

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

วัตถุประสงค์

เพื่อเผยแพร่บทความวิชาการที่เกี่ยวกับการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่สนับสนุนการดำเนินงานในเขตสุขภาพที่ 9 และเพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างนักวิชาการและบุคลากรทางด้านสาธารณสุข

สำนักงาน

กลุ่มพัฒนางานวิชาการ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9

อ.เมือง จ.นครราชสีมา

โทร 044-212900 ต่อ 147

โทรสาร 044-255211

E-mail : JournalDPC9@gmail.com

Website <http://www.odpc9.org>

ที่ปรึกษา

1. ศ.นพ.ธีระ รามสูต
2. นพ.กฤษฎา มโหทาน

บรรณาธิการอำนวยการ

นพ.ธีรวัฒน์ วลัยเสถียร

บรรณาธิการ

นางสาวสุชัญญา มานิตยศิริกุล

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นางญาดา โตอุตชนม์

ฝ่ายจัดการ

1. นางดวงจันทร์ จันทรเมือง
2. น.ส.สุทธิลักษณ์ หนูรอด
3. นางสาวกรรณิกา บัวทะเล

กองบรรณาธิการนอกหน่วยงาน

1. ศ.เกียรติคุณ ดร.พันธุ์ทิพย์ รามสูต
สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ
2. รศ.ดร.โยธิน แสงดี มหาวิทยาลัยมหิดล
3. รศ.ดร.บัณฑิต ถิ่นคำรพ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
4. รศ.อรุณ จิรวรรณกุล มหาวิทยาลัยขอนแก่น
5. ผศ.ดร.สุชาดา รัชชกุล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
6. ผศ.ดร.มณฑา เก่งการพานิช มหาวิทยาลัยมหิดล
7. ผศ.ดร.ทัศนีย์ ศิลาวรรณ มหาวิทยาลัยมหิดล
8. ดร.เพ็ญศรี รักวงศ์ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
9. ดร.สังสิทธิ์ สังวรโยธิน มหาวิทยาลัยมหิดล
10. นายสุรชัย ศิลาวรรณ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
11. ผศ.ดร.หนึ่งหทัย ขอผลกลาง มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
12. ผศ.ดร.ศุภวรรณ มโนสุนทร นักวิชาการอิสระ
13. ดร.ธีระวุธ ธรรมกุล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

กองบรรณาธิการในหน่วยงาน

1. นพ.บุญเลิศ ศักดิ์ชัยนันท์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
2. พญ.เพชรวรรณ พึ่งรัมย์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
3. นางกาญจนา ยิงขาว สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นม.
4. นางนันทนา แท้ประเสริฐ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นม.

กำหนดออกเผยแพร่

2 ฉบับ

เดือนตุลาคม - มีนาคม

เดือนเมษายน - กันยายน

จำนวน

150 เล่ม

พิมพ์ที่

หจก. เลิศศิลป์ สาสน์ โฮลดิ้ง

336 ถ.สุรนารี ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30000

โทรศัพท์ 044-252883

โทรสาร 044-342238

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ตีพิมพ์ปีละ 2 ครั้ง เผยแพร่บทความวิชาการเกี่ยวกับการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ รายละเอียดเกี่ยวกับการส่งบทความหรือรายงานการวิจัยเพื่อลงตีพิมพ์ ศึกษาได้จากคำแนะนำสำหรับผู้เขียนซึ่งอยู่ด้านหลังของวารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 ทุกฉบับ ทางกองบรรณาธิการจะไม่พิจารณาตีพิมพ์บทความหรือรายงานการวิจัย ถ้าไม่ได้เขียนในรูปแบบคำแนะนำ และบทความที่ได้ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 แล้ว ไม่สามารถนำไปเผยแพร่ในวารสารวิชาการอื่นๆ ได้

ส่งผลงาน/บทความ/รายงานการวิจัยมายัง

งานวิจัยและพัฒนาระบบวิชาการ กลุ่มพัฒนาวิชาการ
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา
อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30000

ลิขสิทธิ์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา Website <http://www.odpc9.org>

สารบัญ / Content

ปีที่ 24 ฉบับที่ 1 เดือนตุลาคม 2560 - มีนาคม 2561

1. การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโรคจากอาหารเป็นสื่อในโรงเรียน : ระบบที่พึงประสงค์ Development of Surveillance and Response Systems for Foodborne Illness in School : Desirable Systems เฉลิมพร เทพหัสดิน ณ อยุธยา	5
2. การเสริมสร้างพลังภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนในการพัฒนาความสำเร็จของการรักษาวัณโรคในตำบลกลางดง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา Empowering the Community Health Network for the Successful Development of Tuberculosis Treatment in Klang Dong Sub-district, Pak Chong District, Nakhon Ratchasima Province รุจิเรข ล้อไป.....	15
3. รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ บ้านหนองโดนน้อย ตำบลโคกลำม อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ The Elderly Care Model in Bannongdonnoy Village Koklam Sub-district. Lamplaimat district, Buriram province คันสนีย์ แสงสุข.....	25
4. การศึกษาระยะเวลาตรวจวินิจฉัยจนถึงเริ่มรักษาผู้ป่วยวัณโรคื้อยาหลายขนานเปรียบเทียบจากการวินิจฉัย โดยใช้วิธี Xpert MTB/RIF, Line Probe Assay และ phenotypic DST: กรณีศึกษาจังหวัดนครราชสีมา 1 ตุลาคม 2554- 31 มีนาคม 2560 A Comparative Study on Duration from MDR-TB Diagnosis to Treatment Initiation by Using Three Difference Xpert MTB/RIF, Line Probe Assay and Phenotypic DST: A Case Study from Nakhon Ratchasima Province 1 st October 2012 - 31 st March 2017 สุผล ติตยันทพร	35
5. การพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับโดยชุมชนในชุมชนแห่งหนึ่งของตำบลละหาน อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ Model Development for Community-based Prevention and Control of Opisthorchiasis in A Community of Lahan Sub-district, Chatturat, Chaiyaphum ธีรศักดิ์ พรหมพินิจ	46
6. ประสิทธิภาพของรูปแบบการพัฒนาตลาดสดปลอดภาชนะโฟมบรรจุอาหารในตลาดแห่งหนึ่ง กรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2558 Effectiveness of the Model to Develop Market without Foam Tray For Food Container at the Market in Bangkok เอกชัย ชัยเดช	55
7. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยทีมหมอครอบครัวระดับชุมชนตำบลโนนเมือง อำเภอขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา The Development of an Elderly Health Care Model by the Family Care Team at Nonmueang Sub-district, Khamsakaesang District, Nakhonratchasima Province. พนิดา เทียงสันเทียะ	64
8. ผลของโปรแกรมขับขี่ปลอดภัยในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรจากรถจักรยานยนต์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏ มหาสารคาม Effects of Driving Safety Program of Motorcycle Accident Prevention among Student In Rajabhat Mahasarakham University วรวิศา ภูผิวแก้ว.....	76
9. ผลของโปรแกรมการป้องกันนักสูบบุหรี่ใหม่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตเทศบาลเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด Effects of the Program for Protection the New Smokers among Secondary School Students in Roi-Et Municipal, Roi-Et Province สุวัชรนีย์ สุนักดิ์	86
ท้ายเล่ม คำแนะนำสำหรับผู้เขียน.....	96

บรรณาธิการแถลง

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา ฉบับนี้เป็นฉบับที่ 1 ของปีงบประมาณ 2561 ได้รวบรวมบทความวิชาการที่น่าสนใจ ซึ่งได้ผ่านการกลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างเข้มข้นจำนวน 9 เรื่อง นำเสนอเนื้อหาบทความวิชาการเกี่ยวกับการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโรคจากอาหารเป็นสื่อในโรงเรียน การเสริมสร้างพลังภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนในการพัฒนาความสำเร็จของการรักษาวัณโรค รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การศึกษาระยะเวลาตรวจวินิจฉัยจนถึงเริ่มรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานเปรียบเทียบจากการวินิจฉัยโดยใช้วิธี Xpert MTB/RIF, Line Probe Assay และ phenotypic DST การพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับโดยชุมชน ประสิทธิภาพของรูปแบบการพัฒนาตลาดสดปลอดภัยชุมชนโพมบรรจอาหาร การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยทีมหมอครอบครัวระดับชุมชน ผลของโปรแกรมขับขับไล่พยาธิในการป้องกันอุบัติภัยจากรถจักรยานยนต์ของนักศึกษา ผลของโปรแกรมการป้องกันนักสูบบุหรี่หน้าใหม่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

ขอขอบพระคุณทุกท่านที่สนใจวารสารฯ และร่วมเสนอบทความวิชาการในวารสารขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านในแต่ละสาขาหลากหลายสถาบันที่ช่วยให้ข้อเสนอแนะ ทำให้บทความมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น หากท่านผู้อ่านได้ข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาของวารสารฉบับนี้ไปใช้ประโยชน์ คณะผู้จัดทำฯ จะรู้สึกเป็นเกียรติมากที่ได้สร้างคุณประโยชน์แก่หน่วยงาน และวงการสาธารณสุขในการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ต่อไป

นางสาวสุชัญญา มานิตยศิริกุล
บรรณาธิการ

การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโรคจากอาหารเป็นสื่อ ในโรงเรียน : ระบบที่พึงประสงค์

Development of Surveillance and Response Systems for Foodborne Illness in School : Desirable Systems

เฉลิมพร เทพหัสติน ณ อยุธยา¹ และสมคิด ปราบภัย¹

Chalermpon Devahastin Na Ayutthaya¹ and Somkid Prabpai¹

¹สาขาวิชาสุขศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

¹Health Education Program, Faculty of Education, Kasetsart University

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ของงานวิจัยนี้คือการสร้างระบบเฝ้าระวังตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโรคจากอาหารเป็นสื่อในโรงเรียน ที่เป็นที่ยอมรับของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้มีส่วนร่วมในโครงการประกอบด้วย ผู้บริหารโรงเรียน ครูอนามัยโรงเรียน นักเรียน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมโรค ดำเนินการวิจัยใช้รูปแบบวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เก็บข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม และประเมินผลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลสรุปได้ว่าระบบการเฝ้าระวังตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโรคจากอาหารเป็นสื่อที่เป็นที่ยอมรับของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีองค์ประกอบหลัก 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การกำกับติดตามการดำเนินงานโดยให้การจัดตั้งคณะกรรมการเฝ้าระวังและการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโรคจากอาหารเป็นสื่อในโรงเรียน 2) คณะทำงานซึ่งประกอบด้วยครูอนามัยและนักเรียนแกนนำเพื่อเฝ้าระวังและตอบโต้ จากภาวะฉุกเฉินโรคจากอาหารเป็นสื่อในโรงเรียน 3) ระบบสารสนเทศในการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์และรายงานผลการเฝ้าระวังโรคจากอาหารเป็นสื่อในโรงเรียน และ 4) การสื่อสารความเสี่ยง 5) การดำเนินการควบคุมโรคและแก้ไขความเสี่ยงต่อการเกิดโรค องค์ประกอบของระบบที่พึงประสงค์นี้มีผลการประเมินคุณภาพอยู่ในระดับสูง

คำสำคัญ : เฝ้าระวัง, ตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน, โรคจากอาหารเป็นสื่อ

Abstract

The objective of this research is to create the system of desirable surveillance and public health emergency response in disease from food as a media in school with cooperative participants, in which the corresponding in the program include school administrators, sanitary teachers, students, public health staffs, and specialists in disease control. The research methodology undergoes through Participatory Action Research using data collection from focus group discussion and assessment using qualify questionnaire. Then, analysis the data in term of qualitative and descriptive achieve including mean and standard deviation. The result shown that the system of desirable surveillance and public health emergency response in disease from food as a media in school with cooperative participants compose of 5 main elements; 1) Management and follow up the operation by appointment of the system of surveillance and public health emergency response in disease from food as a media in school with cooperative participants committee. 2) Core working group members consist of sanitary teachers and students were appointing for surveillance and public health emergency response in disease from food. 3) Information system in gathering, analyzing, and reporting surveillance and public health emergency response in disease from food. 4) Risk Communication 5) Disease control of risk factors, proceeding and risk management to composition of desirable system shown high quality assessment.

Key words : surveillance, public health emergency, food borne

บทนำ

อาหารและน้ำเป็นปัจจัยหลักในการดำรงชีวิตของมนุษย์ที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพโดยตรง หากรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำที่ไม่สะอาดมีการปนเปื้อนเชื้อโรค หรือสารเคมีเข้าไปจะก่อให้เกิดโรคจากอาหารเป็นสื่อได้ เช่น โรคอาหารเป็นพิษ โรคอุจจาระร่วง ซึ่งโรคติดต่อเหล่านี้สามารถแพร่กระจายได้อย่างรวดเร็ว และมีความรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบผู้ป่วยด้วยโรคจากอาหารเป็นสื่อทั่วโลกประมาณ 1,700 ล้านรายต่อปี⁽¹⁾ ในส่วนของประเทศไทยสำนักกระบาดวิทยาได้รายงานจากอาหารเป็นสื่อปี พ.ศ. 2559 ได้แก่ โรคอุจจาระร่วงพบผู้ป่วยจำนวน 1,074,802 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 1,650.37 ต่อแสนประชากร และเสียชีวิต 9 ราย โรคอาหารเป็นพิษ 18,022 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 27.55 ต่อแสนประชากร เมื่อพิจารณาด้านการระบาดของโรค ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 – 2556 พบจำนวนทั้งสิ้น 117 เหตุการณ์ เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในโรงเรียนร้อยละ 34.20 เกิดในกิจกรรมการเข้าค่ายร้อยละ 6.83⁽²⁾

จากข้อมูลสถิติการเกิดโรคจากอาหารเป็นสื่อข้างต้น การระบาดในโรงเรียนมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย ได้แก่ การรับประทานอาหารที่ประกอบขึ้นในโรงครัวของโรงเรียน การชายน้ำดื่มที่ใส่น้ำแข็ง และการรับประทานพืชมีพิษ⁽³⁾ การจัดเก็บนมในกล่องโฟม รวมถึงพฤติกรรมสุขวิทยาส่วนบุคคล⁽⁴⁾ ถึงแม้ว่าจะมีการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันโรคจากอาหารเป็นสื่อด้วยโครงการต่างๆ เช่น กรมอนามัยได้พัฒนาเกณฑ์การดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพให้ครอบคลุมแนวทางในการป้องกันโรคจากอาหารเป็นสื่อ เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่เอื้อต่อสุขภาพ และการดำเนินงานด้านโภชนาการและอาหารที่ปลอดภัย⁽⁵⁾ กรมควบคุมโรคได้พัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคอุจจาระร่วงโดยได้ดำเนินการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กด้วยการมีส่วนร่วมของครู ผู้ปกครอง และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น⁽⁶⁾ แต่ปัญหาการระบาดของโรคจากอาหารเป็นสื่อในโรงเรียนก็ยังคงเกิดขึ้นในหลายพื้นที่ เช่น กรณีการระบาดของโรคอาหารเป็นพิษในโรงเรียนเทศบาลแก้งคร้อ เมื่อเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2557 มีนักเรียนอาการป่วย 51 คน คิดเป็นร้อยละ 11.51 ของนักเรียนทั้งหมด⁽⁷⁾ ซึ่งโรงเรียนเทศบาลแก้งคร้อได้ดำเนินโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ และได้รับการประเมินเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง แสดงให้เห็นว่ามาตรการในโครงการไม่อาจจะป้องกันโรคจากอาหารเป็นสื่อได้ โดยส่วนหนึ่งน่าจะเกิดจากการขาดความรู้ ขาดการเฝ้าระวังและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโรคจากอาหารเป็นสื่อ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบจากมาตรการดังกล่าวมาใช้ในการเฝ้าระวังและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินสำหรับโรคจากอาหารเป็นสื่อในโรงเรียนที่เป็นที่พึงประสงค์ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อเป็นแนวทางในการเฝ้าระวังและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน และลดการระบาดของโรคจากอาหารเป็นสื่อในโรงเรียนต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียประกอบด้วย รองผู้อำนวยการโรงเรียน ครูอนามัยโรงเรียน นักเรียนแกนนำ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และนักวิชาการศึกษาในโรงเรียนเทศบาลแก้งคร้อ อำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ เพื่อสร้างระบบเฝ้าระวังและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโรคจากอาหารเป็นสื่อในโรงเรียน โดยมีลำดับขั้นตอนในการดำเนินการศึกษาดังนี้

1) ทบทวนวรรณกรรมตามแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดทำร่างระบบเฝ้าระวังและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน โรคจากอาหารเป็นสื่อในโรงเรียน ตลอดจนแนวทางการดำเนินงาน

2) จัดประชุมสนทนากลุ่มร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ดังนี้

ครั้งที่ 1 เพื่อทบทวนการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค จากการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคจากอาหารเป็นสื่อในโรงเรียน

ครั้งที่ 2 เพื่ออภิปรายร่างระบบเฝ้าระวังและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโรคจากอาหารเป็นสื่อในโรงเรียน

ครั้งที่ 3 เพื่อปรับปรุงแก้ไขร่างระบบเฝ้าระวังและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโรคจากอาหารเป็นสื่อในโรงเรียน

3) ประเมินคุณภาพร่างระบบฯ โดยผู้เชี่ยวชาญด้วยแบบประเมิน ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า เกณฑ์การประเมินคุณภาพเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ระดับคุณภาพ
3.8 – 5.0	ระดับสูง
2.4 – 3.7	ระดับปานกลาง
1.0 – 2.3	ระดับต่ำ

4) ปรับปรุง แก้ไขร่างระบบเฝ้าระวังและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโรคจากอาหารเป็นสื่อในโรงเรียน

ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

ระบบเฝ้าระวังและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโรคจากอาหารเป็นสื่อในโรงเรียนที่พึงประสงค์ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย แสดงดังภาพที่ 1 ซึ่งเมื่อจำแนกองค์ประกอบของระบบจะประกอบด้วย 5 องค์ประกอบดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 การกำกับและติดตามการดำเนินงาน เป็นองค์ประกอบที่มีบทบาทหน้าที่ในการขับเคลื่อน การดำเนินงาน การกำกับติดตาม ให้ความช่วยเหลือ และประสานงานเครือข่ายในการดำเนินการเฝ้าระวังโรคจากอาหารเป็นสื่อในโรงเรียน การดำเนินงานตามองค์ประกอบนี้ต้องมีการจัดตั้งคณะกรรมการเฝ้าระวัง และตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโรคจากอาหารเป็นสื่อในโรงเรียน ประกอบด้วยคณะบุคคลต่างๆ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 องค์ประกอบคณะกรรมการเฝ้าระวังและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโรคจากอาหารเป็นสื่อในโรงเรียน

คณะบุคคลที่เกี่ยวข้อง	บทบาทหน้าที่ในคณะกรรมการ
ผู้อำนวยการโรงเรียน	ประธาน
รองผู้อำนวยการฝ่ายวิชาการ	รองประธาน
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	กรรมการ
ผู้แทนนักเรียน	กรรมการ
ครูอนามัยโรงเรียน	กรรมการและเลขานุการ

องค์ประกอบที่ 2 คณะทำงาน เป็นองค์ประกอบที่มีบทบาทหน้าที่ในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ในระบบเฝ้าระวังและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโรคจากอาหารเป็นสื่อในโรงเรียน ได้แก่ การรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ และรายงานผล การสื่อสารความเสี่ยง และการดำเนินการควบคุมป้องกันและแก้ไขความเสี่ยง คณะทำงานประกอบด้วยครูอนามัยโรงเรียน และนักเรียนแกนนำ ที่ผ่านการอบรมพัฒนาศักยภาพทั้งในด้านความรู้เกี่ยวกับโรคจากอาหารเป็นสื่อ ทักษะการสอบสวนโรค ทักษะการใช้ระบบสารสนเทศการเฝ้าระวังโรคจากอาหารเป็นสื่อ ทักษะการสื่อสารความเสี่ยง และดำเนินการควบคุมโรคและแก้ไขความเสี่ยงต่อการเกิดโรค การดำเนินงาน เพื่อพัฒนาศักยภาพครูอนามัยและนักเรียนแกนนำ แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพครูอนามัยและนักเรียนแกนนำในการเฝ้าระวังและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโรคจากอาหารเป็นสื่อในโรงเรียน

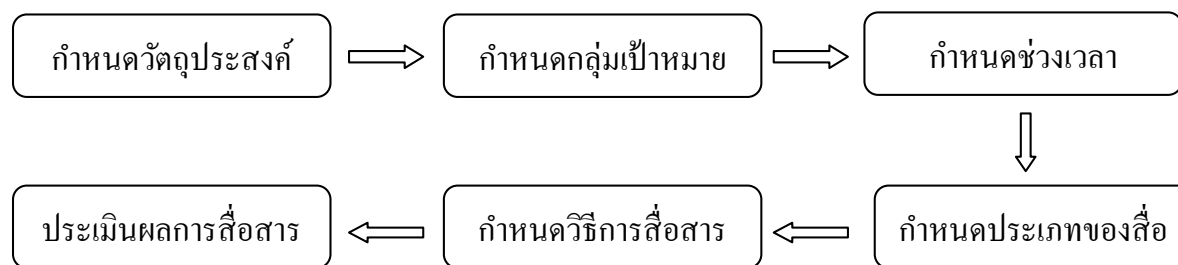
ครั้งที่	ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	วิธีดำเนินงานกิจกรรม	สื่อ วัสดุ อุปกรณ์	ระยะเวลา	เกณฑ์การประเมินผล
1	ความรู้เรื่องโรค	เพื่อให้ผู้รับการอบรมมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการป้องกันโรคจากอาหารเป็นสื่อ	สาเหตุ อาการ การติดต่อ และการป้องกันโรคจากอาหารเป็นสื่อ	บรรยายประกอบสื่อการสอน	สไลด์เรื่อง โรคจากอาหารเป็นสื่อ	1 ชม.	มีคะแนนการทดสอบร้อยละ 80 ขึ้นไป
2	จับตามองลงทำดู	เพื่อให้ผู้รับการอบรมสามารถใช้ระบบสารสนเทศในการเฝ้าระวังโรคจากอาหารเป็นสื่อในโรงเรียนได้	แนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูลวิเคราะห์ สรุปผลโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ	ฝึกปฏิบัติการใช้ระบบสารสนเทศการเฝ้าระวังโรคจากอาหารเป็นสื่อในโรงเรียน	ระบบสารสนเทศการเฝ้าระวังโรคจากอาหารเป็นสื่อ	3 ชม.	ผ่านการประเมินทักษะการใช้ระบบเฝ้าระวัง
3	การสื่อสารความเสี่ยง	เพื่อให้ผู้รับการอบรมมีทักษะในการสื่อสารความเสี่ยงได้	ความหมาย หลักการ ขั้นตอน และการประเมินผลการสื่อสารความเสี่ยง	บรรยายและฝึกปฏิบัติการการจัดกิจกรรมสื่อสารความเสี่ยง	สไลด์ เรื่อง การสื่อสารความเสี่ยง	1 ชม.	สามารถสื่อสารความเสี่ยงได้
4	การตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโรคจากอาหารเป็นสื่อ	เพื่อให้ผู้รับการอบรมมีทักษะสามารถตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโรคจากอาหารเป็นสื่อได้	การตอบโต้ ภาวะฉุกเฉิน และการสอบสวนโรคจากอาหารเป็นสื่อ	บรรยายและฝึกปฏิบัติการสอบสวนโรคจากสถานการณ์จำลอง	สไลด์ เรื่อง การตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโรคจากอาหารเป็นสื่อ	1 ชม.	ผ่านการประเมินทักษะการสอบสวนโรค

องค์ประกอบที่ 3 ระบบสารสนเทศการเฝ้าระวังโรคจากอาหารเป็นสื่อในโรงเรียน เป็นองค์ประกอบเกี่ยวกับการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากอาหารเป็นสื่อ ได้แก่ พฤติกรรมสุขวิทยาการบริโภคอาหารของนักเรียน พฤติกรรมการสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการค้าอาหาร และการจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน และสารสนเทศข้อมูลการเจ็บป่วยของนักเรียน โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากห้องพยาบาลในโรงเรียน ทั้งนี้ระบบสารสนเทศต้องสามารถบันทึกข้อมูล วิเคราะห์ และรายงานผลในรูปแบบตารางวิเคราะห์ข้อมูลและกราฟได้ โดยจัดทำในระบบออนไลน์สำหรับการดำเนินงานระบบสารสนเทศการเฝ้าระวังโรคจากอาหารเป็นสื่อในโรงเรียน มีการดำเนินงานแสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 วิธีดำเนินการจัดทำระบบสารสนเทศการเฝ้าระวังโรคจากอาหารเป็นสื่อในโรงเรียน

กิจกรรม	วิธีการดำเนินงาน
การจัดทำข้อมูลสารสนเทศพฤติกรรมเสี่ยง และการจัดการสิ่งแวดล้อม	1. ครูอนามัยและนักเรียนแกนนำสำรวจพฤติกรรมสุขวิทยาการบริโภคอาหารของนักเรียน พฤติกรรมการสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการค้าอาหารในโรงเรียน และการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคจากอาหารเป็นสื่อในโรงเรียน โดยการบันทึกข้อมูลลงในระบบสารสนเทศการเฝ้าระวังโรคจากอาหารเป็นสื่อในโรงเรียน หรือบันทึกข้อมูลลงในกระดาษแบบสอบถามก่อนก็ได้ 2. ครูอนามัยและนักเรียนแกนนำบันทึกข้อมูลที่สำคัญในระบบสารสนเทศการเฝ้าระวังโรคจากอาหารเป็นสื่อในโรงเรียน 3. ครูอนามัยและนักเรียนแกนนำจัดทำรายงานเสนอข้อมูลสารสนเทศการเฝ้าระวังโรคจากอาหารเป็นสื่อในโรงเรียนให้คณะกรรมการเฝ้าระวังและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโรคจากอาหารเป็นสื่อในโรงเรียนรับทราบข้อมูลเพื่อดำเนินการสื่อสารความเสี่ยง และดำเนินการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินกรณีเกิดความเสี่ยง
การจัดทำสารสนเทศการเจ็บป่วย	1. ครูอนามัยบันทึกการเจ็บป่วยของนักเรียนที่มารับบริการที่ห้องพยาบาลในระบบสารสนเทศการเฝ้าระวังโรคจากอาหารเป็นสื่อ 2. ครูอนามัยและนักเรียนแกนนำติดตามข้อมูลสถิติการเจ็บป่วยของนักเรียนจากระบบสารสนเทศ 3. เมื่อพบการเจ็บป่วยที่เข้าข่ายโรคจากอาหารเป็นสื่อให้ดำเนินการสอบสวนโรคเบื้องต้น 4. ประสานเจ้าหน้าที่สาธารณสุขพื้นที่เพื่อร่วมดำเนินการสอบสวน สื่อสารความเสี่ยง และตอบโต้ภาวะฉุกเฉินเพื่อควบคุมป้องกันโรค

องค์ประกอบที่ 4 การสื่อสารความเสี่ยง องค์ประกอบนี้เป็นการเผยแพร่ข้อมูลผลการสำรวจพฤติกรรมสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน และกรณีที่พบรายงานภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคจากอาหารเป็นสื่อในโรงเรียน เพื่อให้นักเรียนรับรู้ถึงสถานการณ์ปัญหาความเสี่ยง อันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนและแก้ไขความเสี่ยงต่อการป้องกันการเกิดโรคจากอาหารเป็นสื่อ ขั้นตอนการดำเนินงานสื่อสารความเสี่ยง รายละเอียดดังแผนภาพที่ 1



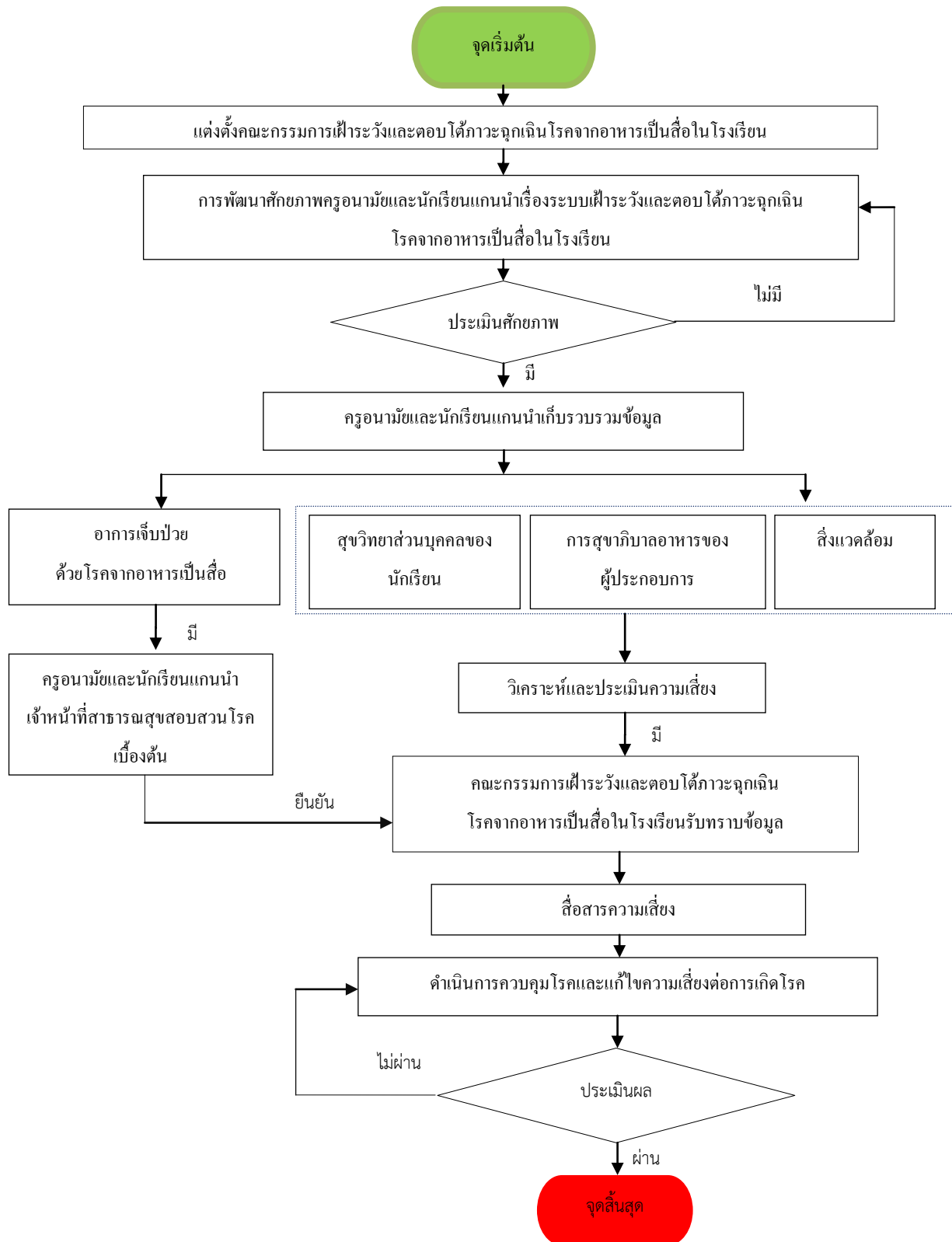
แผนภาพที่ 1 ขั้นตอนการดำเนินงานสื่อสารความเสี่ยง

องค์ประกอบที่ 5 การดำเนินการควบคุมโรคและแก้ไขความเสี่ยงต่อการเกิดโรค การดำเนินการควบคุมโรค และแก้ไขความเสี่ยงต่อการเกิดโรค เป็นขั้นตอนการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทั้งในกรณีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากอาหารเป็นสื่อ และการเจ็บป่วยด้วยโรคจากอาหารเป็นสื่อแล้ว เพื่อไม่ให้เกิดโรคหรือการระบาดของโรคจากอาหารเป็นสื่อ การดำเนินงานในองค์ประกอบนี้ แสดงดังตารางที่ 5

ตารางที่ 4 การดำเนินการควบคุมโรคและแก้ไขความเสี่ยงต่อการเกิดโรค

กิจกรรม	วิธีการดำเนินงาน
ความเสี่ยงจากการเจ็บป่วย	1. ครูอนามัย นักเรียนแกนนำ ร่วมกันดำเนินการสอบสวนหาสาเหตุเบื้องต้นทันที 2. เมื่อสอบสวนแล้วพบว่าเป็นอาการเจ็บป่วยของโรคจากอาหารเป็นสื่อจริงให้แจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 3. ร่วมกันดำเนินการสอบสวนหาสาเหตุและทำการควบคุมและป้องกันโรคพร้อมทั้งสื่อสารความเสี่ยงทันที 4. ประเมินผลการควบคุมโรคหากยังไม่สามารถควบคุมโรคได้ให้ปรับเปลี่ยนวิธีการและดำเนินการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องต่อไป
ความเสี่ยงจากพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม	ให้ดำเนินการแก้ไขตามบริบทของโรงเรียน

จากการศึกษาดังกล่าวสามารถสรุปเป็นแผนภาพองค์ประกอบของระบบเฝ้าระวังและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินจากโรคอาหารเป็นสื่อในโรงเรียน เพื่อให้เห็นภาพรวมในกระบวนการดำเนินงานในระบบ ดังแผนภาพประกอบต่อไปนี้



แผนภาพที่ 2 ระบบเฝ้าระวังและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโรคจากอาหารเป็นสื่อในโรงเรียน

คุณภาพระบบเฝ้าระวังตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโรคจากอาหารเป็นสื่อในโรงเรียน

ผลการประเมินคุณภาพของระบบเฝ้าระวังและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโรคจากอาหารเป็นสื่อในโรงเรียน โดยผู้เชี่ยวชาญจากกรมควบคุมโรค ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการเฝ้าระวังสอบสวนโรคจากอาหารเป็นสื่อ กรมอนามัย ผู้มีความเชี่ยวชาญเรื่องการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารและน้ำ ผู้บริหารสถานศึกษาและครูอนามัย โรงเรียน รวมทั้งสิ้น 9 ท่าน

ตารางที่ 6 ผลการประเมินคุณภาพระบบเฝ้าระวังตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโรคจากอาหารเป็นสื่อในโรงเรียน

หัวข้อการประเมิน	คะแนนการประเมิน		ระดับคุณภาพ
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	
1. มีการกำหนดวัตถุประสงค์ของระบบฯ อย่างเฉพาะเจาะจง	4.2	0.7	สูง
2. มีการกำหนดนิยามตัวชี้วัดในการเฝ้าระวังและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินสอดคล้องกับโรคจากอาหารเป็นสื่อ	4.2	0.7	สูง
3. มีการเรียงลำดับขั้นตอนการดำเนินงานของระบบอย่างเป็นลำดับขั้น	4.6	0.5	สูง
4. ระบบมีความเรียบง่ายที่จะสามารถทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ของระบบฯ	4.1	0.3	สูง
5. ข้อมูลการเฝ้าระวังสามารถเป็นแนวทางการควบคุมป้องกันการระบาดของโรคจากอาหารเป็นสื่อได้	4.4	0.5	สูง
6. ระบบมีความสอดคล้องกับสถานการณ์ความเป็นจริงในปัจจุบัน	4.2	0.4	สูง
7. ระบบมีรูปแบบการรายงานผลที่ทันสมัย สามารถสื่อสารความเสี่ยงได้ทันเวลา	4.7	0.5	สูง
8. ระบบมีการดำเนินงานโดยนักเรียนแกนนำและครูอนามัยโรงเรียนมีความเหมาะสม	5.0	0.0	สูง
9. ทรัพยากรที่ใช้ในการพัฒนาระบบ โดยรวมทั้งทรัพยากรบุคคล งบประมาณ อุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานมีความเหมาะสม	4.1	0.3	สูง
10. ระบบสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับโรงเรียนอื่น ๆ หรือโรคติดต่ออื่น ๆ ได้	4.1	0.3	สูง
ผลเฉลี่ยรวมทุกข้อ	4.3	0.5	สูง

โดยภาพรวมระบบเฝ้าระวังตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโรคจากอาหารเป็นสื่อในโรงเรียนมีคุณภาพระดับสูง โดยเฉพาะการให้ครูอนามัยโรงเรียนและนักเรียนแกนนำเป็นผู้ดำเนินงานระบบมีความเหมาะสมด้วยคะแนนคุณภาพมากที่สุด รองลงมาคือ เป็นระบบที่มีรูปแบบการรายงานผลที่ทันสมัย สามารถสื่อสารความเสี่ยงได้ทันเวลา และมีการเรียงลำดับขั้นตอนการดำเนินงานของระบบอย่างเป็นลำดับขั้นตามลำดับ อย่างไรก็ตามผู้เชี่ยวชาญได้เสนอแนะให้ปรับปรุงแก้ไข วัตถุประสงค์และตัวชี้วัดของระบบเฝ้าระวังและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินให้ชัดเจนสามารถวัดได้ ควรมีการคำนึงถึงทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินงาน

อภิปรายผล

ระบบเฝ้าระวังตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโรคจากอาหารเป็นสื่อในโรงเรียนมีขั้นตอนและกลไกในการดำเนินงานที่สำคัญ 1) การกำกับติดตามการดำเนินงานโดยให้การจัดตั้งคณะกรรมการเฝ้าระวังและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโรคจากอาหารเป็นสื่อในโรงเรียน 2) คณะทำงานประกอบด้วยครูอนามัยและนักเรียนแกนนำ เพื่อดำเนินงานเฝ้าระวังและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโรคจากอาหารเป็นสื่อในโรงเรียน 3) ระบบสารสนเทศในการรวบรวมข้อมูลวิเคราะห์ และรายงานผลการเฝ้าระวังโรคจากอาหารเป็นสื่อในโรงเรียน 4) การสื่อสารความเสี่ยง และ 5) การดำเนินการควบคุมโรคและแก้ไขความเสี่ยงต่อการเกิดโรค กลไกการดำเนินงานคณะกรรมการเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนระบบฯให้มีประสิทธิภาพ ดังนั้นคณะกรรมการควรประกอบด้วย ผู้บริหารโรงเรียน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้แทนนักเรียน ครูอนามัยโรงเรียน และนักเรียนแกนนำเป็นคณะกรรมการในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ และครูอนามัยและนักเรียนแกนนำต้องผ่านการพัฒนาศักยภาพ ให้มีความรู้และทักษะในการดำเนินงาน เพราะระบบเฝ้าระวังจะมีประสิทธิผลก็ต่อเมื่อผู้ดำเนินการมีความรู้และทักษะอย่างแท้จริง นำไปสู่การพัฒนา กิจกรรมอื่นจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดำเนินการป้องกันแก้ไขปัญหาด้วยตนเองอย่างยั่งยืนต่อไป สอดคล้องกับบงกช เชี่ยวชาญยนต์⁽⁸⁾ ที่ศึกษาการพัฒนาแบบการเฝ้าระวังโรคติดต่อในศูนย์เด็กเล็กจังหวัดตรัง โดยกระบวนการดำเนินงานมีการพัฒนาศักยภาพครูพี่เลี้ยง ให้มีความรู้เรื่องโรค ส่งผลให้ครูพี่เลี้ยงสามารถคัดกรองโรคเบื้องต้น และมีความมั่นใจในการให้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคกับผู้ปกครองนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและป้องกันควบคุมโรคได้ การเฝ้าระวังพฤติกรรม สิ่งแวดล้อม และการเจ็บป่วยเพื่อเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงโรคจากอาหารเป็นสื่อ โดยระบบสารสนเทศการเฝ้าระวังโรคจากอาหารเป็นสื่อในระบบออนไลน์ที่จะประมวลผลได้อย่างรวดเร็ว ทำให้สามารถสื่อสารความเสี่ยงเพื่อการป้องกันโรคได้ทันเวลา ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพว่าพฤติกรรมสุขภาพที่มีความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดปัญหาสาธารณสุข แต่เมื่อมีการเฝ้าระวังให้เห็นความเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทั้งพฤติกรรมที่ดีและไม่ดี จะสามารถป้องกันปัญหาหรือปรับปรุงพฤติกรรมนั้นให้ดีขึ้น สอดคล้องกับสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขได้กล่าวไว้ว่า หากระบบเฝ้าระวังโรคในชุมชนเข้มแข็ง ชุมชนตรวจจับการเกิดโรคและภัยสุขภาพได้เร็ว หากสาเหตุและกำจัดจุดเริ่มต้นได้ ชุมชนจะปลอดภัยจากโรคและภัยทางสุขภาพมากขึ้น⁽⁹⁾ แต่การนำเทคโนโลยีมาใช้ในการเฝ้าระวังควรคำนึงถึงทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินงาน เพราะมีข้อจำกัดเรื่องอุปกรณ์คอมพิวเตอร์ โทรศัพท์ หรือสัญญาณอินเทอร์เน็ต ผลการประเมินคุณภาพของระบบเฝ้าระวังและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโรคจากอาหารเป็นสื่อในโรงเรียนมีคุณภาพระดับสูง โดยการให้ครูอนามัยโรงเรียนและนักเรียนแกนนำเป็นผู้ดำเนินงานระบบมีความเหมาะสมด้วยคะแนนคุณภาพมากที่สุด เนื่องมาจากครูอนามัยและนักเรียนแกนนำมีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรมการดำเนินงานตามบริบทโรงเรียนของตนเอง

ข้อเสนอแนะ

1. การนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการเฝ้าระวัง ควรคำนึงถึงการนำไปใช้ในโรงเรียนขนาดเล็กหรือระบบอินเทอร์เน็ตไม่เอื้ออำนวยก็จะเป็นอุปสรรคในการดำเนินงาน ควรใช้ระบบการบันทึกในเอกสารหรือโปรแกรมสำเร็จรูปอื่นๆ ที่ไม่จำเป็นต้องใช้อินเทอร์เน็ตทดแทน

2. ระบบเฝ้าระวังตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโรคจากอาหารเป็นสื่อในโรงเรียนเป็นระบบที่พึงประสงค์ จึงควรนำไปประยุกต์ใช้จริงในโรงเรียน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้บริหาร ครู นักเรียน โรงเรียนเทศบาลแก้งคร้อ อำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ ตลอดจนผู้เกี่ยวข้องในการให้ความร่วมมือในการดำเนินการศึกษาจนสำเร็จลุล่วงมาด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. Global Health Observatory (GHO) Data [Internet]. [cited 2014 December 20] Available from: www.who.int/gho/epidemic_diseases/cholera/en.
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางสำหรับครู เรื่อง การป้องกันควบคุมโรคอาหารเป็นพิษในโรงเรียน. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์, 2557.
3. สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย. รายงานสรุปข้อมูลสถานการณ์โรคติดต่อระบบทางเดินอาหารและน้ำปี 2551-2555 กรณีโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน อาหารเป็นพิษ และอหิวาตกโรค. กรุงเทพฯ : 2556.
4. สุชาติ สุขเจริญ. รายงานการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขลักษณะของอาหารและน้ำในศูนย์เด็กเล็ก. 2551. เอกสารอัดสำเนา.
5. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ พ.ศ.2556. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม, 2556.
6. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางสำหรับครู เรื่อง การป้องกันควบคุมโรคอาหารเป็นพิษในโรงเรียน. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์, 2557.
7. พัฒน์โชค โชคสวัสดิ์ และคณะ. รายงานการสอบสวนโรคอาหารเป็นพิษในโรงเรียนเทศบาลตำบลแก้งคร้อ อำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ. 2557. เอกสารอัดสำเนา.
8. บงกช เชี่ยวชาญยนต์. การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังโรคติดต่อในศูนย์เด็กเล็ก จังหวัดตรัง. วารสารควบคุมโรค 2553 ; 36 (3) : 170-177.
9. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ความรู้พื้นฐานด้านการเฝ้าระวัง สอบสวน ป้องกันควบคุมโรคสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล. กรุงเทพมหานคร : สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง, 2555.
10. สมาคมนักระบาดวิทยาภาคสนาม. พื้นฐานระบาดวิทยา. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แคนนากราฟฟิค, 2557.

การเสริมสร้างพลังภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนในการพัฒนาความสำเร็จของการรักษาวัณโรค ในตำบลกลางดง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา

Empowering the Community Health Network for the Successful Development of Tuberculosis Treatment in Klang Dong Sub-district, Pak Chong District, Nakhon Ratchasima Province

รุจิเรข ล้อไป¹, สงครามชัย ลีทองดี¹ และ ณัฏฐวุฒิ แก้วพิทุสย์²

Rujirek Lophai¹, Songkhramchai Leethongdee¹ and Natthawut Kaewphithun²

¹คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

¹Faculty of Public Health, Mahasarakham University

²คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

²Faculty of Public Health, Vongchavalitkul University

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษากระบวนการเสริมสร้างพลังภาคีเครือข่ายการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน เพื่อพัฒนาความสำเร็จในการรักษาวัณโรคในพื้นที่ตำบลกลางดง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มเป้าหมาย คือ แกนนำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาล ผู้ป่วยวัณโรค และญาติผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 48 คน เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสัมภาษณ์ แบบบันทึกการประชุม การสนทนากลุ่ม การสังเกตและการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบใช้ Paired Samples t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่ากระบวนการเสริมสร้างพลังภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนในการพัฒนาความสำเร็จของการรักษาวัณโรคครั้งนี้ ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน คือ 1) การเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนการพัฒนา 2) ภาคีเครือข่ายมีความกระตือรือร้นในกิจกรรม 3) ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมทุกขั้นตอน 4) ผู้ป่วยญาติผู้ป่วย ภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนมีความรู้และกระตือรือร้นในการปฏิบัติงาน 5) การสร้างความรู้สึกผูกพันและร่วมกันรับผิดชอบ 6) ความร่วมมือร่วมใจเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน 7) การสนับสนุนจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง 8) การบูรณาการการทำงานร่วมกันทุกภาคส่วน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านความรู้ ด้านการมีส่วนร่วม และด้านความพึงพอใจในการเสริมสร้างภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนในการพัฒนาความสำเร็จของการรักษาวัณโรคในพื้นที่ดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเกิดความร่วมมือในพื้นที่มากขึ้นส่งผลให้อัตราการรักษาสำเร็จของผู้ป่วยวัณโรคเป็นร้อยละ 100

คำสำคัญ : วัณโรค, การเสริมสร้างพลังอำนาจ, การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

Abstract

The objective of this action research was to investigate into an empowerment process of the community health collaboration network for the successful development of Tuberculosis treatment in areas of Klang Dong Sub-district, Pak Chong District, Nakhon Ratchasima Province. The target groups included 48 people from community leaders, health officials at Tambon health promoting hospitals, officials at the Public Health and Municipal Environment Division, TB patients and their relatives. Data was quantitatively and qualitatively collected through interviews, meeting notes, focus group interviews, observations and interviews. Data analysis was carried out by using descriptive statistics such as frequency, percentage, average, and standard deviation. The paired sample t-test was used as test

statistics with content analysis for qualitative data. The results showed that the empowerment comprised eight stages as follows 1) Opportunity to define development plan for related people 2) Participants are excited to do activities 3) Participants like to participate every parts of activities 4) Patient, relative patient and participants have more knowledge and are excited to do work 5) Make good relationship to each other and have responsibilities together 6) Collaboration 7) Encouragement from all related departments and 8) Integration to do work together for all departments. The study indicated that changes in knowledge, participation and satisfaction of stakeholders after implementation were greater with statistical significant level of p-value < 0.05 and with greater cooperation in the areas resulting in a successful rate of 100 percent tuberculosis treatment.

Key Words : Tuberculosis, Empowerment, Participation for Collaboration Network

บทนำ

วัณโรค (Tuberculosis: TB) เป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุข สาเหตุที่ทำให้วัณโรคกลับมามีปัญหาใหม่ทั่วโลก เนื่องจากการแพร่ระบาดของเอชไอวี ความยากจน การอพยพย้ายถิ่น และแรงงานเคลื่อนย้าย ส่งผลให้การแพร่ระบาดของวัณโรคมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ด้วยเหตุนี้องค์การอนามัยโลกจึงได้ประกาศให้วัณโรคอยู่ในภาวะฉุกเฉินสากลและต้องการแก้ไขอย่างเร่งด่วน

จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2551 ในกลุ่ม 22 ประเทศที่มีปัญหาวัณโรคโดยประมาณร้อยละ 80 ของผู้ป่วยทั่วโลกอยู่ใน 22 ประเทศ ดังกล่าวและได้มีการจัดอันดับประเทศที่มีจำนวนผู้ป่วยมากตามลำดับ ซึ่ง 3 ประเทศแรก ที่มีผู้ป่วยวัณโรคมากที่สุดในโลกอยู่ในทวีปเอเชีย ได้แก่ ประเทศอินเดีย จีน อินโดนีเซีย สำหรับประเทศไทย จัดอยู่ในประเทศที่มีความชุกขนาดของปัญหาวัณโรคสูง (High TB burden countries)⁽¹⁾ พบว่าอัตราป่วยวัณโรครายใหม่ของไทย (137 ต่อแสนต่อปี) สูงกว่าค่าเฉลี่ยของโลกเล็กน้อย (93 ต่อแสนต่อปี) และสูงกว่าทวีปอเมริกา (35 ต่อแสนต่อปี) และยุโรป (47 ต่อแสนต่อปี) ประมาณ 2.5 - 4 เท่า มีความชุกประมาณ 11.1 ล้านคน ซึ่งผู้ป่วยรายใหม่ (incidence) ประมาณ 8.8 ล้านคน/ปี ร้อยละ 95 อยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตปีละประมาณ 1.3 ล้านคน โดยร้อยละ 98 อยู่ในประเทศที่ยากจน⁽²⁾

สถานการณ์วัณโรคของประเทศไทยพบว่า ร้อยละ 30 เป็นประชากรที่ติดเชื้อวัณโรคแล้วและมีปัจจัยหลายอย่างที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงานและการขยายงานในการควบคุมวัณโรค ทั้งปัจจัยด้านผู้ป่วย สิ่งแวดล้อม สังคมและเศรษฐกิจ เช่น ความยากจน การด้อยโอกาสทางการศึกษาชุมชนแออัด ปัญหา ยาเสพติด แรงงานย้ายถิ่น แรงงานต่างชาติผิดกฎหมาย ความแออัดของผู้ต้องขังในเรือนจำ เป็นต้น จากการคำนวณทางระบาดวิทยาในรายงานขององค์การอนามัยโลกคาดว่าประเทศไทยน่าจะมีผู้ป่วยรายใหม่ทุกประเภทประมาณ 92,300 คน ในจำนวนนี้ประมาณครึ่งหนึ่ง หรือ 44,475 คน เป็นผู้ป่วยที่สามารถแพร่เชื้อได้และมีผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตปีละ 12,089 ราย นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคเอดส์รายใหม่ ตรวจพบวัณโรคร่วมด้วย ประมาณร้อยละ 17 ในปี พ.ศ. 2553 ประเทศไทยมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ชนิดเสมหะพบเชื้อ จำนวน 25,966 ราย รวมผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภทมีจำนวน 53,357 ราย เสียชีวิต 2,548 ราย อัตราการตรวจพบผู้ป่วยรายใหม่คิดเป็นร้อยละ 69.00 ภายในปี ค.ศ. 2015 มีอัตราความสำเร็จของการรักษาคิดเป็นร้อยละ 83.00 ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมายขององค์การอนามัยโลกที่มีเป้าหมายอัตราความสำเร็จของการรักษาอยู่ที่ร้อยละ 87.00 ภายใน ปี พ.ศ. 2558⁽³⁾

จังหวัดนครราชสีมา มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมดในปี พ.ศ.2553-2557 จำนวน 1,235, 1,267, 1,247 , 1,180 และ 1,283 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 40, 39.14, 36.5, 36.89 และ 31.8 ต่อแสนประชากร อัตราความสำเร็จของการรักษา (success rate) ร้อยละ 86.50, 84.60, 84.82, 85.80 และ 86.10 อัตราการตายด้วยโรควัณโรคและวัณโรคระบบทางเดินหายใจ 7.60, 7.10, 6.90, 7.20 และ 8.30 ต่อแสนประชากร อัตราการขาดยา ร้อยละ 6.70, 7.80, 8.20, 7.90 และ 6.20 ตามลำดับ⁽⁴⁾

อำเภอปากช่องมีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมดในปี พ.ศ. 2553 - 2557 จำนวน 155, 165 , 173 , 176 และ 185 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 40, 39.14, 36.5, 36.89 และ 31.8 ต่อแสนประชากร อัตราความสำเร็จของการรักษา ร้อยละ 86.50, 84.60, 84.82, 91.9 และในปี 2557 อัตราการขาดยา ร้อยละ 4.25⁽⁵⁾ ตำบลกลางดง มีสถานบริการด้านสุขภาพเพียงหนึ่งแห่งคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกลางดง ซึ่งจากการศึกษาพบผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมดในปี พ.ศ. 2553 - 2557 จำนวน 6 , 5 , 5 , 6 และ 9 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 40, 39.14, 36.5, 36.89 และ 31.8 ต่อแสนประชากร อัตราความสำเร็จของการรักษา ร้อยละ 88.3 และในปี 2557 อัตราการตายด้วยโรค วัณโรค 8.6 ต่อแสนประชากร อัตราการขาดยาร้อยละ 7.69⁽⁶⁾

อย่างไรก็ตาม ยังพบว่าความครอบคลุมของการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคใหม่เสมอพบเชื้อในชุมชน (TB case Detection) ยังไม่บรรลุเป้าหมายโดยภาพรวม ซึ่งต้องเร่งรัดในการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มประชากรเป้าหมาย ให้ครอบคลุมรวมทั้งการทำงานแบบผสมผสานวัณโรคและโรคเอดส์อย่างจริงจัง เพื่อลดอัตราการตายของผู้ป่วยวัณโรค อีกทั้งป้องกันปัญหาวัณโรคดื้อยาหลายขนานอีกด้วย ซึ่งปัจจุบันหลายจังหวัดได้หาวิธีการควบคุมวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของประชาชนโดยมีรูปแบบต่างๆ เช่น รมรงค์วัณโรค การหาแบบการประสานความร่วมมือกับส่วนท้องถิ่นเพื่อสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายในการควบคุมวัณโรคโดยประชาชนในท้องถิ่นอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ กระทรวงสาธารณสุขเองได้มีการกำหนดนโยบายในการป้องกันและควบคุมวัณโรคแบบครบวงจรในด้านการป้องกัน รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ โดยกิจกรรมที่ดำเนินงาน คือการรักษาผู้ป่วยแบบมีพี่เลี้ยง หรือ Directly Observed Treatment Short Course (DOTS) ให้ความสำคัญกับการดำเนินงานในชุมชนมีการกำกับควบคุมการกินยาให้ตรงเวลาและครบจำนวนโดยญาติผู้ป่วย และมีการออกติดตามเยี่ยม ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติในชุมชน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ดังนั้นการแก้ไขปัญหวัณโรคจึงมีความจำเป็นต้องมีการระดมความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆ ในชุมชนให้มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน อันจะเป็นการแสวงหาแนวทางการรักษาวัณโรคร่วมกัน พร้อมทั้งยังเป็นการกระตุ้นให้ชุมชนเกิดการรับรู้และเข้าใจสภาพปัญหา สร้างระบบคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน กระตุ้นผู้ป่วยและญาติในการกินยาและดูแลสุขภาพตนเอง ครอบคลุมตลอดจนสร้างแกนนำในการดำเนินงานป้องกันวัณโรคในชุมชน เพื่อให้การแก้ไขปัญหามีความยั่งยืน

การศึกษากระบวนการเสริมสร้างพลังภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนในการพัฒนาความสำเร็จของการรักษาวัณโรคในพื้นที่ตำบลกลางดง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา เพื่อนำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางกำหนดรูปแบบและกลวิธีการในการวางแผน เพื่อหาแนวทางส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการพัฒนาระบบการควบคุมวัณโรคของตำบลกลางดง และสามารถพัฒนาความสำเร็จในการรักษาวัณโรคตำบลกลางดง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมาให้ได้ผลดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบที่ใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนในการพัฒนาความสำเร็จของการรักษาวัณโรคในพื้นที่ตำบลกลางดง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาบริบทการควบคุมวัณโรคของภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนตำบลกลางดง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อพัฒนาการใช้กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนในการพัฒนาความสำเร็จของการรักษาวัณโรคในพื้นที่ ตำบลกลางดง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา
3. เพื่อวัดผลการดำเนินงานการเสริมสร้างพลังภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนในการพัฒนาความสำเร็จของการรักษาวัณโรคในพื้นที่ ตำบลกลางดง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา
4. เพื่ออธิบายปัจจัยความสำเร็จของกระบวนการเสริมสร้างพลังภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ในการพัฒนาความสำเร็จของการรักษาวัณโรคพื้นที่ตำบลกลางดง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเป็นการวิจัยปฏิบัติการมีรูปแบบการผสมผสานวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ และวิธีคุณภาพร่วมกัน เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ไม่เน้นการกำหนดแนวทางรูปแบบที่ชัดเจนของวิธีวิทยา แต่มีเป้าหมายสูงสุดคือ ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อเรียนรู้การปฏิบัติ ตามบริบทของปัญหาที่จะศึกษา โดยวิธีการวิจัยปฏิบัติการ ดังนี้ 1) ขั้นตอนการวางแผน การวางแผนที่จะไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ 2) ขั้นตอนการปฏิบัติงานตามแผนที่กำหนดไว้ 3) ขั้นตอนการสังเกตผล การประเมินผลการปฏิบัติการตามแผนงาน 4) ขั้นตอนการสะท้อนผล การทบทวนเพื่อแก้ไขปัญหาและอุปสรรค

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากรในการศึกษา ต้องเป็นประชากรที่มีภูมิลำเนาอาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลกลางดง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา ไม่น้อยกว่าระยะเวลา 10 ปี ถึงปัจจุบัน เข้าร่วมกระบวนการเสริมสร้างพลังภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนในการพัฒนาความสำเร็จในการรักษาวัณโรคในพื้นที่ ตำบลกลางดง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา ไม่น้อยกว่าระยะเวลา 10 ปี ถึงปัจจุบัน

2.2 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา มีจำนวนทั้งสิ้น 48 คน ประกอบด้วย 1) กลุ่มภาคีสุขภาพในชุมชนที่มีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันวัณโรคในชุมชน ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบสุ่ม แบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 38 คน 2) กลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง และมีส่วนร่วมกับการควบคุมวัณโรคในชุมชน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง กำหนดวิธีการสนทนากลุ่ม (focus group) จำนวน 4 คน 3) ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่ตำบลกลางดง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 3 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง กำหนดวิธีการสนทนากลุ่ม และ 4) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยวัณโรค ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง กำหนดวิธีการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการคัดกรองเสมอหน้าผลบวก จำนวน 3 คน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย ตามมาตรฐานการดำเนินงานควบคุมวัณโรค⁽⁷⁾ ได้แก่ 1) แบบคัดกรองวัณโรค 2) แบบติดตามเยี่ยมผู้ป่วยวัณโรค และ 3) แบบประเมินความพึงพอใจรายบุคคล

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม เก็บข้อมูลจากกลุ่มผู้ป่วย ผู้ดูแล และภาคีเครือข่ายสุขภาพ เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน พร้อมทั้งระบุสภาพปัญหา นำข้อมูลที่ได้มาสู่การวางแผนแก้ไขปัญหาต่อไป 2) แบบสัมภาษณ์ เก็บข้อมูลจากภาคีเครือข่ายสุขภาพ

เพื่อศึกษาปัจจัยความสำเร็จ การดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน และ 3) แบบสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม เก็บข้อมูลจากภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน เพื่อศึกษาความคิดเห็นของภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชนที่มีต่อสภาพปัญหา การแก้ไขปัญหา การมีส่วนร่วมจากชุมชน และการประเมินผล

4. การพัฒนาเครื่องมือในการวิจัย

4.1 การหาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยนำแบบสัมภาษณ์ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น วิเคราะห์ความตรงของเครื่องมือโดยใช้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Congruence: IOC) ผลปรากฏว่าข้อคำถามรวมทั้งหมด 48 ข้อ มีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 1.00

4.2 การหาความเที่ยง (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงแก้ไขไปทดลองใช้ (Try - out) กับกลุ่มตัวอย่างในตำบลกลางดง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 30 ชุด แล้วนำมาหาค่าความเที่ยง โดยวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient; α) พบว่า 1) แบบสัมภาษณ์ความรู้ ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.77 2) แบบสัมภาษณ์การมีส่วนร่วมของชุมชน ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.89 3) แบบสัมภาษณ์ปัจจัยด้านมีส่วนร่วมของชุมชน ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.91 4) แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจของคณะกรรมการต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.90

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั้งหมดที่ผ่านการตรวจสอบแล้ว จะนำมาลงรหัสแล้วบันทึกข้อมูลลงโปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยมีข้อมูลที่ต้องวิเคราะห์ดังนี้

5.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด

5.2 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นการวิเคราะห์ในเชิงพรรณนา (descriptive analysis) ปรากฏการณ์ต่างๆ ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลแบบการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) รวมกันไป ทั้งจากการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม วิเคราะห์ตามแนวทางวิเคราะห์ แบบอุปนัย (analytic induction) จำแนกข้อมูลเป็นชนิดตามขั้นตอนของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การจำแนกชนิดข้อมูล

จริยธรรมการวิจัย การวิจัยในครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่การรับรอง PH 043/2559 ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยไม่มีการระบุชื่อในผลการวิจัย พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัย สามารถถอนตัวได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล ข้อมูลที่ได้ถือเป็นความลับ นำเสนอในภาพรวมหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามได้ตลอดเวลาเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยจึงได้ลงนามยินยอมในใบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย นำเสนอตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. บริบทการควบคุมวัณโรคของภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน จากข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคตำบลกลางดง ที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลปากช่องนานาตามรายงาน TB01 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกลางดง ช่วงเดือน ธันวาคม 2558 – กุมภาพันธ์ 2559 วิเคราะห์สถานการณ์วัณโรคดังนี้ มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรค

3 คน เป็นเพศหญิง ทั้ง 3 คน เป็นผู้ป่วยวัณโรคปอด และเสมหะบวก ทั้ง 3 คน ไม่มีผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคตำบลกลางดงย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2556-ปี 2558) พบผู้ป่วยวัณโรครวมทุกประเภท จำนวน 17 คน โดยจำแนกเป็นผู้ป่วยวัณโรคปอด 11 คน และผู้ป่วยวัณโรคนอกปอด 6 คน

ก่อนดำเนินการศึกษา ระบบการติดตามการกินยาพบว่า การจัดบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกลางดง กำหนดให้กินยาด้วยระบบการกินยาโดยมีพี่เลี้ยงซึ่งหมายถึง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ภาควิชาเครือข่ายญาติผู้ป่วย เป็นผู้ช่วยในการควบคุมกำกับกับการกินยา ไม่มีการบันทึกการกินยา และไม่มีหลักฐานการบันทึกวัน เวลา ที่กินยาในทุกวัน และระบบการติดตามเยี่ยมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำ รพ.สต. ร่วมกับภาควิชาเครือข่ายสุขภาพชุมชนไม่เป็นไปตามเกณฑ์ ภาควิชาเครือข่ายสุขภาพชุมชนไม่เห็นความสำคัญของโรคทำให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยยังน้อยพบว่า ร้อยละ 90 ของผู้ดูแลผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมกิจกรรมในการควบคุมวัณโรคในชุมชนหรือกิจกรรมเกี่ยวกับการรณรงค์เรื่องวัณโรค

การวิเคราะห์สภาพการณ์ก่อนการศึกษาได้จากการสัมภาษณ์พบว่า 1) กลุ่มผู้ป่วย ผู้ดูแล ผู้สัมผัสร่วมบ้าน มีความรู้เกี่ยวกับวัณโรค สาเหตุ อาการ การติดต่อ ปัญหาวัณโรคในหมู่บ้านน้อย รวมถึงยังขาดความตระหนักในการควบคุมวัณโรค ไม่มีการช่วยเหลือผู้ป่วยวัณโรคจากคนในชุมชน การคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้านยังทำได้ไม่ครอบคลุมและยังขาดคุณภาพ ขาดกิจกรรมหรือแผนงานโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาวัณโรคในชุมชนและไม่มีเจ้าภาพ 2) กลุ่มตัวแทนภาควิชาเครือข่ายสุขภาพไม่ทราบสถานการณ์ปัญหา วัณโรคในหมู่บ้าน ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวัณโรคในด้านสาเหตุ อาการ การติดต่อ การป้องกันวัณโรค ขาดการประสานงานในวิธีหรือให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยวัณโรคของคนในชุมชน เช่น ไม่รู้ว่ามีช่องทางหรือต้องประสานงานหน่วยราชการอย่างไรในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยวัณโรคเพราะผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่ มีฐานะยากจน เป็นต้น

หลังการดำเนินการศึกษาพบว่า การจัดระบบการติดตามการกินยาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกลางดง กำหนดให้มีระบบการกินยาโดยมีพี่เลี้ยงซึ่งหมายถึง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ภาควิชาเครือข่ายญาติผู้ป่วย เป็นผู้ช่วยในการควบคุมกำกับกับการกินยาใช้ DOT Card และปฏิทินติดตามกำกับกับการกินยาในการ check list วันที่ผู้ป่วยกินยา ซึ่งจะพบว่า DOT Card ถูกบันทึกกินยาจริงโดยมีการบันทึก วัน เวลา ที่กินยาทุกวัน ซึ่งบันทึกโดยญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค นอกจากนี้ยังมีระบบการติดตามเยี่ยมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดำเนินการโดย รพ.สต. ร่วมกับภาควิชาเครือข่ายสุขภาพชุมชน ซึ่งได้ดำเนินการเยี่ยมตามเกณฑ์ การมีส่วนร่วมเพื่อแก้ไขปัญหาวัณโรคในชุมชน ภาควิชาเครือข่ายสุขภาพชุมชนเห็นความสำคัญของโรคทำให้เกิดความร่วมมือกันของภาควิชาเครือข่ายสุขภาพชุมชนในการดูแลและติดตามเยี่ยมบ้าน และติดตามกำกับกับการกินยาของผู้ป่วยพบว่าเกือบทุกคนยินดีเข้าร่วมกิจกรรมในการควบคุมวัณโรคในชุมชน หรือกิจกรรมเกี่ยวกับการรณรงค์เรื่องการควบคุมวัณโรค

คุณลักษณะประชากรพบว่า ภาควิชาเครือข่ายสุขภาพส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุ 40 - 49 ปี สถานภาพสมรสแล้ว การศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 10,000 - 20,000 บาท สถานภาพทางสังคมเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จากการศึกษาผลการดำเนินงานก่อนการร่วมกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและการควบคุมวัณโรคของภาควิชาเครือข่ายสุขภาพ มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 8.3 ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมพบว่า ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 91.7

2. การใช้กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมภาควิชาเครือข่ายสุขภาพชุมชนในการพัฒนาความสำเร็จของการรักษาวัณโรค การดำเนินงานการมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมวัณโรคพบว่า 1) การมีส่วนร่วมในการควบคุมวัณโรคในผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยพบว่า ร้อยละ 25 ของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยยังไม่เคยเข้าร่วม

กิจกรรมในชุมชนหรือกิจกรรมเกี่ยวกับการณรงค์เรื่องการควบคุมวัณโรคที่ใดเลย ส่วนใหญ่จะได้รับข้อมูลจากสื่อโทรทัศน์นาน ๆ ครั้งเท่านั้น ผู้ป่วย ผู้ดูแล ผู้สัมผัสร่วมบ้าน ภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนหลายคนอยากให้มามีกิจกรรมหรือโครงการเกี่ยวกับการควบคุมวัณโรคในชุมชนเพราะอยากเข้ามามีส่วนร่วม 2) การมีส่วนร่วมในการควบคุมวัณโรคในกลุ่มตัวแทนแกนนำชุมชนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องพบว่า ร้อยละ 85 ของแกนนำชุมชนผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง มีความตระหนักถึงปัญหาการแพร่เชื้อของวัณโรคเป็นอย่างมาก แต่ก็ขาดการติดตามแก้ไขอย่างจริงจัง

3. การดำเนินงานการเสริมสร้างพลังภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนในการพัฒนาความสำเร็จของการรักษาวัณโรค จากผลการจัดประชุมตามเทคนิคกระบวนการ สามารถสรุปได้ ดังนี้ เป็นกิจกรรมการสร้างการค้นหาข้อมูลในพื้นที่ และจัดเวทีเป็นสื่อกลางการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นระยะ จัดตั้งเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยวัณโรคเพื่อให้แต่ละกลุ่มในชุมชนได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และสร้างความร่วมมือ ประสานงานโดยใช้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกลางดง เป็นศูนย์กลางการดำเนินงานเชื่อมโยงให้เป็นไปในลักษณะของสังคมเครือข่ายในแนวราบ และประสานแนวตั้งกับองค์กรภาครัฐ สมาชิกของเครือข่ายการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค มีหน้าที่เพื่อการวิเคราะห์ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงเทคนิควิธีการสื่อสารภายในชุมชนเพื่อการเปลี่ยนแปลงของชุมชนเพื่อให้ทราบถึงรูปแบบการสื่อสารในชุมชน โดยใช้กระบวนการกลุ่ม ด้วยการจัดการสนทนา ส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดแนวร่วมในการขับเคลื่อนกิจกรรมต่างๆ ร่วมกันของสมาชิก โดยใช้ศูนย์การเรียนรู้ในชุมชนเป็นแกนร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมอย่างต่อเนื่อง ประสานงานในลักษณะเครือข่าย และวิธีการสื่อสารที่เหมาะสมกับสภาพและวิถีชีวิตชุมชนและนำมาประยุกต์ใช้ในการขับเคลื่อนเครือข่าย เพื่อให้เกิดการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรค และภัยสุขภาพในชุมชน มีการประชุมคณะกรรมการควบคุมวัณโรคระดับตำบล และดำเนินการประเมินติดตามผลทุก 2 เดือน จากกิจกรรมต่างๆ ที่แต่ละกลุ่มได้วางแผน และดำเนินการโดยใช้รูปแบบการขับเคลื่อนจากเครือข่ายที่ดำเนินกิจกรรมด้วยกัน พร้อมสรุปรูปแบบเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาและปรับใช้ในพื้นที่อื่นต่อไป ขอสนับสนุนจากกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลกลางดง ในการจัดการดำเนินโครงการ 15,388 บาท ดังนี้ 1) การค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และการบริการผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี/เอดส์ 2) ระบบการติดตามการกินยา 3) ระบบการทำงานเป็นทีม 4) การมีส่วนร่วมเพื่อแก้ไขปัญหาวัณโรคในชุมชน ทั้งนี้ยังพบว่า ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยรวมก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมมีความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง

4. ปัจจัยความสำเร็จของกระบวนการเสริมสร้างพลังภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ในการพัฒนาความสำเร็จของการรักษาวัณโรค ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงาน ได้แก่ 1) การเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการควบคุมวัณโรคมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนในการพัฒนาและยอมรับในแนวทางการปฏิบัติ 2) ภาคีเครือข่ายที่เข้าร่วมกิจกรรมต้องมีความสนใจและกระตือรือร้นในกิจกรรมโครงการที่จัดขึ้น 3) ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมทุกขั้นตอน 4) ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย ภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนมีความรู้และกระตือรือร้นในการปฏิบัติงาน เนื่องจากมีความมั่นใจในขอบเขตการปฏิบัติงานมากขึ้น 5) การสร้างความรู้สึกผูกพันและร่วมกันรับผิดชอบ ควรเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 6) ความร่วมมือร่วมใจเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ทำให้การทำงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน 7) การสนับสนุนจากภาคส่วนในพื้นที่ในด้านต่างๆ ทำให้การทำงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน เกิดการสร้างความเป็นเจ้าของในการดำเนินงาน และสามารถบริหารจัดการที่มั่นคงยั่งยืน 8) การบูรณาการการทำงานร่วมกันทุกภาคส่วน ทำให้การทำงานประสบความสำเร็จ มีประสิทธิภาพ เกิดเป็นแนวทางที่ใช้ในการดำเนินงาน

อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้ป่วย ผู้ดูแล ผู้สัมผัสร่วมบ้าน มีความรู้เกี่ยวกับวัณโรค สาเหตุ อาการ การติดต่อ ปัญหาวัณโรคในหมู่บ้าน แต่ยังขาดความตระหนักในการควบคุมวัณโรค ไม่มีการช่วยเหลือผู้ป่วย วัณโรคจากคนในชุมชน การคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้านยังทำได้ไม่ครอบคลุมและยังขาดคุณภาพขาดกิจกรรม หรือแผนงานโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาวัณโรคในชุมชนและไม่มีเจ้าภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษา ของ ปรียา สินธุระวิทย์ และวันเพ็ญ ปันราช⁽⁸⁾ ที่กล่าวว่า ผู้ป่วยวัณโรค พี่เลี้ยงผู้ป่วยวัณโรค องค์กรในชุมชน มีความรู้ไม่เพียงพอ รวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องยังขาดแนวทางในการควบคุมวัณโรค ที่เหมาะสม จึงได้ร่วมกันพัฒนาแนวทางการควบคุมวัณโรค

จากผลการวิจัยที่พบว่า การจัดบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกลางดงกำหนดให้กินยา ด้วยระบบการกินยาโดยมีพี่เลี้ยงซึ่งหมายถึง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ภาควิเคราะห์ ญาติผู้ป่วย เป็นผู้ช่วยในการ ควบคุมกำกับกับการกินยา ใช้ DOT Card และปฏิทินติดตามกำกับกับการกินยา ในการ check list วันที่ผู้ป่วยกินยา ซึ่งจะพบว่า DOT Card ถูกบันทึกกินยาจริง โดยมีการบันทึก วัน เวลา ที่กินยาทุกวัน และมีระบบการ ติดตามเยี่ยม ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำ รพ.สต. ร่วมกับภาควิเคราะห์สุขภาพชุมชนซึ่งได้ดำเนินการเยี่ยม ตามเกณฑ์ สอดคล้องกับแนวคิดของ กิบสัน (Gibson)⁽⁹⁾ ที่กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการ ส่วนบุคคล ที่ก่อให้เกิดการเสริมสร้างพลังและพัฒนาศักยภาพความสามารถของตนเอง ในการที่จะควบคุม และจัดสถานการณ์ได้ มีการพัฒนาตนเอง มีเป้าหมายและมีความหมายในชีวิตของตนเอง สามารถใช้ความรู้ ทรัพยากร หรือแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการปฏิบัติงาน

เมื่อพิจารณาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงาน ได้แก่ 1) การเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ในการควบคุมวัณโรคมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนในการพัฒนาและยอมรับในแนวทางการปฏิบัติ 2) ภาควิเคราะห์ที่เข้าร่วมกิจกรรมนั้น ควรมีความสนใจและกระตือรือร้นในกิจกรรมโครงการที่จัดขึ้น 3) ผู้เข้าร่วม กิจกรรมควรมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมทุกขั้นตอน สอดคล้องกับแนวคิดของ รัสสุริย์ คุณกลาง⁽¹⁰⁾ ที่กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผนจะช่วยให้ชุมชนเข้าใจปัญหาพัฒนาประสิทธิภาพของตนเองและสามารถ วางแผนได้ด้วยตนเองในที่สุด 4) ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย ภาควิเคราะห์สุขภาพชุมชนมีความรู้และกระตือรือร้น ในการปฏิบัติงาน เนื่องจากมีความมั่นใจในขอบเขตการปฏิบัติงานมากขึ้น 5) การสร้างความรู้สึกผูกพันและ ร่วมกันรับผิดชอบ ควรเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 6) ความร่วมมือร่วมใจเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ทำให้การทำงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน 7) การสนับสนุนจากภาคส่วนในพื้นที่ในด้านต่าง ๆ ทำให้การทำงาน เป็นไปในทิศทางเดียวกัน เกิดการสร้างความเป็นเจ้าของในการดำเนินงาน และจะสามารถบริหารจัดการที่มั่นคง ยั่งยืน 8) การบูรณาการการทำงานร่วมกันทุกภาคส่วนทำให้การทำงานประสบความสำเร็จ มีประสิทธิภาพ เกิดเป็นแนวทางที่ใช้ในการดำเนินงาน

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. การดำเนินงานควบคุมวัณโรคที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากตัวผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยและภาควิเคราะห์สุขภาพชุมชนเป็นหลักในการดำเนินงาน ดังนั้นต้องมีกิจกรรมการดำเนินงาน ที่ต่อเนื่องผ่านรูปแบบการขับเคลื่อนของคณะกรรมการควบคุมวัณโรคระดับตำบล

2. ควรเพิ่มองค์ความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรคให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง และพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือ ระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนในการป้องกัน ควบคุมวัณโรค

3. ให้ความสำคัญในเรื่องการประสานงาน การส่งต่อข้อมูล ของบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะควรมีหน่วยงานที่เป็นแกนกลางในการเชื่อมเครือข่ายความร่วมมือเพื่อสร้างสัมพันธภาพทั้งในด้านการคัดกรอง การติดตามการรักษา การส่งต่อ การแก้ไขปัญหาอุปสรรคร่วมกัน เพื่อให้เกิดการดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกันและสอดคล้องกับลักษณะบริบทของพื้นที่ โดยมีจุดหมายในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคร่วมกัน คือ การติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องและรักษาหายในที่สุด ตลอดจนการลดการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำร่วมกัน

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยฉบับนี้ ได้รับความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างสูงยิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สงครามชัย ลีทองดี อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฐวุฒิ แก้วพิบูลย์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม อาจารย์ ดร.เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ ดร.บัณฑิต วรรณประพันธ์ และอาจารย์ ดร.สันติสิทธิ์ เขียวอ่อน ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำในการพัฒนางานวิจัย รวมทั้งช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องในงานวิจัยจนสำเร็จได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เสียสละเวลาในการให้ข้อมูลการวิจัยอย่างเต็มกำลังความสามารถ จนเกิดงานวิจัยที่เป็นประโยชน์ต่อไปในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (WHO), Global Report on TB. s.l: World Health Organization, 1998.
2. World Health Organization (WHO), Global Report on TB. s.l: World Health Organization, 2011.
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์วัณโรค. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข, 2553.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา. นครราชสีมา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 2557.
5. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปากช่อง. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา. นครราชสีมา: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปากช่อง, 2557.
6. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกลางดง. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา. นครราชสีมา: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกลางดง, 2557.
7. กลุ่มวัณโรคสำนักโรคเอดส์วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานตามแผนงานวัณโรคแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข, 2548.
8. ปรียา สินธุระวิทย์ และวันเพ็ญ ปันราช. การพัฒนาแนวทางการควบคุมวัณโรคในชุมชนของโรงพยาบาล วารนาวิาส จังหวัดสกลนคร. สกลนคร: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร, 2555.
9. Gibson, C.H. A Study of Empowerment in Mothers of Chronically ill Children. Michigan: Boston College, 1993.
10. ภัสสุรีย์ คุณกลาง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการชุมชนในการพัฒนาเมืองน่าอยู่อย่างยั่งยืน เทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2546.

**รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ บ้านหนองโดนน้อย
ตำบลโคกล่าม อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์**

The Elderly Care Model in Bannongdonnoy Village Koklam Sub-district.

Lamplaimat district, Buriram province

ศันสนีย์ แสงสุข¹ สุมัทธนา กลางคาร¹ และ สรญา แก้วพิบูลย์²

Sansanee Saengsuk¹ Sumattana Glangkarn¹ and Soraya Krawpitoon²

¹คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

¹Faculty of Public Health Mahasarakham University

²สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

²Institute of Medicine, Suranaree University of Technology

บทคัดย่อ

วัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับโรคเรื้อรัง ส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมลดลงและอยู่ในภาวะพึ่งพิง การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจึงต้องมีรูปแบบที่เหมาะสม การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการดำเนินงานแบบเจาะจง จำนวน 60 คน เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ กระบวนการวิจัยมี 6 ขั้นตอนคือ 1) วิเคราะห์บริบทและสภาพปัญหา 2) ประชุมเชิงปฏิบัติการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) 3) จัดทำแผนปฏิบัติการ 4) ปฏิบัติตามแผนงาน/โครงการ 5) ติดตามสนับสนุนและประเมินผลการดำเนินงาน 6) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนพบว่า มีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้และมีส่วนร่วมในการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ประเมินระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และการศึกษาเชิงคุณภาพพบแนวทางปฏิบัติในชุมชน คือ การมีระบบกระตุ้นให้ภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเข้าใจและตระหนักได้เข้ามามีส่วนร่วม เริ่มจากแกนนำและมีภาคีที่มีบทบาทสำคัญในพื้นที่ ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงาน คือ การสร้างและพัฒนาแกนนำในชุมชนให้มีความเข้าใจ และมีกลวิธีให้กลุ่มแกนหลักเข้ามามีส่วนร่วม ในบทบาทที่แตกต่างกันในขั้นตอนการดำเนินงาน โดยมีระบบการสื่อสารอย่างไม่เป็นทางการและเสริมความสัมพันธ์ส่วนบุคคลในระหว่างการทำงาน

คำสำคัญ: การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพ, ผู้สูงอายุ, การดูแลสุขภาพ

Abstract

Old age is a chronic disease. As a result, the ability to perform activities is reduced and dependent. Elderly care needs to be in the right format. This action research studied the elderly health care model. Selected 60 specific process-related samples were collected quantitatively and qualitatively. The research process consists of 6 steps: 1) Context analysis and problem 2) Participatory planning workshop (AIC) 3) Make Action plan 4) Follow the Plan / project implementation 5) Follow up, support and evaluation the performance 6) Organize a forum to share and learn lessons. Showed that there was a change in the average level of knowledge and participation in elderly care management. Conversely improved significantly ($p < 0.001$) and the qualitative study found a way of working in the community is to have a system to encourage the relevant sectors to understand and become aware of, get involved, start with the mainstream and play a key role in the area. The success factor in the operation is to create and develop community leaders to understand and strategize the core groups

to participate in different roles in the operational phase. By having an informal communication system and enhancing personal relationships during the operation.

Keywords: health care system development, elderly people, health care

บทนำ

เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยผู้สูงอายุจะพบว่าการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย มีการเสื่อมสลายของอวัยวะต่าง ๆ ที่อยู่ในร่างกายรวมทั้งในด้านสติปัญญา ความคิด ความจำ และด้านสมรรถภาพ มักพบว่าผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค โรคเรื้อรังที่พบบ่อย ได้แก่ โรคไขมันในเส้นเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด⁽¹⁾ ผู้สูงอายุแบ่งตามสภาวะผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี เน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 2) ผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง เน้นการดูแลรักษาฟื้นฟูสภาพและชะลอหรือลดทอนภาวะทุพพลภาพและ 3) ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย ทุพพลภาพและพิการ เน้นการติดตามเยี่ยมบ้านและการบำบัดฟื้นฟูรวมทั้งการสนับสนุนอุปกรณ์ช่วยเหลือ ส่วนบริการด้านสังคมนั้นมีการพัฒนาศักยภาพการมีส่วนร่วมในสังคมของผู้สูงอายุและการกิจประสานการบริการด้านสุขภาพและสังคมอื่น ๆ⁽²⁾

จังหวัดบุรีรัมย์ มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 189,188 คน คิดเป็นร้อยละ 16.68 ของประชากรทั้งหมด เป็นเพศหญิง ร้อยละ 50.60 เพศชาย ร้อยละ 49.40 แยกได้ตามระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) เป็นกลุ่มติดสังคม ติดบ้าน ติดเตียง ร้อยละ 89.08, 5.79, 0.97 ตามลำดับ สำหรับเขตอำเภอลำปลายมาศ มีผู้สูงอายุ ร้อยละ 14.65 ของประชากรทั้งหมด และในพื้นที่ตำบลโคกล่าม อำเภอลำปลายมาศ มีจำนวนผู้สูงอายุ จำนวน 943 คน คิดเป็นร้อยละ 15.70 ของจำนวนประชากรในพื้นที่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.25 เพศชาย ร้อยละ 47.75⁽³⁾ จากข้อมูลผู้สูงอายุที่มากกว่าร้อยละ 10.00 ของจำนวนประชากรทั้งหมดในพื้นที่ แสดงให้เห็นว่าตำบลโคกล่ามได้เข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุแล้วปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุตำบลโคกล่าม จำนวน 943 คนป่วยด้วยโรค เบาหวาน จำนวน 330 คน ในจำนวนนี้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ 150 คน จากการคัดกรองเบาหวาน ปี 2559 มีกลุ่มผู้สูงอายุเสี่ยง 389 คนป่วยเป็นเบาหวานรายใหม่ในปี 6 คน ต้องติดตาม 383 คน ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 424 คน ในจำนวนนี้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ 314 คน จากการคัดกรองความดันโลหิต ปี 2559 มีกลุ่มผู้สูงอายุเสี่ยง 251 คน ป่วยเป็นความดันโลหิตสูงรายใหม่ในปี 15 คน ต้องติดตาม 236 คน ผู้สูงอายุป่วยเป็นทั้งเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 97 คน ในจำนวนนี้มีภาวะไตวาย 34 คน ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นจำนวน 31 คน เป็นหอบหืด 57 คน เป็นมะเร็ง จำนวน 3 คน⁽³⁾

จากข้อมูลทำให้ผู้วิจัยในฐานะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกล่าม มีหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของประชาชนจึงมีความสนใจที่จะศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และพัฒนารูปแบบในการดูแลสุขภาพให้ได้ผลดียิ่งขึ้น ด้วยรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีการใช้กระบวนการ PAOR ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน ปฏิบัติการ การสังเกต และการสะท้อนกลับ⁽⁴⁾ เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุให้เหมาะสมกับบริบท วิถีชีวิต ประเพณีวัฒนธรรมท้องถิ่นและเป็นประโยชน์กับผู้สูงอายุ แนวทางในการจัดการเรื่องการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยผ่านการเรียนรู้และประสบการณ์ร่วมกันและนำผลที่ได้มาเป็นรูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุต่อไป⁽⁵⁾

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุบ้านหนองโดนน้อย ตำบลโคกล่าม อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อศึกษาบริบทชุมชน สภาพปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุบ้านหนองโดนน้อย ตำบลโคกล่าม อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์

2.2 เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุบ้านหนองโดนน้อย ตำบลโคกล่าม อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์

2.3 เพื่อประเมินผลการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุบ้านหนองโดนน้อย ตำบลโคกล่าม อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์

ขอบเขตของการวิจัย ในการกำหนดขอบเขตของการวิจัยมีดังนี้

1. การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะเจาะจงพื้นที่ของหมู่บ้านหนองโดนน้อย หมู่ที่ 8 ตำบลโคกล่าม อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่างประชากรได้แก่ ผู้สูงอายุในหมู่บ้าน (102 คน) กลุ่มตัวอย่างการวิจัยครั้งนี้ได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วย 1) ผู้สูงอายุ จำนวน 40 คน 2) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกล่าม จำนวน 3 คน 3) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 10 คน 4) เจ้าหน้าที่จากองค์การบริหารส่วนตำบลโคกล่ามจำนวน 2 คน 5) ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 1 คน 6) ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 2 คน 7) สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลโคกล่าม จำนวน 2 คน

3. ขอบเขตด้านเนื้อหาการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

3.1 ระยะเวลาการดำเนินการ เดือน กุมภาพันธ์ 2559 ถึงเดือน มกราคม 2560

3.2 รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยได้กำหนดขั้นตอนในการวิจัยประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Acting) การสังเกต (Observing) และการสะท้อนกลับ (Reecting)⁽⁴⁾

กลุ่มตัวอย่างการสำรวจ ผู้สูงอายุและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในหมู่บ้านประกอบด้วยผู้สูงอายุ 102 คน และดำเนินการคัดเลือกประชากรกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 40 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 3 คน อสม. จำนวน 10 คน เจ้าหน้าที่จากองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 2 คน ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 1 คน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 2 คน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 2 คน ผู้ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ทั้งหมด 60 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ซึ่งได้ปรับปรุงตามเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ ประกอบด้วย 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปทางประชากร ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน แหล่งที่มาของรายได้หลักของผู้สูงอายุ การเจ็บป่วยในรอบปีที่ผ่านมา ในรอบปีที่ผ่านมา ไปพบแพทย์จำนวนกี่ครั้ง สมาชิกที่อาศัยอยู่ในครอบครัว ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุมีองค์ประกอบ 3 ด้าน ด้านร่างกาย
ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุซึ่งปรับปรุงจากแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-
BREF-THAI

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

2. แบบสอบถามผู้เข้าร่วมประชุม/การจัดกิจกรรม
3. แบบบันทึกกิจกรรม
4. แบบสังเกตการณ์ประชุม/การจัดกิจกรรม
5. แบบนิเทศติดตามงาน

วิธีดำเนินการวิจัย

ในการวิจัยได้กำหนดขั้นตอนไว้ทั้งสิ้น 2 ระยะ ดังนี้

1. ระยะเตรียมการวิจัย มีขั้นตอนการเตรียมการ ได้แก่ ศึกษาค้นคว้าหาข้อมูลจากเอกสารต่างๆ ศึกษา
แนวทางการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องและสร้างเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
ในการวิจัย ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการดำเนินงานวิจัย เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและ
ขอความเห็นจากคณะกรรมการรวมทั้งขอความเห็นจากมหาวิทยาลัยมหาสารคามในด้านจริยธรรมการวิจัย
จัดทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือและหนังสือขอความอนุเคราะห์
ทดลองใช้เครื่องมือ ติดต่อประสานงานผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ ขอความอนุเคราะห์เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลเพื่อขอความอนุเคราะห์ใช้พื้นที่ ขอความร่วมมือ ขอใช้ห้องประชุม วัสดุอุปกรณ์ต่างๆ
ในการวิจัย ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและเตรียมกลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินการวิจัย เข้าไปแนะนำตัวกับผู้เข้าร่วม
การวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ จัดทำเครื่องมือในการวางแผนการดำเนินการวิจัย ขอความอนุเคราะห์วิทยากร
เพื่อดำเนินการวิจัย

2. ระยะดำเนินการวิจัย มีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

2.1 ผู้วิจัยร่วมกับคณะวิทยากรและผู้เข้าร่วมการวิจัย ดำเนินการวิจัยตามที่ได้วางแผนการวิจัย
เชิงปฏิบัติการ

2.2 ผู้วิจัยประเมินการดำเนินงานการวิจัย

2.3 ผู้วิจัยนำเสนอผลการดำเนินงานการวิจัยต่อ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อใช้เป็นแนวทาง
ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ต่อไป

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ตำบลโคกลำ มีเนื้อที่ประมาณ 48,750 ไร่ หรือประมาณ 78 ตารางกิโลเมตร มีประชากรทั้งสิ้น
7,720 คน แยกเป็น ชาย 3,928 คน หญิง 3,792 คน แยกพื้นที่การปกครองออกเป็น 12 หมู่บ้าน ประชากร
ส่วนใหญ่ ร้อยละ 80 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ตำบลโคกลำมีผู้สูงอายุ จำนวน 943 คน เพศหญิง
515 คน เพศชาย 428 คน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ทำเกษตรกรรม จำนวน 805 คน ค้าขาย 22 คน รับจ้าง 76 คน
ไม่ได้ประกอบอาชีพ 40 คน รายได้เฉลี่ยประมาณ 30,000 - 60,000 บาทต่อปี ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัย
อยู่กับบุตรหลาน มีโรคประจำตัวจำนวน 657 คน การดูแลสุขภาพเป็นแบบตามเชื่อในท้องถิ่นดูแลกันเอง
เป็นส่วนใหญ่ ปัญหาในการดูแลสุขภาพคือ ขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง หน่วยงานต่างๆ ให้ความ

ช่วยเหลือไม่ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ ความช่วยเหลือไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชน โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพ คือ โรคประจำตัว การเจ็บป่วยต่างๆ และการดูแลสุขภาพจากหน่วยงาน หรือองค์กร โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ยังไม่มีความครอบคลุมและเป็นขั้นตอน และผู้สูงอายุเองก็ยังไม่มีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ที่ถูกต้อง

ขั้นตอนการพัฒนา

2. ขั้นวางแผน ร่วมหาทางเลือกกำหนดแนวทางในการดำเนินกิจกรรมในการแก้ไขปัญหา และการจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมตามโครงการ แบ่งออกได้ 2 ขั้น คือ การคิดกิจกรรมเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ และการจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมดังนี้

1) การคิดกิจกรรมเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ โดยผู้เข้าร่วมคิดแนวทางกิจกรรมและนำเสนอเป็นหมวดหมู่

(1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

1.1 สร้างความร่วมมือ เสียสละเวลา

1.2 สร้างความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

(2) ผู้สูงอายุ

2.1 สร้างความรู้ ในการดูแลสุขภาพตนเอง

2.2 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในการดูแลสุขภาพตนเอง

2.3 เสียสละเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ

2.4 เข้าร่วมกิจกรรม

(3) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกลำม/อบต.

3.1 สร้างความร่วมมือจากส่วนต่างๆ

3.2 ประชาสัมพันธ์โครงการกิจกรรม

3.3 ให้ความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้กับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

3.4 สนับสนุนด้านวิชาการ จัดอบรมให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติ

2) การจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมตามโครงการ โดยการให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแสดงความคิดเห็น จัดลำดับกิจกรรมต่างๆ ดังนี้

(1) กิจกรรมที่สามารถดำเนินการได้เลย

1.1 สร้างความร่วมมือ มอบหมายหน้าที่การดำเนินกิจกรรม

1.2 ประชาสัมพันธ์กิจกรรมการดำเนินงาน

1.3 จัดการอบรม ให้ความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ให้ความรู้เรื่องโรคประจำตัว การปฏิบัติตัว ในการดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย การทำกิจวัตรประจำวัน

1.4 จัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพ

(2) กิจกรรมที่ไม่สามารถดำเนินการได้เอง

2.1 การจัดสวัสดิการให้ผู้สูงอายุในชุมชนจัดเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเพิ่มเสนอต่อองค์การบริหาร ส่วนตำบลเพื่อพิจารณา

2.2 สวัสดิการให้มีรถรับส่งผู้สูงอายุเพื่อไปรับการรักษา ulya และฟื้นฟูสุขภาพเสนอองค์การบริหารส่วนตำบลเพื่อพิจารณา

3. ขั้นการปฏิบัติ

3.1 ประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ต่อผู้มีส่วนได้เสียในการวิจัย ณ ห้องประชุม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกล่าม

3.2 ผู้วิจัยและผู้มีส่วนได้เสีย และผู้สูงอายุ ทำประชาคมที่บ้านหนองโดนน้อย ตำบลโคกล่าม อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์

3.3 ผู้วิจัยและผู้มีส่วนได้เสียร่วมทำกิจกรรมการให้ความรู้ การดูแลสุขภาพ และการส่งเสริมสุขภาพ ณ บ้านหนองโดนน้อย ตำบลโคกล่าม อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์

จากการประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทำให้เกิดโครงการที่จะดำเนินการ จำนวน 4 โครงการ ดังนี้

โครงการที่ 1 การส่งเสริมและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยจัดให้มีกิจกรรม ดังนี้ จัดกิจกรรมออกกำลังกาย การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ในหมู่บ้านสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยจัดให้มีการออกกำลังกายทุกวันศุกร์ เวลา 17.00 น. โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นผู้นำทำกิจกรรมมีกิจกรรมออกกำลังกาย การให้ความรู้ในเรื่องการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ให้ครบ 5 หมู่ เน้นผักปลา การดูแลรักษาความสะอาดของร่างกาย ให้ถูกสุขลักษณะ การสวดมนต์ ทำสมาธิ ทุกวันพระโดยมีแกนนำผู้สูงอายุ เป็นผู้นำทำกิจกรรม การได้พบปะพูดคุยกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลสุขภาพตนเองก่อนรับเบี้ยยังชีพ หรือเวลาว่างมีกิจกรรมในหมู่บ้าน การพัฒนาหมู่บ้านในวันสำคัญ

โครงการที่ 2 ให้ความรู้กับผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพ ด้านแกนนำผู้สูงอายุ และด้านผู้ให้บริการในการส่งเสริม ซึ่งได้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล มีบทบาทในการให้ความรู้ข่าวสารด้านสุขภาพเป็นพี่เลี้ยงให้ผู้สูงอายุในการประชาสัมพันธ์ ผ่านหอกระจายข่าว ทุกเดือน และการให้ความรู้ที่ทันสมัยและเชื่อถือได้ การตรวจคัดกรองสุขภาพ ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต ให้แก่ผู้สูงอายุเดือนละ 1 ครั้ง การติดตามเยี่ยมบ้าน การประสานงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

โครงการที่ 3 สร้างเสริมกำลังใจให้กับผู้สูงอายุ ด้านผู้ให้การสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบลโคกล่ามมีบทบาทในการจ่ายเบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุในหมู่บ้านทุกเดือน การสนับสนุนงบประมาณจัดกิจกรรมวันผู้สูงอายุในช่วงเทศกาลสงกรานต์ รวมทั้งการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยทีมภาคีเครือข่ายและผู้สูงอายุ

โครงการที่ 4 อาชีพเสริมสำหรับผู้สูงอายุ เช่น ปลูกผักสวนครัว จักสาน ทอเสื่อ ซึ่งพอเข้าช่วงสูงอายุ จะทำให้ผู้สูงอายุเหงา รู้สึกโดดเดี่ยว การมีอาชีพเสริมทำให้ผู้สูงอายุได้พบปะเพื่อนพ้อง หากทำงานได้เงิน ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า

4. ขั้นสังเกตการณ์และการสะท้อนกลับ

ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) จากการประชุมนิเทศติดตามงาน สรุปประเด็นได้ ดังนี้

ขั้นปฏิบัติ	ขั้นสังเกตการณ์
โครงการที่ 1 การส่งเสริมและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	ผู้สูงอายุมีความสนใจและเข้าร่วมในการดำเนินการตามกิจกรรมอย่างมีความสุข
โครงการที่ 2 ให้ความรู้กับผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพ	ผู้สูงอายุเข้าร่วมในการตรวจประเมินสุขภาพของตนเองและประเมินสุขภาพให้เพื่อน พร้อมทั้งร่วมบันทึกข้อมูลกับเจ้าหน้าที่
โครงการที่ 3 สร้างเสริมกำลังใจให้กับผู้สูงอายุ	ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมในวันผู้สูงอายุและยังมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับทีมภาคีเครือข่าย
โครงการที่ 4 อาชีพเสริมสำหรับผู้สูงอายุ	ผู้สูงอายุมีการประกอบอาชีพแบบง่าย ๆ เช่นการปลูกพืชผักสวนครัว ทอเสื่อ และจักสานทำให้ผู้สูงอายุได้พบปะสังสรรค์ในเวลาที่มาทำงานร่วมกันอีกด้วย

2. ผลจากการเก็บข้อมูลก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมสามารถสรุปผลได้ดังต่อไปนี้

1. ผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพพบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนามากกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการพัฒนา โดยรวมพบว่า ก่อนการพัฒนามีคะแนน 1.77 หลังการพัฒนามีคะแนน 2.30 โดยเปรียบเทียบระดับคะแนนก่อนและหลังพบว่า ระดับพฤติกรรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

ตาราง 1 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพ ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา (n=40)

พฤติกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวทุกด้าน	ผลการเปรียบเทียบระดับพฤติกรรม			
	$\bar{x}$	SD	t	p-value
ก่อนการพัฒนา	1.77	0.47	5.54	0.001>
หลังการพัฒนา	2.30	0.51		

2. ผลการศึกษาการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนาพบว่า โดยภาพรวมคุณภาพชีวิตก่อนการพัฒนา มีค่าเฉลี่ย 2.30 และโดยภาพรวมคุณภาพชีวิตก่อนการพัฒนามีค่าเฉลี่ย 2.45 เมื่อเปรียบเทียบระดับคุณภาพคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการพัฒนาพบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

ตาราง 2 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิต ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา (n=40)

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	ผลการเปรียบเทียบระดับพฤติกรรม			
	$\bar{x}$	SD	t	p-value
ก่อนการพัฒนา	2.30	0.46	2.63	>0.001*
หลังการพัฒนา	2.45	0.50		

3. สรุปขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นศึกษาบริบทชุมชน ประกอบด้วย ประชุมชี้แจงการดำเนินงานให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ สอบถามความคิดเห็น ขอความร่วมมือ ข้อเสนอแนะ ประสานความร่วมมือกับผู้เกี่ยวข้องและผู้เข้าร่วมดำเนินโครงการศึกษาข้อมูลทั่วไปของชุมชน ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆ ของชุมชนจากเอกสาร จากการสำรวจ จากการสัมภาษณ์ การสอบถามและเรื่องในชุมชน ได้แก่ ลักษณะภูมิประเทศ ลักษณะทางประชากร ความเชื่อ การปกครอง อาชีพ ภาวะเศรษฐกิจ หน่วยงานองค์กรต่างๆ และกลุ่มต่างๆ ในชุมชนศึกษาการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ระบบสุขภาพ การรักษาสุขภาพ และความเชื่อทางสุขภาพ สิ่งปฏิบัติสืบทอดกันมาแต่โบราณที่ส่งผลต่อสุขภาพของประชาชนในชุมชน

2. ขั้นวิเคราะห์ นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาชุมชนมาร่วมกันวางแผนเพื่อดำเนินกิจกรรม ประกอบด้วย นำเสนอข้อมูลต่อที่ประชุมผู้เกี่ยวข้อง นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาทั้งจากการสำรวจ การสัมภาษณ์ พูดคุย รวบรวมเป็นเอกสารเสนอต่อผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล ทบพวนบริบทชุมชน กรองข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสภาพชุมชน ปัญหาที่พบในชุมชน ความต้องการของชุมชน รวมถึงความร่วมมือจากชุมชน ในการดำเนินโครงการศึกษาสภาพปัจจุบัน โดยการร่วมมือของทุกภาคส่วนต่างๆ ที่มีความเกี่ยวข้องรวบรวมข้อมูลต่างๆ วิเคราะห์ข้อมูล ร่วมตัดสินใจเพื่อกำหนดแนวทางในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุบ้านหนองโดนน้อย

3. ขั้นการวางแผนดำเนินงาน ประกอบด้วย การดำเนินแนวทางการพัฒนาารูปแบบที่เหมาะสมที่สามารถปฏิบัติได้จริงโดยคำนึงถึงงบประมาณ บุคลากร วัสดุ และการจัดการปัญหา เวลาในการดำเนินกิจกรรม รวมถึงผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรม เพื่อให้กิจกรรมต่างๆ สามารถดำเนินการได้ กำหนดทิศทางการดำเนินโครงการ กำหนดกิจกรรมที่จะดำเนินงาน จัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม พิจารณากิจกรรมที่สามารถดำเนินการได้เอง และกิจกรรมที่ต้องประสานความร่วมมือ เพื่อประสานความร่วมมือจากองค์กรต่างๆ คิดกิจกรรม การจัดกิจกรรมร่วมกัน คัดเลือกกิจกรรม ร่วมกันเลือกกิจกรรมที่สามารถดำเนินการได้ เพื่อนำมาปฏิบัติในการดำเนินโครงการ จัดทำแผนการดำเนินงาน จัดทำแผนเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องและผู้เข้าร่วมโครงการ ได้รับทราบกิจกรรมที่จะดำเนินการก่อนและหลังดำเนินการ

4. ขั้นการปฏิบัติตามแผนงาน คือการดำเนินการตามแผนที่ได้วางไว้ ดำเนินการกิจกรรมที่ได้กำหนดไว้ก่อนและหลัง ประกอบด้วย ประชุมเพื่อแบ่งหน้าที่รับผิดชอบการดำเนินโครงการ มอบหมายงานให้กับผู้ยินดีให้ความร่วมมือ และสอบถามความพร้อมและความสะดวกในการเข้าร่วมโครงการ ประชุมเชิงปฏิบัติการ จัดดำเนินกิจกรรม ตามแผนงาน อบรมการให้ความรู้การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายให้กับผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โรคประจำตัว สภาวะที่เอื้อต่อการเกิดโรคประจำตัว การปฏิบัติตัว เพื่อไม่ก่อให้เกิดเป็นโรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง อบรมการออกกำลังกาย ให้ฝึกออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ สร้างความรู้ โดยการอบรมให้ความรู้และเก็บข้อมูลให้ตอบแบบสอบถาม ก่อนการอบรมและหลังจากการอบรม สร้างความเข้าใจในการดูแลสุขภาพตัวเองและให้มีความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพตัวเอง ฝึกปฏิบัติในการดูแลสุขภาพ สังเกตการณ์ดำเนินกิจกรรมต่างๆ การเก็บรวบรวมข้อมูลจากการดำเนินกิจกรรม บรรยายการทำกิจกรรม ความร่วมมือในการทำกิจกรรมและสอบถามถึงความพึงพอใจในการทำแบบสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมประชุม

5. ขั้นติดตามประเมินผล ประกอบด้วย ติดตามการดำเนินโครงการ โดยการติดตามกิจกรรมตอบแบบสอบถาม เก็บข้อมูลสังเกตการณ์ จัดกิจกรรม สอบถามความคิดเห็น และข้อเสนอแนะในการจัดกิจกรรม สอบถามความพึงพอใจ ในการเข้าร่วมกิจกรรม ความคิดเห็นต่างๆ เพื่อรวบรวมข้อมูลตอบกลับให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินโครงการ

6. ขั้นสรุปผลการดำเนินงาน ประกอบด้วย ประชุมสรุปผลการดำเนินงาน สรุปความสำเร็จในการทำกิจกรรม เสนอข้อเสนอแนะในการจัดกิจกรรม และการดำเนินงาน สรุปปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จ แสดงความคิดเห็นต่างๆ ต่อการจัดกิจกรรม ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องและผู้เข้าร่วมโครงการ

7. ขั้นสะท้อนข้อมูลกลับสู่ชุมชน ประกอบด้วย นำเสนอข้อมูลให้กับหน่วยงานที่ให้ความร่วมมือในการทำโครงการ จัดทำเอกสารข้อมูล กิจกรรมการดำเนินงานให้หน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้อง รวมถึงหน่วยงานต่างๆ และผู้สนับสนุนเพื่อหน่วยงานและผู้สนับสนุนจะได้นำไปใช้ประโยชน์ต่อไป นำข้อมูลที่ได้นำเสนอต่อผู้เข้าร่วมโครงการและชุมชน ชี้แจงความสำเร็จต่อผู้เข้าร่วมโครงการ ให้ผู้เข้าร่วมโครงการเสนอแนะการทำกิจกรรมแสดงความคิดเห็นต่อการทำโครงการ

อภิปรายผล

การวิจัยเรื่อง รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้กำหนดขั้นตอน การดำเนินงานวิจัยในลักษณะวงจรรอบ 4 ขั้นตอนหลัก คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกตผลการปฏิบัติ (Observation) และการสะท้อนผล (Reection)⁽⁴⁾ จากการเก็บรวบรวมข้อมูลพบว่า ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ได้แก่ ทำนาข้าว ทำสวนผลไม้ มีองค์การบริหารส่วนตำบล 1 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 แห่งโรงเรียน 6 แห่ง ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน จำนวน 12 แห่ง ศูนย์เด็กเล็ก 2 แห่ง องค์กรต่างๆ ได้แก่

อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) กลุ่มแม่บ้าน ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จากการดำเนินกิจกรรมพบว่า เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อสม. ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ องค์การบริหารส่วนตำบลโคกลำให้ความช่วยเหลือในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างความร่วมมือจากชุมชนในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุบ้านหนองโดนน้อย โดยการนำเทคนิคในการมีส่วนร่วม (Appreciation – Inuence – Control: AIC)

ผลการศึกษายุติธรรมการดูแลสุขภาพพบว่า ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพก่อนการพัฒนาที่ยังไม่มีรูปแบบในการดูแลสุขภาพมีการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง และหลังการพัฒนารูปแบบโดยการให้ความรู้ ทดลองในการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุพบว่า การปฏิบัติในการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับที่ดี ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบแล้วเพิ่มขึ้นจากเดิมที่ไม่มีรูปแบบการดูแลสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนในภาคอีสาน เป็นการวิจัยพัฒนา (Research and Development) พื้นที่ทำการวิจัยในภาคอีสาน 7 จังหวัด คือ จังหวัดร้อยเอ็ด มหาสารคาม นครราชสีมา สุรินทร์ บุรีรัมย์ สกลนคร และขอนแก่น นำเอาการมีส่วนร่วมเข้ามาใช้ในการทำกิจกรรม เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุวัตถุประสงค์⁽⁶⁾ นอกจากนั้นยังสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุจังหวัดศรีสะเกษ ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุจังหวัดศรีสะเกษ และศึกษาตัวแปรพยากรณ์ที่ดีของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุจังหวัดศรีสะเกษพบว่า ตัวแปรที่ดีของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดศรีสะเกษ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุข การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุและการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน⁽⁷⁾

จากผลการศึกษาที่พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนมีรูปแบบการดูแลสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยเปรียบเทียบระดับคะแนนก่อนและหลังการพัฒนาพบว่า ระดับคุณภาพชีวิตที่ดีเพิ่มขึ้นจากก่อนการมีรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเนื่องจากมีกระบวนการในการดำเนินงาน 7 ขั้นตอน คือ ศึกษาบริบทชุมชน วิเคราะห์ข้อมูล การวางแผนดำเนินงาน การปฏิบัติตามแผนงาน ติดตามประเมินผล สรุปผลการดำเนินงาน และสะท้อนข้อมูลกลับสู่ชุมชน การทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นต้องเริ่มจากการทำให้มีความสุข มีความพึงพอใจ มีความรู้ในเรื่องสุขภาพ สามารถนำไปปฏิบัติได้⁽⁸⁾ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุจังหวัดศรีสะเกษพบว่า คุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับบริบททางสังคม วัฒนธรรม และค่านิยมในเวลานั้นๆ และมีความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมาย ความคาดหวังและมาตรฐานที่แต่ละคนกำหนดขึ้น ซึ่งประกอบด้วย 4 มิติ ดังนี้ มิติทางด้านสุขภาพกาย มิติทางด้านสุขภาพจิต มิติทางด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และมิติทางด้านสภาพแวดล้อม⁽⁷⁾ มีความสอดคล้องกับการศึกษา เรื่องผลกระทบ ภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทยพบว่าการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวก่อให้เกิดภาระ ผลกระทบกับผู้ดูแลและครอบครัวที่อยู่ท่ามกลางความไม่พร้อมของครอบครัวและระบบการสนับสนุนในชุมชน ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในการดำเนินชีวิต ดังนั้นการพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและการออกแบบระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีทางเลือกให้สำหรับผู้ดูแลและครอบครัวในชุมชน⁽⁹⁾

ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปปฏิบัติ

1. การแก้ไขปัญหผู้สูงอายุในชุมชน ควรใช้กระบวนการการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน และกำหนดกรอบการแก้ไขให้ชัดเจน เนื่องจากปัญหาที่พบเป็นปัญหาที่สามารถแก้ไขได้เองและไม่สามารถแก้ไขได้เอง

2. พบว่ามีปัญหาในการขาดอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ควรประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อขอการสนับสนุนอุปกรณ์ที่สามารถนำมาใช้ในการดำเนินกิจกรรมได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการสร้างความร่วมมือจากโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ ที่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการแก้ไขปัญหา เพื่อร่วมกันแก้ปัญหาในชุมชนให้กับกลุ่มของผู้สูงอายุในชุมชน เนื่องจากปัญหาบางอย่างต้องให้หน่วยงานอื่นๆ เข้ามาร่วมดำเนินการ เช่น สภาพเศรษฐกิจ ความเป็นอยู่ อาชีพ เป็นต้น

2. การศึกษาในครั้งต่อไป ควรจะศึกษาถึงผู้สูงอายุที่ไม่สามารถร่วมโครงการได้ด้วย เช่น ผู้สูงอายุติดเตียง ผู้สูงอายุที่ต้องมีผู้ช่วยเหลือกิจกรรมประจำวัน เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. พิสิษฐ์ พิริยาพรรณ. พัฒนาแนวทางและรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังเชิงรุก.: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2551.
2. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ. สรุปผลงานโรคไม่ติดต่อ ประจำปี 2558 นครราชสีมา. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา, 2558.
3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกล่าม. ข้อมูลผู้สูงอายุในตำบลโคกล่าม อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกล่าม, 2558.
4. Kemmis, S. and Mc Taggart, R. The Action Research Reader. 3rd ed. Geelong : Deakin University Press, 1990.
5. ศุภนิมิต หนองม่วง. การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นทางการศึกษารูปแบบการรวบรวมปัญหาหรือคำถามจากการสะท้อนการปฏิบัติการ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2555.
6. ชนิดา สมมาตย์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ. ศูนย์ดัชนีอ้างอิงวารสารไทยกรุงเทพฯ, 2551.
7. อีระชัย พรหมคุณ. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุจังหวัดศรีสะเกษ [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2557.
8. ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต, วนิพพล มหาอาชา และสรินทร์เกรย์. คุณภาพชีวิตการทำงานและความสุข. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ธรรมดาเพรส จำกัด, 2556.
9. ศิราณี ศรีหาภาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณิศร เต็งรัง. ผลกระทบและภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบงานสาธารณสุข, 2557.

**การศึกษาระยะเวลาตรวจวินิจฉัยจนถึงเริ่มรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน
เปรียบเทียบจากการวินิจฉัยโดยใช้วิธี Xpert MTB/RIF, Line Probe Assay
และ phenotypic DST: กรณีศึกษาจังหวัดนครราชสีมา 1 ตุลาคม 2554 – 31 มีนาคม 2560
A Comparative Study on Duration from MDR-TB Diagnosis to Treatment Initiation
Using Three Difference Xpert MTB/RIF, Line Probe Assay and Phenotypic DST:
A Case Study from Nakhon Ratchasima Province 1st October 2012 – 31st March 2017**

**สุพล ติตยันทพร และ บุญช่วย นาสูงเนิน
Supol Tatiyanantaporn and Bunchuai Nasungnoen
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
Nakhon Ratchasima Provincial Health Office**

บทคัดย่อ

การศึกษาไปข้างหน้าโดยเก็บข้อมูลย้อนหลังเพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาตรวจวินิจฉัยจนถึงวันเริ่มรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานโดยใช้วิธี Xpert MTB/RIF, Line Probe Assay และ phenotypic DST กลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง 92 ราย จากทะเบียนประวัติการรักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนาน กรณีศึกษาจังหวัดนครราชสีมา ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2554 – 31 มีนาคม 2560 โดยใช้สถิติ Kruskal-Wallis Test ผลการศึกษาระยะเวลาตั้งแต่การวินิจฉัยโรคจนถึงการเริ่มต้นรักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนาน วิธี Xpert MTB/RIF 12 วัน, Line Probe Assay 28 วัน และ culture-phenotypic drug sensitivity testing 81 วัน เมื่อทดสอบความแตกต่างค่ามัธยฐาน ระยะเวลาตรวจวินิจฉัยจนถึงวันเริ่มรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0001$) สรุปผลการศึกษา Xpert MTB/RIF เป็นวิธีที่สามารถลดระยะเวลาเริ่มรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานได้

คำสำคัญ: ระยะเวลาตรวจวินิจฉัย, วันเริ่มรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน, นครราชสีมา

Abstract

This was a retrospective cohort study analyzing to compare on duration from MDR-TB diagnosis to treatment initiation by using three difference Xpert MTB/RIF, Line Probe Assay and phenotypic DST. Purposive sampling 92 medical records of patients diagnosed with MDR-TB in Nakhon Ratchasima Province between 1st October 2012 to 31st March 2017. Results: The time from diagnosis to treatment initiation Expert MTB/RIF 12 days, Line Probe Assay 28 days and culture-phenotypic drug sensitivity testing 81 days and Kruse-Wallis Test significant ($p < 0.0001$) Conclusions: Xpert MTB/RIF significantly reduced the time to treatment MDR-TB

Keywords: duration from MDR-TB diagnosis to treatment initiation, Nakon Ratchasima province,

บทนำ

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่ยังเป็นสาเหตุสำคัญของการป่วย และการตายของหลายๆ ประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย องค์การอนามัยโลกได้จัดให้เป็น 1 ใน 14 ประเทศที่มีภาระวัณโรคสูง (High Burden Country Lists)⁽¹⁾ ที่มีปัญหาทั้งวัณโรคทั่วไป วัณโรคและเอดส์ วัณโรคดื้อยาหลายขนาน และคาดประมาณจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ 120,000 รายต่อปี จากการเฝ้าระวังวัณโรคดื้อยาทั่วโลก ขององค์การอนามัยโลก)⁽²⁾ พบว่าประมาณร้อยละ 3.5 (95% CI 2.2-3.5%) ของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ทั่วโลก เป็นวัณโรคดื้อยา

หลายขนานและพบสูงถึงประมาณร้อยละ 20.5 (95% CI 13.6-27.5%) ในผู้ป่วยที่เคยรักษาวัณโรคมาก่อน โดยร้อยละ 9 (95% CI 6.5-11.5%) ของผู้ป่วยดื้อยาหลายขนานเป็นชนิดดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก คาดประมาณในปี พ.ศ. 2556 ทั่วโลกมีผู้ป่วย 480,000 ราย เป็นวัณโรคดื้อยาหลายขนานรายใหม่ โดยมากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในประเทศอินเดีย จีน รัสเซีย และเสียชีวิตประมาณ 210,000 ราย อย่างไรก็ตาม การค้นหาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานยังมีน้อย และได้รับรายงานผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานจากประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกเพียงร้อยละ 45 ของจำนวนที่คาดการณ์การเท่านั้น เนื่องจากมีปัญหาการเข้าถึงบริการวินิจฉัยยังไม่ดี ผู้ป่วยที่เคยรักษามาก่อนได้รับการตรวจหาความไวต่อยาโดยเฉลี่ยเพียงร้อยละ 8.5 ของผู้ป่วยใหม่ และร้อยละ 17 ของผู้ป่วยที่เคยรักษามาก่อน และผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยวัณโรคดื้อยาหลายขนานขึ้นทะเบียนรักษาเพียงร้อยละ 71 และมีผลสำเร็จของการรักษาเพียงร้อยละ 48 (Median:59.5%)⁽³⁾

ในประเทศไทย โดยสำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค ได้ดำเนินการเฝ้าระวังการดื้อยารักษาวัณโรคระดับประเทศทั้งหมด 4 ครั้งพบว่าแนวโน้มของวัณโรคดื้อยาหลายขนานไม่เพิ่มขึ้นหรือลดลง ในผู้ป่วยรายใหม่จะพบดื้อยารักษาวัณโรคหลายขนานร้อยละ 2 และผู้ป่วยที่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนร้อยละ 20⁽⁴⁾ จังหวัดนครราชสีมามีผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภทขึ้นทะเบียนรักษาในปีงบประมาณ 2555-2558 จำนวน 9,945 ราย เป็นผู้ป่วยที่เคยรักษาวัณโรค 497 ราย และได้รับการตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยาเฉพาะในรายที่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนจำนวน 206 คน (ร้อยละ 41.50) และขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน 52 ราย อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานร้อยละ 66.67⁽⁵⁾ และในปี 2559-2560 พบผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภทรวม 5,190 ราย ผู้ป่วยที่เคยรักษาวัณโรครวม 288 ราย และได้รับการตรวจวินิจฉัยดื้อยาและดื้อยาหลายขนาน จำนวน 257 คน (ร้อยละ 89.13) และขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน 40 ราย มีอัตราการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 87.50⁽⁶⁾

จังหวัดนครราชสีมาได้จัดทำแนวทางปฏิบัติในการส่งต่อเพื่อตรวจวินิจฉัยวัณโรค และวัณโรคดื้อยา โดยส่งตรวจวินิจฉัยจากคลินิกวัณโรคของโรงพยาบาลทุกแห่งไปยังสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา กำหนดให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดส่งเสมหะเพาะเชื้อ (Culture) และทดสอบความไวต่อยา (drug susceptibility testing : DST) ทุกรายก่อนเริ่มรักษา ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีประวัติรักษาวัณโรคมาก่อน ซึ่งคือผู้ป่วยที่เคยรักษาครบหรือรักษาหายกลับเป็นซ้ำ ผู้ป่วยที่ขาดยาเกิน 2 เดือนติดต่อกัน เมื่อกลับมารักษาซ้ำแล้วยังพบเชื้อในเสมหะ ผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาหลายครั้งและรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ทั้งรายที่พบเชื้อหรือไม่พบเชื้อในเสมหะ ผู้ป่วยวัณโรคขณะกำลังรักษาและยังพบเสมหะเมื่อสิ้นเดือนที่ 3 หรือหลังจากนั้นผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่มีประวัติเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีประวัติการสัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ผู้ป่วยในเรือนจำและผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยในช่วงระยะเวลาปีงบประมาณ 2555-2557 ด้วยวิธี culture/phenotypic drug sensitivity testing และในปีงบประมาณ 2558 เพิ่มการตรวจด้วยวิธี Line Probe Assay : LPA โดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา รายงานผลทางโทรสารกลับไปยังงานชันสูตรของโรงพยาบาลทุกแห่ง เมื่อพบวัณโรคดื้อยาหลายขนานและส่งผลการตรวจวินิจฉัยฉบับจริงทางไปรษณีย์ เมื่องานชันสูตรได้รับผลการตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยาหลายขนานแล้วจะแจ้งเจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรค เพื่อประสานผู้ป่วยและส่งต่อการรักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ณ คลินิกวัณโรคโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา⁽⁷⁾ และในปีงบประมาณ 2559 เริ่มการส่งตรวจด้วยวิธี Xpert MTB/RIF วินิจฉัยวัณโรคและดื้อยาต่อยา Rifampicin จากคลินิกวัณโรคของโรงพยาบาลทุกแห่งไปยังงานชันสูตรโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ในการค้นหาวัณโรคเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยเสมหะบวก ผู้ป่วยที่มีประวัติการสัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ผู้ป่วยในเรือนจำและผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ

หรือผู้ที่มีการสงสัยผลการถ่ายภาพรังสีทรวงอกผิดปกติและผลการตรวจเสมหะเป็นลบ ซึ่งงานชั้นสูตรวางระบบการตรวจด้วย Xpert MTB/RTF ส่งตรวจได้ทุกวันและเปิดตรวจ 24 ชั่วโมง เมื่อตัวยา Rifampicin จะส่ง DST และเมื่อพบว่าป็นวัณโรคดื้อยาหลายขนาน หากเป็นรายที่คลินิกวัณโรคโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาเป็นผู้ส่งตรวจจะดำเนินการติดตามผู้ป่วยและขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนาน หากเป็นรายที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลแห่งอื่นจะประสานทาง line group สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เพื่อประสานคลินิกวัณโรคที่เกี่ยวข้องนำผู้ป่วยมาขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนานที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ในส่วนการส่งต่อเพื่อตรวจ LPA ในรายที่มีผลตัวยา Rifampicin จากโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาถึงสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา ยังมีข้อจำกัดเรื่องระบบขนส่งส่งตรวจยังไม่สามารถดำเนินการได้⁽⁸⁾ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาระยะเวลาตรวจวินิจฉัยจนถึงเริ่มรักษาของผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานเปรียบเทียบการวินิจฉัยโดยใช้วิธี Xpert MTB/RIF, Line Probe Assay และ phenotypic DST เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการพัฒนาระบบเข้าถึงกลุ่มที่เสี่ยงสำคัญต่อการเป็นผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน รวมทั้งยังไม่เคยมีการศึกษาดังกล่าวในจังหวัดนครราชสีมา ผลการวิจัยจะนำไปใช้ในการเสนอการจัดหาเครื่องมือและเพิ่มศักยภาพบุคลากรในการตรวจวินิจฉัยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างค่ามัธยฐานของระยะเวลาจากวันที่ส่งเสมหะตรวจวินิจฉัยและออกรายงานการวินิจฉัยจากห้องปฏิบัติการจนถึงวันเริ่มต้นการรักษาผู้ป่วยวัณโรคหลายขนาน จำแนกตามวิธีการตรวจวินิจฉัย Xpert MTB/RTF วิธี Line probe assay : LPA และวิธี culture/phenotypic drug sensitivity testing

ขอบเขตของการศึกษาวิจัย

การศึกษานี้ดำเนินการโดยการทบทวนเวชระเบียนและบันทึกข้อมูลต่างๆของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา โดยการทบทวนข้อมูลประวัติของผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานย้อนหลังตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2554 ถึง 31 มีนาคม 2560 ณ เวลาที่ทบทวนข้อมูลซึ่งอยู่ในช่วงเดือนมิถุนายน - กรกฎาคม 2560 การทบทวนเวชระเบียนและบันทึกข้อมูลต่างๆ ของผู้ป่วยดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานควบคุมวัณโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ร่วมกับเจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาและเจ้าหน้าที่งานชั้นสูตร สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา และผู้วิจัยเป็นผู้ตรวจสอบข้อมูลจากแหล่งข้อมูลต่างๆ

ข้อจำกัดของการศึกษา

การทบทวนข้อมูลเบื้องต้น ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานควบคุมวัณโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ร่วมกับเจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรคโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาและเจ้าหน้าที่งานชั้นสูตรสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา ซึ่งผ่านการอบรมชี้แจงแนวทางการทบทวนและคัดลอกข้อมูลลงในแบบบันทึก เพื่อเป็นการปกป้องรักษาความลับของผู้ป่วย อย่างไรก็ตามการดำเนินการทบทวนและคัดลอกข้อมูลนี้อาจจะไม่ได้เป็นไปตามแนวทางที่กำหนดไว้อย่างครบถ้วน เนื่องจากความซับซ้อนของข้อมูลที่บันทึกไว้ในเวชระเบียนหรือทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค รวมทั้งการตรวจสอบข้อมูลยังมีข้อจำกัดในการเชื่อมโยงแหล่งข้อมูลในหลายแหล่งส่งผลให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

1. ผู้ป่วยติดต่อยารักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนาน หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีการติดต่อยารักษาวัณโรคอย่างน้อย 2 ขนาน ที่สำคัญ ได้แก่ isoniazid และ rifampicin พร้อมกัน และอาจจะดื้อยาหลายขนานอื่นๆ ด้วยก็ได้
2. การตรวจวิเคราะห์สารพันธุกรรมโดยวิธี Xpert MTB/RTF หมายถึง วิธีการตรวจหาเชื้อวัณโรคและเชื้อวัณโรคดื้อยา rifampicin ในเวลาเดียวกัน ใช้เวลาทดสอบ 100 นาที สามารถทดสอบกับตัวอย่างเสมหะได้โดยตรง ทั้งเสมหะที่มีผล smear เป็นบวกหรือลบ แต่ต้องมีเชื้อวัณโรคในตัวอย่างที่ทดสอบอย่างน้อย 131 ตัว/มิลลิลิตร
3. การตรวจวิเคราะห์สารพันธุกรรมโดยวิธี line probe assay (LPA) หมายถึง วิธีการตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อวัณโรคที่ดื้อต่อยา isoniazid และ rifampicin โดยดูปฏิกิริยาการเกิดสีขึ้นบนแถบไนโตเซลลูโลสที่จำเพาะต่อเชื้อวัณโรคนั้น ใช้เวลาประมาณ 2 วัน มีความไวและความจำเพาะร้อยละ 98
4. การตรวจสอบความไวต่อยา โดยวิธี drug susceptibility test (DST) หมายถึง วิธีการทดสอบความไวต่อยา (drug susceptibility test หรือ DST) ในกลุ่ม second-line drug ได้แก่ ยาในกลุ่ม uoroquinolone และกลุ่มยาฉีดสามชนิด ได้แก่ kanamycin, amikacin และ capreomycin โดยในปี 2008 องค์การอนามัยโลกได้แนะนำวิธี automated liquid-culture system
5. ระยะเวลาจากวันที่ส่งเสมหะเพื่อตรวจวินิจฉัยจนถึงวันออกรายงานผลการวินิจฉัยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน หมายถึง ระยะเวลาวันที่เก็บเสมหะส่งตรวจจนถึงวันที่ออกรายงานและส่งผลการวินิจฉัยวัณโรคดื้อยาหลายขนานถึงสถานพยาบาลที่ส่งตรวจ
6. ระยะเวลาจากวันที่รายงานการวินิจฉัยจากห้องปฏิบัติการจนถึงวันเริ่มต้นการรักษาผู้ป่วยวัณโรคหลายขนาน หมายถึง ระยะเวลาที่ห้องปฏิบัติการรับและส่งผลให้คลินิกวัณโรคจนถึงวันเริ่มต้นการรักษาวัณโรคหลายขนาน
7. ระยะเวลาจากวันที่ส่งเสมหะตรวจวินิจฉัยและออกรายงานการวินิจฉัยจากห้องปฏิบัติการจนถึงวันเริ่มต้นการรักษาผู้ป่วยวัณโรคหลายขนาน หมายถึง ระยะเวลาวันที่เก็บเสมหะและออกรายงานวินิจฉัยวัณโรคดื้อยาหลายขนานถึงวันเริ่มต้นรักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนาน

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

ตัวแปรต้น ได้แก่ วิธี Xpert MTB/RTF, วิธี Line probe assay และ วิธี culture/phenotypic drug sensitivity testing

ตัวแปรตาม ได้แก่ ระยะเวลาจากวันที่ส่งเสมหะตรวจวินิจฉัยและออกรายงานการวินิจฉัยจากห้องปฏิบัติการจนถึงวันเริ่มต้นการรักษาผู้ป่วยวัณโรคหลายขนาน

วิธีการศึกษา

ประชากรที่ทำการศึกษา

ประชากรที่ทำการศึกษา คือ ผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมดที่เริ่มรับการรักษา MDR-TB ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2554 ถึง 31 มีนาคม 2560 ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดนครราชสีมา ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการรักษาแบบเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา MDR-TB center ของจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 116 คน

กลุ่มตัวอย่าง

การเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling method) จำนวน 92 ราย โดยมีเกณฑ์คัดเข้าดังนี้

Inclusion criteria คือ รายที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยาหลายขนานวิธี Xpert MTB/RTF, วิธี Line proved assay และ วิธี culture/phenotypic drug sensitivity testing และมีแบบบันทึกรายงานผล drug sensitivity testing

Exclusion criteria คือ รายที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยาหลายขนานวิธี Xpert MTB/RTF, วิธี Line proved assay และ วิธี culture/phenotypic drug sensitivity testing แต่ไม่มีแบบบันทึกรายงาน drug sensitivity testing หรือในรายที่ไม่มีข้อมูลการส่งตรวจวินิจฉัยแต่แพทย์ให้การรักษาด้วยสูตรยารักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนาน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ทบทวนเวชระเบียนและบันทึกข้อมูลต่างๆของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาและสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา โดยทบทวนข้อมูลประวัติต่างๆของผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานย้อนหลังตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2554 ถึง 31 มีนาคม 2560 ณ เวลาที่ทบทวนข้อมูลซึ่งอยู่ในช่วงเดือนมิถุนายน 2560 การทบทวนเวชระเบียนและบันทึกข้อมูลต่างๆของผู้ป่วยเบื้องต้น ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานควบคุมวัณโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ร่วมกับเจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรคโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา และเจ้าหน้าที่งานชั้นสูตรสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมาและผู้วิจัยจะเป็นผู้ตรวจสอบข้อมูลจากแหล่งข้อมูลต่างๆ และนำมาบันทึกข้อมูลรายบุคคลในคอมพิวเตอร์

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ การติดเชื้อเอชไอวี ประเภทผู้ป่วยวัณโรค ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ

สถิติวิเคราะห์ความแตกต่าง ได้แก่ ค่ามัธยฐานระยะเวลาจากวันที่ส่งเสมหะตรวจวินิจฉัย และออกรายงานการวินิจฉัยจากห้องปฏิบัติการจนถึงวันเริ่มต้นการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน โดยใช้สถิตินอนพารามิเตอร์ Kruskal-wallis tests⁽⁹⁾

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 92 ราย เป็นเพศชาย 52 ราย (ร้อยละ 56.52) เพศหญิง 40 ราย (ร้อยละ 43.47) พบมากในกลุ่มอายุ 19-59 ปี จำนวน 58 ราย (ร้อยละ 63.04) เป็นผู้ป่วยวัณโรคติดเชื้อเอชไอวี 12 ราย ร้อยละ 13.04 พบเป็นผู้ป่วยที่เคยรักษาวัณโรคมาก่อน 38 ราย ร้อยละ 41.30 และเป็นผู้ป่วยขณะกำลังรักษา และยังพบเสมหะเมื่อสิ้นเดือนที่ 3 หรือหลังการรักษาเดือนที่ 5 และรายที่กลับมารักษาหลังการขาดยาติดต่อกันมากกว่า 2 เดือน 54 ราย ร้อยละ 58.70 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	52	56.52
หญิง	40	43.48

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
น้อยกว่า 18 ปี	2	2.17
19-49 ปี	35	38.04
50-59 ปี	23	25.00
มากกว่า 60 ปี	32	34.78
การติดเชื้อเอชไอวี		
ผลติดเชื้อเอชไอวี	12	13.04
ไม่ติดเชื้อเอชไอวี	80	86.96
ประเภทผู้ป่วยวัณโรค		
ผู้ป่วยที่เคยรักษาวัณโรคมาก่อน	38	41.30
ผู้ป่วยขณะกำลังรักษาและยังพบเสมหะเมื่อสิ้นเดือนที่ 3 หรือหลังการรักษาเอนที่ 5 และรายที่กลับมารักษาล้างการ ขาดยาติดต่อกัน มากกว่า 2 เดือน	54	58.70

ระยะเวลาจากวันที่ส่งเสมหะตรวจวินิจฉัยจนถึงวันรายงานการวินิจฉัยจากห้องปฏิบัติการ แสดงให้เห็นว่า ค่ามัธยฐานระยะเวลาดังกล่าวตั้งแต่การวินิจฉัยโรคจนถึงวันรายงานการผลการวินิจฉัยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน การแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างวิธีวินิจฉัย Xpert MTB/RIF = 2 วัน, Line Probe Assay = 18 วัน และ culture-phenotypic drug sensitivity testing = 67 วัน และแสดงให้เห็นว่า ระยะเวลาตรวจวินิจฉัยจนถึงวันรายงานการวินิจฉัยจากห้องปฏิบัติการขึ้นอยู่กับวิธีของการตรวจวินิจฉัย $p < 0.0001$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ระยะเวลาจากวันที่ส่งเสมหะเพื่อตรวจวินิจฉัยจนถึงวันรายงานการผลการวินิจฉัยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน

วิธีการตรวจวินิจฉัย	จำนวน	IQR(days)	median	p-value
culture-phenotypic drug sensitivity testing	22	49-81	67	<0.0001
Line Probe Assay	30	14-36	18	<0.0001
Xpert MTB/RIF	40	2-4	2	<0.0001
total	92	28-49	46	<0.0001

ระยะเวลาจากวันที่ส่งเสมหะตรวจวินิจฉัยและออกรายงานการวินิจฉัยจากห้องปฏิบัติการจนถึงวันเริ่มต้นการรักษาผู้ป่วยวัณโรคหลายขนาน แสดงให้เห็นว่า ค่ามัธยฐานระยะเวลาดังกล่าวตั้งแต่การวินิจฉัยโรคจนถึงการเริ่มต้นรักษา แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างวิธีวินิจฉัย Xpert MTB/RIF = 12 วัน, Line Probe Assay = 28 วัน และ culture-phenotypic drug sensitivity testing = 81 วัน $p < 0.0001$) และแสดงให้เห็นว่าระยะเวลาขึ้นอยู่กับวิธีของการตรวจวินิจฉัย $p < 0.0001$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ระยะเวลาจากวันที่รายงานการวินิจฉัยจากห้องปฏิบัติการจนถึงวันเริ่มต้นการรักษาผู้ป่วยวัณโรคหลายขนาน

วิธีการตรวจวินิจฉัย	จำนวน	IQR(days)	median	p-value
culture-phenotypic drug sensitivity testing	22	69-113	81	<0.0001
Line Probe Assay	30	14-36	28	<0.0001
Xpert MTB/RIF	40	4-14	12	<0.0001
total	92	28-49	46	<0.0001

ระยะเวลาจากวันที่ส่งเสมหะตรวจวินิจฉัยและออกรายงานการวินิจฉัยจากห้องปฏิบัติการจนถึงวันเริ่มต้นการรักษาผู้ป่วยวัณโรคหลายขนาน แสดงให้เห็นว่า ค่ามัธยฐานระยะเวลาตั้งแต่การวินิจฉัยโรคจนถึงการเริ่มรักษา แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างวิธีวินิจฉัย Xpert MTB/RIF = 18 วัน, Line Probe Assay = 39 วัน และ culture-phenotypic drug sensitivity testing = 81 วัน และแสดงให้เห็นว่าระยะเวลาขึ้นอยู่กับวิธีการตรวจวินิจฉัย $p < 0.0001$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ระยะเวลาจากวันที่เก็บตัวอย่างเสมหะส่งตรวจจนถึงวันเริ่มต้นการรักษาผู้ป่วยวัณโรคหลายขนาน

วิธีการตรวจวินิจฉัย	จำนวน	IQR(days)	median	p-value
culture-phenotypic drug sensitivity testing	22	67-103	81	<0.0001
Line Probe Assay	30	14-53	39	<0.0001
Xpert MTB/RIF	40	11-27	18	<0.0001
total	92	12-103	49	<0.0001

อภิปรายผล

ผู้ป่วยวัณโรคต่อยาหลายขนาน 92 ราย เป็นผู้ป่วยวัณโรคที่เคยรักษามาก่อน สอดคล้องกับการศึกษา นิรมล พิมพ์น้ำเย็น และทวีศักดิ์ ศิริพรไพบุลย์⁽¹⁰⁾ ได้ทำการศึกษาสถานการณ์วัณโรคต่อยาหลายขนาน ในพื้นที่ภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทยซึ่งพบว่า เป็นผู้ป่วยที่มีประวัติเคยรักษาวัณโรคมาแล้วกลับมารักษาใหม่อีกครั้งร้อยละ 30.9 และเอกจิตรา สุขกุล⁽¹¹⁾ ศึกษาสถานการณ์วัณโรคต่อยาหลายขนาน ในโรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดกาญจนบุรีซึ่งพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคต่อยาหลายขนานชนิดต่อยาภายหลังการรักษาร้อยละ 18.62

ค่ามัธยฐานในช่วงเวลาของการวินิจฉัยจนถึงขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคต่อยาหลายขนาน ด้วยวิธี Xpert MTB/RIF ลดระยะเวลาได้ตั้งแต่ช่วงระยะเวลาการเก็บเสมหะส่งตรวจจนถึงรายงานผลการวินิจฉัย ระยะเวลาช่วงการรายงานผลการวินิจฉัย จนถึงวันเริ่มต้นการรักษาผู้ป่วยวัณโรคต่อยาหลายขนาน รวมทั้งตั้งแต่วันที่เก็บเสมหะส่งตรวจจนถึงวันเริ่มต้นการรักษาผู้ป่วยวัณโรคต่อยาหลายขนาน สอดคล้องกับการศึกษา Churchyard GJ ศึกษาแอฟริกาใต้ Xpert MTB/RIF เป็นวิธีการแรก (rst choice) ในการตรวจคัดกรองวินิจฉัยวัณโรคต่อยาหลายขนาน⁽¹²⁾ และข้อเสนอการใช้วิธีการทางอณูวิทยา Xpert MTB/RIF และ Line Probe Assay โดยคณะผู้เชี่ยวชาญผู้แทนร่วมนานาชาติ เพื่อการกำกับติดตามการดำเนินงานควบคุมวัณโรคและวัณโรคต่อยาหลายขนานในประเทศไทย ครั้งที่ 5⁽²⁾

สรุปผลการศึกษา

การตรวจคัดกรองวัณโรคดื้อยาหลายขนานโดยวิธี Xpert MTB/RIF ลดระยะเวลาดังตั้งแต่วันส่งตรวจ
วินิจฉัยจนถึงวันเริ่มการรักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนานอย่างมีนัยสำคัญ

ข้อเสนอแนะ

1. นำผลการศึกษาไปใช้ในการวางแผนการจัดหาเครื่องตรวจวินิจฉัย Xpert MTB/RTF, Line Probe Assay เพื่อสถานบริการต่างๆ สามารถส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยวัณโรคเข้าถึงบริการได้ง่าย
2. จากผลการศึกษาที่พบว่าระยะเวลาจากวันเก็บตัวอย่างเสมหะส่งตรวจจนถึงวันเริ่มต้นการรักษาผู้ป่วยวัณโรคหลายขนานมีระยะเวลานาน จึงควรนำผลการศึกษาที่ได้ไปปรับปรุงแนวทางปฏิบัติในการส่งต่อเพื่อตรวจวินิจฉัยวัณโรคและวัณโรคดื้อยาในกลุ่มเสี่ยงสำคัญ เพื่อลดระยะเวลาการเข้าถึงบริการส่งตรวจ Xpert, Line Probe Assay

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรศึกษาวิธีการ (Intervention) ที่มีผลต่อการลดระยะเวลาดังตั้งแต่วันส่งตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยาหลายขนานด้วยวิธี Xpert MTB/RTF, Line Probe Assay ในกลุ่มเสี่ยงสำคัญ ผู้ป่วยที่มีประวัติรักษาวัณโรคมาก่อน ซึ่งคือ ผู้ป่วยที่เคยรักษาครบหรือรักษาหายกลับเป็นซ้ำ ผู้ป่วยที่ขาดยาเกิน 2 เดือนติดต่อกัน เมื่อกลับมารักษาล้างแล้วยังพบเชื้อในเสมหะ ผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาหลายครั้งและรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ทั้งรายที่พบเชื้อหรือไม่พบเชื้อในเสมหะ ผู้ป่วยวัณโรคขณะกำลังรักษาและยังพบเสมหะเมื่อสิ้นเดือนที่ 3 หรือหลังจากนั้น ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่มีประวัติเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีประวัติการสัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ผู้ป่วยในเรือนจำและผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ที่ได้กรุณาเป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการศึกษาในครั้งนี้ ขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรคของโรงพยาบาลทุกแห่ง ทีมวิจัย ที่กรุณาช่วยกันทำงาน และอดทนเสียสละเวลาในการดำเนินงานจนสำเร็จลุล่วง และขอขอบคุณผู้เข้าร่วมการศึกษาในทุกขั้นตอนและผู้รับบริการในพื้นที่ทำการศึกษาทุกท่าน ที่กรุณาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการศึกษาในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2015. Geneva: World Health Organization; 2016.
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ พ.ศ. 2560-2564, พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2560.
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา พ.ศ. 2558. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2558.
4. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลการเฝ้าระวังการดื้อยาวัณโรคของประเทศไทย ครั้งที่ 4 ปี พ.ศ. 2555-2556.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. ข้อมูลรายงานผลการดำเนินงานควบคุมวัณโรคจังหวัดนครราชสีมา ระหว่างปีงบประมาณ 2555-2558. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. (เอกสารอัดสำเนา), 2558.

6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ข้อมูลรายงานผลการดำเนินงานควบคุมวัณโรคจังหวัดนครราชสีมา ระหว่างปีงบประมาณ 2559-2560. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. (เอกสารอัดสำเนา), 2560.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา แนวทางปฏิบัติในการส่งต่อเพื่อตรวจวินิจฉัยวัณโรคและวัณโรคดื้อยาจังหวัดนครราชสีมา ระหว่างปีงบประมาณ 2555-2558. สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา. (เอกสารอัดสำเนา), 2558.
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา แนวทางปฏิบัติในการส่งต่อเพื่อตรวจวินิจฉัยวัณโรคและวัณโรคดื้อยาจังหวัดนครราชสีมา ระหว่างปีงบประมาณ 2559-2560. สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา. (เอกสารอัดสำเนา), 2560.
9. Bowarnkitwong, S. Nonparamatic statistic in social behavioral sciences research. Bangkok : Faculty of education Chulalongkorn University. (in Thai), 2016.
10. นิรมล พิมพ์น้ำเย็น, ทวีศักดิ์ ศิริพรไพบุลย์. สถานการณ์วัณโรคดื้อยาหลายขนานในพื้นที่ภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย. วารสารวัณโรค วัณโรคทรวงอก และเวชบำบัดวิกฤต 2553; 31: 69.
11. เอกจิตรา สุขกุล. สถานการณ์วัณโรคดื้อยาหลายขนานโรงพยาบาลมะเร็ง ปี พ.ศ. 2545-2550. วารสารวัณโรค วัณโรคทรวงอก และเวชบำบัดวิกฤต 2551; 29:103-113.
12. Churchyard GJ, Stevens WS, Mametja LD, McCarthy KM, Chihota V, et al. Xpert MTB/RIF versus sputum microscopy as the initial diagnostic test for tuberculosis: a cluster- randomised trial embedded in South African roll-out of Xpert MTB/RIF Lancet Glob Health 2015 ; 3 : 450-457.

**การพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับโดยชุมชน
ในชุมชนแห่งหนึ่งของตำบลละหาน อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ**

**Model Development for Community-based Prevention and Control of
Opisthorchiasis in A Community of Lahan sub-district, Chatturat, Chaiyaphum**

ธีรศักดิ์ พรหมพันธุ์

Theerasak Prompunjai

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา

Office of Disease Prevention and Control 9, Nakhon Ratchasima

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ใช้เทคนิควิธีการแบบผสม (mixed method) เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับที่เหมาะสมกับชุมชน ใช้แนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพที่ประกอบด้วยด้านบุคคล ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านระบบบริการสุขภาพ เป็นกรอบในการวิเคราะห์บริบทและปัญหาโรคพบว่า ทุกข์จากปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชนเกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคล ที่กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงจากการบริโภคปลาดิบคิดเป็นร้อยละ 63.41 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมของชุมชนที่อยู่ติดบึงน้ำขนาดใหญ่ สามารถหาปลาบริโภคได้ง่ายทั้งปลาสดและผลิตภัณฑ์ที่ทำจากปลา อีกทั้งยังมีวัฒนธรรมท้องถิ่นในการบริโภคปลาดิบที่สืบทอดในครอบครัว ค่านิยมการบริโภคปลาดิบในโอกาสพิเศษ นอกจากนั้น สถานบริการในพื้นที่เสี่ยงยังไม่มีระบบบริการรองรับ ส่วนทุนของชุมชนที่สำคัญคือความสัมพันธ์ของคนในชุมชนสู่การพัฒนารูปแบบที่ใช้กลไกความสัมพันธ์ของชุมชนจัดการกับปัญหา โดยการพัฒนาศักยภาพของแกนนำชุมชน ให้สามารถบริหารจัดการ สื่อสาร ติดตามเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกับคนในครอบครัวและชุมชน และการพัฒนาฐานประจำของระบบบริการสาธารณสุข

คำสำคัญ: วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม, การพัฒนารูปแบบ, โรคพยาธิใบไม้ตับ

Abstract

This research was a participatory action research by using mixed method. The objective was to develop the model for opisthorchiasis prevention and control that appropriate for the community. The concept of health determinants; individual, environment, and health service system, was applied to determine the context and the problem of opisthorchiasis. The results showed that opisthorchiasis problem in the community connected with the factors of individual's risk behavior-eating raw fish, environment-fresh fish accessibility, eating culture, and non-responded action of health service system. Community relationship was as a capital using to be mechanism handling the problem by empowering the volunteers to have abilities of management, communication, monitoring and evaluation for risk group's behavior change and improved the routine work of the health service system.

Key words: participatory action research, model development, opisthorchiasis

บทนำ

โรคพยาธิใบไม้ตับยังคงส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมของประชาชนโดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2550 มีรายงานผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี 28,000 ราย เฉลี่ยวันละ 76 คน และในปัจจุบันพบว่า ความชุกของการเกิดโรคมะเร็งตับหรือส่วนหนึ่งคือมะเร็ง

ท่อน้ำดีในประเทศไทยยังพบสูงมากในประชาชนที่อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ⁽¹⁾ และการศึกษาทางระบาดวิทยาของโรคพยาธิใบไม้ตับสถานการณ์โรคในปี พ.ศ. 2552⁽²⁾พบว่า อัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับทั่วประเทศ มีค่าเฉลี่ยร้อยละ 8.7 การกระจายของโรคพยาธิใบไม้ตับในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีอัตราความชุกสูงกว่าภาคอื่นคือร้อยละ 16.6⁽³⁾ ปัจจุบันองค์การอนามัยโลกจัดอันดับพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีเป็นโรคสำคัญ และยอมรับให้โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นสาเหตุที่สำคัญในการเป็นสารก่อมะเร็งที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี โรคมะเร็งตับหรือส่วนหนึ่งคือมะเร็งท่อน้ำดี⁽⁴⁾ สาเหตุของโรคเกิดจากการรับประทานอาหารประเภทที่ปรุงจากปลาน้ำจืดเกล็ดขาวตระกูลปลาตะเพียนปลิงดิบ หรือสุกๆ ดิบๆ ซึ่งมีตัวอ่อนพยาธิใบไม้ตับ⁽¹⁾

ในการดำเนินการแก้ไขปัญหามาแล้ว หลังจากมีการค้นพบพยาธิใบไม้ตับครั้งแรกในประเทศไทยเมื่อปี พ.ศ. 2458 และตรวจพบพยาธิในผู้ป่วย ได้มีการศึกษาวิจัยมากมายกระทั่งนำไปสู่การกำหนดนโยบายและดำเนินมาตรการ “อีสานไม่กินปลาดิบ” เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2530 ทำให้ความชุกของโรคลดลงและสามารถลดปัญหาลงได้ระดับหนึ่ง แต่การดำเนินงานขาดความต่อเนื่อง รวมทั้งขาดกลไกการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชน อีกทั้งลักษณะของปัญหาที่เป็นเรื่องของพฤติกรรมของคน เชื่อมโยงกับบริบททางวัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีชีวิตของชุมชนนั้น ทำให้ปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดียังคงมีอุบัติการณ์ที่สูงอยู่ถึงปัจจุบัน⁽³⁾

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในการพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีกรอบแนวคิดที่วิเคราะห์ปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับมีพหุปัจจัยกำหนดปัญหาสุขภาพ (Health determinants)⁽⁵⁾ จากการเก็บรวบรวมข้อมูลปัจจัยทั้งสามด้านได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านระบบบริการ ทำให้เห็น “ทุกข์ของชุมชน” นั่นคือ ปัญหาหลัก ผลกระทบ และสาเหตุที่เป็นรากปัญหา และส่วนที่เป็น “ทุนของชุมชน” ที่จะสามารถนำมาพัฒนาต่อยอดในการแก้ไขปัญหาสู่กระบวนการทำให้เป็น “โจทย์ร่วม” จากนั้นนำไปสู่กระบวนการจัดทำแผนเพื่อแก้ปัญหา การนำแผนไปปฏิบัติ ติดตาม ประเมินผล ถอดบทเรียน ปรับแผน เป็นวงจรอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอในทุกขั้นตอน ใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชน เพื่อให้มีความรู้ทักษะในเรื่องที่จำเป็นในการทำกิจกรรมร่วมกัน

การวิจัยเป็นการวิจัยเพื่อแก้ไขปัญหาโดยประชาชนและชุมชน ได้มีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ตั้งแต่เริ่มต้นวิเคราะห์ปัญหา วางแผน ลงมือปฏิบัติ และติดตามประเมินผล ภายใต้ความเชื่อมั่นในศักยภาพของคนในชุมชน⁽⁶⁾ โดยเน้นใช้ทุนของชุมชน การพัฒนาศักยภาพของชุมชน ให้สามารถ “คิดเป็น ทำเป็น” ผ่านกระบวนการศึกษาวิจัยและการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน มีทีมวิจัยทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงในการสนับสนุนการเรียนรู้ ท้ายสุดจะสามารถยกระดับกระบวนการพัฒนาสุขภาพชุมชน มีแกนนำชุมชนที่เข้มแข็งเกิดความสามัคคีภายในชุมชน สามารถนำประสบการณ์ที่เรียนรู้ไปสู่การแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาด้านอื่น และขยายผลสู่ชุมชนอื่น รวมถึงส่งผลกระทบแก้ไขพยาธิใบไม้ตับได้อย่างแท้จริงในระยะยาว และสามารถลดความเสี่ยงจากการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยนี้ได้เน้นไม่เพียงแต่ศึกษาและวิเคราะห์ถึงบริบทเชิงวัฒนธรรมอาหาร พฤติกรรมในภาพรวมยังทำการพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับที่เหมาะสมกับชุมชนในบริบทชุมชนด้วย

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสม (Mixed Method) มีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

- 1) ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ชุมชน (Situation Analysis) โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมเป็นการประเมินสถานการณ์ปัญหา สาเหตุ และความต้องการแก้ปัญหาสุขภาพที่มีสาเหตุจากพยาธิใบไม้ตับ
- 2) ระยะที่ 2 การทำแผนชุมชนและการนำไปปฏิบัติ (Planning and Implementation) เพื่อแก้ปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม
- 3) ระยะที่ 3 การติดตามประเมินผลการดำเนินกิจกรรมตามแผน (Coaching and Evaluation)

สถานที่ศึกษาและระยะเวลา

พื้นที่ศึกษาเลือกแบบเฉพาะเจาะจง 1 ชุมชน เป็นพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต.ละหาน ต.ละหาน อ.จตุรัส จ.ชัยภูมิ อยู่ติดบึงละหาน แหล่งน้ำธรรมชาติขนาดใหญ่ และจากสำรวจเบื้องต้นพบว่าประชาชนยังมีพฤติกรรมเสี่ยงในการบริโภคปลาดิบ หรือสุกๆ ดิบๆ เป็นพื้นที่ซึ่งประชาชนให้ความร่วมมือในการพัฒนาชุมชน และยินดีที่จะเข้าร่วมในการวิจัยและในปี พ.ศ. 2555 ชุมชนนี้ได้ดำเนินโครงการตรวจคัดกรองหาผู้ป่วยโรคหนอนพยาธิพบว่า มีการตรวจพบหนอนพยาธิในกลุ่มเสี่ยงร้อยละ 24.34 และหมู่บ้านที่พบสูงสุดคือ ร้อยละ 36.33 และในจำนวนผู้ที่ตรวจพบนี้พบว่าเป็นพยาธิใบไม้ตับถึงร้อยละ 90

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่

1. แกนนำชุมชน ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน 30 คน ซึ่งการวิจัยอาศัยหลักการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นสำคัญ กระบวนการวิจัยเน้นการพัฒนาแกนนำชุมชนให้มีความรู้ และทักษะในการใช้กระบวนการวิจัยในการแก้ปัญหา แกนนำเหล่านี้จึงมีบทบาททั้งเป็นที่วิจัยชุมชน และเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักตลอดกระบวนการวิจัยทั้งระยะที่ 1, 2 และ 3 เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครนักวิจัยชุมชนเข้าร่วมโครงการในการคัดเลือกพิจารณาจากเกณฑ์ดังนี้ 1) อายุ 20 ปีขึ้นไป 2) อ่านออกเขียนได้ 3) สมัครใจเข้าร่วมโครงการ 4) เป็นสมาชิกที่พักอาศัยอยู่ในชุมชนเป้าหมาย

2. ผู้ที่มีอายุ 30 ปี ขึ้นไปในชุมชนทุกคน จำนวน 350 คน พิจารณาจากช่วงอายุต่ำสุดของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับจากข้อมูลการคัดกรองฯ ของ รพ.สต. ปี พ.ศ. 2555 และฐานข้อมูลประชากรของชุมชน เพื่อเก็บข้อมูลประเมินพฤติกรรมเสี่ยงของคนในชุมชนในระยะที่ 1 และระยะที่ 3 เกณฑ์ในการคัดเลือกพิจารณาจากเกณฑ์ดังนี้ 1) อายุ 30 ปี ขึ้นไป 2) สมัครใจเข้าร่วมโครงการ และ 3) เป็นสมาชิกที่พักอาศัยอยู่ในชุมชนเป้าหมาย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ ในการเก็บรวบรวมนั้นจะเก็บข้อมูลทั้งที่เป็นข้อมูลปฐมภูมิและทุติยภูมิ โดยการสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสนทนาแบบไม่เป็นทางการ การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม บันทึกภาคสนาม โดยการจดบันทึกการบันทึกภาพและเสียง และการรวบรวมเอกสาร ดำเนินการวิจัยในช่วงตุลาคม 2556 – กันยายน 2558

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา เพื่อหา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ ทำการตรวจสอบความถูกต้องและความตรงของเนื้อหาโดยใช้เทคนิคสามเส้า (Triangulation) ทั้งการใช้กลุ่มนักวิจัยแบบสหวิทยาการที่เป็นทีมวิจัยจากภายนอก บุคลากรจากหน่วยงานหลัก และชาวบ้านที่เป็นทีมวิจัยชุมชน ใช้ความหลากหลายจากแหล่งข้อมูล และความหลากหลายของเทคนิคการเก็บข้อมูล และใช้การวิเคราะห์ประเด็นเนื้อหาตามกรอบแนวคิด

การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล

การศึกษานี้ผ่านการตรวจสอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมควบคุมโรค รหัส FWA 00013622
อนุมัติ 27 พ.ค. 2557

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ชุมชน

จากการใช้แนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Health determinants) หาทุกข์และทุนของชุมชนพบว่า
บริบทชุมชน

บ้านละหานเป็นหมู่บ้านหนึ่งในสิบแปดหมู่บ้านของตำบล ประชากรทั้งหมด 905 คน แบ่งเป็นชาย 448 คน และ หญิง 457 คน ภาษาที่ใช้สื่อสารกันภายในชุมชนคือภาษาไทยอีสาน ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ มีอาชีพทางการเกษตร ได้แก่ ทำนา ทำไร่ และการเลี้ยงสัตว์ พืชเศรษฐกิจที่สำคัญคือ ข้าว มันสำปะหลัง ข้าวโพด เลี้ยงสัตว์ และพริก พื้นที่ส่วนหนึ่งติดกับบึงละหาน เป็นบึงน้ำธรรมชาติขนาดใหญ่เป็นอันดับสี่ของประเทศ บึงละหานเป็นบึงตื้นที่มีขนาดใหญ่ มีเนื้อที่ 18,181 ไร่ ครอบคลุมตำบลต่างๆ 4 ตำบล จากการที่มีพื้นที่ติดกับบึง ชุมชนแห่งนี้จึงเป็นพื้นที่ที่มีความอุดมสมบูรณ์ และมีความหลากหลายทางชีวภาพ ทั้งพืชและสัตว์ ด้วยความอุดมสมบูรณ์ของทรัพยากรธรรมชาติ คนในชุมชนจึงสามารถใช้ทรัพยากรเหล่านี้ ในการประกอบอาชีพอย่างหลากหลาย ได้แก่ การทำนา ทำไร่มัน สวนพริก ต้มเกลือ เก็บพืชผักในบึงมาขาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาชีพประมง มีการทำเป็นอาชีพหลักหลายครอบครัว ทำให้ชุมชนแห่งนี้มีปลาสดๆ บริโภค ไม่เคยขาด จะเห็นได้จากปลาที่นำมาขายในตลาด จะมีแม่ค้าไปรับปลาที่ชาวบ้านไปจับมาขายสดๆ ทั้งตอนเช้า และตอนเย็น นอกจากนั้นในชุมชนยังเป็นแหล่งผลิตผลิตภัณฑ์อาหารที่ทำจากปลา เช่น ปลาร้า ปลาสาม และ ที่นิยมบริโภคกันมากชนิดหนึ่งก็คือ ส้มปลาห่อ ที่ทำจากปลาตระกูลปลาขาว ซึ่งมีกระบวนการผลิตที่ใช้เวลา เพียงวันเดียวก็สามารถบริโภคได้ และมักจะบริโภคกับดิบๆ โดยเฉพาะในวงเหล้า

1) ทุกข์ของชุมชน

- ปัจจัยด้านบุคคลพบว่า กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงจากการบริโภคอาหารที่ทำจากปลาน้ำจืดที่ไม่ได้ทำให้สุกด้วยความร้อน คิดเป็นร้อยละ 63.41 แบ่งเป็นบริโภคเป็นบางครั้งร้อยละ 56.02 และบริโภคเป็นประจำร้อยละ 7.39 มีปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การติดใจในรสชาติ ความเชื่อเรื่องการทำให้อาหารสุกด้วยความเปรี้ยวของน้ำมะนาวหรือมดแดง ความเชื่อว่าเหล้าสามารถฆ่าพยาธิได้ ความไม่ตระหนักต่อปัญหาเนื่องจากเห็นว่ามีการรักษา และสามารถหาซื้อยากินเองได้ง่าย

- ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมพบว่า ชุมชนอยู่ติดบึงน้ำขนาดใหญ่สามารถหาปลามาบริโภคได้ง่าย ทั้งปลาสด และผลิตภัณฑ์ที่ทำจากปลา อีกทั้งยังมีวัฒนธรรมท้องถิ่นในการบริโภคปลาดิบที่สืบทอดในครอบครัว ค่านิยมการบริโภคปลาดิบในโอกาสพิเศษ สิ่งนี้สะท้อนให้เห็นวัฒนธรรมอีสานที่ยังคงสืบทอดกันมา นั่นคือ วัฒนธรรมการบริโภคอาหารดิบ หรือสุกๆ ดิบๆ โดยเฉพาะอาหารที่ทำจากปลา เช่น ก้อยปลา ส้มปลา ปลาร้าดิบ ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มพบว่า เหตุผลของการบริโภคมาจาก การติดใจในรสชาติของอาหาร ค่านิยมที่มักจะรับประทานกันในวาระพิเศษ เช่น วันรวมญาติ และการสืบทอดพฤติกรรม การกินในครอบครัว

- ปัจจัยด้านระบบบริการสาธารณสุขพบว่า ในปี พ.ศ. 2555 รพ.สต. ได้ดำเนินการตรวจคัดกรองหาผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้สั่งการและสนับสนุนงบประมาณผ่านหน่วยงานระดับจังหวัดและอำเภอ ในการดำเนินการตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิ และจ่ายยารักษาในกรณีที่

ตรวจพบ โดยบูรณาการกับการดำเนินงานควบคุมโรคหนองพยาธิ ผลของการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงพบว่า ความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 32.01 ซึ่งการดำเนินงานที่ผ่านมา นั้น เป็นการดำเนินการตามนโยบาย กิจกรรมมีเพียงการตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิ และจ่ายยาในรายที่ตรวจพบ ยาที่นำมาแจกจ่ายให้ผู้ป่วย ก็ต้องรอระยะหนึ่ง เนื่องจากโรงพยาบาลไม่ได้มียาสำรองไว้ ด้วยเกรงว่ายาจะหมดอายุเพราะไม่มีการเบิกจ่าย หลังจากการดำเนินงานตามนโยบายในการคัดกรองแล้วก็ได้มีกิจกรรมต่อเนื่อง แม้ว่าจะมีการสนับสนุน ด้านการฝึกอบรมให้แก่เจ้าหน้าที่ให้มีทักษะในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แต่ในทางปฏิบัติด้วยภาระงาน ซึ่งเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบไม่ได้มีหน้าที่โดยตรงทางห้องปฏิบัติการ อีกทั้งขาดงบประมาณสนับสนุน ทำให้ หน่วยงานไม่สามารถจัดระบบบริการในระบบปกติได้

2) ทุนของชุมชน

ทุนทางสังคมของชุมชนที่เห็นเด่นชัดเป็นเรื่องความสัมพันธ์ของคนในชุมชนพบว่า ชุมชนแห่งนี้ เป็นชุมชนที่ยังคงรักษานบธรรมเนียมประเพณีของชนชาวอีสานไว้ได้อย่างเหนียวแน่น จะเห็นได้จากการรักษา ประเพณีฮีตสิบสอง ที่เป็นจารีตของคนอีสาน โดยจะมีการจัดกิจกรรมของชุมชนในแต่ละเดือนซึ่งส่วนใหญ่ จะจัดกิจกรรมที่วัดกลางบ้านที่เป็นศูนย์รวมจิตใจ และการจัดกิจกรรมทางศาสนาของคนในชุมชนนั้นชาวบ้าน จะร่วมมือและสืบสานกิจกรรมเป็นอย่างดีและต่อเนื่อง นอกจากนั้นยังมีกิจกรรมที่สะท้อนให้เห็นความสัมพันธ์ที่ดี และการร่วมแรงร่วมใจของคนในชุมชนต่อกิจกรรมสาธารณะหลายอย่าง เช่น ประเพณีบวงสรวงเจ้าพ่อบาญคำ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ชาวบ้านเคารพนับถือซึ่งมีศาลตั้งอยู่บริเวณริมบึง หรือประเพณีการแข่งขันกลองเล็งที่เชื่อมความ สามัคคีระหว่างหมู่บ้าน

ระยะที่ 2 การจัดทำแผนงานและการนำแผนสู่การปฏิบัติ

การดำเนินงานในระยะที่ 2 เป็นการจัดทำแผนงานโครงการและนำแผนไปสู่การปฏิบัติ จากทุกซ์และ ทุนของชุมชนที่กล่าวมา นำไปสู่โจทย์ร่วมกันคือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนในชุมชนในการลด ละ เลิก พฤติกรรมกินปลาดิบ ทีมวิจัยชุมชนได้นำข้อมูลดังกล่าวมารวบรวมกันวางแผนเพื่อที่จะดำเนินการจัดการกับปัญหา โรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน โดยมีเป้าหมายในการทำให้กลุ่มที่ยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงมีความรู้ ทักษะที่ถูกต้อง และมีความมั่นใจว่าตนเองสามารถที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสู่การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับได้ ซึ่งในขั้นตอน การวางแผนงานโครงการนี้ ทีมวิจัยชุมชนได้จัดทำแผนงานทั้งหมด 4 โครงการ ได้แก่

1) โครงการพยาธิสัญญาจะมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความตระหนักในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ แก่คนในชุมชน อีกทั้งเพื่อพัฒนาศักยภาพทีมวิจัยชุมชนและเพื่อสร้างเครือข่ายการทำงาน ผ่านกิจกรรม การประชุมต่างๆ เช่น เวทีประชาคมสัญจรการประชุมประจำเดือนผู้ใหญ่บ้าน การเข้าร่วมประชุมประจำเดือน ของหมู่บ้าน การประชุมประจำเดือน อสม.ด้วยวิธีการให้ความรู้ผ่านสื่อบุคคล วิดีทัศน์ แผ่นพับแบ่งปัน ประสบการณ์การดำเนินโครงการเชิดชูบุคคลต้นแบบเลิกกินปลาดิบโดยทีมวิจัยชุมชนและใช้งบประมาณของ กองทุนสุขภาพตำบล

เมื่อนำแผนไปสู่การปฏิบัติ โครงการนี้สามารถดำเนินการได้ โดยไม่ได้ใช้งบประมาณ จากแนวคิด ที่ว่า หากจะให้แกนนำชุมชนสามารถสื่อสารกับกลุ่มเสี่ยงได้ ตัวแกนนำเองจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ และสามารถให้ข้อมูล ประชาสัมพันธ์ และสื่อสารกับคนในชุมชนด้วยความมั่นใจ ซึ่งจะใช้วิธีการเรียนรู้จากการฝึกปฏิบัติ โดยการจัดกิจกรรมออกให้ความรู้ ทำความเข้าใจเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ กับคนในชุมชนของตนเอง โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง และชุมชนใกล้เคียง โดยมีเจ้าหน้าที่ รพ.สต.เป็นพี่เลี้ยง และ เป็นที่ปรึกษาในเรื่องวิชาการ ลักษณะของการดำเนินกิจกรรม จะร่วมกับกิจกรรมการตรวจอุจจาระเพื่อหาการ ติดเชื้อพยาธิ จะมีการนัดหมายวันเวลาที่จัดกิจกรรมผ่านหอกระจายข่าว และให้ อสม. ที่รับผิดชอบคุ้มต่างๆ

ที่เป็นพื้นที่เป้าหมายบอกกล่าวกับสมาชิกชุมชนนั้น โดยเฉพาะในคุ่มที่มีกลุ่มเสี่ยงอยู่ซึ่งจะใช้เวลาช่วงค่ำจะนำทีมโดยผู้ใหญ่บ้านและแกนนำอีก 4-5 คน มีการฉายวิดีโอทัศน์ให้ความรู้ การให้ข้อมูลความรู้โดยผู้ใหญ่บ้าน และการเล่าประสบการณ์ของการเสียชีวิตของญาติและคนในครอบครัวของแกนนำจากโรคมะเร็งท่อน้ำดี และแจกกลับเก็บอุจจาระส่งตรวจ หลังการทํากิจกรรมแต่ละครั้งจะมีการถอดบทเรียนนำโดยทีมวิจัยหลัก

2) โครงการตรวจรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับ มีวัตถุประสงค์เพื่อคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มเป้าหมายที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไป ที่สมัครใจโดยมีกิจกรรมตรวจอุจจาระจ่ายยาผู้ติดเชื้อพยาธิ ให้ความรู้โดยทีมวิจัยชุมชนจากงบประมาณกองทุนสุขภาพตำบล และให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการออกค่าใช้จ่ายในการนำส่งซึ่งค่าใช้จ่ายจะไม่เท่ากันแล้วแต่ชุมชนตกลงกันเอง ผ่านเวทีประชาคมของแต่ละชุมชน โดยจะมีการตรวจสอบรอบในช่วงเริ่มต้นกิจกรรม และในช่วงประเมินผลการวิจัย ลักษณะกิจกรรม เป็นโครงการที่ทำในภาพรวมของตำบลที่เป็นพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต. ทั้ง 10 หมู่บ้าน ทีมวิจัยชุมชนจะให้ความรู้และประชาสัมพันธ์เชิญชวนให้ตรวจอุจจาระเพื่อการติดเชื้อพยาธิ

ส่วนอีกสองโครงการ ได้มีการวางแผนไว้ แต่ไม่สามารถดำเนินการได้เนื่องจากติดเงื่อนไขเวลาและความพร้อมของทีมชุมชน รายละเอียดดังนี้

3) โครงการรณรงค์ละหานไม่กินปลาดิบ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความรู้และสร้างความตระหนักเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับแก่คนในชุมชน โดยมีกิจกรรมในรูปแบบของการรณรงค์ให้ความรู้ผ่านกิจกรรมหลากหลายซึ่งวางแผนว่าจะใช้ช่วงเวลากิจการงานประจำปีของวัดในการจัดกิจกรรม เช่น เติมนรณรงค์ จัดทำป้ายประชาสัมพันธ์ประกวดทำอาหารจากปลา กิจกรรมให้ความรู้ การแสดงบนเวที และจะใช้งบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบล

4) โครงการเยาวชนรุ่นใหม่ไม่สนใจปลาดิบ มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างและพัฒนาทีมวิจัยชุมชนที่เป็นกลุ่มเยาวชนรุ่นใหม่ มีกลุ่มเป้าหมายไปที่กลุ่มวัยเรียน โดยจะให้เยาวชนเข้ามาทำกิจกรรมร่วมกับกลุ่มแกนนำทีมวิจัยชุมชน ผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการและมีการมอบหมายงานให้มีกิจกรรมต่อเนื่องร่วมกับทีมวิจัย

ระยะที่ 3 การประเมินผลสำเร็จของโครงการ

หลังจากจัดทำแผนและมีการนำแผนสู่การปฏิบัติ ทีมวิจัยที่เสี่ยงมีการติดตามและให้การสนับสนุนถอดบทเรียนเป็นระยะ และมีการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินผลสำเร็จพบว่า

1) สถานการณ์โรคและพฤติกรรมเสี่ยงลดลง

จากการประเมินความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับและพฤติกรรมเสี่ยงจากการบริโภคปลาดิบเปรียบเทียบในช่วงก่อนเริ่มโครงการและสิ้นสุดโครงการพบว่า ความชุกลดลงจากร้อยละ 36.3 เหลือร้อยละ 9.7 ส่วน พฤติกรรมการบริโภคปลาดิบพบว่า ลดลงเช่นกัน โดยก่อนเริ่มโครงการมีการบริโภคปลาดิบ (ยกเว้นปลาร้าดิบ) 101 ราย เมื่อสิ้นสุดโครงการ ลดเหลือ 31 ราย ส่วนการบริโภคปลาร้าดิบลดลงจาก 344 ราย เหลือ 163 ราย รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับและพฤติกรรมเสี่ยงเปรียบเทียบก่อนเริ่มโครงการและสิ้นสุดโครงการ

สถานการณ์โรคและพฤติกรรมเสี่ยง	ก่อนเริ่มโครงการ	สิ้นสุดโครงการ
ความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับ(ร้อยละ)	36.3	9.7
พฤติกรรมการบริโภคปลาดิบ		
- บริโภคปลาดิบ (ยกเว้นปลาร้าดิบ) (ราย)	101	31
- บริโภคปลาร้าดิบ (ราย)	344	163

2) พัฒนาการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับสู่งานประจำในระบบบริการสุขภาพ มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการที่แต่เดิมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับเป็นการดำเนินงานในลักษณะทำตามนโยบาย ตามงบประมาณที่จัดสรรมาให้ และลักษณะกิจกรรมจะเป็นเพียงการตรวจคัดกรอง และจ่ายยาแก่ผู้ที่ตรวจพบว่ามีโรคพยาธิใบไม้ตับ แต่หลังจากที่มีการดำเนินงานวิจัยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและบุคลากรของ รพ.สต. นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงระบบการทำงาน ที่เป็นการปรับให้เป็นงานประจำดังนี้

- เพื่อให้มีการเฝ้าระวังและให้เรื่องพยาธิใบไม้ตับเป็นประเด็นพูดคุยกันต่อเนื่อง แต่ไม่เพิ่มภาระงานมากนัก ทีมวิจัยชุมชนจึงได้เสนอให้มีการปรับระบบรายงานร่วมกับแบบสำรวจลูกน้ำยุงลาย โดยการเพิ่มช่องรายการสำรวจการกินปลาดิบของครัวเรือน ซึ่งจะมีการสำรวจทุกวันศุกร์ข้อมูลที่ได้นำนามาสรุปและปรึกษารื้อกันใหม่ เพื่อหาแนวทางในการเข้าไปพูดคุยกับบุคคลเป้าหมายที่ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อไป
- มีการเก็บอุจจาระส่งตรวจปีละ 2 ครั้ง โดยให้ชาวบ้านมีส่วนร่วมในการจ่ายค่าตรวจในอัตราแล้วแต่จะตกลงกันในเวทีประชาคมของแต่ละหมู่บ้าน
- มีการเยี่ยมบ้านกลุ่มเสี่ยงบูรณาการไปกับกิจกรรมการสำรวจฯ ของ อสม. หากพบว่าสมาชิกในครอบครัวไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง หรือมีการตรวจพบว่ามีโรคพยาธิใบไม้ตับ ก็จะดำเนินการให้ข้อมูล ความรู้ โดยทีมวิจัยชุมชน

3) แกนนำชุมชนมีความสามารถมากขึ้น การทำงานร่วมกันและความสัมพันธ์ในชุมชนดีขึ้น แกนนำชุมชนที่ร่วมกระบวนการเกิดความภาคภูมิใจ ความมั่นใจ รู้สึกว่าตนเองเก่งขึ้น มีความสามารถมากขึ้น กล้าพูด กล้าแสดงออก อีกทั้งรูปแบบการทำงานร่วมกันเป็นลักษณะของการพูดคุยปรึกษาหารือกันมากขึ้น ความสัมพันธ์ในชุมชนเกิดความสามัคคี และเข้ามามีส่วนร่วมในการประชุมหรือกิจกรรมต่างๆ ของชุมชนมากยิ่งขึ้น

4. บทเรียนจากการดำเนินงาน

ในการดำเนินงานแต่ละขั้นตอนจะมีการติดตาม ถอดบทเรียนร่วมกันของทีมวิจัยหลักและทีมวิจัยชุมชนเป็นระยะๆ จากผลการดำเนินงานมีบทเรียนและข้อค้นพบเพิ่มเติมสรุปได้ดังนี้

1) จุดอ่อนของการสื่อสาร กล่าวคือการสื่อสารที่ผ่านมาทำให้ชาวบ้านไม่ได้เชื่อมโยงโรคพยาธิใบไม้ตับกับการเป็นสาเหตุของมะเร็งท่อน้ำดี แต่อันใหม่นี้ชาวบ้านสามารถนำข้อมูลความรู้ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมการพูดคุยกับแกนนำชุมชน เชื่อมโยงเหตุการณ์ในชุมชนที่มีผู้เสียชีวิตจากมะเร็งตับ มะเร็งท่อน้ำดี และอาการที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ และหากมีข้อสงสัยสามารถซักถามทำความเข้าใจกับทีมวิจัยและแกนนำชุมชนได้

2) สื่อวีดิทัศน์ที่เป็นการฉายภาพเหตุการณ์จริง นำเสนอผลกระทบที่รุนแรงและเป็นภาพที่ไม่ให้ให้เห็นจากสื่อทั่วไป จะสร้างความตระหนักได้ดีกว่าการนำเสนอที่เป็นการแสดง เช่น สื่อที่มีการฉายภาพให้เห็นการรักษาโดยการผ่าตัดตับและถุงน้ำดีในห้องผ่าตัด

3) ข้อความรณรงค์บนสื่อที่แจกสำหรับใส่ทำงานเป็นสื่อที่เข้าถึงได้ง่าย และกระจายได้กว้าง เปิดประเด็นพูดคุยได้ เห็นได้จากที่ในระยะแรกของการดำเนินโครงการ แกนนำได้เสนอให้ทำเสื้อยืดแขนยาวไว้ใส่ทำงานพิมพ์รูปปลาและข้อความ “ละหานไม่กินปลาดิบ” แจกให้ชาวบ้านตอนไปเก็บข้อมูล ซึ่งสามารถทำได้ในราคาถูกเนื่องจากการรับตัดเย็บเสื้อผ้ายืดเป็นรายได้เสริมของคนในชุมชนที่ทำกันอยู่หลายครอบครัว ก็เป็นสื่อที่ดียิ่งหนึ่งที่กระตุ้นให้เกิดการพูดคุยกันในเรื่องนี้

4) การจัดกิจกรรมการพัฒนาที่ยืดหยุ่นทั้งเวลา สถานที่ และรูปแบบกิจกรรม ช่วยให้กลุ่มเป้าหมายมีความพร้อมในการพัฒนา ซึ่งในวิถีชีวิตของคนในชุมชน เรื่องการทำมาหากินเป็นเรื่องสำคัญอันดับแรก เช่น หากฝนตกในวันที่มีการนัดหมายทำกิจกรรมจะต้องเลื่อนวัน เนื่องจากชาวบ้านจะออกไปทำไร่ ทำสวน และในการจัดกิจกรรมต่างๆ จะปรับจากเวลาราชการเป็นเวลาของราษฎร ซึ่งส่วนใหญ่จะจัดในช่วงเย็นหรือค่ำ เป็นต้นไป เนื่องจากแกนนำและชาวบ้านจะเสร็จสิ้นภารกิจในคร่ำเรือน และสะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรม หากวันทีนัดหมายไปแล้วทางชุมชนไม่สะดวกก็จะมีการปรับวันเวลากันใหม่

5) มีการปรับทีมตามสถานการณ์ จากการดำเนินงานในช่วงแรกพบว่า การพูดคุยหารือกันในทีมใหญ่ไม่สะดวกและมีปัญหาในการมีส่วนร่วม จึงมีการปรับโดยทีมแกนนำจะแบ่งเป็นสองกลุ่มคือกลุ่มหลักและกลุ่มสนับสนุน กลุ่มหลักจะเป็นกลุ่มเล็ก 5-6 คน ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สมาชิก อบต. และ อสม. ที่เป็นผู้นำทั้งที่เป็นทางการและผู้นำทางธรรมชาติกล้าคิดกล้าเสนอ และสามารถเข้าร่วมประชุมปรึกษาหารือกันได้สะดวกในกรณีมีกิจกรรมเร่งด่วน ซึ่งจะง่ายและสะดวกในการบริหารจัดการ ส่วนกลุ่มสนับสนุนจะเป็นทีมที่เหลือที่อาสาเข้าร่วมโครงการ ในเข้าร่วมในกิจกรรมหลักๆ ของโครงการและในกรณีที่ต้องการกำลังคนและข้อมูลความคิดเห็น โดยทีมวิจัยหลักจะมีการประสานกับทีมแกนนำหลัก และมีการพูดคุยหารือให้ได้ประเด็นหลักๆ ในแต่ละกิจกรรมก่อนแล้วจึงเชิญทีมสนับสนุนเข้าร่วมหารืออีกครั้งเพื่อเสนอเพิ่มเติมและร่วมเรียนรู้

6) การใช้กลไกความสัมพันธ์ของคนชุมชน ความสัมพันธ์ในครอบครัว ทำให้เกิดการสื่อสารผ่านความสัมพันธ์เครือญาติ คนในครอบครัว มีการทักท้วงกัน สถานการณ์ที่มีการแสดงพฤติกรรมเสี่ยง เช่น ขณะร่วมวงรับประทานอาหารตอนออกไปทำงานตามไร่ นา หรือตอนร่วมงานบุญประเพณีต่างๆ นอกจากนั้นยังมีกระบวนการติดตามและประเมินผลสำเร็จที่อาศัยความสัมพันธ์ดังกล่าว ดังที่แกนนำให้บุคคลใกล้ชิดกลุ่มเสี่ยงช่วยสังเกตพฤติกรรมแล้วติดตามสอบถามเพื่อประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกับบุคคลดังกล่าวภายหลัง

อภิปรายผลการศึกษา

1) กระบวนการพัฒนา ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับของแกนนำชุมชน เกิดจากการร่วมเรียนรู้จากการปฏิบัติและการซึมซับจากการรับรู้ข้อมูล จากสื่อต่างๆ ที่ใช้ในกระบวนการวิจัย สื่อวีดิทัศน์ที่เปิดให้ความรู้ในเวทีประชาคม เวทีสัญจร การต้องอ่านแบบสอบถามตอนเก็บข้อมูล การพูดคุยตอนถอดบทเรียนจากการไปพูดคุยกับคนในชุมชนแล้วเกิดประเด็นคำถามที่ยังตอบไม่ได้ แล้วนำสอบถามกับทีมวิจัยต่างๆ เหล่านี้ล้วนทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ การได้รับข้อมูลซ้ำๆ เกิดคำถามแล้วหาคำตอบ ต่อย้ำ จำได้ เข้าใจ ทำให้เกิดความมั่นใจที่จะสื่อสารกับคนในชุมชนและคนในครอบครัวได้ ในประเด็นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมนี้ ปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ⁽⁷⁾ ได้กล่าวไว้ว่า จะช่วยเสริมสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่ดี ฝึกฝนการเป็นประชาธิปไตย ฝึกการช่วยเหลือเกื้อกูลและการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ช่วยลดความสัมพันธ์เชิงอำนาจ ช่วยให้สมาชิกได้รับประสบการณ์ที่สำคัญกับชีวิตจริง ได้รับการฝึกฝนทักษะการแสวงหาความรู้ ทักษะการคิด ทักษะการจัดการกับความรู้ ทักษะการแสดงออก และทักษะการทำงานเป็นกลุ่ม ช่วยให้สมาชิกได้รับการพัฒนาสู่การเป็นคนเก่ง ดี และมีความสุข

2) ปัจจัยด้านระบบบริการสาธารณสุขที่เป็นปัจจัยแวดล้อมที่สำคัญ ซึ่งมักจะถูกละเลยไม่นำมาเป็นประเด็นการพัฒนาในการจัดการกับปัญหาสุขภาพของชุมชน โดยเฉพาะโรคพยาธิใบไม้ตับ ที่การศึกษาหลาย ๆ งานมุ่งเน้นไปที่การศึกษาความรู้ ทักษะคิด และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยง กระทั่งทำให้บุคคลเหล่านั้นเข้าไม่ถึงบริการ การใช้แนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพ มาเป็นกรอบในการมองทุกซ์และทุนของชุมชนในการศึกษานี้ ทำให้ปัจจัยนี้ไม่ถูกละเลย กระทั่งนำไปสู่การปรับระบบบริการ

3) การใช้กลไกความสัมพันธ์ของชุมชนอาจจะเรียกได้ว่าเป็นทุนทางสังคม อาศัยความสัมพันธ์ ความสนิทสนม เกิดการทักท้วงกันเมื่อเห็นผู้อื่นบริโภคปลาดิบ ในการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนซึ่งพฤติกรรม การกินปลาดิบเป็นวิถีเชิงวัฒนธรรมของชุมชน พฤติกรรมการกินเกิดขึ้นในชุมชนไม่ว่าจะเป็นในครอบครัว ในงานบุญ หรือในไร่นา การทำให้ชาวบ้านเข้าใจและมั่นใจ กล้าที่จะทักท้วงกันเมื่อเห็นคนอื่นแสดงพฤติกรรม สามารถเกิดขึ้นได้ทันที สอดคล้องกับการศึกษาของ สมพร ดวงคำฟู⁽⁸⁾ กลไกความสัมพันธ์ของชุมชน เอื้อต่อการ พัฒนาและแก้ไขปัญหาเด็กและเยาวชน ก่อให้เกิดการเชื่อมประสานความร่วมมือกันดำเนินการในงานสาธารณ ประโยชน์ ประสานงานขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากภายนอก

4) รูปแบบการแก้ปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ แผนงานโครงการที่ชุมชนช่วยกันคิดวางแผนซึ่งจะเห็นว่า มีทั้งที่สำเร็จและไม่สำเร็จ ซึ่งผู้วิจัยตั้งใจที่จะออกแบบกิจกรรมที่เปิดกว้างให้ชุมชนได้คิด ทำ ลองปฏิบัติ และ ได้เรียนรู้ไปด้วยกัน ซึ่งกิจกรรมที่สามารถทำได้นั้นหมายความว่า มีความเหมาะสมกับบริบทของชุมชน ซึ่ง ให้ความสำคัญกับการทำมาหากิน และขึ้นอยู่กับฤดูกาลธรรมชาติ และด้านศักยภาพของแกนนำชุมชนที่จะต้อง เป็นผู้ดำเนินการหลัก ซึ่งส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา การออกแบบกิจกรรมเพื่อแก้ปัญหาจึงควร ให้มีความสอดคล้องกับเงื่อนไขดังกล่าว ควรเป็นรูปแบบที่ชุมชนสามารถจัดการได้เอง โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นพี่เลี้ยง และไม่กระทบต่อวิถีชีวิตการทำมาหากิน จึงจะมีแนวโน้มสำเร็จและมีความยั่งยืน ในประเด็นนี้ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์⁽⁹⁾ กล่าวไว้ว่าการวางแผนงานสาธารณสุขจะต้องเรียนรู้ว่าแต่วัน เดือน ปี ชาวบ้าน มีวิถีชีวิตอย่างไร ทำอะไรบ้างจะได้วางแผนให้สอดคล้องกับจังหวะชีวิตของชาวบ้านและเป็นไปตามหลักการ ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ที่ให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน กระทั่งนำไปสู่ การเปลี่ยนแปลงวิถีคิด วิถีทำของคนในชุมชน นักวิจัยจะไม่กำหนดกรอบที่ตายตัว แต่ผ่อนสั้นผ่อนยาวตาม ลักษณะของชุมชน ใช้วิธีการดำเนินงานที่เรียบง่ายซึ่งคนในชุมชนคุ้นเคยและมีทางเลือกหลากหลาย ผลลัพธ์ที่ได้ ไม่เน้นวัตถุ แต่เน้นความสามารถของคนในชุมชน เน้นการเรียนรู้ และความพอใจผลที่ได้รับ⁽¹⁰⁾

5) ทีมวิจัยพี่เลี้ยงจำเป็นต้องมีทักษะหลายด้านโดยเฉพาะด้านการเป็นกระบวนการ (facilitator) ในการ ดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เนื่องจากขั้นตอนในการพัฒนาแกนนำชุมชน และการถอดบทเรียน เป็นขั้นตอนสำคัญ สอดคล้องกับการสรุปบทเรียนของ วิรัตน์ คำศรีจันทร์⁽¹¹⁾ ที่ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมี ส่วนร่วมนั้นมีความเป็นการวิจัยและการปฏิบัติการทางสังคม ที่จะต้องผสมผสานศักยภาพที่สำคัญ 3 ด้าน ได้แก่ (1) ความเป็นกระบวนการ (2) ความเป็นนักวิชาการ และ (3) ความเป็นนักการศึกษา

6) การแก้ปัญหาสาธารณสุข หากจะต้องให้ชุมชนดำเนินการได้เองต้องไม่มีรูปแบบที่ซับซ้อน ต้องมี การพัฒนาคนในชุมชนให้สามารถทำได้ด้วยความเข้าใจ ต้องสอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน ซึ่งจะต้องอาศัย การมีส่วนร่วมของชุมชน อันจะส่งผลต่อความต่อเนื่องยั่งยืน ดังกรณีของการศึกษานี้จะเห็นว่า ปัญหาส่วนหนึ่ง ที่ทำให้สถานการณ์โรคยังสูง เกิดจากการเข้าถึงข้อมูลความรู้ จากรูปแบบการสื่อสารที่เป็นการสื่อสารทางเดียว และการขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่ทำให้ชาวบ้านปฏิบัติด้วยความไม่เข้าใจ อย่างที่มีการถอดบทเรียน การดำเนินงานที่ผ่านมา⁽³⁾

7) รูปแบบที่ใช้วิธีการพัฒนาศักยภาพของคนในชุมชนให้สามารถสื่อสารกับคนในครอบครัวและในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ Wongba N et al.⁽¹²⁾ ที่ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการศึกษาชุมชนในภาคตะวันออก เฝียงเหนือหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมโครงการ กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น มีการพูดคุย สื่อสารในครอบครัวและในชุมชน และเกิดความร่วมมือของภาคส่วนต่างๆ ในการสร้างความเข้มแข็ง ให้เครือข่ายในการรณรงค์ไม่บริโภคปลาดิบ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับที่เหมาะสมกับชุมชน และเชื่อว่าจะเกิดความต่อเนื่อง ซึ่งผลการศึกษาพบว่า รูปแบบที่เหมาะสมคือการใช้กลไกความสัมพันธ์ของคนในชุมชนเป็นทุนในการต่อยอดพัฒนาศักยภาพให้แกนนำชุมชนสามารถบริหารจัดการ สื่อสาร ติดตามกลุ่มเสี่ยงให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตอบโจทย์เรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชน อีกทั้งมีการปรับระบบบริการสาธารณสุขให้การป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับเข้าไปสู่ระบบงานประจำ ซึ่งจะตอบโจทย์เรื่องความต่อเนื่องยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1. รูปแบบการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับที่เหมาะสมกับชุมชนนี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ ในชุมชนที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน
2. กระบวนการและขั้นตอนในการดำเนินการเพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับที่เหมาะสมกับชุมชน สามารถนำไปเป็นแนวทางสำหรับชุมชนและนักวิชาการในการนำไปใช้พัฒนารูปแบบแนวทางในการแก้ปัญหาสุขภาพด้านอื่น ๆ ที่ดำเนินการตามแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม
3. ในการวิจัยในอนาคต อาจมีการนำกระบวนการขั้นตอนหรือรูปแบบที่ได้จากการศึกษานี้ ไปใช้ในการศึกษาเปรียบเทียบหรือทดลองในชุมชนที่มีบริบทหรือเงื่อนไขของพื้นที่ที่แตกต่างกัน

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลงได้ด้วยดีจากการสนับสนุนของผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่าย โดยเฉพาะกัลยาณมิตรผู้ร่วมกระบวนการเรียนรู้ ผู้นำและแกนนำชุมชนที่วิจัยชุมชน บุคลากร รพ.สต. ในพื้นที่เป้าหมาย ขอขอบพระคุณ ศ.เกียรติคุณ ดร.พันธุ์ทิพย์ รามสูต ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำให้งานวิจัยนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ท่านผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา ที่เล็งเห็นความสำคัญและสนับสนุนการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- 1) จิตติมา วงศาโรจน์ และ ประภาศรี จงสุขสันติกุล, บรรณาธิการ. คู่มือกำจัดโรคพยาธิใบไม้ตับสำหรับประชาชน เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานในชุมชน. นนทบุรี : กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2555.
- 2) จิตติมา วงศาโรจน์ และคณะ. รายงานผลการศึกษาศถานการณ์โรคหนอนพยาธิและโปรโตซัวของประเทศไทย พ.ศ. 2552. นนทบุรี : สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2555.
- 3) กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์ “กำจัดพยาธิใบไม้ตับ ลดมะเร็งท่อน้ำดี วาระคนอีสาน”. นนทบุรี: สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2555.
- 4) IARC, Infection with liver ukes (Opisthorchis viverrini, Opisthorchis felinus and Clonorchis sinensis). IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum 1997; 61:121
- 5) อำพล จินตาวัฒนะ, บรรณาธิการ. การสร้างเสริมสุขภาพ : แนวคิด หลักการ และบทเรียนของไทย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, 2550.
- 6) อุทัยทิพย์ เจียวิวรรณ์กุล. การวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม: แนวคิด หลักการ และบทเรียน. โครงการการวิจัยประเมินผลและการสังเคราะห์องค์ความรู้ เพื่อสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมเพื่อสังคมของมูลนิธิสยามกัมมาจลในโครงการส่งเสริมการจัดการความรู้ของเยาวชนในชุมชนท้องถิ่น (4 ภาค) และโครงการเสริมศักยภาพการขับเคลื่อนเศรษฐกิจพอเพียงในโรงเรียนและชุมชน. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง, 2553.

- 7) ปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ. กระบวนการและเทคนิคการทำงานของนักพัฒนา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โครงการเสริมสร้างการเรียนรู้เพื่อชุมชนเป็นสุข (สรส.), 2546.
- 8) สมพร ดวงคำฟู. การพัฒนากลไกพื้นฐานระดับชุมชนเพื่อการพัฒนาและแก้ไขปัญหาเด็กและเยาวชน. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.), 2546.
- 9) โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ, บรรณาธิการ. วัฒนธรรม สุขภาพ กับการเยียวยา: แนวคิดทางสังคมและมานุษยวิทยาการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี : สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวส.), 2551.
- 10) พันธุ์ทิพย์ งามสุต. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม. นครปฐม : สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล, (ม.ป.ป.).
- 11) วรรณ์ คำศรีจันทร์. พลังความรู้จากการวิจัยแบบ PAR. นครปฐม: สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพช.) สถาบันพัฒนาสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล, 2554.
- 12) Wongba N, Thaewongiew K, Phathee K, et al. Liver Fluke Prevention and Control in the Northeast of Thailand Through Action Research. Asian Pacific journal of Cancer Prevention. 12: 1367-1370, 2011.

**ประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาตลาดสดปลอดภาชนะโฟมบรรจุอาหาร
ในตลาดแห่งหนึ่ง กรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2558**

**Effectiveness of the Model to Develop Market without Foam Tray
For Food Container at the Market in Bangkok**

เอกชัย ชัยเดช¹ และสมคิด ปราบภัย¹

Ekkachai Chaidet¹ and Somkid Prabpai¹

¹คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

¹Faculty of Education, Kasetsart University

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาตลาดสดปลอดภาชนะโฟมบรรจุอาหาร โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method) ภายใต้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) ทำการทดลองกับผู้ประกอบการค้าอาหาร ณ ตลาดแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร จำนวน 122 คน สิ่งที่ใช้ในการทดลองคือรูปแบบการพัฒนาตลาดสดปลอดภาชนะโฟมบรรจุอาหารภายใต้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการใช้ภาชนะโฟมบรรจุอาหาร วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ผลการวิจัยสรุปได้ว่าภายหลังการทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาตลาดสดปลอดภาชนะโฟมบรรจุอาหาร รูปแบบนี้มีประสิทธิผลต่อการเพิ่มการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ภาชนะโฟมบรรจุอาหารของผู้ประกอบการค้าอาหารและผู้บริโภค และลดพฤติกรรมการใช้ภาชนะโฟมบรรจุอาหารร้อยละ 56.0 โดยเปลี่ยนไปใช้ผลิตภัณฑ์กลุ่มชานอ้อย เพิ่มขึ้นประมาณ 15 เท่า

คำสำคัญ: รูปแบบการพัฒนา, ภาชนะโฟม, ตลาดสด

Abstract

This research aimed to study the effectiveness of the model of development for market which without foam tray for food container. The research was conducted using the action research under the concept of health beliefs model and appreciation influence control (AIC) The participants were 122 of food traders at the market in Bangkok. Intervention was the model of develop market without foam tray for food container under the concept of health beliefs model. Data was collected using the perception of health beliefs model about foam containers of food trader and consumer questionnaire. Data was analyzed using descriptive statistics and inferential statistics. After implement the program, this model had effectiveness increasing the perception of health beliefs model about foam containers of food trader and consumer, 56.0% of food trader were decreased behavior using foam containers, and using of bagasse instead of foam were increased approximately 15 folds.

Key words: The Model to Develop, Foam tray, Market

บทนำ

สถานการณ์ปัจจุบันการเพิ่มขึ้นของขยะมูลฝอย และองค์ประกอบที่สำคัญของมูลฝอยส่วนใหญ่เป็นพลาสติก โฟม และขยะมูลฝอยอินทรีย์ โดยเฉพาะขยะมูลฝอยประเภทโฟมมีแนวโน้มเพิ่มปริมาณขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจากการสำรวจในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2552 – 2556) มีปริมาณโฟมเพิ่มขึ้นจาก 34 ล้านใบ/วัน เป็น 61 ล้านใบ/วัน หรือโดยเฉลี่ยประชาชนสร้างขยะประเภทโฟม 1 ใบ/คน/วัน¹ โฟมผลิตจากเม็ดพลาสติกชนิดโพลีสไตรีน ซึ่งบ่อยครั้งพบว่ามี การนำไปใช้บรรจุอาหารร้อนที่ปรุงสุกใหม่ๆ อาหารที่มีส่วนประกอบของสเต็ม สภาวะการเก็บรักษา และอุณหภูมิไม่คงที่ รวมถึงใช้บรรจุอาหารที่มีรสจัด เช่น อาหารที่มีความเป็นกรด เค็ม หวาน มัน ซึ่งวิธีเหล่านี้ล้วนแล้วแต่จะก่อให้เกิดปฏิกิริยาทำให้สารพิษที่เป็นส่วนประกอบของโฟมออกมาปนเปื้อนสู่อาหารได้²⁻⁵ อย่างไรก็ตามปริมาณการละลายออกมาของสารพิษจากโฟมขึ้นอยู่กับ 3 ปัจจัย ได้แก่ ไขมันในอาหาร ระยะเวลา และอุณหภูมิระหว่างการสัมผัสอาหารกับภาชนะโฟม⁶ โดยสารพิษที่ละลายจากโฟม ได้แก่ สารสไตรีน (Styrene) และสารเบนซีน (Benzene)⁷ ซึ่งสารสไตรีนเป็นสารเคมีที่ก่อให้เกิดมะเร็งในกลุ่ม 2B ตามมาตรฐานของ International Agency for Research on Cancer (IARC) ที่ก่อมะเร็งในมนุษย์⁸ และถ้าร่างกายได้รับสารสไตรีนอย่างต่อเนื่องจะมีความเสี่ยงต่อโรคทางสมองและระบบประสาท⁹ และมีผลกระทบต่อการทำงานของตับ และระบบเม็ดเลือดแดง⁸ นอกจากนี้สารสไตรีน และสารเบนซีนยังเป็นสารที่อาจจะก่อให้เกิดโรคพาร์กินสัน (Parkinson's Disease) มะเร็งเม็ดเลือดขาว¹⁰⁻¹¹ และเป็นพิษต่อระบบสืบพันธุ์¹² ได้อีกด้วย

ดังนั้นผู้ประกอบการด้านอาหารหรือผู้บริโภคจึงควรให้ความระมัดระวังหรือหลีกเลี่ยงการใช้ภาชนะโฟมบรรจุอาหาร เพื่อลดความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการใช้ภาชนะโฟมที่ผิดวิธี ดังนั้นในการให้ผู้ประกอบการด้านอาหารเลิกใช้ภาชนะโฟมบรรจุอาหาร จึงต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนบุคคล รวมทั้งการจัดการสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของเบคเกอร์¹² มาใช้ในการพัฒนากิจกรรมต่างๆ ซึ่งแนวคิดนี้เชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรมสุขภาพ โดยบุคคลจะแสดงพฤติกรรมใด ๆ ด้วยความเชื่อว่า จะทำให้มีสุขภาพดี และมีวัตถุประสงค์ในการป้องกันไม่ให้เป็นโรคขึ้นกับปัจจัยหลักสามประการ ประการแรกคือ ความพร้อมที่จะปฏิบัติ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค ประการที่สองคือการประเมินถึงประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ ประการที่สามคือ สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ ซึ่งอาจเป็นสิ่งชักนำ มาจากภายในหรือภายนอก เป็นต้น ซึ่งผลของการใช้รูปแบบการพัฒนาตลาดสดปลอดภาชนะโฟมบรรจุอาหาร ที่พัฒนาขึ้นภายใต้แนวคิดนี้สามารถสร้างการรับรู้ให้แก่ผู้ประกอบการค้าและผู้บริโภคเกี่ยวกับอันตรายจากการใช้ภาชนะโฟมบรรจุอาหาร และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ประกอบการค้าอาหารในการใช้ภาชนะบรรจุอาหารที่ปลอดภัยต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการพัฒนาตลาดสดปลอดภาชนะโฟมบรรจุอาหาร ที่มีผลต่อการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ประกอบการค้าอาหาร และและพฤติกรรมการใช้ภาชนะโฟมบรรจุอาหารของผู้ประกอบการค้าอาหาร

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังการใช้รูปแบบการพัฒนาตลาดสดปลอดภาชนะโฟมบรรจุอาหาร ผู้ประกอบการค้าอาหารมีการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจากก่อนการใช้รูปแบบการพัฒนาตลาดสดปลอดภาชนะโฟมบรรจุอาหาร
2. ภายหลังการใช้รูปแบบการพัฒนาตลาดสดปลอดภาชนะโฟมบรรจุอาหารผู้ประกอบการค้าอาหารมีพฤติกรรมการใช้ภาชนะโฟมบรรจุอาหารลดลงจากก่อนการใช้รูปแบบการพัฒนาตลาดสดปลอดภาชนะโฟมบรรจุอาหาร

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method) โดยแบ่งวิธีการศึกษาวิจัยออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้โฟมบรรจุอาหารของผู้ประกอบการค้าอาหาร

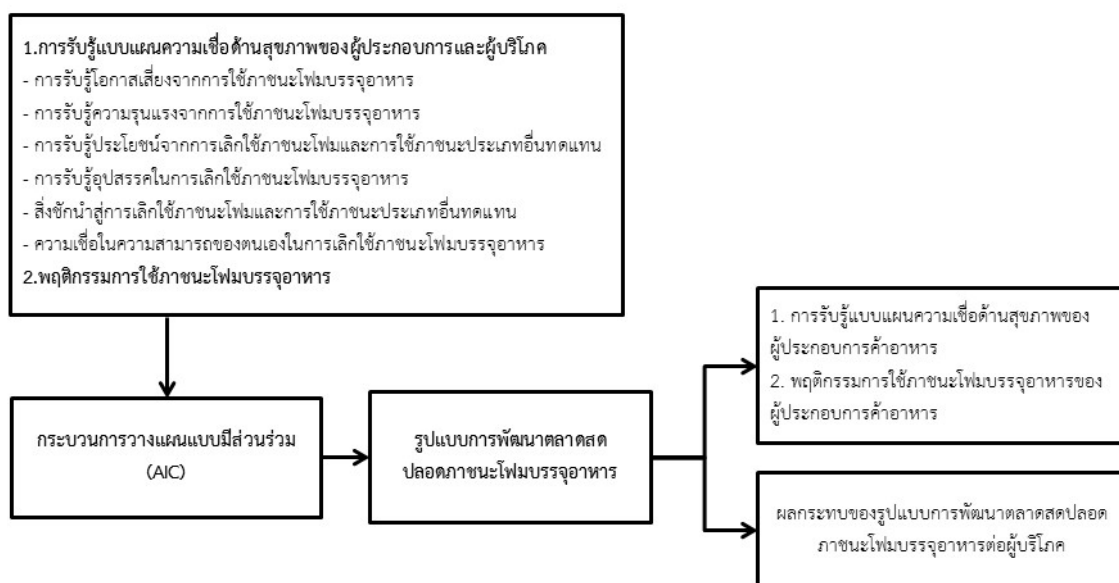
ระยะที่ 2 เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาตลาดสดให้ปลอดภาชนะโฟมบรรจุอาหาร โดยใช้กระบวนการการวางแผนอย่างมีส่วนร่วม (AIC) ร่วมกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ระยะที่ 3 เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบวัดก่อนหลังหนึ่งกลุ่มทดลอง (Pretest-Posttest One Group Design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการพัฒนาตลาดสดปลอดภาชนะโฟมบรรจุอาหาร

ระยะเวลาที่ศึกษา พฤษภาคม 2558 – ธันวาคม 2558

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ ผู้ประกอบการค้าอาหารที่ใช้ภาชนะโฟมบรรจุอาหารจำนวน 122 คน โดยคัดเลือกแบบเจาะจงกลุ่มตัวอย่างร้านละ 1 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Mc Nemar และ Chi-square test



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

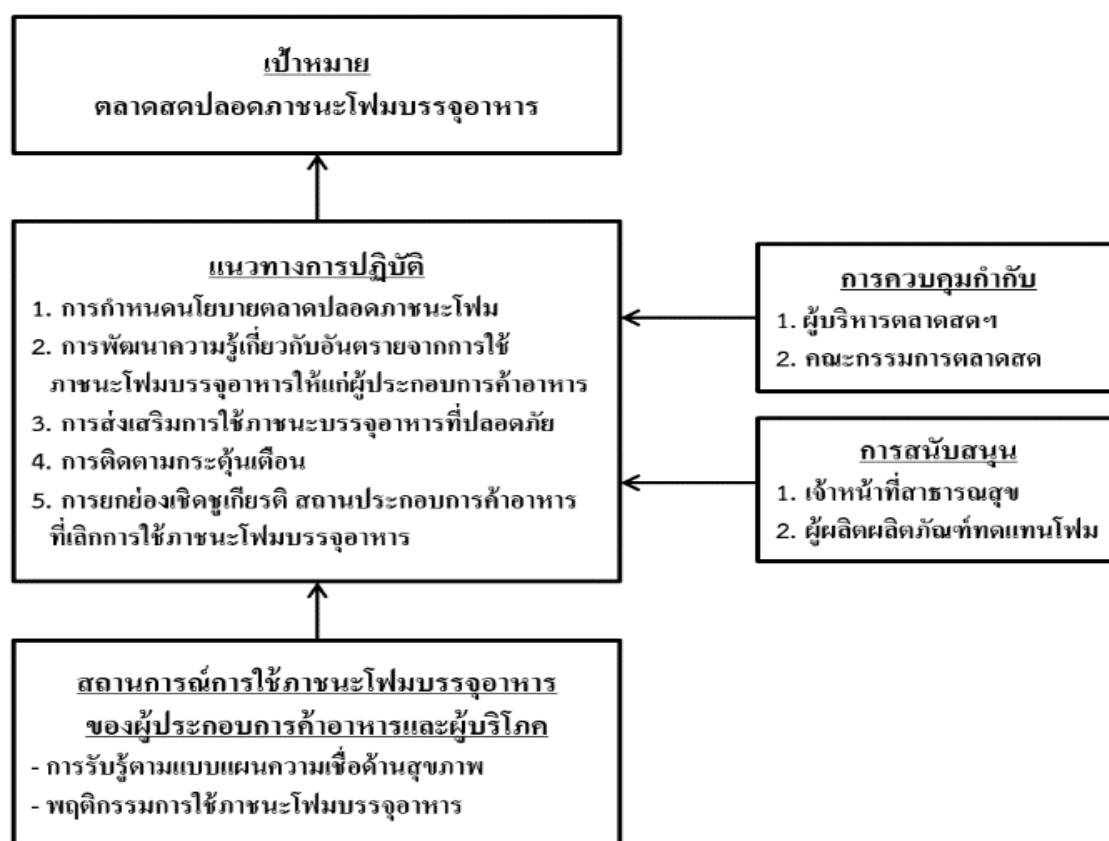
ตารางที่ 1 แนวทางการดำเนินงาน และวิธีการปฏิบัติของรูปแบบการพัฒนาตลาดสดปลอดภัยมะพร้าว
อาหาร

แนวทางการดำเนินงาน	วิธีการปฏิบัติ	ระยะเวลา
1. กำหนดนโยบายตลาดปลอด ภาชนะโฟม	แต่งตั้งคณะกรรมการตลาดสด ประกอบด้วย ผู้จัดการ ตลาด และตัวแทนประกอบการค้าอาหารจากนั้นร่วมกัน กำหนดนโยบายตลาดปลอดภาชนะโฟม และเสนอต่อ ผู้บริหารตลาดสดประกาศเป็นนโยบาย	3 ชั่วโมง
2. การพัฒนาความรู้เกี่ยวกับ อันตรายจากการใช้ภาชนะโฟม บรรจุอาหารให้แก่ผู้ประกอบการ และผู้บริโภค	1. จัดฝึกอบรมผู้ประกอบการค้าอาหาร โดยเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้านสุขาภิบาลอาหาร เกี่ยวกับ อันตรายจากการใช้ภาชนะโฟมบรรจุอาหาร โดยกำหนด หัวข้อในการพัฒนาความรู้ ดังนี้ 1.1) อันตรายจากการใช้ภาชนะโฟมบรรจุอาหาร 1.2) การใช้ภาชนะบรรจุอาหารที่ปลอดภัย 2. คณะกรรมการตลาดสด จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ เกี่ยวกับอันตรายของการใช้ภาชนะโฟมบรรจุอาหารได้แก่ 2.1) แผ่นป้ายประชาสัมพันธ์ 2.2) วิดีทัศน์ และเสียงตามสาย 2.3) แผ่นพับ จัดวางบริเวณบอร์ดคุ่มครองผู้บริโภค	3 ชั่วโมง
3. การส่งเสริมการใช้ภาชนะ บรรจุอาหารที่ปลอดภัย	คณะกรรมการตลาดสดดำเนินการจัดหาให้ผู้ผลิต ผลิตภัณฑ์ทดแทนภาชนะโฟมบรรจุอาหารดำเนินการ ออกบูธแนะนำและให้ความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ทดแทน ภาชนะโฟมบรรจุอาหาร และจัดหาภาชนะทดแทนโฟม เพื่อจำหน่ายให้แก่ผู้ประกอบการค้าอาหารในราคาที่ถูกกว่า ท้องตลาด	3 ชั่วโมง

ตารางที่ 1 แนวทางการดำเนินงาน และวิธีการปฏิบัติของรูปแบบการพัฒนาตลาดสดปลอดภาชนะโฟมบรรจุอาหาร (ต่อ)

แนวทางการดำเนินงาน	วิธีการปฏิบัติ	ระยะเวลา
4. กิจกรรมติดตาม กระตุ้นเตือน	คณะกรรมการตลาดสด ร่วมกับผู้ประกอบการจัดตั้ง คณะทำงานเพื่อติดตามและกระตุ้นเตือนผู้ประกอบการ ค้าอาหารในการลด ละ เลิกการใช้ภาชนะโฟมบรรจุอาหาร	ทุกวัน
5. การยกย่องเชิดชูเกียรติ สถานประกอบการค้าอาหาร ที่เลิกการใช้ภาชนะโฟมบรรจุ อาหาร	ภายหลังการดำเนินงาน 3 เดือน คณะกรรมการตลาดสด ติดต่อประสานงานเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อดำเนินการ ติดตามและตรวจประเมินสถานประกอบการค้าอาหาร ที่มีการเลิกใช้ภาชนะโฟมบรรจุอาหารอย่างน้อย 3 เดือน	3 เดือน

จากแนวทางการดำเนินงานและวิธีการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตลาดสดปลอดภาชนะโฟมบรรจุอาหาร สามารถสรุปเป็นรูปแบบการพัฒนาตลาดสดปลอดภาชนะโฟมบรรจุอาหาร แสดงดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 รูปแบบการพัฒนาตลาดสดปลอดภาชนะโฟมบรรจุอาหาร

ผู้วิจัยนำรูปแบบการพัฒนาตลาดสดปลอดภาชนะโฟมบรรจุอาหารไปทดลองใช้ตามแนวทางการดำเนินงานและวิธีการปฏิบัติจำนวน 3 เดือน (เดือนสิงหาคม – ตุลาคม 2558) และทำการศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบโดยเปรียบเทียบการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการใช้ภาชนะโฟมบรรจุอาหารระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพัฒนาตลาดสดปลอดภาชนะโฟมบรรจุอาหาร

สรุปผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของผู้ประกอบการค้าอาหาร

ลักษณะปัจจัยทางชีวสังคมของผู้ประกอบการค้าอาหารส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 62.3) มีอายุเฉลี่ย 41.5 ปี ส่วนมากมีการศึกษาระดับปริญญาตรี หรือ สูงกว่า (ร้อยละ 36.1) ประกอบการค้าโดยเฉลี่ย 8 ปี จำนวนวันที่ประกอบกิจการประมาณ 4 วันต่อสัปดาห์ และมีค่าเฉลี่ยของต้นทุนทั้งหมดในการประกอบกิจการค้าขายอาหารต่อวัน 3,029 บาท ในส่วนของค่าเฉลี่ยยอดขายต่อวัน 4,466 บาทแสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะทางชีวสังคม

คุณลักษณะ	จำนวน (N=122)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	46	37.7
หญิง	76	62.3
อายุ		
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	41.5 ปี (11.2)	
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	35	28.7
มัธยมศึกษา	26	21.3
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	17	13.9
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	44	36.1
ระยะเวลาในการประกอบกิจการ ณ ตลาดแห่งนี้		
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 8 ปี (7.8)		
จำนวนวันที่ประกอบกิจการใน 1 สัปดาห์		
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 4 วัน (2.4)		
ต้นทุนทั้งหมดในการประกอบกิจการค้าขายอาหารต่อวัน		
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 3,029 บาท (2,230.7)		
ยอดขายเฉลี่ยต่อวัน		
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 4,466 บาท (5,390.3)		

2. ประสิทธิภาพของการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ผลจากการใช้รูปแบบการพัฒนาตลาดสดปลอดภัยอาหาร มีประสิทธิภาพต่อการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ประกอบการค้าอาหาร ได้แก่การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการใช้ภาชนะโฟมบรรจุอาหาร การรับรู้ความรุนแรงจากการใช้ภาชนะโฟมบรรจุอาหาร การรับรู้ประโยชน์จากการเลิกใช้ภาชนะโฟมบรรจุอาหารและการใช้ภาชนะอื่นทดแทนโฟม การรับรู้อุปสรรคในการเลิกใช้ภาชนะโฟมบรรจุอาหาร ความเชื่อในความสามารถของตนเองในการเลิกใช้ภาชนะโฟมบรรจุอาหาร มีความแตกต่างจากก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 3 และพบว่าผู้ประกอบการค้าอาหารมีความเห็นด้วยอย่างยิ่งต่อการรับรู้ต่อสิ่งชักนำสู่การเลิกใช้ภาชนะโฟมบรรจุอาหารและการใช้ภาชนะอื่นทดแทนโฟมเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบดังแสดงในตารางที่ 3 และ 4

ตารางที่ 3 ประสิทธิภาพของรูปแบบการพัฒนาตลาดปลอดภาชนะโฟมบรรจุอาหารต่อการรับรู้ตามแบบแผน
ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ประกอบการค้าอาหารระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (N=122)

กลุ่มศึกษา	ระดับการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ					
	ระดับต่ำ		ระดับกลาง		ระดับสูง	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการใช้ภาชนะโฟมบรรจุอาหาร						
ก่อนการใช้รูปแบบ	6	4.9	92	75.4	24	19.7
หลังการใช้รูปแบบ	4	3.3	26	21.3	92	75.4
Chi-square = 77.2 ; df = 2 ; p-value = <0.001						
การรับรู้ความรุนแรงจากการใช้ภาชนะโฟมบรรจุอาหาร						
ก่อนการใช้รูปแบบ	6	4.9	105	86.1	11	9.0
หลังการใช้รูปแบบ	4	3.3	28	22.9	90	73.8
Chi-square = 106.8 ; df = 2 ; p-value = <0.001						
การรับรู้ประโยชน์จากการเลิกใช้ภาชนะโฟมและการใช้ภาชนะประเภทอื่นทดแทน						
ก่อนการใช้รูปแบบ	50	41.0	65	53.3	5	4.1
หลังการใช้รูปแบบ	5	4.1	22	18.0	95	77.9
Chi-square = 130.8 ; df = 2 ; p-value = <0.001						
การรับรู้อุปสรรคในการเลิกใช้ภาชนะโฟมบรรจุอาหาร						
ก่อนการใช้รูปแบบ	29	23.8	86	70.5	7	5.7
หลังการใช้รูปแบบ	12	9.8	18	14.8	92	75.4
Chi-square = 124.5 ; df = 2 ; p-value = <0.001						
ความเชื่อในความสามารถของตนเองในการเลิกใช้ภาชนะโฟมบรรจุอาหาร						
ก่อนการใช้รูปแบบ	48	39.3	73	59.8	1	0.8
หลังการใช้รูปแบบ	8	6.6	20	16.4	94	77.8
Chi-square = 149.8 ; df = 2 ; p-value = <0.001						

ตารางที่ 4 สิ่งชักนำสู่การเลิกใช้ภาชนะโฟมบรรจุอาหารและการใช้ภาชนะอื่นทดแทนโฟมของผู้ประกอบการ
ค้าอาหารระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (N=122)

สิ่งชักนำสู่การเลิกใช้ภาชนะโฟม บรรจุอาหารและการใช้ ภาชนะอื่นทดแทนโฟม ของกลุ่มศึกษา	ก่อนการใช้รูปแบบ (ร้อยละ)		หลังการใช้รูปแบบ (ร้อยละ)	
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เฉย ๆ	ไม่เห็น ด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
	เฉย ๆ	ไม่เห็น ด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็น ด้วยอย่างยิ่ง
1 ผู้บริโภคยอมรับวัสดุอื่นที่นำมา ทดแทนโฟม	20.5	9.0	70.5	83.6
			16.4	0.0

ตารางที่ 4 สิ่งชักนำสู่การเลิกใช้ภาชนะโฟมบรรจุอาหารและการใช้ภาชนะอื่นทดแทนโฟมของผู้ประกอบการ
ค้าอาหารระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (N=122) (ต่อ)

สิ่งชักนำสู่การเลิกใช้ภาชนะโฟม บรรจุอาหารและการใช้ ภาชนะอื่นทดแทนโฟม ของกลุ่มศึกษา	ก่อนการใช้รูปแบบ (ร้อยละ)			หลังการใช้รูปแบบ (ร้อยละ)		
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เฉย ๆ	ไม่เห็น ด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เฉย ๆ	ไม่เห็น ด้วยอย่างยิ่ง
2 ภาชนะทดแทนโฟมราคา ถูกกว่าโฟม	80.3	19.7	0.0	91.8	8.2	0.0
3 การใช้วัสดุธรรมชาติเป็นการ อนุรักษ์วัฒนธรรมไทยและ ส่งเสริมรายได้แก่เกษตรกร	83.6	16.4	0.0	90.2	9.8	0.0
4 นโยบายของตลาดให้เลิกใช้ ภาชนะโฟม	80.3	19.7	0.0	100.0	0.0	0.0
5 เข้าใจถึงอันตรายจากการใช้ ภาชนะโฟมบรรจุอาหาร	59.8	40.2	0.0	77.9	22.1	0.0

3. พฤติกรรมการใช้ภาชนะโฟมบรรจุอาหารของผู้ประกอบการค้าอาหาร

ผลจากการใช้รูปแบบการพัฒนาตลาดสดปลอดภาชนะโฟมบรรจุอาหาร มีประสิทธิผลต่อพฤติกรรมการใช้ภาชนะโฟมบรรจุอาหารของผู้ประกอบการค้าอาหารโดยผู้ประกอบการค้าอาหารมีพฤติกรรมการใช้ภาชนะโฟมบรรจุอาหารเหลือเพียง ร้อยละ 43.3 หรือลดลง ร้อยละ 56.6 ซึ่งมีความแตกต่างจากก่อนรูปแบบการพัฒนาตลาดสดปลอดภาชนะโฟมบรรจุอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยส่วนใหญ่ผู้ประกอบการค้าอาหารปรับเปลี่ยนไปใช้ผลิตภัณฑ์ขานอ้อยเป็นภาชนะบรรจุอาหารทดแทนโฟมเพิ่มขึ้นหลังการใช้รูปแบบ ร้อยละ 36.9 หรือคิดเป็นอัตราการเพิ่มขึ้นประมาณ 15 เท่า ซึ่งมีความแตกต่างจากก่อนรูปแบบการพัฒนาตลาดสดปลอดภาชนะโฟมบรรจุอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมของผู้ประกอบการค้าระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพัฒนา
ตลาดสดปลอดภาชนะโฟมบรรจุอาหาร(N=122)

กลุ่มศึกษา	จำนวน (ร้าน)	ร้อยละ	P-value
พฤติกรรมการใช้ภาชนะโฟมบรรจุอาหาร			
ก่อนการใช้รูปแบบ	122	100	< 0.001
หลังการใช้รูปแบบ	53	43.4	
พฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์ขานอ้อย			
ก่อนการใช้รูปแบบ	3	2.5	< 0.001
หลังการใช้รูปแบบ	45	36.9	

สรุปได้ว่า ผลจากการใช้รูปแบบการพัฒนาตลาดสดปลอดภาชนะโฟมบรรจุอาหาร มีประสิทธิผลต่อการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ประกอบการค้าอาหาร ซึ่งมีความแตกต่างจากก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการพัฒนาตลาดสดปลอดภาชนะโฟมบรรจุอาหารมีประสิทธิผลต่อการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ประกอบการค้าอาหาร และในส่วนของพฤติกรรมการใช้ภาชนะโฟมบรรจุอาหารของผู้ประกอบการค้าอาหารภายหลังการใช้รูปแบบการพัฒนาตลาดสดปลอดภาชนะโฟมบรรจุอาหาร ผู้ประกอบการค้าอาหารมีพฤติกรรมการใช้ภาชนะโฟมบรรจุอาหารเหลือเพียงร้อยละ 43.3 หรือลดลงร้อยละ 56.6 ซึ่งมีความแตกต่างจากก่อนรูปแบบการพัฒนาตลาดสดปลอดภาชนะโฟมบรรจุอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยส่วนใหญ่มีการปรับเปลี่ยนไปใช้ผลิตภัณฑ์ชานอ้อยเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 36.9 หรือคิดเป็นอัตราการเพิ่มขึ้นประมาณ 15 เท่า ซึ่งมีความแตกต่างจากก่อนรูปแบบการพัฒนาตลาดสดปลอดภาชนะโฟมบรรจุอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

รูปแบบการพัฒนาตลาดสดปลอดภาชนะโฟมบรรจุอาหารเป็นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นจากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียประกอบด้วย ผู้ประกอบการค้าอาหาร ผู้บริหารและคณะกรรมการตลาดสด ผู้ผลิตผลิตภัณฑ์ทดแทนภาชนะโฟมบรรจุอาหาร และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้านสุขาภิบาลอาหาร ผ่านกระบวนการวิเคราะห์สถานการณ์และระดมความคิดเห็นเพื่อกำหนดเป้าหมายแนวทาง/กิจกรรม รวมถึงแนวปฏิบัติในการดำเนินกิจกรรม และสรุปเป็นรูปแบบการพัฒนาตลาดสดปลอดภาชนะโฟมบรรจุอาหาร รวมถึงการนำไปทดลองใช้ตามแนวทางปฏิบัติพบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบการพัฒนาตลาดสดปลอดภาชนะโฟมบรรจุอาหารผู้ประกอบการค้าอาหารมีพฤติกรรมการใช้ภาชนะโฟมบรรจุอาหารเหลือเพียง ร้อยละ 43.3 หรือลดลงร้อยละ 56.6 ซึ่งมีความแตกต่างจากก่อนการสร้างรูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากผู้ประกอบการค้าอาหารเกิดการรับรู้ถึงอันตรายจากการใช้ภาชนะโฟมบรรจุอาหารและการใช้ภาชนะบรรจุอาหารให้ปลอดภัย รวมถึงการมีกิจกรรมการกระตุ้นเตือน และการยกย่องเชิดชูเกียรติแก่ผู้ประกอบการค้าอาหาร ทำให้ผู้ประกอบการค้าอาหารมีการปรับเปลี่ยนไปใช้ผลิตภัณฑ์ชานอ้อยทดแทนภาชนะโฟมบรรจุอาหารเพิ่มขึ้นประมาณ 15 เท่า ซึ่งมากกว่าการปรับเปลี่ยนไปใช้กล่องพลาสติกสำหรับบรรจุอาหาร และผลิตภัณฑ์ที่ผลิตจากกระดาษเนื่องจากสามารถหาซื้อได้ง่ายและราคาถูก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรสา (2536) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกใช้ภาชนะโฟมบรรจุอาหารของผู้ประกอบการค้าอาหาร โดยการพัฒนาแบบตลาดปลอดภาชนะโฟมบรรจุอาหารให้ประสบความสำเร็จนั้น จำเป็นต้องสร้างแนวทางการดำเนินงานและวิธีปฏิบัติ ประกอบด้วย 1) แนวทางการปฏิบัติ ได้แก่ (1) การกำหนดนโยบายตลาดปลอดภาชนะโฟมบรรจุอาหาร (2) การพัฒนาความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากการใช้ภาชนะโฟมบรรจุอาหารให้แก่ผู้ประกอบการค้าอาหาร เพื่อให้ผู้ประกอบการค้าอาหารเกิดการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในระดับที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสุมาลี¹⁴ และธนบดี¹⁵ (3) การส่งเสริมการใช้ภาชนะบรรจุอาหารที่ปลอดภัย ซึ่งจำเป็นต้องมีการกำหนดราคาที่เหมาะสมและมีราคาใกล้เคียงกับภาชนะโฟม รวมถึงต้องหาซื้อง่ายซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรสา¹⁶ (4) การติดตามกระตุ้นเตือนโดยคณะกรรมการตลาดสด และ (5) การยกย่องเชิดชูเกียรติสถานประกอบการค้าอาหารที่เลิกใช้ภาชนะโฟมบรรจุอาหาร 2) การกำกับติดตามของผู้บริหารและคณะกรรมการตลาดสด 3) การสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกมลรัตน์¹⁷ และไพบุลย์¹⁸ ที่หน่วยงานภาครัฐต้องเข้าไปให้การสนับสนุนด้านองค์ความรู้แก่ผู้ประกอบการค้าเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และผู้ผลิตผลิตภัณฑ์ทดแทนภาชนะโฟมบรรจุอาหาร และ 4) การมีส่วนร่วมของผู้ประกอบการค้าอาหาร

ผลการวิจัยนี้เสนอแนะว่าควรนำรูปแบบการพัฒนาลาดตลาดปลอดภาชนะโฟมบรรจุอาหารนี้มีความ
เหมาะสมกับตลาดเอกชนที่มีศูนย์อาหารเป็นส่วนประกอบ แต่รูปแบบการพัฒนามีความเหมาะสมไปประยุกต์ใช้
กับตลาดทั่วไปได้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมมลพิษ. สถานการณ์ขยะมูลฝอยของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2556. สำนักจัดการกากของเสียและ
สารอันตราย กรมควบคุมมลพิษ, กรุงเทพฯ: 2556
2. Krzysztof, Melski, Zabielski, et al. Model Study on Intensified Migration of Volatile substances
from Food Contacting Plastic Materials during Repeated Microwaving, Food Science and
Technology 2003; 6(2) : 44-51.
3. Lickly T.D., Lehr K.M., Welsh. Migration of Styrene from polystyrene foam food-contact articles,
Food and Chemical Toxicology 1995 ;33 : 475-481.
4. Cherry, N., Guatrin, D. Neurotoxic effects of styrene: Further evidence, British Journal of Industrial
Medicine 1990;37:234-240.
5. ชูมาพร รลิตา. การประเมินความเสี่ยงจากสารสไตรีนโนโนเมอร์ที่เคลื่อนย้ายจากภาชนะบรรจุอาหาร
ชนิดโฟมโพลีสไตรีนเข้าสู่อาหาร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2552.
6. สุภิญญา บุญช่วย และ วัชรภรณ์ คำนา. กล้องโฟมภัยใกล้ตัว, วารสารกรมวิทยาศาสตร์บริการ 2556 ;
6(191) : 26-29.
7. U.S. EPA. Styrene Fact Sheet : U.S. Environmental Protection Agency, Pollution Prevention
and Toxics, EPA749-F-95-019, November 1994.
8. IARC. Some traditional herbal medicines, some mycotoxins, naphthalene and styrene : IARC Monogr.
Eval. Carcinog. Risks Hum., 82, 2002 : 1-556.
9. Benignus VA, AM Geller, WK Boyes et al. Human neurobehavioral effects of long-term exposure
to styrene: a meta-analysis, Environ Health Perspectives 2005 ; 113(5): 532-538.
10. Nicholson W., Selikoff L., & Seidman H. Mortality experience of styrene-polystyrene
polymerization works, Scandinavian Journal Work Environmental Health 1978 ; 4(2), :
247-252.
11. Ott M.G., Kolesar R.C., Scharnweber, H.C., et al. A mortality survey of employees engaged
in the development of manufacturing of styrene-best product, Journal of Occupational and
Environmental Medicine 1980 ; 22(7) : 445-460.
12. Becker, M. H. The health belief model and sick Role behavior. In M. H. Becker Ed. The health
belief model and personal health behavior. Thorofare, NJ: Charles B. Slack, 1974; p. : 82-92.
13. Lucia, Miglior, Alessio, et al. Assessment of sperm DNA integrity in works exposed to styrene.
Human Reproduction, 2002, : 17, 2912-2918.
14. สุมาลี จันทรินทร์. ประสิทธิภาพของทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการจัดการขยะ
ในครัวเรือนของประชาชนตำบลเมืองเตา อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. วิทยานิพนธ์
ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2556.

- 15.ธนบดี สีแสง. ผลจากการให้โปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
ในเขตอำเภอบางปะหัน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย
2554; 1(1): 20-25.
- 16.อรสา ประยูรพงษ์. การศึกษาเจตคติและลักษณะพฤติกรรมการตอบสนองต่อการใช้ภาชนะโฟมของผู้บริโภค
ในห้างสรรพสินค้า เขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล,2536.
- 17.กมลรัตน์ ชุนอ่อน. การจัดการแบบมีส่วนร่วมของผู้ประกอบการในการพัฒนาลาดสดนำซื้อตลาดเทศบาล
ตำบลท่าม่วง อำเภوتاม่วง จังหวัดลพบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล. มหาวิทยาลัย
มหาสารคาม,2552.
- 18.ไพบูลย์ แจ่มพงษ์. การจัดการขยะโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน บริเวณตลาดสดอัมพวา จังหวัด
สมุทรสงคราม. มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา,2553.

**การพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยทีมหมอครอบครัวระดับชุมชน
ตำบลโนนเมือง อำเภอขามสะแกแสงจังหวัดนครราชสีมา**

**The Development of an Elderly Health Care Model by the Family Care Team
at Nonmueang Sub-district, Khamsakaesang District, Nakhonratchasima Province.**

พนิดา เทียงสันเทียะ¹ สันติสิทธ์ เขียวเขิน¹ และ บัณฑิต วรรณประพันธ์²

Panida Taengsunthai¹ Santisith Khiewkhern¹ and Bundit Wannaprapan²

¹คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

¹Faculty of Public Health, Mahasarakham University

²สำนักงานควบคุมป้องกันโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

²Department of Disease Control 9 Nakhonratchasima

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ใช้กระบวนการสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ศึกษาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยทีมหมอครอบครัวระดับชุมชน กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนา จำนวน 30 คน และกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน รวบรวมข้อมูลโดยแบบสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการวิเคราะห์เนื้อหาพบว่าการพัฒนา มี 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) แต่งตั้งคณะทำงาน 2) ศึกษาบริบทพื้นที่ 3) การจัดทำแผน 4) ปฏิบัติตามแผน 5) นิเทศติดตามผล 6) สรุปผลการดำเนินงานให้ผู้เกี่ยวข้องเข้าใจเพื่อพัฒนาระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ นอกจากนี้ยังเปิดโอกาสให้เยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และเกิดโครงการเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน 8 โครงการ โดยสรุปรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ที่เหมาะสมคือการเปิดโอกาสให้ภาคีเครือข่ายในพื้นที่ทุกระดับเข้ามามีบทบาทร่วมรับผิดชอบ และร่วมดำเนินการโดยมีกลไกการปลุกฝังให้เยาวชนในพื้นที่เกิดความตระหนักและเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมตั้งแต่ต้น เพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนและต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมของชุมชน, การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ, ทีมหมอครอบครัว

Abstract

This study applied a participatory action research aimed to develop an elderly health care model by the Family Care Team : FCT at Nonmueang Subdistrict, Khamsakaesang District, Nakhonratchasima Province. The Strategic Linkage Model (SLM) was applied in a stake-holder group as 30 people and a target group of 35 elderly people. Data was collected from questionnaires and interviews technique. The quantitative data was analyzed by percentage, mean and standard deviation. The content analysis was used for the qualitative data. The results showed that the development process consisted of six elements: 1) Community context analysis 2) Participatory meeting 3) Planning 4) Implementation 5) Supervision 6) The evaluation and conclusion. Regarding to this process all of them were undertook in problems and situation of the community. The opportunity for young people to participate in caring for the elderly. There are 8 projects to improve the quality of life in the community. In summary, the pattern of care for the elderly in the appropriate area is the opportunity for the network partners at all levels to play a responsible role and cooperate. There is a mechanism to instill awareness among the youth and take part in activities from the beginning. To achieve sustainable and continuous development.

Keywords: Community participation, Health care of the elderly, Family Care Team

บทนำ

ประเทศไทยมีแนวโน้มมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สัดส่วนของผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ต่อเด็ก (อายุต่ำกว่า 15 ปี) 100 คน จากร้อยละ 22.6 ในปี พ.ศ. 2537 เป็นร้อยละ 82.6 ในปี พ.ศ. 2557 แนวโน้ม สัดส่วนผู้สูงอายุวัยกลางและปลายจะสูงขึ้น ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับรุนแรงจะเพิ่มขึ้นสองเท่าในเวลาไม่ถึง 15 ปี ซึ่งประมาณร้อยละ 8.7 ไม่มีคนดูแลแสดงถึงผลกระทบของครอบครัวและชุมชนต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ⁽¹⁾ การเพิ่มขนาดและสัดส่วนประชากรสูงอายุไทยยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากรายงานผู้สูงอายุของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมาในปี พ.ศ. 2558 พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุ จำนวน 423,934 คน คิดเป็นร้อยละ 10.6 เมื่อแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (Activities of Daily Living : ADL) ผู้สูงอายุในเขตนครราชสีมาทั้งหมดอยู่ในกลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตนเอง ผู้อื่น สังคม และชุมชนได้ (กลุ่ม 1) ร้อยละ 84.8 พึ่งพาตนเองได้บ้าง (กลุ่ม 2) ร้อยละ 11.8 และอยู่ในกลุ่มพึ่งตนเองไม่ได้ (กลุ่ม 3) ร้อยละ 3.4 ซึ่งจังหวัดนครราชสีมาเป็นจังหวัดที่มีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองไม่ได้เลยมากที่สุด ในพื้นที่เขตนครชัยบุรินทร์⁽²⁾ (จังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ สุรินทร์)

ข้อมูลการเฝ้าระวังสุขภาพผู้สูงอายุในตำบลโนนเมือง อำเภอขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา จากการเฝ้าระวังสุขภาพผู้สูงอายุมีประชากรสูงอายุ จำนวน 592 คน คิดเป็นร้อยละ 14.38 ของประชากร ทั้งตำบลและคิดเป็นร้อยละ 9.32 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งอำเภอและเมื่อแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามความสามารถ ในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (Activities of Daily Living : ADL) โดยทำการสำรวจจากประชากร ผู้สูงอายุในตำบลโนนเมืองทำการเก็บข้อมูลผู้สูงอายุได้ทั้งสิ้นคิดเป็นร้อยละ 91.44 พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 กลุ่มติดสังคม คิดเป็นร้อยละ 91.22 กลุ่มที่ 2 กลุ่มติดบ้านคิดเป็นร้อยละ 7.44 กลุ่มที่ 3 กลุ่มติดเตียง จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 1.34 มีจำนวนผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง จำนวน 190 คน คิดเป็นร้อยละ 33.15⁽³⁾ จากการสำรวจข้อมูลของผู้สูงอายุ ซึ่งมีด้วยกัน 9 หมู่บ้านพบว่า 3 อันดับแรกที่มีอัตราผู้สูงอายุมากที่สุด ได้แก่ บ้านศรีมวง บ้านจิว และบ้านโนนเมือง ตามลำดับ⁽⁴⁾ ในกลุ่มผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้หรือที่เรียกว่า กลุ่มติดสังคมนั้น แม้จะยังไม่มีปัญหาสุขภาพ แต่เมื่อทำการสำรวจและสอบถามแล้วพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ คิดเป็นร้อยละ 63.01⁽⁴⁾ ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด กล่าวคือกว่าครึ่ง ขาดการออกกำลังกาย รองลงมาคือมีพฤติกรรม สูบบุหรี่ โดยจะสังเกตได้ว่าการที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่ไม่ พึงประสงค์ที่กล่าวมานั้น เมื่อทำการสัมภาษณ์ถึงสาเหตุพบว่า เป็นสาเหตุมาจากการเข้าถึงบริการทำให้ ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพตนเอง และเมื่อสอบถามถึงความต้องการของผู้สูงอายุพบว่าส่วนใหญ่ ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ในด้านสุขภาพ สังคม และสิ่งแวดล้อมให้ครบทุกมิติ จากนโยบาย ทีมหมอบรรณ (Family Care Team) มีรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเป็นขั้นตอนเข้าถึงและเสมอภาคมีการจัดทำแผนในการ ดูแลผู้สูงอายุเฉพาะในมุมด้านของสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมในการมุ่งเน้นในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพ และกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง ขาดการตระหนักถึงกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคมและการใส่ใจดูแลจากลูกหลานของตนเอง ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญและจำเป็นที่จะต้องศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยทีมหมอบรรณ ระดับชุมชนมีภาคประชาชน ผู้ดูแล เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานในครั้งนี้เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพทาง ร่างกาย ที่แข็งแรงและสุขภาพจิตที่ดีอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม มีการดูแลสุขภาพตนเองและสามารถดำเนิน ชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเองอย่างเป็นปกติสุข ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ลดภาระการพึ่งพิงทางสังคม ของผู้สูงอายุลง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยทีมครอบครัวระดับชุมชน ตำบลโนนเมือง อำเภอขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) ตามกรอบแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (1990)⁽⁵⁾ ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reection) โดยใช้เทคนิคการทำแผนแบบปฏิบัติการโดยใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์แบบปฏิบัติการ (Strategic Route Map : SRM)

พื้นที่ดำเนินการ

บ้านศรีม่วง ตำบลโนนเมือง อำเภอขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุในพื้นที่บ้านศรีม่วง ตำบลโนนเมือง อำเภอขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล กรรมการบริหารเทศบาลตำบล พนักงานเทศบาลตำบล สมาชิกสภาเทศบาลตำบล อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ/อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผู้นำชุมชน เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1) ผู้สูงอายุในพื้นที่บ้านศรีม่วง ตำบลโนนเมือง อำเภอขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อ่านออกเขียนได้ สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และสมัครใจเข้าร่วมตลอดการศึกษา รวมจำนวนทั้งหมด 35 คน

2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล กรรมการบริหารเทศบาลตำบล พนักงานเทศบาลตำบล สมาชิกสภาเทศบาลตำบล ที่รับผิดชอบงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ แห่งละ 2 คน

3) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ/อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผู้นำชุมชนที่รับผิดชอบงาน ด้านการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 22 คน รวมทั้งหมด 30 คน

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1) ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางการสื่อสารหรืออยู่ในสภาพที่ไม่สามารถรับรู้ข้อมูลได้

2) ผู้ป่วยมีฐานะทางออกนอกพื้นที่และไม่สามารถติดตามได้

3) เจ้าหน้าที่เปลี่ยนงานที่รับผิดชอบ หรือย้ายสถานที่ทำงาน

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

1) แบบสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการพัฒนาการดำเนินงานทีมครอบครัวระดับชุมชน ประกอบด้วยชุดที่ 1 สัมภาษณ์บริบทของชุมชนกระบวนการพัฒนาการดำเนินงานทีมครอบครัวระดับชุมชน จำนวน 5 ข้อ เป็นคำถามปลายเปิด ชุดที่ 2 สัมภาษณ์การมีส่วนร่วมของชุมชนและปัจจัย แห่งความสำเร็จของชุมชน จำนวน 15 ข้อ มี 3 ตัวเลือก คือ มาก ปานกลาง น้อยมีเกณฑ์การให้คะแนน ให้ดังนี้ มาก = 3 คะแนน, ปานกลาง = 2 คะแนน, น้อย = 1 คะแนน การแปลความหมายระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จของชุมชน

โดยพิจารณาจากคะแนนที่ได้จากแบบสัมภาษณ์คิดค่าคะแนนเฉลี่ยจาก (คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด) /
จำนวนชั้น⁽⁶⁾ สรุปผล 3 ระดับมาก ปานกลาง และน้อย

คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.00 หมายความว่า มีปัจจัยแห่งความสำเร็จระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 1.67 – 2.33 หมายความว่า มีปัจจัยแห่งความสำเร็จระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.66 หมายความว่า มีปัจจัยแห่งความสำเร็จระดับน้อย

2) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการดำเนินงานการมีส่วนร่วมของชุมชน ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 29 ข้อ ลักษณะของคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบจาก 3 ตัวเลือก คือ มาก = 3 คะแนน, ปานกลาง = 2 คะแนน, น้อย = 1 คะแนน การแปลความหมายระดับความพึงพอใจคิดค่าร้อยละของความพึงพอใจจากคะแนนความพึงพอใจที่ได้ทั้งหมด x 100) /
คะแนนเต็มทั้งหมด⁽⁶⁾ สรุปผล 3 ระดับ คือ ระดับมาก ระดับปานกลาง ระดับน้อย

คะแนนร้อยละ 80.00 ขึ้นไป หมายความว่า มีความพึงพอใจระดับมาก

คะแนนร้อยละ 60.00 – 79.99 หมายความว่า มีความพึงพอใจระดับปานกลาง

คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60.00 ลงมา หมายความว่า มีความพึงพอใจระดับน้อย

2. เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

ประกอบด้วยการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและจดบันทึกการสนทนากลุ่มย่อยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก
ใช้กล้องถ่ายรูป และเครื่องบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ของแบบสอบถาม
ได้ค่าความเที่ยงตรงของข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ระดับ 0.53⁽⁷⁾

2. วิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability) นำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไข
และตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน
30 ชุด แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงด้วยวิธีครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefcient) ได้ค่าความเชื่อมั่น
(Reliability) แบบสัมภาษณ์การมีส่วนร่วมของชุมชนเท่ากับ 0.72 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของชุมชนเท่ากับ 0.73
ความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการดำเนินงานการมีส่วนร่วมของชุมชนเท่ากับ 0.78

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์เชิงปริมาณ (Quantitative Analysis) สถิติที่ใช้ คือ สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics)
ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นข้อมูลที่ได้จากการสังเกตการณ์ การวิเคราะห์ข้อมูล
จากเนื้อหาของข้อมูล (Content Analysis) และค้นประเด็นหลักและรองนำเสนอเป็นแผนผังความคิด (mind map)

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาประกอบด้วยขั้นตอนของการพัฒนา ผลของการพัฒนาและปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. ขั้นตอนการพัฒนา

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) ผลการวิเคราะห์จากการสนทนากลุ่มและสรุปผลการวางแผนแบบมี
ส่วนร่วม ทำให้เกิดโครงการ 7 โครงการ ได้แก่

ปัญหาในการดำเนินงาน	แผนปฏิบัติการ
1. ขาดการพัฒนาแบบแผนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยทีมหมอครอบครัวระดับชุมชน โดยมีส่วนร่วม	1. จัดทำโครงการพัฒนาแบบแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยทีมหมอครอบครัวระดับชุมชน ตำบลโนนเมือง
2. ขาดการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารเพื่อให้ประชาชนญาติ ลูกหลานของผู้สูงอายุให้ตระหนักถึงความสำคัญของผู้สูงอายุ	2. จัดทำแผนงานโครงการพัฒนาช่องทางการประชาสัมพันธ์เชิงรุก
3. การมีงบประมาณการดำเนินงานมีข้อจำกัดในการเบิกจ่ายงบประมาณไม่ตรงตามประเภทของผู้สูงอายุ	3.1 จัดทำโครงการจัดทำกรอบแผนงานงบประมาณกระบวนการพัฒนาแบบแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยทีมหมอครอบครัวระดับชุมชน 3.2 จัดตั้งกองทุนสวัสดิการผู้สูงอายุ
4. ขาดการเสริมสร้างค่านิยมในการดูแลสุขภาพตนเองและการเห็นคุณค่าตนเองของผู้สูงอายุ	4. จัดทำโครงการผู้สูงอายุต้นแบบ
5. ขาดการเสริมสร้างการตระหนักถึงความสำคัญของผู้สูงอายุในกลุ่มลูกหลาน	5. จัดทำโครงการลูกหลานกตัญญูตัวอย่าง
6. ขาดการส่งเสริมให้นักเรียนหรือสถานศึกษามีส่วนร่วมในการดูแล และส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	6. จัดทำโครงการเยาวชนอาสาพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ

ขั้นตอนที่ 2 ปฏิบัติตามแผนนำโครงการทั้ง 7 ไปปฏิบัติดังนี้

โครงการที่ 1 การพัฒนาแบบแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยทีมหมอครอบครัวระดับชุมชน คณะกรรมการและมีการกำหนดแนวขับเคลื่อนการดำเนินงานดังนี้

1. มีการกำหนดบทบาทและฝึกทักษะการบริหารงานของทีมขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาแบบแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยทีมหมอครอบครัวระดับชุมชนและแบ่งบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจนได้แก่ 1) เยี่ยมผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยติดเตียงทีมหมอครอบครัวเยี่ยมอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้งและมอบหมายให้ตัวแทนชมรมผู้สูงอายุ ตัวแทนเยาวชนรับผิดชอบติดตามและเยี่ยมสัปดาห์ละ 3 ครั้งร่วมกับทีมหมอครอบครัวระดับชุมชน 2) เยี่ยมผู้สูงอายุที่ไม่เจ็บป่วย ชมรมผู้สูงอายุร่วมกับทีมหมอครอบครัวระดับชุมชน เยี่ยมอย่างน้อยเดือนละครั้งและมอบหมายให้ตัวแทนชมรมผู้สูงอายุ ตัวแทนเยาวชน รับผิดชอบติดตามและเยี่ยมสัปดาห์ละครั้งพร้อมทั้งแนะนำการดูแลสุขภาพทีมจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วย จัดกิจกรรมส่งเสริมสำหรับผู้สูงอายุอย่างน้อยเดือนละครั้ง จัดให้มีฝ่ายประชาสัมพันธ์ให้ผู้สูงอายุได้รับรู้ถึงกิจกรรมการเยี่ยมบ้านในแต่ละครั้งโดยขอความร่วมมือจากผู้นำชุมชนประชาสัมพันธ์เสียงตามสายกระจายข่าว

2. จัดทำแผนเพื่อของบประมาณในการจัดกิจกรรมได้แก่ 1) จัดเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้านตามแผน 2) จัดหาจิตอาสาดูแลสุขภาพผู้สูงอายุป่วยติดบ้านหรือติดเตียง รวมทั้งสนับสนุนการดำเนินงานจิตอาสา 3) จัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุได้พบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นสำหรับผู้สูงอายุจัดกิจกรรมอย่างน้อยเดือนละครั้งโดยมีกิจกรรมดูแลสุขภาพเบื้องต้นและให้ความรู้ด้านออกกำลังกายมีกิจกรรมเล่นต่าง ๆ เพื่อฟื้นฟูจิตใจผู้สูงอายุจัดกิจกรรมและมีรางวัลให้ตามความเหมาะสม

โครงการที่ 2 พัฒนาช่องทางการประชาสัมพันธ์เชิงรุก การให้ผู้นำชุมชน และอสม. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีการประชาสัมพันธ์ข่าวสารและความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุที่บ้านสัปดาห์ละ 3 ครั้ง

////////////////////////////////////

โครงการที่ 3 จัดทำกรอบแผนงานงบประมาณกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้บริหารและสมาชิกสภาตำบลโนนเมือง มีการพิจารณาและจัดตั้งงบประมาณในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและนำมาจัดทำกรอบแผนงานงบประมาณด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตำบลโนนเมืองประจำปี

โครงการที่ 4 จัดตั้งกองทุนสวัสดิการผู้สูงอายุมีการตั้งคณะกรรมการภายในชมรมผู้สูงอายุและจัดตั้งกองทุนชมรมผู้สูงอายุตำบลโนนเมือง เพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชมรม ให้มีสวัสดิการเมื่อเจ็บป่วยหรือเสียชีวิต

โครงการที่ 5 ผู้สูงอายุต้นแบบชมรมผู้สูงอายุตำบลโนนเมืองมีการจัดการประเมินประจำปีและให้รางวัลเป็นใบประกาศเกียรติคุณยกย่องให้เป็นผู้สูงอายุต้นแบบ จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 35 คนพบว่า ผู้สูงอายุรู้สึกว่าการทำประโยชน์ให้กับชุมชนได้อีกมากมายเพียงแต่ชุมชนต้องร่วมกันดูแลและใส่ใจผู้สูงอายุไม่ทอดทิ้งหรือละเลยผู้สูงอายุแล้วชุมชนจะสามารถขับเคลื่อนไปด้วยกันได้

โครงการที่ 6 ลูกหลานกตัญญูตัวอย่าง เทศบาลตำบลโนนเมือง ได้จัดกิจกรรมการประกวดลูกหลานกตัญญูตัวอย่างให้สอดคล้องกับการประกวดผู้สูงอายุต้นแบบเป็นการสร้างกระแสความสอดคล้องทางด้านการดูแลสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนมีการแต่งตั้งคณะกรรมการคัดเลือกทำหน้าที่คัดเลือกระดับหมู่บ้านเป็นกิจกรรมที่กระตุ้นให้บุตรหลานผู้ดูแลผู้สูงอายุเด็กและเยาวชนตระหนักเห็นคุณค่าผู้สูงอายุ สำหรับกิจกรรมการเชิดชูเกียรติและรับรางวัลจะมีการมอบรางวัลในกิจกรรมต่อเนื่องที่ทางเทศบาลตำบลจัดกิจกรรมรดน้ำขอพรผู้สูงอายุและวันครอบครัว ซึ่งจะจัดขึ้นในเดือนเมษายนของทุกปีการออกเยี่ยมให้กำลังใจผู้สูงอายุ ที่บ้านร่วมกับทีมหมอครอบครัวระดับชุมชน

โครงการที่ 7 เยาวชนอาสาพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลโนนเมืองร่วมกับอาสาสมัครดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้ดำเนินกิจกรรมเยาวชนอาสาพัฒนา มีการจัดตั้งทีมงานตามคุณสมบัติ มีการประชุมชี้แจงคณะทำงานในการดำเนินงาน/กำหนดบทบาทคณะทำงาน มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์กิจกรรม ผู้ใหญ่บ้านทุกหมู่บ้านมีการประชาสัมพันธ์เสียงตามสายเกี่ยวกับกิจกรรมการดำเนินงาน อาสาสมัครสาธารณสุขและอาสาสมัครดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีการณรงค์สร้างกระแสการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน มีการดำเนินกิจกรรมเพื่อสร้างความสัมพันธ์เยาวชนผู้สูงอายุการจัดเวทีพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนและถ่ายทอดประสบการณ์ ภูมิปัญญาท้องถิ่นระหว่างเยาวชนกับผู้สูงอายุซึ่งสามารถสร้างความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มวัยในชุมชน การสร้างแรงจูงใจโดยการให้รางวัลแก่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่องการออกเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้านร่วมกับทีมหมอครอบครัวระดับชุมชนเพื่อเสริมสร้างกำลังใจในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ตามแผนการเยี่ยมบ้านของทีมหมอครอบครัว

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตผลการปฏิบัติงาน (Observation)

1. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการมีผู้เข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 30 คน เพื่อการวางแผน แก้ไขปัญหาตามแผน โดยผู้วิจัยและทีมวิจัยเป็นผู้สังเกตการ สรุปได้ดังนี้

1) การเตรียมความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรมการวางแผนแบบมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมประชุมพบว่าผู้เข้าร่วมประชุมมีความพร้อมในการเข้าประชุม

2) การให้ความร่วมมือในการประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยผู้เข้าร่วมประชุมเป็นคนในพื้นที่ ที่ดำเนินการผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนแนะนำตัวและกล่าวทักทายเพื่อน ๆ ในที่ประชุมทำให้ลดความเคร่งเครียด

3) ความตั้งใจและความสนใจในการประชุมเชิงปฏิบัติการ ผู้เข้าร่วมประชุมช่วยกันคิดแก้ปัญหาต่าง ๆ ด้วยความตั้งใจ ซึ่งผู้เข้าร่วมประชุมให้ความสนใจมีการเล่าถึงปัญหาให้เพื่อนสมาชิกในกลุ่มได้รับฟังและแลกเปลี่ยนข้อมูลแสดงความคิดเห็นกับสมาชิกในกลุ่ม โดยมีตัวแทนของกลุ่มเป็นผู้จดรายละเอียดลงกระดาษ

4) การแสดงความคิดเห็นในขณะอบรมเชิงปฏิบัติการ ผู้เข้าร่วมอบรมได้ให้ความสนใจในการแสดงความคิดเห็นและสอบถามเป็นอย่างดี

2. การนิเทศตรวจเยี่ยมติดตามสนับสนุนการดำเนินงานและความก้าวหน้าของคณะดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุโดยทีมหมอบรรณครวั ผู้วิจัยติดตามตรวจเยี่ยมนิเทศงานพบว่ากิจกรรมต่างๆตามแผนงานโครงการที่วางไว้ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเข้าใจบทบาทของตนเองและสามารถเติมเต็มจุดบกพร่องของการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยทีมหมอบรรณครวัระดับชุมชนในทุกตัวชี้วัด และดำเนินการตามแผนงานครบถ้วน

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นสะท้อนผล (Reflection)

ผลลัพธ์ภายหลังการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยทีมหมอบรรณครวัระดับชุมชนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยทีมหมอบรรณครวัระดับชุมชน จำนวน 30 คน

4.1 ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการพัฒนาจำนวน 30 คน

1. ลักษณะทางประชากรของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยทีมหมอบรรณครวัระดับชุมชน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.30 มีอายุ 31 – 40 ปี ร้อยละ 63.30 มีอายุเฉลี่ย 38.50 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 50 มีการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 30 มีอาชีพหลักคือทำนา ร้อยละ 40 มีรายได้เฉลี่ย 8,853.33บาท มีประสบการณ์เกี่ยวกับงานผู้สูงอายุ 3 ปีขึ้นไป ร้อยละ 66.7 ประสบการณ์การรับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุเฉลี่ย 3.77 ปี ครอบครัวมีผู้สูงอายุอยู่ในความดูแล ร้อยละ 60 ซึ่งมีจำนวนผู้สูงอายุที่ดูแลอย่างน้อย 2 คน ร้อยละ 72.20

2. กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในระดับมากทุกด้าน แสดงในตารางที่ 1

ตาราง 1 ผลการมีส่วนร่วมของชุมชนในกระบวนการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยทีมหมอบรรณครวัระดับชุมชน จำแนกรายด้าน

พฤติกรรมดูแลสุขภาพ	หลังการพัฒนา		
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับการมีส่วนร่วม
ด้านร่วมคิด	2.54	0.39	มาก
ด้านร่วมตัดสินใจ	2.58	0.33	มาก
ด้านร่วมปฏิบัติ	2.60	0.38	มาก
ด้านร่วมรับผล	2.61	0.36	มาก
ด้านร่วมประเมิน	2.62	0.29	มาก
โดยรวม	2.59	0.18	มาก

4.2 ผู้ที่ได้รับประโยชน์จากการพัฒนาผู้สูงอายุจำนวน 35 คน

1. ลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.70 มีอายุระหว่าง 60 – 64 ปี ร้อยละ 88.60 มีอายุเฉลี่ย 61.77 ปี (S.D. = 1.65) มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 54.30 มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 65.70 มีอาชีพหลักคือ รับจ้าง ร้อยละ 51.40 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 60 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 52.40 บุตรเป็นนอกค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน ร้อยละ 42.90 อยู่กับบุตรและอยู่กับญาติหรือบุคคลอื่น ร้อยละ 31.40 ได้รับสวัสดิการการรักษายาบาล ร้อยละ 100 มีการเข้าร่วมกิจกรรมที่มีผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจัดขึ้น ร้อยละ 71.40 และมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดำเนินการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร้อยละ 45

2. ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานการพัฒนากระบวนการการดำเนินงานที่ทีมครอบครัวระดับชุมชน ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับมากทุกด้าน แสดงในตารางที่ 2

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ ความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการดำเนินงานการพัฒนากระบวนการการดำเนินงานที่ทีมครอบครัวระดับชุมชน ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจำแนกรายด้าน

ความพึงพอใจรายด้าน	จำนวน		
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
1. ด้านมาตรฐานการพัฒนาระบบข้อมูลการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	2.54	0.39	มาก
2. ด้านอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน	2.58	0.33	มาก
3. ด้านบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการและที่บ้านที่มีคุณภาพโดยบุคลากรสาธารณสุข	2.60	0.38	มาก
4. ด้านบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล	2.61	0.36	มาก
5. ด้านระบบการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มที่ 2 (ติดบ้าน) และผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 (ติดเตียง)			
6. ด้านการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุ	2.62	0.29	มาก
โดยรวม	2.59	0.18	มาก

4. การวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาครั้งนี้ คือ 1) การเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน 2) การที่ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ 3) การทำงานร่วมกันอย่างเป็นภาคีเครือข่าย มีการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ และมีเป้าหมายในการทำงานอย่างชัดเจน 4) มีการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน 5) การเสริมสร้างแรงจูงใจในการทำงาน การยกย่องเชิดชู 6) ผู้บริหารสูงสุดในระดับท้องถิ่นให้ความสำคัญและมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน 7) มีการประกาศประชาสัมพันธ์ข่าวสารอย่างต่อเนื่อง

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยได้มีการนำแนวคิด แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์โดยการมีส่วนร่วม SRM ประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์แบบมีส่วนร่วมโดยใช้แผนที่ทางความคิด (Mind Map) ตามมุมมองของแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ 4 ระดับ ได้แก่ ระดับรากฐานกระบวนการภาคีและประชาชน 2) มีการกำหนดจุดหมายปลายทางของการพัฒนา 3) มีการกำหนดเป้าประสงค์ของยุทธศาสตร์ กำหนดเส้นทางด่วนพิเศษ (Road Map) รวมทั้งมีการวางตัวผู้รับผิดชอบงานอย่างชัดเจน 4) กำหนดแผนการดำเนินงาน จำนวน 6 แผน มาใช้ในการวางแผนดำเนินงานจากการสัมภาษณ์ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องพบว่า ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานในทุกขั้นตอน ทำให้ได้แผนงานที่ค่อนข้างตรงกับสภาพปัญหาที่ต้องการแก้ไข สอดคล้องกับ ศตวรรษ ศรีพรหม⁽⁸⁾ ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาตำบลต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวตำบลธาตุ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานีพบว่า การพัฒนาตำบลต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว โดยใช้แนวคิดแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์โดยการมีส่วนร่วม SRM และดำเนินกิจกรรมกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ PAOR ส่งผลให้เป็นตำบลต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ผลการศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยทีมครอบครัวระดับชุมชนตำบลโนนเมือง อำเภอขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมาพบว่า เกิดผลลัพธ์ 2 ลักษณะ คือ 1) ผลลัพธ์

ด้านกระบวนการ ได้แก่ กระบวนการในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยทีมครอบครัวระดับชุมชนตำบลโนนเมือง มี 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) แต่งตั้งคณะทำงาน 2) ศึกษาบริบทของพื้นที่ 3) การจัดทำแผน 4) ปฏิบัติตามแผน 5) นิเทศติดตามผลการดำเนินงาน 6) สรุปผลการดำเนินงานกระบวนการดังกล่าวส่งผลให้ผู้เกี่ยวข้องเข้าใจถึงสถานการณ์และสภาพปัญหาของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และร่วมกันกำหนดแผนงาน/โครงการเพื่อพัฒนาระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในพื้นที่ สอดคล้องกับ ญัตติฯ นະกุลຣັມຍ⁽⁹⁾พบว่า กระบวนการในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคมโดยชุมชนบ้านอังกัญมี 6 ขั้นตอน คือ 1) ศึกษาบริบทพื้นที่ สภาพปัญหาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 2) วิเคราะห์ปัญหาและวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน 3) กำหนดแผนงาน/โครงการ 4) ปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ 5) ติดตาม สนับสนุนและให้คำปรึกษา และ 6) ถอดบทเรียนสรุปผลการดำเนินงานและให้ข้อเสนอแนะสู่การพัฒนา นำสู่การจัดกิจกรรมที่สำคัญ 4 โครงการ 1) การส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม 2) ถ่ายทอดความรู้สู่ชุมชนด้านการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม 3) สร้างขวัญและกำลังใจให้กับกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม 4) ส่งเสริมอาชีพสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม และ 2) ผลลัพธ์ที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้สูงอายุคือ ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในการที่ได้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานในทุกขั้นตอน ความพึงพอใจหลังพัฒนาของผู้สูงอายุต่อการดำเนินการพัฒนากระบวนการดำเนินงานทีมครอบครัวระดับชุมชน ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลโนนเมือง อำเภอขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 2.58$, S.D. = 0.19) ทั้งนี้สาเหตุ อาจเกิดจากการได้รับการดูแลและความเอาใจใส่จากเจ้าหน้าที่ ผู้นำชุมชน เพื่อนบ้านและลูกหลานมากขึ้น ส่งผลให้มีสภาพจิตใจที่ดีขึ้นรู้สึกมีคุณค่าในการดำเนินชีวิตมากขึ้น สอดคล้องกับธัญญา สนิทวงศ์ ณ อยุธยา⁽¹⁰⁾ ได้ทำการประเมินรูปแบบบริการที่จัดให้ผู้สูงอายุในชุมชนเน้นการให้บริการของศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านในด้านความเข้มแข็งของชุมชนกับคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจของผู้สูงอายุพบว่า การที่ชุมชนมีความเข้มแข็งชาวบ้านมีความร่วมมือกันให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีระดับหนึ่งการมีครอบครัวที่เข้มแข็งลูกหลานยังอาศัยอยู่ร่วมกันดูแลผู้สูงอายุได้ดีที่สุด และหากมีองค์กรที่ทำหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงต่อสุขทุกข์ของประชาชนทำหน้าที่ของตนเองอย่างเต็มที่ เข้าถึงปัญหารู้วิธีการช่วยเหลือผู้สูงอายุกลุ่มด้อยโอกาสจะมีโอกาสพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นได้มากพอสมควร

ในส่วนของปัจจัยแห่งความสำเร็จในครั้งนี้ คือ 1)การเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน 2) ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ 3) ทำงานร่วมกันอย่างเป็นภาคีเครือข่าย มีการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ และมีเป้าหมายในการทำงานอย่างชัดเจน 4) สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน 5) สร้างแรงจูงใจในการทำงาน การยกย่องเชิดชู 6) ผู้บริหารสูงสุดในระดับท้องถิ่นให้ความสำคัญและมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน 7) ประชาสัมพันธ์ข่าวสารอย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับ World Health Organization⁽¹¹⁾ เสนอว่าปัจจัยพื้นฐานในการมีส่วนร่วมของประชาชนคือปัจจัยของสิ่งจูงใจจากสภาพความเป็นจริงของชาวบ้านที่จะเข้าร่วมกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งทั้งในแง่การร่วมแรงร่วมทรัพยากรหรืออื่นๆ นั้น มีเหตุผล 2 ประการ คือ การมองเห็นว่าจะได้รับประโยชน์จากสิ่งตอบแทนในสิ่งที่ตนทำลงไป ซึ่งถือเป็นเรื่องการกระตุ้นให้เกิดมีสิ่งจูงใจและการได้รับคำบอกกล่าวหรือชักชวนจากเพื่อนบ้านให้เข้าร่วมโดยมีสิ่งจูงใจเป็นตัวนำซึ่งถือเป็นเรื่องของการก่อให้เกิดมีสิ่งจูงใจสอดคล้องกับวรรณภรณ์ พงนิบูลย์ และคณะ⁽¹²⁾ ได้ศึกษาวิจัยการพัฒนารูปแบบการดูแลประคับประคองสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในระยะสุดท้ายหอผู้ป่วยอายุรกรรม 2 โรงพยาบาลร้อยเอ็ดพบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการพัฒนาได้แก่โรงพยาบาลมีนโยบายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายภาวะผู้นำองค์กรและความร่วมมือของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคมโดยใช้กระบวนการวางแผนอย่างมีส่วนร่วม หน่วยงานที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกระทรวงมหาดไทย รวมไปถึงกระทรวงศึกษาธิการ ต้องกำหนดนโยบายส่งเสริม สนับสนุน จัดเวทีให้ผู้สูงอายุ และเยาวชนได้แสดงออกถึงการมีความเคารพและความรักที่มีต่อกัน เพื่อให้ช่องว่างระหว่างวัยลดลง เป็นการทำให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตร่วมกับลูกหลานได้ด้วยความรักและความเข้าใจซึ่งกันและกันมากขึ้น ควรมีการจัดสรรงบประมาณในการสร้างเสริมอาชีพให้แก่ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมมากขึ้นเนื่องจากจำนวนผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น หากไม่มีการจัดสรรงบประมาณเพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างจริงจัง อาจทำให้เกิดโรคเรื้อรัง จนส่งผลให้นำไปสู่ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นได้ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจ และด้านการสาธารณสุข อย่างมหาศาลควรนำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมไปใช้ในการดำเนินการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของกลุ่มคนในชุมชนหรือกลุ่มอื่นๆ ที่มีปัญหาด้านสุขภาพโดยเฉพาะผู้ที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขและด้านคุณภาพชีวิต

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สรุปสำหรับผู้บริหารการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557.
2. ศูนย์อนามัยที่ 5. รายงานผู้สูงอายุของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. นครราชสีมา: ศูนย์อนามัยที่ 5, 2557.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. รายงานการสำรวจข้อมูลเฝ้าระวังสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา กรณี: ตำบลโนนเมือง อำเภอขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา. นครราชสีมา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 2558.
4. เทศบาลตำบลโนนเมือง. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุในชุมชนเทศบาลตำบลโนนเมือง อำเภอขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา. นครราชสีมา: เทศบาลตำบลโนนเมือง, 2558.
5. Kemmis, S. and McTaggart, R. The Action Research Reader. 3rd ed. Geelong: Deakin University Press, 1990.
6. วรพจน์ พรหมสัตยพรต และคณะ. การวัดตัวแปรและการวัดผลในเอกสารประกอบการสอนวิชาหลักวิชาการทางวิทยาศาสตร์. มหาสารคาม: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2544.
7. สมบูรณ์ วงศ์เครือสร. ผลการประยุกต์ใช้กระบวนการกลุ่มและความเชื่อทางศาสนาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับในประชากรกลุ่มเสี่ยง ตำบลหูลุบล อำเภอภูพาน จังหวัดสกลนคร [วิทยานิพนธ์]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัย, 2555.
8. ศตวรรษ ศรีพรหม. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาตำบลต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ตำบลธาตุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี [วิทยานิพนธ์]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัย, 2556.
9. ณัฐทิศา นะกุลรัมย์. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคมโดยชุมชนบ้านอังกัญ ตำบลท่าสว่าง อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์. วารสารวิชาการ สคร.9 นครราชสีมา 2559; 23(1):52-63.
10. ธัญญา สนิทวงศ์ ณ อยุธยา. การประเมินรูปแบบบริการที่จัดให้ผู้สูงอายุในชุมชนเน้นการให้บริการของศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน [วิทยานิพนธ์]. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2542.

11. WHO Study Group on Home-Based Long-Term Care, & World Health Organization. Home-based Long-term Care: Report of a WHO Study Group (Vol. 898). Geneva: World Health Organization, 2000.
12. วรณภรณ์ พัฒนิบูลย์, จีรพันธ์ ประทุมอ่อน และจุฑาลักษณ์ แก้วมะไฟ. การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในระยะสุดท้ายของผู้ป่วยอายุรกรรม 2 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2553; 30(3): 68-77.

**ผลของโปรแกรมขับที่ปลอดภัยในการป้องกันอุบัติเหตุจราจร
จากรถจักรยานยนต์ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม**
**Effects of Driving Safety Program of Motorcycle Accident
Prevention among Student In Rajabhat Mahasarakham University**

วรวิษา ภูผิวก้าว¹, วิศิษฐ์ ทองคำ² และนันทวรรณ ทิพนเนตร²
Wanwisa Poopiwkaew¹, Wisit Thongkum¹ and Nantawan Tippayanate²

¹คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

¹Faculty of Public Health Mahasarakham University

²คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

²Faculty of Medicine, Mahasarakham University

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมขับที่ปลอดภัยในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรจากรถจักรยานยนต์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคมะเร็งในการจัดทำโปรแกรม เพื่อพัฒนาพฤติกรรมของนักศึกษาให้รู้จักการป้องกันอุบัติเหตุจราจรจากรถจักรยานยนต์ได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม จำนวน 74 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 37 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 37 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมขับที่ปลอดภัยในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรจากรถจักรยานยนต์ ประกอบด้วย การบรรยายด้วยสไลด์ สื่อวีดิทัศน์เกี่ยวกับอุบัติเหตุจราจร การนำเสนอเหตุการณ์จริง การสาธิตและฝึกปฏิบัติขับที่ปลอดภัย การวิเคราะห์จุดเสี่ยง และการอภิปรายกลุ่ม ระยะเวลาดำเนินการ 8 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนด้วยสถิติเชิงอนุมานโดยใช้สถิติ Independent t-test ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุจราจรจากรถจักรยานยนต์ การรับรู้ความรุนแรงของอุบัติเหตุจราจรจากรถจักรยานยนต์ ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองความตั้งใจในการปฏิบัติตัว และการปฏิบัติในการขับที่ปลอดภัยที่ปลอดภัยและถูกต้องตามกฎหมายสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) จากผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมที่จัดขึ้นมีประสิทธิภาพเพียงพอ สามารถนำไปใช้เพื่อพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจราจรจากรถจักรยานยนต์ของนักศึกษาในสถาบันอื่นได้ต่อไป
คำสำคัญ: โปรแกรมขับที่ปลอดภัย, การป้องกันอุบัติเหตุจราจร, รถจักรยานยนต์

Abstract

This study was quasi-experimental research and aimed to study the effects of driving safety program of motorcycle accident prevention among student in RajabhatMahasarakham University by the application of promotion motivation theory. Samples were randomly selected, the samples were 74 students and divided into an experimental group and a comparison group, each group were 37 students. The experimental group was received health education program of motorcycle accident prevention. The implementations consisted of activities such as teaching with VCD media, analyzing for mapping of risk in areas of accident, discussion, demonstration and practice. The duration of implementation was 8 weeks. Data were collected by self-administrative questionnaires. Data were

analyzed by descriptive statistics such as percentage, mean and standard deviation. Comparative analysis was used Independent t- test. The results showed that after the experiment, the experimental group had mean scores of knowledge, perceived susceptibility, perceived severity, response efficacy, intension, and practice for motorcycle accident prevention were higher significantly than that before experimental and comparison groups (p -value<0.001). The result that this motorcycle accident prevention program by applying promotion motivation theory had enough had effectiveness for applied to other university.

Key Words: driving safety program, accident prevention, motorcycle

บทนำ

จากสถานการณ์การใช้รถจักรยานยนต์เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในหลายประเทศ จึงทำให้มีผู้ที่ขับขี่รถจักรยานยนต์ได้รับบาดเจ็บและเสียชีวิตมากขึ้นตามไปด้วย จากรายงานสถิติอุบัติเหตุจราจรขององค์การอนามัยโลกปี พ.ศ. 2558พบว่า วัยรุ่น เยาวชน และกลุ่มเริ่มทำงาน ช่วงอายุ 15-29 ปี เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนเป็นอันดับ 1 โดยพบว่าทั่วโลกมีประชากรเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนสูงถึง 1.25 ล้านคนต่อปี ทั้งนี้ประเทศไทยมีอัตราผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรสูงเป็นอันดับ 2 ของโลก และเป็นอันดับ 1 ของกลุ่มประเทศอาเซียน โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 36.2 คนต่อแสนประชากร¹ รัฐบาลไทยจึงได้ยกให้ปัญหาอุบัติเหตุจราจรเป็นวาระแห่งชาติโดยกำหนดให้ปี พ.ศ. 2554-2563 เป็นทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนนโดยมีเป้าหมายคือลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลงครึ่งหนึ่งหรือในอัตราที่ต่ำกว่า 10 คนต่อแสนประชากร²

ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนเฉลี่ยวันละ 30 คน ส่วนใหญ่เกิดจากการขับขี่รถจักรยานยนต์โดยพบว่ามีผู้เสียชีวิตจากการขับขี่และโดยสารรถจักรยานยนต์เฉลี่ยวันละประมาณ 24 คน ขณะที่จำนวนผู้บาดเจ็บที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีมากถึง 100,000 คน ร้อยละ 6 ของผู้บาดเจ็บกลายเป็นผู้พิการ³ จากการวิเคราะห์อัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนนปี พ.ศ. 2558 ของจังหวัดในพื้นที่รับผิดชอบสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น จำนวน 4 จังหวัด ซึ่งประกอบด้วย จังหวัดร้อยเอ็ด กาฬสินธุ์ มหาสารคาม ขอนแก่นพบว่าอัตราการตายในภาพรวม เท่ากับ 17.37 คนต่อแสนประชากร ซึ่งยังสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ไม่เกิน 16 คนต่อแสนประชากร⁴

จังหวัดมหาสารคาม พบการเกิดอุบัติเหตุจราจร ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556-2558 จำนวน 6,407 6,190 และ 6,407 ครั้ง ตามลำดับ ในพื้นที่เขตอำเภอเมืองมหาสารคามพบว่าเกิดอุบัติเหตุจราจร จำนวน 1,498 2,145 และ 2,253 ครั้ง ตามลำดับ จากรายงานพบว่าอุบัติเหตุจราจรเกิดเพิ่มขึ้นในทุกปี และจากรายงานการปฏิบัติงานออกเหตุของชมรมกู้ภัยศรีโสภณ ซึ่งเป็นหน่วยงานที่สังกัดภายในมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคามพบว่า เกิดอุบัติเหตุจราจร จำนวน 191,173 และ 171 ครั้ง ตามลำดับ⁵ และพบว่าตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2558 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2559 มีอัตราการเกิดอุบัติเหตุจราจรจากจักรยานยนต์ขึ้นภายในมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม คิดเป็น 12.12 คนต่อแสนประชากร⁶

ทั้งนี้มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคามยังไม่มีโครงการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรจากจักรยานยนต์อย่างเป็นรูปธรรม มีเพียงโครงการการรณรงค์ให้สวมหมวกนิรภัยเท่านั้น และนักศึกษา ยังไม่มีความรู้เกี่ยวกับอุบัติเหตุจราจรรวมทั้งการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุจราจร โดยจากการสำรวจพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคามพบว่า มีการสวมหมวกนิรภัยเพียงร้อยละ 37.58 และคะแนนความรู้เกี่ยวกับการสวมหมวกนิรภัยส่วนใหญ่อยู่ในระดับ

พอใช้เท่านั้น⁷ จึงอาจเป็นผลให้มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคามยังคงมีปัญหการเกิดอุบัติเหตุจราจรจากรถจักรยานยนต์ของนักศึกษาอยู่เป็นประจำ ซึ่งปัญหาเหล่านี้ อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อตัวนักศึกษาเอง เช่น บาดเจ็บต้องขาดเรียน ทรัพย์สินเสียหายเสียโอกาสอาจถึงขั้นพิการและอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคมะเร็งในการจัดทำโปรแกรมขับขี่ปลอดภัย เพื่อพัฒนาพฤติกรรมของนักศึกษาให้รู้จักการป้องกันอุบัติเหตุจราจรจากรถจักรยานยนต์ได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย นำไปสู่การลดอัตราการบาดเจ็บพิการและเสียชีวิต ทั้งนี้ยังเป็นแนวทางในการวางแผนดำเนินงานส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรจากรถจักรยานยนต์ ที่เหมาะสมแก่นักศึกษาอย่างยั่งยืนสืบไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง ความคาดหวังในความสามารถของตนเองความตั้งใจในการปฏิบัติ และการปฏิบัติในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรจากรถจักรยานยนต์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง

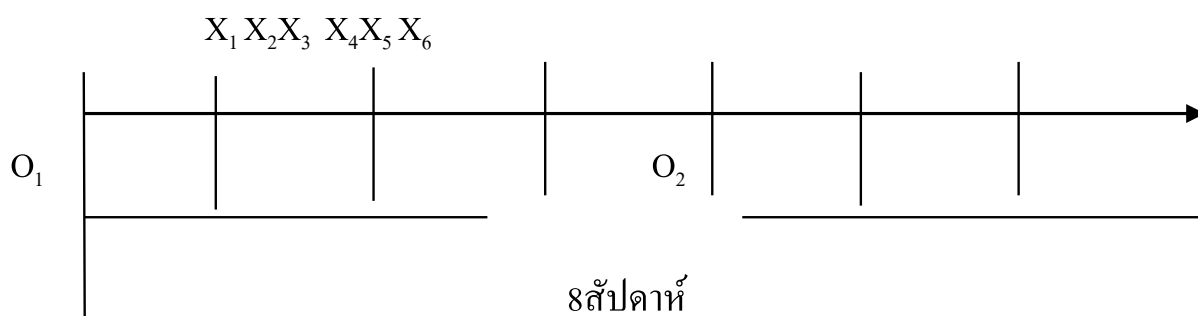
ขอบเขตการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เป็นนักศึกษาที่กำลังศึกษาระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 1 ประจำปีการศึกษา 2559 ในมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม จำนวน 74 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง จำนวน 37 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 37 คน ระยะเวลาดำเนินงาน 8 สัปดาห์ คือ ระหว่างเดือนพฤษภาคม-เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2560

วิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental Research) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental Group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison Group) เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งก่อนทดลองและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) โดยมีรูปแบบการศึกษาดังนี้

กลุ่มทดลอง



กลุ่มเปรียบเทียบ



O_1 , O_3 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับอุบัติเหตุจราจรทางบก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุจราจร การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุจราจร ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนองต่อการป้องกันอุบัติเหตุจราจร ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการป้องกันอุบัติเหตุจราจร ความตั้งใจในการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันอุบัติเหตุจราจรจากรถจักรยานยนต์และการปฏิบัติตัวในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรจากรถจักรยานยนต์

O_2 , O_4 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับอุบัติเหตุจราจรทางบก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุจราจร รับรู้ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุจราจร ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนองต่อการป้องกันอุบัติเหตุจราจร ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการป้องกันอุบัติเหตุจราจร ความตั้งใจในการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันอุบัติเหตุจราจรจากรถจักรยานยนต์และการปฏิบัติตัวในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรจากรถจักรยานยนต์

X_1 การจัดโปรแกรม ครั้งที่ 1 ในกลุ่มทดลอง โดยการจัดกิจกรรมการให้ความรู้โดยการบรรยาย ประกอบสื่อ เรื่องความรู้เรื่องอุบัติเหตุจราจร ความรุนแรงและผลกระทบของอุบัติเหตุจราจร โดยผู้วิจัย และให้นักศึกษาได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับอุบัติเหตุจราจรจากประสบการณ์ที่นักศึกษาพบเห็น จำนวน 3 ชั่วโมง

X_2 หมายถึง การจัดกิจกรรม ครั้งที่ 2 ในกลุ่มทดลอง โดยการบรรยายให้ความรู้ประกอบภาพสื่อ เรื่องกฎหมายจราจร เครื่องหมายจราจร การมีใบอนุญาตขับขี่กับการขับขี่อย่างปลอดภัยถูกต้องตามกฎหมายจราจร การคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ แผนภาพหลักพื้นฐานในการขับขี่ 10 ประการ โดยวิทยากรจำนวน 3 ชั่วโมง

X_3 หมายถึง การจัดกิจกรรม ครั้งที่ 3 ในกลุ่มทดลอง โดยการบรรยายสถานการณ์ของอุบัติเหตุจราจร และความสูญเสียจากการเกิดอุบัติเหตุจราจร พร้อมทั้งการนำเสนอตัวแบบประกอบสื่อที่ประสบอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ จากการชมหนังสั้น โดยวิทยากร และให้นักศึกษาร่วมกันคิด วิเคราะห์สาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุจราจรจำนวน 3 ชั่วโมง

X_4 หมายถึง การจัดกิจกรรม ครั้งที่ 4 ในกลุ่มทดลอง โดยการสาธิตและฝึกปฏิบัติในการขับขี่ที่ปลอดภัย โดยวิทยากร พร้อมทั้งแจกคู่มือการขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย จำนวน 3 ชั่วโมง

X_5 หมายถึง การจัดกิจกรรม ครั้งที่ 5 ในกลุ่มทดลอง อบรมเรื่องการวิเคราะห์จุดเสี่ยงให้นักศึกษาสำรวจสถานที่จริง เพื่อวิเคราะห์พื้นที่จุดเสี่ยงที่เกิดอุบัติเหตุจราจรภายในมหาวิทยาลัย พร้อมทั้งนำเสนอและอภิปรายกลุ่มทำอย่างไรจึงจะขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย พร้อมทั้งเสนอแนวทางการป้องกันอุบัติเหตุจราจรจากรถจักรยานยนต์ สรุปผลการจัดกิจกรรมที่ผ่านมา จำนวน 3 ชั่วโมง

X_6 หมายถึง การจัดกิจกรรม ครั้งที่ 6 โดยให้นักศึกษาร่วมประชุมปรึกษาหารือเพื่อแต่งตั้งแกนนำในการขับขี่ปลอดภัย และให้กลุ่มทดลองออกศึกษาอุบัติเหตุจราจรจากรถจักรยานยนต์ที่เกิดขึ้น รวมทั้งเชิญชวน

สายรหัสของตนเข้าร่วมกิจกรรมสายรหัสหัวแข็ง และถ่ายรูปสายรหัสหัวแข็ง (สวมหมวกนิรภัย) เข้าร่วมประกวดชิงรางวัล โดยมีการตัดสินในสัปดาห์สุดท้ายของกิจกรรม และผู้วิจัยแจกแบบบันทึกพฤติกรรมและอธิบายการบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกกิจกรรมให้แก่กลุ่มทดลอง พร้อมทั้งนัดหมายให้ส่งแบบบันทึกพฤติกรรม โดยให้กลุ่มทดลองบันทึกพฤติกรรมการขับขี่ในวันจันทร์ – ศุกร์ จำนวน 2 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ นักศึกษาที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 1 ปีการศึกษา 2559 มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม จำนวน 3,125 คน

กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 1 ปีการศึกษา 2559 มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน⁸ มีการปรับขนาดตัวอย่างเพื่อสูญเสียหรือมีการถอนตัว (Drop out) ร้อยละ 15 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 37 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 37 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 37 คน รวมทั้งสิ้น 74 คน

เกณฑ์ในการคัดเข้า มีดังนี้ เป็นนักศึกษาที่กำลังศึกษาอยู่ในมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 1 ประจำปีการศึกษา 2/2559 ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ลงทะเบียนเรียนในรายวิชาวิทยาศาสตร์เพื่อสุขภาพ (หมวดศึกษาทั่วไป) ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา โดยความสมัครใจสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้จนสิ้นสุดโครงการ เป็นนักศึกษาที่มีรถจักรยานยนต์และขับขี่ไป-กลับมหาวิทยาลัยทุกวัน (วันจันทร์ถึงวันศุกร์) และเป็นนักศึกษารหัส 59

เกณฑ์ในการคัดออก มีดังนี้ กลุ่มตัวอย่างยกเลิกการเข้าร่วมการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเปลี่ยนวิธีการเดินทางโดยไม่ใช้รถจักรยานยนต์ เกิดการเจ็บป่วยระหว่างการทดลอง กลุ่มตัวอย่างย้ายสถานศึกษาไปที่อื่น เป็นนักศึกษาที่ทำการถอนหรือยกเลิกรายวิชาวิทยาศาสตร์เพื่อสุขภาพ (หมวดศึกษาทั่วไป)

การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามก่อนการทดลอง (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test) โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมขับขี่ปลอดภัย ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้รับโปรแกรมใดๆ

จริยธรรมในการวิจัย ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญกับหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ตามเงื่อนไขของมหาวิทยาลัยมหาสารคามอย่างเคร่งครัด และได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ PH 009/2560 ให้ไว้ ณ วันที่ 2 พฤษภาคม พ.ศ. 2560

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าและรวบรวมตำราทางวิชาการ เอกสารประกอบและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยปรับปรุงจากแบบสอบถามเรื่องผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรจากรถจักรยานยนต์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน นครราชสีมา⁸ ซึ่งแบบสอบถามมีทั้งหมด 6 ส่วน ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ความรู้เกี่ยวกับกฎจราจรและการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัย และถูกต้องตามกฎหมาย 3) การประเมินอันตราย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุจราจรจากรถจักรยานยนต์และการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุจราจรจากรถจักรยานยนต์ 4) การประเมินการเผชิญปัญหา เกี่ยวกับความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนองต่อพฤติกรรมขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัยถูกต้องตามกฎหมายและความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัยถูกต้องตามกฎหมาย 5) ความตั้งใจที่จะปฏิบัติในการป้องกันอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ 6) การปฏิบัติในการขับขี่รถจักรยานยนต์

ที่ปลอดภัยและถูกต้องตามกฎหมาย ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน วิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยวิธีของคูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson 20 : KR 20) ได้ค่าความเที่ยงของคะแนนความรู้ เท่ากับ 0.75 และหาค่าความเที่ยงด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.75 ขึ้นไป

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ใช้โปรแกรมขับขี่ปลอดภัย เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจราจรจากรถจักรยานยนต์ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคมะเร็งในการจัดกิจกรรมให้กับกลุ่มทดลอง จำนวน 8 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูลวิจัย

วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง ความคาดหวังความสามารถตนเอง ความตั้งใจในการปฏิบัติ และการปฏิบัติ ในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรจากรถจักรยานยนต์ เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังการทดลองด้วย

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.4 มีอายุเฉลี่ย 19.24 ปี มีใบอนุญาตขับขี่รถจักรยานยนต์ ร้อยละ 59.5 ยังใช้งานได้ ร้อยละ 91.0 มีประสบการณ์ในการขับขี่รถจักรยานยนต์ระหว่าง 6-10 ปี ร้อยละ 75.7 ขับขี่รถจักรยานยนต์ด้วยความเร็วเฉลี่ย 60 กิโลเมตร/ชั่วโมง ร้อยละ 40.5 สวมหมวกนิรภัยเป็นบางครั้ง ร้อยละ 59.5 ไม่เคยถูกเจ้าหน้าที่ตำรวจเรียกจับหรือการได้รับใบสั่ง ร้อยละ 54.0 อายุการใช้งานของรถจักรยานยนต์ระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 62.2 รถจักรยานยนต์มีสภาพสมบูรณ์ อุปกรณ์ครบ ร้อยละ 94.6 และไม่เคยมั้เติมเครื่องเติมแอลกอฮอล์หรือของมีนเมา ก่อนขับขี่รถจักรยานยนต์ ร้อยละ 73.0 ตามลำดับ และกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.8 มีอายุเฉลี่ย 19.43 ปี มีใบอนุญาตขับขี่รถจักรยานยนต์ ร้อยละ 70.3 มีประสบการณ์ในการขับขี่รถจักรยานยนต์ระหว่าง 6-10 ปี ร้อยละ 73.0 ขับขี่รถจักรยานยนต์ด้วยความเร็วเฉลี่ย 60 กิโลเมตร/ชั่วโมง ร้อยละ 45.9 สวมหมวกนิรภัยทุกครั้ง ร้อยละ 45.9 เคยถูกเจ้าหน้าที่ตำรวจเรียกจับหรือการได้รับใบสั่ง ร้อยละ 54.0 อายุการใช้งานของรถจักรยานยนต์ระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 78.4 รถจักรยานยนต์มีสภาพสมบูรณ์ อุปกรณ์ครบ ร้อยละ 94.6 และไม่เคยมั้เติมเครื่องเติมแอลกอฮอล์หรือของมีนเมา ก่อนขับขี่รถจักรยานยนต์ ร้อยละ 59.5 ตามลำดับรายละเอียดดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	n=37		n=37	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	18	48.6	16	43.2
หญิง	19	51.4	21	56.8

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง n=37		กลุ่มเปรียบเทียบ n=37	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ				
18 ปี	6	16.2	4	10.8
19 ปี	16	43.3	14	37.8
20 ปี	15	40.5	18	48.7
21ปี	0	0.0	1	2.7
กลุ่มทดลอง อายุเฉลี่ย 19.24 ปี, S.D.= 0.7, Min = 18 ปี, Max = 20 ปี				
กลุ่มเปรียบเทียบ อายุเฉลี่ย 19.43 ปี, S.D.=0.7, Min = 18 ปี, Max = 21 ปี				
ใบอนุญาตขับขี่รถจักรยานยนต์				
ไม่มี	15	40.5	11	29.7
มี โดย	22	59.5	26	70.3
ยังใช้งานได้	20	91.0	23	88.5
หมดอายุ	2	9.0	3	11.5
ประสบการณ์ในการขับขี่รถจักรยานยนต์				
1 - 5 ปี	7	18.9	6	16.2
6 - 10 ปี	28	75.7	27	73.0
มากกว่า 10 ปี	2	5.4	4	10.8
ขับขี่รถจักรยานยนต์ใช้ความเร็วเฉลี่ย (กิโลเมตร/ชั่วโมง)				
40 กิโลเมตร/ชั่วโมง	1	2.7	2	5.4
50 กิโลเมตร/ชั่วโมง	7	18.9	9	24.4
60 กิโลเมตร/ชั่วโมง	15	40.5	17	45.9
70 กิโลเมตร/ชั่วโมง	1	2.7	3	8.1
80 กิโลเมตร/ชั่วโมง	9	24.4	5	13.5
มากกว่า 80 กิโลเมตร/ชั่วโมง	4	10.8	1	2.7
การสวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่รถจักรยานยนต์				
ไม่สวม	2	5.4	4	10.8
สวมเป็นบางครั้ง	22	59.5	16	43.2
สวมทุกครั้ง	13	35.1	17	45.9

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง n=37		กลุ่มเปรียบเทียบ n=37	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เคยถูกเจ้าหน้าที่ตำรวจเรียกจับหรือเคยได้รับใบสั่ง				
ไม่มีใบอนุญาตขับขี่	9	52.9	9	45.0
ขับรถผิดกฎจราจร	3	17.6	1	5.0
ไม่สวมหมวกนิรภัย	11	64.7	14	70.0
สภาพรถจักรยานยนต์ไม่สมบูรณ์	0	0.0	1	5.0
ดัดแปลงสภาพรถจักรยานยนต์	2	11.8	0	0.0
ไม่พกใบอนุญาตขับขี่	1	5.9	1	5.0
พ.ร.บ. หมดอายุ	2	11.8	0	0.0
ใบอนุญาตขับขี่หมดอายุ	0	0.0	1	5.0
อายุการใช้งานของรถจักรยานยนต์				
น้อยกว่า 1 ปี	3	8.1	2	5.4
1 – 5 ปี	23	62.2	29	78.4
6 – 10 ปี	10	27.0	6	16.2
มากกว่า 10 ปี	1	2.7	0	0.0
สภาพรถจักรยานยนต์				
สภาพสมบูรณ์ มีอุปกรณ์ครบ	35	94.6	35	94.6
สภาพไม่สมบูรณ์ อุปกรณ์ชำรุดหรือดัดแปลง	2	5.4	2	5.4
เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือของมีเมา ก่อนขับขี่รถจักรยานยนต์				
ไม่เคย	27	73.0	22	59.5
เคย	10	27.0	15	40.5

ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง ความคาดหวังในประสิทธิผลต่อการตอบสนองความตั้งใจในการปฏิบัติ และการปฏิบัติในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรจากรถจักรยานยนต์สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) รายละเอียดดังตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนด้านต่างๆ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง

Source	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Mean Difference	95 %CI	t	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.				
ความรู้	8.78	1.06	7.87	1.34	0.91	0.36 ถึง 1.48	3.28	0.002*
รับรู้โอกาสเสี่ยง	42.24	3.80	36.73	1.98	5.51	4.10 ถึง 6.93	7.82	<0.001*
รับรู้ความรุนแรง	26.32	2.08	21.84	0.90	4.49	3.74 ถึง 5.24	-6.92	<0.001*
ความคาดหวัง	50.97	2.06	45.65	5.34	5.32	0.94 ถึง 3.43	5.66	<0.001*
ความสามารถตนเอง	42.57	4.75	40.97	4.07	0.65	-1.10 ถึง 2.69	0.64	0.524
ความตั้งใจปฏิบัติ	53.97	1.52	44.92	6.29	9.05	6.91 ถึง 11.20	8.52	<0.001*
การปฏิบัติ	49.97	4.41	41.11	1.75	8.86	7.30 ถึง 10.43	11.36	<0.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยของโปรแกรมขับขี่ปลอดภัยเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจราจรจากรถจักรยานยนต์ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคามพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.002$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกานต์พิชชา หนูบุญ และพรณี บัญชรหัตถกิจ⁹ การรับรู้โอกาสเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกานต์พิชชา หนูบุญ และพรณี บัญชรหัตถกิจ⁹ การรับรู้ความรุนแรงสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสิริกัลยา เต็กศิริ และจุฬารณย์ โสตะ¹⁰ ความคาดหวังในประสิทธิผลต่อการตอบสนองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของตติยา จิมชัยภูมิ และจุฬารณย์ โสตะ¹¹ ความตั้งใจในการปฏิบัติ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกานต์พิชชา หนูบุญ และพรณี บัญชรหัตถกิจ⁹ และการปฏิบัติในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรจากรถจักรยานยนต์สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของตติยา จิมชัยภูมิ และจุฬารณย์ โสตะ¹¹ แสดงให้เห็นว่าการจัดโปรแกรมขับขี่ปลอดภัย ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น และแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$)

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ควรมีการจัดกิจกรรมหรือโครงการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรอย่างมีประสิทธิภาพ และยั่งยืนต่อไป
2. การเรียนการสอนในห้องเรียนเพียงอย่างเดียวอาจทำให้เกิดความเบื่อหน่าย จึงควรมีการจัดการเรียนการสอนที่เน้นการปฏิบัติหรือเน้นการมีส่วนร่วมของผู้เรียนมากขึ้น จะทำให้เกิดการเรียนรู้ที่ยั่งยืนมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. สามารถนำโปรแกรมขับขี่ปลอดภัยไปใช้กับกลุ่มนักศึกษาในสถาบันการศึกษาใกล้เคียงได้
2. ในการดำเนินงานวิจัยครั้งต่อไปควรให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานวิจัย
3. ควรมีการทำวิจัยในรูปแบบเชิงปฏิบัติการ (Action Plan) เพื่อประเมินผลการวิจัยและปรับปรุงพัฒนางานวิจัย ให้นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรจากรถจักรยานยนต์อย่างยั่งยืนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ดร.วิศิษฐ์ ทองคำ และ ดร.นันทวรรณ ทิพนเตร ที่ได้ให้คำแนะนำในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณ ดร.ราณี วงศ์คงเดช, ดร.นิรันดร์ อินทร์ดี อาจารย์ประจำคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และ ดร.รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์ อาจารย์ประจำคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม เป็นอย่างสูงที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือและให้คำแนะนำในการดำเนินงานวิจัย ขอขอบพระคุณผู้บริหารและคณาจารย์มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคามทุกท่าน และนักศึกษาในกลุ่มตัวอย่างทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. องค์การอนามัยโลก. รายงานสถานการณ์โลกด้านความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2558. (ออนไลน์). ได้จาก http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_trafc/en/. (สืบค้นเมื่อวันที่ 22 กรกฎาคม 2559).
2. มูลนิธิไทยโรดส์ และศูนย์วิจัยอุบัติเหตุแห่งประเทศไทย สถาบันเอไอที. ผลสำรวจอัตราการสวมหมวกนิรภัยของผู้ใช้รถจักรยานยนต์ทั่วประเทศ ปี 2556. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2559
3. วิทยา ขาดิษฐ์ชัย. รายงานสถานการณ์ความปลอดภัยทางถนน. โรงพยาบาลขอนแก่น, 2554.
4. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2558. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการรพมพ้องค์การสหประชาชาติในพระบรมราชูปถัมภ์, 2559: 30-33.
5. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2559). รายงานสถิติการแพทย์ฉุกเฉิน (ออนไลน์). จาก <http://www.niems.go.th>. (สืบค้นเมื่อวันที่ 22 กรกฎาคม 2559).
6. ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองราชภัฏศรีสวัสดิ์. (2559). รายงานการเกิดอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ภายในมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม. ข้อมูล ณ วันที่ 28 กันยายน 2559.
7. วิมลวรรณ ปิยะวงษ์ และคณะ. พฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม. การศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม, 2559.
8. อรุณ จิรวัดนกุล. สถิติในงานวิจัย เลือกใช้อย่างไรให้เหมาะสม. กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒน์, 2557:22-30.
9. กานต์พิชชา หนูบุญ และพรณี ปัญชรหัตถกิจ. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรจากรถจักรยานยนต์ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน นครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2557.
10. สิริกัลยา เติงศิริ และจุฬารักษ์ โสตะ. การประยุกต์ใช้แผนที่จุดเสี่ยง ยิยาริ ฮัตโตะ ร่วมกับทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค เพื่อป้องกันอุบัติเหตุจราจรจากรถจักรยานยนต์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2553.
11. ตติยา นิยมชัยภูมิ และจุฬารักษ์ โสตะ. ประสิทธิภาพของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนร่วมกับแผนที่จุดเสี่ยง ยิยาริ ฮัตโตะ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจราจรจากรถจักรยานยนต์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนพระธาตุหนองสามหมื่น ตำบลบ้านแก่ง อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดชัยภูมิ. วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา 2559 ; 22(3) : 33-44.

ผลของโปรแกรมการป้องกันนักสูบบุหรี่หน้าใหม่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตเทศบาลเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

Effects of the Program for Protection the New Smokers among Secondary School Students in Roi-Et Municipal, Roi-Et Province

สุวัชรณีย์ สุโนภักดิ์¹, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์¹ และ พยอมน์ สุขเอนกนันท์²
Suwatcharanee Sunopuk¹, Terdsak Promarak¹ and Phayom Sookaneknun²

¹คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

¹Faculty of Public Health Mahasarakham University

²คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

²Faculty of Pharmacy, Mahasarakham University

บทคัดย่อ

การสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่นโดยเฉพาะกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จำเป็นต้องหามาตรการหรือแนวทางในการป้องกันปัญหานี้ การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันนักสูบบุหรี่หน้าใหม่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โดยมีกิจกรรมเพื่อเพิ่มทักษะทั้ง 6 คู่ ดังนี้ ความคิดสร้างสรรค์และความคิดอย่างมีวิจารณญาณ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ความตระหนักในตนเองและความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น การจัดการกับอารมณ์และการจัดการกับความเครียด ความภาคภูมิใจในตัวเองและความรับผิดชอบทางสังคม และการตัดสินใจและการแก้ปัญหา ทำการศึกษาที่โรงเรียนสองแห่งสังกัดเทศบาลเมืองร้อยเอ็ด ตำบลในเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 40 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 40 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้วยสถิติ Paired t-test, Independent Sample t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ สามารถใช้ทักษะชีวิตทั้ง 6 คู่ คือ ความคิดสร้างสรรค์และความคิดอย่างมีวิจารณญาณ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ความตระหนักในตนเองและความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น การจัดการกับอารมณ์และการจัดการกับความเครียด ความภาคภูมิใจในตัวเองและความรับผิดชอบทางสังคม การตัดสินใจและการแก้ปัญหา ในการป้องกันการสูบบุหรี่ได้ มีพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ และความพึงพอใจในการร่วมกิจกรรม หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่าในกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) การนำเอาทักษะชีวิตทั้ง 6 คู่ มาประยุกต์ ส่งผลให้นักเรียนเกิดการเรียนรู้และสร้างความเข้มแข็งให้เกิดขึ้นกับตนเอง ดังนั้น โปรแกรมการป้องกันนักสูบบุหรี่หน้าใหม่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จึงมีความเหมาะสมที่โรงเรียนจะนำไปประยุกต์ใช้เพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ผลของโปรแกรม, การป้องกันนักสูบบุหรี่หน้าใหม่, นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น, พฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่, ทักษะชีวิต

Abstract

The number of teenagers who smoke, especially students in secondary school tends to increase. Therefore, there should be a way to protect this problem. The objective of this Quasi-experimental research is to study the effects of a program for protecting new smokers among secondary school students. There are activities which can help using six pairs of life skills which are creativity and

critical thinking, effective communication and building relationship with people, self-awareness and sympathy for others, emotional and stress management, self-esteem and social responsibility, problem-solving and making decision to not smoke. This Quasi-experimental research was offered to the secondary school in Roi-Et municipality of Roi-Et province. There were 40 students in experimental group and 40 students in comparison group. The data was collected from a questionnaire which is analyzed by descriptive statistics; mean, percentage, standard deviation (S.D.), comparison of average scores, Paired t-test, Independent Sample t-test at a statistically significant level 0.05. The result after the experiment was higher than before the experiment and higher than students in the comparison group at statistically significant $p < 0.001$. Students in the experimental group could do well in six pairs of life skills which are creativity and critical thinking, effective communication and building relationship with people, self-awareness and sympathy for others, emotional and stress management, self-esteem and social responsibility, problem-solving and making decision to not smoke and having good behaviors to avoid smoking. In conclusion, the factors that help support students to change smoking behaviors is the appropriate techniques which are the six pairs of life skills that students can apply to daily life and be stronger in their hearts. Therefore, the program for protecting the new smokers among secondary school students is truly appropriate to apply in daily life to protect and avoid smoking among secondary students effectively.

Keywords: Effects of program, Protection of the new smokers, Students in secondary school, Behaviors to avoid smoking, Life skills

บทนำ

จากสถานการณ์การสูบบุหรี่ของประเทศไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติรายงานผลสำรวจในปี 2557¹ พบประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปมีจำนวน 54.8 ล้านคน มีผู้สูบบุหรี่ 11.4 ล้านคน หรือร้อยละ 20.7 ในจำนวนนี้เป็นผู้สูบบุหรี่เป็นประจำ 10 ล้านคน และสูบนานๆ ครั้ง 1.4 ล้านคน ซึ่งเพิ่มขึ้นจากในปี 2556 ที่พบร้อยละ 19.9 โดยอายุเฉลี่ยของผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกคือ 17.8 ปี ที่น่าห่วงคือพบว่าในกลุ่มเยาวชนอายุ 15-24 ปี เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุ 15.6 ปี ลดลงกว่าในปี 2550 ที่เริ่มสูบเมื่ออายุ 16.8 ปี ชี้ให้เห็นว่านักสูบบุหรี่หน้าใหม่มีอายุน้อยลง เมื่อพิจารณาสาเหตุการเริ่มสูบบุหรี่ของวัยรุ่นประกอบด้วย ปัจจัยทางสังคม ครอบครัวและเพื่อน ความยอมรับจากครอบครัวและเพื่อนฝูง และอยากลอง ซึ่งพฤติกรรมของวัยรุ่นชอบเสี่ยงทำให้เกิดการทดลองสูบบุหรี่ นอกจากนี้ยังขาดทักษะในการปฏิเสธการชักชวนของเพื่อน แสดงบทบาททางเพศ เป็นต้น

การสำรวจปี พ.ศ. 2558พบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป บริโภคยาสูบ จำนวน 10.9 ล้านคน อัตราการสูบบุหรี่คิดเป็น 19.9% ในทุกกลุ่มอายุมีอัตราการสูบบุหรี่ลดลงจากปีพ.ศ. 2556 ยกเว้นกลุ่มอายุ 19-24 ปี และ กลุ่มอายุ 41-59 ปี บุหรี่เป็นสิ่งเสพติดที่มีพิษก่อให้เกิดปัญหาทั้งสังคมหลายประการ โดยเฉพาะผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูบบุหรี่ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญก่อให้เกิดโรคร้ายที่สามารถป้องกันได้ถึง 36 โรค เช่น ถุงลมโป่งพอง โรคมะเร็งปอดและหัวใจ และโรคมะเร็งหลายชนิด คิวบิบุหรี่ทำลายสุขภาพทั้งของผู้สูบบุหรี่และผู้อยู่ใกล้ชิด²

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบุหรี่ยังของเยาวชน ประกอบด้วย 7 กลุ่มปัจจัย ได้แก่ 1) ราคาจำหน่ายบุหรี่ย 2) คุณลักษณะของเยาวชน 3) การได้รับสื่อหรือเข้าถึงสื่อโฆษณาบุหรี่ยังของเยาวชน 4) คุณลักษณะของ

ผู้ประกอบการร้านค้าปลีก 5) คุณลักษณะของร้านค้าปลีก 6) การตรวจสอบการปฏิบัติตามกฎหมายในชุมชน และ 7) บรรทัดฐานและการมีส่วนร่วมของชุมชน¹

สถานการณ์ผู้สูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนในสังกัดเทศบาลเมืองร้อยเอ็ด ซึ่งมีโรงเรียนทั้งหมด จำนวน 4 โรงเรียน นักเรียนทั้งหมด รวม 4 โรงเรียน มีจำนวน 1,231 คน ไม่สูบบุหรี่ 1,099 คน สูบบุหรี่ 132 คน คิดเป็นร้อยละ 10.77⁴

จึงนำมาสู่แนวทางการพัฒนาทักษะชีวิต ซึ่งการพัฒนาทักษะชีวิตนี้ นับเป็นสิ่งที่มีความสำคัญยิ่งสำหรับเด็กที่เริ่มเข้าสู่วัยรุ่น เนื่องจากเป็นช่วงที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับปัญหาทางด้านสุขภาพ เพื่อให้บุคคลมีความสามารถปรับตัวและมีพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้องพร้อมที่จะเผชิญสิ่งท้าทายต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากสภาพปัญหาที่พบ ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของปัญหาและนำแนวคิดทักษะชีวิตมาประยุกต์ใช้ เพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนในเขตเทศบาลเมืองร้อยเอ็ด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันนักสูบบุหรี่หน้าใหม่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

นิยามศัพท์

1. นักสูบบุหรี่หน้าใหม่ หมายถึง นักเรียนที่เริ่มลองสูบบุหรี่หรือผู้ที่เคยลองสูบบุหรี่แล้วเลิกสูบ ซึ่งวัยรุ่นเป็นวัยที่ถูกชักจูงได้ง่าย จึงจะนำไปสู่การติดบุหรี่
2. นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น หมายถึง นักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนสังกัดเทศบาลเมืองร้อยเอ็ด ที่มีอายุ 13-14 ปี
3. ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันนักสูบบุหรี่หน้าใหม่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น หมายถึง ผลของกิจกรรมที่ใช้ในการเรียนรู้ของกลุ่มทดลองของนักเรียนที่ใช้ในการศึกษาตามทฤษฎีทักษะชีวิต ได้แก่ กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพ ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ และการป้องกันการสูบบุหรี่ กิจกรรมจับคู่รู้จักกิจกรรมอนาคตของฉัน กิจกรรมบุหรี่ยักษ์ร้ายใกล้ตัว กิจกรรมการรู้คุณค่าของตนเอง กิจกรรมเพื่อนชวนลองต้องปฏิเสธ กิจกรรมเด็กดีของแม่

วิธีการดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi – experimental Research)
2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนในสังกัดเทศบาลเมืองร้อยเอ็ด จำนวน 2 โรงเรียน คือ โรงเรียนเทศบาล ก โรงเรียนเทศบาล ข

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ที่มีอายุระหว่าง 13-14 ปี ที่ทำการศึกษาในโรงเรียนสังกัดเทศบาลเมืองร้อยเอ็ด คือ โรงเรียนเทศบาล ก โรงเรียนเทศบาล ข จำนวน 80 คน ที่สามารถอ่านออกเขียนได้มีสภาพร่างกายที่พร้อมจะร่วมทำกิจกรรมได้ มีความยินดีเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษา โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ

กลุ่มทดลอง หมายถึง นักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ปีที่ 2 โรงเรียนเทศบาล ก

กลุ่มเปรียบเทียบ หมายถึง นักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ปีที่ 2 โรงเรียนเทศบาล ข

ขนาดตัวอย่าง การคำนวณขนาดตัวอย่างในการศึกษานี้ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง
เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย กรณี 2 กลุ่มประชากรที่เป็นอิสระต่อกัน อ้างใน เบญจวรรณ กิจควรดี⁴

$$\text{จากสูตร } n / \text{group} = \frac{2(Z_\alpha + Z_\beta)^2 \sigma^2}{\Delta^2}$$

แทนค่า Z_α หมายถึง ค่าสถิติมาตรฐานภายใต้โค้งปกติที่ระดับความเชื่อมั่น 95 %

Z_β หมายถึง ค่าสถิติมาตรฐานภายใต้โค้งปกติ

σ^2 หมายถึง ความแปรปรวนร่วมได้จากการศึกษา เบญจวรรณ กิจควรดี⁴ เท่ากับ 21.55

Δ หมายถึง ผลต่างของค่าเฉลี่ย ($\mu_1 - \mu_2$) ของคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่ม
เปรียบเทียบ ได้กลุ่มตัวอย่างต่อกลุ่มเท่ากับ 30 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling)
โดยการจับสลากสุ่มโรงเรียนสังกัดเทศบาลเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด ได้โรงเรียนเทศบาล ก เป็นกลุ่มทดลอง
และโรงเรียนเทศบาล ข เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ โดยแต่ละกลุ่มจะทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling)
อีกครั้งเพื่อเลือกห้องเรียนภายในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2

3. ระยะเวลาในการศึกษาวิจัย กุมภาพันธ์ – พฤษภาคม 2560

4. ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

กลุ่มทดลอง O1 -----X----- O2

กลุ่มเปรียบเทียบ O3 ----- O4

8 สัปดาห์

O1 และ O3 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

O2 และ O4 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

X หมายถึง โปรแกรมการป้องกันนักสูบบุหรี่หน้าใหม่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขต
เทศบาลเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งดำเนินการทั้งหมด 8 สัปดาห์ โดยมีกิจกรรม คือ

สัปดาห์ที่ 1 1. กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ “รู้จักกัน”

2. ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ และการป้องกันการสูบบุหรี่

สัปดาห์ที่ 2 1. กิจกรรม “จับคู่รู้ใจ”

2. กิจกรรม “อนาคตของฉัน”

สัปดาห์ที่ 3 1. บรรยายเกี่ยวกับผลกระทบจากการสูบบุหรี่ที่มีต่อตนเองและผู้อื่น

2. กิจกรรม “บุหรี่ ภัยร้ายใกล้ตัว” ร่วมกันอภิปราย ระดมสมอง แสดงความคิดเห็น

3. กรณีศึกษาเรื่อง “ความผิดพลาดของแดง” ร่วมกันอภิปรายตามประเด็นที่กำหนดให้

สัปดาห์ที่ 4 1. กิจกรรม “การรู้คุณค่าของตนเอง”

2. กรณีศึกษาเรื่อง “คิดก่อนทำ” กรณีศึกษา วิเคราะห์ ระดมสมอง

สัปดาห์ที่ 5 1. กรณีศึกษาเรื่อง “การตัดสินใจของเดชา”

2. กรณีศึกษาเรื่อง “ทางไหนดี”

สัปดาห์ที่ 6 1. กิจกรรมเรื่อง “ทักทายเพื่อนใหม่”

2. กิจกรรมเรื่อง “เพื่อนชวนลอง ต้องปฏิเสธ”

สัปดาห์ที่ 7 1. กิจกรรมบริหารความเครียด

2. กิจกรรมการบริหารจิต คลายความเครียด

สัปดาห์ที่ 8 1. กิจกรรม “เด็กดีของแม่”

2. กิจกรรม “การให้คำมั่นสัญญาว่าจะไม่ยุ่งเกี่ยวกับบุหรี่”

5. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าและรวบรวมตำราทางวิชาการ เอกสารประกอบและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยปรับปรุงจากแบบสอบถาม เรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยการประยุกต์ใช้การเสริมสร้างทักษะชีวิต ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น⁵ ซึ่งแบบสอบถามมีทั้งหมด 5 ส่วน ประกอบด้วย 1) ลักษณะทางประชากร 2) ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ 3) แบบวัดทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ 4) แบบประเมิน พฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ 5) แบบประเมินความพึงพอใจในการร่วมกิจกรรม ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 4 ท่าน วิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยวิธีของคูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson 20 : KR 20) ได้ค่าความเที่ยงของคะแนนความรู้เท่ากับ 0.89 และหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) ได้เท่ากับ 0.75 ขึ้นไป

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

6.1 วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

6.2 วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงอนุมาน ด้วยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับบุหรี่และการป้องกันการสูบบุหรี่ ทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ พฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ ความพึงพอใจในการร่วมกิจกรรม เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ภายหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired Sample t-test

7. จริยธรรมการวิจัย งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ PH 007/2560 ให้ไว้ ณ วันที่ 2 พฤษภาคม 2560

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ในกลุ่มทดลองทั้งหมด 40 คนพบว่า ส่วนมากแล้วเป็นเพศชาย ร้อยละ 72.5 มีอายุ 14 ปี ร้อยละ 92.5 ปัจจุบันอาศัยอยู่กับครอบครัว ร้อยละ 97.5 สถานภาพของบิดา/มารดาอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 72.5 ความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวรักใคร่กันดี ร้อยละ 82.5 บุคคลแรกที่จะปรึกษาเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ คือ บิดา มารดา ร้อยละ 57.5 ส่วนใหญ่ได้รับเงินมาโรงเรียน 31 - 60 บาท/วัน ร้อยละ 52.5 เฉลี่ย 71.5 บาท/วัน ในครอบครัวไม่มีผู้สูบบุหรี่ ร้อยละ 52.5 ซึ่งกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 42.5 เคยสูบและเลิกมาได้มากกว่า 6 เดือน ร้อยละ 22.5 ยังมีคนที่ยังสูบบุหรี่อยู่ ร้อยละ 20.0 มีความต้องการเลิกบุหรี่ในวันนี้ ร้อยละ 37.5 จากจำนวนคนที่ยังสูบบุหรี่ทั้งหมด

ในกลุ่มเปรียบเทียบทั้งหมด 40 คนพบว่า ส่วนมากแล้วเป็นเพศชาย ร้อยละ 65.0 มีอายุ 14 ปี ร้อยละ 85.0 ปัจจุบันอาศัยอยู่กับครอบครัว ร้อยละ 92.5 สถานภาพของบิดา/มารดาอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 65.0 ความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวรักใคร่กันดี ร้อยละ 82.5 บุคคลแรกที่จะปรึกษาเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ คือ บิดา มารดา ร้อยละ 52.5 ส่วนใหญ่ได้รับเงินมาโรงเรียน 31 - 60 บาท/วัน ร้อยละ 57.5 เฉลี่ย 70.5 บาท/วัน ในครอบครัวมีผู้สูบบุหรี่อยู่ ร้อยละ 52.5 ซึ่งกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 42.5 และยังมีคนที่ยังสูบบุหรี่อยู่จำนวน ร้อยละ 17.5 (ตารางที่ 1)

ตาราง 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจำแนกตามลักษณะทางประชากร

ลักษณะทางประชากร	กลุ่มทดลอง (n=40)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	29	72.5	26	65.0
หญิง	11	27.5	14	35.0
อายุ				
13 ปี	3	7.5	6	15.0
14 ปี	37	92.5	34	85.0
การพักอาศัย				
อาศัยอยู่กับครอบครัว	39	97.5	37	92.5
อาศัยอยู่กับญาติ	1	2.5	3	7.5
สถานภาพของบิดา/มารดา				
อยู่ด้วยกัน	29	72.5	26	65.0
แยกกันอยู่	3	7.5	6	15.0
หย่าร้าง	7	17.5	7	17.5
บิดาหรือมารดาเสียชีวิต	1	2.5	1	2.5
ความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว				
รักใคร่กันดี	33	82.5	33	82.5
ทะเลาะวิวาทกันบ้าง	5	12.5	5	12.5
บิดามารดาหย่าร้างหรือความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดี	2	5.0	2	5.0
ในครอบครัวของท่านมีผู้สูบบุหรี่ในปัจจุบันหรือไม่				
ไม่มี	21	52.5	19	47.5
มี	19	47.5	21	52.5
ท่านเคยสูบบุหรี่หรือไม่				
ไม่เคยสูบ	17	42.5	17	42.5
เคยสูบและเลิกมาได้มากกว่า 6 เดือน	9	22.5	9	22.5
เคยสูบ และเลิกได้นานกว่า 3 เดือน	6	15.0	7	17.5
ยังสูบบุหรี่	8	20.0	7	17.5
หากท่านสูบบุหรี่ ท่านต้องการเลิกสูบบุหรี่หรือไม่				
ไม่ต้องการเลิก	2	25.0	1	14.3
ต้องการเลิกวันนี้	3	37.5	3	42.9
ต้องการเลิกในอีก 1 เดือน ข้างหน้า	2	25.0	3	42.9
ต้องการเลิกในอีก 6 เดือน ข้างหน้า	1	12.5	0	0.0

2. การเปลี่ยนแปลงของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบที่เกิดจากโปรแกรม

2.1 ด้านความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ พฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ และด้านความพึงพอใจ

ด้านความรู้ ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.35 คะแนน (95%CI = 1.81 ถึง 2.89, p-value < 0.001) ด้านพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 5.47 คะแนน (95%CI = 3.60 ถึง 7.35, p-value < 0.001)

ด้านความพึงพอใจผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความพึงพอใจ ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.30 คะแนน (95%CI = 1.46 ถึง 3.14, p-value < 0.001) (ตารางที่ 2)

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับด้านพฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่ และด้านความพึงพอใจของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	คะแนนเฉลี่ย กลุ่มทดลอง (S.D.)	คะแนนเฉลี่ยกลุ่ม เปรียบเทียบ (S.D.)	Mean Difference	95 % CI	p-value
ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่					
ก่อนทดลอง	1.22	1.24	-0.02	-0.57- 0.52	0.928
หลังทดลอง	8.20	5.58	2.35	1.81- 2.89	<0.001
พฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่					
ก่อนทดลอง	5.75	5.75	0.10	-2.46 - 2.66	0.938
หลังทดลอง	1.34	5.74	5.47	3.60 - 7.35	<0.001
ด้านความพึงพอใจ					
ก่อนทดลอง	2.77	2.77	0.00	-1.23 - 1.23	1.000
หลังทดลอง	0.53	2.60	2.30	1.46 - 3.14	<0.001

2.2 ทักษะชีวิตทั้ง 6 คู่

ด้านความคิดสร้างสรรค์และความคิดอย่างมีวิจารณญาณ ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ภายหลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 4.60 คะแนน (95%CI = 3.24 ถึง 5.96, p-value < 0.001)

ด้านการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.93 คะแนน (95%CI = 1.65 ถึง 4.21, p-value < 0.001)

ด้านความตระหนักในตนเองและความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 4.88 คะแนน (95%CI = 3.13 ถึง 6.63, p-value < 0.001)

ด้านการจัดการกับอารมณ์และความเครียด ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 4.40 คะแนน (95%CI = 2.60 ถึง 6.20, p-value < 0.001)

ด้านความภาคภูมิใจในตัวเองและความรับผิดชอบทางสังคม ผลการการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย
ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.68 คะแนน (95%CI =1.35 ถึง
4.00, p-value <0.001)

ด้านการตัดสินใจและการแก้ปัญหา ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ภายหลังการทดลองพบว่า
กลุ่มทดลองมีคะแนนมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.50 คะแนน (95%CI =2.30 ถึง 4.70, p-value <0.001)
(ตารางที่ 3)

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านทักษะชีวิตทั้ง 6 คู่ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	คะแนนเฉลี่ย กลุ่มทดลอง (S.D.)	คะแนนเฉลี่ยกลุ่ม เปรียบเทียบ (S.D.)	Mean Difference	95 %CI	p-value
ด้านความคิดสร้างสรรค์และความคิดอย่างมีวิจารณญาณ					
ก่อนทดลอง	4.34	0.70	0.70	-1.22- 2.62	0.471
หลังทดลอง	1.01	4.16	4.60	3.24- 5.96	<0.001
ด้านการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล					
ก่อนทดลอง	3.76	3.89	0.60	-1.10- 2.30	0.485
หลังทดลอง	1.51	3.74	2.93	1.65- 4.21	<0.001
ด้านความตระหนักในตนเองและความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น					
ก่อนทดลอง	5.12	5.15	0.45	-1.84- 2.74	0.966
หลังทดลอง	2.11	5.10	4.88	3.13- 6.63	<0.001
ด้านการจัดการกับอารมณ์และความเครียด					
ก่อนทดลอง	5.00	4.81	0.05	-2.13- 2.23	0.964
หลังทดลอง	3.39	4.61	4.40	2.60- 6.20	<0.001
ด้านความภาคภูมิใจในตัวเองและความรับผิดชอบทางสังคม					
ก่อนทดลอง	4.02	4.05	0.25	-1.55- 2.05	0.782
หลังทดลอง	1.21	4.00	2.68	1.35- 4.00	<0.001
ด้านการตัดสินใจและการแก้ปัญหา					
ก่อนทดลอง	3.60	3.59	0.05	-1.55- 1.65	0.951
หลังทดลอง	1.08	3.62	3.50	2.30- 4.70	<0.001

อภิปรายผล

จากการศึกษาโปรแกรมการป้องกันนักสูบหน้าใหม่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขต
เทศบาลเมืองร้อยเอ็ด ในโรงเรียนเทศบาล ก ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยสามารถอภิปรายผล
ได้ดังนี้

โปรแกรมการป้องกันนักสูบหน้าใหม่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตเทศบาลเมืองร้อยเอ็ด
ได้ผ่านกระบวนการสร้างและตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ ได้ให้ข้อเสนอแนะปรับปรุง และผ่านการทดลองใช้มาแล้ว
ส่งผลให้โปรแกรมมีคุณภาพ ผู้วิจัยได้มีการเตรียมความพร้อมของกลุ่มทดลอง สร้างสัมพันธภาพที่ดี พูดคุย

ซักถาม และชี้แจง คุณประโยชน์ของการเข้าร่วมกิจกรรม ส่งผลให้นักเรียน มีทักษะชีวิตและพฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่ ซึ่งนักเรียนกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันนักสูบบุหรี่หน้าใหม่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตเทศบาลเมืองร้อยเอ็ด มีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมานิจ เขียวมณี⁶ พิทยา สังข์แก้ว และคณะ⁷ สามารถใช้ทักษะชีวิตทั้ง 6 คู่ คือ ความคิดสร้างสรรค์และความคิดอย่างมีวิจารณญาณ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ความตระหนักในตนเองและความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น การจัดการกับอารมณ์และการจัดการกับความเครียด ความภาคภูมิใจในตัวเองและความรับผิดชอบทางสังคม การตัดสินใจและการแก้ปัญหา ในการป้องกันการสูบบุหรี่ได้ และมีพฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ทุกด้าน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พัทธพันธ์ พลนิจดี⁴ ชญาณิศา ปินะธา⁸ ธิดารัตน์ ผลเต็ม⁵ พฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเบญจวรรณ กิจวรดี⁴ สุภรัตน์ อิมวัฒน์กุล⁹ ความพึงพอใจในการร่วมกิจกรรมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แสดงให้เห็นว่าการจัดโปรแกรมการป้องกันนักสูบบุหรี่หน้าใหม่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาในรูปแบบเดียวกันนี้ ไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มอื่นๆ เช่น กลุ่มเยาวชน กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มนักศึกษา เป็นต้น
2. การวิจัยครั้งนี้ใช้เวลา 8 สัปดาห์ ทำให้ทราบผลในระยะแรกเท่านั้น ควรมีการศึกษาเพื่อติดตามผลและประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่ต่อไป
3. ควรให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการวิจัย เช่น ผู้ปกครอง ครู ผู้บริหารสถานศึกษา ผู้บริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อสม. เพื่อจะได้หาแนวทางในการแก้ปัญหาร่วมกัน

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ศึกษาการวิจัยเฝ้าระวังการบริโภคยาสูบในประชากรกลุ่มต่างๆ เฝ้าติดตามโรคที่มีสาเหตุจากการสูบบุหรี่ พัฒนารูปแบบโปรแกรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นหรือวัยรุ่น กลุ่มเสี่ยงต่างๆ นอกจากนี้ยังสามารถนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในกลุ่มที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ดร.วัฒนพงษ์ ชิตทรงสวัสดิ์ รองนายกเทศมนตรีเมืองร้อยเอ็ด นายฉัตรชัย นวลเพ็ญ ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลเมืองร้อยเอ็ด และเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล 1 เทศบาลเมืองร้อยเอ็ดทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือและให้ความช่วยเหลือในการทำวิจัย ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ และปิยะรัตน์ นิมพิทักษ์พงศ์. การทบทวนวรรณกรรมเรื่องมาตรการจำกัดการเข้าถึงบุหรี่ของเยาวชน.วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 2558; 45(3) : 310-323.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมในการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด ; 2558.

3. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล (ศจย.). สถานการณ์การควบคุม
การบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2559. พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพฯ: เจริญดี มั่นคงการพิมพ์ ; 2559.
4. เบญจวรรณ กิจควรดี. ผลของการประยุกต์การสร้างเสริมทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อ
ป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนแห่งหนึ่งใน จังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์
ปริญญาสาธาณสุขมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพและการ ส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
ขอนแก่น ; 2552.
5. ธิติรัตน์ ผลเต็ม. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้การเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับ
แรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6
โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุข
มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2553.
6. มานิจ เขียวมณี. ผลการประยุกต์ใช้โปรแกรมประยุกต์ป้องกันการสูบบุหรี่โดยใช้บุคคลต้นแบบ
ต่อพฤติกรรมสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในตำบลหนอง อำเภอกาฬสินธุ์ จังหวัด
กาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรม
ศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ; 2557.
7. พิทยา สังข์แก้ว มณฑา เก่งการพานิช ธราดล เก่งการพานิช และนริมาลย์ นิลไพจิตร. ผลของโปรแกรม
การเลิกสูบบุหรี่ของบุคลากรโรงพยาบาลรัฐในกรุงเทพมหานคร. วารสารวิชาการสำนักงานป้องกัน
ควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา 2558 ; 21(3) : 55-67.
8. ชญาณศา ปิ่นธนา. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทักษะชีวิตร่วมกับกระบวนการเรียนรู้
แบบมีส่วนร่วมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ของ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1
โรงเรียนมัธยมแห่งหนึ่ง. วารสารวิจัยสาธาณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2556 ; 6(1) : 29-36.
9. ศุภรัตน์ อิมวัฒน์กุล. ผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมทักษะชีวิตร่วมกับการสนับสนุนจากผู้ปกครอง (5A,S)
เพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นชุมชนแออัด. วารสารการพยาบาลสาธาณสุข. 2552 ; 23(3) : 1-12.

ท้ายเล่ม

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ยินดีรับบทความวิชาการหรือรายงานผลวิจัยเกี่ยวกับโรคติดต่อ โรคติดเชื้อ หรือโรคไม่ติดต่อ ตลอดจนผลงานควบคุมโรคต่างๆ โดยเน้นเรื่องที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์หรือกำลังตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นมาก่อน ทุกผลงานวิชาการที่ส่งตีพิมพ์เผยแพร่จะต้องผ่านการพิจารณาถ้อยแถลงจากผู้เชี่ยวชาญทางด้านเนื้อหาและรูปแบบการวิจัย จำนวน 2 ท่าน ที่จะช่วยพัฒนาต้นฉบับให้มีคุณภาพมากขึ้น ทั้งนี้ทางกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานแก้ไขเรื่องต้นฉบับและพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องเพื่อลงพิมพ์

1. บทความที่ส่งลงพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ ควรเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับดังนี้ บทคัดย่อ บทนำ วัสดุ และวิธีการ ผลวิจารณ์ ผลสรุป กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 12 หน้าพิมพ์

รายงานผลปฏิบัติงาน ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ วิธีการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน วิจารณ์ผลสรุป กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง

บทความพินิจ ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสิ่งตรวจพบใหม่ หรือเรื่องที่ที่น่าสนใจที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่างๆ ประกอบด้วย บทความย่อ บทนำความรู้ หรือข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องที่นำมาเขียน วิจารณ์ หรือวิเคราะห์ ความรู้หรือข้อมูลที่นำมาเขียน สรุป เอกสารอ้างอิงที่ค่อนข้างทันสมัย

ย่อเอกสาร อาจย่อจากบทความภาษาต่างประเทศหรือภาษาไทยที่ตีพิมพ์ไม่เกิน 2 ปี

2. การเตรียมบทความเพื่อลงพิมพ์

ชื่อเรื่อง ควรสั้นกระชับรัด ให้ได้ใจความที่ครอบคลุมและตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้เขียน ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาต่างประเทศ (ไม่ใช่คำย่อ) คำสำคัญ พร้อมทั้งอธิบายต่อท้ายชื่อและสถานที่ทำงาน

บทคัดย่อ คือ การย่อเนื้อหาสำคัญ ไม่อธิบายยาว ไม่วิจารณ์ละเอียด เอาแต่เนื้อหาที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์ และเป็นร้อยแก้วไม่แบ่งเป็นข้อๆ ความยาวไม่เกิน 150 คำ ในการเขียนบทคัดย่อมีส่วนประกอบดังนี้ วัตถุประสงค์ ขอบเขต การวิจัย วิธีรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล และวิจารณ์ผลหรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงเอกสารอยู่ในบทคัดย่อ ต้องเขียนทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ

บทนำ อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำวิจัยศึกษาค้นคว้าของผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมุติฐาน ขอบเขตของการวิจัย

วิธีและวิธีการวิจัย อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างและการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล หรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์

ผล/ผลการดำเนินงาน อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัยโดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์แล้วพยายามสรุปเปรียบเทียบกับสมมุติฐานที่วางไว้

วิจารณ์ผล ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัย ว่าเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือผลการวิจัยหรือผลการดำเนินงานของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

บทสรุป (ถ้ามี) ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัย วิธีการวิจัยอย่างสั้น ๆ รวมทั้งผลการวิจัย (สรุปให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะที่อาจนำผลงานการวิจัยไปใช้เป็นประโยชน์หรือให้ข้อเสนอแนะ ประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

เอกสารอ้างอิง ใช้การอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ โดยใส่ตัวเลขในวงเล็บยกไว้หลังข้อความ หรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม

3. รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง

3.1 การอ้างวารสาร

ก. ภาษาอังกฤษ ประกอบด้วย

ชื่อผู้แต่ง (สกุล อักษรย่อของชื่อ). ชื่อเรื่อง, ชื่อวารสาร ปี ค.ศ. ; ปีที่พิมพ์ (Volume) : หน้า

ในกรณีที่ผู้แต่งไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่งทุกคนคั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) แต่ถ้าเกินให้ใส่ชื่อ 3 คนแรก แล้วเติม et al.

ตัวอย่าง

Fisschl MA, Dickinson Gm, Scott GB. Evaluation of heterosexual partners, children household contacts of adult with AIDS. JAMA 1987 ; 255 7 640 – 644.

ข. ภาษาไทย ใช้เช่นเดียวกับภาษาอังกฤษ แต่ชื่อผู้แต่งให้เขียนชื่อเต็มตามด้วยนามสกุลและใช้ชื่อวารสารเป็นตัวเต็ม

ตัวอย่าง

ธีระ รามสูตร, นิวัต มนตรีสุวัต, สุรศักดิ์ สัมปตตะวนิช, และคณะ. อุบัติการณ์โรคเรื้อนระยะแรก โดยการศึกษาจุลพยาธิวิทยา คลินิกจากกวางต่างของผิวหนังผู้ป่วยโรคเรื้อนที่สงสัยเป็นโรคเรื้อน 589 ราย. วารสารโรคติดต่อ 2527 ; 10 : 101 – 102.

3.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

ก. การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

ชื่อผู้แต่ง (สกุล อักษรย่อของชื่อ). ชื่อหนังสือ, ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์, ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

Joman K. Tuberculosis case – finding and chemotherapy, Geneva : Work Health Organization, 1979.

ข. การอ้างบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน : ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์ ; ปีที่พิมพ์ : หน้า.

ตัวอย่าง

ศรีชัย หล่ออารีย์สุวรรณ. การติดยาของเชื้อมาลาเรีย. ใน : ศรีชัย หล่ออารีย์สุวรรณ, ดนัย บุณนาค, คุณหญิงตระหนักจิต หารินสุต, บรรณาธิการ. ตำราอายุรศาสตร์เขตร้อน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : รวมทรงคน. 2553 : 115 – 120.

4. การส่งต้นฉบับ

4.1 ให้พิมพ์ติดหน้าเดียวลงบนกระดาษสัน ขนาด A4 (21 x 29.7 ซม.) ใช้ Font Angsana new ส่งบทความซึ่งพิมพ์ในแผ่นเก็บข้อมูล สำหรับเครื่องคอมพิวเตอร์มายังที่บรรณาธิการ

4.2 การเขียนต้นฉบับควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด ยกเว้นคำภาษาไทยที่แปลไม่ได้หรือแปลแล้วทำให้ใจความไม่ชัดเจน

4.3 ภาพประกอบ ถ้าเป็นภาพถ่ายเส้นต้องเขียนด้วยหมึกบนกระดาษหนาแน่น ถ้าเป็นภาพถ่ายควรเป็นภาพสไลด์หรืออาจใช้ภาพโปสการ์ดแทนก็ได้ การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหากอย่าเขียนลงในรูป

4.4 การส่งเรื่องตีพิมพ์ให้ส่งต้นฉบับ เป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ มาที่ JournalIDPC9@gmail.com

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ

5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบแต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

5.3 เรื่องที่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ผู้เขียนทราบ

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ถือว่าเป็นผลงานวิชาการหรือวิจัย และวิเคราะห์ ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ไม่ใช่ความเห็นของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 หรือกองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้เขียนจำต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน