



สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ 9 จังหวัดพิษณุโลก
เลขที่ 306 ถนนพิษณุโลก-วัดโบสถ์
ตำบลหัวรอ อำเภอเมือง
จังหวัดพิษณุโลก 65000

<http://www.dpc9.ac.th/web/Journal/Journal.html>



วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.9 พิษณุโลก

Journal of Disease Prevention and Control : DPC 9th Phitsanulok

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 ตุลาคม 2555 - มีนาคม 2556 Volume 1 No.1 October 2012-March 2013

บทความวิจัย

1. การเฝ้าระวังกลวิธีส่งเสริมการขายของร้านค้าจำหน่ายบุหรี่ กรณีศึกษา : เขตภาคเหนือตอนล่าง
2. การพัฒนารูปแบบการจัดการศูนย์เด็กเล็กแบบมีส่วนร่วมในจังหวัดสระบุรี
3. สถานการณ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดพิษณุโลกภายหลังนโยบายยกระดับสถานีนอมาลัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
4. รูปแบบการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเกษตรกรผู้ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช บ้านเนินชาน ตำบลทุ่งยั้ง อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์
5. ประเมินการปฏิบัติงานด้านส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
6. การศึกษารูปแบบชุมชนลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบมีส่วนร่วมของอำเภอน้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์
7. ความซุกซมของลูกน้ำยุงลาย ความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนอำเภอน้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์
8. ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรคปอดระหว่างรักษา อำเภอน้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดพิษณุโลก

The Office of Disease Prevention and Control 9th Phitsanulok , Thailand

<http://www.dpc9.ac.th/web/Journal/Journal.html>

ISSN 2287-0385





วิสัยทัศน์

สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ 9 จังหวัดพิษณุโลก

“ เป็นองค์กรชั้นนำที่มีมาตรฐาน ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพ เพื่อสนับสนุนเครือข่ายและประชาชน ”

เป้าประสงค์

1. เพื่อให้เครือข่าย ดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ลดอัตราป่วยด้วยโรคตามนโยบายและโรคที่เป็นปัญหาในพื้นที่

พันธกิจ

1. ส่งเสริม สนับสนุน วิจัย พัฒนา ถ่ายทอดแลกเปลี่ยนความรู้ และเทคโนโลยีเพื่อป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ให้เครือข่ายและประชาชนตามมาตรฐานที่กำหนด
2. ประสานงานและปฏิบัติงานร่วมกับเครือข่ายภายในประเทศเพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
3. เตรียมความพร้อมในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขและภัยพิบัติ
4. พัฒนาระบบการติดตามประเมินผล เครือข่ายการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้เครือข่าย
5. พัฒนาระบบการบริหารจัดการองค์กรให้ก้าวไปสู่องค์กรคุณภาพ

วัตถุประสงค์	1 เพื่อเผยแพร่ความรู้ ผลงานวิชาการและนวัตกรรมด้านสุขภาพ 2 เพื่อเพิ่มช่องทางการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสื่อกลางการจัดการความรู้ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ รวมทั้งด้านสาธารณสุขทั่วไป 3 เพื่อเป็นเวทีในการนำเสนอผลงานวิชาการของบุคลากรสาธารณสุข	
ขอบเขต	นำเสนอผลงานเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ, ระบาดวิทยา, อนามัยสิ่งแวดล้อม, การแพทย์, การพยาบาลและผลงานวิชาการสาธารณสุขอื่นๆ โดยรับบทความตีพิมพ์ 4 ประเภท คือ บทบรรณาธิการ (Editorial), บทความปริทัศน์ (Review Article), รายงานการวิจัย (Research Article) และ รายงานผู้ป่วย (Case Report)	
เจ้าของวารสาร ที่ปรึกษา	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดพิษณุโลก ดร.นพ.พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ นพ.สุภชัย ฤกษ์งาม พญ.วรรณ หาญเขาว์วรกุล ดร.นพ.ศักดิ์ชัย ไชยมหาพฤกษ์	
บรรณาธิการ	ดร.ไพรัตน์ อ้นอินทร์	
บรรณาธิการผู้ช่วย	นางสาวทิพย์สุดา กองเนียม	นางสาวกรรณิกา โพธาเจริญ
กองบรรณาธิการ	ศ.นพ.ดร.ศุภสิทธิ์ พรธมนารุโณทัย ดร.นพ.ภูดิท เตชาดิวัฒน์ รศ.ดร.ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน ผศ.ดร.ทวีศักดิ์ ศิริพรไพบูลย์ ผศ.ดร.ปิยรัตน์ นุ่มพิทักษ์พงศ์	พอ.นพ.ทวีศักดิ์ นพเกษร รศ.ดร.พัชรินทร์ สิริสุนทร ผศ.ดร.นงนุช โอปะ รศ.ดร.อัญชลี วงษ์วัฒนา
ผู้จัดการวารสาร	นางวรรณ ภู่เสม	นางสาวพัชรา ศรีดุรงค์ธรรม
ฝ่ายประชาสัมพันธ์	นางสุรีพร วรศรีหิรัญ	นางสาววิลาวัลย์ พุ่มอยู่
ฝ่ายศิลปะ	นายตุลยะ กาศยานนท์	นายชยยุทธ พระเกตุ
กำหนดการตีพิมพ์	ปีละ 2 ฉบับ (ตุลาคม - มีนาคม , เมษายน – กันยายน)	
พิมพ์ที่	บริษัท ไฟกัส พรินติ้ง จำกัด จังหวัดพิษณุโลก	
	โทร. 086-428-4710 โทรสาร 055-225-037	

บทความหรือข้อคิดเห็นใดๆ ที่ปรากฏในวารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.9 พิษณุโลก
เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน กองบรรณาธิการวิชาการ และ สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ 9 จังหวัดพิษณุโลก
ไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วยทั้งหมด

บรรณาธิการแถลง

สวัสดีท่านผู้อ่าน วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.9 พิษณุโลก
วารสารวิชาการฉบับนี้ ถือเป็นปฐมฤกษ์ของการจัดพิมพ์เผยแพร่ของหน่วยงานเรา ผลงาน
วิชาการในฉบับนี้มีสาระที่หลากหลาย ซึ่งส่งมาจากเครือข่ายเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทั้งภายใน
และภายนอกเขตพื้นที่เครือข่ายบริการ ที่ 2

บทความวิชาการในวารสาร ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 นี้ มีงานวิจัย จำนวน 8 เรื่อง ที่มี
เนื้อหาครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และควบคุมโรค โดยเริ่มตั้งแต่ การเฝ้า
ระวังกลยุทธทางการตลาดเพื่อจำหน่ายบุหรี่ของร้านค้าระดับต่างๆ รูปแบบการพัฒนาศูนย์เด็ก
เล็กเพื่อให้มีความปลอดภัยจากโรค บทบาทหน้าที่ด้านการส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลหลังนโยบายยกระดับขึ้นมาจากศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ และ สถานีนอนมัย
กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเกษตรกรผู้ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช รวมทั้งบทความที่น่าสนใจ
และเป็นประโยชน์ต่อการนำไปเป็นแนวทางดำเนินงาน ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค
ได้แก่ การประเมินศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริม
ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน การศึกษาชุมชนในการปรับพฤติกรรมเพื่อลดเสี่ยงโรค
ไม่ติดต่อเรื้อรัง นอกจากนี้ ยังมีบทความการศึกษาเกี่ยวกับโรคติดต่อที่ถือเป็นปัญหาสำคัญของ
พื้นที่ คือ โรคไข้เลือดออก และ วัณโรค ซึ่งข้อค้นพบจากการวิจัยสามารถนำไปเป็นแนวทาง
แก้ปัญหาโรคและภัยสุขภาพได้เป็นอย่างดี

สำหรับการตีพิมพ์เผยแพร่ในฉบับต่อ ๆ ไป กองบรรณาธิการ หวังว่าท่าน
ผู้อ่านจะติดตามบทความของเราอย่างต่อเนื่อง และหวังว่าท่านจะส่งบทความวิจัยมาตีพิมพ์เพื่อ
เป็นการเผยแพร่ผลงาน ซึ่งกองบรรณาธิการยินดีรับบทความของท่าน โดยท่านสามารถศึกษา
แนวทางการส่งผลงานตีพิมพ์ได้ ทางเว็บไซต์ ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ 9 จังหวัด
พิษณุโลก

บรรณาธิการ

สารบัญ

บทความวิจัย

หน้า

การเฝ้าระวังกลวิธีส่งเสริมการขายของร้านค้าจำหน่ายบุหรี่ กรณีศึกษา : เขตภาคเหนือตอนล่าง	ไพรัตน์ อ้นอินทร์	1
การพัฒนารูปแบบการจัดการศูนย์เด็กเล็กแบบมีส่วนร่วมในจังหวัดสระบุรี	ดวงพร อรรถบวรพิศาล วิสุทธิ์ สุกรินทร์	13
สถานการณ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดพิษณุโลก ภายหลังนโยบายยกระดับสถานอนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	ศิริลักษณ์ โกวิทยานนท์	25
รูปแบบการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเกษตรกรผู้ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช บ้านเนินชาน ตำบลทุ่งขี้ อำเภอลำเลียด จังหวัดอุดรดิตถ์	ประณิดา เลี้ยววรรณสืบ	36
ประเมินการปฏิบัติงานด้านส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	วรรณภา กองสังข์	47
การศึกษารูปแบบชุมชนลดเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบมีส่วนร่วม ของอำเภอน้ำปาด จังหวัดอุดรดิตถ์	จิตติวัฒน์ ชัดติ	58
ความทุกข์ของลูกน้ำยุงลาย ความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันควบคุมโรค ใช้เลือดออกของประชาชนอำเภอน้ำปาด จังหวัดอุดรดิตถ์	มาลี โล่พานิช	70
ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรคปอดระหว่างรักษา อำเภอน้ำปาด จังหวัดอุดรดิตถ์	บ้งอร ชัดติ	79

การเฝ้าระวังกลวิธีส่งเสริมการขายของร้านค้าจำหน่ายบุหรี่ กรณีศึกษา : เขตภาคเหนือตอนล่าง

The Watch-out in Cigarette Retail Shop's Shop Sale Promotion Strategy, Case Study: the Lower Northern Region

ไพรัตน์ อนันต์ สด.*

Pairat Onintr Dr.P.H

กำหนด มีจักร สม.**

Kamnot Meechak M.P.H

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดพิษณุโลก*

Office of Disease Prevention and Control 9 Pitsanulok Province

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางระกำ**

Office of Public Health Bangrakam District

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์กลวิธีส่งเสริมการขายและการสร้างแรงจูงใจต่อการเข้าถึงบุหรี่ของลูกค้า พฤติกรรมละเมิดหรือเข้าข่ายผิดกฎหมายของเอเจนต์ ร้านค้าส่ง ร้านค้าปลีกทั่วไป ตลาดนัดขนาดใหญ่ และเพื่อบรรยายผลิตภัณฑ์บุหรี่และอุปกรณ์ส่งเสริมการขายบุหรี่ที่มีรูปแบบแปลกใหม่ ที่มีจำหน่ายในร้านดังกล่าว ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงพรรณนา สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ในพื้นที่เขตเมืองและอำเภอรอบนอก 4 จังหวัด ได้แก่ พิษณุโลก ตาก กำแพงเพชร และ อุตรดิตถ์ จังหวัดละ 2 อำเภอ เก็บข้อมูลโดยสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ประกอบการ การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม การล่อซื้อผลิตภัณฑ์บุหรี่ ระหว่างพฤศจิกายน 2553 – ตุลาคม 2554 รวม 11 เดือน วิเคราะห์ข้อมูล โดยวิเคราะห์เนื้อหา และการสรุปอุปนัย

ผลการวิจัย พบว่า ร้านค้าระดับเอเจนต์ซื้อบุหรี่จากโรงงานยาสูบ ดำเนินการโดยติดต่อกับตัวแทนของโรงงานยาสูบ โดยโรงงานยาสูบกำหนดราคาขายและกำหนดโควตาให้เอเจนต์แต่ละจังหวัด หากร้านค้าส่งสั่งซื้อปริมาณมากเอเจนต์จะลดราคาให้เอเจนต์สนับสนุนตัวโชว์ และมีการจัดงานเลี้ยงขอบคุณร้านค้าส่ง ในงานมีการแจกของชำร่วย อุปกรณ์หรือภาชนะ ที่มีสัญลักษณ์ยี่ห้อบุหรี่ให้ร้านอาหาร สำหรับร้านค้าส่งไม่พบกลวิธีส่งเสริมการขายและการสร้างแรงจูงใจต่อร้านค้าปลีก ส่วนร้านค้าปลีกทั่วไป ได้แก่ ร้านโชห่วย ส่วนมากมีตัวโชว์บุหรี่ และพบพฤติกรรมละเมิดกฎหมาย ได้แก่ จงใจเปิดตู้โชว์ตลอดเวลา เขียนบอกราคาบุหรี่ติดข้างตู้ มีอุปกรณ์/สินค้าเลียนแบบยี่ห้อบุหรี่เพื่อโฆษณา มีการแบ่งขายบุหรี่ และขายให้กับผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี ร้านสะดวกซื้อบางสาขาจงใจเปิดตู้ พบว่า พนักงานมีแรงจูงใจได้คำตอบแทนจากตัวแทนโรงงานยาสูบ สำหรับร้านอาหาร, คาราโอเกะ จะไม่วางโชว์บุหรี่ แต่จะเก็บในลิ้นชักใต้เคสเชียร์ ลูกค้าสามารถซื้อได้โดยติดต่อผ่านบริกร สำหรับตลาดขนาดใหญ่ โดยเฉพาะตลาดริมเมย อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก มีการจำหน่ายบุหรี่อย่างอิสระโดยชาวต่างชาติ นอกจากนี้ลูกค้ายังสามารถทดลองบุหรี่ได้ทุกยี่ห้อตามต้องการ

ข้อเสนอแนะที่สำคัญ คือ ควรมีการปรับ พบ. ที่เกี่ยวข้อง เรื่องการห้ามแบ่งจำหน่ายในทุกกรณี ทั้งนี้จากข้อค้นพบของงานวิจัยนี้ พบว่า มีการแบ่งขายบางกรณีที่สามารถทำได้ และ ควรมีการศึกษาพฤติกรรมการค้าจำหน่ายบุหรี่ในแหล่งสถานที่ซึ่งเป็นแหล่งรวมของเยาวชน ได้แก่ ร้านเกมส์เพื่อให้ทราบถึงวิธีการส่งเสริมการขาย และการเข้าถึงบุหรี่ของเยาวชน

คำสำคัญ.....การเฝ้าระวัง, กลวิธีส่งเสริมการขายบุหรี่, ร้านค้าจำหน่ายบุหรี่

Abstract

This research aims to analyze the sale promotion strategy and the motivation creation towards the customer's cigarette's using, the behavior that is unlawful of agents, wholesale shops, retail shops, shops in the big market, and to describe the cigarette products by using the description research, and definite selecting the sample group in the city area and the nearby district which are Phitsanulok, Tak, Kamphaengphet and Uttaradit – two districts from each province. The data collection was done by structural interview, owner's in-depth interview, independent observation, cigarette tricky buying between November 2010 – October 2011, total 11 months, data analysis by analyzing content and drawing inductive conclusion.

The research result found that agent retail shops buy cigarettes from the tobacco factory then process to contact with the tobacco factory's representatives and the tobacco factory has set up the price and the quantity for selling cigarettes to each agent in each province. If the agents order in large numbers, they will get some discount and receive the cigarette display box, as well as to join the wholesale shop thank you party. At the party, there will be souvenirs given, some equipment and signs that have pictures of cigarette brand on them to the restaurants. In the wholesale shops, there aren't any sale promotions done. In contrast, in the retail shops, such as grocery stores, there are some cigarette display box found, and breaking-law behavior found. Those behaviors are opening the cigarette show box intentionally, indicating the price by the show box, having the equipment /fake products of cigarette brand for advertising, separating cigarettes for sale and sell it to people who are under 18 years old. Some convenient stores open the cigarette selling box intentionally. It was found that the shop assistant get some extra compensation from the tobacco factory's representatives for restaurants, and karaoke shops. In some places, they don't put the cigarettes on show but store them in the cashier drawer. Customers can buy them through the waiters. For the big market, especially Rim-moey market, Mae sot district, Tak province, there is the independent selling to foreigners. However, customers are able to try cigarettes from any brand as much as they want to.

The important suggestion is there should be the adjustment in the related act in banning the separated selling of cigarettes in any case. Moreover, the research result found that in some case, there can be the separated selling and there should be the selling of cigarette behavior in the places where there is the gathering of children such as game shops in order to acknowledge the sale promotion, and the cigarette access of children.

Key Words: Watch-out, cigarette sale promotion strategy, cigarette retail shop

บทนำ

จากรายงานตามดัชนีชี้วัดสภาวะสุขภาพของคนไทย พ.ศ.2549 พบว่า ประเด็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของคนไทย คือ โรคหลอดเลือดและหัวใจ ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังอันดับหนึ่งของคนไทยที่เป็นสาเหตุการตายมากกว่าปีละ 65,000 ราย และข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกระบุว่า ประมาณร้อยละ 25 ของโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นผลมาจากการสูบบุหรี่ มีข้อค้นพบว่า ในจำนวนคนไทย 10 ล้านคนที่สูบบุหรี่ 6 ล้านคน เป็นผู้ที่สูบบุหรี่ 35 ปีขึ้นไป จะเริ่มป่วยเป็นโรคหัวใจ โดยเฉพาะผู้ที่เสียชีวิตด้วยโรคหัวใจวาย ระหว่างอายุ 35 – 55 ปี สาเหตุหลักพบว่าเป็นจากการสูบบุหรี่โดยตรง⁽¹⁾ นอกจากนี้กลุ่มโรคสำคัญไม่ยิ่งหย่อนกว่ากันก็คือ โรคมะเร็งซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต อันดับที่สองของคนไทย โดยพบว่า การ

สูบบุหรี่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็ง ถึง 10 ชนิด โดยภาพรวมแล้วนั้น พิษภัยจากบุหรี่สามารถทำให้เกิดโรคได้ถึง 25 โรค ทั้งนี้เพราะหลักฐานทางวิทยาศาสตร์พิสูจน์แล้วว่า คาร์บอนที่ประกอบด้วยสารก่อมะเร็งกว่า 50 ชนิด⁽²⁾

จากความรู้ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพดังกล่าว ประเทศไทยและประเทศต่างๆทั่วโลกจึงได้มีกฎหมายในการควบคุมยาสูบอย่างเข้มงวด ในขณะเดียวกันบริษัทบุหรี่ข้ามชาติและของไทย ก็มีความพยายามที่จะขยายตลาดโดยใช้กลยุทธ์ใหม่ๆ โดยเฉพาะ กลยุทธ์ด้านการตลาดขายปลีก การตลาดอิเล็กทรอนิกส์ การตลาดข้ามพรมแดน การตลาดที่แฝงมากับกิจกรรมเพื่อสังคม การแทรกแซงการออกกฎหมาย การสนับสนุนงานวิจัย และการประชาสัมพันธ์และนำเข้าผลิตภัณฑ์ใหม่ๆที่

พยายามใช้ช่องโหว่ของกฎหมายให้เป็นประโยชน์ เพื่อเข้าถึงเยาวชนและผู้หญิง

ในส่วนของพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมการขาย และคำเนิการของบริษัทยาสูบ เกี่ยวกับการสร้างปัจจัยเอื้อที่มุ่งเน้นจูงใจให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงบุหรี่ได้อย่างสะดวก ผลการศึกษาเบื้องต้นพบว่า บริษัทยาสูบยังมีการดำเนินอย่างต่อเนื่องด้วยรูปแบบที่หลากหลาย อาทิ การสนับสนุนผู้โชว์ที่เป็นการโฆษณาบุหรี่แบบแฝง การผลิตอุปกรณ์สนับสนุนการขาย การจัดกิจกรรมส่งเสริมการขาย ในส่วนของร้านค้าย่อยยังพบว่าการแบ่งขาย เปิดตู้โชว์บุหรี่ตลอดเวลา รวมทั้งการจำหน่ายบุหรี่ที่นำเข้าอย่างผิดกฎหมาย ของบุหรี่ไม่มีภาพคำเตือน เป็นต้น ดังนั้นเพื่อประโยชน์ในการบังคับใช้พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ จึงจำเป็นต้องทราบสถานการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมของบริษัทบุหรี่และร้านค้าเกี่ยวกับการส่งเสริมการขาย และการสร้างแรงจูงใจเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงบุหรี่ได้อย่างสะดวก การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งเน้นวิธีการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง โดยทำการสำรวจข้อมูลด้วยเทคนิคเชิงคุณภาพเป็นหลักและเชิงปริมาณเป็นรอง เพื่อสะท้อนให้เห็นภาพพฤติกรรมที่ผิดหรือเสี่ยงกฎหมาย อันเป็นแบบแผนตามปกติวิสัยหรือกลวิธีแปลกใหม่ของโรงงาน/บริษัทยาสูบ เอเยนต์ ร้านค้าส่งในพื้นที่ และร้านค้าปลีกทั่วไป จึงกำหนดวัตถุประสงค์การวิจัยที่สำคัญ 2 ประการ คือ 1) เพื่อวิเคราะห์กลวิธีส่งเสริมการขายและการสร้างแรงจูงใจต่อการเข้าถึงบุหรี่ พฤติกรรมละเมิดหรือเข้าข่ายผิดกฎหมายของโรงงาน/บริษัทยาสูบ เอเยนต์ ร้านค้าส่ง ร้านค้าปลีกทั่วไป และร้านค้าในตลาดนัด 2) เพื่อบรรยายลักษณะผลิตภัณฑ์บุหรี่และอุปกรณ์ส่งเสริมการขายรูปแบบแปลกใหม่ ที่มีจำหน่ายใน

ร้านเอเยนต์ ร้านค้าส่ง ร้านค้าปลีกทั่วไป และร้านค้าในตลาดนัด

ขอบเขตการวิจัย ได้กำหนดพื้นที่เก็บข้อมูลเป็น 2 เขต คือ เขตอำเภอเมือง และอำเภอรอบนอก ใน 4 จังหวัดภาคเหนือตอนล่าง ได้แก่ พิษณุโลก, ตาก , กำแพงเพชร และอุตรดิตถ์ ตัวแปรที่ศึกษากำหนดตามองค์ประกอบส่วนประสมทางการตลาด 4 ประเด็น คือ 1)ผลิตภัณฑ์ยาสูบ ได้แก่ ชนิดรูปแบบบรรจุภัณฑ์ ตราสินค้า ภาพคำเตือน 2)กลยุทธด้านราคา ได้แก่ การกำหนดราคา ส่วนลด การแจก การแถม 3)กลยุทธด้านช่องทางการจำหน่าย ได้แก่ พื้นที่จำหน่าย สถานที่จำหน่าย ตำแหน่งจัดวาง ณ จุดขาย และ 4) กลยุทธส่งเสริมการขาย และการสร้างแรงจูงใจกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ การโฆษณา กิจกรรมส่งเสริมการขาย ผลประโยชน์ตอบแทนการตลาดแบบตรงและแบบอ้อม ดำเนินการเก็บข้อมูล ระหว่าง พฤศจิกายน 2553 – ตุลาคม 2554

วิธีการวิจัย ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Methodology) ทำการศึกษาโดยการสัมภาษณ์ สังเกต ล่อซื้อ และเฝ้าระวัง สถานที่เก็บข้อมูลที่เป็นแหล่งเสี่ยง ในเขตเมืองและอำเภอรอบนอก จังหวัดละ 2 อำเภอ ใน 4 จังหวัดภาคเหนือตอนล่าง รวม 8 อำเภอ กลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยจำแนกตามระดับของแหล่งเก็บข้อมูล คือ ร้านค้าส่งในพื้นที่ 8 แห่ง ร้านโชห่วย 80 แห่ง ร้านสะดวกซื้อ 18 แห่ง ร้านอาหาร 10 แห่ง แผงลอย 10 แห่ง ร้านคาราโอเกะ 4 แห่ง และ ตลาดขนาดใหญ่ 7 แห่ง ซึ่งมีโอกาสเป็นไปได้ต่อการละเมิดกฎหมาย เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล จำแนกเป็น ทีมเก็บข้อมูล คือ บุคคลที่อยู่ในพื้นที่ โดยได้รับการอบรมวิธีการเก็บข้อมูลเรียบร้อยแล้ว โดยใช้แบบรายงานเฝ้าระวังเพื่อใช้ในการสังเกต การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง และแนว

สัมภาษณ์เชิงลึก จัดทำและพัฒนาโดยทีมวิจัย และตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมต่อการนำไปใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 2 ท่าน ได้แก่ 1) ผศ.ดร.ปิยะรัตน์ นิ่มพิทักษ์พงศ์ คณะเกษตรศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร และ 2) ผศ.ดร.ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร รวมทั้งอุปกรณ์เสริม ได้แก่ เครื่องบันทึกเสียงแบบพกพา (MP4) และ กล้องถ่ายรูป

วิธีการเก็บข้อมูล ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1 ทีมเก็บข้อมูลในพื้นที่สร้างความสัมพันธ์กับกลุ่มเป้าหมาย โดยเข้าไปพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการ แจ้งวัตถุประสงค์การศึกษา และสร้างความไว้วางใจว่าจะไม่ส่งผลกระทบแต่อย่างใด โดยไม่เปิดเผยชื่อผู้ให้ข้อมูล ชื่อร้าน ที่ตั้ง การเก็บข้อมูลเป็นความลับ นำเสนอเป็นภาพรวมโดยไม่มีการอ้างอิงมายังตัวบุคคลผู้ให้ข้อมูล รวมถึงความพอใจที่ต้องการเปิดเผยข้อมูล ซึ่งผู้ประกอบการสามารถไม่ตอบตามที่ผู้เก็บข้อมูลถามได้

2 การสัมภาษณ์ผู้ประกอบการ เมื่อทีมวิจัยสร้างความสัมพันธ์และสร้างความไว้วางใจระดับหนึ่งแล้ว ครั้งต่อไปที่เข้าพบ จึงสัมภาษณ์ พร้อมทั้งขออนุญาตบันทึกเสียง โดยภาพรวมแล้ว ทีมวิจัยเข้าเก็บข้อมูลร้านค้าระดับต่างๆ แห่งละประมาณ 6-8 ครั้ง

3 การเก็บข้อมูลโดยสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม เมื่อทีมวิจัยใช้วิธีสังเกตโดยมาซื้อของที่ร้านแล้วสังเกตพฤติกรรมกรรมการจำหน่ายบุหรี่ให้กับลูกค้า ร่วมกับการเฝ้าระวังในระยะห่างที่สามารถมองเห็นได้ โดยภาพรวม ทีมวิจัยเข้าเก็บข้อมูลร้านค้าระดับต่างๆ แห่งละประมาณ 7-11 ครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และการสรุปอุปนัย

ผลการวิจัย กลวิธีส่งเสริมการขาย พฤติกรรมละเมิดกฎหมาย การสร้างแรงจูงใจต่อการเข้าถึงบุหรี่ของ

ลูกค้า และผลิตภัณฑ์บุหรี่ อุปกรณ์การสูบ ที่มีรูปแบบแปลกใหม่ ในร้านค้าระดับต่างๆ พบดังนี้

1 โรงงาน/บริษัทยาสูบ ร้านค้าระดับเอเยนต์

ทีมวิจัยไม่สามารถการเก็บข้อมูลโดยตรง เนื่องจากไม่สามารถเข้าถึงผู้ประกอบการระดับนี้ได้ ดังนั้น ข้อมูลจึงได้จากการสัมภาษณ์ร้านค้าส่งระดับกลางในพื้นที่ พบว่า กลวิธีส่งเสริมการขาย และการสร้างแรงจูงใจ โรงงานยาสูบจะมีตัวแทนประจำจังหวัด กำหนดราคาขายบุหรี่ให้ และกำหนดโควตาให้เอเยนต์แต่ละจังหวัด กล่าวคือ เอเยนต์ไม่สามารถสั่งซื้อปริมาณได้ตามต้องการ เอเยนต์จะรับซื้อบุหรี่จากโรงงานยาสูบโดยติดต่อกับตัวแทนของโรงงานยาสูบ รูปแบบการรับซื้อบุหรี่ของเอเยนต์จากโรงงานยาสูบ เพื่อจำหน่ายให้กับร้านค้าส่งระดับจังหวัด ส่วนรูปแบบการจำหน่ายให้ร้านค้าส่ง หากร้านค้าส่งซื้อปริมาณมาก เอเยนต์จะลดราคา มีการสนับสนุนตู้โชว์บุหรี่ที่มีสีพื้นผิวและโลโก้ยี่ห้อของบริษัทยาสูบ ตัวแทนจะมีการแนะนำบุหรี่ที่ผลิตออกมาใหม่ สำหรับกลวิธีส่งเสริมการขายและการสร้างแรงจูงใจแก่ร้านค้าส่ง เอเยนต์จะมีการจัดงานเลี้ยงประจำปีเพื่อเป็นการขอบคุณร้านค้าส่ง โดยแจกบัตรร่วมงาน ให้แก่ร้านค้าส่งตามโควตาที่กำหนดไว้ในงานเลี้ยงมีการแจกรางวัล เช่น รถจักรยานยนต์, ตู้เย็น, ทีวี เป็นต้น พร้อมทั้งมีการแจกซองชาวย เป็นบุหรี่ออกใหม่ และ กล่องใส่บุหรี่ ตะกร้าใส่บุหรี่ ถือได้ว่า เป็นการเปิดตัวบุหรี่ชนิดใหม่โดยปริยาย นอกจากนี้ยังพบว่า เอเยนต์จะมีการแจกบุหรี่ให้กับร้านค้าที่มาร่วมงานเพื่อไปจำหน่าย เสมือนเป็นการชดเชยค่าน้ำมันที่มาร่วมกิจกรรมงานเลี้ยง เอเยนต์บางร้าน มีการสร้างแรงจูงใจร้านค้าส่ง โดยถ้าร้านค้าส่งขายได้ปริมาณตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ผู้แทนจำหน่ายจะให้รางวัลเป็นบัตรเติมเงิน หรือของที่ระลึก ตัวอย่างเช่น ไฟแช็ค พวงกุญแจ เป็นต้น

รวมทั้งยังมีการสนับสนุนกระดาแสดงข้อความราคาของบุหรี่ ขนาด A4 พิมพ์ด้วยหมึกดำ อักษรขนาดใหญ่มองเห็นราคาได้ชัดเจน เพื่อให้ร้านโชห่วยใช้ปิดหน้าตู้หรือที่อื่นๆเพื่อโฆษณาเชิญชวนลูกค้าให้รับรู้ราคา สนใจบุหรี่ชนิดใหม่ที่ราคาไม่สูงเกินไปสามารถซื้อได้ โดยเฉพาะบุหรี่ยี่ห้อใหม่ๆ ที่ราคาถูกซึ่งอาจเป็นบุหรี่ของโรงงานยาสูบเอง และบุหรี่นำเข้าจากประเทศเพื่อนบ้านที่ถูกต้องตามกฎหมาย ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ถือว่าการละเมิดหรือเข้าข่ายผิดกฎหมาย

2 ร้านค้าส่งในพื้นที่

มีข้อค้นพบดังนี้คือ ร้านค้าส่งซื้อบุหรี่จากเอเยนต์ภายในจังหวัด และอาจรับซื้อจากตัวแทนจำหน่ายบริษัทบุหรี่โดยตรง โดยถ้ามีการสั่งซื้อบุหรี่จากตัวแทนของบริษัทบุหรี่จำนวนมาก ก็จะได้ส่วนลด และของแถม อาทิ จาน ถ้วยใส่บุหรี่ ซึ่งของแถมจะมีรูปสัญลักษณ์โฆษณาบุหรี่นั้นๆ ติดมาด้วย รวมทั้ง ร้านค้าส่ง ยังได้รับสิทธิเข้าร่วมงานเลี้ยงประจำปีที่จัดโดยเอเยนต์จากการสนับสนุนของบริษัทยาสูบ ซึ่งจัดในอำเภอเมืองของแต่ละจังหวัด นอกจากนี้ยังพบว่า ร้านค้าส่งส่วนมาก นอกจากจำหน่ายบุหรี่ยุโรปแบบราคาส่งแล้วยังมีการขายปลีกด้วย ในกรณีของกลวิธีส่งเสริมการขายและการสร้างแรงจูงใจต่อการเข้าถึงบุหรี่ พบว่า ร้านค้าส่งส่วนมากไม่มีกลวิธีดังกล่าว เป็นการซื้อขายกันธรรมดา ไม่มีการจัดโปรโมชั่น ไม่มีส่วนลด จะมีเพียงส่วนน้อยที่มีการแจกของแถม ของชำร่วยให้แก่ร้านค้าปลีกที่มาซื้อ อาทิ ถ้วยใส่บุหรี่ ถูแบ่งบรรจุบุหรี่สำหรับใส่ให้ลูกค้าเวลาแบ่งขาย ซึ่งได้รับสนับสนุนมาจากเอเยนต์อีกทีหนึ่ง เมื่อพิจารณาด้านพฤติกรรมละเมิดหรือเข้าข่ายผิดกฎหมาย ส่วนมากไม่พบข้อมูลละเมิดหรือเข้าข่ายผิดกฎหมาย มีเพียงบางร้านที่ปิดประกาศราคานูรีที่ตู้โชว์ โดยเฉพาะบุหรี่ยี่ห้อใหม่ๆที่เพิ่งมี

การเปิดตัว และราคาถูกกว่าบุหรี่ที่มีจำหน่ายอยู่ทั่วไปสำหรับผลิตภัณฑ์บุหรี่แปลกใหม่ และ อุปกรณ์ส่งเสริมการขายบุหรี่ พบว่า ผลิตภัณฑ์บุหรี่ที่จำหน่ายร้านค้าส่งในพื้นที่รับบุหรี่ของโรงงานยาสูบจากเอเยนต์เป็นส่วนมาก เป็นบุหรี่บริษัทต่างชาติเล็กน้อย ยกเว้น ร้านค้าส่ง ในอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก บางร้านยังมีการจำหน่ายบุหรี่ยี่ห้อจากประเทศเพื่อนบ้าน อาทิ บุหรี่ชูรส หลากหลายยี่ห้อ บุหรี่จากต่างประเทศบางยี่ห้อ ส่วนอุปกรณ์ส่งเสริมการขายบุหรี่ ไม่พบว่ามีการนำมาจำหน่าย

3 ร้านค้าปลีกทั่วไป

ร้านโชห่วย เป็นร้านค้าที่อยู่ในย่านตลาด เปิดขายของและบุหรี่ยาวนานเป็นระยะเวลานาน ไม่ต่ำกว่า 5 ปี บุหรี่ที่นำมาจำหน่าย ชื่อที่ร้านค้าส่งในพื้นที่ บางร้านได้รับการสนับสนุนตู้โชว์ มีลักษณะที่แสดงออกด้วยสี รูปร่าง และตราสัญลักษณ์ บ่งชี้ถึงโรงงานยาสูบบริษัทบุหรี่ นอกจากนี้ยังมีการแจกจาน ชาม ที่มีรูปสัญลักษณ์โฆษณายี่ห้อบุหรี่ อีกด้วย ในด้านกลวิธีส่งเสริมการขายและสร้างแรงจูงใจต่อการเข้าถึงบุหรี่

กรณีร้านค้าขายปลีกอำเภอรอบนอกพบว่า มีกลวิธีส่งเสริมการขายและการสร้างแรงจูงใจต่อการเข้าถึงบุหรี่ โดยการสมนาคุณรางวัล ตัวอย่างเช่น บัตรเติมเงินโทรศัพท์ ให้กับลูกค้าที่ซื้อบุหรี่จำนวนมาก บางร้านมีตู้ใส่บุหรี่ที่สามารถเปิดปิดประตูได้ แต่จะเปิดตลอดเวลาเพื่อให้สามารถมองเห็นบุหรี่ได้ชัดเจน บางร้านข้างตู้เขียนบอกราคา และร้านค้าปลีกมากกว่าร้อยละ 90 ของร้านโชห่วยทั้งหมดที่เก็บข้อมูล จะมีการแบ่งจำหน่ายบุหรี่ให้กับลูกค้า พร้อมถุงขนาดเล็กสำหรับบรรจุ

กรณีร้านค้าในเขตอำเภอเมือง บางร้านมีอุปกรณ์โฆษณา อย่างเช่น ตู้เก็บบุหรี่ที่เป็นตู้สัญลักษณ์ของบุหรี่ยี่ห้อ MARLBORO ส่วนบางร้านก็มีไฟแช็คห้อยไว้หน้าร้านอย่างชัดเจน ซึ่งมีทั้งไฟ

เช็ครรรมคา กับไฟแ้คคที่มียี่ห่อบุหรี คือ ไฟแ้คคโลโก้ MARLBORO บางร้านก็เปิดตู้ขาย ตลอดเวลา บางร้านเป็นตู้กระจกสามารถมองเห็นได้อย่างชัดเจน ติดป้ายโฆษณาข้างตู้มีบุหรีของเล็กจำหน่าย มากกว่าร้อยละ 90 ของร้านโชห่วยทั้งหมด มีการแบ่งจำหน่ายบุหรีให้กับลูกค้าทั่วไป

ด้านพฤติกรรมละเมิดกฎหมาย พบว่า ร้าน

ค้าโชห่วยส่วนมากมีการจงใจเปิดตู้ให้เห็นซองบุหรี / แบ่งขายบุหรี และจำหน่ายบุหรี ให้กับลูกค้าทั่วไป และจากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้รับผิดชอบงานระดับเขต จังหวัด และอำเภอให้คำตอบตรงกันว่า ร้านค้าปลีกยังมีพฤติกรรมจำหน่ายให้กับผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี และมักเปิดตู้โชว์ให้เห็นซองบุหรีตลอดเวลา ดังภาพตัวอย่างต่อไปนี้

ตัวอย่างรูปภาพพฤติกรรมละเมิดหรือเข้าข่ายผิดกฎหมาย จากการเก็บข้อมูลเฝ้าระวัง



ด้านผลิตภัณฑ์บุหรีแปลกใหม่ และอุปกรณ์ส่งเสริมการสูบบุหรี พบว่า ร้านค้าโชห่วยบางร้านเท่านั้น ถือเป็นส่วนน้อยที่มีการจำหน่ายผลิตภัณฑ์บุหรีแปลกใหม่ ได้แก่ บุหรีชูรส โดยพบร้านค้าบางแห่งในอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก สำหรับการอุปกรณ์การสูบบุหรี เครื่องมือ และ/หรือวัสดุใดๆ ที่สามารถนำวัน บุหรีเข้าสู่ร่างกายทางใดทางหนึ่ง ไม่พบว่ามีการจำหน่ายในร้านค้าโชห่วย

ร้านสะดวกซื้อ ได้แก่ ร้าน TOP MART / MINIMART /SEVEN – ELEVEN ส่วนใหญ่ขายบุหรีโดยเก็บในตู้ที่มีมิดชิด แบ่งเป็นชั้น ๆ ฝาตู้ทำด้วยสแตนเลส ติดตั้งอยู่ด้านหลังเคาน์เตอร์ชำระเงิน บางร้านที่มีการเฝ้าระวัง พบว่า มักจะเปิดตู้ในช่วงนอกเวลา กล่าวคือจะเปิดตู้ช่วงเวลาตอนเย็น กับกลางคืน หรือบางร้านก็เปิดตลอดเวลา ผู้ซื้อสามารถมองเห็นได้อย่างชัดเจน ร้านสะดวกซื้อบางแห่งมีกลวิธีส่งเสริม

การขายและการสร้างแรงจูงใจต่อการเข้าถึงบุหรี โดยเลือกเปิดตู้บุหรีบางชั้น ที่พบคือ บุหรียี่ห้อ SMS / SHOOT ซึ่งเป็นบุหรียี่ห้อใหม่ จากการสอบถามพนักงานขาย โดยทีมเก็บข้อมูลซึ่งเป็นนักศึกษาและรู้จักมักคุ้นกับพนักงานขายผู้ให้ข้อมูล ทราบข้อมูลเพิ่มเติมว่า หากร้าน seven eleven เปิดโฆษณาบุหรีให้ในบางเวลา โดยเลียงกฎหมาย แล้วจะได้คำตอบแทนเป็นกรณีพิเศษจากตัวแทนบริษัทยาสูบ เมื่อพิจารณาถึงด้านพฤติกรรมละเมิดหรือเข้าข่ายผิดกฎหมาย พบว่าส่วนมากปฏิบัติได้เข้มงวดตามข้อปฏิบัติของกฎหมาย ยกเว้นบางร้านยังพบว่า มีการเปิดตู้โชว์บุหรีบางเวลา ด้านผลิตภัณฑ์บุหรีแปลกใหม่ และ อุปกรณ์ส่งเสริมการสูบบุหรี

พบว่า ร้านสะดวกซื้อไม่มีการจำหน่าย

ร้านอาหาร เป็นร้านขนาดกลาง ที่มีลูกค้าทั้งประชาชนทั่วไป และเยาวชนเข้าใช้บริการ เป็นร้านที่

อยู่ใกล้หอพักนักศึกษา แห่งหนึ่งในจังหวัดพิษณุโลก สำหรับร้านคาราโอเกะ เป็นร้านแห่งหนึ่งในจังหวัดพิษณุโลก ที่มีข้อมูลเบื้องต้นว่า เจ้าของ, วิทยากร เข้าใช้บริการจำนวนมาก กลวิธีส่งเสริมการขายและการสร้างแรงจูงใจต่อการเข้าถึงบุหรี่ กรณีร้านอาหารพบว่า ส่วนมากไม่มีการวางโชว์บุหรี่ แต่จะเก็บในลิ้นชักโต๊ะแคสเซียร์ ลูกค้านำมาซื้อได้โดยติดต่อผ่านบริกรภายในร้าน บางร้านได้รับการสนับสนุน

จาก ชาม ที่มีสัญลักษณ์ยี่ห้อบุหรี่ จากตัวแทนจำหน่ายโดยตรงของบริษัทบุหรี่ เช่น ที่พบคือ บุหรี่ยี่ห้อ Wonder แสดงให้เห็นว่า บริษัทบุหรี่ใช้ช่องทางนี้เป็นการโฆษณาแฝงโดยให้ร้านอาหารเป็นตัวกลางหรือสื่อในการเผยแพร่ โดยที่ร้านอาหารไม่รู้ตัว ดังภาพตัวอย่าง

กล่องในกระดาดทิชชู จากร้านอาหารแห่งหนึ่ง



ร้านอาหารแห่งหนึ่ง ได้รับสนับสนุนตู้ไฟ



สำหรับร้านคาราโอเกะ พบว่า มีการโฆษณาขายบุหรี่ในเมนูอาหาร ระบุยี่ห้อและราคา และมีพนักงานเชียร์ขาย บางแห่งแบ่งจำหน่ายโดยใส่ซองเล็กไว้ขายให้กับลูกค้า โดย พบว่า จำหน่ายให้ทั้งลูกค้าที่อายุต่ำกว่า 18 ปี ที่เข้ามาใช้บริการด้วย เมื่อพิจารณาด้านพฤติกรรมละเมิดหรือเข้าข่ายผิดกฎหมาย พบว่าร้านอาหาร และร้านคาราโอเกะทุกร้านไม่มีตู้โชว์บุหรี่ แต่มักเก็บในที่มืดชิดที่ลิ้นชักโต๊ะแคสเซียร์ ส่วนมากจำหน่ายบุหรี่ทั่วไปของโรงงานยาสูบ และ

ไม่มีการแบ่งจำหน่าย มีบางร้านที่มีขนาดเล็กอยู่รอบนอกเขตเมือง จะมีพฤติกรรมปฏิบัติแบ่งขายบุหรี่ให้กับลูกค้า บางครั้งจำหน่ายบุหรี่ให้กับเยาวชนอายุไม่ถึง 18 ปี และยังอยู่ในวัยเรียน ที่มาเที่ยวช่วงกลางคืน สำหรับผลิตภัณฑ์บุหรี่แปลกใหม่ และอุปกรณ์ส่งเสริมการสูบบุหรี่ พบว่า ร้านอาหารและร้านคาราโอเกะทุกร้าน ไม่พบว่ามีผลิตภัณฑ์บุหรี่แปลกใหม่ และอุปกรณ์การสูบบุหรี่

4 ตลาดนัดขนาดใหญ่ ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ได้แก่ ร้านจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบ ซึ่งมาจำหน่ายอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงร้านที่มาจำหน่ายเป็นบางครั้ง แต่พบว่าการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง ณ วันที่เก็บข้อมูล ในตลาดนัด พบว่า ในตลาดนัดแต่ละแห่งไม่มี

ร้านจำหน่ายบุหรี่ ส่วนใหญ่จะพบว่ามีร้านจำหน่ายยาเส้น “เรียกว่า ยาตั้ง” ใช้ประโยชน์ในการกินหมากหรือ สำหรับสูบก็ได้ มีตลาดนัดเพียงบางแห่งเท่านั้นที่มีร้านจำหน่ายเครื่องมวนบุหรี่ ซึ่งเมื่อติดตามดูการจำหน่ายต่อไป พบว่า ไม่มีการมาจำหน่ายอย่างต่อเนื่อง ไม่พบว่ามีกลวิธีส่งเสริมการขายและการ

สร้างแรงจูงใจต่อการเข้าถึงบุหรี่ ยกเว้นตลาดริมเมย
อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ที่พบว่าการจำหน่ายจาก
ผู้ค้าที่มาจากประเทศเพื่อนบ้าน

ที่มีการจำหน่ายสิ่งของหลากหลาย ส่วนหนึ่งมีผู้ขาย
ต่างชาติขายบุหรี่ที่ผลิตจากต่างประเทศ บางร้านมี
บุหรี่ยี่ห้อพรีเมียมหรือพรีเมียมในการสูบ โดยวางโชว์
แบบแพลงลอย และใส่กล่องตัดครึ่งมองเห็นว่าเป็น
บุหรี่ ได้อย่างอิสระตามแนวชายแดน กลวิธีส่งเสริม
การขายและการสร้างแรงจูงใจต่อการเข้าถึงบุหรี่ของ
ลูกค้า คือ บุหรี่จะมีราคาถูก และเมื่อลูกค้าซื้อบุหรี่
เป็นจำนวนมาก ๆ จะมีการแถมบุหรี่ชนิดใหม่ให้กับ
ลูกค้า สามารถทดลองสูบบุหรี่ตามต้องการ
นอกจากนี้ยังพบสินค้าเลียนแบบยี่ห้อบุหรี่ อาทิ
ไฟแช็ค กล่องบรรจุของบุหรี่ และบางร้านมี ป้ายสูบบุหรี่
จำหน่าย

สรุปและวิจารณ์

กลยุทธ์ทางการตลาดของโรงงานยาสูบ
และร้านค้าระดับเอเยนต์ ร้านค้าระดับเอเยนต์ ซื้อ
บุหรี่จากโรงงานยาสูบ เพื่อจำหน่ายให้กับร้านค้าส่ง
ระดับจังหวัดดำเนินการโดยติดต่อกับตัวแทนของ
โรงงานยาสูบ โดยโรงงานยาสูบจะมีการกำหนดราคา
ขายให้ และโรงงานยาสูบมีการสร้างแรงจูงใจโดย
กำหนดโควตาให้เอเยนต์แต่ละจังหวัด และเอเยนต์
ไม่สามารถสั่งซื้อได้ตามต้องการ แสดงให้เห็นว่า
โรงงานยาสูบมีกลยุทธ์ที่ต้องการกระจายผลิตภัณฑ์
ยาสูบให้ครอบคลุมหลายพื้นที่ อันเป็นการสร้าง
โอกาสการเข้าถึงกับนักสูบทั้งประชาชนทั่วไป และ
เยาวชน ได้อย่างครอบคลุมทุกพื้นที่ เมื่อมีการ
กระจายลงถึงร้านส่งและร้านปลีกรูปแบบต่างๆ
ตามลำดับ รูปแบบการจำหน่ายให้ร้านส่งทั่วไป
เอเยนต์บางแห่งมีการจัดโปรโมชั่นทั้งโดยส่วนของ
ร้านเองและสนับสนุนจากโรงงานยาสูบ ได้แก่ ที่ร้าน

จัดเอง คือ จะมีการลดราคาให้ทันทีหากร้านค้าส่ง
ระดับกลางซื้อบุหรี่ในปริมาณมาก แสดงให้เห็นว่า
เอเยนต์มีการใช้กลยุทธ์ด้านราคา โดยปรับราคาให้ถูกลง
เพื่อจูงใจและสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ซื้อทันที

สำหรับกรณีสนับสนุนผู้โชว์ให้แก่ร้านค้า
ส่งระดับกลาง ซึ่งเอเยนต์ได้รับสนับสนุนจากโรงงาน
ยาสูบ และผู้โชว์จากตัวแทนบริษัทประจำจังหวัดนั้น
แสดงให้เห็นว่ามีการส่งเสริมการขายให้แก่ร้านค้า
อย่างเต็มที่ ซึ่งลักษณะผู้โชว์ที่ออกแบบมาสามารถเลื่อน
บานพับให้มิดชิด หรือเลื่อนออกให้เห็นซองบุหรี่ที่
ชัดเจนก็สามารถทำได้ซึ่งจะสร้างความเด่นชัดให้ได้
มากกว่าการใส่ผู้โชว์ระดับต่ำที่เคยมีมาในอดีต ดังนั้น
เป็นไปได้ว่าเป็นช่องทางหนึ่งที่บริษัทบุหรี่ใช้ผู้โชว์นี้
เปิดให้เห็นซองบุหรี่ในช่วงเวลาที่ไม่มีกรตรวจเตือน
ที่เข้มงวดพอในบางพื้นที่ได้อย่างคล่องตัว

สำหรับการจัดงานเลี้ยงขอบคุณร้านค้าส่งที่
ดำเนินการโดยเอเยนต์ ด้วยการแจกบัตรร่วมงาน
โดยให้โควตาร้านค้า ที่เป็นร้านส่งขนาดใหญ่ประจำ
จังหวัดและอำเภอแบบเฉพาะเจาะจง รูปแบบในงาน
เลี้ยงมีการแจกรางวัล ใหญ่/เล็กตามระดับร้านค้า
พร้อมทั้งมีการแจกของชำร่วย เป็นบุหรี่ยี่ห้อออกใหม่
กล่องใส่บุหรี่ และ ตะกร้าใส่บุหรี่ ชุดเขยค่าน้ำมันรถ
ผู้ไปร่วมงานโดยมอบบุหรี่ยี่ห้อใหม่ให้ไปจำหน่าย
หลายห่อพอเพียงกับการประมาณการราคาน้ำมัน
พฤติกรรมการจัดงานเลี้ยงโดยโรงงานยาสูบนี้ แสดง
ให้เห็นว่า โรงงานยาสูบมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้าง
ความพึงพอใจให้เครือข่ายร้านค้า มีความต้องการขาย
ยาสูบไปอย่างต่อเนื่อง เป็นการสร้างแรงจูงใจร้านค้า
ส่งให้ยินดียินดีรับบุหรี่ยี่ห้อเดิมและยี่ห้อใหม่เพื่อจำหน่าย
ต่อไป เหตุเพราะว่า ร้านค้าส่งระดับกลางได้รับรู้
ข้อมูลเกี่ยวกับการได้รับสิทธิเข้าร่วมงานเลี้ยงและ
ร่วมจับรางวัลชิงโชคทุกปี และที่ถือเป็นกลยุทธ์แบบ

แพงมากกว่าการเลี้ยงขอบุคร้านค้าเครือข่าย คือเป็นการเปิดตัวบูรีใหม่ ที่มีราคาถูก ให้รับรู้และสร้างแรงจูงใจให้ร้านค้ารับไปจำหน่ายมากขึ้น ถือว่าเป็นกระบวนการประชาสัมพันธ์โดยตรงต่อเครือข่ายผู้ค้าได้อย่างดี นอกจากนี้ บริษัทจะมีการจัดโปรโมชั่นให้ร้านเมื่อทำยอดขาย ได้ตามที่ตั้งไว้ ตัวแทนโรงงานยาสูบจะให้รางวัลเป็นบัตรเติมเงินหรือของที่ระลึกอย่าง เช่น ไฟแช็ค พวงกุญแจ เป็นต้น และพฤติกรรมละเมิดหรือเข้าข่ายผิดกฎหมาย การลดราคา แจกแถมบูรีชนิดใหม่ และของชำร่วย เพื่อสร้างแรงจูงใจในการซื้อ ดังนั้น กลยุทธ์ทางการตลาดที่นำมาใช้เพื่อการจำหน่ายบูรี ของโรงงานยาสูบ และร้านค้าระดับเอเยนต์ จะมุ่งเน้นส่วนผสมทางการตลาดที่สำคัญ ได้แก่ การกำหนดราคามูลค่า ที่มีให้เลือกหลายระดับ และการส่งเสริมการตลาดโดยประชาสัมพันธ์แจ้งข่าวผลิตภัณฑ์ใหม่อย่างต่อเนื่อง และการสนับสนุนอุปกรณ์เพื่อโฆษณาและเสนอขายบูรีได้ชัดเจนและสะดวกมากขึ้น

กลยุทธ์ทางการตลาดของร้านค้าส่ง กลวิธีส่งเสริมการขาย การสร้างแรงจูงใจต่อการเข้าถึงบูรี และพฤติกรรมละเมิดกฎหมายหรือเข้าข่ายผิดกฎหมาย โดยพบว่า ร้านค้าส่งเหล่านี้ ไม่ค่อยมีกลวิธีส่งเสริมการขายและการสร้างแรงจูงใจต่อร้านค้าปลีกที่มาซื้อบูรี กล่าวคือ เป็นการซื้อขายกันธรรมดา ไม่มีการจัดโปรโมชั่น ไม่มีเงื่อนไขการทำยอดขาย ไม่มีส่วนลด ไม่มีการแจก แถมของชำร่วย ใดๆ ดังนั้น กลยุทธ์ทางการตลาดที่นำมาใช้เพื่อการจำหน่ายบูรีของร้านค้าส่ง มักไม่ได้ใช้ส่วนผสมทางการตลาดมากนัก เนื่องจากการกำหนดราคามูลค่า และการสนับสนุนอุปกรณ์เพื่อโฆษณาและเสนอขายบูรีนั้นส่วนมากได้รับการสนับสนุนจาก โรงงานยาสูบและร้านค้าระดับเอเยนต์

กลยุทธ์ทางการตลาดของร้านค้าปลีก กลวิธีส่งเสริมการขายและการสร้างแรงจูงใจต่อการเข้าถึงบูรี พฤติกรรมละเมิดกฎหมายหรือเข้าข่ายผิดกฎหมาย ตามที่พบร้านค้าแต่ละประเภท ดังนี้

ร้านโชห่วย ตามที่พบว่า ร้านโชห่วยไม่มีการจัดโปรโมชั่นอะไรให้กับลูกค้าทั่วไป แต่มีพฤติกรรมละเมิดหรือเข้าข่ายผิดกฎหมาย คือ มีการจงใจเปิดตู้ให้เห็นของบูรี ตลอดเวลา มีการแบ่งขายบูรี และจำหน่ายบูรีให้กับผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี เขียนป้ายบอกราคาไว้ที่ตู้โชว์ กล่าวได้ว่าผู้ประกอบการมีการแสดงผลิตภัณฑ์บูรี ณ จุดขายกันอย่างแพร่หลาย บางร้านมีความรู้ความเข้าใจจากการแนะนำและตรวจเตือนของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ แต่ผู้ประกอบการก็ไม่ยอมปฏิบัติตาม บางร้านขาดความรู้ความเข้าใจข้อกำหนดเกี่ยวกับความถูกต้องในการแสดงสินค้า ณ จุดขาย หรือ การแบ่งจำหน่าย โดยมีความคิดว่าสามารถกระทำได้ โดยเฉพาะร้านโชห่วยในชนบทจะพบว่า มีการตั้งโชว์บูรีกันหลากหลายรูปแบบ ที่สังเกตพบคล้ายคลึงกันคือ การตั้งตู้โชว์ที่รับการสนับสนุนจากโรงงานยาสูบ/บริษัทบูรี ทุกร้านจะวางไว้บนโต๊ะขายของที่มีอยู่เดิม และอยู่ในระดับสายตาของลูกค้า ดังนั้นเวลามองเข้าไปจะเห็นอย่างชัดเจน ทราบได้ทันทีว่าร้านนี้มีบูรีจำหน่าย พฤติกรรมอีกประการที่ร้านค้าปลีกกระทำอย่างปกติธรรมดา คือ การแบ่งขายบูรีให้กับลูกค้า โดยให้เหตุผลว่า ลูกค้าอยากสูบปริมาณน้อย และ ร้านค้าได้กำไรดีกว่าการขายทั้งซอง เด็กอายุต่ำกว่าเกณฑ์ก็สามารถซื้อได้ กรณีวัยรุ่นซื้อบูรีบางแห่งมีข้อค้นพบว่า แม้อายุไม่ถึงเกณฑ์ ไม่ได้เป็นผู้ซื้อเองก็สามารถสูบบุรีได้ เนื่องจากด้วยรูปแบบการเกาะเกี่ยวกันของกลุ่มวัยรุ่น ที่พบว่า ในกลุ่มหนึ่ง ๆ จะมีรุ่นพี่ที่อายุมากกว่า 20 ปี ดังนั้น กลุ่ม

วัยรุ่นรวมเงินกันแล้วให้ผู้ที่มิอายุเกินกฎหมายกำหนดเป็นผู้ซื้อแล้วก็นำมาสูบด้วยกัน ที่สำคัญคือไม่ค่อยมีพนักงานเจ้าหน้าที่มาตรวจจับ การกระทำเหล่านี้อาจส่งผลให้เยาวชนมีการเข้าถึงบุหรี่สะดวกขึ้น ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่โดยตรง ดังข้อค้นพบจากการศึกษาที่กล่าวว่า เด็กที่เห็นการโฆษณาและส่งเสริมการขาย ณ จุดขาย มีแนวโน้มที่จะสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นถึง 38%⁽³⁾ และมีข้อค้นพบว่า ที่สอดคล้องกันว่า เยาวชนที่เคยทดลองสูบบุหรี่เคยเห็นการโฆษณา ณ จุดขายมากกว่ากลุ่มเยาวชนที่ไม่เคยทดลองสูบ และสอดคล้องกับข้อค้นพบว่า ร้อยละ 99 ของร้านค้าบุหรี่ ขายบุหรี่ให้เด็กทั้งหญิงและชาย ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี การกระทำของร้านค้าในลักษณะนี้ส่งผลให้วัยรุ่นเข้าถึงได้ง่ายขึ้น⁽⁴⁾

อย่างไรก็ดี สำหรับประเทศไทย การมีกฎหมายห้ามโฆษณาและห้ามแสดงบุหรี่ ณ จุดขาย และการห้ามจำหน่ายบุหรี่ให้แก่เด็กอายุ ต่ำกว่า 18 ปี ล้วนเป็นเงื่อนไขที่สำคัญต่อการเข้าถึงบุหรี่ โดยจากการศึกษาของ มณฑา เก่งการพานิช และ ลักษณะเดิมศิริกุลชัย⁽⁵⁾ เรื่องประสิทธิผลของภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ในทัศนะของเยาวชนไทย พบว่า เยาวชนร้อยละ 73.4 เคยเห็นภาพและจำภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ได้ โดยได้วิเคราะห์ว่าสาเหตุที่ทำให้เยาวชนเห็นภาพคำเตือนในสัดส่วนที่มากนั้น อาจเกิดจากการละเมิดกฎหมายการแสดงบุหรี่ ณ จุดขายของร้านค้าเหล่านี้ ดังนั้น กลยุทธ์ทางการตลาดของร้านค้านำมาใช้เพื่อ การจำหน่ายบุหรี่ ของร้านค้าโชห่วย จะมุ่งเน้นส่วนผสมทางการตลาดที่สำคัญ ได้แก่ การเลือกสถานที่จัดวางผลิตภัณฑ์ให้ลูกค้าเห็นชัดเจน การส่งเสริมการตลาด โดยโฆษณาการค้าปลีก และเสนอขายบุหรี่แบบแบ่งขายซึ่งส่งเสริมให้ลูกค้าเข้าถึงบุหรี่ได้มากขึ้น

ร้านสะดวกซื้อ ส่วนใหญ่ขายบุหรี่โดยเก็บในตู้ที่มิดชิด แบ่งเป็นชั้น ๆ ฝาตู้ทำด้วยสแตนเลสติดตั้งอยู่ด้านหลังเคาเตอร์ชำระเงิน ร้านที่เฝ้าระวังมักจะเปิดตู้ในช่วงนอกเวลา คือ จะเปิดตู้ช่วงเวลาดอนเย็น กับกลางวัน หรือบางร้านก็เปิดตลอดเวลา ผู้ซื้อสามารถมองเห็นได้อย่างชัดเจน กลยุทธ์ทางการค้าของบริษัท ยาสูบ โดยมีแรงจูงใจว่า หากร้าน seven eleven เปิดโฆษณาบุหรี่ให้ในบางเวลา โดยเลี่ยงกฎหมาย แล้วจะได้คำตอบแทนเป็นกรณีพิเศษหรือไม่ก็เปิดทุกชั้น พฤติกรรมละเมิดหรือเข้าข่ายผิดกฎหมาย ร้านค้าสะดวกซื้อส่วนมาก จะพฤติกรรมส่วนมากค่อนข้างปฏิบัติได้เข้มงวดตามข้อปฏิบัติของกฎหมาย ได้แก่ ไม่มีการแบ่งขายบุหรี่ การไม่ขายบุหรี่ให้กับเยาวชน และการไม่เปิดตู้โฆษณา ยกเว้นบางร้านยังพบว่า มีการเปิดตู้โชว์บุหรี่ และอาจมีผลกับเยาวชน ดังข้อค้นพบที่ว่า วัยรุ่น (73%) จะได้รับอิทธิพลสูงกว่าผู้ใหญ่ (47%) จากการส่งเสริมการขายในร้านสะดวกซื้อ⁽³⁾ ทั้งนี้เนื่องจากในร้านสะดวกซื้อมีการออกแบบตำแหน่งที่วางขายมาเพื่อมาเพื่อการรับรู้และจูงใจให้กับลูกค้า ซึ่งการวางขายในตำแหน่งดังกล่าวนี้ มีการพบว่า สามารถสร้างแรงกระตุ้นที่จะซื้อเพิ่มขึ้นถึง 28%⁽³⁾ ดังนั้น กลยุทธ์ทางการตลาดของร้านค้านำมาใช้เพื่อการจำหน่ายบุหรี่ ของร้านค้าสะดวกซื้อ จะมุ่งเน้นส่วนผสมทางการตลาดที่สำคัญ ได้แก่ การเลือกสถานที่จัดวางผลิตภัณฑ์ให้ลูกค้าเห็นชัดเจน โดยจัดวางไว้ด้านหลังเคาเตอร์คิดเงิน สูงระดับสายตา เอื้อต่อลูกค้าในระหว่างรอคิดเงินมองเห็นบุหรี่อย่างชัดเจน

ร้านอาหาร จากที่พบว่า ส่วนมากไม่มีการวางโชว์บุหรี่ แต่จะเก็บในลิ้นชักโต๊ะของแคสเซียร์ แต่ลูกค้าสามารถซื้อได้โดยติดต่อผ่านบริกรภายในร้าน บางร้านได้รับการสนับสนุนจาก ชาม

กล่องใส่กระดาษชำระที่มีสัญลักษณ์ยี่ห้อบุหรืชนิดหนึ่ง ซึ่งจากการสอบถามผู้ประกอบการ พบว่า ได้รับสนับสนุนจากตัวแทนจำหน่ายโดยตรงของบริษัทบุหรื ที่พบคือยี่ห้อ Wonder แต่ผู้ประกอบการกล่าวว่า ไม่มีเจตนาตั้งใจจะเป็นการโฆษณาให้บริษัท มีเจตนาเพียงใช้เป็นภาชนะใส่อาหารเท่านั้น แสดงให้เห็นว่า บริษัทบุหรืใช้ช่องทางนี้เป็นการโฆษณาแฝง โดยให้ร้านอาหารเป็นตัวกลางหรือสื่อในการเผยแพร่ โดยที่ร้านอาหารไม่รู้ตัว สำหรับร้านคาราโอเกะพบว่า มีการโฆษณาขายบุหรืในเมนูอาหาร ระบุยี่ห้อและราคา และมีพนักงานเชียร์ขาย บางแห่งแบ่งจำหน่ายโดยใช้ซองเล็กไว้ขายให้กับลูกค้า โดยพบว่าจำหน่ายให้ทั้งลูกค้าที่อายุต่ำกว่า 18 ปี ที่เข้ามาใช้บริการด้วย สอดคล้องกับ สำนักวิจัยเอแบคโพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ พบว่า แหล่งอบายมุข สิ่งเสพติดและแหล่งจำหน่ายเหล้า บุหรื สถานที่รับเล่นการพนัน / สนุกเกอร์ / สถานบันเทิง เช่น ผับ/เทค/คาราโอเกะ นักเรียน/นักศึกษาที่อายุต่ำกว่า 18 ปีสามารถซื้อบุหรืสูบได้ง่าย⁽⁶⁾ ดังนั้น กลยุทธ์ทางการตลาดของที่นำมาใช้เพื่อการจำหน่ายบุหรื ของร้านอาหารและร้านคาราโอเกะ มักไม่ได้ใช้ส่วนผสมทางการตลาดมากนัก กล่าวคือ ไม่มีการวางตัวโชว์บุหรื การซื้อ-ขาย โดย ลูกค้าต้องติดต่อกริหรืให้นำบุหรืมาให้ที่โต๊ะ และเวลาสูบต้องออกไปสูบบนบริเวณที่จัดให้ ซึ่งถือว่าไม่สะดวกมากนักต่อลูกค้า

ตลาดขนาดใหญ่ ตามที่พบว่า ตลาดนัดทั่วไปมีการจำหน่ายเครื่องมวนบุหรื แต่พบไม่บ่อยนัก โดยที่ผู้จำหน่ายไม่ทราบว่าการกระทำของตนผิดกฎหมายหรือไม่ สำหรับตลาดริมเมย อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก พบว่า มีการวางโชว์บุหรืแบบแฝงลอย และใส่กล่องดัดครีงมอเห็นว่าเป็นบุหรื โดยผู้ค้าชาวพม่าวางขายตามแนวชายแดนฝั่งประเทศ

ของตนและเมื่อลูกค้าซื้อบุหรืเป็นจำนวนมาก ๆ จะมีการแถมบุหรืชนิดใหม่ให้กับลูกค้า สามารถทดลองบุหรืได้ทุกยี่ห้อตามต้องการ แสดงให้เห็นว่า ผู้ขายมีการนำกลยุทธ์ทางการตลาดที่นำมาใช้เพื่อการจำหน่ายบุหรื โดยมุ่งเน้นส่วนผสมทางการตลาดที่สำคัญ ได้แก่ การลดราคามุหรื ที่มีให้เลือกหลายระดับ การส่งเสริมการตลาดและสร้างแรงจูงใจผู้ซื้อ โดยให้ทดลองสูบบุหรืได้ว่าชื่นชอบหรือไม่ ทำให้ลูกค้ามีความสนใจพิจารณาซื้อบุหรืมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย คือ ควรมีการปรับปรุงกฎหมาย พรบ. กฎ ต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เรื่องการห้ามแบ่งจำหน่ายในทุกรณี ทั้งนี้จากข้อค้นพบของงานวิจัยนี้ พบว่า มีการแบ่งขายบางกรณีที่สามารถทำได้ตามคำแนะนำของสรรพสามิต แต่เนื่องจากเจตนารมณ์ที่แท้จริงของการดำเนินงานด้านบุหรืต้องการเพิ่มความยากลำบากในการเข้าถึงบุหรืจึงควรกำหนดให้การแบ่งขายทุกรณีถือว่าผิดกฎหมาย/พรบ. เพื่อให้สอดคล้องกับเจตนารมณ์ดังกล่าวข้างต้น รวมทั้งควรกำหนดบทลงโทษที่รุนแรงเพิ่มขึ้น

2 ข้อเสนอแนะเชิงการปฏิบัติ คือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการบังคับใช้กฎหมายควบคุมยาสูบ ควรจัดกระบวนการสร้างกระแส ประชาสัมพันธ์ที่หลากหลายรูปแบบ ในการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจผู้ประกอบการให้เกิดความตระหนักต่อการปฏิบัติตามกฎหมายควบคุมยาสูบ ประกอบกับหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องควรมีระบบการเฝ้าระวังอย่างจริงจัง และเข้มงวดเรื่องพฤติกรรมการขายของร้านค้าระดับต่างๆ ให้อยู่ในกรอบกฎหมาย รวมทั้งร้านค้าปลีกย่อย อาทิ การปิด / เปิด และการตั้งบุหรืในตู้โชว์ที่บริษัทยาสูบสนับสนุนร้านค้าสะดวกซื้อ และร้านค้าปลีกทั่วไป ให้ปิดตลอดเวลาที่ไม่มีการ

จำหน่ายบุหรี่ และควรจัดวางให้ต่ำกว่าระดับสายตา หรือให้มิดชิดภายในร้าน โดยกำหนดให้ปิดประกาศ เฉพาะป้าย “ที่นี่..มีบุหรี่จำหน่าย” ไว้หน้าร้าน เท่านั้น

3 ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ คือ ควรมีการศึกษา พฤติกรรมการจำหน่ายบุหรี่ในแหล่งสถานที่อื่น ๆ อาทิ ผับ บาร์ ร้านเกมส์ ฯลฯ เพื่อให้ทราบถึง

กระบวนการส่งเสริมการขาย และการเข้าถึงบุหรี่ของเยาวชน รวมทั้งควรศึกษากลยุทธ์การเสริมสร้างความตระหนักรู้ในกลุ่มเยาวชน เพื่อให้รับรู้ค่านิยมที่ถูกต้อง และสามารถตอบโต้กลยุทธ์การตลาดของบริษัทยาสูบได้อย่างเท่าทัน

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. Report on the Global Tobacco Epidemic, The MPOWER package; 2008.
2. ประกิจ วาทีสาชกกิจ. ผู้เพื่อไทยไร้ควันบุหรี่: บันทึกไว้เป็นประวัติศาสตร์. สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน; 2549.
3. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. การเฝ้าระวังการบริโภคยาสูบของเยาวชน. จัดพิมพ์เผยแพร่ในการประชุมวิชาการ “บุหรืกับสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 7”. กรุงเทพฯ : ดิเรกนิทัศน์การพิมพ์ ;2551.

4. มณฑา เก่งการพานิช และ ลักษณะ เดิมศิริกุลชัย. ประสิทธิภาพของภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ในทัศนะของเยาวชนไทย. วารสารควบคุมยาสูบ. ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2551. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ; 2551.
5. ลักษณะ เดิมศิริกุลชัย และ คณะ ลงหลักปักฐานสกัดกั้นยาสูบ. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ ; 2550.
6. มูลนิธิณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. โพลระบุชุดวัยรุ่นไทยเข้าถึงอบายมุข-สื่อลามกง่าย.
[Online]. Available: <http://www.ashthailand.or.th/th/news.php;2548>.

การพัฒนาารูปแบบการจัดการศูนย์เด็กเล็กแบบมีส่วนร่วมในจังหวัดสระบุรี

The development of participatory management model of healthy child care center in Saraburi province.

ดวงพร อรรถบวรพิศาล วท.บ., ศศ.ม.

Duangporn Arthabowornpisan B.Sc. M.La.

วิสุทธิ์ สุกรินทร์

wisut sugarint Ph. D social science

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี

Saraburi Provincial Public Health Office

บทคัดย่อ

การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการศูนย์เด็กเล็กแบบมีส่วนร่วมในจังหวัดสระบุรี และเพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กที่ใช้รูปแบบที่พัฒนาแล้ว ตัวอย่าง คือศูนย์เด็กเล็กของเทศบาลตำบล 1 แห่ง และองค์การบริหารส่วนตำบล 1 แห่ง ในอำเภอเสาไห้ จัดเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง คือ ผู้ปกครอง องค์กรที่เกี่ยวข้อง ประชาชน และเด็กในศูนย์เด็กเล็กด้วยเครื่องมือที่พัฒนาขึ้น ระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนธันวาคม 2555 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีเชิงปริมาณ คือ ค่าความถี่ สัดส่วน ค่าเฉลี่ย และเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า องค์ประกอบที่สำคัญของการจัดการศูนย์เด็กเล็ก คือ ศูนย์เด็กเล็ก หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ครอบครัวเด็ก อาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งทุกองค์ประกอบร่วมขับเคลื่อน กำหนดมาตรการดำเนินงานอย่างชัดเจน โดยวิธีจัดการแบบมีส่วนร่วมที่สำคัญ คือ การสร้างมิตรภาพที่ดี สร้างแรงจูงใจ ประสานงาน วางแผน กำหนดเป้าหมาย และสร้างเครือข่ายการทำงาน ผลจากการพัฒนาและใช้รูปแบบดังกล่าวนี้ก่อให้เกิดการมีส่วนร่วม ความเชื่อมั่นของผู้ปกครอง พฤติกรรมสุขภาพและพัฒนาการของเด็กดีขึ้น และหลังการใช้รูปแบบการพัฒนานี้ พบว่า เด็กในศูนย์เด็กเล็กมีการพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ABSTRACT

This Participatory Action Research aimed to (1) develop a community-participating management model of healthy child care center and (2) compare the performance outcomes of healthy child care center using the developed model that was conducted from January 2012 to December 2012 in healthy child care center of one area of municipality and one area of sub-district administration organization in Sao Hai District, Saraburi Province. Data of stakeholder i.e., parents, related organizations, people and children in healthy child care center were collected by the developed instruments and then were analyzed by qualitative and qualitative methods.

The result shown that the developed model consisted of 4 elements: the child's family, the healthy child care center, related organizations, volunteers. All elements have duties roles cooperatively drive activities a step by step and determine measures for clear performances with participating management techniques such as good relationship, empowerment, motivation building, coordination, planning, and goal setting , work assignment and networking. The result form the development and using model showed the power of participation to parent's confidence, and the health behavior of child and child development more. And after used the development model found that children in child care centers have more developed significantly. In conclusion, the determination of policy into practice which promote participation form potential of community by community and for community is considered as sustainable community development resulting in qualities of target group directly.

Key word : the healthy child care center, PAR

บทนำ

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เป็นสถานที่สำหรับเด็กเล็กวัยก่อนเรียน เพิ่มโอกาสให้เด็กได้รับการเตรียมความพร้อม มีพัฒนาการด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญาอย่างเหมาะสมตามวัย และเป็น การแบ่งเบาภาระของผู้ปกครองที่ไม่มีผู้เลี้ยงดูเด็ก ในช่วงกลางวัน⁽¹⁾ ในปี 2546 ศูนย์เด็กเล็กทุกสังกัด ถูกถ่ายโอนภารกิจ อำนาจหน้าที่และงบประมาณไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น⁽²⁾ ซึ่ง กิจกรรม ในศูนย์ เด็กเล็กต้องครอบคลุมกิจกรรม 6 ด้านได้แก่ 1) การ ส่งเสริมสุขภาพ 2) การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 3) บริการอาหารสะอาดปลอดภัย 4) สิ่งแวดล้อม สะอาดและปลอดภัย 5) บุคลากร และ 6) การมี ส่วนร่วมของผู้ปกครอง ชุมชน องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง⁽³⁾ จากการรวบรวม ข้อมูลศูนย์เด็กเล็กในปี 2548-2550 ของกรมอนามัย พบว่า มีศูนย์เด็กเล็ก รวม 14,856 แห่ง ประเมินผ่าน เกณฑ์มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กน่ายู่เพียงร้อยละ 65.0 และมีเด็กที่ได้รับการดูแลในศูนย์เด็กเล็ก ร้อยละ 29.5 ของเด็กปฐมวัยทั้งหมด⁽⁴⁾

จังหวัดสระบุรีมีศูนย์เด็กเล็กทั้งหมด 144 แห่ง เป็นศูนย์เด็กเล็กในสังกัดองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นจำนวน 136 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 94.40 และ สังกัดสถานศึกษา โรงพยาบาล/วิทยาลัยการพยาบาล วัด และเอกชน รวมจำนวน 8 แห่ง มีเด็กที่ต้องบริบาล ทั้งหมด 4,540 คน มีครูประจำศูนย์เด็กเล็ก 284 คน ได้รับการพัฒนาเป็นศูนย์เด็กเล็กน่ายู่ของกรม อนามัยในระดับพื้นฐาน จำนวน 44 แห่ง คิดเป็นร้อย ละ 30.60 เป็นศูนย์เด็กเล็กน่ายู่ระดับดี จำนวน 60 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 41.70 และระดับดีมาก 31 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 21.50 ตามลำดับ⁽⁵⁾ ซึ่งเห็นได้อย่าง ชัดเจนว่าควรมีการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กอย่างจริงจัง

และต่อเนื่อง ทั้งนี้การดำเนินงานพัฒนาศูนย์เด็กเล็ก จำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนที่ เกี่ยวข้อง โดยจำเป็นต้องมีการจัดการเพื่อให้เกิด ประโยชน์สูงสุด

การมีส่วนร่วมเป็นรากฐานที่สำคัญที่ เกี่ยวข้องกับทุกขั้นตอนในการพัฒนา โดยเฉพาะใน ชุมชนนับเป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกในชุมชนได้ ระบุงการแก้ไขปัญหา มีการเสนอพร้อมเลือกแนวทาง ที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งร่วม ดำเนินการตัดสินใจเลือกปฏิบัติงาน การติดตาม ประเมินผล ร่วมในการรับผลประโยชน์และร่วมใน ความสำเร็จ ดังการศึกษาของ พิทยา โภณมัย⁽⁶⁾ ที่ พบว่า ความสำเร็จในการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กที่ สำคัญคือ การมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองโดย การร่วมกิจกรรมต่างๆของศูนย์เด็กเล็ก อย่างไรก็ตาม ศูนย์เด็กเล็กหลายแห่งยังพบปัญหาเกี่ยวกับการมี ส่วน ร่วมในลักษณะความเหมาะสมซึ่งเป็นการร่วม กิจกรรมอย่างผิวเผิน มิได้ร่วมมือเพื่อแก้ไขปัญหา อย่างแท้จริงและขาดความต่อเนื่องดังที่ นิติศ ทศนิยม และคณะ⁽⁷⁾ ได้ศึกษาการบริหารการมีส่วนร่วม พบว่า การขาดประสิทธิภาพ ของการพัฒนาศูนย์เด็กเล็ก การ ร่วมกิจกรรมของคณะกรรมการในการดำเนินงาน ศูนย์เด็กเล็กและการจัดกิจกรรมสำหรับเด็ก แก่นนำ ชุมชน ผู้ปกครองหรือประชาชนทั่วไปค่อนข้างน้อย และขาดความกระตือรือร้นในการร่วมกิจกรรม

การทำให้เด็กมีพัฒนาการสมวัยโดยการมี ส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชนเป็นปัจจัยที่มี ความสำคัญ แต่องค์ความรู้ที่เกี่ยวกับการมีส่วนร่วม ของชุมชนในการจัดการศูนย์เด็กเล็กยังมีจำกัด โดยเฉพาะพื้นที่ที่มีบริบททางด้านสังคมและ วัฒนธรรมแตกต่างกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งแนวทาง

หรือองค์ความรู้เกี่ยวกับการจัดการแบบมีส่วนร่วม ตลอดจนการดำเนินงานให้มีการมีส่วนร่วมคงอยู่และเพิ่มมากขึ้นยังขาดความครบถ้วนสมบูรณ์ ไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ ดังนั้นการศึกษารูปแบบการจัดการแบบมีส่วนร่วมที่ส่งเสริมการดูแลเด็กในศูนย์เด็กเล็กตามศักยภาพของชุมชนจะเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่ช่วยสนับสนุนและสร้างความยั่งยืนในการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กให้ได้มาตรฐานที่กำหนดไว้ รวมทั้งมีความเหมาะสมในระดับพื้นที่ที่จะช่วยให้เด็กเติบโตเป็นเด็กที่สมบูรณ์ สมวัย เป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพของชุมชน สังคม และประเทศชาติต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการศูนย์เด็กเล็กแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในจังหวัดสระบุรี
2. เพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานของศูนย์เด็กเล็กที่ใช้รูปแบบของการจัดการศูนย์เด็กเล็กแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในจังหวัดสระบุรี

สมมติฐานการวิจัย

ผลการดำเนินงานของศูนย์เด็กเล็กที่ใช้รูปแบบของการจัดการศูนย์เด็กเล็กแบบมีส่วนร่วมของชุมชนก่อนและหลังการใช้รูปแบบมีความแตกต่างกัน

ขอบเขตการวิจัย

ศึกษากิจการในศูนย์เด็กเล็กโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในพื้นที่เทศบาลตำบลเมืองเก่า และองค์การบริหารส่วนตำบลท่าช้างไทรงาม อำเภอเสนา จังหวัดสระบุรี เนื้อหาครอบคลุมถึงการปฏิบัติในการจัดการเพื่อส่งเสริมการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กของชุมชน เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมของการจัดการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลเด็กในศูนย์เด็กเล็กโดยใช้

กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research)

วิธีการวิจัย

1. รูปแบบงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยผสมผสานวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งวิธีเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและสามารถพรรณนารูปแบบการเรียนรู้ร่วมกับชุมชนในการดูแลเด็กในศูนย์เด็กเล็กได้อย่างชัดเจน ทั้งนี้วิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นการวิจัยปฏิบัติการที่มีกระบวนการสำคัญคือขั้นการเตรียมการเบื้องต้น ขั้นวางแผน ขั้นปฏิบัติการและขั้นหาความจริง⁽⁸⁾ สำหรับระยะเวลาในการดำเนินงานระหว่างเดือนมกราคม 2555 ถึงเดือนธันวาคม 2555 โดยมีขั้นตอนของการดำเนินงานวิจัย 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การศึกษาพื้นที่และเรียนรู้ประสบการณ์ของชุมชน โดยการศึกษาทำความเข้าใจบริบทและสถานการณ์จริงของชุมชน ประกอบด้วย 1) การเตรียมตัวเข้าสู่ชุมชนทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ โดยประสานงานและร่วมกิจกรรมกับเทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชน กลุ่มหรือบุคคลในหมู่บ้านซึ่งเป็นที่ตั้งของศูนย์เด็กเล็ก 2) สร้างสัมพันธภาพกับบุคคล องค์กรหน่วยงาน และชุมชนที่เกี่ยวข้องกับศูนย์เด็กเล็ก ตลอดระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย และ 3) ศึกษาบริบทชุมชนและข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม เพื่ออธิบายวิธีการดำเนินชีวิตตามสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ของชุมชนซึ่งเป็นที่ตั้งของศูนย์เด็กเล็ก รวมทั้งรวบรวมข้อมูลเบื้องต้นที่เกี่ยวข้องกับเด็กและศูนย์เด็กเล็ก จากเอกสาร การสอบถามเบื้องต้น การสอบถามสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม

ครอบคลุมปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลสัมฤทธิ์ รวมถึงความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 2 การสร้างกระบวนการเรียนรู้และส่งเสริมให้เกิดกระบวนการการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการในศูนย์เด็กเล็ก ดำเนินการเฉพาะในพื้นที่วิจัยที่เป็นพื้นที่ทดลองที่ต้องการพัฒนารูปแบบการจัดการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในศูนย์เด็กเล็ก โดย 1) หาวิธีการเบื้องต้นในการพัฒนาร่วมกับผู้ที่เกี่ยวข้องการมีส่วนร่วมในการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กโดยสมัครใจ, 2) ศึกษาสถานการณ์ของการจัดการแบบมีส่วนร่วมในศูนย์เด็กเล็ก 3) วิเคราะห์ข้อสรุปและแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากข้อสรุปที่ได้จากการศึกษาบริบทชุมชนและสถานการณ์ในขั้นตอนระยะที่ 1 และศึกษาการจัดการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนแล้วนำเสนอในที่ประชุมชาวบ้านเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้ทราบถึงปัญหาหรืออุปสรรคเกี่ยวกับการจัดการในศูนย์เด็กเล็ก, 4) จัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อพิจารณาหาแนวทางตามความต้องการของชุมชนในการแก้ปัญหาหรืออุปสรรคเกี่ยวกับการพัฒนาเด็กในศูนย์เด็กเล็ก, 5) นำแผนปฏิบัติงานไปดำเนินการโดยใช้กระบวนการแก้ไขปัญหาและพัฒนาารูปแบบการจัดการแบบมีส่วนร่วมในศูนย์เด็กเล็ก โดยระดมสมอง เพื่อจัดทำแนวทางหรือเกณฑ์ประเมินพัฒนาการเด็กที่สอดคล้องกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรม พร้อมกำหนดบทบาทหน้าที่ในทีมงานพัฒนา จัดตั้งคณะกรรมการร่วมกันเพื่อประเมินการมีส่วนร่วมในการจัดการศูนย์เด็กเล็กแบบมีส่วนร่วมก่อนการพัฒนาตามแผนปฏิบัติการพัฒนาการเด็กและการจัดการแบบมีส่วนร่วมในศูนย์เด็กเล็ก

ระยะที่ 3 ประเมินผลหลังสิ้นสุดการวิจัย ครอบคลุมปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลสัมฤทธิ์ รวมถึงความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้องอีกครั้ง แล้วสรุป

บทเรียนร่วมกับชุมชน วิเคราะห์ข้อมูลรวม พิจารณาสรุปรูปแบบการจัดการศูนย์เด็กเล็กจนได้ตัวแบบการจัดการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในศูนย์เด็กเล็กที่สมบูรณ์ แล้วสะท้อนข้อมูลที่ได้แล้วคืนข้อมูลสู่ชุมชน

2. พื้นที่ศึกษา

ผู้วิจัยเลือกศึกษาในพื้นที่ชุมชนที่มีลักษณะของความเป็นตัวแทนชุมชนแบบชนบทและชนบทกึ่งเมือง โดยเลือกศึกษาที่อำเภอเสนาให้ จังหวัดสระบุรี ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีสังคมวัฒนธรรมที่ยังไม่เปลี่ยนแปลงหรือแตกต่างกันมาก เป็นอำเภอที่มีขนาดปานกลาง ประชากรพอเหมาะ ลักษณะทัศนคติของบุคคลในชุมชน นโยบายและโครงสร้างบทบาทหน้าที่ขององค์กรในชุมชนคล้ายคลึงกัน การคมนาคมติดต่อสะดวก มีความเป็นไปได้ในการศึกษา สามารถบริหารจัดการกิจกรรมได้ภายใต้เวลาที่จำกัดและมีความเหมาะสมที่นักวิจัยจะเข้าไปติดตามหรือร่วมกิจกรรม นอกจากนี้ประชาชนในชุมชนมีวิถีชีวิตและสังคมวัฒนธรรมที่คล้ายกัน มีองค์กรหรือหน่วยงานที่เป็นเครือข่ายการมีส่วนร่วมในการพัฒนาในศูนย์เด็กเล็ก ซึ่งสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นคือ เทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาในศูนย์เด็กเล็กที่ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งสองแบบ

3. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้เกี่ยวข้องกับศูนย์เด็กเล็กในพื้นที่เทศบาลตำบลเมืองเก่า และองค์การบริหารส่วนตำบลท่าช้างไทยงาม อำเภอเสนาให้ จังหวัดสระบุรี รวม 4,397 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย กลุ่มตัวอย่างที่จัดเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง

(Purposive Sampling) ในพื้นที่ศูนย์เด็กเล็กที่สังกัดเทศบาลตำบล 1 แห่ง คือ เทศบาลตำบลเมืองเก่า และศูนย์เด็กเล็กที่สังกัดองค์การบริหารส่วนตำบล 1 แห่ง คือ องค์การบริหารส่วนตำบลท่าช้างไทยงาม รวม 2 แห่ง ประกอบด้วย

2.1 กลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย เด็กทุกคนในศูนย์เด็กเล็กจำนวน 48 คน ผู้ปกครองเด็กทุกคนจำนวน 48 คน และ ผู้ดูแลเด็กจำนวน 4 คน รวมทั้งหมด 100 คน

2.2 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่

ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย ผู้จัดการในศูนย์เด็กเล็ก คือ ผู้ดูแลเด็ก แม่ครัวและนักการภารโรงทุกคน จำนวน 8 คน และกลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการดูแลเด็กในศูนย์เด็กเล็ก ผู้วิจัยเชิญผู้ร่วมสนทนาซึ่งเป็นผู้มีส่วนร่วมในการดูแลเด็ก ประกอบด้วย ผู้ปกครองเด็ก ผู้ดูแลเด็ก และอาสาสมัครภาคประชาชนจำนวน 8 คน ต่อศูนย์เด็กเล็กหนึ่งแห่ง รวมทั้งสิ้น 32 คน

ผู้ให้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ประกอบด้วย ผู้บริหารและบุคลากรขององค์การที่เกี่ยวข้องกับศูนย์เด็กเล็ก ได้แก่ เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชน วัด โรงเรียน รวม 8 คนต่อศูนย์เด็กเล็กหนึ่งแห่ง รวมทั้งสิ้น 16 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ได้จากการพัฒนาร่วมกัน เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินพัฒนาการและการจัดการศูนย์เด็กเล็ก ประกอบด้วย อุปกรณ์ประเมินพัฒนาการเด็กและแนวทางหรือเกณฑ์การประเมินพัฒนาการเด็ก และการจัดการศูนย์เด็กเล็กที่สอดคล้องกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่ได้จากการระดมสมองร่วมกันระหว่างผู้วิจัย ผู้ช่วยผู้วิจัย ผู้ดูแลเด็ก พ่อ แม่ ผู้ปกครองและผู้มีส่วนร่วมดูแลเด็กในศูนย์เด็กเล็ก

2. เครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการสังเกตการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ การประชุม และระดมสมอง ประกอบด้วย

2.1 ผู้วิจัย ได้เตรียมพร้อมศักยภาพด้านทักษะที่จำเป็นสำหรับนักวิจัยเชิงปฏิบัติการ ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ การเป็นวิทยากรกระบวนการ การตั้งคำถามให้กลุ่มช่วยคิดและการสะท้อนคิด การฟัง การติดต่อสื่อสาร และการสังเกตสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้น ทักษะการจัดกิจกรรมรวมกลุ่มสัมพันธ์ ฝึกการรับรู้ความรู้สึกของคนอื่นโดยการรู้จักเอาใจเขามาใส่ใจเรา

2.2 แบบบันทึกภาคสนาม เพื่อบันทึกข้อมูลจากการสังเกต การสนทนากลุ่ม การประชุม และการระดมสมอง เพื่อเก็บข้อมูลให้มีความสมบูรณ์และถูกต้องยิ่งขึ้น โดยผู้วิจัยได้บันทึกข้อมูลตามความเป็นจริง

2.3 แนวทางสำหรับใช้ในการสังเกต แนวคำถามการสนทนากลุ่ม แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก แนวทางการประชุม และแนวทางการบันทึกกิจกรรมต่างๆ

2.4 แบบสัมภาษณ์ผู้ปกครองเด็กในศูนย์เด็กเล็ก ประกอบด้วย ข้อมูลเบื้องต้น และ ความคิดเห็นของผู้ปกครองต่อศูนย์เด็กเล็กในด้านบริการด้านผู้ดูแลเด็ก ด้านเด็ก ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านการมีส่วนร่วม เป็นแบบเลือกตอบ แบ่งเป็น 5 ตัวเลือก คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

2.5 อุปกรณ์เสริมที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น เทปบันทึกเสียง เครื่องคอมพิวเตอร์ กล้องถ่ายรูป สมุดบันทึก กระดาษคลิปชาร์ท กระดาษเอ 4 กระดาษกาว ปากกาเมจิก ปากกาถูกเส้น ดินสอ ยางลบ ไม้บรรทัด กรรไกร กาว กล่องกระดาษ และถุงพลาสติก

3. การหาคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการตรวจวิเคราะห์ความตรงของเนื้อหา (Content Validity) การหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อตามวิธี Item-total Correlation ปรากฏว่า มีค่าอยู่ระหว่าง 0.35-0.87 และหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งใช้เกณฑ์ความน่าเชื่อถือได้ของลินคอล์นและกูบา⁽⁹⁾ ได้ค่าความน่าเชื่อถือเท่ากับ 0.87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยประสานงานกับองค์กรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเด็กในศูนย์เด็กเล็ก เทศบาลตำบลสวนดอกไม้ เทศบาลตำบลเมืองเก่า องค์การบริหารส่วนตำบลม่วงงาม และองค์การบริหารส่วนตำบลท่าช้างไทยงาม อำเภอเสนาให้จังหวัดสระบุรี เพื่อขอข้อมูลเบื้องต้นของหน่วยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งข้อมูลอื่นๆ ที่เป็นประโยชน์การวิจัย

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ โดยรวบรวมผลประเมินพัฒนาการและการจัดการเด็กตามแนวทางหรือเกณฑ์การประเมินพัฒนาการเด็ก และการมีส่วนร่วมในการจัดการในศูนย์เด็กเล็ก จากคณะกรรมการ ได้แก่ ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล และความคิดเห็นของผู้ปกครอง ข้อมูลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบด้วย ข้อมูลอนามัยวัยเด็กด้านน้ำหนักแรกเกิด โภชนาการ และพัฒนาการเด็ก ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลเด็ก โดยทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลทุกครั้งก่อนและหลังดำเนินการวิจัย

2.2 การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

2.2.1 การจัดประชุมชาวบ้านและแกนนำ โดยการบันทึกเสียง ภาพและเสียง รวมทั้งการจดบันทึกจากการประชุมประชาชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับศูนย์เด็กเล็กในชุมชนพร้อมวิเคราะห์เสนอแนวทางแก้ไขปัญหาดลอดจนจัดทำแผนปฏิบัติการแก้ไขปัญหาละเอียดเกี่ยวกับการพัฒนาเด็กในศูนย์เด็ก

2.2.2 การสนทนากลุ่ม เพื่อทราบข้อมูลพัฒนาการ การบริหารจัดการในศูนย์เด็กเล็ก และการมีส่วนร่วมบริหารจัดการศูนย์เด็กเล็ก โดยในแต่ละพื้นที่ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือกลุ่มผู้ดูแลเด็ก และกลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการจัดการศูนย์เด็กเล็ก

2.2.3 การสังเกตแบบมีส่วนร่วม โดยสังเกตชุมชนและกิจกรรมขณะดำเนินการศึกษา พร้อมทั้งสัมภาษณ์หรือสอบถามข้อมูลจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับศูนย์เด็กเล็ก ทั้งก่อนและหลังการพัฒนาตามแผนปฏิบัติการ เพื่อประเมินผลการจัดการของศูนย์เด็กเล็กโดยใช้วิธีพูดคุยสนทนาตามธรรมชาติ

2.2.4 การสัมภาษณ์เชิงลึก เกี่ยวกับความคิดเห็นต่อศูนย์เด็กเล็กของผู้บริหาร และบุคลากรขององค์กรที่เกี่ยวข้องกับศูนย์เด็กเล็กทั้งก่อนและหลังดำเนินการวิจัย

2.2.5 การศึกษาเอกสารต่างๆ เกี่ยวกับเด็กของอาสาสมัคร ศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์เด็กเล็ก และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ของศูนย์เด็กเล็กในแต่ละแห่ง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน พร้อมทั้งตรวจสอบข้อมูลในบริบทที่ศึกษาลักษณะวิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า⁽⁸⁾

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์การพัฒนารูปแบบการจัดการแบบมีส่วนร่วมโดยการพรรณนาถึงลักษณะ วิธีการดำเนินการพัฒนารูปแบบและการดำเนินงานตามรูปแบบจากการปฏิบัติงานจริงในพื้นที่แล้ว

สังเคราะห์ข้อมูลพื้นที่ที่ศึกษาที่ได้มีการพัฒนา รูปแบบการจัดการให้เป็นข้อมูลทางวิชาการ

3. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณผลการดำเนินงานที่ได้พัฒนารูปแบบการจัดการศูนย์เด็กเล็กแบบมีส่วนร่วมขึ้นระหว่างศูนย์เด็กเล็กที่สังกัดเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลที่มีการพัฒนารูปแบบรวม 2 แห่ง ครอบคลุมด้านกระบวนการและแบบแผนดำเนินงานตามกิจกรรม 6 ด้าน ได้แก่ 1) การส่งเสริมสุขภาพ 2) การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 3) บริการอาหารสะอาดและปลอดภัย 4) สิ่งแวดล้อมสะอาดและปลอดภัย 5)บุคลากร และ 6) การมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมานเพื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นของผู้ปกครองก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการจัดการแบบมีส่วนร่วมของศูนย์เด็กเล็กที่สังกัดเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล

4. ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยนำข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนมาทำดัชนีและจัดกลุ่มความคิดแล้วแยกให้เห็นกิจกรรมการกระทำในการดูแลเด็กในประเด็นต่างๆ รวมทั้งให้ความหมาย วิธีคิดในการกระทำ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ข้อจำกัดและบริบทที่เกี่ยวข้อง ภายหลังจากจำแนกข้อมูลแต่ละรายบุคคลแล้ว มีการสร้างระบบย่อย จากการประมวลเชื่อมโยงกับข้อมูล บริบทข้อมูล และนำไปตรวจสอบข้อมูลย่อยจากการเก็บข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลอื่น นำผลที่ได้จากการวิเคราะห์มาสร้างสมมุติฐานแล้วนำไปประมวลเชื่อมโยงกับการเก็บข้อมูลจากวิธีการต่างๆ เพื่อนำไปสู่การตีความ และการสร้างข้อสรุปในการวิจัยแต่ละขั้นตอน

ผลการวิจัย

ศูนย์เด็กเล็กในการวิจัยทั้งหมดมีลักษณะบริบทของพื้นที่ศูนย์เด็กเล็กแต่ละแห่งมีความเหมือนและความแตกต่างด้านกายภาพ ชีวภาพ สังคม ศาสนา/วัฒนธรรม/ประเพณี เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม เขตเทศบาลซึ่งเป็นแบบชนบทกึ่งเมืองกับอีกแบบหนึ่งเป็นเขตองค์การบริหารส่วนตำบลที่เป็นแบบชนบท ศูนย์เด็กเล็กที่สังกัดเทศบาลตำบลเมืองเก่า มีครูผู้ดูแลเด็ก 2 คน และมีเด็กเล็ก 28 คน อัตราส่วนผู้ดูแลเด็กต่อเด็ก 1 : 14 ขณะที่ศูนย์เด็กเล็กที่สังกัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่าช้างไทยงามมีครูผู้ดูแลเด็ก 2 คน และมีเด็กเล็ก 20 คน อัตราส่วนผู้ดูแลเด็กต่อเด็ก 1 : 10 ทั้งนี้ในความเหมือนจะพบรูปแบบการจัดการแบบเดิมที่มีการร่วมจัดการในศูนย์เด็กเล็กในระดับที่ไม่มากและไม่มีความรู้ และผู้บริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่ค่อยเปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วมเท่าที่ควร

การศึกษาและพัฒนารูปแบบการจัดการแบบมีส่วนร่วมในสองพื้นที่มีกระบวนการพัฒนาโดยกลุ่มที่เข้าร่วมพัฒนารูปแบบประกอบด้วยผู้สนใจอยากร่วมพัฒนาจากกลุ่มผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็ก ผู้บริหารและคณะกรรมการศูนย์เด็กเล็กของเทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล ผู้บริหารและทีมงานของศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวนรวม 36 คน โดยได้ร่วมกันพัฒนารูปแบบอย่างเป็นขั้นตอน คือ 1) แฉ่งวัตถุประสงค์ของการพัฒนาตัวเอง 2) การหาแกนนำร่วมงาน 3) แบ่งงานกับทีมงานที่เรียกว่า “ทีมงานพัฒนารูปแบบการจัดการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในศูนย์เด็กเล็ก” รวม 36 คน ในพื้นที่ศูนย์เด็กเล็กที่สังกัดเทศบาล และ 24 คน ในพื้นที่ศูนย์เด็กเล็กที่สังกัดองค์การบริหารส่วนตำบล 4) กำหนดขั้นตอนการดำเนินงานของทีม และ 5)

สรุปผลตามขั้นตอนการพัฒนาารูปแบบการจัดการ
สำหรับวิธีการพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย การ
ประชุม การอบรม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสาธิต
และการฝึกปฏิบัติ จนได้รูปแบบการจัดการแบบมี
ส่วนร่วมของชุมชนในศูนย์เด็กเล็กที่สมบูรณ์ โดย
องค์ประกอบของรูปแบบได้แก่ 1) ครอบคลุมเด็ก 2)
ศูนย์เด็กเล็ก 3) องค์กร/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 4)
อาสาสมัครพัฒนาศูนย์เด็กเล็กรวมทั้งกลุ่มที่ร่วม
กิจกรรมย่อย มีการกำหนดโครงสร้างบทบาทหน้าที่ที่
เหมาะสม มีกลไกการขับเคลื่อนที่กำหนดขั้นตอน
คือ 1) การศึกษาสถานการณ์ 2) การสังเกตชุมชน 3)
การนำเสนอข้อมูลจากการศึกษา 4) การทำแผนเพื่อ
แก้ไขปัญหา 5) กำหนดผู้รับผิดชอบ 6) การควบคุม
กำกับงานและประเมินผล และ 7) การสรุปและ
ประเมินผลการดำเนินงาน มีการกำหนดมาตรการ/
ยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานตามรูปแบบ ได้แก่
มาตรการเชิงนโยบาย มาตรการเชิงปฏิบัติการเพื่อ
พัฒนาศูนย์เด็กเล็กเกี่ยวกับการเข้าร่วมการประชุม มี
กติกาการปรับเป็นเงิน สิ่งของหรือแรงงาน และการ
เข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาต้องร่วมโดยสมัครใจ คำนึงถึง
ความปลอดภัยของเด็กเป็นเบื้องต้น ผลการทดลอง
ใช้รูปแบบการจัดการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนใน
ศูนย์เด็กเล็กเกิดกิจกรรมย่อยที่สำคัญโดยศูนย์เด็กเล็ก
ที่สังกัดเทศบาลจะมีกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็ก
กิจกรรมอาหารและโภชนาการดี กิจกรรมศูนย์เด็ก
เล็กน่ายุ่ ส่วนศูนย์เด็กเล็กที่สังกัดองค์การบริหาร
ส่วนตำบลจะมีกิจกรรมศูนย์เด็กเล็กน่ายุ่ และ
กิจกรรมโภชนาการดี ทั้งนี้รูปแบบการจัดการที่ได้
เป็นที่ยอมรับของทุกฝ่ายว่ามีความเหมาะสมทั้งด้าน
บริบทของพื้นที่ ระยะเวลาและทรัพยากร และตรง
ตามความต้องการของทุกฝ่าย รวมทั้งมีประสิทธิผล
กล่าวคือ ด้านการมีส่วนร่วมพบว่า มีปริมาณของผู้ที่

ผลจากการเปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนการดำเนินงานก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการจัดการแบบมีส่วนร่วมในศูนย์เด็กเล็กของพื้นที่ที่สามารถสรุปได้ว่า มีการดำเนินงานครบถ้วนและเป็นแบบแผนมาก มีรายละเอียดของแบบแผนการดำเนินงาน และมีเครือข่ายของการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงานมาก เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการดำเนินงานก่อนและหลังการพัฒนาในศูนย์เด็กเล็ก พบว่า หลังการพัฒนา ศูนย์เด็กเล็กมีกระบวนการค้นหาปัญหาอย่างเป็นระบบ มีการแก้ไขปัญหาสอดคล้องกับสภาพปัญหาที่แท้จริง ส่งผลให้เกิดความก้าวหน้าในการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ได้จริง ผลการเปรียบเทียบความคิดเห็นของผู้ปกครองก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ผู้ปกครองในพื้นที่ศูนย์เด็กเล็กที่สังกัดเทศบาลมีความต้องการหรือความคาดหวังต่อศูนย์เด็กเล็กระดับมากเพิ่มขึ้น

จากร้อยละ 35.7 เป็นร้อยละ 75.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และผู้ปกครองในพื้นที่ศูนย์เด็กเล็กที่สังกัดองค์การบริหารส่วนตำบลก็มีความต้องการหรือความคาดหวังต่อศูนย์เด็กเล็กระดับมากเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 70.0 เป็นร้อยละ 85.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในด้านความเชื่อมั่นต่อศูนย์เด็กเล็กนั้น ผู้ปกครองในพื้นที่ศูนย์เด็กเล็กที่สังกัดเทศบาลตำบลเมืองเก่ามีความเชื่อมั่นต่อศูนย์เด็กเล็กในระดับมากเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 28.6 เป็น

ร้อยละ 82.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และผู้ปกครองในพื้นที่ศูนย์เด็กเล็กที่สังกัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่าช้างไทยงามก็มีความเชื่อมั่นต่อศูนย์เด็กเล็กในระดับมากเพิ่มขึ้นเช่นกัน จากร้อยละ 35.0 เป็นร้อยละ 75.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความคิดเห็นของผู้ปกครองต่อศูนย์เด็กเล็กก่อนและหลังการพัฒนา

ความคิดเห็นของผู้ปกครอง	ก่อนดำเนินงาน		หลังดำเนินงาน		χ^2	p-value
	น้อย	มาก	น้อย	มาก		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ศูนย์เด็กเล็กเทศบาลตำบลเมืองเก่า	(n = 28)		(n = 28)			
ความต้องการผู้ปกครอง	18(64.3)	10 (35.7)	7(25.0)	21(75.0)	10.665 ^a	0.001**
ความเชื่อมั่นของผู้ปกครอง	20(71.4)	8 (28.6)	5(17.9)	23(82.1)	26.342 ^a	<0.001**
ศูนย์เด็กเล็ก อบต.ท่าช้างไทยงาม	(n = 20)		(n = 20)			
ความต้องการผู้ปกครอง	6 (30.0)	14 (70.0)	3 (15.0)	17 (85.0)	5.604 ^a	0.011**
ความเชื่อมั่นของผู้ปกครอง	13 (65.0)	7 (35.0)	5 (25.0)	15 (75.0)	2.431 ^a	0.021*

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ; * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

a ค่า McNemar Chi-Square

สรุปและวิจารณ์

จากการนำผลการศึกษามาสังเคราะห์ พบประเด็นสำคัญเกี่ยวกับบริบทของพื้นที่ใช้รูปแบบการจัดการแบบมีส่วนร่วมในศูนย์เด็กเล็ก สามารถพิจารณาจำแนกได้ดังนี้

1. จากบริบทของพื้นที่สะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนา จากการศึกษาสถานการณ์และข้อมูลเบื้องต้น ในระยะแรกพบว่า ศูนย์เด็กเล็กมีส่วนที่ต้องพัฒนาปรับปรุงหลายด้าน ประกอบกับรายได้

เฉลี่ยของครัวเรือนของประชากรในพื้นที่บางแห่งอยู่ในระดับต่ำ และเด็กจำนวนหนึ่งมีพัฒนาการไม่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Drzal and others⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า สถานเลี้ยงเด็กที่ไม่มีคุณภาพและการมีรายได้น้อยของผู้ปกครอง ส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการไม่ดี โดยเฉพาะด้านอารมณ์และสังคม ซึ่งเป็นข้อมูลที่ชี้ให้เห็นว่า สิ่งที่เกี่ยวข้องกับเด็กมีความสำคัญต่อพัฒนาการเด็ก สำหรับด้านการมีส่วนร่วมพัฒนานั้นผู้บริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่ค่อยเปิด

โอกาสให้ชุมชนได้มีส่วนร่วมเท่าที่ควร แสดงให้เห็นว่า ขาดการทบทวนหรือวิเคราะห์แก้ไขปัญหาก็เหมาะสมในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปรีชา สันรัมย์⁽¹¹⁾ และ บุญเลิศ ยอดสะเทิน⁽¹²⁾ ที่พบว่า เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลส่วนใหญ่ยังคงมองปัญหาชุมชนในวงจำกัดและเน้นการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานเป็นสำคัญ

2. การพัฒนารูปแบบการจัดการของศูนย์เด็กเล็กด้วยกระบวนการพัฒนารูปแบบการจัดการแบบมีส่วนร่วม มีกลุ่มที่เข้าร่วมพัฒนา ประกอบด้วย ผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็ก ผู้บริหารและคณะกรรมการศูนย์เด็กเล็กของเทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล ผู้บริหารและทีมงานของศูนย์สุขภาพชุมชน เนื่องจากกลุ่มนี้เป็นผู้มีความสนใจเกี่ยวกับการพัฒนาเด็กและศูนย์เด็กเล็ก มีโอกาสเกี่ยวข้องใกล้ชิดเด็กมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ ในชุมชน อีกทั้งมีประสบการณ์การพัฒนาที่ยาวนาน สำหรับขั้นตอนการพัฒนารูปแบบมีลำดับขั้นตอนที่ชัดเจน คือ เริ่มจาก 1) การแจ้งวัตถุประสงค์ของการพัฒนารูปแบบ 2) การหาแกนนำร่วมงานวิจัย 3) การแบ่งงานกับทีมงาน 4) การกำหนดขั้นตอนการดำเนินงานของทีม และ 5) การสรุปผลตามขั้นตอนการพัฒนารูปแบบ โดยวิธีการพัฒนารูปแบบประกอบด้วยการประชุม การอบรม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสาธิต และการฝึกปฏิบัติ ที่มีความหลากหลายและเหมาะสมกับบริบท ส่วนการกำหนดองค์ประกอบที่สำคัญเพิ่มเติม คือ แกนนำที่เป็นอาสาสมัครพัฒนาศูนย์เด็กเล็ก นับเป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลให้เกิดกลไกการดำเนินงานบรรลุวัตถุประสงค์ มีกลไกการขับเคลื่อนที่เป็นขั้นตอน คือ 1) การศึกษาสถานการณ์ 2) การสังเกตชุมชน 3) การนำเสนอข้อมูลจากการศึกษา 4) การทำแผนเพื่อแก้ไขปัญหา 5) กำหนดผู้รับผิดชอบ 6) การควบคุมกำกับงานและ

ประเมินผล 7) การสรุปและประเมินผลการดำเนินงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Holly and others⁽¹³⁾ แต่แตกต่างด้วยบริบทของพื้นที่

3. การเปรียบเทียบรูปแบบการจัดการแบบมีส่วนร่วมในศูนย์เด็กเล็ก ของศูนย์เด็กเล็กที่สังกัดเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล พบว่า ด้านองค์ประกอบของรูปแบบการพัฒนา ด้านกลไกการขับเคลื่อน ด้านมาตรการ/ยุทธศาสตร์ด้านกิจกรรมตามแผนที่เกิดจากการพัฒนารูปแบบ มีความคล้ายคลึงกัน แต่แตกต่างกันที่ความถี่ ระยะเวลา และรูปแบบการร่วมพัฒนา ที่พบว่าในพื้นที่ของศูนย์เด็กเล็กที่สังกัดเทศบาลมีกิจกรรมจำนวนมากกว่าเข้าร่วมกิจกรรมบ่อยกว่า มีระยะเวลาในการดำเนินงานมากกว่ารวมทั้ง รูปแบบการพัฒนาส่วนใหญ่เป็นแบบทางการมากกว่า ขณะที่องค์การบริหารส่วนตำบลมีเฉพาะการประสานงานกับองค์กรขององค์การบริหารส่วนตำบลเท่านั้นที่เป็นแบบทางการ แต่กับชุมชนเป็นแบบเรียบง่าย ตามวิถีชาวบ้าน ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น⁽²⁾ ที่พบว่า เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลมีความพร้อมทางด้านพื้นที่และทรัพยากร แต่งบประมาณที่มีแหล่งรายได้ที่ใช้สนับสนุนของเทศบาลมีมากกว่า ดังที่ สันธยา พลศรี⁽¹⁴⁾ ได้อธิบายว่า ชุมชนเมืองหรือกิ่งเมืองเป็นชุมชนที่มีความหนาแน่นของประชากรมาก มีความทันสมัย และสิ่งแวดล้อม เป็นสิ่งที่มนุษย์สร้างขึ้นมากกว่าสิ่งที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ อาชีพมีความหลากหลาย ประชากรมีความเป็นอิสระ เป็นปัจเจกบุคคลสูง ทำให้ความสัมพันธ์เป็นแบบทางการมากกว่าส่วนตัว อยู่ร่วมกันได้เพราะผลประโยชน์ที่แต่ละคนจะได้รับ ส่วนชุมชนในเขตชนบท มีความหนาแน่นของประชากรน้อยผู้อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์อันดีต่อกัน มี

ชีวิตความเป็นอยู่คล้ายคลึงกัน ยึดมั่นใน
ขนบธรรมเนียมประเพณี มีอาชีพเกษตรกรรม

4. การบูรณาการการจัดการแบบมีส่วนร่วม
จากทฤษฎีและการปฏิบัติ พบว่า พื้นที่ได้มีการ
ประยุกต์ใช้หลักการจัดการแบบมีส่วนร่วมของชุมชน
สามารถทำให้เกิดผลสัมฤทธิ์ของการดูแลเด็กในศูนย์
เด็กเล็กทั้ง 6 ด้าน คือ 1) การส่งเสริมสุขภาพ 2) การ
ส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 3) บริการอาหารสะอาด
ปลอดภัย 4) สิ่งแวดล้อมสะอาดและปลอดภัย 5)
บุคลากร และ 6) การมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ชุมชน
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานที่
เกี่ยวข้อง ทั้งนี้เกิดจากเทคนิคการจัดการแบบมีส่วน
ร่วมของชุมชนเองซึ่งมีทั้งส่วนเหมือนทฤษฎี คือ การ
ประสานงาน การวางแผนและกำหนดเป้าหมาย
ร่วมกันการมอบหมายงาน การติดตามให้กำลังใจ
และส่วนที่ต่างจากทฤษฎีคือ การมีส่วนร่วมที่ดี
อันเป็นก้าวแรกของความเป็นมิตรภาพที่ดีต่อชุมชน
องค์กร และบุคคล จึงเกิดการสร้างเครือข่ายในการ
ทำงานร่วมกันจากทุกภาคส่วนเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้
สนับสนุนซึ่งกันและกันตลอดเวลา การปฏิบัติงาน
จริงในพื้นที่ที่มีบุคคลหลายส่วนเข้าร่วมกิจกรรม
ต้องผสมผสานบูรณาการใช้ทั้งหลักการทฤษฎีและ
การคิดหาวิธีการใหม่ที่เหมาะสมกับพื้นที่และ
สถานการณ์นั้น โดยการมีส่วนร่วมตั้งแต่การรับรู้
ข้อมูลข่าวสาร การวิเคราะห์ปัญหา การวางแผน
กำหนดเป้าหมาย การตัดสินใจ การปฏิบัติ การ
ตรวจสอบ ติดตามประเมินผลการสรุปทบทวนแก้ไข
ปรับปรุง รวมทั้งการขยายผล และเผยแพร่สู่
สาธารณะ ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะการมีส่วนร่วม
ของบันฑิต อ่อนคำ และสามารถ ศรีจันทน์⁽¹⁵⁾ และ
จุฬารัตน์ โสตะ⁽¹⁶⁾ ที่เสนอแนะว่าโดยหลักการคือ มี
การร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมทำ ร่วมตรวจสอบ และ

ร่วมรับผลประโยชน์ ดังนั้น กระบวนการจัดการแบบ
มีส่วนร่วมที่ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมเต็มรูปแบบ
และได้ประโยชน์ร่วมกันไม่เป็นภาระหนักแก่ฝ่ายใด
ฝ่ายหนึ่งเพียงฝ่ายเดียว

ข้อเสนอแนะ

การพัฒนาเด็กมีความสำคัญต่อการพัฒนา
ประเทศในอนาคต การพัฒนาศูนย์เด็กเล็กให้ได้
มาตรฐานครอบคลุมทุกพื้นที่ และบทบาทหน้าที่การ
จัดการศูนย์เด็กเล็กส่วนใหญ่อยู่ภายใต้การบริหารของ
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นหน่วยงานที่
เหมาะสมเพราะเป็นหน่วยงานที่ใกล้ชิดกับชุมชนมาก
ที่สุด และสามารถจัดการปัญหาที่ตรงกับสภาพปัญหา
ในพื้นที่มากที่สุด ส่วนภาครัฐควรมีการกำหนด
ตัวชี้วัดเกี่ยวกับศูนย์เด็กเล็ก เพื่อเป็นเกณฑ์การ
ประเมินมาตรฐาน อันจะนำไปสู่การสนับสนุนการ
ดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กสู่การปฏิบัติได้คุณภาพมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงาน
การศึกษา เส้นทางสู่ความสำเร็จของศูนย์เด็กเล็กนำ
อยู่. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหาร
ผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2548.
2. กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น. นโยบาย
การถ่ายโอนภารกิจ. กรุงเทพฯ : กรมส่งเสริมการ
ปกครองส่วนท้องถิ่น, 2547.
3. จารึก ปริญาพล และคณะ. ยุทธศาสตร์พัฒนา
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการศึกษา
เส้นทางสู่ความสำเร็จของศูนย์เด็กเล็กนำอยู่.
กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2548.

4. กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น. นโยบายการถ่ายโอนภารกิจ. กรุงเทพฯ : กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น, 2547.
5. จารึก ปริญญาพล และคณะ. ยุทธศาสตร์พัฒนาจังหวัดหนองบัวลำภู. หนองบัวลำภู : สำนักงานจังหวัดหนองบัวลำภู, 2548.
6. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดำเนินงานโครงการศูนย์เด็กเล็กน่ายุ่ สู่เมืองไทยแข็งแรง. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์, 2550.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี. รายงานการติดตามประเมินผลศูนย์เด็กเล็กในจังหวัดสระบุรี ปี 2555. เอกสารอัดสำเนา, 2554.
8. พิทยา โภณามัย. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กน่ายุ่ ตำบลโพธิ์ศรีสำราญอำเภอโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี (วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต), บัณฑิตวิทยาลัย, ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
9. นิตย ทัศนียม และคณะ. ศึกษาสภาพการดำเนินงานของศูนย์พัฒนาเด็กในจังหวัดขอนแก่น. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2538.
10. มานพ คณะโต. วิจัยวิทยาการวิจัยเชิงคุณภาพ ในระบบสาธารณสุขชุมชน. ขอนแก่น : เครือข่ายพัฒนาวิชาการและข้อมูลสารสนเทศ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2550.
11. Lincoln. Y.S. and E.G. Guba. Naturalistic Inquiry. Beverly Hills : Sage Publications, 1985.
12. Drzal, E.V. and others. "Child Care and Low-Income Children's Development : Direct and Moderated Effects," Child Development. 75 : 296-312, 2004.
13. ปรีชา สันรัมย์. การพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบลในการจัดทำแผนพัฒนาตำบล (วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต). บัณฑิตวิทยาลัย, ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2541.
14. บุญเลิศ ยอดสะเทิน. การส่งเสริมบทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบลด้านการวางแผนพัฒนาสาธารณสุขระดับตำบลในจังหวัดบุรีรัมย์ (วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2543.
15. Holly, G. and others. "Pediatrician-led Community Child Health Initiatives : Case Summaries from the Evaluation of the Community Access to Child Health Program." Pediatrics. 103(6) : 1394-1419 ; June, 1999.
16. สันธยา พลศรี. ทฤษฎีและหลักการพัฒนาชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์, 2545.
17. บัณฑร อ่อนคำ และสามารถ ศรีจ่าง. การจัดการบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม. เชียงใหม่ : บี เอส การพิมพ์, 2544.
18. จุฬารักษ์ โสตะ. กลยุทธ์การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. ขอนแก่น : ภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2546.

สถานการณ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภายหลังจากนโยบายยกระดับ

สถานีนอมนัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

Situation of the Tambon Health Promoting Hospital after enchance to the Tambon

Health Promoting Hospital policy

ศิริลักษณ์ โกวิทยานนท์ ศศด. (พัฒนาสังคม)

Sirirak Kowittayanon Ph.d. (Social Development)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก

Phitsanulok Provincial Health Office

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จังหวัดพิษณุโลกภายหลังจากนโยบายยกระดับสถานีนอมนัยเป็น รพ.สต.เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก,การสนทนากลุ่มและการสังเกตแบบมีส่วนร่วมกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูล คือ ผู้อำนวยการรพ.สต. จำนวน 14 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือสาธารณสุขอำเภอหรือผู้รับผิดชอบงานปฐมนิเทศของหน่วยบริการเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (CUP) จำนวน 10 คน ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า นโยบายยกระดับสถานีนอมนัยเป็น รพ.สต. เป็นการพัฒนาที่สอดคล้องเป็นไปตามทิศทางการพัฒนาบริการปฐมภูมิ มีการกำหนดจัดรูปแบบเป็นรพ.สต.เดี่ยวและรพ.สต.เครือข่ายอย่างชัดเจนตามหลักภูมิศาสตร์และความเหมาะสมในการบริหารจัดการ ส่วนใหญ่ไม่มีการช่วยเหลือแบ่งปันใช้ทรัพยากรร่วมกันจริง มีคณะกรรมการพัฒนา รพ.สต.ตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ รพ.สต.ยังเป็นกลุ่มที่มีบทบาทนำในคณะกรรมการ การปรับปรุงด้านกายภาพมีผลคืออย่างมาก เพราะทำให้ประชาชนเห็นความเปลี่ยนแปลง ภาพลักษณ์ดูดี เหมาะสมกับคำว่าโรงพยาบาล ได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์/ครุภัณฑ์ไม่ตรงตามความจำเป็นและครุภัณฑ์มีคุณภาพต่ำ งบประมาณที่รพ.สต.ได้รับส่วนใหญ่ไม่เปลี่ยนแปลง จำนวนบุคลากรยังขาดและไม่ครบตามเกณฑ์ที่กำหนด กระบวนการทำงานมีทั้งเชิงรุกและเชิงรับมากขึ้น มีการสนับสนุนและการเชื่อมบริการจากโรงพยาบาลแม่ข่ายทั้งการจัดบริการ,ทรัพยากร,เวชภัณฑ์,บุคลากร,องค์ความรู้,การพัฒนาคุณภาพ ฯลฯ ปัญหาอุปสรรค คือ การขาดแคลนกำลังคนและการบริหารจัดการหน่วยบริการเครือข่าย การแก้ไขปัญหาบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต้องแก้ไขปัญหาโดยภาพรวมและใช้การจัดการเครือข่ายสุขภาพอำเภอในการบริหารจัดการเครือข่าย

คำสำคัญ: สถานการณ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล,

นโยบายยกระดับสถานีนอมนัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

Abstract

This qualitative research aim to study the situation of the Phitsanulok Tambon Health Promoting Hospital after the enchancement to the Tambon Health Promoting Hospital policy. Data was collectted by indepth interview,focus group and parcipatory observations and was analyzed using content analysis approach. Taget group recruited by purposive sampling were director of Tambon Health Promoting Hospital, director of Hospital or the head of Health District or the responsible for primary care.

The results showed the Tambon Health Promoting Hospital reserved the development of primary careservice. The node and network of Tambon Health Promoting Hospital format were set up by geography and appropriate to management but

without the use of shared resources. The board of Tambon Health Promoting Hospital was based on the standard of Ministry of Health. The officers of Tambon Health Promoting Hospital were the leaders of board. The physical improvements is good result to reputations. The medical equipment and others did not meet with the need and low quality equipment. The budget received is not changed. Lack of personnel, did not fully comply with the requirements. The work were more both proactive and reactive. There were the support and connected service from the host hospital i.e service, resource, supplies, personnel, knowledge and quality development. The problems were lack of personnel and CUP management should be done with District Health System and to manage the network.

keywords: Situation of the Tambon Health Promoting Hospital,

The enhance to Tambon Health Promoting Hospital policy

บทนำ

ภายหลังที่มีนโยบายระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ.2545 ส่งผลให้หน่วยบริการปฐมภูมิ มีแนวทางการพัฒนาเปลี่ยนแปลงไปมาก มีการพัฒนาระบบสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ มีการยกระดับสถานีนอมนามัยบางส่วนเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน รวมทั้งการพัฒนาเป็นศูนย์แพทย์ชุมชน และในปี 2553 กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายยกระดับสถานีนอมนามัยหรือหน่วยบริการปฐมภูมิเดิมในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 9,770 แห่งทั่วประเทศ ในปี 2554 ได้มีการประกาศนโยบายเน้นย้ำการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (สสม.) และรพ.สต. ขนาดใหญ่ ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) รวมถึงสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สป.สช.) ได้ให้การสนับสนุนเงินเพิ่มพิเศษสนับสนุนให้หน่วยบริการปฐมภูมิที่พัฒนาได้ตามเกณฑ์ศักยภาพที่กำหนด (On top payment) ซึ่งทำให้เกิดการพัฒนาทั้งด้านบุคลากร การจัดบริการ การบริหารและผลงานบริการปฐมภูมิ⁽¹⁾

จากที่กล่าวมาข้างต้นล้วนมีจุดมุ่งหมายในการพัฒนาระบบปฐมภูมิ ซึ่งถือเป็นหน่วยบริการด่านหน้าที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด เพื่อให้

ประชาชนเข้าถึงหน่วยบริการได้มากขึ้น ให้บริการเชิงรุก เข้าถึงกลุ่มด้อยโอกาสต่างๆ ในชุมชน ให้บริการแบบต่อเนื่อง เป็นองค์รวม และประสานบริการกับโรงพยาบาลแม่ข่ายในการดูแลประชาชนในพื้นที่ นอกจากนี้ยังทำหน้าที่เสริมสร้างความเข้มแข็ง ศักยภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ให้สามารถดูแลและพึ่งตนเองทางสุขภาพได้^(2,3) ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายยกระดับสถานีนอมนามัยในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้เป็นรพ.สต. เพื่อพัฒนาขีดความสามารถการให้บริการปฐมภูมิ ถือเป็นการพัฒนาระบบสาธารณสุขให้มีคุณภาพมาตรฐานมีศักยภาพมากขึ้น จากโครงการยกระดับสถานีนอมนามัย ได้มีการจัดสรรเงินจากโครงการไทยเข้มแข็งจำนวน 1,490 ล้านบาท ในปี 2553 และงบรายจ่ายประจำปี 2554 ประมาณ 5,700 ล้านบาท รวมเป็นเงิน 7,200 ล้านบาท เพื่อเป็นงบประมาณในการยกระดับ มีการกำหนดรูปแบบของ รพ.สต. และปรับระบบบริการให้แตกต่างจากสถานีนอมนามัยเดิมในด้านต่างๆ⁽⁴⁾ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลกในฐานะเป็นหน่วยบริหารงานสาธารณสุขส่วนภูมิภาคได้นำนโยบายดังกล่าวสู่การปฏิบัติเพื่อพัฒนา รพ.สต. แต่ที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาถึงการนำนโยบายยกระดับสถานีน

อนามัยเป็นรพ.สต.ของจังหวัดพิษณุโลกเป็นอย่างไร ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาสถานการณ์ของ รพ.สต. และหน่วยบริการเครือข่าย บริการปฐมภูมิ (CUP) ของจังหวัดพิษณุโลก ภายหลังจากนโยบายยกระดับสถานีอนามัยเป็นรพ.สต.เพื่อเป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย ในการแก้ไขปัญหาและพัฒนา รพ.สต.ที่เหมาะสมกับบริบทของจังหวัดพิษณุโลกต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ของ รพ.สต. ภายหลังจากนโยบายยกระดับสถานีอนามัยเป็นรพ.สต. ในประเด็นรูปแบบการจัดเครือข่าย, คณะกรรมการพัฒนา รพ.สต., การปรับปรุงด้านบรรยากาศหรือกายภาพ, การได้รับอุปกรณ์ทางการแพทย์/ครุภัณฑ์, งบประมาณ, อัตรากำลังคนของ รพ.สต., กระบวนการทำงาน, สนับสนุนและการเชื่อมบริการจากโรงพยาบาลแม่ข่าย, บทบาทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ปัญหาอุปสรรค และโอกาสพัฒนา

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านพื้นที่

พื้นที่ คือ จังหวัดพิษณุโลก เนื่องจากผลงานที่ผ่านมาประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี หน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดพิษณุโลกได้รับรางวัลมากมาย และที่สำคัญได้รับการจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมตามเกณฑ์ศักยภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ (On top payment) มากที่สุดของเขตบริการสุขภาพเครือข่ายที่ 2 และยินดีสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

ขอบเขตด้านเนื้อหา

มุ่งศึกษาเรื่อง ระบบบริการสุขภาพไทย แนวคิดในการจัดระบบบริการปฐมภูมิ นโยบายและแนวทางการพัฒนาระบบปฐมภูมิของไทย และนโยบาย แนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ขอบเขตด้านระยะเวลา

สิงหาคม 2555- มีนาคม 2556

วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

ประชากร ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของจังหวัดพิษณุโลกและผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สาธารณสุขอำเภอผู้รับผิดชอบงานปฐมภูมิของหน่วยบริการเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (CUP) ของจังหวัดพิษณุโลก

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มที่ให้ข้อมูลสถานการณ์ รพ.สต. 14 คน โดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ให้ครอบคลุมตามรูปแบบการจัดเครือข่าย 5 รูปแบบ ดังนี้ รพ.สต.เดี่ยวขนาดใหญ่, รพ.สต.แม่ข่ายขนาดใหญ่, รพ.สต.เดี่ยว, รพ.สต.แม่ข่ายและรพ.สต.ลูกข่าย เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจาะลึก และ กลุ่ม รพ.สต.แบ่งเป็น 2 คือ รพ.สต.เดี่ยวขนาดใหญ่, รพ.สต.เดี่ยว 5 คน รพ.สต.แม่ข่ายขนาดใหญ่, รพ.สต.แม่ข่าย และ รพ.สต. ลูกข่าย 9 คน เก็บข้อมูลโดยสนทนากลุ่ม
2. กลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลการบริหารจัดการเครือข่ายปฐมภูมิ (CUP) คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสาธารณสุขอำเภอ ผู้รับผิดชอบงานปฐมภูมิของหน่วยบริการเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (CUP) จำนวน 10 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ภายใต้งานใจ เป็นผู้ที่อยู่ในทีมการบริหารจัดการเครือข่ายปฐมภูมิและมีบทบาทในการบริหารจัดการประสานการทำงานของเครือข่ายปฐมภูมิ ครอบคลุมทั้ง 9 อำเภอ ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล 3 คน สาธารณสุขอำเภอ 4 คน และผู้รับผิดชอบงานปฐมภูมิของหน่วยบริการเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (CUP) เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจาะลึก

ขั้นตอนการดำเนินงาน

ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย แนวคิดในการจัดระบบบริการปฐมภูมิ นโยบายและแนวทางการพัฒนาระบบปฐมภูมิของไทย นโยบายและแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สร้างเครื่องมือและตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหา ทดลองใช้เครื่องมือ ปรับปรุง แก้ไข เก็บรวบรวมข้อมูล/วิเคราะห์ข้อมูล

เครื่องมือวิจัยและการเก็บข้อมูล

- 1.แบบสัมภาษณ์เจาะลึก และแนวคำถาม สทนากลุ่ม ผอ.รพ.สต.เกี่ยวกับสถานการณ์รพ.สต.
- 2.แบบสัมภาษณ์เจาะลึก ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ ผู้รับผิดชอบงานในประเด็นการบริหารจัดการเครือข่ายปฐมภูมิ(CUP)
- 3.เครื่องบันทึกเสียงและอุปกรณ์บันทึก

วิธีการสร้างเครื่องมือ

1.ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี ที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพไทย แนวคิดในการจัดระบบบริการปฐมภูมิ นโยบายและแนวทางการพัฒนาระบบปฐมภูมิของไทย นโยบายและแนวทางการพัฒนารพ.สต. และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาสร้างเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย

2.สร้างประเด็นการสัมภาษณ์เจาะลึกและประเด็นการสนทนากลุ่ม เกี่ยวกับสถานการณ์ของ รพ.สต.จังหวัดพิษณุโลกภายหลังนโยบายยกระดับสถานอนามัยเป็นรพ.สต. จากกรอบแนวคิดที่ได้จากการสังเคราะห์เนื้อหาในเอกสารแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้อง

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

ดำเนินการโดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ซึ่งมีความรู้และมีผลงานด้านระบบบริการปฐมภูมิ ตรวจสอบและแก้ไขภาษา ส่วนที่ใช้และขอบเขตของเนื้อหา นำไปทดลองใช้ (Tryout) แล้วปรับแก้ไขภาษา ส่วนที่ใช้ตามคำแนะนำของกลุ่มทดลองเครื่องมือ นำไปเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การวิจัยครั้งนี้ วิธีการศึกษาเป็นแบบเฉพาะกรณี (Case Study Approach) ดังนั้นจึงมุ่งทำความเข้าใจสถานการณ์ของ รพ.สต.จังหวัดพิษณุโลก ภายหลังนโยบายยกระดับ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเริ่มจากการจัดระเบียบข้อมูลจากการสัมภาษณ์ จากการสนทนากลุ่ม จากการสังเกต โดยจำแนกตามประเภทของเครื่องมือที่ใช้ นำข้อมูลที่ได้มาจัดให้เป็นระบบ ใช้งานได้สะดวก ตรวจสอบความถูกต้องและน่าเชื่อถือ ข้อมูลที่ได้มีขนาดใหญ่ ทำการลดทอน (Data Reduction) ข้อมูลลงให้มีขนาดที่กระชับและสะดวกในการหาความหมาย แล้วนำข้อมูลมากำหนดรหัสแล้วนำข้อมูลมารวมกันใหม่ (Reassembling data) และทำการจัดข้อมูลเป็นกลุ่มๆ (Cluster) ตามลักษณะประเด็น ปัจจัย ตัวแปร หรือแบบแผนของสิ่งที่ศึกษา แล้วทำการวิเคราะห์และหาข้อสรุป ส่วนการตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความถูกต้องแม่นยำ (Validity) และเชื่อถือ (Reliability) ของผลการวิเคราะห์ข้อมูล 2 แบบ คือ การตรวจสอบแบบภายใน และการตรวจสอบแบบภายนอก และใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) ตลอดระยะเวลาที่เก็บข้อมูล

ผลการวิจัย

1. ด้านความเห็นด้านนโยบายยกระดับสถานีนามัยเป็น รพ.สต. พบว่า ผู้อำนวยการ รพ.สต., ผู้อำนวยการโรงพยาบาล, สาธารณสุขอำเภอ และผู้รับผิดชอบงาน เห็นด้วยกับนโยบาย ซึ่งส่งผลให้เกิดการพัฒนากระบวนการปฐมนิเทศในสถานีนามัยเดิมทั้งด้านกายภาพ/โครงสร้าง ศักยภาพของบุคลากร และกระบวนการบริการ การสนับสนุน และการเชื่อมบริการจากโรงพยาบาลแม่ข่ายและเป็นการพัฒนาที่สอดคล้องและเป็นไปตามทิศทางการพัฒนาบริการปฐมนิเทศที่ผู้อำนวยการ รพ.สต.แห่งหนึ่งได้กล่าวว่า

“.....นโยบายนี้ดีมากถ้าเทียบกับเมื่อตอนเป็น สอ.สิ่งที่เกิดขึ้นส่งผลดีต่อประชาชนทั้งนั้น และมันเป็นไปตามแนวทางการพัฒนาระบบปฐมนิเทศ ทุกอย่างเป็นไปในทางที่ดี.....”

2. ด้านการจัดรูปแบบเครือข่าย รพ.สต. พบว่า เครือข่ายทุก CUP มีการจัดรูปแบบเป็น รพ.สต.เดี่ยว และ รพ.สต.เครือข่าย อย่างชัดเจนตามหลักภูมิศาสตร์เพื่อความเหมาะสมในการบริหารจัดการ ซึ่งจังหวัดพิษณุโลกมีการจัดเครือข่ายใหม่ตามคำสั่งการของกระทรวงสาธารณสุข แต่พบว่าไม่ได้ดำเนินการช่วยเหลือแบ่งปันใช้ทรัพยากรร่วมกันจริงครอบคลุม แต่มีบางCUP ที่สามารถดำเนินการได้ดีเป็นรูปธรรมทำให้เกิดระบบการทำงานแบบเครือข่าย โดยเฉพาะรพ.สต.ที่อยู่ในตำบลเดียวกัน การเกิดรูปแบบเครือข่ายขึ้นกับนโยบายของผู้บริหารCUP ดังที่ผู้อำนวยการ รพ.สต.สองแห่งได้กล่าวว่า

“.....กลุ่มรพ.สต.เรามีการประชุมร่วมกันเป็นประจำ พวกเราอยู่ตำบลเดียวกัน งานทุกอย่างเราช่วยเหลือกันเพราะCUP ของเราทำเป็นระบบ คือทุกอย่างจะเชื่อมที่ รพ.สต.แม่ข่ายก่อนและแม่ข่ายต้องช่วยเหลือลูกข่ายในทุกเรื่องเท่าที่เราทำได้.....”

“.....มันเป็นเครือข่ายแต่ในนาม การช่วยเหลือกันยังไม่ดีพอ แต่ละรพ.สต.ยังต้องช่วยตัวเองอยู่เลยระบบนี้ถ้าจะให้ทำได้ต้องเป็นนโยบายจากผู้บริหารCUP.....”

3. ด้านคณะกรรมการพัฒนา รพ.สต.พบว่า ส่วนใหญ่มีการแต่งตั้งตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข มีการประชุมประมาณ ๓ - ๔ ต่อปี มีมติสำคัญเกี่ยวกับเรื่อง แผนปฏิบัติงานและงบประมาณของ รพ.สต. งบประมาณตามแผนสุขภาพตำบล และการบริการ รพ.สต.ฯลฯ ในช่วงแรกๆคณะกรรมการไม่ค่อยเข้าใจบทบาทแต่ในปัจจุบันเข้าใจมากขึ้น และร่วมพัฒนา รพ.สต.ได้มากขึ้น โดยเฉพาะผู้นำ เช่น ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน อบต. โดยยังพบว่า เจ้าหน้าที่ รพ.สต.ยังเป็นกลุ่มที่มีบทบาทนำในคณะกรรมการ ซึ่งเป็นสิ่งท้าทายในการที่จะให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคส่วนอื่นๆ ในการพัฒนา ดังที่ผู้อำนวยการ รพ.สต.แห่งหนึ่งได้กล่าวว่า

“.....มีกรรมการตามเกณฑ์ที่กระทรวงกำหนดประชุมปีละ 3 ครั้ง ช่วงปี 53 แต่กรรมการไม่เข้าใจบทบาท เราต้องนำเขา ตอนนี้ดีขึ้นมาก เขาช่วยงานเราได้เยอะมาก ทำงานก็ง่ายขึ้น.....”

4. ด้านการปรับปรุงภูมิทัศน์ รพ.สต. พบว่า การปรับปรุงด้านบรรยากาศหรือกายภาพหลังจากการยกระดับสถานีนามัยมีผลดีอย่างมากเพราะทำให้ประชาชนเห็นความเปลี่ยนแปลง ภาพลักษณ์คู่มือสถานที่ที่มีความสะอาด ส่งผลประชาชนมีความประทับใจ เชื่อมแน่นมากขึ้น และ ผอ.รพ.สต.ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจ โดยเฉพาะพึงพอใจกับงบประมาณที่ได้รับจัดสรรเพื่อใช้ในการปรับปรุงสถานที่/ภูมิทัศน์เมื่อเทียบกับเป็นเมื่อสถานีนามัย โดยที่ต้องหางบประมาณมาใช้ในการต่อเติม ปรับปรุงสถานที่เองดังที่ผู้บริหาร รพ.สต. แห่งหนึ่งได้กล่าวว่า

“.....ดีขึ้นมากที่ให้งบมาปรับปรุง เมื่อก่อนต้องหาเงินเอง ตอนนี้มีแบบให้ มีความเหมาะสมดีมาก ส่งผลไปในทางที่ดี ดูเป็นสถานพยาบาลมากขึ้น มีมุมต่างๆเหมือนโรงพยาบาล บางแห่งทำได้สวยงาม.....”

5. การสนับสนุนอุปกรณ์/ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ พบว่า ในช่วงแรกของนโยบายได้รับไม่ตรงตามความจำเป็น ส่วนกลางส่งให้โดยไม่ได้มีการสำรวจ แต่ในระยะต่อมาได้มีการสำรวจความต้องการ ดังนั้นจึงได้รับตรงตามความจำเป็น และได้รับครบทุกอย่าง แต่ก็มีความล่าช้าในการจัดส่ง ส่วนด้านคุณภาพ พบว่า มีครุภัณฑ์ที่มีคุณภาพต่ำ เช่น เครื่องปรับอากาศ เป็นต้น ดังที่ ผอ.รพ.สต.แห่งหนึ่งได้กล่าวว่า

“.....ตอนแรกๆเขาขัดเขียดให้มา บางอย่างก็ไม่จำเป็น ตอนหลัง ให้สำรวจก่อน ของได้ครบนะ มีโน้ตบุ๊กส่งเข้ามา คุณภาพที่รู้ก็มีแอร์มีปัญหาเกือบทุกที่.....”

6. การสนับสนุนงบประมาณ พบว่า งบประมาณที่ รพ.สต.ได้รับส่วนใหญ่ไม่เปลี่ยนแปลงทั้งในส่วนงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว งบประมาณจากท้องถิ่น งบกองทุนสุขภาพตำบล เนื่องจากงบประมาณที่ได้รับจากงบประมาณที่จ่ายเพิ่มเติมตามศักยภาพ (On top payment) งบที่จ่ายตามข้อมูลการบริการรายบุคคล OP/PP (Individual Data) งบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามปัญหาแต่ละพื้นที่ (Area problem) เพิ่มขึ้นจึงทำ รพ.สต.เข้าใจว่าได้งบเพิ่มมากขึ้น งบประมาณที่ได้รับไม่สัมพันธ์กับรูปแบบเครือข่าย งบประมาณที่ได้รับจัดสรรมีความเพียงพอในการใช้จ่ายจึงไม่มีการระดมทุนจากชุมชนเหมือนตอนเป็นสถานีอนามัย ส่วนใหญ่จะจัดสรรงบประมาณตามข้อตกลงของจังหวัด มีการปรับเปลี่ยนงบบางส่วน เช่น งบ On top payment เพราะไม่ได้รับ

ทุกแห่ง และพบว่า CUP ขนาดเล็กที่มีประชากรน้อยพื้นที่ห่างไกลมีปัญหาด้านการบริหารจัดการงบประมาณ ดังที่ผอ.รพ.สต.แห่งหนึ่งได้กล่าวว่า

“.....เรื่องงบตอนนี้ได้เยอะกว่าเมื่อก่อนมาก หลายงบเทลงมาทั้ง On top งบจากที่เรา key ข้อมูล มากขึ้นกว่าที่เป็น สอ.นะ เมื่อก่อนต้องจัดผ้าป่า ไล่หาเงินเข้าสอ.เดี๋ยวนี้ไม่ต้องงบบั่นพอ.....”

7. ด้านอัตราส่วนบุคลากรต่อประชาชน

พบว่า ส่วนใหญ่จำนวนบุคลากรไม่ครบตามเกณฑ์ที่กำหนด คือพยาบาลเวชปฏิบัติ/พยาบาลวิชาชีพ 1:5,000, เจ้าหน้าที่ 1:1,250 หรือตามจำนวนของการกำหนดรูปแบบเครือข่ายของ รพ.สต.คือ รพ.สต.เดี่ยว 4 คน,รพ.สต.แม่ข่าย 7 คน โรงพยาบาลแม่ข่ายบางแห่งมีการสนับสนุนบุคลากรโดยการหมุนเวียนแพทย์ เกสซ์ เจ้าหน้าที่ออกไปช่วย รพ.สต.แม่ข่าย บางแห่งทำได้ทุกสัปดาห์ บางแห่งได้เดือนละครั้ง แต่โดยภาพรวม จำนวนบุคลากรเพิ่มขึ้น แต่ยังขาดทันตภิบาลและแพทย์แผนไทย ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้มีแผนในการจัดกำลังคนในรพ.สต.ที่ขาดแคลนตามเกณฑ์ของจังหวัด แต่ก็พบว่ายังเป็นปัญหายู่มากและมีมานานต้องใช้เวลาในการแก้ไขปัญหาต่อไปดังสาธารณสุขอำเภอแห่งหนึ่งได้กล่าวว่า

“.....ส่วนใหญ่จำนวนคนไม่เพียงพอ ตามเกณฑ์ที่กำหนดก็ไม่ได้ สสจ.ดูตามGIS ประชากรไม่เกินสี่พันคนจัดเจ้าหน้าที่ให้ 3 คน การเดิมคนยากมากยังต้องแก้อีกนาน.....”

8. ด้านกระบวนการทำงาน

พบว่า หลังการยกระดับ มีการทำงานเชิงรุกมากขึ้น เช่น การเยี่ยมบ้าน การคัดกรอง การฟื้นฟูสมรรถภาพ ฯลฯ ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน เป็นรูปธรรม ส่วนการคัดกรองโรคเรื้อรังใน

ชุมชนมีการดำเนินการมากขึ้น เพราะประชาชนมีความตื่นตัวและมี อสม.ช่วยในการคัดกรองโรคเรื้อรัง ในขณะที่เดียวกันงานเชิงรับก็มากขึ้นเช่นกัน คือ การจัดบริการในด้านการรักษาพยาบาลเนื่องจากการส่งคนไข้เบาหวาน/ความดันโลหิตสูงลงสู่ รพ.สต.มากขึ้น และการที่เจ้าหน้าที่มีศักยภาพหรือมีขีดความสามารถเพิ่มขึ้น เช่น มีพยาบาลเวชปฏิบัติในการตรวจรักษา มีระบบการปรึกษาที่ดี แนวโน้มปริมาณคนไข้นอกของรพ.สต.เพิ่มมากขึ้น และสัดส่วนการให้บริการที่ รพ.สต.เทียบกับโรงพยาบาลแม่ข่ายรพ.สต.สูงขึ้น โรคที่พบบ่อยอันดับแรกของผู้ป่วยนอก คือโรคเรื้อรัง เบาหวาน,ความดันโลหิตสูง, ไข้หวัดและปวดกล้ามเนื้อ แม้ว่าเป็นการเริ่มต้นจากเกณฑ์ขึ้นทะเบียนหรือเกณฑ์พัฒนาศักยภาพ (On top payment) ก็ตามและยังพบว่า การกำหนดให้มีคณะกรรมการพัฒนา รพ.สต.ทำให้มีภาคส่วนอื่นเข้ามามีส่วนร่วมในการทำงานมากขึ้น โดยเฉพาะการทำงานเชิงรุก ส่วนการพัฒนาฐานข้อมูลบริการนั้นเกี่ยวข้องกับนโยบายการพัฒนาระบบข้อมูลของจังหวัด ระบบการประเมินผลงาน รพ.สต.มีการประเมินที่ผลลัพธ์มากขึ้น เช่นสัดส่วนการให้บริการที่ รพ.สต.เทียบกับโรงพยาบาลแม่ข่ายรพ.สต.และประเมินตามตัวชี้วัดที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำหนด ดังที่ผอ.รพ.สต.แห่งหนึ่งได้กล่าวว่า “.....งานเพิ่มขึ้นทั้งเชิงรุกและเชิงรับ เบาหวานความดันลงมาหมด งานรักษาก็เยอะ ชาวบ้านตื่นตัวในการคัดกรอง กรรมการช่วยเราได้เยอะมาก ระบบข้อมูลไม่เกี่ยวกับนโยบายแต่เกี่ยวกับ สสจ....เดี๋ยวนี้ประเมินโหดมากขึ้นดูที่ผลลัพธ์เลย.....”

9. ด้านความเชื่อมโยงบริการ พบว่า มีการสนับสนุนและการเชื่อมบริการจากโรงพยาบาลแม่ข่ายทั้งการจัดบริการ, ทรัพยากร ได้แก่ เวชภัณฑ์,

บุคลากร, องค์ความรู้, การพัฒนาคุณภาพฯลฯ รวมถึงการจัดสรรงบประมาณที่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายของ รพ.สต. การสนับสนุนการจัดบริการทางการแพทย์/การรักษาพยาบาล ในทุก CUP แตกต่างกันตามนโยบายของผู้บริหาร มีการปรึกษากับโรงพยาบาลแม่ข่ายทางโทรศัพท์มากที่สุดซึ่งมีความสะดวกรวดเร็ว และในบาง CUP มีการติดต่อทางกลุ่ม Facebook, ทางโทรศัพท์โดยใช้กลุ่ม Line ส่วนโปรแกรม Skype ใช้น้อยมาก เนื่องจากไม่สะดวกเพราะเจ้าหน้าที่ต้องอยู่หน้าจอคอมพิวเตอร์มีการเชื่อมข้อมูลกับโรงพยาบาลแม่ข่ายด้วยโปรแกรมต่างๆ และพบว่าบางโรงพยาบาลมีการจัดช่องทางด่วนรองรับคนไข้ในการส่งต่อจาก รพ.สต. ดังที่ผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง กล่าวว่า “.....โรงพยาบาลแม่ข่ายช่วยทุกเรื่องทั้งการบริการ ยา คน เงิน ของ ความรู้ คุณภาพ ทุกเรื่อง....ปรึกษาใช้โทรศัพท์สะดวกสุดเดี๋ยวนี้เล่นเฟสกลุ่ม เล่นไลน์กลุ่ม ง่ายกว่าเยอะ...ส่งคนไข้มาโรงพยาบาลก็มีช่องทางด่วน.....”

10. การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน่วยงานเครือข่ายสาธารณสุข พบว่า สำนักงานสาธารณสุขอำเภอมีบทบาทในการวางแผน วิเคราะห์ปัญหาควบคุมกำกับติดตาม ประสานงานกับโรงพยาบาลแม่ข่ายและรพ.สต.ในพื้นที่ สนับสนุนข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการพัฒนา ร่วมวางแผนกับทีมบริหาร CUP และโรงพยาบาลแม่ข่ายในการสนับสนุนในด้าน คน เงิน ของ ส่วนโรงพยาบาลแม่ข่ายมีบทบาทเป็นหน่วยสนับสนุนในการจัดการระบบการรักษาพยาบาล ส่งเสริมคุณภาพด้านบริการแก่รพ.สต. เชื่อมโยงการดูแลที่ต่อเนื่อง เป็นพี่เลี้ยงด้านวิชาการ พัฒนาศักยภาพบุคลากรการจัดทรัพยากรที่จำเป็นแก่รพ.สต. ส่วนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดโดยกลุ่มงาน

พัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการรับผิชอบดูแลงาน
ปฐมภูมิมีบทบาทในการจัดทำแผนพัฒนาปฐมภูมิ
ของจังหวัดและน่านโยบายปฐมภูมิสู่การปฏิบัติ โดย
มีการประสานงานกับกลุ่มงานที่เกี่ยวข้องในการ
พัฒนา ระบบ บริการ ปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง

สาธารณสุขอำเภอแห่งหนึ่งได้กล่าวว่า
“.....สสอ.ดูแลเรื่องทั้งคนเงินของ คนทำงานอย่างไร
เต็มที่หรือไม่ ต้องกระตุ้น เงินใช้ถูกต้องตามระเบียบ
มีความประหยัดหรือไม่ การจัดการ การควบคุมกำกับ
นิเทศประเมินผลตรวจสอบ โรงพยาบาลแม่ข่ายดูงาน
ด้วยกันใช้ทรัพยากรดูแลกันได้ เขาดูแลเราดี.... กลุ่ม
งานคุณภาพดูแลดีให้เอบวก คอยชี้ ช่วยเหลือเกื้อกูล
ขาดแล้วแนะนำ.....”

11.ปัญหาอุปสรรคและ โอกาสพัฒนา มีข้อ
ค้นพบสำคัญ 3 ประการ คือ

1.การขาดแคลนกำลังคนตามเกณฑ์ที่กำหนด
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลกได้แก้ปัญหา
ในภาพรวมของจังหวัดโดยจัดลำดับความสำคัญของ
ปัญหาตาม คือ การจัดสรรคนให้แก่พื้นที่ที่ขาดแคลน
พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเวชปฏิบัติและการจัดสรร
เจ้าหน้าที่ให้เพียงพอต่อการบริการโดยจัดตามจำนวน
ประชากรเป็นหลักซึ่งยังเป็นปัญหาที่ต่อเนื่องและเป็น
อุปสรรคต่อนโยบายที่จะต้องแก้ไขต่อไป

2.ปัญหาบริหารจัดการ(CUP Management)
บาง CUP เช่น วิทยาลัยของผู้บริหาร ความร่วมมือ
ของผู้บริหารทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลและ
สาธารณสุขอำเภอ ช่วยเหลือ รพ.สต.ลูกข่าย การจัด
ระบบงาน การมีส่วนร่วมของภาคส่วน ดังนั้นควรใช้
หลักการจัดการเครือข่ายสุขภาพอำเภอ (District
Health System) เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาลไปได้

3. ปัญหาระบบสารสนเทศ ยังขาดการนำ
ข้อมูลที่มีอยู่มาใช้ให้เกิดประโยชน์ ดังนั้น สำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัดควรมีการพัฒนาให้บุคลากรได้
เรียนรู้และเข้าใจในระบบสารสนเทศและการ
วิเคราะห์ข้อมูลที่จะนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อ
หน่วยงานและเกิดการพัฒนางาน

วิจารณ์ผล

หลังจากที่มีนโยบายยกระดับสถานีนามัย
เป็น รพ.สต. ส่งผลให้เกิดการพัฒนาระบบบริการ
ปฐมภูมิในสถานีนามัยเดิมทั้งด้านกายภาพ/
โครงสร้าง ศักยภาพของบุคลากรและกระบวนการ
บริการ การสนับสนุนและการเชื่อมบริการจาก
โรงพยาบาลแม่ข่าย เป็นการพัฒนาที่สอดคล้องและ
เป็นไปตามทิศทางการพัฒนาบริการปฐมภูมิ ซึ่งถือ
เป็นกลไกและยุทธศาสตร์สำคัญในการสร้างความ
เป็นธรรมในการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขของ
ประชาชน⁽⁵⁾ การพัฒนาบริการปฐมภูมิถือเป็นหลักใน
การพัฒนาระบบสาธารณสุขประเทศไทย⁽⁶⁾ กระทรวง
สาธารณสุขจึงได้กำหนดให้มีการจัดรูปแบบ รพ.สต.
เครือข่าย มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการรวมรพ.สต.ที่มี
ขนาดเล็ก 2-3 แห่ง ในตำบลเดียวกันมาเป็นเครือข่าย
เดียวกันให้มีบริหารจัดการบางส่วนร่วมกัน จะมีผล
กับการจัดบุคลากรและงบประมาณ ซึ่งจาก
ผลการวิจัยพบว่าไม่มีการทำงานร่วมกันหรือแบ่งสรร
ทรัพยากรร่วมกันจริง สอดคล้องกับโครงการ
ประเมินการปฏิบัติตามนโยบายรพ.สต.⁽⁷⁾มูลนิธิ
สาธารณสุขแห่งชาติ 2544 ดังนั้น ทีมบริหารจัดการ
เครือข่ายปฐมภูมิ (CUP) ต้องพัฒนาการจัดรูปแบบ
เครือข่ายให้เป็นรูปธรรมที่ชัดเจนและสำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดควรมีการศึกษา วิเคราะห์และ
สร้างกระบวนการจัดรูปแบบให้ครอบคลุมทั้งจังหวัด
เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบการบริการ
ปฐมภูมิของจังหวัด ส่วนคณะกรรมการพัฒนา รพ.
สต. มีการแต่งตั้งตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข

แต่ยังขาดความเข้าใจในบทบาท มีความสอดคล้องกับงานวิจัย⁽⁷⁾ ที่พบว่า เจ้าหน้าที่ รพ.สต.ยังเป็นกลุ่มที่มีบทบาทมากที่สุดใน รพ.สต.ที่ยังมีปัญหาและไม่สามารถดำเนินการได้ ต้องทำให้คณะกรรมการเข้าใจบทบาท ระบบงาน มีการป้อนข้อมูลย้อนกลับ ทีมบริหารจัดการเครือข่ายปฐมภูมิ (CUP) ต้องประเมินและช่วยในการพัฒนาศักยภาพของคณะกรรมการฯ เพื่อให้คณะกรรมการเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ พัฒนา รพ.สต.อย่างต่อเนื่อง ส่วนการปรับปรุงด้านบรรยากาศหรือกายภาพ ทำให้เกิดภาพลักษณ์ที่ดีของรพ.สต. ประชาชนเห็นความเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว สถานที่มีความสะอาดมากขึ้น มีส่วนทำให้ประชาชนเกิดความประทับใจ และเชื่อมั่นมากขึ้นแต่ทั้งนี้ขึ้นกับคุณภาพบริการเป็นหลัก และควรมีการพัฒนาควบคู่กันไป มีการสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์/ครุภัณฑ์ ในช่วงแรกของนโยบายพบว่าอุปกรณ์ทางการแพทย์/ครุภัณฑ์ที่ได้รับส่วนใหญ่ไม่ตรงตรงตามความจำเป็น สอดคล้องกับงานวิจัย⁽⁷⁾ พบว่าร้อยละ 92 ได้รับครุภัณฑ์ หนึ่งในสามเห็นว่าไม่ตรงตามความต้องการ แต่ในระยะต่อมาได้มีการสำรวจความต้องการดังนั้นจึงได้รับอุปกรณ์ทางการแพทย์/ครุภัณฑ์ ตรงตามความจำเป็นและได้รับครบทุกอย่าง แต่ก็มีความล่าช้าในการจัดส่ง และยังพบว่าครุภัณฑ์มีคุณภาพต่ำ ดังนั้นการกำหนดนโยบายใหญ่ๆ แต่ละครั้งเมื่อมีการสนับสนุนวัสดุครุภัณฑ์ ควรต้องมีการสำรวจความต้องการทุกครั้งเพื่อประโยชน์ในการใช้งานและควรมีการกำกับดูแลในเรื่องของคุณภาพที่ได้มาตรฐาน รวมถึงระยะเวลาการส่งของให้ทันตามที่กำหนดและควรมีการศึกษาความคุ้มค่า คุ้มค่ากับสิ่งที่สนับสนุนในส่วนงบประมาณที่รพ.สต.ได้รับส่วนใหญ่พบว่าไม่เปลี่ยนแปลงจากนโยบายหลักประกันสุขภาพ

แห่งชาติ งบประมาณรายหัว OP งบบริการส่งเสริมป้องกัน สปสช.จ่ายตรงไปยังCUP ดังนั้นโรงพยาบาลแม่ข่ายของหน่วยบริการปฐมภูมิ(CUP) จึงมีบทบาทสูงในการจัดสรรเงินแก่ รพ.สต.เครือข่าย แต่ละ CUP จึงมีความแตกต่างกันในหลักเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณและอีกปัจจัยหนึ่ง คือ ความสัมพันธ์ระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายและรพ.สต. ในด้านอัตราค่าจ้างของ รพ.สต. พบว่าส่วนใหญ่จำนวนบุคลากรไม่ครบตามเกณฑ์ที่กำหนด สอดคล้องกับการศึกษา⁽⁸⁾ ที่พบว่า กำลังคนในบริการปฐมภูมิในระยะสิบปีที่ผ่านมาไม่เพิ่มขึ้น ในขณะที่เดียวกันกลับมีแนวโน้มลดลง มีหน่วยบริการสาธารณสุขปฐมภูมิครั้งหนึ่งมีจำนวนบุคลากรต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานคือเกณฑ์เจ้าหน้าที่ 1 คน : ประชากร 1,250 คน โรงพยาบาลแม่ข่ายบางแห่งจึงได้มีการสนับสนุนด้านบุคลากรโดยหมุนเวียนแพทย์ เกสซ์ หรือเจ้าหน้าที่ออกไปช่วย รพ.สต.แม่ข่าย ดังนั้น การแก้ไขปัญหาเรื่องอัตราค่าจ้างคนกระบวนสาธารณสุขต้องแก้ไขทั้งระบบ โดยเฉพาะหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ชนบทห่างไกล รวมถึงการสนับสนุนให้ CUP และกองทุนพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิสนับสนุนงบประมาณในการจัดจ้างบุคลากรสาธารณสุขสายวิชาชีพต่างๆ⁽⁹⁾ กระบวนการทำงาน เมื่อเป็น รพ.สต.มีการทำงานเชิงรุกมากขึ้น มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน ส่วนการจัดบริการในด้านการรักษาพยาบาลมากขึ้นเนื่องจากมีนโยบายส่งคนไข้เบาหวาน/ความดันโลหิตสูงลงสู่รพ.สต.เนื่องจากเจ้าหน้าที่มีศักยภาพเพิ่มขึ้น คือ มีพยาบาลเวชปฏิบัติในการตรวจรักษา มีระบบการปรึกษาที่ดี⁽⁹⁾ ทำให้แนวโน้มปริมาณคนไข้นอกเพิ่มมากขึ้นส่งผลให้สัดส่วนการให้บริการที่ รพ.สต. เทียบกับโรงพยาบาลแม่ข่าย สูงขึ้น อย่างไรก็ตามทิศทางการพัฒนา รพ.สต.ต้องสร้างความสมดุลและให้

ความสำคัญในการส่งเสริมป้องกันโรคมกกว่าการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพทุกภาคส่วน ขยายโอกาสการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นและมีคุณภาพอย่างทั่วถึง เชื่อมโยงบริการระหว่าง รพ.สต. ชุมชนและบ้าน แก้ไขปัญหาตามบริบทและความต้องการของประชาชนในพื้นที่ ส่วนการสนับสนุนและการเชื่อมบริการจากโรงพยาบาลแม่ข่าย มีความแตกต่างกันตามนโยบายของผู้บริหาร CUP ทำให้เกิดรูปแบบของการพัฒนาที่ดี เช่น เกิดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพในรูปแบบต่างๆ มีการเพิ่มรายการยาใช้คลังยาระบบเดียวกัน มีระบบ Center supply มีการปรับระบบบริการ มีอาสาสมัครและเครือข่ายแกนนำสุขภาพในรูปแบบทีมสหวิชาชีพเชิงรุก เป็นต้น ซึ่งรูปแบบการบริหารและสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยบริการสาธารณสุขปฐมภูมิในเครือข่ายแตกต่างกันมากในแต่ละแห่ง ขึ้นกับสัมพันธภาพของโรงพยาบาลแม่ข่ายและ รพ.สต.ลูกข่าย นอกจากนี้ ทัศนคติของผู้บริหารแม่ข่ายมีความสำคัญต่อการสนับสนุนงบประมาณ ยา เวชภัณฑ์ และวัสดุต่างๆ รวมทั้งมีการสนับสนุนบุคลากร และงบประมาณ ซึ่งข้อจำกัดหลักของระบบสาธารณสุขไทย ประกอบด้วย ทรัพยากรมีจำกัด ดังนั้น การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิจึงจำเป็นต้องพัฒนาในลักษณะเครือข่ายบริการ จากประสบการณ์ต่างประเทศพบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิเดียวมักเติบโตเข้มแข็งได้ยากจึงเสนอให้พัฒนาเป็นลักษณะแบบเครือข่ายบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ (Primary Health Care Network, or District Health System) ⁽¹⁰⁾

สรุป

สถานการณ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดพิษณุโลกภายหลังนโยบายยกระดับ ทุก

รพ.สต. มีการจัดรูปแบบเป็น รพ.สต.เดี่ยวและรพ.สต.เครือข่ายอย่างชัดเจน แต่ส่วนใหญ่ไม่ได้ดำเนินการช่วยเหลือแบ่งปันใช้ทรัพยากรร่วมกันอย่างจริงจัง รพ.สต. ทุกแห่งมีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนา รพ.สต.ตามเกณฑ์และดำเนินการตามข้อกำหนดของกระทรวงสาธารณสุข แต่ในบาง รพ.สต.ยังมีปัญหาและไม่สามารถดำเนินการได้ดี ดังนั้น รพ.สต.ต้องทำให้คณะกรรมการเข้าใจบทบาท ระบบงาน มีการป้อนข้อมูลย้อนกลับ เพื่อให้คณะกรรมการเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการการพัฒนารพ.สต.อย่างต่อเนื่อง หลังประกาศนโยบายมีการปรับปรุงด้านบรรยากาศหรือกายภาพ เป็นผลดีอย่างมากเพราะทำให้ประชาชนเห็นความเปลี่ยนแปลง ภาพลักษณ์ดูดีเหมาะสมกับคำว่าโรงพยาบาล การสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์/ครุภัณฑ์ ในช่วงแรกของนโยบายส่วนใหญ่สนับสนุนไม่ตรงตามความจำเป็น มีความล่าช้าในการจัดส่ง ครุภัณฑ์ที่มีคุณภาพต่ำ ดังนั้น ควรต้องมีการสำรวจความต้องการทุกครั้งเพื่อประโยชน์ในการใช้งานและกำกับในเรื่องของคุณภาพที่ได้มาตรฐาน ด้านงบประมาณที่รพ.สต.ได้รับส่วนใหญ่พบว่าไม่เปลี่ยนแปลงเนื่องจากการได้รับงบประมาณจากหลายแหล่งและมีความเพียงพอและพบว่ามีปัญหาเรื่องอัตราค่าจ้างคนของ รพ.สต.มากที่สุด ส่วนใหญ่จำนวนบุคลากรไม่ครบตามเกณฑ์ที่กำหนด 1 คน : ประชากร 1,250 คน ทีมบริหารจัดการเครือข่ายปฐมภูมิ (CUP) แต่ละแห่งจึงได้มีการสนับสนุนบุคลากรโดยการหมุนเวียนแพทย์ เกสซ์ หรือเจ้าหน้าที่ออกไปช่วยรพ.สต.แม่ข่าย ส่วนในกระบวนการทำงาน พบว่าเมื่อเป็น รพ.สต.มีการทำงานทั้งเชิงรุกและเชิงรับมากขึ้นทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ สัดส่วนการให้บริการที่ รพ.สต.เทียบกับ

โรงพยาบาลแม่ข่ายรพ.สต.สูงขึ้น ระบบการประเมินผลงาน รพ.สต.มีการประเมินที่ผลลัพธ์มากขึ้น ส่วนการสนับสนุนและการเชื่อมบริการจากโรงพยาบาลแม่ข่าย แต่ละ CUP แตกต่างกันตามนโยบายของผู้บริหาร มีการปรึกษากับโรงพยาบาลแม่ข่ายทางโทรศัพท์มากที่สุด โรงพยาบาลมีการจัดช่องทางด่วนรองรับคนไข้ในการส่งต่อจากรพ.สต. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ, โรงพยาบาลแม่ข่ายและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดล้วนมีส่วนสำคัญในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ แต่ละ CUP ปัญหาอุปสรรคและโอกาสในการพัฒนาพบว่ามีปัญหาในด้านการขาดแคลนกำลังคนตามเกณฑ์ที่กำหนด ต้องมีการแก้ปัญหาในภาพรวมของจังหวัดและยังพบปัญหาในการบริหารจัดการ (CUP Management) ในบางอำเภอ ดังนั้นเพื่อให้เกิดการแก้ปัญหาาระบบสาธารณสุขของแต่ละอำเภอควรต้องใช้หลักการจัดการเครือข่ายสุขภาพอำเภอ (District Health System) เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาไปได้ และให้ภาคส่วนอื่นๆในพื้นที่ได้ร่วมแก้ไขปัญหา

เอกสารอ้างอิง

- 1 สำนักวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน(สพช.)สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.รายงานสถานการณ์ระบบบริการปฐมภูมิปี2554.นครปฐม: สำนักวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน;2555
- 2 WHO. Health System: Principle Integrated Care World Health Report 2003. Geneva, Switzerland: World Health Organization;2003
- 3 WHO. Primary Health Care: Now More Than Ever The World Health Report 2008. Geneva, Switzerland: World Health Organization;2008

- 4 สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์,สำนักบริหารการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ,สำนักบริหารการสาธารณสุขและสำนักตรวจและประเมินผลกระทรวงสาธารณสุข.รายงานการประเมินนโยบายการพัฒนา รพ.สต.ในระยะนำร่องของปีงบประมาณ 2552.กรุงเทพฯ:สำนักพิมพ์บ้านสวนศิลป์; 2553.
- 5 สัมฤทธิ์ ศรีธารงสวัสดิ์. ความเป็นธรรมการใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของผู้สูงอายุภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค).วารสารวิชาการสาธารณสุข.ปี2549; 15: 685-696.
- 6 อ่ำพล จินดาวัฒน์.ข้อเสนอเชิงนโยบาย ทิศทางระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ.นนทบุรี:สำนักคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ;2552
- 7 มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ.รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการประเมินการปฏิบัติตามนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.).นนทบุรี:มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ;2554
- 8 สัมฤทธิ์ ศรีธารงสวัสดิ์, วีระศักดิ์ พุทธาศรี, เพ็ญแข ลากยัง และ แพร จิตตินันท์. รายงานผลการประเมินการพัฒนาระบบบริการดัดยภูมิขั้นสูง ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. นนทบุรี:สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย;2551
- 9 สุพัตรา ศรีวณิชชากร.ปัจจัยผลักดันระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากสถานการณ์และการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ.เอกสารประกอบการศึกษาภาพอนาคตและเส้นทางสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ยั่งยืนของประเทศไทย:สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย;2554
- 10 WHO. Harare Declaration : the interregional meeting on strengthening District Health System based on Primary Health Care. Zimbabwe; 1987



รูปแบบการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเกษตรกรผู้ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

Health Promotion Activity Design Plan For Farmers Using Chemical Pesticides

ประณิดา เลี้ยววรรณสืบ,สบ.

Pranida Liewwanserb B.P.H

บทคัดย่อ

การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการสร้างเสริมสุขภาพของเกษตรกรด้านพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช 2) สร้างและพัฒนา รูปแบบการจัดกิจกรรมและนำรูปแบบไปสู่การปฏิบัติ 3) ประเมินผลการใช้รูปแบบ ใช้เทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control = A-I-C) เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยเลือกแบบเจาะจง คือ เกษตรกร 10 คนและภาคีเครือข่าย 10 คน แบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ คือ 1) ศึกษาบริบท สภาพปัญหาและความต้องการในการสร้างเสริมสุขภาพของเกษตรกร โดยการสนทนากลุ่ม 2) สร้างและพัฒนา รูปแบบและนำรูปแบบไปสู่การปฏิบัติ โดยการสนทนากลุ่ม และ 3) ประเมินผลการใช้รูปแบบ เครื่องมือ เก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 5 ชุด ได้แก่ 1) แนวทาง เพื่อศึกษาบริบท สภาพปัญหาและความต้องการในการสร้างเสริมสุขภาพของเกษตรกร 2) แนวทางความพึงพอใจต่อรูปแบบ 3) แนวทางสนทนากลุ่ม ความพึงพอใจต่อรูปแบบของภาคีเครือข่ายชุมชน 4) แบบประเมินความเสี่ยงในการทำงานของเกษตรกรจากการสัมผัสสารกำจัดศัตรูพืช และ 5) เครื่องมือตรวจวัดระดับสารเคมีในเลือด วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ส่วนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired t-test สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า สภาพปัญหา ก่อนดำเนินการตามรูปแบบ คือ เกษตรกรมีสารเคมีตกค้างในเลือด ร้อยละ 100 และ ความต้องการมีความต้องการให้สุขภาพดีไม่มีสารเคมีตกค้างในเลือด รูปแบบกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 7 กิจกรรม ได้แก่ 1) การดูแลสุขภาพอนามัย 2) การเสริมสร้างความรู้สภาพการทำงานที่ปลอดภัยจากสารเคมี 3) การใช้สมุนไพรไล่สารพิษ 4) การปลูกผักสวนครัว 5) การตรวจร่างกาย 6) การเลือกรับประทานอาหารที่ปลอดภัย และ 7) การล้างผักที่ปลอดภัย ผลสำเร็จหลังการดำเนินการกิจกรรมครบถ้วน พบว่า เกษตรกรมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้สารเคมีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) และ การเจ็บป่วยหรืออาการผิดปกติที่เกิดขึ้นหลังจากการใช้หรือสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ตลอดจนการดูแลตนเองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) เช่นกัน นอกจากนี้ยังพบว่า เกษตรกรและภาคีเครือข่ายชุมชน มีความพึงพอใจต่อรูปแบบทั้งในด้านความเหมาะสมของรูปแบบและกิจกรรม ผลสำเร็จต่อการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพซึ่งสามารถนำไปใช้กับเกษตรกรในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเกษตรกร, รูปแบบ, สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

Abstract

The participatory action research: PAR aims to 1) Study the problem condition and the needs in health promotion creation for farmer's behavior of using chemical pesticides 2) Creating and developing the health promotion activity design towards practice 3) Evaluating the design, the appreciation influence control techniques in data collection from the specific sample group of 100 farmers and their association network of 10 people. The study was divided into 3 periods which were 1) Period of the context study, the problem condition, and the needs in health promotion creation for farmers by having group conversations 2) Creating and developing the design and making it towards the practice by having the group conversations and 3) Evaluation the use of plan design, instrument, data collection in 5 sets such as 1) Ways to study context, problem condition, and needs in health promotion creation for farmers 2) Ways of satisfaction towards the design 3) Ways for group conversations, satisfaction towards community association network 4) The Evaluation form in the risk of farmer's work from touching chemical

pesticides and 5) The instrument for chemical level check in blood, quantitative data analysis by using descriptive statistics such as frequency distribution, percentage, average value, standard deviation, and deductive statistics i.e. paired t-test, for qualitative data with content analysis method.

The study result found that the problem condition before the activity process according to the design was farmers have the chemical elements stuck in their blood for a 100% and the needs was in-need of being healthy without having the chemical elements in their blood. The activity design developed consists of 7 activities which are 1) Taking care of health 2) Promoting the knowledge of chemical-free working condition 3) Using the herbs for cleaning the toxic 4) Growing the backyard garden vegetables 5) Checking out the grocery stores 6) Choosing the safe food 7) Cleaning vegetables for safety. The successful outcome of the complete activity process states that farmers have the average score in having the chemical products using behaviors differently and this indicates the statistical importance (P value < 0.5) and the sickness or abnormal symptoms caused by using or touching the chemical pesticides as well as farmer's taking care of themselves also indicates the statistical importance (P value < 0.5). Moreover, the study also found that farmers and the community association network are satisfied with the activity design and appropriateness, the successful outcome of the change in their health that can be used for many farmers in the area effectively.

Key Words: Health promotion activities for farmers, Design, Chemical pesticides

บทนำ

ประชาชนบ้านเนินชาน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ประชาชนในหมู่บ้านได้รับผลกระทบจากการใช้สารเคมีด้านเกษตรกรรมเป็นจำนวนมาก จากผลการตรวจเลือดหาสารเคมีในเกษตรกร 135 คน พบระดับเสี่ยง ร้อยละ 22.96 ระดับไม่ปลอดภัยร้อยละ 51.11 รวมผลเลือดมีสารเคมีตกค้าง ร้อยละ 74.07 ปี 2555 ตรวจเลือดเกษตรกร 138 คน พบสารเคมีตกค้างระดับเสี่ยงร้อยละ 23.91 ระดับไม่ปลอดภัย ร้อยละ 51.44 คิดเป็นภาพรวมพบสารเคมีในเลือด ร้อยละ 75.36 ซึ่งเป็นอัตราที่สูงและจะมีผลกระทบกับสุขภาพของเกษตรกรในอนาคตได้ซึ่งจากทะเบียนข้อมูลผู้ป่วยมะเร็ง บ้านเนินชานมีผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 3 คน ซึ่งมีประวัติการสัมผัสสารเคมี รายงานอัตราป่วยของผู้ป่วยนอกพบว่า มีผู้ป่วยบ้านเนินชานมาการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งยั้ง ด้วยโรค น้ำ

กัดเท้า วัณโรค ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ ผื่นคัน ภาวะอาหารอึดเสบ จำนวน 55 คน ซึ่งจากการซักประวัติ เกิดจากการสัมผัสสารเคมี โดยการเดินลุยน้ำในนา การได้กลิ่นสารเคมีขณะมีการฉีดพ่นยากำจัดศัตรูพืช⁽¹⁾

จากรูปแบบเดิมเมื่อเจาะเลือดหาสารเคมีจะมีการแจ้งผลเลือดและให้สุขศึกษาวิธีการปฏิบัติตัวให้ปลอดภัยจากสารเคมี ผ่านหอกระจายข่าวหมู่บ้าน ไม่มีการติดตามประเมินผลการรับรู้ของประชาชน ดังนั้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งยั้ง จึงได้ทำการวิจัยการพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพเกษตรกรใช้สารเคมีสารเคมีกำจัดศัตรูพืช บ้านเนินชาน โดยมีชุมชนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสารเคมีตกค้างในเลือด เพื่อให้ปลอดภัยจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

วัตถุประสงค์

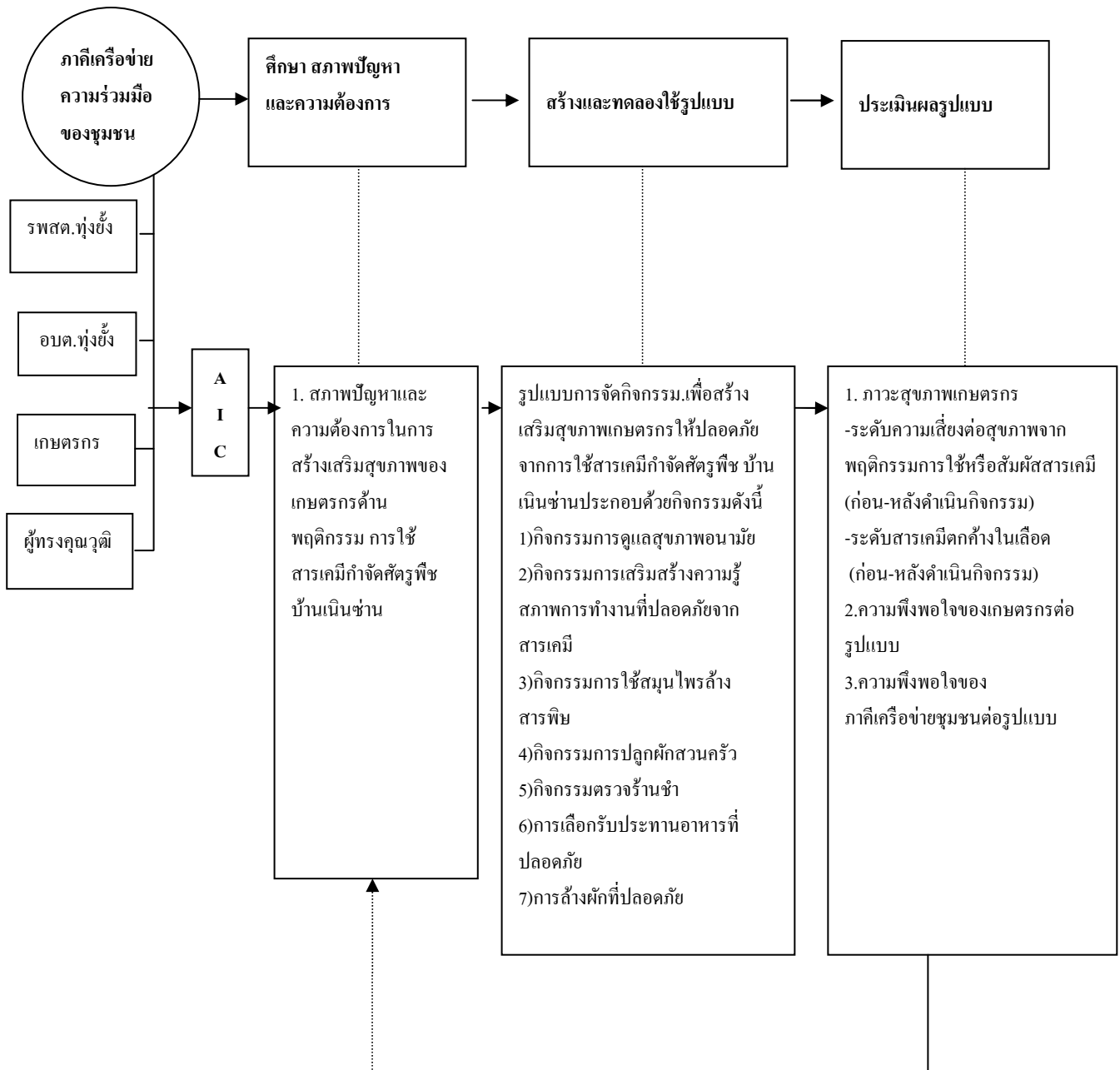
1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการใน

การสร้างเสริมสุขภาพของเกษตรกรด้านพฤติกรรม

การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

2. เพื่อพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบ

3. เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการวิจัย

รูปแบบวิจัย เป็นการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เกษตรกรผู้ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเมื่อรับการเจาะเลือดตรวจหาสารเคมีในกระแสเลือดพบว่า ผลเลือดสารเคมีตกค้างอยู่ในระดับเสี่ยงและไม่ปลอดภัย จำนวน 104 คน มีผู้ให้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น 5 ชุด ได้แก่ 1) แนวทางการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับ สภาพปัญหาและความต้องการในการสร้างเสริมสุขภาพของเกษตรกร 2) แนวทางการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อรูปแบบ 3) แนวทางการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อรูปแบบของภาคีเครือข่ายชุมชน 4) แบบสอบถามประเมินความเสี่ยงในการทำงานของเกษตรกรจากการสัมผัสสารกำจัดศัตรูพืชคัดแปลงจากแบบสัมภาษณ์ประเมินความเสี่ยงในการทำงานของเกษตรกรจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช (นพพ1) ของ สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม และ เครื่องมือตรวจวัดระดับสารเคมีในเลือดและเจ้าหน้าที่เจาะเลือดที่มีประสบการณ์ใช้เครื่องมือนี้ไม่น้อยกว่า 2 ปี

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

หาความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือชุดที่ 1-4 โดยการนำแนวคำถามในการสนทนากลุ่มให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ แล้วหาค่าดัชนีความสอดคล้องและเลือกเฉพาะข้อที่มีค่า IOC มากกว่า 0.5 มาเป็นข้อคำถามและปรับปรุงแก้ไขตามที่เสนอแนะ แล้วนำไปทดลองใช้กับกลุ่มเกษตรกรบ้านห้วยมุ่น หมู่ที่ 7 ต.

ความร่วมมือในการร่วมกิจกรรมตามโครงการจำนวน 100 คน และการศึกษาเชิงคุณภาพในกลุ่มภาคีเครือข่ายจำนวน 10 คน ซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อผลกระทบจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ รพ.สต.ทุ่งยั้ง อบต.ทุ่งยั้ง ผู้ทรงคุณวุฒิด้านภูมิปัญญาชาวบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข ตัวแทนเกษตรกร เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive selection)

ทุ่งยั้ง โดยเครื่องมือชุดที่ 1-3 ใช้จำนวน 10 คน เพื่อตรวจสอบความเป็นปรนัยเข้าใจในแนวคำถามที่ตรงกันแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือชุดที่ 4 ทดลองใช้ 30 คน หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.77 สำหรับเครื่องมือตรวจวัดระดับสารเคมีในเลือดได้รับการสอบเทียบเครื่องมือจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 และเจ้าหน้าที่เจาะเลือดมีประสบการณ์การใช้เครื่องมือไม่น้อยกว่า 2 ปี

การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษา สภาพปัญหาและความต้องการในการสร้างเสริมสุขภาพของเกษตรกรด้านพฤติกรรม การใช้และผลกระทบจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชบ้านเนินชัน

1. การเตรียมกลุ่มเป้าหมาย ผู้วิจัยแนะนำตัวและสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับเกษตรกรในฐานะที่ปฏิบัติงาน รพ.สต.ทุ่งยั้ง จัดรณรงค์ตรวจสุขภาพในหมู่บ้าน เจาะเลือดหาสารเคมีตกค้างในเลือดคัดเลือกผู้มีผลเลือดสารเคมีตกค้างในเลือดระดับเสี่ยง และไม่

ปลอดภัย เป็นกลุ่มเป้าหมาย และจัดประชุมเชิงปฏิบัติการระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการ บทบาทหน้าที่ของกลุ่มเป้าหมาย และสร้างแนวคิดร่วมกันในการจัดกิจกรรม สร้างเสริมสุขภาพเกษตรกรด้านพฤติกรรม การใช้ และผลกระทบจาก สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

2. การตั้งทีมวิจัย และที่ปรึกษางานวิจัย จากอาจารย์วิทยาลัยพยาบาลราชชนนีนครนครสวรรค์ และผู้ช่วยนักวิจัยที่เป็นเจ้าหน้าที่ ใน รพสต.ทุ่งยั้ง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขบ้านเนินชานที่มีความสนใจและสมัครใจเข้าร่วมกระบวนการวิจัย จนถึงสิ้นสุดกระบวนการโดยผู้วิจัยจัดประชุมชี้แจงความเป็นมา วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย บทบาทหน้าที่ของนักวิจัย ทบทวนความรู้เกี่ยวกับกระบวนการวิจัย ปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ศึกษา สภาพปัญหาและความต้องการในการสร้างเสริมสุขภาพของเกษตรกรด้านพฤติกรรม การใช้และผลกระทบจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชบ้านเนินชาน ได้แก่ ด้านสภาพการทำงาน การปฏิบัติตัวขณะทำงาน ด้านการใช้สารเคมี ข้อมูลความเจ็บป่วย หรืออาการผิดปกติที่เกิดขึ้นหลังการใช้หรือการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยใช้ใช้แบบประเมินความเสี่ยงในการทำงานและ แนวทางการสนทนากลุ่มนำมาเป็นข้อมูลนำเข้าไปในกระบวนการ AIC ให้ได้ข้อมูลในการสร้างรูปแบบ

ระยะที่ 2 การสร้าง พัฒนา และทดลองใช้รูปแบบการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเกษตรกร เพื่อให้ปลอดภัยจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช บ้าน

เนินชาน ตำบลทุ่งยั้ง อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ และนำรูปแบบไปสู่การปฏิบัติ ผู้วิจัยได้สร้างและพัฒนาแบบการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเกษตรกร และนำรูปแบบไปสู่การปฏิบัติ ดังนี้

1. การเตรียมภาคีเครือข่าย ผู้วิจัยเชิญผู้ทรงคุณวุฒิได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญภูมิปัญญาด้านสมุนไพร และภาคีเครือข่ายในตำบลทุ่งยั้ง ประกอบด้วย อบต.ทุ่งยั้ง ผู้ใหญ่บ้าน อสม. เจ้าหน้าที่รพสต.ทุ่งยั้ง เพื่อร่วมประชุมสร้างรูปแบบจากข้อมูลระยะที่ 1 โดยได้ชี้แจงความเป็นมา วัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย

2. จัดประชุมวางแผนตามกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) จำนวน 2 วัน โดยนำข้อมูลจากการค้นพบในระยะที่ 1 เป็นประเด็นสำคัญนำเข้าไปในกระบวนการAIC

2.1 ขั้นตอนสร้างความรู้ (Appreciation : A)

การเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ได้เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนแสดงความคิดเห็น รับฟัง และหาข้อสรุปร่วมกันอย่างสร้างสรรค์ เป็นประชาธิปไตย ยอมรับในความคิดเห็นของเพื่อนสมาชิก แบ่งเป็น 2 ส่วน

A1 :การวิเคราะห์สภาพปัญหาสุขภาพของเกษตรกรและผลกระทบจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ในปัจจุบัน ประกอบด้วย ด้านสภาพการทำงาน ด้านสภาพแวดล้อม การใช้สารเคมี ร่วมกับข้อมูลการค้นพบในระยะที่ 1

A2 :การกำหนดอนาคตหรือวิสัยทัศน์อันเป็นภาพพึงประสงค์ในการพัฒนาว่าต้องการพัฒนาหรือสร้างเสริมสุขภาพของตนอย่างไรโดยการวาดภาพหรือเขียนบรรยายเพื่อ สื่อความหมายได้ และรวมภาพของแต่ละบุคคลเพื่อเป็นภาพรวมของกลุ่ม ช่วยให้มีความง่ายต่อการรวบรวมแนวคิดของ

ผู้เข้าร่วมประชุมและสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของภาพ และมีส่วนร่วมในการสร้างภาพพึงประสงค์ของกลุ่ม

2.2 ขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา

(Influence: I) การหาวิธีและเสนอทางเลือกในการพัฒนาตามที่ได้สร้างภาพพึงประสงค์หรือที่ได้ช่วยกันกำหนดวิสัยทัศน์ไว้ (A2) เป็นขั้นตอนที่จะต้องช่วยกันหามาตรการวิธีการ และค้นหาเหตุผลเพื่อกำหนดทางเลือกในการพัฒนาเป้าหมายกิจกรรม และจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมโครงการ แบ่งเป็น 2 ช่วงคือ I1: การคิดกิจกรรมสร้างสรรค์ที่จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ และ I2 :การจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมสร้างสรรค์โดย

1. กิจกรรมสร้างสรรค์ที่ชุมชนทำเองได้เลย

2. กิจกรรมสร้างสรรค์ที่บางส่วนต้องการความร่วมมือหรือการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานที่ร่วมทำงานสนับสนุนอยู่

3. กิจกรรมสร้างสรรค์ที่ชุมชนไม่สามารถทำเองได้ต้องขอความร่วมมือเช่นการดำเนินการจากแหล่งอื่นทั้งภาครัฐและเอกชน

2.3 ขั้นตอนการสร้างแนวทางปฏิบัติ

(Control : C) เพื่อให้ยอมรับและทำงานร่วมกันโดยนำเอากิจกรรมสร้างสรรค์ต่าง ๆ มาสู่การปฏิบัติและจัดกลุ่มผู้ดำเนินการซึ่งมีรับผิดชอบแต่ละกิจกรรมสร้างสรรค์โดยขั้นตอนประกอบด้วย

C1 :การแบ่งความรับผิดชอบ

C2 :การตกลงในรายละเอียดของกิจกรรมสร้างสรรค์เกี่ยวกับการดำเนินการและแหล่งทุนสนับสนุน

3. ผู้วิจัยได้นำรูปแบบไปสู่การปฏิบัติ

ระยะที่ 3 การประเมินผลการใช้รูปแบบการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเกษตรกร.เพื่อให้ปลอดภัยจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช เป็นขั้นตอนการประเมินผลจากการนำรูปแบบไปปฏิบัติมีรายละเอียดดังนี้

1. ประเมินพฤติกรรม การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ด้านสภาพการทำงาน การปฏิบัติตัวขณะทำงานด้านการใช้สารเคมี ข้อมูลความเจ็บป่วยหรืออาการผิดปกติที่เกิดขึ้นหลังการใช้หรือการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช (ปรับปรุงแบบประเมินความเสี่ยงในการทำงานของเกษตรกรจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช นพพ1.)

2. ประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบ ด้านความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดกิจกรรม ด้านผลต่อสุขภาพเกษตรกร และด้านผลต่อการนำไปประยุกต์ใช้(ใช้แนวทางการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อรูปแบบ)

3. ประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบ ด้านความพึงพอใจต่อกระบวนการ ด้านความพึงพอใจต่อกิจกรรม ด้านการนำไปประยุกต์ใช้(ใช้แนวทางการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อรูปแบบ)

ผลการวิจัย

1. สภาพปัญหาและความต้องการ

1.1 ข้อมูลสภาพปัญหา บ้านเนินชานมีดังนี้

สภาพปัญหา	จำนวน	ร้อยละ
1.เพศ		
-ชาย	38	38.00
-หญิง	62	62.00
2.อายุ (ปี)		
-20-29	5	5.00
-30-39	14	14.00
-40-49	19	19.00
-50-59	15	15.00
-70ปี ขึ้นไป	8	8.00
รวม	100	100
ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 53.98 ปี		
3. การศึกษา		
-ไม่ได้เรียน	2	2.00
-ประถมศึกษา	86	86.00
-มัธยมศึกษา	11	11.00
-มัธยมศึกษาตอนปลาย อาชีวศึกษา หรือเทียบเท่า	1	1.00
รวม	100	100
4.พฤติกรรมการณ์ัดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชด้วยตนเอง		
-ฉีดพ่นโดยคนในครอบครัว	34	34.00
-จ้างคนอื่นฉีดบางครั้ง	35	35.00
-จ้างคนอื่นฉีดทุกครั้ง	31	31.00
รวม	100	100

1.1 ข้อมูลสภาพปัญหา บ้านเนินชานมีดังนี้

สภาพปัญหา	จำนวน	ร้อยละ
5.โดยปกติท่านฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในช่วงเวลา		
-เช้า	70	70.00
-กลางวัน	8	8.00
-เย็น	14	14.00
-กลางคืน	8	8.00
รวม	100	100

จากตารางพบว่า เกษตรกร.ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.0 เพศชาย ร้อยละ 38.0 อายุ 60-69 ปี ร้อยละ 39.0 ค่าเฉลี่ยอายุ 53.98 ปี ระดับการศึกษา ชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 86.0 ส่วนใหญ่ เป็นผู้ฉีดพ่นโดยคนในครอบครัว ร้อยละ 35.0

1.2 ความต้องการพัฒนาหรือสร้างเสริมสุขภาพ อันพึงประสงค์ คือ ประชาชนมีสุขภาพดี ไม่มีสารเคมีตกค้างในเลือด อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย

2. รูปแบบกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ที่พัฒนาได้ ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้ 1) กิจกรรมการดูแลสุขภาพอนามัย 2) กิจกรรมการเสริมสร้างความรู้

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ย ของพฤติกรรมก่อน และ หลังเข้าร่วมโครงการ

พฤติกรรมการใช้สารเคมี	$\bar{X}$	SD	DF	p-value
1.ท่านอ่านฉลากของยาฆ่าแมลง/สารเคมีกำจัดศัตรูพืชก่อนการใช้งาน	2.12	0.57	99	0.09
2.ท่านสวมถุงมือยางป้องกันสารเคมีขณะทำงาน	2.38	0.67	99	0.77
3.ท่านสวมใส่รองเท้าบู๊ท หรือรองเท้าที่ปิดมิดชิดกันสารเคมีขณะทำงาน	2.55	0.65	99	0.91
4.ท่านๆไม่สูบบุหรี่/ยาเส้นขณะฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช	2.95	0.21	99	0.01
5.ท่านไม่รับประทานอาหาร/ดื่มน้ำในบริเวณที่ทำงาน	2.82	0.38	99	0.06
6.ท่านไม่ใช้ปากเป่าหรือดูด กรณีหัวฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชอุดตัน	2.97	0.17	99	0.05
7.หลังจากฉีดพ่นสารเคมี ท่านแยกซักเสื้อผ้าที่ใส่ทำงานฉีดพ่น	2.13	0.63	99	0.05
8.หลังเลิกการฉีดพ่นท่านเปลี่ยนเสื้อผ้าหรืออาบน้ำ	2.90	0.33	99	0.02
รวม	2.60	0.45		

สภาพการทำงานที่ปลอดภัยจากสารเคมี 3) กิจกรรมการใช้สมุนไพรไล่สารพิษ 4) กิจกรรมการปลูกผักสวนครัว 5) กิจกรรมตรวจร้านชำ 6) การเลือกรับประทานอาหารที่ปลอดภัย และ 7) การล้างผักที่ปลอดภัย

3.การประเมินผลรูปแบบ

3.1 เกษตรกร.มีค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรม การใช้สารเคมีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .05)

จากตารางที่ 2 พบว่า การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ย ของพฤติกรรมก่อน และ หลังให้ความรู้เกษตรกร.มีการปรับพฤติกรรมดีขึ้น มีความแตกต่างค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมก่อนและหลังให้ความรู้ในเรื่องการไม่สูบบุหรี่/ยาเส้นขณะฉีดพ่นสารเคมีกำจัด การไม่ใช้ปากเป่าหรือดูด กรณีหัวฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชอุดตันหลังจากฉีดพ่น

สารเคมี มีการแยกซักเสื้อผ้าที่ใส่ทำงานฉีดพ่นหลังเลิกการฉีดพ่นท่านเปลี่ยนเสื้อผ้าหรืออาบน้ำทันที เกษตรกร. มีความตระหนักต่อปัญหาและพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมผลกระทบของสารกำจัดศัตรูพืชดีขึ้น แตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$)

ตารางที่3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลความเจ็บป่วยหรืออาการผิดปกติที่เกิดขึ้นหลังจากใช้หรือสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ก่อน- หลัง ให้ความรู้

รายการ	$\bar{X}$	SD	DF	p-value
1 ท่านเคยแพ้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช. เคย ระบุอาการปวดศีรษะ วิงเวียน ผื่นคัน ไม่เคย	1.63	.48	99	0.001
2 เมื่อมีอาการแพ้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชท่านทำอย่างไร 1.ปล่อยให้หายเอง 2.พบบุคลากรทางการแพทย์ 3.รักษาเอง โดย...ใช้สมุนไพร	10.2	.59	99	0.01

จากตารางที่ 3 พบว่า การเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลความเจ็บป่วยหรืออาการผิดปกติที่เกิดขึ้นหลังจากใช้หรือสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การดูแลตนเอง หลังจากได้รับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ก่อน-หลัง เข้าร่วมโครงการพบว่า เกษตรกรแพ้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพิ่มขึ้น แต่มีการดูแลตนเองดีขึ้น โดยใช้สมุนไพรเพิ่มมากขึ้น และพบบุคลากรทางการแพทย์มีความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$)

3.2 เกษตรกรรวมทั้งภาคีเครือข่ายชุมชน มีความพึงพอใจต่อรูปแบบทั้งในด้านความเหมาะสมของรูปแบบและกิจกรรม ผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ รูปแบบที่สร้างขึ้นสามารถนำไปใช้กับเกษตรกร.ได้อย่างมีประสิทธิภาพผลรวมทั้งภาคีเครือข่าย

ชุมชน มีความพึงพอใจต่อรูปแบบทั้งในด้านความเหมาะสมของรูปแบบและกิจกรรม ผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ

สรุปและวิจารณ์ผล

1.จากสภาพปัญหา เกษตรกรมีสารพิษตกค้างในเลือดพบว่าเกษตรกรมีค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้สารเคมีก่อนและหลังให้ความรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) ดังนั้น การไม่สูบบุหรี่/ยาเส้นขณะฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ไม่ใช้ปากเป่าหรือดูด กรณีหัวฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชอุดตันมีการแยกซักเสื้อผ้าที่ใส่ทำงานฉีดพ่น หลังเลิกการฉีดพ่นท่านเปลี่ยนเสื้อผ้าหรืออาบน้ำทันที สรุปได้ว่าเกษตรกรยังมีการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง ส่วนใหญ่เป็นเรื่องเกี่ยวกับเสี่ยงต่อการแต่งกายไม่มีฉchutzและเสี่ยง

ต่อสารเคมีเข้าสู่ร่างกายทางปาก ผิวหนัง ลมหายใจ สอดคล้องกับการศึกษาของชรินทร์ ห่วงมิตร⁽²⁾ วิจัยความสัมพันธ์ระหว่างระดับโคลีนเอสเตอเรสกับการปฏิบัติในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรอำเภอแม่वंค์ จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ความแตกต่างของการปฏิบัติในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชขณะผสม ขนชนิดพ่นและหลังพ่นระหว่างเกษตรกรที่มีระดับโคลีนเอสเตอเรสอยู่ในระดับไม่ปลอดภัยกับปลอดภัย พบว่า การปฏิบัติขณะฉีดพ่นและหลังพ่น ความถูกต้องในการปฏิบัติ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.จากการใช้รูปแบบที่สร้างขึ้นสามารถนำไปใช้กับประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งนี้เนื่องจากกระบวนการพัฒนารูปแบบกิจกรรมใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC)ซึ่งเป็นความร่วมมือของชุมชนและภาคีเครือข่ายชุมชนซึ่งอยู่ในพื้นที่และทราบปัญหาผลกระทบของสารเคมีต่อสุขภาพเกษตรกรเป็นอย่างดี มีการร่วมคิดร่วมทำร่วมวางแผนของกลุ่มเกษตรกรและภาคีเครือข่ายชุมชนทั้ง 3 ระยะคือระยะที่ 1 ร่วมศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการสร้างเสริมสุขภาพของเกษตรกร และสุขภาพเกษตรกร ระยะที่ 2 การสร้างและพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพเกษตรกรและนำรูปแบบไปสู่การปฏิบัติทดลองใช้

3. ระยะที่ 3 ร่วมประเมินผลการใช้รูปแบบ ปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จเนื่องจากประชาชนบ้านเนินชาน ประชาชนมีความสามัคคีกัน ในหมู่บ้าน มีการปลูกสมุนไพรได้แก่ ย่านาง รางจืด ไว้ใช้ในหมู่บ้าน

สามารถขยายพันธุ์รังจืดโดยใช้กล้ารังจืดในหมู่บ้าน ประชาชนมีความสนใจสุขภาพตนเอง มาร่วมกิจกรรมและพึงพอใจกับกิจกรรมรณรงค์ตรวจสุขภาพที่หลากหลาย มีแรงจูงใจเข้าร่วมโครงการ มีของที่ระลึก รางวัล มีการทำงานแบบ ผสมผสาน ตั้งแต่ระดับ หมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด เขต ประชาชน ดันตัวและมีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองให้ปลอดภัยจากการใช้สารเคมี โดยใช้ทรัพยากรในหมู่บ้าน สามารถ พึ่งตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสถิต สายแก้วผล⁽³⁾ ที่ศึกษาการให้ความรู้ร่วมกับกระบวนการกลุ่มต่อการรับรู้และ พฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและปริมาณเอ็นไซม์-โคลีนเอสเตอเรสในเลือดของคณงานสวนสาธารณะ กรุงเทพฯพบว่าผลระดับเลือดสารเคมีตกค้างมีความแตกต่างก่อนหลังให้ความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$)

ข้อเสนอแนะ

1.หน่วยงานที่เกี่ยวข้องระดับปฐมภูมิ ควรร่วมมือกันสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มเกษตรกรโดยเน้นการส่งเสริม/สนับสนุนการใช้สมุนไพรล้างสารพิษ โดยให้ปลูกและเพาะพันธุ์สมุนไพรล้างพิษในชุมชน เช่น รางจืด มีการปลูกพืชผักสวนครัวไว้รับประทานเอง และแนะนำวิธีการล้างทำความสะอาดผักอย่างถูกวิธี และสนับสนุนภูมิปัญญาชาวบ้าน เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายชุมชน

3. ส่งเสริมการดำเนินวิถีชีวิตแบบเศรษฐกิจพอเพียงสามารถพึ่งพาตนเองได้ ภายใต้อาหารที่มีอยู่ภายในท้องถิ่นและสนับสนุนภูมิปัญญาชาวบ้าน

เอกสารอ้างอิง

- 1.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งยั้ง.รายงาน
ข้อมูล 21 แฟ้ม; 2555.
2. ชรินทร์ ห่วงมิตร.ความสัมพันธ์ระหว่างระดับ
โคตินเอสเตอเรสกับการปฏิบัติในการใช้สารเคมี
กำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร อำเภอแม่वंก จังหัด
นกรสวรรค์. ม.ป.ท. ; 2541.
- 3.สถิต สายแก้ว. การให้ความรู้ร่วมกับกระบวนการ
กลุ่มต่อการรับรู้และพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัด
ศัตรูพืชและปริมาณเอ็นไซม์-โคตินเอสเตอเรสใน
เลือด ของคนงานสวนสาธารณะ. กรุงเทพมหานคร.;
2539.
- 4.ไพศาล คั่นคุ้ม. ประสิทธิภาพของสมุนไพรรางจืดใน
การลดสารกำจัดแมลงตกค้างในกระแสดโลหิต.
วารสารอาหารและยา 8.3 (กันยายน-ธันวาคม); 2544.
5. ล้วน สายยศ และ อังคนาสายยศ เทคนิคการวัดผล
การเรียนรู้.กรุงเทพมหานคร:สุวีริยาสาส์น;2539.

ประเมินการปฏิบัติงานด้านส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน ตำบลโคกมน อำเภอน้ำหนาว จังหวัดเพชรบูรณ์

The performance evaluation of village health volunteer: a case of mental health promotion and
prevention on Kokmon sub District, Namnao District, Petchabun province

วรรณ กองสังข์ สบ.

Wanna Kongsang B.P.H

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอน้ำหนาว

Namnow Distric Public Health office Petchaboon Province

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เพื่อประเมินผลการปฏิบัติงานด้านส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลโคกมน อำเภอน้ำหนาว จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 66 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 30 - 40 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา สถานภาพสมรสคู่ มีระยะเวลาปฏิบัติงานอยู่ในช่วง 1-5 ปี มากที่สุด กลุ่มตัวอย่างเคยได้รับการอบรมความรู้ในด้านสุขภาพจิต ร้อยละ 49.9 ผลการปฏิบัติงานทางด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตชุมชน ปฏิบัติมากที่สุด คือ การประสานความร่วมมือกับผู้นำชุมชนต่างๆ ร้อยละ 93.9 และปฏิบัติน้อยที่สุดคือ การมีส่วนร่วมในการระดมทุนจากแหล่งต่างๆ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตในชุมชน ร้อยละ 21.1 เหตุผลของการไม่ปฏิบัติมากที่สุดคือ มีแกนนำหรือผู้นำชุมชนเป็นผู้ดำเนินการอยู่แล้ว ร้อยละ 37.9 ด้านการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตชุมชน ปฏิบัติมากที่สุด คือการค้นหาและเก็บข้อมูลด้านสุขภาพจิตในชุมชน ร้อยละ 93.9 และการปฏิบัติที่น้อยที่สุด คือ การให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตรายกลุ่มหรือรายบุคคลกับผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 51.5 เหตุผลตอบมากที่สุดคือ คิดว่าไม่มีผู้ป่วยและไม่มีข้อมูลของผู้ป่วย ร้อยละ 22.7

คำสำคัญ : อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, การส่งเสริมสุขภาพจิต, การป้องกันสุขภาพจิต

Abstract

The objective of this descriptive study was to evaluate performance of volunteer health workers of Kokmon Sub-District, Namnao District, Phetchabun province in the field of community mental health promotion and prevention. The data was collected using a questionnaire completed by population 66 persons is volunteer health workers, collect the data by use the questionnaire. Result, 72.7% were women, 45.5% were between the age of 30-40 year old, average age of 42 year old, 39.4% have only completed their elementary education, 80.3% were married, 39.4% have been volunteering between 1-5 year, 66.7 % also have another roles in community. 49.9% of the sample had graduated in the field of community mental health. The study revealed that community mental health practices among village health volunteers worked, mental health prevention (93.9%) the best work was collaboration with the leaders. the lowest performance was there participation in funding in various sources for supporting the mental health operation(21.1%), Reason of non action in such artificer was that the leader already in place (37.9%). In term of community prevention mental health. The work of these volunteer was outstanding (93.9%) Found raising and data collected of psychiatric patients was the lowest (51.5%) as well as risky groups or individuals mental health education this ,was their lack of information about the patient' exists (22.7%)

Keywords : Volunteer health, promotion mental health, prevention mental health

บทนำ

การดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนในประเทศไทย เริ่มต้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2507 โดยได้มีการจัดตั้งหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ออกไปให้บริการสุขภาพจิตในพื้นที่ชนบทที่ห่างไกล แต่สามารถครอบคลุมพื้นที่ได้จำกัดเนื่องจากขาดแคลนทรัพยากร ในปี พ.ศ. 2519 ได้มีโครงการสำรวจความต้องการบริการสุขภาพร่วมกับองค์การอนามัยโลก ซึ่งให้เห็นถึงความต้องการบริการสุขภาพจิตในชุมชน จึงได้มีการขยายบริการสุขภาพจิตจากโรงพยาบาลจิตเวชไปสู่ระบบบริการสาธารณสุข ภายใต้นโยบาย “สุขภาพดีถ้วนหน้าภายในปี 2543” ขององค์การอนามัยโลก ในปี พ.ศ. 2521 ประเทศไทยได้เพิ่มงาน “สุขภาพจิต” เข้าเป็นส่วนหนึ่งของ “งานสาธารณสุขมูลฐาน” ทำให้เกิดการขับเคลื่อนครั้งสำคัญให้งานสุขภาพจิตไปสู่ระดับชุมชน การขับเคลื่อนครั้งสำคัญอีกครั้ง ได้แก่ บริการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care Service Level -PHC) : ดำเนินการโดยประชาชนเอง หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ได้รับการคัดเลือกจากชุมชน โดยมี อสม. 1 คนต่อชุมชนประมาณ 8-15 หลังคาเรือน⁽¹⁾

จากข้อมูลปี 2550 มี อสม. ปฏิบัติงานจำนวน 831,774 คน ทำงานอยู่ใน 69,331 ชุมชนครอบคลุมเกือบร้อยละ 90 ของประเทศ⁽¹⁾ ให้บริการสาธารณสุขมูลฐาน ให้สุขภาพจิตศึกษา คัดกรองปัญหาสุขภาพจิต เช่น โรคจิต ออทิสติก โรคซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตาย ให้การช่วยเหลือประคับประคองด้านจิตใจ สนับสนุนให้มีการดูแล

ผู้ป่วยจิตเวชต่อเนื่อง และส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมสุขภาพจิต (รายงานสุขภาพจิตชุมชน)ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้เริ่มเข้ามามีบทบาทมากขึ้นในงานสุขภาพจิตในช่วงแผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ในช่วงครึ่งหลังของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10⁽²⁾การดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทางด้านสุขภาพจิตชุมชนของจังหวัดเพชรบูรณ์ ได้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอดตามโครงการต่างๆ เช่น โครงการค้นหาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โครงการ To be number one ในชุมชน โครงการ ผู้ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกมน อำเภอโนนหนาว จังหวัดเพชรบูรณ์ มีการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นบุคลากรทางสาธารณสุขที่สำคัญในการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน และการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แต่ยังพบปัญหาสุขภาพจิตชุมชนเกิดขึ้น เช่น ปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จเพิ่มขึ้น ปัญหาผู้ป่วยจิตเวชขาดยาขาดการดูแล และการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขยังไม่มีการศึกษาถึงการปฏิบัติงานที่แท้จริง ดังนั้น จึงทำการศึกษาวิจัยเรื่องการประเมินผลการปฏิบัติงานด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาเสริมสร้างการปฏิบัติงานสุขภาพจิตในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่จะส่งผลต่อการดูแล

สุขภาพจิตของประชาชนในชุมชนของเขตตำบลโคกมน ให้เป็นไปอย่างทั่วถึง ครอบคลุมและต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลการปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมป้องกันสุขภาพจิตชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลโคกมน อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) เพื่อศึกษาผลการปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมป้องกันสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลโคกมน อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ระหว่างเดือน กรกฎาคม ถึง เดือน สิงหาคม 2555

วิธีการวิจัย

การศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) เพื่อศึกษาการประเมินผลการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลโคกมนอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิธดำเนินการศึกษามีรายละเอียดดังนี้

ประชากร

ประชากรในการศึกษา คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในเขตตำบลโคกมน อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ ที่มีรายชื่ออยู่ในทะเบียนประวัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกมน 66 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน ซึ่งประยุกต์จากการศึกษาของ กรรณิกา กาวิวงศ์⁽³⁾

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลเพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย สถานะทางการเงิน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บทบาทหน้าที่อื่น และการได้รับการอบรมความรู้ด้านสุขภาพจิต

ส่วนที่ 2 ผลการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เรื่องการประเมินผลการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 15 ข้อ ดังนี้

1.ด้านการส่งเสริมสุขภาพ 10 ข้อ

2.ด้านการป้องกันและควบคุมโรค 5 ข้อ

ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ โดยเลือกตอบว่า ปฏิบัติ หรือ ไม่ปฏิบัติกิจกรรมนั้น

- ปฏิบัติ หมายถึง การได้ทำกิจกรรมตามข้อความ

- ไม่ปฏิบัติ หมายถึง การไม่ได้ทำกิจกรรมตามข้อความ

ทั้งนี้หากตอบว่า ไม่ปฏิบัติ ให้ระบุเหตุผลที่ไม่สามารถปฏิบัติได้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้ศึกษานำแบบสอบถามการประเมินผลการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยพยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 1 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจำนวน 1 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 1 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้แล้วนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity index [CVI]) โดยได้ค่าความตรงเท่ากับ 0.90

การหาความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้ศึกษานำแบบแบบสอบถามการประเมินผลการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไปหาความเชื่อมั่นโดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขต ตำบลน้ำหนาว อำเภอน้ำหนาว จังหวัดเพชรบูรณ์ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรของ กูเดอริชาร์ดสัน 21 (Kuder-Richardson Formula 21 [KR-21]) โดยได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.72

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

- 1.ประชุมชี้แจง รายละเอียดการดำเนินงาน ศึกษาวิจัยกับ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- 2.เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์
- 3.เจ้าหน้าที่เป็นผู้ตรวจทานและบันทึกข้อมูลในโปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อวิเคราะห์ข้อมูล
- 4.สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลและอภิปรายการวิเคราะห์ข้อมูล

ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ และ ความถูกต้องข้อมูล ประมวลผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ สถิติเชิงพรรณนา ใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสัดส่วน ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสูงสุดต่ำสุด ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน แจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.7 อยู่ในระหว่าง อายุ 30 - 40 ปี ร้อยละ 45.5 อายุเฉลี่ย 42 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 39.4 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80.3 มีระยะการปฏิบัติงานอยู่ในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 39.4 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 77.3 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 2,000 บาท และอยู่ในช่วง 4,001 – 6,000 บาท ร้อยละ 43.9 สถานะทางการเงินไม่พอใช้ ร้อยละ 83.3 ส่วนใหญ่มีบทบาทหน้าที่อื่น ร้อยละ 66.7 มากที่สุด เป็นกรรมการหมู่บ้าน ร้อยละ 60.6 เคยได้รับการอบรมความรู้ด้านสุขภาพจิต ร้อยละ 49.9

ผลการประเมินการปฏิบัติงานด้านส่งเสริมสุขภาพชุมชน

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละการปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง (N = 66)

การปฏิบัติงาน	ปฏิบัติ		ไม่ปฏิบัติ	
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)
1. การให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตแก่คนในชุมชนผ่านทางหอกระจายข่าวหรือวิทยุชุมชน	10	(15.2)	56	(84.8)
2. การให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตด้วยการแนะนำรายบุคคลหรือให้ความรู้รายกลุ่ม เช่น กลุ่มเยาวชน กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มประชาชนทั่วไป	52	(78.8)	14	(21.2)
3. การมีส่วนร่วมกับผู้นำชุมชนจัดกิจกรรมการรณรงค์ให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตในวันสำคัญต่างๆ เช่น การรณรงค์ในโอกาสวันพ่อแห่งชาติ วันแม่แห่งชาติและเทศกาลหรือประเพณีสำคัญต่างๆ	45	(68.2)	21	(31.8)
4. การกระตุ้นหรือรณรงค์ให้คนในชุมชนตระหนักถึงปัญหา และ เข้ามามีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังปัญหาด้านสุขภาพจิต เช่น ปัญหาความเครียดปัญหาการฆ่าตัวตาย ปัญหาการป่วยทางจิตเวช เป็นต้น	24	(36.4)	42	(63.6)
5. การมีส่วนร่วมกับผู้นำชุมชนสำรวจปัญหาสุขภาพจิตของคนในชุมชนเพื่อนำปัญหาที่ได้มาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตชุมชนในชุมชนนั้น	50	(75.8)	16	(24.2)
6. การมีส่วนร่วมกับผู้นำชุมชนในการคิดวิธีการดำเนินงาน จัดทำแผนงาน โครงการหรือกิจกรรมด้านสุขภาพจิตชุมชนในชุมชนนั้น	51	(77.3)	15	(22.7)
7. การนำเอาทุนทางสังคม เช่น ภูมิปัญญาท้องถิ่น ความเชื่อทางศาสนา มาใช้ในการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพจิตของชุมชน	50	(75.8)	16	(24.2)
8. การมีส่วนร่วมในการระดมทุนจากแหล่งต่างๆ เช่น องค์กรบริหารส่วนตำบล(อบต.) องค์กรเอกชนเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตในชุมชน	8	(12.1)	58	(87.9)
9.การประสานความร่วมมือกับผู้นำชุมชนต่างๆ เช่น อบต. ครู หรือในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตเช่นการออกกำลังกายกิจกรรมทางพุทธศาสนาการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุพระสงฆ์	62	(93.9)	4	(6.1)
10.การมีส่วนร่วมกับผู้นำชุมชนจัดกิจกรรมตามแผนงานหรือโครงการด้านสุขภาพจิตที่กำหนดไว้และติดตามประเมินผลกิจกรรมนั้น	58	(87.9)	8	(12.1)

จากตารางที่ 1 พบว่ามีการปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตมากที่สุด คือ การประสานความร่วมมือกับผู้นำชุมชนต่างๆ เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล ครู หรือพระสงฆ์ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต เช่น การออกกำลังกาย

กิจกรรมทางพุทธศาสนาการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ร้อยละ 93.9 และปฏิบัติน้อยที่สุดคือ การมีส่วนร่วมในการระดมทุนจากแหล่งต่างๆ เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล องค์การเอกชนเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตในชุมชน ร้อยละ 21.1

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละเหตุการณ์การไม่ปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง (N =66)

เหตุผล*	จำนวน	ร้อยละ
1. มีแกนนำหรือผู้นำชุมชนดำเนินการอยู่แล้ว	25	37.9
2. ขาดความรู้ และไม่ได้รับการอบรม	10	15.2
3. ไม่มีเวลาในการปฏิบัติงาน	9	13.6
4. ขาดการสนับสนุนและขาดความร่วมมือจากผู้นำชุมชนและคนในชุมชน	5	7.6
5. ขาดอุปกรณ์ สื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิต เช่น หอกระจายข่าว โปสเตอร์	2	3.0

* ตอบได้หลายเหตุผล

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นเหตุผลของการไม่ปฏิบัติกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง เหตุผลไม่ปฏิบัติมากที่สุดคือมีแกนนำ

หรือผู้นำชุมชนเป็นผู้ดำเนินการอยู่แล้ว ร้อยละ 37.9 และเหตุผลของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ปฏิบัติน้อยที่สุดคือ ขาดอุปกรณ์ สื่อ ร้อยละ 3.0

ผลการประเมินการปฏิบัติงานด้านการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตชุมชน

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละการปฏิบัติงานด้านการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต (N = 66)

การปฏิบัติงาน	ปฏิบัติ		ไม่ปฏิบัติ	
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)
1. การสำรวจหรือประเมินปัญหาด้านสุขภาพจิตใน ผู้สูงอายุ ผู้พิการ หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง	51	(77.3)	15	(22.7)
2. การค้นหาผู้ป่วยโรคจิต ลมชัก ปัญญาอ่อนหรือผู้มีการล่าช้า ในชุมชน	53	(80.3)	13	(19.7)
3. การค้นหาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และผู้มีปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ เช่น ผู้มีภาวะเครียด ในชุมชน	60	(90.9)	6	(9.1)
4. การให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตรายกลุ่มหรือรายบุคคลกับผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง เช่นผู้ป่วยโรคเรื้อรังผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ติดสารเสพติด	34	(51.5)	32	(48.5)
5. การค้นหาและเก็บข้อมูลด้านสุขภาพจิตในชุมชน เช่น ผู้ป่วยโรคจิต โรคซึมเศร้า โรคลมชัก โรคปัญญาอ่อน ผู้ติดสารเสพติด หรือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างครบถ้วนแล้วนำเสนอให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อนำไปใช้ต่อไป	62	(93.9)	4	(6.1)

จากตารางที่ 3 แสดงว่ามีการปฏิบัติงานด้านการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุด คือ การค้นหาและเก็บข้อมูลด้านสุขภาพจิตในชุมชน เช่น ผู้ป่วยโรคจิต โรคซึมเศร้า โรคลมชัก โรคปัญญาอ่อน ผู้ติดสารเสพติดหรือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

อย่างครบถ้วนแล้วนำเสนอให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อนำไปใช้ต่อไป ร้อยละ 93.9 และการปฏิบัติที่น้อยที่สุด คือ การให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตรายกลุ่มหรือรายบุคคลกับผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง เช่นผู้ป่วยโรคเรื้อรังผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ติดสารเสพติด ร้อยละ 51.5

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละเหตุผลการไม่ปฏิบัติกิจกรรมด้านการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต (N=66)

เหตุผล*	จำนวน	ร้อยละ
1. คิดว่าไม่มีผู้ป่วยและไม่มีข้อมูลของผู้ป่วยในชุมชน	15	22.7
2. ไม่มีความรู้ และไม่ได้อบรม	14	21.2
3. มีเจ้าหน้าที่แกนนำหรือผู้นำชุมชนดำเนินการอยู่แล้ว	13	19.7
4. ขาดทักษะในการใช้แบบประเมินด้านสุขภาพจิต	10	15.2
5. ไม่มีเวลาและไม่เห็นความสำคัญ	8	12.1
6. ขาดการสนับสนุนและขาดความร่วมมือจากผู้นำหรือคนในชุมชน	3	4.5

* ตอบได้หลายเหตุผล

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นเหตุผลของการไม่ปฏิบัติกิจกรรมด้านการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของ เหตุผลคือ คิดว่าไม่มีผู้ป่วยและ ไม่มีข้อมูลของผู้ป่วย (ร้อยละ 22.7) และเหตุผลที่ไม่ปฏิบัติได้น้อยที่สุด คือ ไม่มีเวลาและไม่เห็นความสำคัญ (ร้อยละ 4.5)

สรุป

ในการพัฒนาการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลโคกมน มีจุดเด่นทางด้านการค้นหาผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงการส่งเสริมการปฏิบัติงานต่อไป และพัฒนาความรู้และทักษะการปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมป้องกันสุขภาพจิตชุมชน เช่น การให้สุขภาพจิตศึกษาในกลุ่มเสี่ยง การอบรมให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตชุมชน ซึ่งกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบาย โครงการบูรณาการสุขภาพจิตและจิตเวชนอกเครือข่ายระบบสาธารณสุข ตามแผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ส่งเสริมและพัฒนาภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกระบบ ในการดำเนินงานสุขภาพจิต เน้นให้ การสนับสนุน อสม. ผู้นำชุมชน และแกนนำในหมู่บ้านร่วมกับดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต

วิจารณ์ผล

การปฏิบัติกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ผลการศึกษาค้นคว้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ โดยกิจกรรมที่มีการปฏิบัติมากที่สุด คือ การประสานความร่วมมือกับผู้นำชุมชนต่างๆ เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล ครู หรือพระสงฆ์ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต เช่น การออกกำลังกาย กิจกรรมทางพุทธศาสนา การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ร้อยละ 93.9 และรองลงมา คือ การมีส่วนร่วมกับผู้นำชุมชนจัดกิจกรรมตามแผนงานหรือโครงการด้านสุขภาพจิตที่กำหนดไว้และติดตาม

ประเมินผลกิจกรรมนั้น ร้อยละ 87.9 และการให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตด้วยการแนะนำรายบุคคลหรือให้ความรู้รายกลุ่ม เช่น กลุ่มเยาวชน กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มประชาชนทั่วไป ร้อยละ 78.8 (ตารางที่ 1) สอดคล้องกับศิริขวัญ ดันไพบูลย์ ได้ศึกษาการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพจิตชุมชน ของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดนครปฐม พบว่าความตระหนักในความสำคัญของปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนในชุมชนและการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพจิตชุมชนอยู่ในระดับดีมาก และการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพจิตชุมชนเมื่อจำแนกตามอายุและระดับการศึกษามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05⁽⁶⁾ และด้านกิจกรรมที่ไม่ปฏิบัติมากที่สุด คือ การมีส่วนร่วมในการระดมทุนจากแหล่งต่างๆ เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) องค์การเอกชนเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตในชุมชน ร้อยละ 87.9 รองลงมาคือ การให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตแก่คนในชุมชนผ่านทางหอกระจายข่าวหรือวิทยุชุมชน ร้อยละ 84.8 และการกระตุ้นหรือรณรงค์ให้คนในชุมชนตระหนักถึงปัญหา และ เข้ามามีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังปัญหาด้านสุขภาพจิต เช่น ปัญหาความเครียด ปัญหาการฆ่าตัวตาย ปัญหาการป่วยทางจิตเวช ร้อยละ 63.6 (ตารางที่ 2) และเหตุผลที่ไม่ปฏิบัติมากที่สุดคือ มีแกนนำหรือผู้นำชุมชนดำเนินการอยู่แล้ว ร้อยละ 37.9 รองลงมา ไม่มีความรู้ และไม่ได้อบรม ร้อยละ 21.2 แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตชุมชน ส่วนใหญ่มีการได้รับความร่วมมือกับผู้นำชุมชนในการส่งเสริมด้านสุขภาพจิต

ในด้านการจัดกิจกรรมต่าง ในวันสำคัญทางศาสนา และการปฏิบัติด้านการให้ความรู้สุขภาพจิตรายกลุ่ม และส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงานร่วมกับผู้นำชุมชนได้นั้น อสม.ก็มีบทบาทอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น กรรมการหมู่บ้าน สมาชิก อบต. หรือผู้ใหญ่บ้าน ด้านที่ต้องพัฒนาในการปฏิบัติงาน ควรพัฒนาการปฏิบัติงานด้านการประสานงานกันองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นหรือองค์กรอื่นๆ ให้มากขึ้น และกระตุ้นพัฒนาทักษะความรู้ทางด้านสุขภาพจิตชุมชน อสม.ส่วนมากยังไม่เคยผ่านการอบรมทางด้านสุขภาพจิต การปฏิบัติงานด้านการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ผลการวิจัย ครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติงานด้านการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุด โดยกิจกรรมที่ปฏิบัติคือ การค้นหาและเก็บข้อมูลด้านสุขภาพจิตในชุมชน เช่น ผู้ป่วยโรคจิต โรคซึมเศร้า โรคลมชัก โรคปัญญาอ่อน ผู้ติดสารเสพติด หรือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างครบถ้วน แล้วนำส่งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อนำไปใช้ต่อไป ร้อยละ 93.9 และรองลงมาคือ การค้นหาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และผู้มีปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ เช่น ผู้มีภาวะเครียดในชุมชน ร้อยละ 90.9 และการค้นหาผู้ป่วยโรคจิตลมชัก ปัญญาอ่อนหรือผู้มีพัฒนาการล่าช้าในชุมชน ร้อยละ 80.3 (ตารางที่ 3) การไม่ปฏิบัติกิจกรรมด้านการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุด คือ การให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตรายกลุ่มหรือรายบุคคลกับผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้พิการ ผู้สูงอายุ

ผู้ติดเชื้อเพศติด ร้อยละ 48.5 การสำรวจหรือประเมินปัญหาด้านสุขภาพจิตใน ผู้สูงอายุ ผู้พิการ หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคเบาหวานโรค ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 22.7 (ตารางที่ 4) เหตุผลของการไม่ปฏิบัติมากที่สุด คือ คิดว่าไม่มีผู้ป่วยและไม่มีข้อมูลของผู้ป่วยในชุมชน ร้อยละ 22.7 จึงไม่ปฏิบัติ แสดงให้เห็นว่า การปฏิบัติงานด้านการ ป้องกันสุขภาพจิต จะเน้นไปทางด้านการ ค้นหาผู้ป่วย มากกว่าการป้องกันของกลุ่มเสี่ยง เพื่อการส่ง ต่อให้ผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลได้ทันเวลา

จะเห็นได้ว่าเหตุผลการไม่ปฏิบัติทั้งการ ส่งเสริมและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต อันดับ ดัชนีที่คล้ายกันก็คือ ตอบว่า ไม่มีความรู้ และไม่ได้ อบรม แต่ส่วนมากก็สามารถปฏิบัติทั้งการส่งเสริม สุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ ยูพา โชติกะพัฒน์⁷ ศึกษาเรื่อง ความรู้ ความคิดเห็น และการปฏิบัติงาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขเกี่ยวกับสุขภาพจิต ชุมชน จังหวัดสิงห์บุรี พบกว่า กลุ่มที่ได้รับอบรม และกลุ่มที่ไม่ได้รับการอบรม สามารถปฏิบัติงาน ด้านสุขภาพจิตชุมชนได้ไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

- 1.ควรมีการศึกษาการเปรียบเทียบผลการ ปฏิบัติงาน และปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนที่ อาสาสมัครสาธารณสุขปฏิบัติงานอยู่
- 2.ศึกษาเพิ่มเติมด้านบริการและฟื้นฟู สุขภาพจิตชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน ตำบลโคกมน อำเภอเนินหลาว ผู้ทรงคุณวุฒิ และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โคกมนทุกท่านเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุข อำเภอเนินหลาว ที่ให้การสนับสนุน

เอกสารอ้างอิง

- 1 กรมสุขภาพจิต.รายงานระดับประเทศ สุขภาพจิต ชุมชน 2551.ค้นเมื่อ 10 เมษายน 2554 . จาก <http://www.dmh.go.th/download/Ebooks/CommuMH2551/rptCommunity2551th.pdf>
- 2 กรมสุขภาพจิต . แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ในช่วงครึ่งหลังของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม แห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ.2553 – 2554) .ค้นเมื่อ 10 เมษายน 2554. สืบค้นได้จาก
- 3 กรรณิกา กาวิวงศ์. การประเมินผลการปฏิบัติงาน ด้านสุขภาพจิตชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน อำเภอเชียงแสนจังหวัดเชียงราย. การพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช,เชียงใหม่ ,มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ : 2549.
- 4 ประคอง กรรณสูต. สถิติเพื่อการวิจัยทาง พฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย ; 2542.
- 5 อรุณ จิรวัดณ์กุล. ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยทาง วิทยาศาสตร์สุขภาพ. ภาควิชาชีวสถิติและ ประชากรศาสตร์คณะสาธารณสุขศาสตร์.พิมพ์ครั้งที่ 1.ขอนแก่น. มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2547.

6. ศิริขวัญ ตันไพบูลย์.การปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพจิตชุมชนขอสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดนครปฐม(ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต). จิตวิทยาชุมชน,บัณฑิตวิทยาลัย ,กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยศิลปากร :2549

7.ยุพา โชติกะพัฒน์. 2548. ความรู้ ความคิดเห็น และการปฏิบัติงาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขเกี่ยวกับสุขภาพจิตชุมชน จังหวัดสิงห์บุรี.วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2548 ; 13 :96-102

8. กรมสุขภาพจิต. ผลการปฏิบัติยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ยุทธศาสตร์2. รายงานประจำปี 2554 ;2555: หน้า 35-44.

รูปแบบชุมชนลดเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบมีส่วนร่วม อำเภอน้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์

Interactive non-infectious chronic disease avoidance community model in Nampad district, Uttaradit

จิตติวัฒน์ ขัตติ

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอน้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์

Thitiwat Katti

Office of Public Health Nampad District

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อหารูปแบบชุมชนลดเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบมีส่วนร่วม ปัญหา อุปสรรคของการดำเนินงาน และปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ ของอำเภอน้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์ โดยวิธีการศึกษาชุมชน ในการร่วมศึกษาและวิเคราะห์ปัญหา วางแผนการพัฒนา ดำเนินการพัฒนาตามแผนที่ได้วางไว้ และประเมินผลร่วมกัน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง รวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม แบบไม่มีส่วนร่วม สทนากลุ่ม จดบันทึกภาคสนาม ตรวจสอบข้อมูลโดยกระบวนการกลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบชุมชนลดเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอำเภอน้ำปาด จังหวัด อุตรดิตถ์ มีการกำหนดองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ คือ 1) การออกกำลังกาย โดยการส่งเสริมการออกกำลังกายในประชาชนทุกกลุ่มอายุ ในชุมชน 2) การส่งเสริมการรับประทานอาหารถูกหลักแก่ประชาชนในชุมชน ด้วยการปลูกผักสวนครัว รั้วกินได้ ส่งเสริมการกินผักพื้นบ้าน อาหารพื้นเมือง งดดื่มสุราในช่วงเช้าพรรษา และวันพระ งดเหล้าในงานศพ งดสูบบุหรี่เมื่อร่วมกิจกรรมทางสังคม และ 3) การส่งเสริมด้านอารมณ์แก่ประชาชนในชุมชน ด้วยการทำบุญตักบาตรในวันพระ กิจกรรมผ่อนคลาย ตระหนักรู้ฝึกทำสมาธิ ผ่อนคลายความเครียด ปัญหา อุปสรรคที่พบในการดำเนินงาน คือ ขาดปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมในการทำกิจกรรมของคนในชุมชน ประเพณีและความเชื่อเดิมของชุมชน ชุมชนยังมีความเชื่อ ค่านิยมในการดูแลสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง การทำกิจกรรมต่างๆเยาวชนมีบทบาทในการทำกิจกรรมน้อย

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือการให้ความสำคัญต่อการมีส่วนร่วมและให้การยอมรับต่อบทบาทของหน่วยงานภาคีเครือข่าย ความเข้มแข็งของชุมชนใน การติดตามผลการดำเนินงานต่อเนื่อง การกำหนดข้อตกลงร่วมกันของหมู่บ้าน ผู้นำและแกนนำที่มีความพร้อม บริบทของชุมชนที่สอดคล้องกับการดำเนินงาน กล่าวคือ การที่ชุมชนได้นำแผนพัฒนาชุมชนลดเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเกิดจากการประชุมแบบมีส่วนร่วม (AIC) มาจัดทำเป็นแผนปฏิบัติการของชุมชนที่กำหนดกิจกรรมย่อย ในรูปแบบชุมชนลดเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยมีกระบวนการในการดำเนินงาน คือ การถ่ายทอดสู่ชุมชน สร้างความตระหนัก และสร้างแรงจูงใจแก่ประชาชน ส่งเสริมให้ภาคีเครือข่ายมีการดำเนินงานร่วมกัน ประชาชนมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม ส่งผลให้ ประชาชนมีความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรม ภาคภูมิใจที่เป็นต้นแบบให้กับชุมชนใกล้เคียง

คำสำคัญ รูปแบบ, ชุมชนลดเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, แบบมีส่วนร่วม

Abstract

This interactive model action research focused on considering the interactive non-infectious chronic disease avoidance community model, process problems and obstacles, including successive factors of project operation in Nampad district, Uttaradit. The research was beginning with community study by motivated the community to participate the problem analysis. After the community primary data was retrieved, the project was planned and subsequently processed. Moreover, the project was evaluated together with the community. The data were retrieved by many methods such as community interactive observation, group discussion and field note using sample from purposive sampling method. In case of data verification, the data was also verified by group process, interview analysis and observation. However, the data verification was done along with information gathering, and then they were categorized for content analysis.

As a result, the interactive non-infectious chronic disease avoidance community model in Nampad district, Uttaradit was successfully established. The model was defined model constitute by following: (1) every generation exercise promotion, (2) appropriate eating promotion such as home-grown vegetable eating, Local vegetable eating, Buddhist Lent alcohol abstaining, Funeral alcohol abstaining and Smoking avoidance in social activities, (3) Community emotion promotion such as Buddhist holy day activities, meditation and relaxation. After the project was run, the obstacles were found in many cases including funds insufficiency for community activities. Moreover, community believes and traditions were improperly known in health care. In addition, the youth generation in the community hardly participated with this project.

Finally, the interactive non-infectious chronic disease avoidance community model was overcome by the Appreciation Influence Control technique which was successfully processed beginning with passing on knowledge to the community, followed by community motivation to participate the activities and inducing self esteem as a model for nearby community. These would not be success unless they were provided following factors: participation attention, participant responsibility acquiescence, continually monitoring, participated agreement assignation, cooperative local leaders and others integrated factor.

Keywords: Model, interactive non-infectious chronic disease avoidance community,
Appreciation Influence Control

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยองค์การอนามัยโลกได้ระบุว่าในปี 2548 ทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากโรคเรื้อรัง 35 ล้านคน ซึ่งมีค่าประมาณ 2 เท่าของผู้ที่เสียชีวิตจากโรคติดเชื้อทั้งหมด (รวมผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี / โรคเอดส์ มาลาเรีย และวัณโรค) , มารดาและเด็กที่อยู่ในครรภ์ และการบกพร่องทางโภชนาการ ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกยังได้คาดการณ์ว่าการเสียชีวิตจากโรคเรื้อรังจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ร้อยละ 17 ในปี 2558 การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้รับอิทธิพลจากปัจจัยเสี่ยงหนึ่งปัจจัย หรือร่วมกันมากกว่า 1 ปัจจัย จากการใช้วิถีชีวิตที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ บริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง กินผักผลไม้ไม่พอ ขาดการออกกำลังกาย สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า และความเครียด⁽¹⁾

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังกำลังเป็นปัญหาที่ขยายตัวอย่างรวดเร็ว เพราะ ไม่ว่าจะเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง ล้วนแต่เป็นโรคที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์อย่างแยกไม่ออกจากปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม เศรษฐกิจ พฤติกรรม สุขภาพ รวมทั้งมีความสัมพันธ์เชิงอำนาจในบริบทของครอบครัวและชุมชน ผู้ให้การดูแลสุขภาพไม่เพียงต้องแก้ปัญหาเฉพาะหน้าที่กำลังคุกคามชีวิตและความเป็นอยู่ของผู้ป่วย แต่ยังต้องแสวงหาวิธีการที่จะป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยง เสริมสร้างสุขภาพในระยะยาวไปพร้อมกัน ไม่ว่าจะเป็นการสร้างกระบวนการเรียนรู้ การสร้างกลุ่มช่วยเหลือกันเอง การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน หรือการส่งเสริมป้องกันและเสริมสร้าง

บทบาทของครอบครัวในกระบวนการเฝ้าระวังรักษา อีกทั้งยังต้องตระหนักถึงข้อจำกัดของผู้ป่วยและครอบครัวในการเข้าถึงการรักษา ซึ่งการรักษาโรคเรื้อรังนั้นมักเป็นภาระการดูแลไปตลอดชีวิต สิ้นเปลืองทั้งด้านการเงินและเวลา สถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงของคนไทยจากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ พบว่า ภาวะน้ำหนักเกิน (ดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กก./ม²) มีความชุกเพิ่มขึ้น จาก 16.10 เป็น 19.1 ภาวะโรคอ้วน (ดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กก./ม²) มีความชุกเพิ่มขึ้น จาก 3.03 เป็น 3.7 การสูบบุหรี่เป็นประจำ มีความชุกลดลง จาก ร้อยละ 22.25 เป็น 21.5 การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในรอบปีที่ผ่านมา มีความชุกลดลง จาก ร้อยละ 37.44 เป็น 36.5 การรับประทานผักและผลไม้รวมกันมากกว่า 5 หน่วยมาตรฐาน ต่อวันมีเพียง ร้อยละ 17.34 และ 22.5 และออกกำลังกายนานกว่า 30 นาที อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ มีความชุก 30.91 และ 37.5 ตามลำดับ

ในประเทศไทย พบว่า อัตราผู้ป่วยในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีแนวโน้มสูงตามลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้ 1) โรคความดันโลหิตสูง อัตรา 782.38 ต่อประชากรแสนคน 2) โรคเบาหวาน อัตรา 654.44 ต่อประชากรแสนคน 3) โรคหัวใจขาดเลือด อัตรา 262.32 ต่อประชากรแสนคน และ 4) โรคหลอดเลือดสมอง อัตรา 206.34 ต่อประชากรแสนคน โดยพบว่าโรคดังกล่าว มีอัตราการพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น จากปี 2540 ทุกโรค เช่น โรคความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้น 4.95 เท่า โรคเบาหวาน เพิ่มขึ้น 4.40 เท่า โรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้น 5.35 เท่า และโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 2.75 เท่า⁽²⁾

จากการศึกษาสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังของจังหวัดอุตรดิตถ์ในปีงบประมาณ 2553 พบอัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 2,248 ราย คิดเป็น 3,328.65 ต่อประชากรแสนคน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 41,327 ราย คิดเป็น 8,926.86 ต่อประชากรแสนคน ผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดจำนวน 2,589 ราย คิดเป็น 3,536.29 ต่อประชากรแสนคนและโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 2,637 ราย คิดเป็น 3,721.46 ต่อประชากรแสนคน และพบอัตราการพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคเบาหวาน คิดเป็น 870.30 ต่อแสนประชากร⁽³⁾ และสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอำเภอ น้ำปาดจากรายงานการคัดกรองในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ในช่วงปี 2552 – 2553 พบกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จำนวน 685 และ 943 ราย คิดเป็น 4,020.08 และ 5,782.08 ต่อประชากรแสนคน พบผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จำนวน 31, 46 ราย คิดเป็น 181.97 , 282.05 ต่อประชากรแสนคน พบผู้ป่วยเสียชีวิต จำนวน 16 , 17 ราย คิดเป็นอัตราตาย 93.92 และ 104.23 ต่อประชากรแสนคน พบกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 1,478 และ 1,568 ราย คิดเป็น 906.24 และ 986.97 ต่อประชากรแสนคน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จำนวน 60 , 111 ราย คิดเป็น 352.19 และ 680.61 ต่อประชากรแสนคน พบผู้ป่วยเสียชีวิต จำนวน 15 และ 21 รายคิดเป็น คิดเป็นอัตราตาย 88.05 และ 128.76 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ⁽⁴⁾ อำเภอ น้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์ ยังไม่มีรูปแบบการปฏิบัติเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของ ที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนเอง ที่ผ่านมาเป็นบทบาทหน้าที่ของบุคลากรสาธารณสุขในการนำ

รูปแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมาใช้ ชุมชนไม่มีส่วนร่วมในการกำหนดปัญหา ร่วมตัดสินใจและวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชนเอง จึงอาจเป็นที่มาของการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ

ดังนั้นเพื่อให้การดำเนินงานลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่างๆ โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นในปัจจุบันในพื้นที่ของ อำเภอน้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์ ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญและความเป็นไปได้ในการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเชิญทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในชุมชนมาร่วมคิด วิเคราะห์ปัญหา แสวงหาความต้องการ วางแผน การดำเนินการและสรุปบทเรียน โดยผู้วิจัยเชื่อว่า กระบวนการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนนี้จะส่งผลให้ชุมชนใน อำเภอ น้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์ มีการดำเนินงานภายใต้กลวิธีที่เหมาะสมเป็นประโยชน์ในการลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรค ของการดำเนินงานชุมชนลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบมีส่วนร่วม
2. เพื่อค้นหารูปแบบชุมชนลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบมีส่วนร่วม
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานชุมชนลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบมีส่วนร่วม ประสบความสำเร็จ

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 4 เดือน คือ เมษายน – กรกฎาคม 2554

วิธีการวิจัย

1. **ขั้นเตรียมการดำเนินงาน** คัดเลือกหมู่บ้านตำบลละ 1 หมู่บ้าน คัดเลือกจากหมู่บ้านที่เป็นพื้นที่ดำเนินงานชุมชนลดเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในปี 2554 คัดเลือกทีมฝ่ายชุมชนจากแกนนำในชุมชนที่มีบทบาทในการดำเนินงานในปี 2554 สืบหาข้อมูลเบื้องต้นของชุมชน จัดประชุม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มทีมฝ่ายชุมชน สืบหาปัญหา ความต้องการของชุมชนโดยใช้เทคนิค AIC วิเคราะห์ (SWOT) จุดอ่อน จุดแข็ง อุปสรรคและโอกาสการพัฒนา โดยระดมสมอง

2. ขั้นปฏิบัติการ ดำเนินการดังนี้

1) การวางแผน (Planning) โดยการศึกษาและวิเคราะห์ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของชุมชน ค้นหาแบบชุมชนลดเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กำหนดแผนงาน 2) ปฏิบัติการ (Action) โดยการถ่ายทอดรูปแบบชุมชนลดเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสู่การปฏิบัติในชุมชน และ 3) เก็บข้อมูล โดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วมในการสังเกตการณ์ปฏิบัติตามกิจกรรมต่างๆตามรูปแบบที่ชุมชนเลือก

3. ขั้นติดตามประเมินผล

3.1 ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงาน

ตามรูปแบบชุมชนลดเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบมีส่วนร่วม

3.2 ประเมินผลทุกขั้นตอนของการดำเนินงาน เพื่อสะท้อนการปฏิบัติ ซึ่งไปดำเนินการซ้ำอีกในบางขั้นตอน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ต้องการ ครบถ้วน

3.3 ประเมินผลเมื่อเสร็จกระบวนการ โดยประเมินผลร่วมกันของทีมแกนนำในชุมชน **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

1. เทคนิคที่ใช้ในการดำเนินการวางแผนขั้นเตรียมการดำเนินงาน ได้แก่ การอภิปรายปัญหา (Dialogue) การใช้แผนที่ความคิด (Mind Map) เทคนิค AIC การวิเคราะห์ (SWOT) การสนทนากลุ่ม (Focus group)

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบการสังเกตแบบมีส่วนร่วม แบบสังเกตอย่างไม่มีส่วนร่วม คำถามสำหรับการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ใช้สัมภาษณ์ ความคิดเห็น เป็นข้อคำถามที่กำหนดขึ้นตามกรอบวัตถุประสงค์ของการศึกษา คำถามสำหรับการศึกษาชุมชนอย่างมีส่วนร่วม แบบบันทึกข้อมูลภาคสนาม เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยใช้ในการบันทึกรายละเอียดจากการสังเกต การสัมภาษณ์ และการเข้าร่วมกิจกรรม

ผลการวิจัย

1. การค้นหารูปแบบชุมชนลัดเลียง

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบมีส่วนร่วม

จากการศึกษารูปแบบชุมชนลัดเลียงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของ อำเภอน้ำปาด จังหวัดอุดรดิตถ์ โดยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานในทุกขั้นตอนของการวิจัย ตั้งแต่กระบวนการวิเคราะห์ปัญหา หาแนวทางแก้ไข กำหนดแผนการดำเนินงาน ตลอดจนการติดตามประเมินผลในทุกขั้นตอนของการทำกิจกรรม แบ่งการสรุปผลการศึกษาดังนี้

1.1 การวิเคราะห์ปัญหา

ชุมชนที่มีการดำเนินงานชุมชนลัดเลียงโรคเรื้อรังในปี 2554 ของอำเภอน้ำปาดส่วนใหญ่ มีความเข้มแข็ง มีความปลอดภัยมั่นคง ในการดำเนินชีวิต มีความรักใคร่สามัคคี มีประเพณีที่เสริมสร้างความสามัคคีให้คนในชุมชน พึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน ให้ความสำคัญแก่ผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาส มีส่วนร่วมในการเข้าร่วมทำกิจกรรม มีกฎระเบียบของชุมชนในการอยู่ร่วมกัน ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพ ผู้นำชุมชนมีความเข้มแข็ง ให้ความร่วมมือในการดำเนินงาน และการประสานงานระหว่างองค์กรต่างๆกับชุมชนทั่วถึง แต่ชุมชนยังมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง มีความเชื่อและค่านิยมในทางที่ผิดในการรักษาสุขภาพ มีความเชื่อทางสังคมที่ต้องมีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เมื่อเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ประชาชนเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การเจ็บป่วยของประชาชนพบว่าในปัจจุบันเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น ที่เห็นได้ชัด คือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตวายเรื้อรัง จากจุดแข็งและจุดที่

ชุมชนยังอ่อนแอก็ยังมีโอกาสที่จะทำให้ชุมชนมีการพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้น คือ บริบทของชุมชนสอดคล้องและสนับสนุนกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประชาชนเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ชุมชนมีทรัพยากร ที่เหมาะสมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนในชุมชนมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม ผู้นำชุมชนมีความมุ่งมั่น เห็นความสำคัญของการพัฒนาชุมชน ชุมชนยังถูกคุกคามจากสิ่งแวดล้อม และปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพของประชาชน คือ การมีตลาดนัดในชุมชน มีการจำหน่ายอาหารปรุงสุก การสื่อสารและการคมนาคมสะดวกส่งผลให้มีการโฆษณาขายสินค้า ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่ไม่ถูกต้องแก่ประชาชน

จากการวิเคราะห์ปัญหาร่วมกันในด้านของปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังพบว่า ปัญหาที่ทำให้คนในชุมชนในอำเภอน้ำปาดเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น เนื่องมาจาก การที่วิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป จากวิถีชีวิตเดิมที่มีการกินอยู่อย่างพอเพียง ปัจจุบันการดำเนินชีวิตต้องเร่งรีบ ประกอบอาชีพหารายได้จนเจือจรรอบครัว เวลาในการทำอาหารรับประทานเองน้อยลง หันมาซื้ออาหารปรุงเสร็จที่มีจำหน่ายในตลาดนัด หรือร้านขายของชำในหมู่บ้าน ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของคนในชุมชน ทั้งในด้านการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ มีค่านิยมที่สืบทอดกันมาในทางที่ผิดคือเมื่อเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม งานประเพณีต่างในชุมชน ตลอดจนการประกอบอาชีพการลงแขกทำงาน หลังเลิกงานต้องมีการเลี้ยงเครื่องดื่มที่แอลกอฮอล์ ขาดการออกกำลังกาย มี

ภาวะเครียดจากการทำงาน จากรายได้ของครอบครัว
ที่ต้องเผชิญกับภาระหนี้สิน

1.2 รูปแบบชุมชนลดเสี่ยงโรค

ไม่ติดต่อเรื้อรัง

ในการสนทนากลุ่ม ได้วิเคราะห์ชุมชน

วิเคราะห์สภาพปัญหา มีการระดมความคิดของแกน
นำเปรียบเทียบปัญหา สาเหตุ และทรัพยากรที่มีอยู่
ในชุมชนได้รูปแบบชุมชนลดเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ
เรื้อรังของชุมชนใน อำเภอ น้ำปาด จังหวัดอุดรดิตถ์
โดยมีการกำหนดองค์ประกอบของรูปแบบชุมชนลด
เสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือ (1) การออกกำลังกาย
(2) อาหาร (3) อารมณ์ รูปแบบชุมชนลดเสี่ยงโรค
ไม่ติดต่อเรื้อรังของชุมชนในอำเภอ น้ำปาด
ประกอบด้วย 3 รูปแบบใหญ่ และ 9 กิจกรรมย่อย
คือ

รูปแบบที่ 1 การส่งเสริมการออกกำลังกาย
ในประชาชนทุกกลุ่มอายุ ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มวัย
ทำงาน กลุ่มเด็กและเยาวชน ในชุมชน

รูปแบบที่ 2 การส่งเสริมด้านการรับประทานอาหาร
อาหารที่เหมาะสมแก่ประชาชนในชุมชน โดยมี
กิจกรรมที่สำคัญคือ กิจกรรมแรก การปลูกผักสวน
ครัว รั้วกินได้ ส่งเสริมการกินผักพื้นบ้าน อาหาร
งดเค็มเหล้าในช่วงเข้าพรรษา และวันพระ งดสูบ
บุหรี่เมื่อต้องเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมในชุมชน

รูปแบบที่ 3 การส่งเสริมด้านอารมณ์แก่
ประชาชนในชุมชน โดยมีกิจกรรมที่สำคัญคือ การ
ทำบุญตักบาตรในวันพระ ส่งเสริมการทำสมาธิ
ผ่อนคลายความเครียด

1.3 ปฏิบัติการตามแผน

ในขั้นตอนการปฏิบัติตามแผน เริ่มด้วยการ
วางแผนโดยชุมชนได้ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาโรคไม่
ติดต่อเรื้อรังของชุมชนเอง และค้นหารูปแบบชุมชน

ลดเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อนำมากำหนด
แผนงาน ชุมชนได้นำแผนในการพัฒนาชุมชนลด
เสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเกิดจากการประชุม
แบบมีส่วนร่วม (AIC) การสนทนากลุ่ม มาจัดทำ
เป็นแผนปฏิบัติการของชุมชนที่กำหนดกิจกรรมย่อย
ในรูปแบบชุมชนลดเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
โดยมีกิจกรรม คือ การถ่ายทอดรูปแบบชุมชนลด
เสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสู่ชุมชน โดยการ
ประชาสัมพันธ์กิจกรรม ให้ประชาชนรับทราบทุก
ขั้นตอน ทั้งในขั้นเตรียมการ ขั้นปฏิบัติตามแผน และ
ขั้นประเมินผล เพื่อสร้างความตระหนักแก่
ประชาชน และสร้างแรงจูงใจแก่ประชาชนในการ
เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบชุมชนลดเสี่ยงโรคไม่
ติดต่อเรื้อรัง สร้างเครือข่ายการดำเนินงาน
ส่งเสริมให้ภาคีเครือข่ายมีการดำเนินงานร่วมกัน มี
ส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนลดเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ
เรื้อรัง ชุมชนมีการดำเนินตามกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง
เป็นช่วงเวลา 4 เดือน จึงประเมินผลการทำกิจกรรม

1.4 ประเมินผลรูปแบบชุมชนลดเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ประชาชนมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมเป็น
อย่างดี มีความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรม การ
ทำกิจกรรมออกกำลังกายร่วมกันทำให้ประชาชนมี
โอกาสพูดคุย แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลสุขภาพซึ่ง
กันและกัน การที่ผู้นำชุมชนเห็นความสำคัญของ
การส่งเสริมการออกกำลังกาย เป็นต้นแบบในการ
ออกกำลังกายแก่ประชาชน ชักชวนให้ประชาชน
ร่วมออกกำลังกาย ส่งผลให้ประชาชนเชื่อถือ ชื่นชม
และปฏิบัติตาม

ประชาชนมีการปลูกผักสวนครัวรั้วกินได้ทุก
หลังคาเรือน มีการประกอบอาหารพื้นเมืองในการ
เลี้ยงผู้มาร่วมงานประเพณีต่างๆของชุมชนเพื่อเป็น

ต้นแบบให้คนในชุมชนและส่งเสริมให้ประชาชนในชุมชนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกินที่ถูกต้อง เน้นอาหารพื้นเมือง ในส่วนของกิจกรรมการงดดื่มสุราในช่วงเข้าพรรษาและในวันพระ กิจกรรมนี้ยังมีประชาชนที่ให้ความสนใจไม่มากนัก เนื่องจากประชาชนยังเชื่อว่าการดื่มสุราเป็นประเพณีของชุมชน กิจกรรมการงดสูบบุหรี่เมื่อเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ประชาชนในชุมชนให้ความสำคัญและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ในด้านของกิจกรรมการส่งเสริมด้านอารมณ์ของคนในชุมชน กิจกรรมการไปทำบุญตักบาตรในวันพระ กลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมเป็นประจำส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ

2. ปัญหา อุปสรรค ของการดำเนินงานชุมชนลดเสี่ยง โรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบมีส่วนร่วม

จากการปฏิบัติตามแผน เป็นระยะเวลา 4 เดือน ตามรูปแบบชุมชนลดเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของชุมชนในอำเภอป่าด จังหวัดอุดรธานี การติดตามประเมินผลในทุกขั้นตอนของแต่ละกิจกรรม ปัญหา อุปสรรคที่พบในการดำเนินงาน ที่ส่งผลให้กิจกรรมบางอย่างไม่ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ คือ ขาดปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมในการทำกิจกรรมของคนในชุมชน ประเพณีและความเชื่อเดิมของชุมชน ค่านิยมในการดูแลสุขภาพที่ยังไม่ถูกต้องและต้องใช้ระยะเวลานานในการเปลี่ยนแปลง การถ่ายทอดรูปแบบกิจกรรมชุมชนลดเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสู่บุคคลอื่นที่ต้องเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน เพื่อให้รับทราบถึงข้อตกลงในการปฏิบัติตามรูปแบบชุมชนลดเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การทำกิจกรรมต่างๆของชุมชนลดเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเยาวชนมีบทบาทน้อยในการทำกิจกรรม

3. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานชุมชนลดเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบมีส่วนร่วมประสบความสำเร็จ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินการพัฒนาชุมชนเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบมีส่วนร่วม ได้แก่ การให้ความสำคัญต่อการมีส่วนร่วมและให้การยอมรับตอบทบทวนของหน่วยงานภาคีเครือข่ายภาครัฐ เอกชน องค์กร ต่อการให้การสนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ได้แก่ องค์กรภาครัฐ ภาคท้องถิ่น และประชาชนในชุมชน ความกระตือรือร้นในการกำหนดแนวทางพัฒนาหมู่บ้าน ความเข้มแข็งของชุมชนในการขับเคลื่อนกิจกรรม การสนับสนุนจากองค์กรภาครัฐ และหน่วยงานในท้องถิ่น และการติดตามผลการดำเนินงานต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมของประชาชนทุกคนในชุมชน การกำหนดมาตรการทางสังคม/ข้อตกลงร่วมกันของหมู่บ้าน ภาวะความเป็นผู้นำของชุมชน ความพร้อมและบริบทของชุมชนคนในชุมชน มีความสามัคคีเป็นหนึ่งเดียวกันความตระหนัก และความสนใจในเรื่องสุขภาพของประชาชน ผู้นำและแกนนำมีความเข้มแข็ง เป็นตัวอย่างที่ดีแก่คนในชุมชน มีการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ และการติดตามงานต่อเนื่องการจัดเวที กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ต่อเนื่อง ความเข้มแข็งของคณะกรรมการหมู่บ้าน และภาคีเครือข่าย ความเสียสละ ความสามัคคี

วิจารณ์

การให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานในทุกขั้นตอน เพื่อพัฒนาชุมชนของตนเอง ตั้งแต่กระบวนการวิเคราะห์ปัญหา การหาแนวทางแก้ไข การวางแผน การปฏิบัติตามแผน ตลอดจนการติดตามประเมินผล โดยวิธีการอภิปรายปัญหาเชิงสร้างสรรค์ การใช้แผนที่ความคิด (Mind Map) การสนทนาแลกเปลี่ยนระดับกลุ่มบุคคล เพื่อเป็นการประเมินปัญหาและความต้องการของชุมชน

(Need Assessment) พร้อมไปกับการประเมินความเป็นไปได้ในด้านทรัพยากร (Resource Assessment) ที่มีอยู่ในชุมชน ทั้งที่เป็นทรัพยากรมนุษย์ โดยเฉพาะภูมิปัญญาท้องถิ่น และทรัพยากรธรรมชาติเพื่อที่จะนำทรัพยากรมาใช้ในการกำหนดแผนเพื่อการจัดกิจกรรมรูปแบบชุมชนลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจากกระบวนการดังกล่าวทำให้ชุมชนรับรู้ถึงปัญหาสาเหตุของปัญหาว่าเกิดจากพฤติกรรมความเป็นอยู่ที่เปลี่ยนแปลงไป จากวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป จากวิถีชีวิตเดิมที่มีการกินอยู่อย่างพอเพียง ปัจจุบันการดำเนินชีวิตต้องเร่งรีบ ประกอบอาชีพหารายได้จนเกือบรอบครัว เวลาในการทำอาหารรับประทานเองน้อยลง หันมาซื้ออาหารปรุงเสร็จที่มีจำหน่ายในตลาดนัด หรือร้านขายของชำในหมู่บ้าน ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ มีค่านิยมที่สืบทอดกันมาในทางที่ผิด สอดคล้องกับการศึกษาของลักขณา รัตนศรีทอง, เจริญจันทร์ เดชปั้น⁽⁵⁾ พบว่า ความชุกของพฤติกรรมเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า ประชาชน ร้อยละ 18.3 สูบบุหรี่ ร้อยละ 73.6 รับประทานผักผลไม้ไม่น้อยกว่า 5 หน่วยมาตรฐานต่อวัน ร้อยละ 74.4 ออกกำลังกายไม่น้อยกว่าสัปดาห์ละ 3 วัน ชุมชนได้นำแผนในการพัฒนาชุมชนลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเกิดจากการประชุมแบบมีส่วนร่วม (AIC) การสนทนากลุ่ม มาจัดทำเป็นแผนปฏิบัติการของชุมชนที่กำหนดกิจกรรมย่อย ในรูปแบบชุมชนลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยมีกระบวนการในการดำเนินงาน คือ การถ่ายทอดรูปแบบชุมชนลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสู่ชุมชน โดยการประชาสัมพันธ์กิจกรรมให้ประชาชนรับทราบทุกขั้นตอน ทุกกิจกรรม เพื่อสร้างความ

ตระหนัก และสร้างแรงจูงใจแก่ประชาชนในการเข้าร่วมกิจกรรม สร้างเครือข่ายการดำเนินงาน ส่งเสริมให้ภาคีเครือข่ายมีการดำเนินงานร่วมกัน มีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การกำหนดเป็นข้อตกลงของหมู่บ้าน เพื่อให้ประชาชนยอมรับ และนำไปปฏิบัติ จนเกิดเป็นการปฏิบัติจนเป็นปกติ ในการทำกิจกรรมตามกระบวนการดังกล่าวประชาชนมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม มีความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรม มีความภาคภูมิใจที่เป็นต้นแบบให้กับชุมชนใกล้เคียง มีสถานที่ออกกำลังกายที่เหมาะสมกับคนในชุมชน การทำกิจกรรมออกกำลังกายร่วมกันทำให้ประชาชนมีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันมีการกำหนดบุคคลต้นแบบในการออกกำลังกายแก่ประชาชนชักชวนให้ประชาชนร่วมออกกำลังกาย ทำให้ประชาชนเชื่อถือและปฏิบัติตาม มีการส่งเสริมการปลูกผักสวนครัวรั้วกินได้ทุกหลังคาเรือน กินผักพื้นบ้าน อาหารพื้นเมือง การกำหนดมาตรการงดสูบบุหรี่เมื่อเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ดัดนิสัยสูบบุหรี่ในช่วงเข้าพรรษาและวันพระ สอดคล้องกับการศึกษาของเสาวลักษณ์ ชันยัม⁽⁶⁾ พบว่า ผลจากการดำเนินงานชุมชนลดเสี่ยงลดโรค ทำให้ชุมชนเกิดความภาคภูมิใจเนื่องจากเป็นต้นแบบให้แก่ชุมชนต่างๆได้เรียนรู้และเกิดกระแสการลดละเลิกการใช้ผงชูรสและเครื่องปรุงรสขึ้นในหมู่บ้านใกล้เคียง เกิดบุคคลต้นแบบในการใช้ผงชูรส เครื่องปรุงรส สอดคล้องกับการศึกษาของ นาดยา เกรียงชัยพลกุล และคณะ⁽⁷⁾ พบว่า การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายส่งผลให้หมู่บ้านเป้าหมาย มีสถานที่สำหรับการออกกำลังกาย อย่างน้อย 1 แห่ง ครัวเรือนมีการปลูกผักปลอดสารพิษกินเอง มีแปลงผักรวมของหมู่บ้าน หมู่บ้านมีสถานที่ ในการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนใน

เรื่อง การกินผัก และผลไม้สดปลอดสารพิษ การรับประทานอาหารไขมันลดน้อยลง และการออกกำลังกาย ตลอดจนหมู่บ้านมีการจัดกิจกรรมและส่งเสริมการกินผัก และผลไม้สดปลอดสารพิษ รวมทั้งลดอาหารไขมัน และส่งเสริมการออกกำลังกาย

อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานชุมชนลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีส่วนร่วม ต้องเผชิญกับปัญหา อุปสรรค ทั้งในด้านปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมในการทำกิจกรรมของคนในชุมชนที่ยังขาดแคลน ประเพณีและความเชื่อเดิมของชุมชน ชุมชนยังมีความเชื่อ ค่านิยมในการดูแลสุขภาพที่ยังไม่ถูกต้อง และต้องใช้ระยะเวลาในการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้การดำเนินงานชุมชนลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประสบความสำเร็จ ต้องอาศัยปัจจัยในหลายด้านเพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้การดำเนินงานชุมชนลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีส่วนร่วมประสบความสำเร็จ ในการดำเนินงานครั้งนี้มีปัจจัยแห่งความสำเร็จหลายด้าน ที่สำคัญ คือการให้ความสำคัญต่อการมีส่วนร่วมและให้การยอมรับต่อบทบาทของหน่วยงานภาคีเครือข่าย การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และประชาชนในชุมชน ความกระตือรือร้นในการกำหนดแนวทางพัฒนาหมู่บ้าน ความเข้มแข็งของชุมชนในการขับเคลื่อนกิจกรรม การสนับสนุนจากองค์กรภาครัฐ และหน่วยงานในท้องถิ่น และการติดตามผลการดำเนินงานต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมของประชาชนทุกคนในชุมชน การกำหนดข้อตกลงร่วมกันของหมู่บ้าน ความเป็นผู้นำและแกนนำที่มีความพร้อม มีความเข้มแข็ง ปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ เป็นตัวอย่างที่ดีแก่คนในชุมชน บริบทของชุมชนที่สอดคล้องกับการดำเนินงาน คนในชุมชนมีความสามัคคีเป็นหนึ่งเดียวกัน มี

ความตระหนัก และความสนใจในเรื่องสุขภาพของประชาชน ชุมชนมีการติดตามงาน การจัดเวทีกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ต่อเนื่อง ความเข้มแข็งของคณะกรรมการหมู่บ้าน และภาคีเครือข่าย ความเสียสละ ความสามัคคี สอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวลักษณ์ ชันยม⁽⁶⁾ พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงาน ผู้นำและแกนนำมีความเข้มแข็งคนในชุมชนมีความสามัคคี และสอดคล้องกับการศึกษาของ จิราพร เอี่ยมสะอาด⁽⁸⁾ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและสมาชิกในครอบครัวกลุ่มทดลองหลังการได้รับโปรแกรมการทดลอง โดยการใช้กิจกรรมการทดลองที่มีส่วนร่วมด้านการวางแผน ดำเนินการ การรับประโยชน์ และติดตามประเมินผลเพิ่มมากกว่าก่อน ได้รับรูปแบบการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .05)

สรุป

การดำเนินงานตามรูปแบบที่ชุมชนในอำเภอ น้ำปาด ได้คัดเลือกและปฏิบัติในชุมชน มีทั้งรูปแบบที่ประสบความสำเร็จ และรูปแบบที่ต้องมีการพัฒนาปรับปรุง จึงขอสรุปดังนี้

1. กิจกรรมที่ประสบความสำเร็จ ประชาชนในชุมชนให้การยอมรับ และมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ได้แก่

1.1 กิจกรรมออกกำลังกายมีประชาชนในชุมชนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง ประชาชนมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมอย่างกระตือรือร้น เพราะกิจกรรมดังกล่าวเป็นกิจกรรมที่สอดคล้องกับบริบทการดำเนินชีวิตของคนในชุมชน ช่วงเวลาที่กำหนดให้มีการออกกำลังกายเป็นช่วงเวลาที่ประชาชนในชุมชนว่างเว้นจากการทำงาน รูปแบบที่ใช้ในการออกกำลังกายเป็น

รูปแบบที่ไม่ตายตัว เน้นตามความถนัดและความชื่นชอบของแต่ละคน

1.2 กิจกรรมการปลูกผักสวนครัวรั้วกินได้ ส่งเสริมการกินผักพื้นบ้านอาหารพื้นเมืองประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมเป็นอย่างดี เนื่องจาก บริบทเดิมของชุมชน มีการปลูกพืชผักสวนครัว รั้วกินได้ รับประทานในครัวเรือนอยู่แล้ว การส่งเสริมให้ประชาชนปลูกผักสวนครัว รั้วกินได้ จึงเป็นการดึงดูดใจของชุมชน การใช้ทรัพยากร ที่ชุมชนมีอยู่ให้เกิดประโยชน์ต่อคนในชุมชน ทำให้คนในชุมชนปฏิบัติตามรูปแบบโดยไม่ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตที่เป็นอยู่เดิม การงดสูบบุหรี่เมื่อเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เป็นกิจกรรมที่ได้รับการยอมรับจากคนในชุมชนเป็นอย่างดี ประชาชนที่สูบบุหรี่ในชุมชนยินดีที่จะปฏิบัติตาม โดยไม่รู้สึกรังเกียจ กิจกรรมนี้ประสบความสำเร็จเนื่องจากเป็นกิจกรรมที่เป็นข้อตกลงของหมู่บ้าน เป็นที่ยอมรับของคนในชุมชน

2. กิจกรรมที่ไม่ประสบความสำเร็จและต้องมีการพัฒนาปรับปรุง ดังนี้

2.1 กิจกรรมการงดดื่มสุราในช่วงเข้าพรรษาและวันพระ ส่งเสริมให้ประชาชนงดดื่มสุรา โดยเริ่มที่ช่วงเข้าพรรษาและวันพระ ยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร คนในชุมชนที่ดื่มสุราเข้าร่วมกิจกรรมน้อย เนื่องจาก ยังมีความเชื่อว่าการดื่มสุราไม่ใช่เรื่องที่เสียหาย การร่วมกิจกรรมทางสังคม การพบปะเพื่อนฝูงต้องมีการดื่มสุราถึงจะพูดคุยกันได้นาน สนุกสนาน การดื่มสุราเป็นประเพณีวัฒนธรรม ความเชื่อที่ปฏิบัติตามกันมานาน ควรมีการพัฒนาต่อคือ ค้นหาบุคคลต้นแบบ สร้างและขยายเครือข่าย คนงดเหล้า ในชุมชน ให้คนในชุมชน เชิญชวนคนในชุมชนร่วมงดเหล้า มอบรางวัล

แก่บุคคลที่สามารถงดเหล้าได้ เพื่อเป็นต้นแบบ และสร้างแรงจูงใจ

2.2 กิจกรรมการทำบุญตักบาตรในวันพระ มีผู้ร่วมกิจกรรมน้อย ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ประชาชนกลุ่มอื่นไม่ค่อยมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม โดยเฉพาะกลุ่มเยาวชนมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมน้อยมาก ยังไม่ประสบความสำเร็จเนื่องจากการทำบุญตักบาตรในวันพระมักทำในช่วงเช้า ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่เร่งรีบของคนในชุมชน ทั้งในด้านการเตรียมอาหาร เตรียมความพร้อมในการออกไปประกอบอาชีพ เตรียมอาหารให้บุตรหลานที่ต้องเดินทางไปโรงเรียน การไปทำบุญตักบาตรที่วัดจึงมีเฉพาะผู้ที่ว่างงาน ซึ่งก็คือผู้สูงอายุ กิจกรรมนี้ควรมีการพัฒนาต่อ ในด้านการปรับเปลี่ยนกิจกรรมให้สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของคนในชุมชน กิจกรรมการทำบุญตักบาตรควรเน้นในช่วงวันสำคัญทางศาสนา ประเพณีที่สำคัญของคนในชุมชน เช่น วันสารท ทำบุญกองข้าว ซึ่งเป็นประเพณีที่ชุมชนให้ความสำคัญ หรือในช่วงที่เป็นวันหยุดยาวตามเทศกาลต่างๆ เช่น วันสงกรานต์ วันขึ้นปีใหม่ วันเข้าพรรษา

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งของศาสตราจารย์ อำเภอน้ำปาด นางมาลี โล่ห์พานิช ที่ได้ให้คำปรึกษา แนะนำ ตลอดจนตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดี จนการศึกษา ค้นคว้า เสร็จสมบูรณ์ได้ ผู้ศึกษาค้นคว้า ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบคุณผู้อำนวยการ และบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกท่าน ที่เอื้อเฟื้อในการเก็บข้อมูลและให้ความสะดวกในการจัดเก็บ

ข้อมูล ตลอดจนให้ความสนับสนุนในเรื่องต่างๆ จนทำให้การศึกษาครั้งนี้เสร็จสมบูรณ์

ขอขอบคุณ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประชาชนทุกท่าน ที่

ให้ความอนุเคราะห์ อำนวยความสะดวก และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ในการทำกิจกรรมในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

- 1.กระทรวงสาธารณสุข. ศูนย์เอกสารองค์การอนามัยโลก สำนักวิชาการ; 2553.
- 2.กระทรวงสาธารณสุข.สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์; 2550.
- 3.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. ผลการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรค ; 2553.
- 4.สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองน่าน. สรุปผลการปฏิบัติงานคณะกรรมการประสานงานอำเภอเมืองน่าน ;2553. หน้า 19-20.
- 5.รัตนศรีทอง, เจริญจันทร์ เศษปั้น. การวิจัยและพัฒนาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะอ้วนจังหวัดนครสวรรค์. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์; 2552.
- 6.เสาวลักษณ์ ชันยม. กระบวนการสร้างสุขภาพที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตของประชาชนวัยแรงงานบ้านนาหวาย อำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน . โรงพยาบาลน่าน จังหวัดน่าน; 2552.
- 7.นาคยา เกรียงชัยพฤษ. การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายต่อการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม.ลดโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด; 2553.

- 8.จิราพร เอี่ยมสะอาด .การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและสมาชิกในครอบครัวในอำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง. วิทยานิพนธ์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2552.
- 9.กมล สุดประเสริฐ. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน. กรุงเทพฯ: สำนักงานโครงการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์; 2537.
- 10.จำเริญ จิตรหลัง. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม. (ออนไลน์). แหล่งที่มา : http://210.246.188.58/trang1/news_file/p98865641757.doc (25 มีนาคม 2554)
- 11.นิตยา เงินประเสริฐศรี. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม. วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์; 2544. หน้า 61-71.
- 12.บุญเชิด ภัฏญโณนันทพงษ์. การเรียนรู้แบบสรค์สร้างความรู้. ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม : ต้นแบบการเรียนรู้ทางด้านหลักทฤษฎีและแนวปฏิบัติ. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ; 2540.
- 13.พันธ์ทิพย์ รามสูตร. การวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
- 14.สุเมธดา พรหมบุญ. ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ; 2540.

ความชุกชุมของลูกน้ำยุงลาย ความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก
ของประชาชนอำเภอน้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์

A study of Aedes Aegypti prevalence and their preventive education for populaces
in Nampad district, Uttaradit

มาลี โลห์พานิช

Malee Lophanit

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอน้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์

Office of Public Health Nampad District

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้และการปฏิบัติเพื่อป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ความชุกชุมของลูกน้ำยุงลาย ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติเพื่อป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกกับภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลาย พื้นที่อำเภอน้ำปาด เลือกตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย จำนวน 200 หลังคาเรือน ผู้ให้ข้อมูลคือ ผู้ทำหน้าที่จัดหาและทำความสะอาดภาชนะบรรจุน้ำ ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบสำรวจ ระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงมิถุนายน 2555 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา และ เชิงอนุมานโดยใช้สัมประสิทธิ์สหพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกระดับดี ร้อยละ 68.5 ปานกลาง ร้อยละ 28.0 และระดับต่ำ ร้อยละ 3.5 โดยส่วนใหญ่มีความรู้ต่ำในเรื่อง กลุ่มคนที่มีโอกาสป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก การติดต่อ การทำลายลูกน้ำยุงลายนอกเหนือจากการใช้สารเคมีฟอส ลักษณะของยุงนำโรค และเวลาที่ยุงนำโรคชอบกัดคน ด้านการปฏิบัติ พบว่า การป้องกันควบคุมไม่ให้เกิดลูกน้ำยุงลายในภาชนะบรรจุน้ำดื่มถูกต้อง ร้อยละ 98.1 แต่การปฏิบัติเพื่อป้องกันควบคุมลูกน้ำยุงลายในภาชนะบรรจุน้ำใช้มีเพียง ร้อยละ 67.7 สำหรับความชุกชุมของลูกน้ำยุงลาย พบว่า มีค่า Container Index (CI) เท่ากับ 8.3 ค่า House Index (HI) เท่ากับ 30.4 และพบว่า การปฏิบัติเพื่อควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.63$, $P\text{-value} < .05$) โดยหลังคาเรือนที่มีการปฏิบัติดีจะมีจำนวนภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลายจำนวนน้อย

ความสำคัญ : ความชุกชุมของลูกน้ำยุงลาย, ความรู้ , การปฏิบัติในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

Abstract

This descriptive report aims to study about practical knowledge in controlling and preventing Dengue Hemorrhagic Fever, Aedes Aegypti prevalence, including Dengue Haemorrhagic Fever preventive performance and Aedes Aegypti remaining container relationship in Nampad district, Uttaradit. The study was collected 200 household samples by simple random sampling method, which informants were an over 15 years old in-house person who supply and clean water containers, resulting 200 persons. The information was retrieved from questionnaire and evaluation form during the months of May to June, 2012. Thus, the collected data was analyzed using inferential statistics and measured the variables association using Pearson's correlation coefficient.

The result exhibited that the informants accomplish the level of Dengue Haemorrhagic Fever controlling and preventing knowledge in percentage as 68.5, 28.0, 3.5 for good, moderate and poor levels respectively. The most poor knowledge level people indicated their less information in following fields such as Dengue Hemorrhagic Fever's risk group, Dengue Haemorrhagic Fever infection, Aedes Aegypti destruction without Temephos, mosquito characteristic of Dengue Haemorrhagic Fever vector and prowling duration of disease vector. In case Dengue Haemorrhagic Fever controlling performance, the informants could prevent Aedes Aegypti growing in drinking water containers correctly as 98.1 percent. However, they gained

only 67.7 percent on correctly performance on Aedes Aegypti growing in consumed water container prevention. Moreover, the collected data also showed Container Index (CI) and House Index (HI) as 8.3 and 30.4, respectively for Aedes Aegypti prevalence evaluation. In term of statistic, the survey exhibited significantly negative correlation between Dengue Haemorrhagic Fever preventive performance and Aedes Aegypti remaining containers as r equal to -0.63 with $P < 0.05$ which mean that the better Dengue Haemorrhagic Fever preventive performance houses provide fewer amounts of Aedes Aegypti remaining containers.

Keyword: Aedes Aegypti prevalence, House Index, Knowledge, Dengue Haemorrhagic Fever preventive performance

บทนำ

โรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับประเทศ เป็นโรคที่สามารถเกิดได้กับทุกเพศทุกวัย ปัจจุบันโรคไข้เลือดออกยังไม่มีวัคซีนสำหรับป้องกัน ดังนั้นวิธีการป้องกันควบคุมจึงมุ่งเน้นที่การควบคุมยุงพาหะและการป้องกันส่วนบุคคล กระทรวงสาธารณสุข ถือว่าปัญหาโรคไข้เลือดออกเป็นนโยบายที่ต้องเร่งดำเนินงาน และพัฒนาปรับกลยุทธ์ ในการดำเนินกิจกรรมการป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัย การบำบัดรักษาให้มีคุณภาพประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น หนึ่งในวิธีการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกจะได้ผลดี ถ้าหากสามารถควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายได้อย่างทั่วถึง จึงต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากประชาชนทุกหลังคาเรือน ตลอดจนให้ประชาชนมีความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกได้อย่างถูกต้อง เพื่อไม่ให้ได้รับเชื้อจากยุงพาหะนั้น กระทรวงสาธารณสุขได้เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันควบคุมโรค โดยให้เจ้าหน้าที่ของรัฐ และผู้นำชุมชนดำเนินกิจกรรมการให้สุศึกษาในเรื่องสาเหตุ การติดต่อ อาการ การรักษาและการช่วยเหลือเบื้องต้น ตลอดจนการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ได้แก่การควบคุมทางด้านกายภาพ เช่น การเปลี่ยนน้ำในภาชนะทุก 7 วัน การควบคุมทางด้านเคมี ได้แก่ การใช้สารเคมี

พอส และการควบคุมทางด้านชีวภาพ ได้แก่ การใช้ปลากินลูกน้ำ เช่น ปลาหางนกยูงหรือปลากัด เป็นต้น ส่วนการเฝ้าระวังยุงพาหะทำได้โดยการสำรวจความชุกชุมของลูกน้ำยุงลาย ซึ่งเป็นมาตรการที่สำคัญในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก เพื่อบอกความเสี่ยงต่อการระบาดของโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ได้ และนำข้อมูลประเมินสถานการณ์และคาดคะเนแนวโน้มของการเกิดโรคแนวโน้มของการเกิดโรคพบสูงขึ้นเรื่อย ๆ แม้ว่าอัตราการตายจะลดลงอย่างช้าๆ จากอัตราร้อยละ 0.8 ในปี 2541 เหลือร้อยละ 0.1 ในปี 2554⁽¹⁾ จากสถิติสาธารณสุขอัตราป่วยโรคไข้เลือดออกของประเทศไทยในปี 2554 มีอัตรา 43.4 ต่อประชากรแสนคน อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออกเป็น 0.1 ต่อประชากรแสนคน สำนักงานควบคุมและป้องกันโรคที่ 9 จังหวัดพิษณุโลก ได้รายงานอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในพื้นที่จังหวัดพิษณุโลก ตามสุโขทัย เพชรบูรณ์ และ อุตรดิตถ์ พบว่า มีอัตราป่วย 33.4 ต่อประชากรแสนคน และอัตราตายเป็น 0.4 ต่อประชากรแสนคน ส่วนจังหวัดอุตรดิตถ์ มีผู้ป่วยทั้งหมด จำนวน 143 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 30.9 ต่อประชากรแสนคน อำเภอน้ำปาด มีผู้ป่วยทั้งสิ้น 15 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 39.7 ต่อประชากรแสนคน⁽¹⁾ แสดงให้เห็นว่าโรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของ

อำเภอ น้ำปาด เนื่องจากอัตราป่วยของโรค ไข้เลือดออกอำเภอ น้ำปาดมีอัตราสูงกว่าของ จังหวัดอุตรดิตถ์ และสูงกว่าสำนักงานควบคุม โรคที่ 9 และจำเป็นต้องดำเนินการแก้ไขโดย เร่งด่วน

จากผลการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรค ไข้เลือดออกของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ น้ำ ปาดที่ผ่านมา ได้ปฏิบัติตามมาตรการควบคุมโรค ของกระทรวงสาธารณสุข และมาตรการควบคุม โรค ของจังหวัดอุตรดิตถ์ สามารถควบคุมโรค ไม่ให้แพร่ระบาดไปยังพื้นที่ต่างๆได้ในระดับ หนึ่ง แต่จากการสำรวจในพื้นที่อำเภอ น้ำปาดยัง พบลูกน้ำยุงลายอยู่ ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ไข้เลือดออกได้ จากปัญหาและความสำคัญ ดังกล่าว มีความจำเป็นที่จะต้องศึกษาถึงความชุก ชุมของลูกน้ำยุงลาย ความรู้และการปฏิบัติในการ ป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน เพื่อนำผลที่ได้รับจากการศึกษาไปปรับปรุงกลวิธี ดำเนินงานและเป็นแนวทางในการให้สุขศึกษา ถึงความรู้และการปฏิบัติที่ถูกต้องในเรื่องการ ป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในหน่วยงานที่ เกี่ยวข้องให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกชุมของลูกน้ำยุงลาย ในพื้นที่อำเภอ น้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์
2. เพื่อศึกษาความรู้และการปฏิบัติในการ ป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ในพื้นที่อำเภอ น้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การ ปฏิบัติในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกกับ ภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลาย ในพื้นที่อำเภอ น้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์

วิธีการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) ระยะเวลา 2 เดือน คือ พฤษภาคม ถึง มิถุนายน 2555

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ หลังคาเรือนทั้งหมด จำนวน 9,873 หลังคาเรือน ในพื้นที่อำเภอ น้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ หลังคาเรือนตัวอย่าง จำนวน 400 หลังคาเรือน คำนวณหาขนาดกลุ่ม ตัวอย่างด้วยวิธีของ Yamane⁽²⁾ จากนั้นจึงกำหนด สัดส่วน โดยกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลด้าน ความชุกชุมของลูกน้ำ คือ หลังคาเรือนที่ผ่านการ สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 200 หลังคาเรือน ผู้ให้ข้อมูล ด้านความรู้และการปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัย อยู่ในครัวเรือนที่ผ่านการสุ่มตัวอย่าง จำนวน 200 หลังคาเรือน ซึ่งเป็นผู้ที่ทำหน้าที่จัดหาและทำ ความสะอาดภาชนะสำหรับบรรจุ น้ำ จำนวน 200 คน และเก็บข้อมูลด้วยการสุ่มอย่างง่าย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

คือ แบบสอบถามและแบบสำรวจลูกน้ำยุงลาย

1.แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ และความสัมพันธ์กับหัวหน้าครัวเรือนของผู้ให้ สัมภาษณ์ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามด้านความรู้ใน การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก 15 ข้อแบบ เลือกตอบตอบถูก 1 คะแนน ตอบผิดละ 0 คะแนน แบ่งเกณฑ์ระดับความรู้เป็น 3 ระดับ คือ ดี ปานกลาง ต่ำ โดยใช้แบ่งระดับความรู้ แบบ Scoring rubrics

- ดี : คะแนน ≥ 13 ($\geq 85\%$)
- ปานกลาง : คะแนน 9 – 12 (60 – 84 %)
- ต่ำ : คะแนน ≤ 8 ($\leq 59\%$)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามด้านการปฏิบัติในการป้องกันควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย จำนวน 5 ข้อ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

1.มีภาชนะบรรจุน้ำดื่ม น้ำใช้ ภาชนะรองขาตู้กันมด แจกันและจานรองกระถางต้นไม้ โดยมีการปฏิบัติ ถูกต้องและสำรวจ ไม่พบลูกน้ำยุงลาย ให้ข้อละ 1 คะแนน

2.มีภาชนะบรรจุน้ำดื่ม น้ำใช้ ภาชนะรองขาตู้กันมด แจกันและจานรองกระถางต้นไม้ โดยมีการปฏิบัติ ถูกต้อง แต่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย ให้ข้อละ 0 คะแนน

3.มีภาชนะบรรจุน้ำดื่ม น้ำใช้ ภาชนะรองขาตู้กันมด แจกันและจานรองกระถางต้นไม้ โดยมีการปฏิบัติ ไม่ถูกต้อง แต่สำรวจไม่พบลูกน้ำยุงลาย ให้ข้อละ 0 คะแนน

4.มีภาชนะบรรจุน้ำดื่ม น้ำใช้ ภาชนะรองขาตู้กันมด แจกันและจานรองกระถางต้นไม้ โดยมีการปฏิบัติ ไม่ถูกต้อง และสำรวจพบลูกน้ำยุงลาย ให้ข้อละ 0 คะแนน

5.มีภาชนะอื่น ๆ ที่ไม่ใช่แล้ว แต่ไม่มีการปฏิบัติ หรือปฏิบัติ ไม่ถูกต้อง ให้ข้อละ 0 คะแนน หากไม่มีภาชนะในข้อ 1 – 5 ให้ข้อละ 1 คะแนน

โดยให้ คำนิยาม ของการปฏิบัติ คือ การควบคุมทางกายภาพ ด้วยการทำความสะอาด เปลี่ยนน้ำภาชนะบรรจุน้ำ ทุก 7 วัน ปิดภาชนะให้มิดชิด การใช้ปลากินลูกน้ำ การใช้สารเคมีเทมิฟอส (Temephos) ในภาชนะบรรจุน้ำดื่ม ใช้ มีตามหลักการควบคุม ป้องกันโรคไข้เลือดออก

2. แบบสำรวจลูกน้ำยุงลาย ได้มาจากแบบสำรวจลูกน้ำยุงลายของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลของจำนวนหลังคาเรือนที่สำรวจทั้งหมด จำนวนหลังคาเรือนที่พบลูกน้ำยุงลาย จำนวนภาชนะที่สำรวจทั้งหมด จำนวนภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลาย โดยมีดัชนีที่ใช้วัดความชุกชุมของลูกน้ำยุงลาย 2 ค่า คือ Container Index (CI), House Index (HI)

$$CI = \frac{\text{จำนวนภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลาย} \times 100}{\text{จำนวนภาชนะที่สำรวจทั้งหมด}}$$

$$HI = \frac{\text{จำนวนหลังคาเรือนที่พบลูกน้ำยุงลาย} \times 100}{\text{จำนวนหลังคาเรือนที่สำรวจทั้งหมด}}$$

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้ศึกษาสร้างแบบสอบถามและแบบสำรวจ โดยศึกษาจากคู่มือการปฏิบัติงานเรื่องโรคไข้เลือดออกของกรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข ตลอดจนเอกสารและงานวิจัยต่าง ๆ ขอคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการ ตรวจสอบความถูกต้องตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ปรับปรุงเครื่องมือเพิ่มเติม จากนั้นนำไปทดลองใช้ที่อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 30 หลังคาเรือน ซึ่งมีลักษณะด้านประชากรคล้ายคลึงกับพื้นที่ที่จะดำเนินการศึกษา หาความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ด้านความรู้เรื่องการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยใช้สูตร KR – 20 (Kuder Richardson-20) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.8

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของพื้นที่ และข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง อำเภอป่าดั่งอยู่ทางทิศเหนือของจังหวัดอุตรดิตถ์ มีระยะทางห่างจากตัวจังหวัดอุตรดิตถ์ประมาณ 72 กิโลเมตร มีเนื้อที่ 1,448 ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ 921,875 ไร่ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.0 สถานภาพคู่ ร้อยละ 84.5 อายุเฉลี่ย 49.1 ปี ระดับการศึกษา ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 72.5

ประกอบอาชีพเกษตรกรรม 78.5 และเป็นหัวหน้าครัวเรือน ร้อยละ 43.5

ความชุกชุมของลูกน้ำยุงลาย จำนวนหลังคาเรือนที่สำรวจทั้งหมด 200 หลังคาเรือน พบลูกน้ำยุงลายจำนวน 49 หลังคาเรือน จำนวนภาชนะที่สำรวจได้ทั้งหมด 2,987 ภาชนะ พบลูกน้ำยุงลายจำนวน 249 ขึ้น สามารถคำนวณความชุกชุมของลูกน้ำยุงลาย ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของจำนวนหลังคาเรือน ภาชนะ ที่พบลูกน้ำ

รายการ	จำนวนที่สำรวจ	จำนวนที่พบลูกน้ำ	ร้อยละที่พบลูกน้ำ	ค่ามาตรฐานระดับที่เสี่ยง	แปลผล
หลังคาเรือน	200	49	30.4	29-37	เสี่ยงต่อการระบาด
ภาชนะ	2,987	249	8.3	6-9	ไม่เสี่ยงต่อการระบาด

จากการสำรวจความชุกชุมของลูกน้ำยุงลาย พบว่า จำนวนภาชนะที่สำรวจพบลูกน้ำใน 100 ภาชนะเท่ากับ 2.31 จำนวนบ้านที่สำรวจพบลูกน้ำใน 100 บ้าน เท่ากับ 29.5 ซึ่งมีค่า สูงกว่าค่ามาตรฐานระดับที่เสี่ยงต่อการระบาดของโรค ใช้เลือดออก

ความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับดี ร้อยละ 68.5 ระดับปานกลางร้อยละ 28.0 และอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 3.5 โดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางที่ 13.0 คะแนนหรือคิดเป็นร้อยละ 86.7 จากคะแนนเต็ม 15 คะแนน ดังตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้ของการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

ระดับความรู้	จำนวน (n = 200 คน)	ร้อยละ
ดี	137	68.5
ปานกลาง	56	28.0
ต่ำ	7	3.5

คะแนนเฉลี่ย = 10.1 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 4.3

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ที่ถูกต้องในเรื่องเกี่ยวกับการป้องกัน ควบคุม โรคไข้เลือดออก

ได้แก่ ฤดูที่โรคไข้เลือดออกระบาด คือช่วงฤดูฝน ร้อยละ 98.0 การปฏิบัติเมื่อมีโรคไข้เลือดออก

เกิดขึ้นในละแวกบ้าน ร้อยละ 97.5 วิธีการที่สามารถจำกัดแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงนำโรคไข้เลือดออก 97.5 การเปลี่ยนน้ำในภาชนะเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดลูกน้ำยุงนำโรคไข้เลือดออก 94.5 ส่วนประเด็นที่มีความรู้ค่อนข้างน้อย ได้แก่ เวลาที่ยุงนำโรคไข้เลือดออกกัดคน ร้อยละ 67.0 ลักษณะของยุงนำโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 77.0

และสารที่กระทรวงสาธารณสุข ส่งเสริมให้ใช้ในการทำลายลูกน้ำยุงนำโรคไข้เลือดออกการติดต่อกของโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 79.5 การปฏิบัติเพื่อการป้องกันควบคุมลูกน้ำยุงลายในภาชนะบรรจุ น้ำใช้มีความถูกต้องต่ำที่สุด โดยมีเพียงร้อยละ 67.5

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายชื่อของการปฏิบัติป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

การปฏิบัติในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก	ปฏิบัติถูกต้อง (n = 200)	
	จำนวน	ร้อยละ
1. การป้องกันควบคุมลูกน้ำยุงลายในภาชนะบรรจุน้ำดื่ม	196	98.0
2. การป้องกันควบคุมลูกน้ำยุงลายในภาชนะบรรจุน้ำใช้	135	67.5
3. การป้องกันควบคุมลูกน้ำยุงลายในภาชนะรองขาตู้กันมด	194	97.0
4. การป้องกันควบคุมลูกน้ำยุงลายในแจกันและกระถางรองต้นไม้	194	97.0
5. การควบคุมกำจัดหรือเก็บทำลายภาชนะอื่นๆภายในบริเวณบ้าน	178	89.0

กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติถูกต้อง ในการป้องกันควบคุมลูกน้ำยุงลายในภาชนะบรรจุน้ำดื่ม มีความถูกต้องคิดเป็นร้อยละ 98.0 ในขณะที่การ

ปฏิบัติเพื่อการป้องกันควบคุมลูกน้ำยุงลายในภาชนะบรรจุน้ำใช้มีความถูกต้องเพียงร้อยละ 67.5

ตาราง 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก กับจำนวนภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลาย

ตัวแปร	การปฏิบัติในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก	
จำนวนภาชนะ	r	-.63
	p	.018

จากตาราง พบว่า การปฏิบัติในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์ เชิงลบกับจำนวนภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.63$, $P < 0.05$) โดยหลังคา

เรือนที่มีการปฏิบัติในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกดีจะพบจำนวนภาชนะที่มีลูกน้ำยุงลายน้อย

สรุปผล

การศึกษาครั้งนี้ สรุปได้ว่า ความรู้ในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับดี ร้อยละ 68.3 ระดับปานกลาง ร้อยละ 28.0 และระดับต่ำร้อยละ 3.5 ส่วนใหญ่ยังรู้น้อยเกี่ยวกับความรู้ขั้นพื้นฐานที่ควรมี สำหรับการปฏิบัติในเพื่อไม่ให้เกิดลูกน้ำยุงลายในภาชนะบรรจุน้ำดื่มมีความถูกต้องมากกว่าการดูแลในภาชนะบรรจุน้ำใช้ และพบว่าการปฏิบัติในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์ผกผันในระดับปานกลางกับจำนวนภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.63$, $P < 0.05$)

วิจารณ์ผล

ความรู้ในเรื่องการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับดี มีเพียงส่วนน้อยที่มีความรู้ในระดับต่ำ โดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดีคิดเป็นร้อยละ 86.7 จากคะแนนเต็ม 15 คะแนน ดังนั้นการรณรงค์ให้ศึกษาเรื่องการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ควรเน้นการให้ความรู้ในกลุ่มประชาชนมีความรู้ถูกต้องค่อนข้างน้อย ได้แก่ ลักษณะของยุงนำโรค ช่วงเวลาที่ยุงชอบกัดคน ไข้เลือดออก การทำลายลูกน้ำนอกเหนือจากการใช้สารเคมี การติดต่อของโรคและกลุ่มคนที่เสี่ยงเป็นโรคมามากที่สุด

การปฏิบัติในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า การป้องกันควบคุมเพื่อไม่ให้เกิดลูกน้ำยุงลายในภาชนะบรรจุน้ำดื่มมีความถูกต้องสูงสุดถึงร้อยละ 98.0 มีผลมาจากประชาชนให้ความสำคัญกับภาชนะบรรจุน้ำดื่มมากกว่าภาชนะอื่น ๆ ซึ่งส่วนใหญ่มีฝาปิดเพื่อป้องกันฝุ่นละออง แมลง หรือสัตว์ต่าง ๆ ที่จะทำ

ให้น้ำสกปรก ส่วนในภาชนะบรรจุน้ำใช้ มีความถูกต้องต่ำที่สุด ร้อยละ 67.5 เป็นผลมาจากการขาดความระมัดระวังและความตระหนักในเรื่องการป้องกันควบคุมลูกน้ำยุงลาย โดยเฉพาะอ่างซิเมนต์ในห้องน้ำได้พบลูกน้ำยุงลายมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของปทุม คำวิเศษ⁽⁵⁾ พบลูกน้ำยุงลายในโถงน้ำดื่มน้อยที่สุด และพบลูกน้ำยุงลายในโถงห้องน้ำมากที่สุด (ร้อยละ 100) ภาชนะอื่น ๆ ได้แก่ ภาชนะรองอ่างแช่ข้าว กระจังใส่ตะไคร้ ภาชนะใส่น้ำให้ไก่ และอ่างแตก ก็สามารถพบลูกน้ำยุงลายได้ จึงควรให้ความรู้เพื่อให้ประชาชนเกิดความตระหนักและได้มีการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์เหล่านี้ด้วย

วิธีการกำจัดลูกน้ำยุงลาย ภาชนะบรรจุน้ำดื่มไม่นิยมใส่ทรายที่มีฟอส ซึ่งประชาชนคิดว่าเป็นอันตรายต่อร่างกายและมึกลิ่นเหม็น ส่วนการปล่อยปลาในลูกน้ำจะใส่ไว้ในภาชนะบรรจุน้ำใช้ในครัวเรือนและภาชนะบรรจุน้ำในห้องน้ำ และพบได้น้อยเนื่องจากมีกลิ่นเหม็นคาวและมีปลาตาย ต้องหมั่นตรวจสอบบ่อย ๆ ซึ่งประชาชนอาจเห็นว่าเป็นวิธีการที่ยุงยาก

ภาชนะรองขาตู้กันมดทั้งหมด เป็นภาชนะที่ใช้วิธีอื่น ๆ ได้แก่ ใช้ผงฆ่ามด ใช้ชอล์กฆ่ามดขีด ใส่แป้งทาตัว เนื่องจากภาชนะทั้งหมดนี้ไม่มีน้ำจึงไม่สามารถเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายได้ สาเหตุที่ใช้เนื่องจากสะดวกสบายไม่ต้องเปลี่ยนน้ำบ่อย ๆ แต่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่ได้ส่งเสริมให้ใช้ผงฆ่ามด และชอล์กฆ่ามดในการป้องกันกำจัดยุงลาย เนื่องจากการใช้ผงฆ่ามดเป็นอันตรายอย่างยิ่งต่อเด็ก ๆ ภายในบ้าน

ความชุกชุมของลูกน้ำยุงลาย จากการสำรวจพบว่า มีค่า Container Index (CI) เท่ากับ

8.3 ความชุกชุมของลูกน้ำยุงลายอยู่ในระดับ 3 ย่อมมีโอกาสแพร่เชื้อไวรัสไข้เลือดออกได้โดยมีค่า CI ใกล้เกี่ยวกับการศึกษา ของ วรณภา สุวรรณเกิด และสมศักดิ์ ประจักษ์วงศ์⁽³⁾ ในเดือนมีนาคม 2536 ซึ่งมีค่า CI เท่ากับ 8.5 และ 8.0 ตามลำดับ จำนวนบ้านที่สำรวจพบลูกน้ำใน 100 บ้าน เท่ากับ 29.5 ความชุกชุมของลูกน้ำยุงลายอยู่ในระดับที่เสี่ยงต่อการระบาด ส่วนจำนวนภาชนะที่สำรวจพบลูกน้ำใน 100 ภาชนะ เท่ากับ 2.31 จากค่าดัชนีความชุกชุมของลูกน้ำยุงลายในการศึกษารั้งนี้และจากการศึกษาอื่น ๆ จะเห็นได้ว่า ค่าดัชนีที่เสี่ยงต่อการระบาดพบได้ตลอดปีไม่เฉพาะแต่ในฤดูฝนเท่านั้น ฉะนั้นการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกควรมีการควบคุมป้องกันอย่างจริงจังในทุกฤดู เนื่องจากสภาพอากาศที่เปลี่ยนแปลง ประกอบกับอำเภอ น้ำปาดมีภูมิอากาศแบบร้อนชื้นเหมาะกับการเพาะพันธุ์ของยุงลาย โอกาสในการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกจึงมีค่อนข้างสูง หากไม่มีการควบคุมป้องกันอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

ข้อเสนอแนะ

เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

1. การรณรงค์ควรทำอย่างต่อเนื่องตลอดทั้งปี ไม่เฉพาะช่วงที่มีการระบาดของโรค ทั้งนี้จากผลสำรวจช่วงที่ไม่ใช่ฤดูฝน ยังสามารถพบลูกน้ำยุงลายได้

2. มาตรการป้องกันควบคุมทางด้านกายภาพ ควรได้รับการสนับสนุนอย่างเต็มที่เช่นการทำฝาปิดภาชนะเก็บน้ำ เนื่องจากเป็นวิธีที่ง่ายเกิดผลดีในการปฏิบัติและเป็นวิธีที่ประหยัดจะเป็นวิธีการป้องกันควบคุมโรคได้ในระยะยาวที่ชาวบ้านสามารถดำเนินการได้เอง สามารถลด

ปัญหาการขาดแคลนทรายเคมีฟอสฟอรัสได้เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านงบประมาณ

เพื่อการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามผล เพื่อศึกษาความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนอย่างสม่ำเสมอหลังจากที่ได้มีการรณรงค์ให้สุศึกษาถึงความรู้และการปฏิบัติที่ถูกต้องแล้ว

2. ควรมีการศึกษาระยะยาว เพื่อเปรียบเทียบดัชนีความชุกชุมของลูกน้ำยุงลายในฤดูต่าง ๆ

3. ควรมีการศึกษาถึง กลวิธีหรือวิธีการที่จะทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมมากที่สุดในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

4. ควรมีการศึกษาต้นทุนในการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ต้นทุนในการรักษาผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจดำเนินกิจกรรมป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณท่านนายอำเภอ น้ำปาด นายสถิตย์พงษ์ ศีวะวามร ผู้อำนวยการโรงพยาบาล น้ำปาด นายแพทย์สมบัติ บุญศักดิ์เลิศ ที่ได้ให้คำปรึกษา แนะนำ ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดี

ขอขอบคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง บุคลากรสาธารณสุขอำเภอ น้ำปาดทุกท่าน และอาสาสมัครทุกท่าน ที่ให้ความสะดวกในการจัดเก็บข้อมูล ตลอดจนให้ความสนับสนุน จนทำให้การศึกษารั้งนี้เสร็จสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออกประจำปี สัปดาห์; 2555.
2. สำเริง จันทร์สุวรรณ และ สุวรรณ บัวทวน. สถิติสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์. ขอนแก่น : คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2537
3. วรรณภา สุวรรณเกิด และสมศักดิ์ ประจักษ์วงศ์. การเฝ้าระวังทางกีฏวิทยา ไข้เลือดออก 13 จังหวัดภาคเหนือของประเทศไทย. เชียงใหม่. โรงพิมพ์เดอะฟิวเจอร์พริ้นท์; 2539.
4. นิภา จรูญเวสมัม, กวี เจริญลาภ, ลาวัลย์ เมืองมณี และนลินี อัสวโกที. โรคเขตร้อน. พิมพ์ครั้งที่ 4 .กรุงเทพมหานคร: โครงการตำราศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราช พยาบาล มหิดล; 2524.
5. ปทุม คำพิเศษ. ความรู้และการปฏิบัติตนในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของชาวบ้านหมู่บ้านอรุโณทัย ตำบลเมืองนะ อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่. การค้นคว้าแบบอิสระ หลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2536.
6. มานิต ชีระตันติกานนท์ และนิรุจน์ อุทธา. รายงานการวิจัยปฏิบัติการเรื่องการควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยกลวิธีเชิงรุก จังหวัดขอนแก่น พ.ศ. 2536 – 2539. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น; 2540.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์. รายงานเฝ้าระวังโรคประจำปี 2549-2554; 2554.

ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรคปอดระหว่างรักษา อำเภอป่าด จังหวัดอุตรดิตถ์

Effecting factors on Tuberculosis patient death under medical treatment

in Nampad district, Uttaradit

บังอร ชัดดี

Bang-Orn Katti

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอป่าด จังหวัดอุตรดิตถ์

Office of Nampad District Public Health

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เสียชีวิตระหว่างรักษา ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรคปอดระหว่างการรักษา ในอำเภอป่าด จังหวัดอุตรดิตถ์ โดยวิธีวิจัยแบบย้อนหลัง (Retrospective) รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนและทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลป่าดทุกทราย ระหว่างตุลาคม 2551 – กันยายน 2554 และการสัมภาษณ์ผู้กักกับการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคที่เสียชีวิต ซึ่งคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้กักกับการกินยาแบบเจาะจง (Purposive sampling) วิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา เปรียบขนาดด้วยสถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่เพิ่มการเสียชีวิตโดยใช้ อัตราเสี่ยงสัมพัทธ์ต่อการเกิดโรค

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตขณะรักษา ส่วนมากเป็นเพศชาย สูงอายุ และมีโรคประจำตัวเดิมร่วมด้วย โรคประจำตัวที่ร่วมด้วยที่สำคัญ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ติดเชื้อเอชไอวี เป็นผู้ป่วยเสียชีวิตในระยะเข้มนั้น 2 เดือนแรก และเป็นผู้ป่วยที่ไม่มีที่เลี้ยงกักกับการกินยา ในด้านพฤติกรรมของพี่เลี้ยงกักกับการกินยา พบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมระดับมาก ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ มีประวัติโรคประจำตัวเดิมร่วมด้วย $RR=2.44$ (95% CI 0.77-7.74) เป็นผู้สูงอายุ $RR=3.25$ (95% CI 0.73-14.43) เป็นผู้ป่วยวัณโรคกลับมารักษากลับอีกครั้งหลังขาดยา $RR=3.9$ (95% CI 1.11-13.72) ผู้ป่วยวัณโรคที่เสียชีวิตซึ่งมีสาเหตุมาจาก โรคประจำตัวร่วมด้วย และ เป็นผู้สูงอายุนั้น เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีภาวะสุขภาพที่ไม่แข็งแรง นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคกลับมารักษากลับอีกหลังขาดยา มีความเสี่ยงเป็น 4 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยวัณโรคประเภทอื่น ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวมีความเสี่ยงเป็น 2 เท่า ของผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่มีโรคร่วม

คำสำคัญ ปัจจัยเสี่ยงของการเสียชีวิตผู้ป่วยวัณโรค , ผู้ป่วยวัณโรคปอด, การกักกับการกินยาร่วม

Abstract

This research aimed to study general appearances of Tuberculosis patient death under medical treatment and effecting factor on this case studied in Nampad district, Uttaradit. This retrospective study investigated from medical records and Tuberculosis patient registrants at Nampad Hospital during October, 2008 to September, 2011. The study collected Tuberculosis patient's general information, illness history, and curative result including data from Directly Observed Treatment supervisor interview. Moreover, the purposive sampling Tuberculosis patient Directly Observed Treatment supervisor's behaviors were studied using evaluation form. The collected data was quantitative analyzed using Descriptive Statistics which led to statistical percentage, mean, median data and relative risk for death risk factor evaluation.

The result found that the amount of Tuberculosis dead patients during medical treatment was 10 cases, 2 female patients and 8 male patients, covering the highest age at 94 year old and lowest age at 33 year old. However, there were 8 people aged over 60 year old patients which provided 6 underlying disease patients such as diabetes, hypertension, HIV. There are 6 patients were Pulmonary TB. smear positive. Hereafter, there are 2 patients back to be medicated. Moreover, from collected data 9 patients died within first 2 month of intensive phase and 2 patients took medication without Directly Observed Treatment

supervisor. Furthermore from the data, they found the Directly Observed Treatment supervisor's behaviors achieved high level evaluation. Therefore, the significantly factors of Tuberculosis patient death were the Tuberculosis with underlying disease patients (RR=2.44, 95% CI 0.77-7.74), elderly patients (RR=3.25 95% CI 0.73-14.43), re-medication tuberculosis patients (RR=3.9, 95% CI 1.11 -13.72).

In conclusion, the 6 elderly patients with underlying diseases were more infirmly. The significantly effecting factor on Tuberculosis patient death under medical treatment found 4 time higher dead risk in re-medication tuberculosis patients comparing with others tuberculosis patients while the Tuberculosis with underlying disease patient attended 2 times higher dead risk comparing with normal Tuberculosis patient. Thus, the result corresponded to study hypothesis that age and underlying diseases were dead risk in Tuberculosis patient. However, the therapeutically method for re-medication, elderly, underlying disease, HIV Tuberculosis patient would be suggested because these patients exhibited higher risk by others Tuberculosis patient.

Keywords; Tuberculosis patient, Risk factor, DOT

บทนำ

การรักษาวัณโรคในปัจจุบันมีวิวัฒนาการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมเนื่องจากมียาหลายชนิดที่ใช้รักษาได้ดี ประสิทธิภาพของการรักษาสูงมากซึ่งสามารถรักษาผู้ป่วยให้หายได้เกือบร้อยเปอร์เซ็นต์ ถ้าผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาจนครบกำหนด การใช้ยาในการรักษาที่ถูกต้องทำให้โอกาสในการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่นได้น้อยลง เพราะเชื้อในเสมหะจะถูกทำลายในระยะเวลา 2-3 สัปดาห์⁽¹⁾ โดยมีจุดมุ่งหมายของการรักษาเพื่อป้องกันความพิการและการตายจากการป่วยเป็นวัณโรค ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ลดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคไปสู่ผู้อื่น และป้องกันการเกิดเชื้อวัณโรคดื้อยาในผู้ป่วย ในปัจจุบันได้ใช้วิธีการรักษาผู้ป่วยวัณโรคโดยใช้ระบบยามาตรฐานระยะสั้น ซึ่งเป็นระบบยาที่ใช้ในการรักษาวัณโรคและเป็นกลยุทธ์ที่องค์การอนามัยโลกใช้ในการควบคุมวัณโรคและการรักษาแบบมีพี่เลี้ยง (directly observed treatment short course) เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรคสามารถได้รับการรักษาที่สม่ำเสมอ ครบถ้วนและหายจากการป่วย ตามเป้าหมายของงานควบคุมวัณโรคที่กำหนดให้การ

รักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกที่ค้นพบใหม่ให้หายอย่างน้อยร้อยละ 85⁽²⁾ เพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์นี้จึงต้องใช้ยาที่มีฤทธิ์สองส่วนร่วมกัน ส่วนแรกคือยาที่ออกฤทธิ์ฆ่าทำลายเชื้อที่กำลังแบ่งตัวได้รวดเร็ว(Bactericidal action) อีกส่วนหนึ่งมีฤทธิ์ในการทำให้ปราศจากเชื้อโดยสิ้นเชิง (Sterilization action) โดยเฉพาะเชื้อที่อยู่ในเซลล์ macrophage การรักษาแบ่งออกเป็น 2 ระยะได้แก่ ระยะเข้มข้น หมายถึง การรักษา 2 เดือนแรกโดยการใช้ยาทั้ง 2 ส่วนร่วมกันเพื่อกำจัดเชื้อให้หมดจากร่างกายโดยเร็ว ยับยั้งการลุกลามของโรค และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่น ระยะที่ 2 เป็นระยะต่อเนื่อง เพื่อกำจัดเชื้อที่ยังหลงเหลือให้หมดไป การติดเชื้อวัณโรค ส่วนใหญ่เป็นการติดเชื้อวัณโรคปอด ซึ่งการแพร่กระจายของเชื้อมาจากละอองฝอยที่เกิดจากการไอ จามของผู้ป่วยโดยเชื้อวัณโรคจะติดไปกับละอองเหล่านี้ เข้าสู่ร่างกายผู้ใกล้ชิดอาจทำให้ป่วยเป็นวัณโรคได้ การแพร่กระจายเชื้อวัณโรคเป็นการติดเชื้อจากคนสู่คน จะต้องมีการใกล้ชิดของผู้ป่วยอยู่ในบ้าน หรือชุมชนเดียวกัน ลักษณะของภูมิประเทศ ที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยที่แตกต่างกัน

อาจส่งผลให้การแพร่กระจายโรคที่แตกต่างกัน การป้องกันและควบคุมโรคที่ต่างกันด้วย เช่น เขตชุมชนเมือง ที่มีลักษณะที่อยู่อาศัยหนาแน่น อาจมีการกระจายตัวของผู้ป่วยที่หนาแน่นมากกว่าเขตพื้นที่ชนบท ที่มีบ้านเรือนอยู่ห่างไกลกัน

จากผลการดำเนินงานวันโรคของจังหวัดอุดรดิตถ์ พบอัตราผลสำเร็จของการรักษา ในปี 2549 - 2551 มีอัตราความสำเร็จของการรักษา ลดลง อัตราความสำเร็จของการรักษาเท่ากับ ร้อยละ 81.99 , 79.3, 79.4 ตามลำดับ ซึ่งอัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85) และเมื่อเปรียบเทียบผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคในส่วนของอัตราการตาย ในปี 2549 - 2554 พบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคระหว่างรักษา เป็นร้อยละ 9 ในปี 2549 ร้อยละ 7.9 ในปี 2550 ในปี 2551 มีอัตราตายเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 13.5 ในปี 2552 ร้อยละ 12.7 ในปี 2553 ร้อยละ 8.71 และในปี 2554 ร้อยละ 7.67 ซึ่งจะเห็นได้ว่าอัตราตายของผู้ป่วยวัณโรคระหว่างรักษามีอัตราตายสูงสุด ในปี 2551 และมีอัตราตายสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด(ไม่เกินร้อยละ 7)ในทุกปี และจากผลการดำเนินงานของ อำเภอน้ำปาดยังมีปัญหาอัตราความสำเร็จของการรักษาที่ยังต่ำกว่าเกณฑ์ของจังหวัดอุดรดิตถ์กำหนดไม่น้อยกว่าร้อยละ 95 สาเหตุหนึ่งมาจากผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตระหว่างรักษา อำเภอน้ำปาดมีอัตราตายของผู้ป่วยวัณโรคปอดในปี 2554 สูงกว่าร้อยละ 5 คือ อัตราตาย ร้อยละ 7.6⁽³⁾ จากการวิเคราะห์ปัญหาจากการดำเนินงาน พบว่า ผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างการรักษาสวนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อน

และเข้าสู่ระบบการรักษาล่าช้า การดำเนินงานไม่เป็นไปตามขั้นตอน การดำเนินงานที่ดีกระบวนการรักษาล้มเหลว ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาด้วยวิธี DOT (การกินยาโดยมีพี่เลี้ยงในการกำกับการกินยา) หรือบางรายเป็นวัณโรคคือยาหลายขนาน

จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่า การเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคระหว่างรักษาเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ที่ควรได้รับการแก้ไข และการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดระหว่างรักษา ถือเป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้ได้ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่แท้จริง และนำมาวางแผนการดำเนินงานควบคุมป้องกันวัณโรคต่อไป เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคระหว่างรักษา และเพิ่มอัตราความสำเร็จการรักษาหายในผู้ป่วยวัณโรคต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาลักษณะทั่วไป ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิต และพฤติกรรมของพี่เลี้ยงผู้กำกับการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เสียชีวิตระหว่างรักษาในพื้นที่อำเภอน้ำปาด จังหวัดอุดรดิตถ์ ระหว่าง เดือนตุลาคม 2551 – เดือนกันยายน 2554

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบย้อนหลัง (Retrospective) ศึกษาข้อมูลย้อนหลังในผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เสียชีวิตระหว่างรักษา เพื่อศึกษาลักษณะทั่วไปและศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เสียชีวิตขณะรักษา ในพื้นที่อำเภอน้ำปาด จังหวัดอุดรดิตถ์ ระหว่าง เดือนตุลาคม 2551 – เดือนกันยายน

2554 จำนวน 74 ราย ระยะเวลาในการศึกษา ตั้งแต่ มกราคม 2555 - มิถุนายน 2555

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบย้อนหลัง (Retrospective) ศึกษาข้อมูลย้อนหลังในผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เสียชีวิตระหว่างรักษา เป็นการผสมผสานระหว่างเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ มีการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม จากเอกสาร และการสัมภาษณ์ ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 6 เดือน แบ่งการศึกษาเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาข้อมูลจากเอกสาร ได้แก่ การศึกษา เวชระเบียนผู้ป่วยวัณโรค ทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค

ขั้นตอนที่ 2 เก็บข้อมูลด้านพฤติกรรมของพี่เลี้ยงกำกับการกินยาผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เสียชีวิตขณะรักษา โดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งแก้ไขปรับปรุงมาจากแบบสอบถามของ วนิดา มีจันทร์ ซึ่งศึกษาเรื่องพฤติกรรมของพี่เลี้ยงในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค อำเภอระแงะ นราธิวาส

ขั้นตอนที่ 3 เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคที่เสียชีวิตขณะรักษา การกินยา อาการแพ้ยา ภาวะสุขภาพขณะป่วย สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัว การรับบริการในระบบบริการสาธารณสุข ข้อจำกัดในการรักษา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาในพื้นที่อำเภอเนินปอ จังหวัดอุตรดิตถ์ และขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลเนินปอ ทุกประเภทของการขึ้นทะเบียน ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2551 - เดือน กันยายน 2554 จำนวน 74 ราย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้แบ่งประเภทการเก็บข้อมูลไว้ 2 ประเภท ต่อไปนี้

- 1.ข้อมูลเชิงปริมาณ จากแบบสอบถาม
2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสัมภาษณ์

(indept interview [IDI])

การตรวจสอบข้อมูล เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วน และคุณภาพของข้อมูล มีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation Methods) หรือการตรวจสอบทั้งด้านข้อมูล ด้านผู้วิจัย ด้านทฤษฎี และด้านวิธีการเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์จากการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกต โดยผู้ศึกษาได้กระทำไปพร้อมกับการเก็บข้อมูลตลอดระยะเวลาในการศึกษา และนำมาจัดหมวดหมู่แล้ววิเคราะห์ ซึ่งจะช่วยให้มองเห็นประเด็นที่ยังไม่สมบูรณ์และต้องเก็บเพิ่มเติม จนได้ข้อมูลเพียงพอ จึงนำมาจัดหมวดหมู่อย่างเป็นระบบและวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ในส่วนของข้อมูลเชิงปริมาณ มีการวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่เพิ่มการเสียชีวิตโดยใช้อัตราเสี่ยงสัมพัทธ์ต่อการเกิดโรค

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป จากผู้ป่วยวัณโรคปอดทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลเนินปอ จำนวน 74 ราย โดยผู้ป่วยทั้งหมดส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 68.92 มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 54.05 ส่วนใหญ่ไม่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 41.89 และมีสถานภาพคู่(สมรส) ร้อยละ 77.03 ดังแสดงในตารางที่ 1การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 77.03 ผู้ป่วยส่วน

ใหญ่เป็นผู้ป่วยใหม่ เสมหะพบเชื้อ ร้อยละ 75.67 รักษาด้วยสูตรยามาตรฐาน ระบบที่ 1 ร้อยละ 89.19 ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเดิมร่วมด้วย ร้อยละ 21.62 โรคประจำตัวที่พบร่วมด้วยมากที่สุด คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 8.11 รองมาคือ โรคความดันโลหิตสูง ดิซเซียเอชไอวี โรคถุงลมโป่งพอง และโรคเก๊าท์ ส่วนใหญ่น้ำหนักน้อยกว่า 50 กิโลกรัม ร้อยละ 63.51 พบผู้ป่วยในปี 2552 จำนวน 17 ราย พบผู้ป่วยสูงสุดในเดือนมีนาคม

และเดือนกรกฎาคม ร้อยละ 17.64 ในปี 2553 พบผู้ป่วยวัณโรคปอด จำนวน 30 ราย พบผู้ป่วยสูงสุดในเดือนสิงหาคม ร้อยละ 20 และในปี 2554 พบผู้ป่วย จำนวน 27 ราย พบผู้ป่วยสูงสุดในเดือนตุลาคม เดือนเมษายน และเดือน พฤษภาคม ร้อยละ 14.81 พบผู้ป่วยสูงสุดที่ตำบล แสนตอ ร้อยละ 27.02 รองมา คือ ตำบลบ้านฝาย ร้อยละ 25.67

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ขึ้นทะเบียนที่โรงพยาบาลน้ำป่าด

ช่วงอายุของผู้ป่วยวัณโรค	จำนวน	ร้อยละ
10-20 ปี	1	1.35
21 – 30 ปี	4	5.41
31 – 40 ปี	7	9.46
41 – 50 ปี	9	12.16
51 – 60 ปี	13	17.57
61 – 70 ปี	19	25.68
71-80 ปี	15	20.27
80 ปีขึ้นไป	6	8.11
รวม	74	100

ผู้ป่วยวัณโรคปอดเสียชีวิตขณะรักษาทั้งหมด จำนวน 10 ราย ร้อยละ 13.51 ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 8 ราย ผู้ป่วยวัณโรคที่เสียชีวิตขณะรักษา ผู้ป่วยอายุต่ำสุด 33 ปี อายุมากที่สุด 94 ปี โดยมีค่ามัธยฐานที่ 64 ปี มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป จำนวน 8 ราย ดังแสดงในตารางที่ 2 ผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนใหญ่ไม่ประกอบอาชีพ จำนวน 8 ราย ส่วนใหญ่มี สถานภาพคู่(สมรส) จำนวน 7 ราย เป็นผู้ป่วยใหม่เสมหะพบเชื้อ จำนวน 6 ราย รักษาด้วยสูตรยามาตรฐาน ระบบที่ 1

จำนวน 7 ราย ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเดิมร่วมด้วย จำนวน 4 ราย โรคประจำตัวที่พบร่วมด้วย ได้แก่ โรคเบาหวาน จำนวน 2 ราย โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 1 ราย ดิซเซียเอชไอวี จำนวน 1 ราย อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดในปี 2552 ร้อยละ 11.76 ปี 2553 ร้อยละ 13.33 และปี 2554 ร้อยละ 14.81 2554 พบผู้ป่วยวัณโรคปอดเสียชีวิตระหว่างรักษาสูงสุด ที่ ตำบลบ้านฝาย จำนวน 3 ราย รองมา คือ ตำบลเด่นเหล็ก ตำบลน้ำไคร้ ตำบลแสนตอ

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เสียชีวิตระหว่างรักษา

ช่วงอายุของผู้ป่วยวัณโรค	จำนวน	ร้อยละ
31 – 40 ปี	1	10
41 – 50 ปี	1	10
61 – 70 ปี	1	10
71-80 ปี	3	30
80 ปีขึ้นไป	4	40
รวม	10	100

2. ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดระหว่างรักษา

2.1 ปัจจัยภายใน (Internal Factors) ไม่มีปัจจัยภายในที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอด ผล

การวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อหาอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมีค่า relative risk (RR) สรุปผลดังนี้ ประวัติมีโรคประจำตัวเดิม ผู้ป่วยที่มีประวัติมีโรคประจำตัวเดิม มีโอกาสเสี่ยงมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติมีโรคประจำตัวเดิม 2.44 เท่า (95% CI 0.77-7.74) ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอายุอื่น 3.25 เท่า

(95% CI 0.73-14.43) ผู้ป่วย ที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 50 กิโลกรัม ผู้ป่วยที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 50 กิโลกรัม มีโอกาสเสี่ยงมากกว่าผู้ป่วยที่มีน้ำหนักมากกว่า 50 กิโลกรัม 1.1 เท่า (95% CI 0.71 – 1.71) ดังแสดงในตารางที่ 3 ผู้ป่วยวัณโรคที่เสียชีวิตขณะรักษา มีภาวะสุขภาพที่ไม่แข็งแรง น้ำหนักน้อย มีโรคประจำตัว ผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนใหญ่ที่เสียชีวิต มีสภาวะจิตใจที่ท้อแท้ ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ผู้ป่วยส่วนใหญ่เห็นความสำคัญของการรักษาโรคต้องการหายจากอาการป่วย พยายามปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนผู้ป่วยวันโรคปอดเสียชีวิตขณะรับการรักษาที่ขึ้นทะเบียนที่โรงพยาบาลน้ำปาด และ อัตราความ เสี่ยงสัมพัทธ์ จำแนกตามลักษณะที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในด้าน ปัจจัยภายในของบุคคล

ปัจจัยเสี่ยง	จำนวนผู้ป่วยวันโรคปอด ที่เสียชีวิต	Relative Risk	95% CI
ประวัติโรคประจำตัวเดิม	4	2.44	0.77-7.74
ไม่มีประวัติโรคประจำตัวเดิม	6		
เป็นโรคเบาหวาน	2	2.13	0.49-9.15
ไม่เป็นโรคเบาหวาน	8		
เป็นโรคความดันโลหิตสูง	1	1.85	0.22-14.90
ไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง	9		
ติดเชื้อเอชไอวี	1	1.85	0.22-14.90
ไม่ติดเชื้อเอชไอวี	9		
อายุมากกว่า 60 ปี	8	3.25	0.73-14.43
อายุน้อยกว่า 60 ปี	2		
น้ำหนักน้อยกว่า 50 กิโลกรัม	7	1.1	0.71 – 1.71
น้ำหนักมากกว่า 50 กิโลกรัม	3		

2.2 ปัจจัยภายนอก (External Factors) ปัจจัย ภายนอกที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ ผลการ วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมี ค่า relative risk มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ประเภทผู้ป่วยเมื่อเริ่มการรักษา พบว่า ผู้ป่วยวัน โรคขาดยา เกิน 2 เดือน มีโอกาสเสี่ยงมากกว่า ผู้ป่วยที่เริ่มการรักษาประเภทอื่น 3.9 เท่า (95%

CI 1.11-13.72) ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการศึกษา มีโอกาสเสี่ยงมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการศึกษา 7.4 เท่า (95% CI 3.28 - 16.69) ผู้ป่วยที่รับการ รักษาในระยะเข้มข้น 3 เดือนแรก โอกาสเสี่ยง มากกว่าผู้ป่วยที่รักษาพื้นระยะเข้มข้น 3 เดือนแรก ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดเสียชีวิตขณะรับการรักษาที่ขึ้นทะเบียนที่โรงพยาบาลน้ำปาด และ อัตราความเสี่ยงสัมพัทธ์ จำแนกตามลักษณะที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในด้านปัจจัยภายนอกบุคคล

ปัจจัยเสี่ยง	ผู้ป่วยเสียชีวิต	Relative Risk	95% CI
ผู้ป่วยวัณโรคขาดยา เกิน 2 เดือน	2	3.9	1.11-13.72
ผู้ป่วยวัณโรคขาดยา เกิน 2 เดือน	8		
ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ	1	1.85	0.22 -14.94
ผู้ป่วยไม่กลับเป็นซ้ำ	9		
ไม่ได้รับการศึกษา	7	7.4	3.28 - 16.69
ได้รับการศึกษา	3		

ด้านสิ่งแวดล้อม ที่อยู่อาศัย ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เสียชีวิต อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลบ้านฝาย ตำบลแสนตอ ตำบลน้ำไคร้ ตำบลเด่นเหล็ก ตำบลน้ำไผ่ และตำบลห้วยมุ่น ซึ่งพื้นที่ที่พบผู้ป่วยเป็นชุมชนชนบท มีการอยู่อาศัย การดำเนินชีวิตแบบพึ่งพาอาศัยกัน สภาพแวดล้อมในชุมชนปลอดโปร่ง ไม่มีสารเคมีและสารพิษในอากาศ อากาศถ่ายเทสะดวก การสร้างบ้านเรือนอยู่อาศัยไม่แออัด ที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยวัณโรคปอด ส่วนใหญ่ เป็นบ้านไม้ชั้นเดียวได้ทุนสูง สภาพบ้านเรือนไม่แข็งแรงมากนัก เศรษฐกิจผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เสียชีวิต ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ไม่มีรายได้ มีฐานะค่อนข้างยากจน รายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายในครอบครัว ผู้ป่วยให้ความสำคัญกับการหารายได้เลี้ยงชีพมากกว่าการดูแลสุขภาพ

สัมพันธภาพในครอบครัว ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เสียชีวิตมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี สมาชิก

ในครอบครัวให้การดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยเป็นอย่างดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งการกินยา สมาชิกในครอบครัวมีความเข้าใจและเห็นความสำคัญของการกินยา จะคอยกำกับการกินยาให้ผู้ป่วยกินยาอย่างสม่ำเสมอทุกวัน ให้กำลังใจผู้ป่วยเสมอ ไม่แสดงท่าทางที่เป็นการรังเกียจผู้ป่วย

พฤติกรรมที่เสี่ยงกำกับการกินยา พฤติกรรมของพี่เลี้ยงกำกับการกินยาในด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับพี่เลี้ยงกำกับการกินยา ด้านการรับประทานยา มีความเหมาะสมของพฤติกรรมอยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนในด้านเจตคติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรค การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การนำผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัด มีความเหมาะสมของพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยวัณโรคของพี่เลี้ยงกำกับการกินยาผู้ป่วยวัณโรคปอด

ข้อความ	ค่าเฉลี่ยความเหมาะสมพฤติกรรม	การแปลผล
เจตคติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรค	3.63	ระดับมาก
สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับพี่เลี้ยงกำกับการกินยา	4.59	ระดับมากที่สุด
การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	3.66	ระดับมาก
พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย		
- ด้านการรับประทานยา	4.83	ระดับมากที่สุด
- การนำผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัด	3.54	ระดับมาก
ค่าเฉลี่ยระดับความเหมาะสมของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยวัณโรคของพี่เลี้ยงกำกับการกินยา ในภาพรวม	4.05	ระดับมาก

2.3 ระบบการให้บริการของหน่วยบริการสาธารณสุข การตรวจวินิจฉัยโรคของหน่วยบริการคือ โรงพยาบาล ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอด จะได้รับการรักษาทันทีโดยให้นอนพักรักษาที่โรงพยาบาล จำนวน 14 วัน โดยจัดให้ผู้ป่วยนอนพักในห้องแยก เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค และเพื่อสังเกตอาการของผู้ป่วยขณะรับการรักษา โดยพี่เลี้ยงกำกับการกินยาขณะที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลจะเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ขนาดยาและสูตรยาที่ให้การรักษาผู้ป่วย ใช้ตามมาตรฐานของแนวทางการรักษาวัณโรคแห่งชาติกำหนด และจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เสียชีวิตขณะนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล เป็นผู้ป่วยใหม่เสมอพบเชื้อ ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ และผู้ป่วยกลับมารักษาหลังขาดยาเกิน 2 เดือน มีโรคประจำตัวเดิม โรคประจำตัวเดิมที่พบ คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และติดเชื้อเอชไอวี การให้บริการใน

หน่วยบริการ ของโรงพยาบาล ยังมีข้อจำกัด คือ การตรวจทางห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลล่าช้า บุคลากรด้านสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานวัณโรคของโรงพยาบาลมีเพียงคนเดียว การให้บริการด้านสาธารณสุขในชุมชน บทบาทหลักของหน่วยบริการสาธารณสุขที่ต้องให้บริการในชุมชน คือ การคัดกรองโรควัณโรคในกลุ่มเสี่ยง การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่ประชาชน และการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรค ไม่มีผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เสียชีวิตตรวจพบโรควัณโรคจากการตรวจคัดกรองในชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่กลับจากการนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล และมาพักฟื้นที่บ้านแล้วเสียชีวิตขณะรักษา ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยใหม่เสมอพบเชื้อ รองมาคือ ผู้ป่วยใหม่เสมอไม่พบเชื้อ ผู้ป่วยกลับมาได้รับการรักษาหลังขาดยา 2 เดือน มีโรคประจำตัวเดิม โรคประจำตัวที่พบ คือ โรคเบาหวาน

ในด้านการให้บริการการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านโดยบุคลากรสาธารณสุขทุกทราย โดยออกติดตามเยี่ยมบ้านเป็นระยะ ผู้ที่เป็นพี่เลี้ยงกำกับการกินยา คือ ญาติ

วิจารณ์

จากการศึกษาเรื่องลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย วันโรคปอดที่เสียชีวิตขณะรับการรักษา พบว่าผู้ป่วย วันโรคปอดเสียชีวิตขณะรักษาทั้งหมด จำนวน 10 ราย ร้อยละ 13.51 ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 8 ราย ผู้ป่วยวันโรคที่เสียชีวิตขณะรักษา ผู้ป่วยอายุต่ำสุด 33 ปี อายุมากที่สุด 94 ปี โดยมีค่ามัธยฐานที่ 64 ปี ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 60 ปี ถึง 3 เท่า และพบว่าผู้ป่วยที่มีประวัติมีโรคประจำตัวเดิม มีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติมีโรคประจำตัวเดิมถึง 2 เท่า ผู้ป่วยที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 50 กิโลกรัม มีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่มีน้ำหนักมากกว่า 50 กิโลกรัมถึง 1 เท่า ผู้ป่วยที่สูงอายุ มีน้ำหนักตัวน้อย ตลอดจนคนผู้ที่มีโรคประจำตัว จึงควรได้รับการดูแลและเอาใจใส่เป็นพิเศษ เช่น การให้กำลังใจอย่างใกล้ชิด เป็นต้น ทั้งนี้ อาจมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ ปัจจัยทางด้านสภาพร่างกาย ผู้สูงอายุจะมีสภาพร่างกายที่ไม่สมบูรณ์ ระบบภูมิคุ้มกันต่างๆ ของร่างกายทำงานได้ไม่เต็มที่ อาจส่งผลทำให้เกิดอาการแพ้ยาได้ การมีโรคประจำตัวอยู่เดิมอาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีสภาพจิตใจที่ท้อแท้ เบื่อหน่ายการกินยา ไม่อยากรักษาตัวเอง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV ซึ่งเมื่อเลือดขาวจะถูกทำลาย ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำงานลดลง ทำงานได้ไม่เต็มที่ ส่งผลให้เชื้อโรคนวโอกาสแทรกซ้อนเข้าสู่ร่างกายได้ง่ายขึ้น ทำให้เชื้อวันโรค

สามารถลุกลามได้รวดเร็วยิ่งขึ้น ผู้ป่วยอาจได้รับผลข้างเคียงจากการรักษาและได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจ ก่อให้เกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ ส่งผลให้สภาพร่างกายทรุดโทรมหนักขึ้นและเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในที่สุด ทั้งนี้ควรดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคร่วมชนิดเรื้อรัง รักษาหายยาก เช่น โรคเบาหวาน ผู้ป่วยต้องควบคุมระดับน้ำตาลให้ได้ ซึ่งถ้าควบคุมไม่ได้แล้วการรักษาวันโรคก็จะทำได้ยาก ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงควรได้รับการดูแลเป็นพิเศษ สอดคล้องกับสมมติฐานงานวิจัยที่ว่า อายุ โรคประจำตัว สภาพาสภาพ พฤติกรรมสุขภาพ สภาพาสภาพจิตใจ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยวันโรคปอด สอดคล้องกับการศึกษาของนวลอนงค์ ลือกำลังและคณะ⁽⁴⁾ พบว่าปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการตายในผู้ป่วยวันโรคปอดพบเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ อายุมาก และติดเชื้อเอดส์ ส่วนมีแนวโน้มว่าผู้ป่วยที่มีน้ำหนักน้อย และมีภาวะไตวายเรื้อรัง มีแนวโน้มของอัตราการตายสูงขึ้น

ปัจจัยภายนอกที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยวันโรคขาดยาเกิน 2 เดือน มีโอกาสเสี่ยงมากกว่าผู้ป่วยที่เริ่มการรักษาประเภทอื่น 3.9 เท่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในระยะเข้มข้น 3 เดือนแรก โอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่รักษาพื้นระยะเข้มข้น 3 เดือนแรก ผู้ป่วยวันโรคที่ขาดยา 2 เดือน และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในระยะเข้มข้นของการรักษา 3 เดือนแรก การรักษาระยะเข้มข้น โอกาสในการรักษาหายมีน้อย ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยวันโรคที่เสียชีวิตอยู่ในการรักษาระยะเข้มข้นทั้งหมด ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ควรสังเกตอาการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดขณะให้การรักษาโดยเฉพาะการรักษาที่โรงพยาบาลใน 2 สัปดาห์แรก เพื่อสังเกตสภาพร่างกาย อาการแพ้

ยา ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาผู้ป่วย วัณโรค เพื่อปรับแผนการรักษาให้สอดคล้องกับ สภาพร่างกายของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษา ของสุภรัตน์ บุญ นาค และ คณะ⁽⁵⁾ พบว่า ระยะเวลาเสียชีวิตจากวัณโรค นั้น อยู่ช่วงระยะ เข้มข้น 1 - 3 เดือนแรกของการรักษา ซึ่งผู้ป่วยวัณ โรคที่เสียชีวิตระหว่างรักษา อาศัยอยู่ในพื้นที่ชนบท การดำเนินชีวิตแบบพึ่งพาอาศัยกัน การสร้าง บ้านเรือนอยู่อาศัยไม่แออัด ที่อยู่อาศัยของผู้ป่วย วัณโรคปอด ส่วนใหญ่ เป็นบ้านไม้ชั้นเดียวได้สูง สภาพบ้านเรือนไม่แข็งแรงมากนัก ฐานะทาง เศรษฐกิจค่อนข้างยากจน รายได้ไม่เพียงพอกับ ค่าใช้จ่ายในครอบครัว ผู้ป่วยให้ความสำคัญกับการ หารายได้เลี้ยงชีพมากกว่าการดูแลสุขภาพ ด้าน ปัจจัยสัมพันธภาพ ในครอบครัว ผู้ป่วยมี สัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี สมาชิกในครอบครัว ให้การดูแลเอาใจใส่ เห็นความสำคัญของการกินยา คอยกำกับการกินยาให้ผู้ป่วยกินยาอย่างสม่ำเสมอ ทุก วัน ให้กำลังใจผู้ป่วยเสมอ ไม่แสดงท่าทางที่เป็น การรังเกียจ ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่เสี่ยงกำกับการกินยา พฤติกรรมของพี่เลี้ยงกำกับการกินยาในด้าน สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับพี่เลี้ยงกำกับการกินยา ด้านการรับประทานยา มีความเหมาะสมของ พฤติกรรมอยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนในด้านเจตคติ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรค การได้รับการ สนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การนำผู้ป่วยไป พบแพทย์ตามนัด มีความเหมาะสมของพฤติกรรมอยู่ ในระดับมาก การรักษาแบบมีพี่เลี้ยง เป็นปัจจัย หนึ่งที่จะมีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค สอดคล้องกับการศึกษา ของสุภรัตน์ บุญ นาค และคณะ(2548⁵) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิต ของผู้ป่วยวัณโรคระหว่างการรักษาดังวิธีแบบมีพี่

เลี้ยง คือ ญาติมีความรู้เรื่องวัณโรคระดับดีแต่ใช้ ความรู้ในการป้องกันตนเอง กลัวติดโรค ความเข้าใจ ของผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญต่อการรักษาให้ หายขาดและการมีชีวิตรอยู่

ระบบการให้บริการของหน่วยบริการ สาธารณสุข เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการ เสียชีวิตระหว่างรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด เพราะ เป็นหน่วยบริการที่ให้การวินิจฉัย และให้การรักษา ผู้ป่วย ขนาดยาและสูตรยาที่ให้การรักษาผู้ป่วย ใช้ตามมาตรฐานของแนวทางการรักษาวัณโรค แห่งชาติกำหนด และควรปรับสูตรยาให้สอดคล้อง กับสภาพร่างกายผู้ป่วยเพื่อรักษาชีวิตผู้ป่วย ให้ผู้ป่วย ได้รับการรักษาจนหายขาด โดยเฉพาะในกลุ่ม ผู้สูงอายุ น้ำหนักน้อย มีโรคร่วม ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ และผู้ป่วยขาดยาเกิน 2 เดือน ควรได้รับการตรวจ รักษาอย่างรอบครอบ โดยเฉพาะการทำงานของตับ ไต จากผลการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่เสียชีวิตบางส่วน เกิดจากการสูญเสียการทำงานของตับ ปรับเปลี่ยน สูตรยาให้เหมาะสม การให้บริการในหน่วยบริการ ของโรงพยาบาล ยังมีข้อจำกัดอยู่ การให้บริการมี ความล่าช้า ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ต้องการเข้ารับบริการ การคัดกรองโรควัณโรคในชุมชนยังไม่ครอบคลุม กลุ่มเป้าหมาย ตลอดจนการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรค ควรมีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคที่มีปัจจัย เสี่ยงต่อการเสียชีวิตอย่างใกล้ชิด เพื่อวางแผนการ รักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษา ของ คุชฎี โสภภาพ และคณะ⁽⁶⁾ ยารักษาวัณโรคอาจมี ผลทำให้มีอาการไม่พึงประสงค์จากยาได้ ซึ่งทำให้ การทำงานของตับ ไต เสียหน้าที่ไป โดยเฉพาะใน กลุ่มเสี่ยงเช่นผู้สูงอายุมากกว่า 70 ปี ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้ติดเชื้อ ผู้ที่สภาพร่างกายอ่อนแอ การรักษาไม่ดี ขึ้นซึ่งอาจมีผลต่อชีวิตได้ การดูแลอย่างใกล้ชิด การ

ตรวจภาวะการทำงานของตับ ไต การปรับสูตรยาที่เหมาะสม โดยเฉพาะระยะเข้มข้นในกลุ่มเสี่ยงดังกล่าวจึงเป็นสิ่งจำเป็น การรับผู้ป่วยไว้รักษาที่โรงพยาบาล การกำกับกินยาอย่างใกล้ชิด อาจจะทำให้การเสียชีวิตของผู้ป่วยลดลง และทำให้อัตรารักษาหาย อัตรารักษาสำเร็จ บรรลุเป้าหมายได้มากขึ้น

สรุป

ผู้ป่วยวัณโรคปอดเสียชีวิตขณะรักษา ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 8 ราย เป็นผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 60 ปี ถึง 3 เท่า และพบว่าผู้ป่วยที่มีประวัติมีโรคประจำตัวเดิม มีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติมีโรคประจำตัวเดิมถึง 2 ผู้ป่วยที่สูงอายุ มีน้ำหนักตัวน้อย ตลอดจนผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว จึงควรได้รับการดูแลและเอาใจใส่เป็นพิเศษ การมีโรคประจำตัวอยู่เดิมอาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีสภาพจิตใจที่ท้อแท้ เบื่อหน่ายการกินยา โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV ซึ่งเมื่อเลือดขาวจะถูกทำลาย ส่งผลให้เชื้อโรคฉวยโอกาสแทรกซ้อนได้ง่ายขึ้น ทำให้เชื้อวัณโรคสามารถลุกลามได้รวดเร็วยิ่งขึ้น ผู้ป่วยวัณโรคขาดยาเกิน 2 เดือน มีโอกาสเสี่ยงมากกว่าผู้ป่วยที่เริ่มการรักษาประเภทอื่น 3.9 เท่า การรักษาระยะเข้มข้น โอกาสในการรักษาหายมีน้อย ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยวัณโรคที่อยู่ในการรักษาระยะเข้มข้นเสียชีวิตทั้งหมด ผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ควรสังเกตอาการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดขณะให้การรักษา เพื่อสังเกตสภาพร่างกาย ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาผู้ป่วยวัณโรค เพื่อปรับแผนการรักษาให้สอดคล้องกับสภาพร่างกายของผู้ป่วย ผู้ป่วยวัณโรคที่เสียชีวิตระหว่างรักษาส่วนใหญ่ฐานะทางเศรษฐกิจค่อนข้างยากจน มีสัมพันธภาพใน

ครอบครัวที่ดี เห็นความสำคัญของการกินยา พฤติกรรมของพี่เลี้ยงกำกับการกินยามีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก

ระบบการให้บริการของหน่วยบริการสาธารณสุข เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการเสียชีวิตระหว่างรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด เพราะเป็นหน่วยบริการที่ให้การวินิจฉัย และให้การรักษาผู้ป่วย ขนาดยาและสูตรยาที่ให้การรักษาผู้ป่วย ควรปรับสูตรยาให้สอดคล้องกับสภาพร่างกายผู้ป่วย เพื่อรักษาชีวิตผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาจนหายขาด โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ น้ำหนักน้อย มีโรคร่วม ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ และผู้ป่วยขาดยาเกิน 2 เดือน ควรมีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตอย่างใกล้ชิด เพื่อวางแผนการรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาครั้งนี้ ทำให้ทราบปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตผู้ป่วยวัณโรคปอดระหว่างการรักษา ซึ่งผู้เกี่ยวข้องควรให้การดูแลผู้ป่วยที่สูงอายุ มีน้ำหนักตัวน้อย ให้ได้รับสารอาหารที่เพียงพอ เพื่อให้ผู้ป่วยมีสภาพร่างกายที่แข็งแรง อีกทั้งควรให้การดูแลผู้ป่วยที่มีโรคร่วม โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นพิเศษ

2. การศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ขาดการรักษา เกิน 2 เดือน มีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่เริ่มการรักษาประเภทอื่น ฉะนั้นในการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ควรมีการกำกับการกินยาในผู้ป่วยอย่างจริงจัง ด้วยการกินยาโดยมีพี่เลี้ยงในการ

กำกับการกินยา และมีการติดตามให้ผู้ป่วยการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการขาดยาในผู้ป่วยวัณโรค

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณนางมาลี โล่ห์พานิช สาธารณสุขอำเภอป่าด นายแพทย์สมบัติ บุญศักดิ์ เลิศ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลป่าด ที่ให้คำปรึกษา และ อาสาสมัครสาธารณสุขทุกท่าน ที่ อำนวยความสะดวก ในการเก็บข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. นัสดา ศรียาภักย์. บทบาทและความจำเป็นของการตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศณาดนคลินิกและดานการควบคุมโรค. วารสารวัณโรคโรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต; 2542.
2. กระทรวงสาธารณสุข. ศูนย์เอกสารองค์การอนามัยโลก สำนักวิชาการ; 2553.
3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอป่าด. สรุปผลการปฏิบัติงานคณะกรรมการประสานงานอำเภอป่าด ;2554. หน้า 13.
4. นวลอนงค์ ลือกำลังและคณะ. ผลการรักษาและปัจจัยที่มีผลต่อการตายในผู้ป่วยวัณโรคปอดพบเชื้อโรงพยาบาลลำพูน. คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2548.
5. สุภรัตน์ บุญนาคและคณะ. ศึกษาการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค ระหว่างการรักษา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่1 กรุงเทพฯ; 2548.
6. คุษฎี โสภาพ และคณะ. สาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค โรงพยาบาลไพรบึง อำเภอไพรบึง

จังหวัดศรีสะเกษ. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการพัฒนาคุณภาพระบบบริการงานโรคเอดส์และวัณโรค; 2554.

7. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ. (พิมพ์ครั้งที่1). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดิไซน์ รับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2549.

8. ทศนีย์ คำชูและมาลี โรจน์พิบูลย์สถิตย์. ผลการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ล้มเหลวจากการรักษาด้วยระบบมาตรฐาน ระยะสั้น . เอกสารประชุมวิชาการและการนำเสนอระดับชาติ; 2555.

9. นิรมล พิมพ์น้ำเย็น และทวีศักดิ์ ศิริพรไพบูรณ์. ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการรักษาวัณโรคคือยาหลายขนาน ในพื้นที่ภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย. คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2553.

10. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. คู่มือการวิจัย การเขียนรายงานวิจัยและวิทยานิพนธ์ พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญผล; 2540.

11. สิ้น พันธุ์พินิจ. เทคนิคการวิจัยทางสังคมศาสตร์. (พิมพ์ครั้งแรก) กรุงเทพฯ : วิทยพัฒน์; 2547.

12. สุภางค์ จันทวนิช. วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ. (พิมพ์ครั้งที่ 8) กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2542.

13. สุริยะ คูหะรัตน์. นิยามโรคติดเชื้อประเทศไทย. (พิมพ์ครั้งที่2) กรุงเทพฯ: องค์การ; 2546.

14. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์. คู่มือการดำเนินงานควบคุมวัณโรคจังหวัดอุดรดิตถ์. กลุ่มงานควบคุมโรคจังหวัดอุดรดิตถ์; 2553.

คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์

การจัดส่งบทความต้นฉบับ ผู้พิมพ์ต้องจัดส่งบทความต้นฉบับ ดังนี้

- 1 บทความต้นฉบับสำหรับตีพิมพ์ ตามข้อกำหนดของบทความแต่ละประเภท รายละเอียดตามคำแนะนำการเตรียมบทความต้นฉบับ (Manuscript)
- 2 ส่งบทความต้นฉบับ 1 ฉบับ และไฟล์บทความ ทาง E – Mail : Pai.on1971@gmail.com
- 3 กรอกเอกสาร ใบใบแจ้งความประสงค์ส่งบทความตีพิมพ์ พร้อมบทความต้นฉบับ 1 ฉบับ แล้วส่งมาที่

ดร.ไพรัตน์ อ้นอินทร์ (บรรณาธิการวารสารวิชาการป้องกันและควบคุมโรค)

กลุ่มพัฒนาวิชาการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดพิษณุโลก

เลขที่ 306 ถนนพิษณุโลก-วัดโบสถ์

ต.หัวรอ อ.เมือง

จ.พิษณุโลก 65000

การรับเรื่องต้นฉบับ

- 1 เรื่องที่รับไว้ บรรณาธิการจะแจ้งตอบรับเบื้องต้น ให้เจ้าของผลงานทราบ
- 2 บรรณาธิการจะจัดส่งบทความกลับคืนเจ้าของผลงาน กรณีที่มีการแก้ไข
- 3 การรับบทความลงตีพิมพ์จะอยู่ในดุลพินิจของกองบรรณาธิการ โดยผลงาน

ที่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์จะแจ้งให้ทราบอีกครั้ง เป็นหนังสือราชการ และเมื่อตีพิมพ์แล้ว จะส่งสำเนาบทความ (Re-print) ให้เจ้าของผลงาน 3 ชุด และวารสารฉบับจริง 1 ฉบับ ในทางตรงกันข้ามหากผลงานพิจารณาแล้วไม่รับลงตีพิมพ์ จะแจ้งให้ทราบเป็นหนังสือราชการ

4. กำหนดการรับต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ โดยผ่านกระบวนการที่เป็นไปตามเงื่อนไข

4.1 ส่งต้นฉบับภายในวันที่ 28 กุมภาพันธ์ ผลงานจะได้ตีพิมพ์เผยแพร่ ในฉบับที่ 1

4.2 ส่งต้นฉบับภายในวันที่ 15 สิงหาคม ผลงานจะได้ตีพิมพ์เผยแพร่ ในฉบับที่ 2

การเตรียมนิพนธ์ต้นฉบับ(Manuscript)

วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.9 พิษณุโลก (Journal of Disease Prevention and Control : DPC 9th Phitsanulok) จัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่ความรู้ ผลงานวิชาการและนวัตกรรมด้านป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพ รวมทั้งเป็นสื่อประสานงานและส่งข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อบุคลากรสาธารณสุข โดยยินดีรับรายงานการวิจัย บทความปริทัศน์ และรายงานผู้ป่วย ซึ่งยังไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน หรือไม่อยู่ในระหว่างส่งไปขอรับการตีพิมพ์ในวารสารอื่น และกองบรรณาธิการพิจารณาแล้วมีความเหมาะสมในการตีพิมพ์

กองบรรณาธิการ ขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับ โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาอ่านให้มีคุณภาพและมีความเหมาะสม ก่อนลงตีพิมพ์ ซึ่งข้อความต่างๆ ที่ผู้เขียนบทความนำเสนอ ถือ

เป็นความเห็นส่วนตัว โดยกองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วยเสมอไป ผู้ที่มีความประสงค์ส่งผลงานเพื่อลงตีพิมพ์ ต้องเตรียมผลงานต้นฉบับให้ได้มาตรฐาน ตามข้อกำหนดของประเภทบทความ ดังคำแนะนำต่อไปนี้

การเตรียมต้นฉบับ

การเตรียมบทความ ให้เจ้าของผลงานพิมพ์ด้วยอักษร Angsana New ขนาดอักษร 16 ใน Microsoft Word 97-2003 ใส่กระดาษหน้าเดียวลงบนกระดาษ ขนาด A4 พิมพ์เนื้อหาแบบแถวเดียว (Single Column) มีเลขกำกับหน้าที่มุมขวามบนทุกหน้า ตั้งขอบกระดาษทุกด้าน 2.5 เซนติเมตร จำนวนหน้าไม่เกิน 14 หน้า (รวมเอกสารอ้างอิง) ตามคำแนะนำเพิ่มเติมดังนี้

1 ภาษา ให้ใช้ภาษาไทย อนุโลมให้ใช้ภาษาอังกฤษได้เฉพาะที่ไม่มีคำแปลในพจนานุกรม ฯ โดยใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด ยกเว้นเป็นชื่อเฉพาะที่ขึ้นต้นด้วยตัวพิมพ์ใหญ่

2 ตัวเลข กรณีการเขียนค่าสถิติร้อยละ ให้ใช้ทศนิยม 1 ตำแหน่ง

3 ตารางและรูปภาพ ให้พิมพ์แยกจากเนื้อหาลงในกระดาษต่างหากจากบทความ

และให้มีความสมบูรณ์ในตัว อ่านเข้าใจง่าย ไม่ซ้ำซ้อนหรือมากเกินไปจนความจำเป็น ระบุหมายเลขกำกับ มีชื่อตารางและชื่อรูปภาพ โดยสามารถเชื่อมโยงกับเนื้อหาให้ตรวจสอบได้สะดวก

การพิสูจน์อักษร เจ้าของผลงานต้องเป็นผู้รับผิดชอบในการตรวจสอบความถูกต้อง

นิพนธ์ต้นฉบับที่รับตีพิมพ์ แบ่งเป็น 4 ประเภท

1. บทบรรณาธิการ (Editorial)

เป็นบทความที่เขียนจาก การรวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่ง จากผลงานวิจัยของตัวเอง และผลงานผู้อื่น ในวารสาร วิชาการที่ตีพิมพ์เผยแพร่แล้ว ซึ่งรับตีพิมพ์เฉพาะบรรณาธิการเกียรติคุณ หรือกองบรรณาธิการ เท่านั้น

2. บทความปริทัศน์ หรือบทความฟื้นฟูวิชาการ (Review Article)

เป็นบทความที่เขียนจาก การรวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่ง จากงานวิจัยของตัวเอง และผลงานผู้อื่น ในวารสาร วิชาการที่ตีพิมพ์เผยแพร่แล้ว หรือจากหนังสือวิชาการ ทั้งในและต่างประเทศ มีการวิเคราะห์ วิจัย เสนอแนวคิด เป็นองค์ความรู้ใหม่ มีส่วนประกอบตามลำดับ ดังนี้คือ

- ชื่อเรื่อง อ่านเข้าใจง่าย มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

- ชื่อผู้นิพนธ์ เขียนชื่อ นามสกุล ตัวอักษรมหาบัณฑิตสูงสุด มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

- บทคัดย่อ มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ มีความสมบูรณ์ใน 1 หน้า

- คำสำคัญ เขียนเป็นคำหรือวลีสั้นๆ มีทั้งภาษาไทยและอังกฤษ 3-5 คำ

- เนื้อหาบทความปริทัศน์ ให้แบ่งเป็นส่วน ๆ เริ่มจาก บทนำ วัตถุประสงค์ แล้วอธิบายข้อมูลเกี่ยวกับการทบทวนเอกสาร และการรวบรวมข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ ที่ก่อให้เกิดแนวคิดใหม่

- วิเคราะห์และสรุป เขียนอภิปราย ผสมผสานกับข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในทางวิชาการ

- กิตติกรรมประกาศ เขียนขอบขอบคุณคนที่ให้ความช่วยเหลือเป็นกรณีพิเศษ หน่วยงานที่สนับสนุน ด้วยเนื้อหาที่กระชับ ชัดเจน

- เอกสารอ้างอิง การอ้างอิงในเนื้อหามีความทันสมัยใช้ระบบ The Vancouver style 2008

โดยใช้ตัวเลขในวงเล็บเป็นตัวยก หลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของบทความที่อ้างถึง โดยใช้เลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงลำดับแรกและเรียงต่อไปตามลำดับ สอดคล้องกับลำดับการอ้างอิงท้ายบทความ

3 รายงานการวิจัย (Research Article)

เป็นบทความรายงานการวิจัยหรือรายงานวิจัยที่เป็นต้นฉบับ (Original Article)

ที่ดำเนินการแล้วเสร็จ มีส่วนประกอบตามลำดับ ดังนี้คือ

- **ชื่อเรื่อง** สอดคล้องกับเนื้อเรื่อง กระชับ สื่อให้เห็นตัวแปรที่ศึกษาชัดเจน เข้าใจง่าย มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- **ชื่อผู้พิมพ์** เขียนชื่อ นามสกุล ด้วยอักษการศึกษาสูงสุด มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ หน่วยงานที่ทำงานอยู่ กรณีมีหลายคนให้เรียงลำดับตามสัดส่วนดำเนินการจากมากที่สุด ไปหาน้อยที่สุด
- **บทคัดย่อ** มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใจความสมบูรณ์ใน 1 หน้า โดยให้เขียนเป็นความเรียง มีส่วนประกอบดังนี้ วัตถุประสงค์ วัสดุและวิธีการ ผลการศึกษา วิเคราะห์ สรุป ข้อเสนอแนะ คำสำคัญอยู่ในหน้าเดียวกัน
- **คำสำคัญ** เขียนเป็นคำหรือวลีสั้นๆ มีทั้งภาษาไทยและอังกฤษ 3-5 คำ
- **บทนำ** อธิบายความสำคัญของปัญหา ผลการวิจัยจากแหล่งอื่นที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้ข้อสรุปมาบ้างแล้ว วัตถุประสงค์ สมมุติฐาน(ถ้ามี) และขอบเขตการวิจัย
- **วิธีการ** ระบุรูปแบบการวิจัย ประชากร กลุ่มตัวอย่าง วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ วิธีเก็บข้อมูล วิธีวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้
- **ผล** อธิบายข้อค้นพบ แปลผลจากการวิเคราะห์ มุ่งเน้นตามวัตถุประสงค์ อาจมีตาราง ภาพประกอบตามความจำเป็น ไม่เกิน 4-6 ตารางหรือภาพ
- **วิจารณ์** เขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามสมมุติฐานหรือไม่ สอดคล้องกับทฤษฎี หรืองานวิจัยที่ผ่านมาอย่างไร ผสมผสานกับข้อเสนอแนะทางวิชาการ
- **สรุป** เขียนสรุปเกี่ยวกับความสำคัญของปัญหาการวิจัย สรุปผลให้ตรงประเด็น ตามคำถามวิจัยและวัตถุประสงค์การวิจัย
- **กิตติกรรมประกาศ**
เขียนขอบขอบคุณบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือเป็นกรณีพิเศษ
หน่วยงานที่สนับสนุนทุนวิจัย ด้วยเนื้อหาที่กระชับ ชัดเจน

- เอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงในเนื้อหาที่มีความทันสมัยและครบถ้วน ใช้ระบบ The Vancouver style 2008 โดยใส่ตัวเลขในวงเล็บเป็นตัวยก หลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของบทความที่อ้างอิง โดยใช้เลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงลำดับแรกและเรียงต่อไปตามลำดับ สอดคล้องกับลำดับการอ้างอิงท้ายบทความ

4 รายงานผู้ป่วย (Case Report)

เป็นผลงานวิชาการที่มีข้อมูลของกรณีตัวอย่างเกี่ยวกับผู้ป่วยซึ่งมีลักษณะด้านอาการ ผลการตรวจรักษา ผิดแปลกไปจากกรณีอื่นๆ เพื่อประโยชน์ในการป้องกัน การตรวจรักษา บำบัด รวมทั้งเป็นการเตือนทางวิชาการ เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ องค์กรประกอบมีดังนี้

- ชื่อเรื่อง สอดคล้องกับเนื้อเรื่อง กระชับ เข้าใจง่าย มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- ชื่อผู้นิพนธ์ เขียนชื่อ นามสกุล ด้วยอักษการศึกษาสูงสุด มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
หน่วยงานที่ทำงานอยู่ กรณีมีหลายคนให้เรียงลำดับตามสัดส่วนดำเนินการ
- บทคัดย่อ มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใจความสมบูรณ์ใน 1 หน้า
- คำสำคัญ เขียนเป็นคำหรือวลีสั้นๆ มีทั้งภาษาไทยและอังกฤษ 3-5 คำ
- บทนำ อธิบายความสำคัญของปัญหา
- รายงานผู้ป่วย ซึ่งบอกลักษณะอาการผู้ป่วย ผลการตรวจ(Findings) การรักษาและผลการรักษา บำบัด
- วิจารณ์ เขียนอภิปราย ผสมผสานกับข้อเสนอแนะทางวิชาการอย่างมีขอบเขต
- สรุป เขียนสรุปเกี่ยวกับความสำคัญ สรุปผลให้ตรงประเด็น
- กิตติกรรมประกาศ เขียนขอบคุณบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือเป็นกรณีพิเศษ หน่วยงานที่สนับสนุน
กระชับ ชัดเจน

- เอกสารอ้างอิง การอ้างอิงในเนื้อหาที่มีความทันสมัยและครบถ้วน ใช้ระบบ The Vancouver style 2008 โดยใส่ตัวเลขในวงเล็บเป็นตัวยก หลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของบทความที่อ้างอิง โดยใช้เลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงลำดับแรกและเรียงต่อไปตามลำดับ สอดคล้องกับลำดับการอ้างอิงท้ายบทความ

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ

- การอ้างอิงจากวารสาร

- ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร. ปีที่พิมพ์; ปีที่ : หน้าแรก-หน้าสุดท้าย. เช่น
- วิทยา สวัสดิภูมิพงษ์. การสำรวจความครอบคลุมและการใช้บริการตรวจหาเชื้อไวรัส HIV ในกลุ่มสตรีอาเภอแม่สอด จังหวัดตาก ปี 2540. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2541; 7: 20-26.
- Fisschl MA, Dickinson GM, Scott GB. Evaluation of heterosexual partners,
Children household contacts of adult with AIDS, JAMA 1987; 257: 640-644.

- การอ้างอิงจากหนังสือหรือตำรา

ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์ ; ปีที่พิมพ์. เช่น
ยง ภู่วรรณ. วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี. กรุงเทพมหานคร:แม็กซิสโฮลดิ้ง; 2542.

- การอ้างอิงจากวิทยานิพนธ์

ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง [ประเภทปริญญา]. ภาควิชา, คณะ, เมือง: มหาวิทยาลัย ; ปีที่รับปริญญา. เช่น
ชัชชัย ชาติ. ต้นทุนการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลรัฐบาล:ศึกษาเฉพาะกรณีตัวอย่าง 4 โรงพยาบาลใน
เขตกรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ปริญญาเศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต). ภาควิชาเศรษฐศาสตร์,
บัณฑิตวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2530.

- การอ้างอิงบทความจากหนังสือพิมพ์

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ชื่อหนังสือพิมพ์ วัน เดือน ปี ที่พิมพ์ ; ส่วนที่ : เลขหน้า. เช่น
เพลิงมรกต. หมอ. หนังสือพิมพ์ไทยรัฐ วันที่ 30 สิงหาคม 2546; (คอลัมน์ 5).

- การอ้างอิงบทความจากวิดีโอทัศน์

ชื่อเรื่อง (วิดีโอทัศน์).เมืองที่ผลิต ; แหล่งผลิต ; ปีที่ผลิต. เช่น
HIV+AIDS : the facts and the future (Videocassette).St. Louis (MO) : Mosby-Year Book ; 1995.

- การอ้างอิงบทความจากอิเล็กทรอนิกส์

ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร (ชนิดของสื่อ) ปีที่พิมพ์ (วัน เดือน ปี ที่ค้นข้อมูล) ; ปีที่ (เล่มที่)
: (จำนวนภาพ). แหล่งข้อมูล. เช่น

1.บทความวิชาการในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg infect Dis (Serial online) 1995 Jan-Mar
(cited 1996 Jun 5) ; 1(1) : (24 screens). Available from : URL : <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>.

2. รายงานวิจัยในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์

CDI, clinical de3rmaology illustrated (monograph on CD-ROM). Reeves JRT, Maibach H.
CMEA Multimedia Group, producers. 2nd ed. Version 2.0 San Diego : CMEA ; 1995

3. เพิ่มข้อมูลคอมพิวเตอร์

Hemodynamics III : the ups and down of hemodynamics (computer program).Version 2.2
Orlando (FL) : Computerized Educational Systems ; 1993.

- การอ้างอิงจากรายงานการวิจัย พิมพ์โดยผู้ให้ทุน

ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. เมืองที่พิมพ์ : หน่วยงานที่พิมพ์/แหล่งทุน : ปีที่พิมพ์. เลขที่รายงาน. เช่น
ศุภชัย คุณารัตน์พฤกษ์, ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. การพัฒนากลไกการจ่ายเงินที่มีประสิทธิภาพ
ในระบบสาธารณสุขด้วยกลุ่มวินิจัยโรคร่วม. กรุงเทพมหานคร : กองโรงพยาบาลภูมิภาค/
สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย/ องค์การอนามัยโลก ; 2540.

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ (External Reviewer) ประเมินผลงานวิจัย

วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.9 พิษณุโลก

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 ตุลาคม 2555 - มีนาคม 2556 Volume 1 No.1 October 2012-March 2013

- | | |
|------------------------------------|---|
| 1. ศ.นพ.ดร.สุกฤษดิ์ พรรณนารุโณทัย | คณะแพทยศาสตร์ |
| 2. พอ.นพ.ทวีศักดิ์ นพเกษร | คณะแพทยศาสตร์ |
| 3. ผศ.ดร.ทวีศักดิ์ ศิริพรไพบูลย์ | ภาคคณิตศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์ |
| 4. ผศ.ดร.เกตุจันทร์ จำปาไชยศรี | ภาคคณิตศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์ |
| 5. รศ.ดร.พัชรินทร์ สิริสุนทร | ภาควิชามานุษยวิทยาและสังคม คณะสังคมศาสตร์ |
| 6. ผศ.ดร.มนตรี กรรพุมมาลย์ | ภาควิชามานุษยวิทยาและสังคม คณะสังคมศาสตร์ |
| 7. ดร.กวินธร เสถียร | ภาควิชามานุษยวิทยาและสังคม คณะสังคมศาสตร์ |
| 8. รศ.ดร.อัญชลี วงษ์วัฒนา | คณะมนุษยศาสตร์ |
| 9. ผศ.ดร.นงนุช โอปะ | คณะพยาบาลศาสตร์ |
| 10. ผศ.ดร.ปิยรัตน์ นุ่มพิทักษ์พงศ์ | คณะเภสัชศาสตร์ |
| 11. รศ.ดร.ณรร ชัยยาคุณาพฤกษ์ | คณะเภสัชศาสตร์ |
| 12. รศ.ดร.ศิริพรรณ สารินทร์ | ภาควิชาจุลชีววิทยาและปรสิตวิทยา |
| 13. ดร.นพ.ภูติ เทชาติวัฒน์ | คณะสาธารณสุขศาสตร์ |
| 14. ดร.ศรีวิไลซ์ วรรณรัตน์วิจิตร | คณะสาธารณสุขศาสตร์ |
| 15. รศ.ดร.ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน | คณะสาธารณสุขศาสตร์ |
| 16. ดร.ถาวร มาด้น | คณะสาธารณสุขศาสตร์ |
| 17. ดร.ปัทมา สุพรรณกุล | คณะสาธารณสุขศาสตร์ |
| 18. ดร.ธนศ กนกเทศ | คณะสาธารณสุขศาสตร์ |
| 19. รศ.ดร.นวรรตน์ สุวรรณผ่อง | คณะสาธารณสุขศาสตร์ |
| 20. ผศ.ดร.มนทา เก่งการพานิชย์ | คณะสาธารณสุขศาสตร์ |
| 21. รศ.ดร.วัช บุญยมนิ | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร |
| 22. ผศ.ดร.สมตระกูล ราศิริ | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร |

