5) ผู้นำองค์กร คณะผู้บริหาร และทีมงานที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลไชยา ได้ทำการติดตามความก้าวหน้าของการพัฒนาคุณภาพการกำจัดโรคเรื้อนตามมาตรฐานอย่างสม่ำเสมอเป็นประจำ และได้รับการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ตลอดจนช่วยกันแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

6) มีระบบการสื่อสารภายในโรงพยาบาล ที่ทำให้ทุกฝ่ายและทุกเจ้าหน้าที่ ๆ เกี่ยวข้องได้รับข้อมูลความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกัน

7) ทีมตรวจเยี่ยมสำรวจ (surveyors) และพี่เลี้ยง (facilitators) มีความรู้ ความสามารถ และทัศนคติเชิงบวกที่ดี และทำที่ที่เหมาะสม และมีความเข้าใจในบทบาท และมีศิลปะในการชักจูงและโน้มน้าวให้เจ้าหน้าที่ ๆ เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลไชยา และเครือข่ายสุขภาพเกิดความกระตือรือร้น และมุ่งมั่นที่จะพัฒนาคุณภาพไปในทิศทางเดียวกันที่ถูกต้อง และในการเยี่ยมสำรวจเพื่อตรวจรับรองคุณภาพ การกำจัดโรคเรื้อน ได้มีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจการตรวจรับรองคุณภาพ การกำจัดโรคเรื้อน ซึ่งจัดโดยสถาบันราชประชาสมาสัยหลายครั้งด้วย

8) องค์ประกอบสำคัญภายในของการที่เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอไชยา ประสบความสำเร็จของการกำจัดโรคเรื้อนอย่างยั่งยืน สามารถวิเคราะห์ได้รวม 13 องค์ประกอบ คือ

1. ผู้บริหารยอมรับ และมีนโยบายการกำจัดโรคเรื้อนอย่างยั่งยืน กำหนดเป็นสายลักษณะอักษร และสื่อสารสู่หน่วยงานและผู้รับผิดชอบทุกระดับชัดเจนและทั่วถึง

2. มีแผนปฏิบัติการในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการกำจัดโรคเรื้อน โดยกำหนดผู้รับผิดชอบ และมีระบบการจัดสรร และสนับสนุนทรัพยากรและงบประมาณสนับสนุนในการดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อนอย่างเหมาะสมเพียงพอ และสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง

3. มีการพัฒนาองค์ความรู้ให้แก่ ผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนอย่างต่อเนื่อง

4. มีการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร และนำไปใช้ในการดำเนินงานของเครือข่าย บริการ สุขภาพ อำเภอไชยา ที่ถูกต้องครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน

5. มีการค้นหาผู้ป่วยในชุมชน และในสถานบริการตามมาตรฐานการกำจัดโรคเรื้อน

6. มีการดำเนินงานให้สุขศึกษา เรื่องโรคเรื้อนในโรงเรียน ชุมชน และในสถานบริการ

7. มีมาตรการเฝ้าระวังโรคเรื้อน ตามมาตรฐานการกำจัดโรคเรื้อน

8. มีกระบวนการให้คำปรึกษา ผู้ป่วยมาตรฐานการกำจัดโรคเรื้อน

9. มีระบบการดูแลรักษาผู้ป่วย โรคเรื้อนตามมาตรฐานการกำจัดโรคเรื้อน

10. มีการดำเนินการฟื้นฟูสภาพ ผู้พิการ และการสนับสนุนด้านสวัสดิการสังคม

11. มีการนิเทศและติดตามประเมิน ผลการดำเนินงานที่เป็นไปตามมาตรฐาน การกำจัดโรค เรื้อน และมีรายงานผลการดำเนินงานเป็นลายลักษณ์ อักษรอย่างต่อเนื่อง ทั้งการนิเทศแก่โรงพยาบาลไชยา และสถานอนามัยทั้ง 8 แห่ง ในเครือข่ายสุขภาพ อำเภอไชยา

12. มีระบบการดูแลผู้ป่วยและ ครอบครัวตามระบบเวชศาสตร์ครอบครัวอย่าง บูรณาการและต่อเนื่อง โดยมีการบันทึกข้อมูลใน แบบฟอร์มระเบียบงานต่าง ๆ อาทิ 1) บัตรบันทึก การเยี่ยมครอบครัว 2) แบบบันทึกการให้คำปรึกษา 3) แบบบันทึกการปรึกษาต่อเนื่อง 4) Home visit Guideline 5) บันทึกการเยี่ยมบ้าน 6) รายงานการดูแลผู้ป่วยเป็น ครอบครัวอย่างต่อเนื่อง 7) ข้อมูลทุกด้านได้จัดเก็บใน แฟ้มประวัติครอบครัวผู้ป่วยทุกระบบ (Family folder) ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน

13. มีการจัดตั้งคลินิกโรคผิวหนัง ในโรงพยาบาลไชยา และการพัฒนานวัตกรรมจัด ทำแบบคัดกรองโรคผิวหนัง ซึ่งได้รับการบันทึกใน โปรแกรมคอมพิวเตอร์ (HOSxP) และการบันทึกผล การตรวจร่างกายผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อน

โดยแพทย์ ซึ่งผ่านการทดสอบและสามารถนำไปประยุกต์ ใช้ในสถานอนามัยและโรงพยาบาลอื่น ๆ ได้

วิจารณ์

1. การดำเนินการพัฒนาคุณภาพการกำจัด โรคเรื้อนของโรงพยาบาลไชยา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน นำร่อง 1 ใน 6 แห่งทั่วประเทศ ในโครงการพัฒนา และรับรองคุณภาพการกำจัดโรคเรื้อนของสถาบัน ราชประชาสมาสัย ซึ่งดำเนินการอย่างต่อเนื่องนับแต่ปี 2548- 2553 ได้ประสบความสำเร็จผ่านการตรวจ ประเมินและรับรองคุณภาพการกำจัดโรคเรื้อนในปี 2553 โดยสถาบันราชประชาสมาสัย เป็นโรงพยาบาล แห่งแรกแห่งเดียวของภาคใต้ ดังผลการวิจัยที่ได้วิเคราะห์ และนำเสนอแล้ว นับเป็นการประเมินสัมฤทธิ์ผลโครงการ พัฒนาคุณภาพการกำจัดโรคเรื้อนของ โรงพยาบาล ไชยา และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 8 แห่งใน เครือข่ายสุขภาพอำเภอไชยา ตามมาตรฐานและตัวชี้วัด ทั้ง 4 ด้านของสถาบันราชประชาสมาสัย คือ 1) มาตรฐานด้านการจัดระบบบริหารจัดการ 2) มาตรฐาน ด้านการค้นหาผู้ป่วย 3) มาตรฐานด้านการติดตาม การรักษาและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคเรื้อน และ 4) มาตรฐานด้านคุณภาพของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการประเมินมาตรฐานของระบบงาน และกระบวนการกำจัดโรคเรื้อนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมิ การปรับปรุงระบบงานและกระบวนการต่าง ๆ ดังกล่าว อย่างต่อเนื่องให้ได้ผลดีขึ้น ซึ่งจะต้องติดตามประเมิน ต่อไปว่ามีประสิทธิภาพสูงขึ้น และผู้รับบริการพอใจ มากขึ้นหรือไม่อย่างไร ภายใต้ภาวะความชุกของโรค เรื้อนต่ำ ซึ่งจำนวนผู้ป่วยที่ลงทะเบียนรักษาและผู้ป่วย ที่ค้นพบใหม่จะค่อยลดต่ำลงจนอาจหมดไปในพื้นที่ ในอนาคตอันใกล้ แต่โรงพยาบาลไชยาและเครือข่าย บริการสุขภาพ จำเป็นต้องธำรงรักษาคุณภาพ และพัฒนา คุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อประกันคุณภาพให้คงไว้ ซึ่งระดับคุณภาพ ตามมาตรฐานของการกำจัดโรคเรื้อน รวมทั้งการอิงบางส่วนของมาตรฐาน HA ด้วย^(31 - 33) โดยโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองมาตรฐานการกำจัด

โรคเรื้อน (LEA) สามารถเป็นพี่เลี้ยงการฝึกอบรม และการส่งต่อแก่โรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ใกล้เคียง และในภาคใต้

2. ปัญหาของการพัฒนาคุณภาพที่ต้องใช้ผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลาง มีการทำงานเป็นทีม มีระบบประกันคุณภาพ ระบบบริหารความเสี่ยง และระบบบริหารทรัพยากรตลอดจนระบบการประเมินตนเองอย่างต่อเนื่อง ฯลฯ เมื่อไม่มีผู้ป่วยลงทะเบียนรักษาในพื้นที่แล้ว น่าจะมีปัญหาต่อการดำรงรักษามาตรฐานคุณภาพการกำจัดโรคเรื้อน ดังนั้นในอนาคตภายใต้สภาวะความชุกโรคเรื้อนมีต่ำมากจนไม่มีผู้ป่วยลงทะเบียนรักษาเลย ซึ่งจะต้องปรับมาตรฐานและตัวชี้วัดใหม่สำหรับหน่วยบริการสุขภาพที่มี และไม่มีผู้ป่วยโรคเรื้อน ลงทะเบียนรักษา เพราะงานกำจัดโรคเรื้อนอย่างยั่งยืนจำเป็นต้องดำเนินการเฝ้าระวังค้นหาและรักษา รวมทั้งการดูแล สงเคราะห์ และฟื้นฟูสภาพ ผู้ที่ยังได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อน เช่น ผู้ป่วยที่รักษาหายแล้วแต่ยังพิการ และชราภาพ ฟื้นฟูตนเองไม่ได้ต่อไป ให้สามารถกำจัดโรคเรื้อนได้อย่างยั่งยืนสมดัง พระราชปณิธาน ตามเกณฑ์มาตรฐาน และข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก

3. ภายใต้สภาวะความชุกโรคเรื้อนที่ต่ำมาก ซึ่งในอำเภอส่วนใหญ่จะไม่มีผู้ป่วยลงทะเบียนรักษา และพบผู้ป่วยใหม่เลย และมีอำเภอส่วนน้อยที่ยังมีผู้ป่วยลงทะเบียนรักษาเพียง 1 - 2 ราย งานกำจัดโรคเรื้อนอย่างยั่งยืนที่บูรณาการในระบบบริการสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งมีศูนย์สุขภาพชุมชน และสถานอนามัย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Care Unit : PCU) ซึ่งอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของหน่วยบริการสุขภาพคู่สัญญาปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary Care : CUP) อันได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไป จึงจะต้องประสบปัญหา แพทย์และบุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานโรคเรื้อนจะค่อย ๆ หดความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ในการตรวจวินิจฉัย และรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนไปเพราะไม่มีผู้ป่วยในพื้นที่เป็นเวลานาน ซึ่งจำเป็นจะต้องจัดตั้งโรงพยาบาลชุมชน และ

โรงพยาบาลทั่วไป หรือ CUP ที่ผ่านการรับรองคุณภาพ การกำจัดโรคเรื้อนในแต่ละภาค/เขต เช่น โรงพยาบาลไชยา หรือมีแพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านโรคเรื้อน เพื่อจัดตั้งเป็นศูนย์รับการส่งต่อระดับทุติยภูมิ (secondary referral center) หรือมีแพทย์ผู้ชำนาญการต่อโรคผิวหนังประจำอยู่ เพื่อให้คงเป็นแกนนำ (Focal Point หรือ Node) ประจำจังหวัด และเขต ในการรับการส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการสงสัยที่คัดกรองจากการเฝ้าระวังของ PCU และ CUP โดยรอบ เพื่อให้การวินิจฉัยและรักษาโรคเรื้อนตามมาตรฐาน การกำจัดโรคเรื้อนอย่างยั่งยืน รวมทั้งการร่วมมือ ประสานงานกับสถาบันราชประชาสมาสัย และสำนักงาน ป้องกันควบคุมโรค (สคร.) ในการป้องกันความพิการ การฟื้นฟูสภาพโดยชุมชน (Community based rehabilitation : CBR) การจัดตั้งและพัฒนาเครือข่ายองค์กร สวัสดิการสังคม และฟื้นฟูสภาพผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อนในผู้ป่วยที่รักษาหายแล้ว ในชุมชนที่พิการและชราภาพ รวมทั้งการจัดตั้งและพัฒนาเครือข่าย ชมรมจิตอาสาราชประชาสมาสัยร่วมกับเทศบาล และอบต. ในพื้นที่ตำบล เพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยที่พิการและชราภาพ ขณะเดียวกันสถาบันราชประชาสมาสัย และ สคร. จะต้องเตรียมการขอความร่วมมือและจัดตั้ง พัฒนาให้มีโรงพยาบาลศูนย์ที่มีศักยภาพประจำภาคต่าง ๆ ที่จะป็นศูนย์รับการส่งต่อระดับตติยภูมิ (Tertiary referral center หรือ super node) ซึ่งเป็นหน่วยบริการสุขภาพ คู่สัญญาาระดับตติยภูมิอยู่แล้ว (Contracting unit for tertiary care : CUT) ซึ่งมีแพทย์ผู้ชำนาญการโรคผิวหนัง แพทย์ผู้ชำนาญการ ด้านศัลยกรรมกระดูก ศัลยกรรม ตกแต่ง เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด ฯลฯ เช่น โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช เพื่อพร้อม รับการส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการซับซ้อน หรือมีอาการแทรกซ้อนรุนแรง เช่น โรคเท้า และเส้นประสาทอักเสบ แพ้ยา, แผลลึกและติดเชื้อมาก ฯลฯ รวมทั้งผู้ป่วยที่ต้องการฟื้นฟูสภาพด้วยการผ่าตัดแก้ไขความพิการ โดยนอกจากโรงพยาบาลศูนย์ที่มีศักยภาพประจำภาคแล้ว ควรเลือกให้สถาบันฟื้นฟูสภาพแมคเคนเซียใหม่ รวมทั้งสถาบันราชประชาสมาสัย และสถาบันโรคผิวหนัง

เป็น super node ดังกล่าว ในภาคอื่น ๆ ได้ด้วย เพื่อให้ระบบเครือข่ายดังกล่าวสามารถรับรอง การกำจัดโรคเรื้อนอย่างยั่งยืนตามมาตรฐานต่อไปในสภาวะความชุกโรคเรื้อนต่ำมากได้ทั่วประเทศ

4. การดำเนินงานของเครือข่ายการกำจัดโรคเรื้อนอย่างยั่งยืนตามข้อ 3 เมื่อมีการจัดตั้งฝึกอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้อง และดำเนินงานภายใต้การกำกับดูแลและสนับสนุนของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคและสถาบันราชประชาสมาสัย รวมทั้งโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพ การกำจัดโรคเรื้อน (LEA) แล้วจำเป็นต้องมีการประเมิน ความพร้อม หรือศักยภาพของระบบเครือข่ายการกำจัดโรคเรื้อนอย่างยั่งยืนในแต่ละภาค/เขต ในองค์ประกอบ ด้านต่าง ๆ ที่สำคัญ และตามมาตรฐานของการกำจัดโรคเรื้อน อันได้แก่ 1) การวางแผนและการบริหารจัดการ 2) การค้นหาและติดตามการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อน 3) การป้องกันความพิการ และการฟื้นฟูสภาพ 4) คุณภาพของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อน 5) ระบบการส่งต่อ 6) การจัดการฝึกอบรม และพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้อง และอาสาสมัคร 7) การกำกับดูแลและนิเทศงาน 8) ระบบ สารสนเทศ 9) การจัดและกระจายยาเคมีบำบัดผสม 10) การจัดและพัฒนาเครือข่ายองค์กรสวัสดิการสังคม และฟื้นฟูสภาพ และเครือข่ายชมรมจิตอาสาราชประชาสมาสัย 11) การศึกษาวิจัยเพื่อสนับสนุนการกำจัดโรคเรื้อนอย่างยั่งยืน⁽²⁸⁾ (31 - 34) เพื่อบรรลุความสำเร็จการกำจัดโรคเรื้อนอย่างยั่งยืน สมดังพระราชดำริ และพระราชปณิธานต่อไป

กิตติคุณประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลไชยา ที่ให้การสนับสนุนและบุคลากรของโรงพยาบาลไชยา และเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอไชยาที่ให้ความร่วมมืออย่างดียิ่ง รวมทั้งขอขอบคุณคณะวิทยากรและผู้เยี่ยม สํารวจจากสถาบันราชประชาสมาสัย ที่ให้การประสาน สนับสนุนอย่างต่อเนื่อง และขอขอบคุณศาสตราจารย์ นายแพทย์ธีระ รามสูต ที่ปรึกษากรมควบคุมโรค ที่ให้คำแนะนำที่มีคุณค่า

เอกสารอ้างอิง

1. ธีระ รามสูต. โรคเรื้อนในระยะบุกเบิก. ใน : มุลนิธิราชประชาสมาสัย ในพระบรมราชูปถัมภ์. บรรณาธิการ. ราชประชาสมาสัยสาร. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์พัฒนาพานิช 2535, น. 45 - 83.
2. ประชุมพร โอชานนท์. การควบคุมโรคเรื้อนในประเทศไทย. ใน : มุลนิธิราชประชาสมาสัยในพระบรมราชูปถัมภ์. บรรณาธิการ. ราชประชาสมาสัยสาร. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์พัฒนาพานิช 2535, น. 82 - 89.
3. จรูญ ปิระวรารักษ์. วิวัฒนาการงานควบคุมโรคเรื้อน. ใน : กรมควบคุมโรคติดต่อ. บรรณาธิการ. รายงานครบรอบ 15 ปี กรมควบคุมโรคติดต่อ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก 2533. น. 306 - 311.
4. ธีระ รามสูต. ในหลวงกับความสำเร็จของโครงการควบคุมโรคเรื้อนในพระราชดำริ. ราชประชาสมาสัย ฉบับพิเศษ เนื่องในโอกาสพระราชพิธีมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 6 รอบ 5 ธันวาคม 2542. มุลนิธิราชประชาสมาสัย ในพระบรมราชูปถัมภ์. 2542. น. 9 - 24.
5. ธีระ รามสูต. 40 ปีของการบุกเบิกพัฒนาสู่ความสำเร็จของการกำจัดโรคเรื้อนในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์ 2541; 254- 256.
6. Teera Ramasoota, Chaisiri Kettanurak, Kanchana Kongsoebchart. et al. Two years experience of partial integration of leprosy control into the local health services in Thailand. Int J Lepr 1993; 4 (4): 623 - 624.
7. Teera Ramasoota. Development of leprosy control in Thailand : The integrative and primary health care approach. Presented at the International meeting of International Federation of Anti Leprosy Organization (1 LEP). Bangkok, 14 December 1990.
8. ธีระ รามสูต, ประจักษ์ โลสุวรรณ, สมบูรณ์ ชุณห-

- ประเสริฐ และเสรี รุ่งเรือง. รายงานผลการอบรม
ปฐมนิเทศก่อนโอนมอบงานควบคุมโรคเรื้อน
ระยะถาวรให้แก่ 67 จังหวัด. วารสารกรมการแพทย์
และอนามัย 2516; 1(1): 54 - 72 และ 1(2):
196 - 214.
9. อีระ รามสูต, เอกตาตทอง, สันต์ วัฒนภูติ, สุรศักดิ์
สัมปัตตะวนิช และกาญจนา คงสุขชาติ. การประเมิน
ผลการอบรมปฐมนิเทศก่อนโอนมอบงานควบคุม
โรคเรื้อนระยะถาวรให้จังหวัดในภาคกลาง. วารสาร
กรมการแพทย์และอนามัย 2516; 1(6): 57- 65.
 10. Ramasoota T, Sampatavanich S, Ochananonda P
and Ito T. Results of five years of integration of
leprosy control into the provincial health service
of Phuket island, Southern Thailand. Lepr Rev
1977; 48: 261- 264.
 11. อีระ รามสูต. การประเมินผลการโอนมอบงาน
ควบคุมโรคเรื้อนระยะถาวรให้จังหวัดภูเก็ต ในปี
2515 - 2525. วารสารสาธารณสุข 2526; 2:
258 - 280.
 12. Ramasoota T, Rungruang S, Sampatavanich S,
et al. Preliminary study on dapsone resistance in
leprosy in Thailand. Journal of Public Health
1983; 2: 115 - 117.
 13. อีระ รามสูต. แนวคิดการเกิดเชื้อดื้อยาแต่ปโซน
ของเชื้อโรคเรื้อนและวิธีป้องกันแก้ไข. วารสาร
โรคติดต่อ 2522; 3: 256 - 271.
 14. World Health Organization. Chemotherapy of
leprosy for control program. Geneva: WHO, WHO
technical report series no. 675; 1982.
 15. อีระ รามสูต. ความก้าวหน้าและข้อปฏิบัติเกี่ยวกับ
การใช้ยาเคมีบำบัดโรคเรื้อนผสมแบบใหม่ตาม
ข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก. แพทย์
สภาสาร 2530; 10: 5 - 13.
 16. อีระ รามสูต. ตำราโรคเรื้อน. กรุงเทพฯ :
นิวธรรมดาการพิมพ์, 2535.
 17. อีระ รามสูต. การรักษาโรคเรื้อนระยะสั้น. ใน.
คลินิกโรคผิวหนัง. บรรณาธิการ. เวชปฏิบัติ.
กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน 2537: น.
117- 125.
 18. ศรีบุญชัย เทพศรี. การศึกษาผลกระทบทางระบาด
วิทยาของการใช้ยาเคมีบำบัดแบบใหม่ในการ
ควบคุมโรคเรื้อน จังหวัดลำปาง. วารสารวิชาการ
สาธารณสุข 2535; 2: 40 - 50.
 19. ศศินัย อินทราทิพย์. ผลกระทบของการใช้ยาเคมี
บำบัดผสมในระยะเวลา 5 ปีแรกต่อการเปลี่ยน
แปลงภาวะผู้ป่วยโรคเรื้อนในประเทศไทย. วารสาร
โรคติดต่อ 2537; 20: 21 - 30.
 20. ศรีสุนทร วิริยะวิภาต, รัชนี มาตย์ภูธร, จิรพรรณ
ศรีพงษ์ศกร. ผลกระทบของยาเคมีบำบัดผสมต่อการ
ลดต่ำของอัตราความชุกและการค้นพบผู้ป่วย
โรคเรื้อนในจังหวัดขอนแก่น. วารสารโรคติดต่อ
2538; 21: 98 - 106.
 21. อีระ รามสูต. 50 ปีราชประชาสมาสัยแห่งการสนอง
พระราชปณิธาน. กรุงเทพฯ: บริษัทมาสเตอร์
การพิมพ์. 2553. น. 13 - 77.
 22. ฉลวย เสร้งกิจ. การเปลี่ยนแปลงการสวนทาง
ระบาดวิทยาของการค้นพบผู้ป่วยรายใหม่ใน
ประเทศไทย: สถานการณ์หลังกำจัดโรคเรื้อน ปี
2544 - 2557. วารสารสถาบันราชประชาสมาสัย,
2549; 4 (1): 31 - 43.
 23. อีระ รามสูต, สมชาย รุ่งตระกูลชัย, ฉลวย เสร้งกิจ.
ความสัมพันธ์ระหว่างแนวโน้มของอัตราความชุก
และอัตราการค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนใหม่ที่เป็นจริง
ในประเทศไทย ระยะเวลา 14 ปี หลังกำจัดโรคเรื้อน
สำเร็จ (ปี 2537 - 2550). วารสารควบคุมโรค
2552; 35 (2): 124 - 137.
 24. อีระ รามสูต. 54 ปีแห่งการสืบสานโครงการ
ควบคุมโรคเรื้อน ตามแนวพระราชดำริสู่ความสำเร็จ
การกำจัดโรคเรื้อนอย่างยั่งยืนสมดังพระราช
ปณิธาน. กรุงเทพฯ: บริษัทมาสเตอร์คีย์จำกัด,
2553.
 25. Noordeen SK. Elimination of leprosy as a public

- health problem. *Lepr Rev* 1992; 63: 1 - 4.
26. Fine P.E.M. Reflections on the elimination of leprosy. (Editorial) *Int J Lepr* 1992; 60: 71 - 79.
 27. Vijay Pannikar. Enhanced Global Strategy for further reducing the disease burden due to leprosy: 2011 - 2015. *Lepr Rev* 2009 ; 80: 353- 354.
 28. World Health Organization. Enhanced Global Strategy for reducing the disease burden due to leprosy (2011 - 2015). World Health Organization, Regional Office for South - East Asia, New Delhi, 2009.
 29. อีระ รามสูต. การพัฒนากลวิธีดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อนภายใต้สภาวะความชุกโรคลดลง. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2539; 5 (2): 279 - 295.
 30. อีระ รามสูต. วิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์การกำจัดโรคเรื้อนอย่างยั่งยืน. บรรยายในการสัมมนาเรื่อง "การพัฒนางานควบคุมโรคเรื้อนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า" จัดโดยสถาบันราชประชาสมาสัย ณ โรงแรมอมารีแอร์พอร์ต กรุงเทพฯ วันที่ 28 ตุลาคม 2546. ใน. สถาบันราชประชาสมาสัย. รายงานการสัมมนาการพัฒนา
 - งานควบคุมโรคเรื้อนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2556. น. 7 - 15.
 31. สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค. คู่มือแนวทางการตรวจรับรองคุณภาพการกำจัดโรคเรื้อนของจังหวัด. กรุงเทพฯ: องค์การขนส่งสินค้าและครุภัณฑ์ (ร.ส.พ.) 2547.
 32. สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค. รายงานการประชุมเชิงปฏิบัติการตรวจรับรองคุณภาพการกำจัดโรคเรื้อน ณ ห้องประชุมธีระ รามสูต อาคาร 8 ชั้น 3 สถาบันราชประชาสมาสัย นนทบุรี วันที่ 26 พฤศจิกายน 2553 (เอกสาร เย็บเล่ม 50 หน้า)
 33. สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค. รายงานการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง "การพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจการตรวจรับรองคุณภาพการกำจัดโรคเรื้อนระหว่างวันที่ 13 - 15 ธันวาคม 2553 ณ โรงแรมเจริญธานี จังหวัดขอนแก่น (เอกสาร เย็บเล่ม 69 หน้า)
 34. ILEP. Sustaining leprosy related activities. Guideline for responding to enhance elimination of leprosy. International Federation of Anti leprosy Associations (ILEP). London : Brief ICG, Dordrecht. Second edition, 1998.

การป้องกันและควบคุมการระบาดของไข้มาลาเรียในพื้นที่ท่องเที่ยวเชิงนิเวศน์ จังหวัดสตูล

Prevention and Control of Malaria Outbreaks in Ecotourism Areas in Satun Province

ปัทฉิมา บัวยอม วทม. (สุขศึกษา)

Patchaima Buayom M.Sc. (Health Education)

สุวิช ธรรมปาโล พบ. ปร.ด.(ระบาดวิทยา)

Suwich Thammapalo MD. Ph.D. (Epidemiology)

ปฐมพร พริกชู วทม. (สาธารณสุขศาสตร์)

Pathomporn Prikchoo M.Sc. (Public Health)

วิรัช วงศ์หิรัญรัตน์ วทม. (กีฏวิทยา)

Wirat Wonghiranrat M.Sc. (Entomology)

เรวดี แก้วขาว วทม. (พฤกษศาสตร์)

Rewadee Kaewkaw M.Sc. (Botany)

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12

The Office of Disease Prevention and Control 12

จังหวัดสงขลา

Songkhla

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหารูปแบบป้องกันควบคุมการระบาดของไข้มาลาเรีย ในพื้นที่ท่องเที่ยวเชิงนิเวศน์ จังหวัดสตูล เก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนธันวาคม 2553 การวิเคราะห์ที่ใช้สถิติคือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ pair t-test ผลการศึกษา พบว่า มีการจัดตั้ง ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมไข้มาลาเรียในพื้นที่ท่องเที่ยวเพื่อกำหนดทิศทาง กิจกรรมการควบคุมโรค การติดตามกำกับและประเมินผล รวมทั้งเป็นเวทีการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน นอกจากนี้การเฝ้าระวังโรคเชิงรุกในชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขและอาสาสมัครมาลาเรียซึ่งสามารถค้นหาผู้ป่วยในชุมชนที่มีการระบาด ครอบคลุมถึงร้อยละ 96-97 และมีอัตราการตรวจพบร้อยละ 2-13.5 รวมทั้งชุมชนมีส่วนร่วมโดยให้แผ่นสารเคมีภายในบ้าน ร้อยละ 98.22 สำหรับระดับความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรียของประชาชนหลังดำเนินการ ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.2 (mean = 6.92 $\pm$ 1.05) ทศนคติ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.18 (mean = 23.75 $\pm$ 2.12) และพฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกันไข้มาลาเรียอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.64 (mean = 7.58 $\pm$ 0.91) ในขณะที่ ความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรียของอาสาสมัครสาธารณสุข/อาสาสมัครมาลาเรีย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ระดับความรู้หลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ระดับความพึงพอใจของประชาชนต่อการควบคุมป้องกันโรค อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 61.27 ดังนั้นรูปแบบการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่ท่องเที่ยวเชิงนิเวศน์นั้น เมื่อมีการระบาดต้องจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคทันที ควรให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังเชิงรุกและควบคุมการระบาด

Abstract

This study aimed to demonstrate a model for prevention and control malaria in ecotourism areas, Satun Province. Data were collected during April - December 2010 and analyzed with descriptive statistics such as frequencies, percentage, mean, standard deviation and pair t-test. The results showed that the epidemics operation room was established to set up the way to achieve the goal, control activities, monitoring and

evaluation including stimulating community participation. The active case finding was carried out by health volunteers with high coverage (96–97%) and high detection rate (2–13.5%). The people permitted the officers do residual spray inside house with high coverage (98.22%). The people's knowledge, attitude, and behavior about Malaria were moderate. (mean = 6.92/11.05, mean=23.75/32.12 and mean = 7.58/10.91, respectively). While health volunteers' knowledge about Malaria after training was more than before training with statistical significance differences (p-value < 0.001). The people's satisfaction to epidemics control was high (61.27%) This study suggested us that in ecotourism area, the epidemic operation room must set up timely when outbreak was detected. The community participation should be encouraged to do active surveillance and control the epidemics.

ประเด็นสำคัญ-

การระบาดของไข้มาลาเรีย, พื้นที่ท่องเที่ยว

Keywords

Malaria outbreak, tourist area

บทนำ

รัฐบาลได้ให้ความสำคัญกับภาคการท่องเที่ยวของประเทศ โดยคณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ 17 เมษายน 2552 ประกาศให้การท่องเที่ยวเป็นวาระแห่งชาติ (National Agenda) เพื่อให้ทุกฝ่ายได้ใช้ความพยายามทุกรูปแบบ ในการช่วยกันผลักดันให้อุตสาหกรรมการท่องเที่ยว ซึ่งเป็นฐานเศรษฐกิจที่สำคัญของประเทศ กลับฟื้นตัวได้ในเวลาอันรวดเร็วที่สุด กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา จึงได้จัดทำยุทธศาสตร์และมาตรการกระตุ้นการท่องเที่ยวปี พ.ศ. 2552-2555 ขึ้น⁽¹⁾ โดยขยายฝั่งอันดามัน กลุ่มจังหวัดที่มีศักยภาพด้านการท่องเที่ยวในลำดับสูง เช่น จังหวัดภูเก็ต พังงา สุราษฎร์ธานี กระบี่ ตรัง สงขลาและสตูล จังหวัดสตูล⁽²⁾ เป็นจังหวัดที่อยู่ได้สุดทางชายฝั่งทะเล อันดามันห่างจากกรุงเทพฯ ประมาณ 973 กิโลเมตร มีพื้นที่ทั้งหมด 2,478,997 ตารางกิโลเมตร ลักษณะพื้นที่จังหวัดสตูล ทางด้านทิศเหนือและทิศตะวันออก เป็นเนินเขาและภูเขาสลับซับซ้อน จากนั้นค่อย ๆ ลาดเอียงลงสู่ทะเลด้านทิศตะวันตกและทิศใต้ และยังมีภูเขาน้อยใหญ่อยู่กระจัดกระจายในตอนล่างส่วนใหญ่เป็นพื้นที่อุดมด้วยป่าเขา ถ้ำ น้ำตก และสายน้ำลำธาร ซึ่งล้วนเหมาะสมที่จะเป็นสถานที่ท่องเที่ยวเชิงนิเวศน์ทั้งสิ้น อย่างไรก็ตามในพื้นที่ดังกล่าวก็มีความเหมาะสม เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงก้นปล่องพาหะของ

โรคมาลาเรียด้วย^(3,4) จากการรายงานสถานการณ์ไข้มาลาเรีย ของจังหวัดสตูล⁽⁴⁾ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 - 2552 มีอัตราป่วยเท่ากับ 0.14 0.02 0.08 0.40 0.07 ต่อพันประชากรตามลำดับ แม้ว่าพื้นที่ไข้ต่ำ แต่เมื่อมีการเคลื่อนย้ายของประชากรแรงงานต่างด้าว รวมทั้งนักท่องเที่ยวจึงมีโอกาสมิฉะนั้นจะมีการระบาดของโรคสูงขึ้น ในปี พ.ศ. 2553 ได้เกิดมีการระบาดของไข้มาลาเรียในอำเภอมะนัง และอำเภอละงู จังหวัดสตูล ในช่วงเดือนเมษายน - พฤษภาคม 2553 จากการรายงานเบื้องต้นพบผู้ป่วยไข้มาลาเรียจำนวน 20 ราย เป็นเชื้อ Plasmodium falciparum มีความสัมพันธ์กับการมาเที่ยวในพื้นที่ดังกล่าวทั้งหมด จากนโยบายการสาธารณสุขเพื่อการท่องเที่ยว ได้กำหนดให้โรคมาลาเรียต้องมีอัตราป่วยไม่สูงเกินค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลังหรือต้องไม่เกิดการระบาด⁽⁵⁾ ดังนั้นจำเป็นต้องหารูปแบบและมาตรการที่ป้องกันการระบาด และควบคุมการระบาดให้ยุติลงอย่างรวดเร็วที่สุด จากการระบาดของไข้มาลาเรียปี 2553 นี้ เป็นโอกาสที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล และสำนักงานระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ได้ดำเนินการศึกษาพัฒนาหารูปแบบที่เหมาะสมในการป้องกันและควบคุมการระบาดของไข้มาลาเรีย ในพื้นที่อำเภอมะนังและอำเภอละงู จังหวัดสตูลซึ่งเป็นพื้นที่ท่องเที่ยวเชิงนิเวศน์

และใช้เป็นแนวทางใน การดำเนินการป้องกันควบคุมโรค มาลาเรียในพื้นที่ท่องเที่ยวที่เสี่ยงต่อการระบาดของ มาลาเรีย อื่นๆต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยผู้วิจัยมีส่วนร่วมในการ เสนอแนะแนวคิด มาตรการและร่วมสังเกตการณ์ ติดตาม ประเมินผล มีการเก็บข้อมูลในด้านการบริหารจัดการ ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมไข้มาลาเรีย กิจกรรมป้องกัน ควบคุมการระบาดรวมทั้งกิจกรรมทางสังคมในชุมชน เช่น การทำเวทีประชาคม การให้สุขศึกษาประชาสัมพันธ์ เป็นต้น ในหมู่ที่ 5 ตำบลปาล์มพัฒนา อำเภอมะนัง และหมู่ที่ 10 ตำบลน้ำผุด อำเภอละงู จังหวัดสตูล กลุ่ม ตัวอย่างคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้รับผิดชอบจาก องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เจ้าของสถานประกอบการ ประชาชนและ อสม. ออม.ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ระบาด ดังกล่าว ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนธันวาคม 2553 เครื่องมือการเก็บข้อมูล คือ แบบบันทึกการปฏิบัติงานของศูนย์ปฏิบัติการควบคุมไข้ มาลาเรียในพื้นที่ท่องเที่ยว แบบประเมินผู้ป่วยได้รับการ ตรวจโลหิตหาเชื้อมาลาเรีย (ร.ว.1) แบบรายงานการ ดำเนินงานควบคุมแมลงนำโรค แบบสอบถาม ความรู้ ทักษะและพฤติกรรมในการปฏิบัติในการป้องกัน ไข้มาลาเรียของประชาชน แบบประเมินความรู้ก่อนและ หลังการอบรม และแบบประเมินความพึงพอใจต่อ รูปแบบเฝ้าระวังโรคเชิงรุกในชุมชน การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ Epi Info V 2000 และ สถิติที่ใช้ได้แก่ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน และ pair t - test เป็นต้น

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 การประเมินความเสี่ยงด้านพื้นที่ต่อการ เกิดโรค

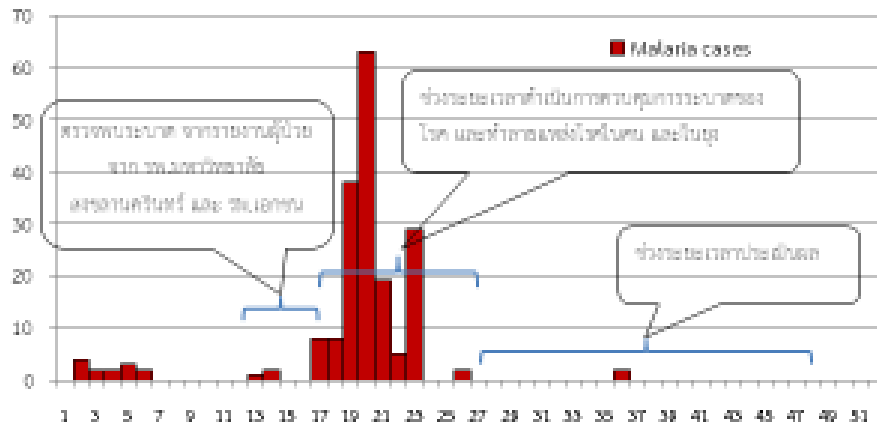
จังหวัดสตูล ประกอบด้วย 7 อำเภอ มีพื้นที่ บางส่วนเป็นเกาะ ยังมีเนินเขาและภูเขาสลับซับซ้อน มีฝนตกชุกเกือบตลอดปี อำเภอมะนัง และอำเภอละงู

ลักษณะภูมิประเทศของสองอำเภอเป็นภูเขา มีลำธารและมีถ้ำที่สวยงาม คือ ถ้ำเจ็ดคต ตั้งอยู่หมู่ 5 ตำบลปาล์มพัฒนา อำเภอมะนัง ลักษณะถ้ำคดเคี้ยวและทะลุผ่าน ภูเขา มีลำธารไหลผ่านภายในถ้ำ สามารถล่องเรือภายใน ถ้ำได้ตลอดระยะทาง อำเภอมะนังและอำเภอละงู มีศักยภาพด้านการท่องเที่ยวสูง โดยเฉพาะการล่องแก่ง วังสายทอง ณ คลองลำโลน เขตพื้นที่ ต.ปาล์มพัฒนา อำเภอมะนัง และตำบลน้ำผุด อำเภอละงู ซึ่งคลองจะ มีความเชื่อมโยงต่อกันเป็นพื้นเดียว จากลักษณะพื้นที่ เป็นป่าเขา มีคลองน้ำไหล ซึ่งเหมาะกับการมียุงพาหะ นำไข้มาลาเรียอาศัยอยู่ คือ ยุง *Anopheles dirus* และยุง *Anopheles minimus* โดยยุงทั้ง 2 ชนิดจะชอบอาศัยอยู่ บริเวณ พื้นที่ที่เป็นป่าเขา มีคลองน้ำไหล ดังนั้นหากมี ผู้ติดเชื้อ เข้ามาในพื้นที่ เมื่อถูกยุงดังกล่าวกัด ก็สามารถ ทำให้เกิดการระบาดของไข้มาลาเรียได้^(3,4)

ส่วนที่ 2 สถานการณ์การระบาดของไข้มาลาเรีย

พื้นที่อำเภอมะนัง และอำเภอละงู พบผู้ป่วย สัปดาห์ละอย่างน้อย 1 ราย มาตั้งแต่สัปดาห์ที่ 1 ถึง สัปดาห์ที่ 6 แต่ไม่สามารถตรวจพบการเกิดผู้ป่วยเป็น กลุ่มก้อน ต่อมาในช่วง สัปดาห์ที่ 7-11 ของปี พ.ศ. 2553 ไม่มีผู้ป่วย จึงยังไม่มีมาตรการใดๆในช่วงนี้ ต่อมา ในช่วง สัปดาห์ที่ 12 -17 พบผู้ป่วย 19 ราย เข้ารับการ รักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และ โรงพยาบาลเอกชนในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา พบว่ามีประวัติมาเที่ยวในพื้นที่ท่องเที่ยวของอำเภอมะนัง และอำเภอละงูของจังหวัดสตูล หลังจากนั้น สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดสตูล ร่วมกับสำนักงานป้องกันควบคุม โรคที่ 12 จังหวัดสงขลา และสำนักโรคบาติวิทยา จัดตั้ง ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมการระบาดโรคมมาลาเรีย และ กำหนดแผนปฏิบัติงานในสัปดาห์ที่ 19-26 วันที่ ในสัปดาห์ที่ 19-20 จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น เป็น 168 ราย ซึ่งส่วนใหญ่พบจากการเจาะโลหิตเชิงรุก (active case detection) โดยอาสาสมัครสาธารณสุข/ อาสาสมัคร มาลาเรีย และจำนวนผู้ป่วยลดลงอย่างชัดเจนในสัปดาห์ที่ 21-23 และ หลังจากนั้นในช่วงสัปดาห์ที่ 27-52 ซึ่งเป็นช่วงการประเมินผล พบผู้ป่วย เพียง 2 รายเท่านั้น (รูปที่ 1)

รูปที่ 1 Time Line แสดงการเกิดโรค กับช่วงเวลาการควบคุมการระบาดของโรคมาลาเรียในอำเภอเม่นังและอำเภอละงู จังหวัดสตูล ปี 2553



ส่วนที่ 3 การดำเนินงานศูนย์ปฏิบัติการควบคุมไข้มาลาเรีย ในพื้นที่ท่องเที่ยว

การจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการควบคุมไข้มาลาเรีย ดำเนินการทันที โดยมีบทบาทหน้าที่วางแผนตัดสินใจทางกลยุทธ์ สั่งการนำไปสู่การปฏิบัติ แก้ไขปัญหา ระดมทรัพยากร เพื่อควบคุมการระบาดของไข้มาลาเรีย และควบคุมกำกับติดตามประเมินผล โดยมีผู้สั่งการคนเดียว (Incident Commander) ในระดับจังหวัด มีนายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน เป็น Incident Commander และนอกจากนี้ ยังกำหนดให้ ในแต่ละอำเภอเปิดศูนย์ปฏิบัติการควบคุมไข้มาลาเรียในพื้นที่ ระดับอำเภอ โดยมีสาธารณสุขอำเภอเป็น Incident Commander เพื่อควบคุมสถานการณ์การระบาดของไข้มาลาเรีย และควบคุมกำกับติดตามผลการดำเนินงาน มีทีมภายใต้ศูนย์ฯ จำนวน 5 ทีม คือ ทีมวางแผนและจัดกลยุทธ์การดำเนินการ (งานยุทธศาสตร์) ทีมสนับสนุนการปฏิบัติงาน ทีมสอบสวนและควบคุมโรค (SRRT) ทีมสนับสนุนข้อมูลและข่าวกรอง และทีมประชาสัมพันธ์ เป็นต้น และมีการติดตามผลการดำเนินงานในแต่ละระดับตามลำดับชั้น

ส่วนที่ 4 การใช้กลยุทธ์เชิงชุมชน

มีการใช้กลยุทธ์เชิงชุมชน คือ จัดเวทีประชุม ในการดำเนินการป้องกันแก้ไขปัญหามาลาเรีย ในหมู่บ้าน ฯลฯ 1 ครั้ง รวม 2 ครั้ง ผู้เข้าร่วมประมาณ

50 คนต่อหมู่บ้าน รวม 100 คน ผลหลังจากการทำประชาคม พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลสนับสนุนงบประมาณ ในการดำเนินงานเฝ้าระวังเชิงรุกในพื้นที่ประชาชนในหมู่บ้าน ให้ความร่วมมือในการควบคุม ป้องกันการระบาดของโรค เช่น ให้มีการพ่นสารเคมีในบ้านของตนเองเพื่อกำจัดยุงพาหะ มีการให้ความรู้แก่ประชาชน ผ่านข้อมูลที่ได้จากการทำประชาคมและผ่านแผ่นพับที่ได้รับการสนับสนุน จำนวน 2,000 แผ่น และประชาชนให้ความร่วมมือในการเจาะโลหิตเพื่อหาเชื้อไข้มาลาเรียเป็นอย่างดี

ส่วนที่ 5 การดำเนินงานเฝ้าระวังโรคเชิงรุกในชุมชน โดย อสม. ออม.

อาสาสมัครสาธารณสุขและอาสาสมัครมาลาเรีย ได้รับการอบรมความรู้เรื่องไข้มาลาเรีย และฝึกทักษะการเจาะโลหิต และการทำฟิล์มโลหิต ดำเนินการค้นหาผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยงเบื้องต้นจากการซักประวัติ การเดินทางไปในพื้นที่ระบาด หรือมีอาการไข้หนาวสั่น และเจาะโลหิตประชาชน ได้จำนวน 8,006 ราย คิดเป็นร้อยละ 72.12 ของประชากรทั้งหมด พบผู้ป่วยทั้งสิ้นจำนวน 168 ราย (ติดเชื้อ Plasmodium falciparum. จำนวน 166 รายและ Plasmodium vivax จำนวน 2 ราย) คิดเป็นอัตราป่วย 15.13 ต่อพันประชากร อัตราการพบเชื้อ ร้อยละ 2.10 แต่เมื่อพิจารณาในพื้นที่ระบาดคือ

หมู่ที่ 5 ตำบลปาล์มพัฒนา อำเภอมะนัง จังหวัดสตูล และ 96.03 ตามลำดับ มีอัตราการตรวจพบ ร้อยละ และหมู่ที่ 10 ตำบลน้ำผุด อำเภอละงู จังหวัดสตูล 13.47 และ 2.30 ตามลำดับ รายละเอียดดังแสดง พบว่าสามารถดำเนินการได้ครอบคลุม ร้อยละ 97.29 ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนประชาชนที่ได้รับการเจาะโลหิต ในพื้นที่ระบาดของไข้มาลาเรียและพื้นที่ใกล้เคียง

สถานที่		ประชากร ทั้งหมด (คน)	จำนวน (คน)		อัตราการตรวจพบ (ร้อยละ)	ครอบคลุม (ร้อยละ)	อัตราป่วย ต่อพันประชากร
			เจาะ	พบ			
ต.น้ำผุด อ.ละงู	ม. 10*	923	898	121	13.47	97.29	131.09
	ม. 4	829	756	5	0.66	91.19	6.03
	ม. 5	1,125	766	2	0.26	68.09	1.78
	ม. 6	977	694	2	0.29	71.03	2.05
	ม. 5*	907	871	20	2.30	96.03	22.05
ต.ปาล์มพัฒนา อ.มะนัง	ม. 1	967	661	4	0.61	68.36	4.14
	ม. 2	1,224	827	4	0.48	67.56	3.27
	ม. 6	797	518	3	0.58	64.99	3.76
	ม. 9	768	379	3	0.79	49.35	3.91
	ม. 3	715	366	2	0.55	51.19	2.80
	ม. 7	931	676	1	0.15	72.61	1.07
	ม. 8	938	594	1	0.17	63.33	1.07
รวม		11,101	8,006	168	2.10	72.12	15.13

ส่วนที่ 6 การดำเนินงานควบคุมแมลงนำโรค

6.1 การพ่นสารเคมีฤทธิ์ตกค้าง (Indoor Residual Spray: IRS)

โดยใช้สารเคมี Deltamethrin 5% WDP ดำเนินการได้ 331 หลังคาเรือน (พ่นทั่ว+ พ่นไม่ทั่ว)

ตารางที่ 2 ความครอบคลุมของหลังคาเรือนที่ได้รับการพ่นสารเคมีฤทธิ์ตกค้าง (Indoor Residual Spray: IRS) โดยใช้สารเคมี

Deltamethrin 5% WDP

สถานที่	กลุ่มบ้าน	จำนวนทั้งหมด (หลังคาเรือน)	ผลการพ่นเคมี (หลังคาเรือน) 98.22			ครอบคลุม (ร้อยละ) (1)+(2)
			พ่นทั่ว (1)	พ่นไม่ทั่ว (2)	ปิด/ปฏิเสธ (3)	
ม.10 ต.น้ำผุด อ.ละงู	วังนาใน	112	93	18	1	99.11
	ทับทุ่ง	57	41	16	0	100
ม. 5 ต.ปาล์มพัฒนา อ.มะนัง	ถ้ำระฆังทอง	29	22	7	0	100
	มะนัง	71	62	6	3	95.77
	หนองหั่ว	68	59	7	2	97.06
รวม		337	277	54	6	98.22

6.2 การพ่นหมอกควัน (Fogging) หรือ พ่นแบบละอองฝอย (Ultra Low Volume: ULV)

ดำเนิน การพ่นแบบ Space Spray (Fogging+ ULV) ใช้สารเคมี Zetacypermerthrin มีวัตถุประสงค์

เพื่อลดความหนาแน่นของยุงพาหะตัวเต็มวัยโดย กำหนดให้พ่น 4 ครั้งติดต่อกัน ห่างกัน 1 สัปดาห์ โดย กำหนดพ่นครอบคลุมทั้งหมดบ้าน ทุก ๆ กลุ่มบ้าน ซึ่ง สามารถดำเนินการได้ครอบคลุมบ้าน 519 หลังคาเรือน

คิดเป็นร้อยละ 100

ส่วนที่ 7 การประเมินความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคของประชาชนในพื้นที่

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 40-49 ปี มากที่สุด จบชั้นประถมศึกษา ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร สำหรับระดับความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรียของประชาชนหลังดำเนินการ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.2 (mean = 6.92 ๗1.05), ทักษะ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.18 (mean = 23.75 ๗2.12), และพฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกันไข้มาลาเรียอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.64 (mean = 7.58 ๗0.91) ส่วนประเด็นที่ประชาชนยังไม่มีความรู้ มีทัศนคติและการปฏิบัติยังไม่ถูกต้องที่สำคัญ ได้แก่ การรับประทานยาลดไข้สามารถป้องกันไข้มาลาเรียได้ การพ่นสารเคมีบริเวณผาบ้านเป็นพิษต่อบุคคลในบ้าน และการไม่ใช้มุ้งกางนอนตอนกลางคืน เป็นต้น

ส่วนที่ 8 การประเมินความรู้ก่อนและหลัง การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข และอาสาสมัครมาลาเรีย

ผลการประเมินความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุข และอาสาสมัครมาลาเรียจำนวน 45 คน พบว่าก่อนการอบรม ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.11 ระดับคะแนนเฉลี่ย 21.3 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.20 การประเมินหลังการอบรม มีอาสาสมัครเข้ารับการประเมินเพียง 41 คน

ตารางที่ 3 ผลการประเมินความพึงพอใจต่อการรับบริการการควบคุมป้องกันไข้มาลาเรียของประชาชน หมู่ที่ 5 ตำบลปาล์มพัฒนา อำเภอมะนัง และหมู่ที่ 10 ตำบลน้ำผุด อำเภอละยูง จังหวัดสตูล

ระดับความพึงพอใจ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ระดับสูง	273	61.07	45.20	2.75
ระดับปานกลาง	164	36.69		
ระดับน้อย	10	2.24		
รวม	447	100.0		

พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 78.05 ระดับคะแนนเฉลี่ย 25.78 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.46 เมื่อนำค่าเฉลี่ยหลังการอบรมมาเปรียบเทียบกับก่อนอบรม พบว่าระดับคะแนนความรู้เฉลี่ยของอาสาสมัครสาธารณสุข และอาสาสมัครมาลาเรียหลังการอบรมสูงกว่า ก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ส่วนประเด็นที่อาสาสมัครสาธารณสุขยังขาดความรู้คือ ขั้นตอนการทำฟิล์มเจาะโลหิตเพื่อตรวจหาเชื้อมาลาเรีย และการส่งต่อฟิล์มโลหิต

ส่วนที่ 9 การประเมินความพึงพอใจของประชาชนต่อรูปแบบการควบคุมป้องกันโรค

การประเมินความพึงพอใจ ใช้แบบประเมินดัดแปลงจากแบบ ประเมินความพึงพอใจต่อการรับบริการการควบคุมโรค ของกรมควบคุมโรค ต่อบริการการดำเนินงานควบคุมและป้องกันไข้มาลาเรีย อาทิเช่น การออกทีมเคลื่อนที่เพื่อค้นหาผู้ป่วยในชุมชนโดยการเจาะโลหิต การพ่นสารเคมีแบบมีฤทธิ์ตกค้าง การพ่นสารเคมีแบบหมอกควัน และ ULV การให้สุขศึกษาประชาสัมพันธ์ โดยดำเนินการสำรวจหลังจากที่ได้ดำเนินการ ให้บริการด้านการควบคุมและป้องกันไข้มาลาเรียในพื้นที่ที่มีการระบาด โดยได้สำรวจประชาชนทั่วไปจำนวน 447 คน พบว่าส่วนใหญ่ประชาชนมีความพึงพอใจในระดับสูง ร้อยละ 61.07 รองลงมาพึงพอใจในระดับปานกลาง ร้อยละ 36.69 และมีความพึงพอใจน้อยเพียงร้อยละ 2.24 เท่านั้น โดยมีค่าเฉลี่ย 45.20 (คะแนนเต็ม 50) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.75 (ตารางที่ 3)

วิจารณ์

จากรูปแบบการดำเนินงานในพื้นที่จังหวัดสตูล จะเห็นได้ว่าการดำเนินงานจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการควบคุม ไข้มาลาเรียในพื้นที่ท่องเที่ยว โดยมีบทบาทหน้าที่ กำหนดมาตรการ วางแผนตัดสินใจเพื่อควบคุมสถานการณ์ การระบาดของไข้มาลาเรียและควบคุม กำกับ ติดตาม ผล การดำเนินงานร่วมกับการทำงาน เชิงรุกของเจ้าหน้าที่ และอาสาสมัครสาธารณสุข/อาสาสมัครมาลาเรีย รวมทั้งการมีส่วนร่วมของประชาชนและผู้ประกอบการทำ ให้มีผลต่อการหยุดยั้งการระบาดของมาลาเรียอย่าง ชัดเจน สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข แม้ว่าไม่ใช่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แต่เมื่อได้รับการอบรมการค้นหา ผู้ป่วยเบื้องต้น โดยใช้ความรู้และเทคนิคที่ไม่ซับซ้อน เช่น การคัดกรองโดยใช้อาการไข้ หนาวสั่น หรือการเกิด เหตุการณ์ผิดปกติ ประวัติการเดินทางพักค้างในพื้นที่ ระบาดของมาลาเรีย เป็นต้น ก็สามารถคัดกรองได้ดี และสามารถตรวจพบผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยงได้ในอัตรา ที่สูงมาก สอดคล้องกับการค้นหาผู้ป่วยโดยใช้อาการไข้ ปวดข้อ และออกผื่น ในการคัดกรองหาผู้ป่วยไข้ปวดข้อ ยุ่งลาย ของศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรค ไข้ปวดข้อยุ่งลาย ภาคใต้(ศปยต.),2552⁽⁶⁾ และ นอกจากนี้การอบรม และการไว้วางใจให้ปฏิบัติงาน สำคัญที่ใกล้ชิดประชาชนเป็นแรงจูงใจในอาสาสมัครฯ มีความพยายามมากขึ้นทำให้ได้ผลการครอบคลุมที่ดีขึ้น สอดคล้อง กับการศึกษาเรื่องแรงจูงใจ ในการปฏิบัติงาน ของอาสาสมัครสาธารณสุข เขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร ของเอกมน โลหะญาณจารี (2547)⁽⁷⁾ ซึ่งพบว่า ปัจจัย การดำเนินงานด้านสาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับแรง จูงใจในการปฏิบัติงานของอสม. การค้นหาผู้ป่วยและ การควบคุมโรคในพื้นที่ โดยใช้เวทีประชาคม ซึ่งเป็น กลยุทธ์เชิงชุมชน ในการดำเนินงานป้องกันควบคุม ไข้มาลาเรีย โดยให้ชุมชน ผู้นำชุมชน (อสม. ออม.) มีส่วนร่วมในการค้นหาผู้ป่วย และการป้องกันควบคุมโรค ซึ่งสามารถดำเนินการทำให้ ประชาชนในพื้นที่มีส่วนร่วม ในการควบคุมการระบาด และให้ความร่วมมือในการ ควบคุมป้องกันโรค จนทำให้การระบาดของไข้มาลาเรีย

สงบลงภายในระยะเวลาอันสั้น ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของคานโกะ⁽⁸⁾

จากการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประเมิน ในภาพรวม พบว่า ปัจจัยที่สนับสนุนต่อความสำเร็จ ของการควบคุมไข้มาลาเรียในครั้งนี้ คือ การจัดตั้งศูนย์ ปฏิบัติการควบคุมไข้มาลาเรียในพื้นที่ท่องเที่ยว อย่างทันทั่วทั้งที่เมื่อพบการระบาด ซึ่งพัฒนารูปแบบการ จัดการควบคุมโรคมาจาก การจัดตั้งศูนย์บัญชาการ ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข ตามแนวทางของ กรมควบคุมโรค⁽⁹⁾ ซึ่งมีบทบาทในการกำหนดแนวทาง นโยบายการควบคุมไข้มาลาเรีย สนับสนุนทรัพยากร มีการติดตาม ประเมินผลอย่างใกล้ชิด และมีระบบการ สังเกตที่ชัดเจน ไม่ซับซ้อน ก่อให้เกิดเอกภาพในการ ดำเนินงานร่วมกับการเฝ้าระวังโรคเชิงรุกในชุมชน โดยการให้ความรู้และฝึกทักษะการปฏิบัติ เพื่อให้ อสม. ออม.สามารถดำเนินการ ค้นหา เจาะไล่หิด ให้สู่ศึกษา ประชาสัมพันธ์ รายงานผลการค้นหาผู้ติดเชื้อรายใหม่ ในชุมชน ให้หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ได้ทันทั่วทั้งที่ เพื่อให้ผู้ที่ตรวจพบเชื่อได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นการตัดวงจรชีวิตการแพร่กระจายของโรค⁽¹⁰⁾ ประกอบกับการใช้กลยุทธ์ชุมชน เป็นตัวขับเคลื่อนการ ดำเนินงานในชุมชน โดยการจัดเวทีประชาคมใน การดำเนินการป้องกันแก้ไขปัญหามาลาเรียในหมู่บ้าน ทำให้มีการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน เฝ้าระวังโรคเชิงรุกในพื้นที่จากท้องถิ่น ประชาชน ให้ความร่วมมือในการพันสารเคมีถักค้ำในบ้าน ของตนเอง ซึ่งมีความครอบคลุมถึงร้อยละ 98.22 ทั้งนี้เพราะการกระตุ้นให้ชุมชนร่วมกันดำเนินงาน ป้องกันควบคุมโรค ไม่รบกวนความช่วยเหลือจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพียงฝ่ายเดียว โดยมีระบบการ เฝ้าระวังโรคเชิงรุกภายในชุมชนของตนเอง ทำให้เกิด ความยั่งยืนและต่อเนื่อง สอดคล้องกับ การศึกษาของ คานโกะ ซึ่งทั้ง 3 ปัจจัยนี้ถือได้ว่าเป็นหัวใจสำคัญ ต่อความสำเร็จครั้งนี้ แต่ทั้งนี้ประชาชนยังมีความรู้ที่ ไม่ถูกต้อง เกี่ยวกับการรับประทานยาลดไข้สามารถ ป้องกันไข้มาลาเรียได้ มีทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการ

พันสารเคมีบริเวณฝายบ้านเป็นพิษต่อบุคคลในบ้าน และมีการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องคือ การไม่ใช้มุ้งกางนอนตอนกลางคืน ทั้งนี้ อาจเนื่องจากการที่ไม่มีการระบาดของโรคดังกล่าวมาหลายปี ประกอบกับการพันสารเคมีทำให้ยุ่งยาก ได้ประชาชนก็อาจคิดว่าอาจเป็นอันตรายต่อคนได้เช่นกัน การนอนในมุ้ง อาจทำให้ประชาชนไม่เคยชิน เกิดความรู้สึกอึดอัด ดังนั้นจึงจำเป็นต้องให้ประชาชนได้รู้ถึงข้อดีของการใช้มุ้ง การนอนในมุ้ง อาจทำให้ประชาชนส่วนประเดิมที่อาสาสมัครสาธารณสุขยังขาดความรู้ในการเจาะโลหิตทำฟิล์มเพื่อตรวจหาเชื้อมาลาเรียและการส่งต่อฟิล์มโลหิต เนื่องจากเป็นพื้นที่ใช้ต่ำ อาสาสมัครสาธารณสุข ไม่มีประสบการณ์ดังกล่าว ดังนั้นเมื่อเกิดการระบาดของไข้มาลาเรีย การฟื้นฟูและทบทวน บทบาท และกลวิธีการดำเนินงาน แก่อาสาสมัครสาธารณสุข ในพื้นที่จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรมีการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรค ในพื้นที่ท่องเที่ยวเมื่อมีการระบาดของโรค โดยมีบทบาทในการกำหนดแนวทางการควบคุมการระบาด ระดมทรัพยากรและสนับสนุน มีการติดตามประเมินผล การดำเนินงานอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง และมีระบบการสั่งการที่ชัดเจน ไม่ซ้ำซ้อน เพื่อก่อให้เกิดเอกภาพในการดำเนินงาน

2. พัฒนาระบบการเฝ้าระวังโรคเชิงรุกในชุมชน โดยเน้นให้ อสม./อมม. เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการโดยใช้ Event based surveillance ทำให้สามารถตรวจพบการระบาดได้รวดเร็ว และควบคุมโรคระบาดได้ทันเวลา

3. การใช้กลยุทธ์ชุมชน เป็นตัวขับเคลื่อนการดำเนินงานในชุมชน โดยการจัดเวทีประชาคมในการดำเนินการป้องกันแก้ไขปัญหาโรคระบาดในพื้นที่ ผู้เข้าร่วมทำประชาคมควรประกอบด้วย นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชน เจ้าของกิจการการท่องเที่ยวในชุมชน ประชาชน และบุคลากรสาธารณสุข เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รับความร่วมมืออย่างดียิ่งจากทีมงานนำโดย นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสตูล ทีมงานจาก สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค นายกองค์การบริหารส่วนตำบลและคณะอาสาสมัครสาธารณสุข และอาสาสมัครมาลาเรีย ตลอดจนเจ้าของสถานประกอบการโรงแรมและรีสอร์ท และประชาชนในพื้นที่ที่มีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกันการระบาดของไข้มาลาเรีย จนสำเร็จ และท้ายที่สุดนี้ขอขอบคุณคุณณิษฐา ดิษย์สุวรรณ ที่ให้ข้อเสนอแนะในการเขียนรายงานการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา, นโยบายและยุทธศาสตร์ การพัฒนาการท่องเที่ยว 2552-2555.[cited 7 Aug 2009]; Available from: URI: www.thai2learn.com/moi/images/stories/docs/paper142.pdf
2. URI: www.th.wikipedia.org/wiki/จังหวัดสตูล
3. ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงที่ 12.2 จังหวัดสงขลา, รายงานการศึกษาดูงานที่ภูเก็ต. 2547.
4. ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงที่ 12.2 จังหวัดสงขลา, รายงานสถานการณ์ไข้มาลาเรีย. 2548 - 2552.
5. ฝ่ายข่าวและสื่อมวลชนสัมพันธ์ กลุ่มสารนิเทศ สำนักสารนิเทศ กระทรวงสาธารณสุข. กำหนดพื้นที่ที่จะประกาศ เป็นแหล่งท่องเที่ยวต้องผ่านเกณฑ์ด้านสาธารณสุข และด้านระบบบริการสุขภาพ. [cited 29 Nov. 2010]; Available from: URI: http://www.moph.go.th/show_hotnew.php?idHot_new=35103
6. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา กรมควบคุมโรค. ไขปอดชื้อยุงลายในภาคใต้ตอนล่าง. พิมพ์ครั้งที่ 1, โรงพิมพ์ธีรวัฒน์เซ็นเตอร์. 109 หน้า
7. เอกมน โลหะญาณจารี. แรงจูงใจในการ ปฏิบัติงาน

- ของอาสาสมัครสาธารณสุขเขตธนบุรี. กรุงเทพมหานคร. วิทยาลัยนพนธ์ระดับมหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา. 2547
8. Kaneko, A. 2010. A community-directed strategy for sustainable malaria elimination on islands: short-term MDA integrated with ITNs and robust surveillance. *Acta Tropica* 2010 Jun; 114(3): 177-83.
 9. ศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค. คู่มือตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขของศูนย์บัญชาส่วนกลางและส่วนภูมิภาค. พิมพ์ครั้งที่ 1, 2551.
 10. กลุ่มมาลาเรีย สำนักโรคติดต่อภายในโดยแมลง กรมควบคุมโรค. คู่มือการปฏิบัติงานควบคุมไข้มาลาเรีย พ.ศ. 2546. พิมพ์ครั้งที่ 1, กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. 2546.
 11. จิราภรณ์ เสวงนา. ระบาดวิทยาเชิงบูรณาการเพื่อเป็นแนวทางการควบคุมโรคมาลาเรียในประเทศไทย. ใน: ศ.นพ.สมชาย จงวุฒิเวศย์ และ ผศ.ดร. จตุรงค์ พุทธิพิทย. ระบาดวิทยาเชิงบูรณาการเพื่อเป็นแนวทางการควบคุมโรคมาลาเรียในประเทศไทย. โรงแรมมิราเคิลแกรนด์คอนเวนชั่น กรุงเทพมหานคร; 24-25 มีนาคม 2551
 12. กองมาลาเรีย กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการสอนของครูและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข, 2540; 1-10.

ข่าวประชาสัมพันธ์จากศูนย์บริการข้อมูลข่าวสารราชการกรมควบคุมโรค

ประชาชนควรรู้ : สิทธิของประชาชน ตาม พ.ร.บ.ข้อมูลข่าวสาร

พระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540

เป็นกฎหมายที่จัดทำขึ้นเพื่อรองรับ 'สิทธิได้รู้' (rights to know)
ของประชาชนตามระบอบประชาธิปไตยซึ่งประชาชนสามารถใช้สิทธินั้นได้ตามกฎหมาย โดยสาระสำคัญของสิทธิดังกล่าว

1. ในการขอคำปรึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตาม พ.ร.บ. ข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ.2540
2. สิทธิเข้าตรวจสอบข้อมูลข่าวสารของราชการ บุคคลไม่ว่าจะมีส่วนได้เสีย เกี่ยวข้องหรือไม่ก็ตาม ย่อมมีสิทธิตรวจสอบ ขอสำเนาหรือขอสำเนาที่มี คำรับรองถูกต้องของข้อมูลข่าวสารของราชการตามมาตรา 9 ได้
3. สิทธิขอข้อมูลข่าวสารอื่นใดของราชการ นอกจากข้อมูลข่าวสารที่ลงพิมพ์ในราชกิจจานุเบกษา หรือที่จัดไว้ให้ประชาชนเข้าตรวจสอบได้แล้ว
4. สิทธิที่จะรู้ถึงข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลที่เกี่ยวกับตน สิทธิในการขอให้แก้ไขเปลี่ยนแปลง ข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลที่ไม่ถูกต้องตามที่แท้จริง รวมทั้งมีสิทธิอุทธรณ์ในกรณีที่เจ้าหน้าที่ของรัฐมีคำสั่งไม่ยินยอมแก้ไขเปลี่ยนแปลง หรือลบข้อมูลข่าวสารนี้
5. สิทธิในการดำเนินการแทนผู้เยาว์ คนไร้ความสามารถ คนเสมือนไร้ความสามารถ หรือเจ้าของข้อมูล ที่ถึงแก่กรรม
6. สิทธิในการร้องเรียน เมื่อเห็นว่าหน่วยงานของรัฐไม่จัดพิมพ์ข้อมูลที่กำหนดไว้ ให้ประชาชนตรวจสอบ ไม่ปฏิบัติตามพระราชบัญญัตินี้ หรือ ปฏิบัติหน้าที่ล่าช้า หรือ เห็นว่าตนไม่ได้รับความสะดวกโดยไม่มีเหตุอันสมควร
7. สิทธิในการอุทธรณ์ เมื่อเห็นว่าเจ้าหน้าที่ของรัฐมีคำสั่งมิให้เปิดเผยข้อมูล ข่าวสาร หรือ มีคำสั่งไม่รับฟัง คำคัดค้านของผู้มีประโยชน์ได้เสีย หรือ ไม่แก้ไข เปลี่ยนแปลง หรือ ลบข้อมูลข่าวสาร ตามที่มีคำขอ

หมายเหตุ ติดต่อขอข้อมูลได้ที่

ศูนย์บริการข้อมูลข่าวสารราชการกรมควบคุมโรค

อาคาร 2 ชั้น 2 กรมควบคุมโรค

โทรศัพท์ 0 2590 3358 - 9

เว็บไซต์ <http://www.ddc.moph.go.th>

E - mail : epet@ddc.moph.go.th

