

เอกสารประชุมวิชาการ

การสาธารณสุขมูลฐาน

กับการจัดการสุขภาพชุมชน

ภาคเหนือ : ประจำปี 2563



SCAN ME

เอกสาร การประชุม

“การสาธารณสุขมูลฐาน
เป็นรากฐานระบบสุขภาพไทย”

ศูนย์พัฒนาศึกษาการสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ จังหวัดนครสวรรค์

คำนำ

เอกสารประชุมวิชาการฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อรวบรวมผลงานวิชาการ การจัดการสุขภาพชุมชน จากงานวิจัย และผลงานเด่น ที่ได้ร่วมนำเสนอ บทเรียน แลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์การดำเนินงาน และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในการประชุมวิชาการ “การสาธารณสุขมูลฐานกับการจัดการสุขภาพชุมชน ภาคเหนือ ประจำปี 2563” ระหว่างวันที่ 5 - 7 สิงหาคม 2563 ณ ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ จังหวัดนครสวรรค์

เนื้อหาวิชาการ ประกอบด้วย รูปแบบการจัดการสุขภาพชุมชนโดยชุมชน ตำบล จัดการคุณภาพชีวิตในประเด็นต่างๆ บทเรียนการจัดการภาวะวิกฤตโควิด-19 ในระดับพื้นที่, รูปแบบการจัดบริการขั้นพื้นฐานลดความแออัด ลดการรอคอย การจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในสถานบริการและชุมชน ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.)ต้นแบบ การจัดการสุขภาพกลุ่มวัย การดำเนินงานผู้สูงอายุ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รูปแบบการจัดการสุขภาพในพื้นที่เฉพาะ (สุขศาลาพระราชทาน, กำลังพล) การพัฒนานวัตกรรมสุขภาพ การเฝ้าระวังป้องกันโรค การดำเนินงานบุหรี่ยาเสพติดในชุมชน, และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมจำนวน ๔๒ เรื่อง

คณะผู้จัดทำ ขอขอบคุณ ผู้สร้างผลงาน และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ได้เรียบเรียงเนื้อหา และร่วมส่งผลงาน เข้าแลกเปลี่ยนความรู้ในการประชุมครั้งนี้ ขอขอบคุณ ...

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ จังหวัดนครสวรรค์
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
๑. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด-๑๙ อำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน	๑
๒. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานและระดับประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี	๗
๓. ความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันไม่ได้ ตำบลหาดสองแคว อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี	๑๒
๔. พฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและการป้องกันตนเองจากการรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในตำบลข่อยสูง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี	๑๗
๕. พฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชตำบลบ้านโป่ง อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย	๒๑
๖. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชาชนในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังแดง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี	๒๕
๗. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ระดับความรู้กับระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลวงป่ายาง ตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี	๓๐
๘. ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส ของประชาชนอำเภอขุนตาล จังหวัดเชียงราย	๓๕
๙. เปรียบเทียบผลของการทำกายบริหารฤๅษีดัดตนกับการนวดไทยแบบราชสำนักสำหรับบรรเทาอาการปวดหลังส่วนล่าง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังแดง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี	๔๐
๑๐. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยไตเรื้อรัง	๔๕
๑๑. การประเมินผลหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในการลดโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในจังหวัดเพชรบูรณ์	๔๙
๑๒. การพัฒนาระบบการป้องกันการใช้จ่ายด้านการอักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์ (NSAIDs) ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลเวียงป่าเป้า	๕๘
๑๓. การศึกษารูปแบบการจัดการสุขภาพชุมชนในพื้นที่สุขศาลาพระราชทาน อำเภอบ่อเกลือ จังหวัดน่าน	๖๔
๑๔. รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการสูบบุหรี่ตำบลไชยวัฒนา อำเภอปัว จังหวัดน่าน	๖๕
๑๕. การพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาภาวะโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์และเด็ก ๐-๕ ปี ที่สอดคล้องกับบริบทชุมชนชาวเขาเผ่าลัวะ ตำบลภูคา อำเภอปัว จังหวัดน่าน	๗๑

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
๑๖. ผลของแนวทางการแก้ไขปัญหาการขายบุหรี่แก่เยาวชน โดยการมีส่วนร่วมของผู้ประกอบการร้านค้าในเขตตำบลศิลาแลง อำเภอปัว จังหวัดน่าน	๗๕
๑๗. กระบวนการเสริมสร้างสมรรถนะแกนนำชุมชนเพื่อป้องกันและควบคุมการสูบบุหรี่ในพื้นที่ตำบลสถาน อำเภอปัว จังหวัดน่าน	๗๙
๑๘. รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงโควิด พิชิตความกลัว อำเภอกัลยาณิวัฒนา จังหวัดเชียงใหม่	๘๔
๑๙. นวัตกรรม “อสม. Grab Drugs ส่งยาถึงบ้านต้านภัยโควิด-๑๙ พิชิตโรคเบาหวาน-ความดัน ด้วย ๕ R”	๘๖
๒๐. ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต สู่ตำบลวิถีชีวิตใหม่ ปลอดภัยจาก COVID – ๑๙ ตำบลวังยาง อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร	๙๔
๒๑. ตำบลเนินสว่างน่าอยู่ สุขกาย สุขใจ สุขเงิน ด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล	๑๐๐
๒๒. ตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ	๑๐๕
๒๓. เบาดิ ดันได้ อยู่ในชุมชน	๑๐๙
๒๔. ๓๔๕๕ โมเดล พา..อยู่เย็น เป็นสุข หมดทุกข์..ในลานธรรม	๑๑๒
๒๕. การพัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย รพ.สต.ช้อยสูง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี	๑๑๔
๒๖. ทีมสร้างคน ชุมชนบำบัด ครอบครัวร่วมรักฯ อักเวียงหนองล่อง	๑๑๖
๒๗. การพัฒนาระบบการดูแลทหารใหม่เพื่อป้องกันการเกิดโรคลมร้อนโรงพยาบาลค่ายสมเด็จพระนเรศวรมหาราช	๑๒๑
๒๘. พัฒนาศักยภาพการเฝ้าระวังรายงานและสอบสวนควบคุมโรคไข้เด็งกีและโรคไข้เลือดออกเด็งกี	๑๒๖
๒๙. การพัฒนาระบบบริการตรวจสุขภาพแบบบูรณาการ	๑๓๒
๓๐. ลดเสี่ยง เลี่ยงสัมผัส ประหยัดน้ำ	๑๓๕
๓๑. โครงการส่งเสริมสุขภาพป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ คลินิกหมอครอบครัว มะเขือแจ้ อ.เมืองลำพูน จ.ลำพูน	๑๓๗
๓๒. การพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงหกล้มในชุมชน ตำบลริมปิง อ.เมืองลำพูน จ.ลำพูน	๑๔๐
๓๓. ชุมชนน่าอยู่ บ้านวังทรายพูนใน หมู่ที่๒ ตำบลวังทรายพูน อำเภอวังทรายพูน จังหวัดพิจิตร	๑๔๔
๓๔. โครงการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครทหาร (อสมท.) ในพื้นที่จังหวัดพิษณุโลก	๑๔๙
๓๕. ศสมช.ต้นแบบ หมู่ ๑ บ้านยางแขวนซ้อง ตำบลบางลาย อำเภอบึงนาราง จังหวัดพิจิตร	๑๕๒
๓๖. รูปแบบการจัดการลดน้ำหนักรักษาในกำลังพลกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยเป็นโรคอ้วนในกำลังพลกองทัพภาคที่ ๓ พื้นที่จังหวัดพิษณุโลก	๑๕๗

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
๓๗. โปรแกรม NAH Smart Health เพื่อพัฒนาระบบการตรวจร่างกายประจำปี ของกำลังพล	๑๖๒
๓๘. อาสาสมัครประจำครอบครัว เฝ้าระวัง ป้องกันโรคไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙)	๑๖๖
๓๙. สานพลังคนหันคาชนะโควิด	๑๗๐
๔๐. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสู่วิถีชีวิตใหม่	๑๗๔
๔๑. ตำบลจัดการสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต ในการป้องกัน และลดอุบัติเหตุ ทางถนน ตำบลนางสี้อ อำเภอเมือง จังหวัดชัยนาท	๑๗๖
๔๒. ศสมช.ยุคใหม่ ภูมิใจประชาชน	๑๘๑



๑. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด ๑๙ อำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน

วิชัย ศิริวรรณชัย*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับปัจจัยสนับสนุน ความรู้ แรงจูงใจ และการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด ๑๙ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. และศึกษาปัจจัยที่มีอำนาจทำนายการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด ๑๙ อำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน กลุ่มตัวอย่างเป็น อสม. จำนวน ๒๗๘ คน คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ (systematic sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือน มิถุนายน ๒๕๖๓ โดยใช้แบบสอบถาม การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสถิติไคสแควร์ ค่าสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และค่าสถิติวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับปัจจัยสนับสนุนระดับสูง ($\bar{x} = ๘.๔๖$, $SD = ๑.๐๓๕$) (มีความรู้ระดับสูง ($\bar{x} = ๑๖.๕๖$, $SD = ๒.๒๐๔$) มีแรงจูงใจระดับสูง ($\bar{x} = ๒.๘๘$, $SD = ๐.๑๕๕$) และมีการปฏิบัติงานตามบทบาทระดับสูง ($\bar{x} = ๒.๗๕$, $SD = ๐.๑๙๔$) โดยปัจจัยการมีตำแหน่งอื่นในหมู่บ้าน และตำแหน่งในกลุ่ม อสม. มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๑ และ .๐๕ ตามลำดับ ปัจจัยด้านความรู้ของ อสม. และแรงจูงใจของ อสม. มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด ๑๙ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๐๑ อีกทั้งปัจจัยด้านความรู้ และแรงจูงใจสามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด ๑๙ ได้ร้อยละ ๒๑.๖ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๐๑ มีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์ เท่ากับ ± ๑.๑๗๑๑๙ โดยความรู้ของ อสม. เพิ่มขึ้น ๑ คะแนน มีผลทำให้การปฏิบัติงานตามบทบาท อสม. เพิ่มขึ้นร้อยละ ๒.๗ และแรงจูงใจของ อสม. เพิ่มขึ้น ๑ หน่วย มีผลทำให้การปฏิบัติงานตามบทบาท อสม. เพิ่มขึ้นร้อยละ ๔๑.๑ ดังนั้น การพัฒนาบทบาทของ อสม. ให้มีศักยภาพในการปฏิบัติงาน ควรเน้นสร้างการเรียนรู้ให้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นระบบ และมีการกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่เสมอ โดยมีสิ่งสนับสนุนการปฏิบัติงานที่เพียงพอและเหมาะสม

คำสำคัญ: โควิด๑๙ อสม. เฝ้าระวังและป้องกันโรค ปัจจัย

* นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ หรือโรคโควิด ๑๙ (Coronavirus Disease ๒๐๑๙; COVID-๑๙) เป็นโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจอุบัติใหม่ เกิดจากเชื้อไวรัสชื่อว่า Severe acute respiratory syndrome coronavirus ๒ (SARS-CoV-๒) พบการระบาดครั้งแรกในเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน ตั้งแต่เดือน ธันวาคม ๒๕๖๒ เป็นต้นมา^(๑) ต่อมาได้พบผู้ป่วยและมีผู้เสียชีวิตในหลายประเทศทั่วโลกเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว องค์การอนามัยโลกจึงได้ประกาศให้การระบาดนี้เป็นโรคระบาดทั่ว (Pandemic) ในวันที่ ๑๑ มีนาคม ๒๕๖๓ ข้อมูลสถานการณ์ ณ วันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๓ มีผู้ติดเชื้อยืนยันแล้วทั่วโลก จำนวนรวม



๖,๑๕๔,๐๒๘ ราย มีผู้เสียชีวิต จำนวน ๓๗๐,๘๘๓ ราย (ร้อยละ ๖.๐๓) และมีผู้หายป่วยแล้ว จำนวน ๒,๗๓๔,๖๒๙ ราย (ร้อยละ ๔๔.๔๔)^(๒)

พบผู้ป่วยโรคโควิด ๑๙ รายแรกในประเทศไทย และเป็นรายแรกที่พบนอกประเทศจีน เมื่อ ๑๓ มกราคม ๒๕๖๓ เป็นหญิงชาวอุ๋ฮั่นที่เดินทางจากเมืองอุ๋ฮั่น ต่อมาพบผู้ป่วยคนไทยรายแรก ในวันที่ ๑๕ มกราคม ๒๕๖๓ เป็นหญิงไทยเดินทางกลับจากเมืองอุ๋ฮั่น และได้พบผู้ป่วยคนไทยคนแรกที่ไม่ม่ประวัติเดินทางไปประเทศจีน ในวันที่ ๒๗ มกราคม ๒๕๖๓ เป็นชายไทย อาชีพขับรถแท็กซี่ จนวันที่ ๒๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ มีผู้เสียชีวิตโรคโควิด ๑๙ รายแรกในประเทศไทย เป็นชายไทย อายุ ๓๕ ปี^(๓) ข้อมูล ณ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๓ ประเทศไทยมีผู้ป่วยสะสม ๓,๐๘๑ ราย หายป่วยแล้ว ๒,๙๖๕ ราย รักษาพยาบาลอยู่ ๕๙ ราย และเสียชีวิต ๕๗ ราย ทั้งนี้ มีจังหวัดที่ไม่พบผู้โรคโควิด ๑๙ จำนวน ๙ จังหวัด ได้แก่ ระนอง ตรวาท อ่างทอง สิงห์บุรี ชัยนาท กำแพงเพชร พิจิตร บึงกาฬ และจังหวัดน่าน^(๔)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. ได้มีส่วนร่วมเป็นกำลังหลักในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ ระดับหมู่บ้าน/ชุมชน โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้ขอความร่วมมือกับ อสม. ทั่วประเทศ รณรงค์ “อสม. เคาะประตูบ้านต้านโควิด ๑๙” ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการป้องกันโรคแก่ประชาชน ตรวจสอบคัดกรองประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยงที่เดินทางมาจากประเทศเสี่ยงสูงและให้กักตัวที่บ้านไม่น้อยกว่า ๑๔ วัน^(๕) และกระทรวงมหาดไทย ยังเห็นความสำคัญในศักยภาพของ อสม. ได้ให้กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ร่วมกับ อสม. สํารวจผู้ที่เดินทางกลับจากเกาหลี^(๖) และให้ อสม. เป็นเลขานุการทีมดำเนินการคัดกรอง แยกกัก กักกัน คุมไว้สังเกตในระดับหมู่บ้านที่มีกำนัน ผู้ใหญ่บ้านเป็นประธาน^(๗) และทำการค้นหาและคัดกรองผู้ที่เดินทางมาจากจังหวัดเสี่ยง ตามมาตรการป้องกัน และลดความเสี่ยงในการแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ เข้าสู่หมู่บ้าน/ชุมชน^(๘) ได้ให้บุคคลกลุ่มเสี่ยงกักตัวอยู่แต่ในบ้านโดยมี อสม. คอยเยี่ยมติดตามอาการเป็นเวลาไม่น้อยกว่า ๑๔ วัน จากการปฏิบัติงานอย่างเข้มข้นและต่อเนื่องของ อสม. ทั้งประเทศ ส่งผลให้สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด ๑๙ คลี่คลายลง เป็นที่ยอมรับและชื่นชมจากรัฐบาลไทยและองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย^(๙)

อสม. ในอำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน มีทั้งหมด ๙๐๘ คน ปฏิบัติงานอยู่ใน ๗ ตำบล ครอบคลุม ๖๑ หมู่บ้าน ได้ทุ่มเทปฏิบัติงานตามบทบาทที่ได้รับดังกล่าว จนสามารถป้องกันไม่ให้เกิดโรคโควิด ๑๙ ขึ้นในอำเภอภูเพียงได้ ที่มีทั้งการให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับโรคและการป้องกันโรค การตรวจคัดกรอง ติดตามอาการ กลุ่มเสี่ยงที่กักตัวที่บ้าน และประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ซึ่งล้วนต้องอาศัยความรู้ ความเข้าใจ ทักษะการป้องกันโรค ความอดทน ทุ่มเท เสียสละ และปฏิบัติงานท่ามกลางความเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อโรคเช่นกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเรื่องนี้ เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานและเป็นแนวทางให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งบุคลากรที่สนใจในการนำไปใช้วางแผนดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด ๑๙ หรือโรคอุบัติใหม่อื่นๆ และเป็นแนวทางพัฒนาการปฏิบัติงานตามของ อสม. อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

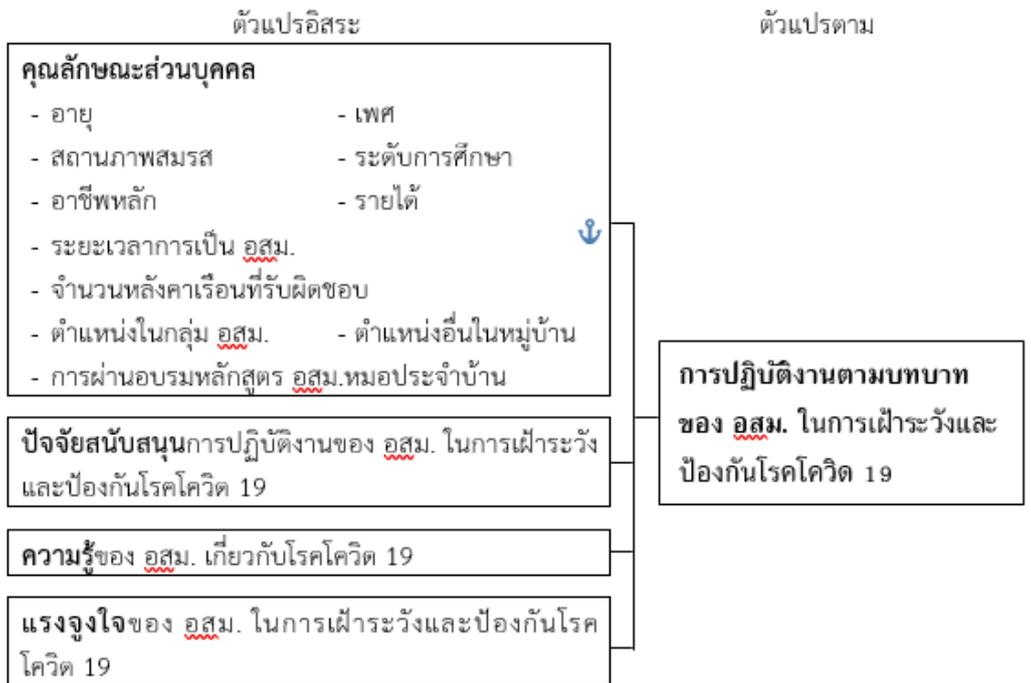
๑. เพื่อศึกษาระดับปัจจัยสนับสนุน ความรู้ แรงจูงใจ และการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด ๑๙

๒. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด ๑๙

๓. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอำนาจทำนายการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด ๑๙



กรอบแนวคิดในการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ประชากร คือ อสม. ที่ขึ้นทะเบียนในอำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน ทั้งเพศชายและหญิง ปฏิบัติงานอยู่จริงในเดือน มิถุนายน ๒๕๖๓ มีระยะเวลาปฏิบัติงาน อสม. มาไม่น้อยกว่า ๑ ปี จำนวน ๙๐๘ คน กลุ่มตัวอย่างคำนวณได้จากสูตรของ Taro Yamane ที่ระดับความเชื่อมั่น ๙๕% ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ๒๗๘ คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ (systematic sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย ๕ ส่วน คือ ส่วนที่ ๑ ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ๑๑ ข้อ ส่วนที่ ๒ ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน อสม. ๑๐ ข้อ มีคำตอบหลัก ๒ ตัวเลือก คือ ไม่ได้รับ กับ ได้รับ ส่วนที่ ๓ ประเมินความรู้ของ อสม. เกี่ยวกับโรคโควิด ๑๙ มี ๒๐ ข้อ มี ๒ ตัวเลือก คือ ใช่ กับ ไม่ใช่ ส่วนที่ ๔ แรงจูงใจของ อสม. ๑๕ ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่าแบบ ๓ สเกล คือ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และส่วนที่ ๕ การปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. ๒๐ ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่าแบบ ๓ สเกล คือ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ มีผู้เชี่ยวชาญ ๓ ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ได้ค่าความตรง (Index of congruence: IOC) เท่ากับ ๐.๙๗๔ หาความเชื่อมั่นในส่วนของปัจจัยสนับสนุน ความรู้ แรงจูงใจ และบทบาทของ อสม. โดยใช้สูตร Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ ๐.๗๑๒

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Analysis) แจกแจงความถี่ ร้อยละ คำนวณค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาความสัมพันธ์ตัวแปรระหว่างเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพหลัก ตำแหน่งในกลุ่ม อสม. และการมีตำแหน่งอื่น กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. โดยใช้สถิติทดสอบ Chi – Square หาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่เป็น อสม. จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ ข้อมูลปัจจัยสนับสนุน อสม. ข้อมูลความรู้ของ อสม. และข้อมูลแรงจูงใจของ อสม. กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. โดยใช้สถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's



Correlation) และการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด ๑๙ โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (Multiple Linear Regression)

ผลการวิจัย

๑. ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของ อสม. การวิจัยในครั้งนี้มี อสม. เป็นกลุ่มตัวอย่าง ๒๗๘ คน พบว่า มีอายุเฉลี่ย ๕๒.๐๑ ปี (SD= ๙.๑๒๕) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ ๖๘.๗๑ มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. มากที่สุด ร้อยละ ๕๖.๘๓ มีสถานภาพการสมรสเป็นคู่มากที่สุด ร้อยละ ๗๓.๗๔ อาชีพหลักส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร ร้อยละ ๕๔.๖๘ มีรายได้เฉลี่ย ๕,๐๔๕.๙๔ บาทต่อเดือน (SD= ๒,๗๗๘.๒๖) มีระยะเวลาการเป็น อสม. เฉลี่ย ๑๓.๙๐ ปี (SD= ๙.๐๑๕) มีจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบเฉลี่ย ๑๐.๙๕ หลัง (SD= ๓.๕๑๔) มีตำแหน่งเป็นสมาชิก อสม. มากที่สุด ร้อยละ ๖๐.๗๐ อสม. มีบทบาทหน้าที่ในตำแหน่งอื่นในหมู่บ้าน ร้อยละ ๕๔.๖๘ ส่วนใหญ่ไม่ผ่านการอบรมหลักสูตร อสม.หมอประจำบ้าน ร้อยละ ๘๐.๙๔

๒. ข้อมูลปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานของ อสม. โดยรวมกลุ่มตัวอย่างได้รับปัจจัยสนับสนุนอยู่ในระดับสูง (\bar{x} = ๘.๔๖, SD= ๑.๐๓๕) โดยได้รับความรู้เรื่องโรคโควิด ๑๙ จากแหล่งต่างๆ ทั้งในด้านสาเหตุ การติดต่อ อาการของโรคในคน การรักษาโรค การป้องกันและควบคุมโรค ร้อยละ ๑๐๐.๐๐ ส่วนเรื่องที่ อสม. ได้รับการสนับสนุนน้อยที่สุด คือ การได้รับค่าตอบแทนสำหรับการปฏิบัติงานนอกเหนือจากค่าป่วยการ อสม. ร้อยละ ๑๓.๓๑

๓. ข้อมูลความรู้ของ อสม. เกี่ยวกับโรคโควิด ๑๙ โดยรวมกลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ในระดับสูง (\bar{x} = ๑๖.๕๖, SD= ๒.๒๐๔) โดยความรู้ที่ อสม. ร้อยละ ๑๐๐.๐๐ ตอบถูก คือ เชื่อโรคโควิด ๑๙ สามารถแพร่เชื้อจากคนสู่คนได้โดยการสัมผัสกับสารคัดหลั่ง ละอองเสมหะ จากการไอ จาม น้ำมูก น้ำลายของผู้ติดเชื้อ ส่วนความรู้ที่ อสม. ตอบถูกน้อยที่สุด คือ ผู้ติดเชื้อโรคโควิด ๑๙ มีอาการป่วยระบบทางเดินหายใจและปอดอักเสบรุนแรงทุกคน ร้อยละ ๒๙.๘๖

๔. ข้อมูลแรงจูงใจของ อสม. ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด ๑๙ โดยรวมกลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจอยู่ในระดับสูง (\bar{x} = ๒.๘๙, SD= ๐.๑๕๕) โดย อสม. มีความภาคภูมิใจและมีเกียรติที่ได้ร่วมปฏิบัติงานและถือเป็นหน้าที่หนึ่งที่สำคัญของ อสม.ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด ๑๙ มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ ๒.๙๙ โดย อสม. มีความพอใจในค่าตอบแทนและสวัสดิการที่ได้รับ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดเท่ากับ ๒.๗๑

๕. ข้อมูลการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด ๑๙ โดยรวมกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติงานตามบทบาทอยู่ในระดับสูง (\bar{x} = ๒.๗๕, SD= ๐.๑๙๔) โดยมีการปฏิบัติเรื่อง เมื่อออกจากบ้านและขณะที่ปฏิบัติงานอยู่ ท่านสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าตลอดเวลามากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๒.๙๗ ส่วนในเรื่อง เมื่อพบว่ากลุ่มเป้าหมายที่กักตัวมีไข้ ไอ จาม มีน้ำมูก เจ็บคอ หายใจเหนื่อย ท่านจะเป็นคนพาไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันที มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดเท่ากับ ๑.๖๗

๖. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด ๑๙

ตารางที่ ๑ แสดงความสัมพันธ์ระหว่างเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพหลัก ตำแหน่งในกลุ่ม อสม.การมีตำแหน่งอื่น .ในหมู่บ้าน และการผ่านอบรม อสม.หมอประจำบ้านกับการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม.ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด ๑๙ . (n= ๒๗๘)



ปัจจัย	ระดับการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม.			Chi Sq.	df	(P-value)
	ปานกลาง	สูง	รวม			
เพศ						
ชาย	๑๑ (๑๒.๖๔)	๗๖ (๘๗.๓๖)	๘๗ (๑๐๐.๐๐)	๑.๒๔๑	๑	.๒๖๕
หญิง	๑๖ (๘.๓๘)	๑๗๕ (๙๑.๖๒)	๑๙๑ (๑๐๐.๐๐)			
สถานภาพสมรส						
โสด	๕ (๑๓.๕๑)	๓๒ (๘๖.๔๙)	๓๗ (๑๐๐.๐๐)	๑.๑๓๑๙	๒	.๕๑๗
คู่	๒๐ (๙.๗๖)	๑๘๕ (๙๐.๒๔)	๒๐๕ (๑๐๐.๐๐)			
หม้ายหย่า/แยกกันอยู่/	๒ (๕.๕๖)	๓๔ (๙๔.๔๔)	๓๖ (๑๐๐.๐๐)			
ระดับการศึกษาสูงสุด						
ประถมศึกษา	๙ (๑๔.๒๙)	๕๔ (๘๕.๗๑)	๖๓ (๑๐๐.๐๐)	๑.๙๕๗	๒	.๓๗๖
มัธยมศึกษา.ปวช./	๑๓ (๘.๒๓)	๑๔๕ (๙๑.๗๗)	๑๕๘ (๑๐๐.๐๐)			
อนุปริญญาปวส.ขึ้นไป/	๕ (๘.๗๗)	๕๒ (๙๑.๒๓)	๕๗ (๑๐๐.๐๐)			
อาชีพหลัก						
เกษตรกร	๑๑ (๗.๒๔)	๑๔๑ (๙๒.๗๖)	๑๕๒ (๑๐๐.๐๐)	๒.๕๖๓	๓	.๔๖๔
รับจ้าง	๑๐ (๑๓.๗๐)	๖๓ (๘๖.๓๐)	๗๓ (๑๐๐.๐๐)			
ค้าขายธุรกิจส่วนตัว/อื่นๆ/	๔ (๑๐.๕๓)	๓๐ (๘๙.๔๗)	๓๔ (๑๐๐.๐๐)			
ตำแหน่งในกลุ่ม อสม.						
ประธาน อสมรองประธาน./	๕ (๖.๐๒)	๗๘ (๙๓.๙๘)	๘๓ (๑๐๐.๐๐)	๖.๑๙๐	๒	.๐๔๕*
เลขานุการเหรัญญิก/	๐ (๐.๐๐)	๒๖ (๑๐๐.๐๐)	๒๖ (๑๐๐.๐๐)			
สมาชิก อสม.	๒๒ (๑๓.๐๒)	๑๔๗ (๘๖.๙๘)	๑๖๙ (๑๐๐.๐๐)			
การมีตำแหน่งอื่นในหมู่บ้าน						
ไม่มี	๑๙ (๑๕.๐๘)	๑๐๗ (๘๔.๙๒)	๑๒๖ (๑๐๐.๐๐)	๗.๕๗๐	๑	.๐๐๖**
มี	๘ (๕.๒๖)	๑๔๔ (๙๔.๗๔)	๑๕๒ (๑๐๐.๐๐)			
ผ่านอบรม อสมมอบประจำบ้าน.						
ไม่ผ่านการอบรม	๒๒ (๙.๗๘)	๒๐๓ (๙๐.๒๒)	๒๒๕ (๑๐๐.๐๐)	๐.๐๐๖	๑	.๙๓๙
ผ่านการอบรม	๕ (๙.๔๓)	๔๘ (๙๐.๕๗)	๕๓ (๑๐๐.๐๐)			

* p < .๐๕ และ **p < .๐๑

จากตารางที่ ๑ พบว่า ตำแหน่งในกลุ่ม อสม. มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ และ การมีตำแหน่งอื่นในหมู่บ้าน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๑

ตารางที่ ๒ แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่เป็น อสมจำนวน . หลังคาเรือนที่รับผิดชอบ ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานของ อสม. ความรู้ของอสมและแรงจูงใจของ อสม. . กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด ๑๙ (n= ๒๗๘)



ตัวแปร	ค่าสหสัมพันธ์ (r)	P-value
อายุ	-.๐๕๖	.๓๔๘
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	-.๐๑๓	.๘๒๕
ระยะเวลาที่เป็น อสม.	.๑๐๒	.๐๙๑
จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ	.๐๑๒	.๘๓๗
ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานของ อสม.	.๐๙๘	.๑๐๒
ความรู้ของ อสม.	.๓๔๒	.๐*๐๐
แรงจูงใจของ อสม.	.๓๕๑	.๐๐๐*

*p < .๐๐๑

จากตารางที่ ๒ พบว่า ความรู้ของ อสมเกี่ยวกับโรคโควิด ๑๙ และแรงจูงใจของ อสม. มี . ความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด ๑๙ อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.๐๐๑

ตารางที่ ๓ แสดงค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรพยากรณ์)b, β) ผลการทดสอบค่า t ค่าคงที่ และค่า ความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (SE_{est}) ของสมการพยากรณ์ กับ การปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสมในการเฝ้า . ระวังและป้องกันโรคโควิด ๑๙

ตัวแปร	b	β	t	p-value
ความรู้ของ อสม.	.๐๒๗	.๓๐๖	๕.๖๙๒	<.๐๐๑
แรงจูงใจของ อสม.	.๔๑๑	.๓๑๗	๕.๙๘๑	<.๐๐๑

ค่าคงที่ ๑.๑๑๖; SE_{est}=±.๑๗๒๒๙

R = .๔๖๕ ; R^๒ = .๒๑๖ ; F = ๓๗.๘๓๗ ; p-value <.๐๐๑

จากตารางที่ ๓ พบว่า ปัจจัยด้านความรู้ของ อสม .และแรงจูงใจของ อสม .สามารถร่วมกันพยากรณ์ การปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด ๑๙ ได้ร้อยละ ๒๑.๖ อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๐๑ มีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์ เท่ากับ ±.๑๗๑๑๙ โดย ความรู้ของ อสม. เพิ่มขึ้น ๑ คะแนน มีผลทำให้การปฏิบัติงานตามบทบาท อสม. เพิ่มขึ้นร้อยละ ๒.๗ และ แรงจูงใจของ อสม. เพิ่มขึ้น ๑ หน่วย มีผลทำให้การปฏิบัติงานตามบทบาท อสม. เพิ่มขึ้นร้อยละ ๔๑.๑ สามารถเขียนสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบได้ ดังนี้

การปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. = ๑.๑๑๖ + .๐๒๗ (ความรู้ของ อสม.(แรงจูงใจของ อสม) ๔๑๑. + (

สรุปและข้อเสนอแนะ

การศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด ๑๙ อำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน จากกลุ่มตัวอย่าง ๒๗๘ คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย ๕๒.๐๑ ปี ส่วน ใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ ๖๘.๗๑ มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. มากที่สุด ร้อยละ ๕๖.๘๓ ส่วนใหญ่ มีสถานภาพการสมรสเป็นคู่ ร้อยละ ๗๓.๗๔ มีอาชีพหลักเป็นเกษตรกร ร้อยละ ๕๔.๖๘ มีรายได้เฉลี่ย



๕,๐๔๕.๙๔ บาทต่อเดือน มีระยะเวลาการเป็น อสม. เฉลี่ย ๑๓.๙๐ ปี มีจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ เฉลี่ย ๑๐.๙๕ หลัง มีตำแหน่งเป็นสมาชิก อสม. มากที่สุด ร้อยละ ๖๐.๗๐ อสม. มีบทบาทหน้าที่ในตำแหน่งอื่น ร้อยละ ๕๔.๖๘ ส่วนใหญ่ไม่ผ่านการอบรมหลักสูตร อสม.หมอประจำบ้าน ร้อยละ ๘๐.๙๔

โดยรวม อสม. ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างได้รับปัจจัยสนับสนุนอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = ๘.๔๖$, $SD = ๑.๐๓๕$) (มีความรู้ในระดับสูง ($\bar{x} = ๑๖.๕๖$, $SD = ๒.๒๐๔$) (มีแรงจูงใจในระดับสูง ($\bar{x} = ๒.๘๙$, $SD = ๐.๑๕๕$) และมีการปฏิบัติงานตามบทบาทอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = ๒.๗๕$, $SD = ๐.๑๙๔$) โดยปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ การมีตำแหน่งอื่นในหมู่บ้าน และตำแหน่งในกลุ่ม อสม. มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๑ และ .๐๕ ตามลำดับ ปัจจัยด้านความรู้ของ อสม.และแรงจูงใจของ อสม. มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๐๑ อีกทั้งปัจจัยด้านความรู้ของ อสม. และแรงจูงใจของ อสม. สามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด ๑๙ ได้ร้อยละ ๒๑.๖ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๐๑ มีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์ เท่ากับ ± ๐.๗๑๑๙ โดยความรู้ของ อสม. เพิ่มขึ้น ๑ คะแนน มีผลทำให้การปฏิบัติงานตามบทบาท อสม. เพิ่มขึ้นร้อยละ ๒.๗ และแรงจูงใจของ อสม. เพิ่มขึ้น ๑ หน่วย มีผลทำให้การปฏิบัติงานตามบทบาท อสม. เพิ่มขึ้นร้อยละ ๔๑.๑ จากผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมพัฒนาบทบาทของ อสม. ให้มีศักยภาพในการปฏิบัติงาน โดยมีสิ่งสนับสนุนการปฏิบัติงานที่เพียงพอและเหมาะสมเป็นพื้นฐาน สร้างการเรียนรู้ให้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นระบบ และให้ความสำคัญอย่างมากในการกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่เสมอ ในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจของ อสม. ทั้งจังหวัด เพื่อให้ได้ผลการศึกษามาใช้พัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานของจังหวัดต่อไป

๒. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานและระดับประสิทธิภาพ การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์

แพรวไหม ผดุงกลิ่น

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ (๑) เพื่อศึกษาระดับประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์ (๒) เพื่อศึกษาแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (๓) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของแรงจูงใจที่มีผลต่อการเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติ ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในตำบลน้ำอ่าง ทั้งหมด ๕ หมู่บ้าน จำนวน ๗๐ คน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์แบบสอบถาม ได้แก่ ค่าความถี่ (frequency) ค่าร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) โดยใช้สถิติทดสอบ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) ผลการศึกษาพบว่า ๑. ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขโดยรวมอยู่ในระดับมาก ๒. แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขโดยรวมอยู่ในระดับมาก ๓. แรงจูงใจปัจจัยด้านสภาพการทำงาน ส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน



ความสำคัญของปัญหา แนวคิดที่เกี่ยวข้อง

การดำเนินงานพัฒนาด้านสุขภาพอนามัยเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีเป็นสิ่งจำเป็นและมีความสำคัญต่อกระบวนการพัฒนาประเทศเพราะถ้าประชาชนมีสุขภาพที่ดีก็จะเอื้ออำนวยต่อการพัฒนาประเทศในทุก ๆ ด้านอย่างเต็มที่การที่จะทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีจึงจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ดูแลรักษาและฟื้นฟูความพิการอย่างทั่วถึงได้ด้วยตนเอง การสาธารณสุขมูลฐานจึงถูกนำมาใช้ในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ ๔ (พ.ศ. ๒๕๒๐ – ๒๕๒๔) เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองในการจัดการกับปัญหาสาธารณสุขโดยมีรัฐบาลเป็นผู้กระตุ้นและสนับสนุนให้ประชาชนดูแลตนเองโดยใช้หลักการสำคัญของการสาธารณสุขมูลฐาน นั่นคือ การมีส่วนร่วมของชุมชน เน้นให้ประชาชนในหมู่บ้านได้รู้สึกเป็นเจ้าของและเข้ามามีส่วนร่วมช่วยเหลืองานด้านสาธารณสุข ทั้งด้านกำลังคน กำลังเงิน และวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ โดยมีการนำระบบอาสาสมัครสาธารณสุข ได้แก่ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการให้บริการสาธารณสุขแบบผสมผสานที่ดำเนินการโดย “ประชาชนบริการประชาชน” กระทรวงสาธารณสุข (อ้างถึงใน เกียรติศักดิ์ ศรีวงษ์ชัย, ๒๕๕๔)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นทรัพยากรบุคคลและเป็นปัจจัยสำคัญในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขมูลฐานโดยเฉพาะบทบาทการเป็นผู้นำในการมีส่วนร่วมพัฒนาและช่วยแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชนระดับรากหญ้า โดยได้รับการพัฒนา ส่งเสริมและสนับสนุนช่วยเหลือจากภาครัฐให้มีความรู้ ทักษะ และสามารถวิเคราะห์แก้ปัญหาทางด้านสาธารณสุขต่างๆภายในชุมชนของตนเองได้ นอกจากนี้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ยังมีความสำคัญในการรองรับนโยบายทางการสาธารณสุขของรัฐบาล ตลอดจนเป็นแกนนำการสร้างสุขภาพในชุมชน (คณิต หนูพลอย, ๒๕๕๓, หน้า ๑ – ๒)

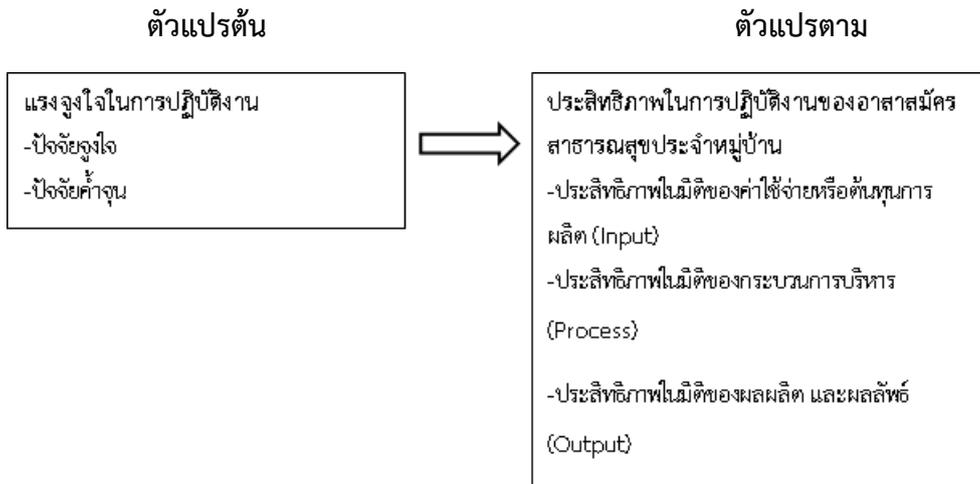
สำหรับ อสม.ที่ปฏิบัติหน้าที่ในตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี มีจำนวน ๕ หมู่บ้าน ครึ่งเรือนทั้งสิ้น ๑,๐๖๒ หลังคาเรือน ประชากร ๔,๙๘๕ คน โดยในตำบลน้ำอ่าง มี อสม.ที่อยู่ในความรับผิดชอบจำนวน ๗๐ คน (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำอ่าง, ๒๕๖๑) และจากสถานการณ์ทางเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปส่งผลให้ค่าครองชีพสูงขึ้น อสม.ต้องออกไปประกอบอาชีพเพื่อเลี้ยงครอบครัว ภาระทางครอบครัวมากขึ้น ส่งผลให้อสม.บางคนไม่สามารถปฏิบัติงานในหน้าที่ได้ แต่บางคนก็ยังปฏิบัติงานอยู่อย่างต่อเนื่อง ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาแรงจูงใจที่มีผลต่อการเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี โดยใช้ทฤษฎีการจูงใจของ Frederick Herzberg ที่ประกอบด้วยปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนเพื่อนำผลการศึกษามาใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ อสม.ในพื้นที่ตำบลน้ำอ่าง มีแรงจูงใจสามารถปฏิบัติงานได้ตามบทบาทหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลยิ่งขึ้น (อ้างถึงใน อ้างถึงใน อมรมิตร มงคลเคหา, ๒๕๕๒, หน้า ๒๓)

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อศึกษาระดับประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี
๒. เพื่อศึกษาแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี
๓. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานและระดับประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี



กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross – Sectional Descriptive Research) เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยใช้การศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยเครื่องมือการศึกษาคือแบบสอบถาม (Questionnaire) ผู้วิจัยได้กำหนดระเบียบวิธีการวิจัยมีรายละเอียด ดังนี้

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในตำบลน้ำอ่าง อำเภอดงหลวง จังหวัดดงหลวง ที่ปฏิบัติงานเกิน 6 เดือน ประกอบด้วย 5 หมู่บ้าน มี อสม.ทั้งหมด ๗๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ของประชากรที่ต้องการศึกษา ซึ่งปรากฏตามตาราง

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

การศึกษานี้ได้ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ ๑ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ ๒ แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. ผู้ศึกษาได้ประยุกต์ใช้เครื่องมือจากการศึกษาของ สุวัฒน์ วงศ์ปฏิมาพร (๒๕๕๓)

ส่วนที่ ๓ แบบสอบถามเกี่ยวกับระดับประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของอสม.

การวิเคราะห์ข้อมูล

แบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 4 ส่วน คือ

๑. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage)

๒. การวิเคราะห์เกี่ยวกับปัจจัยจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอสม. ใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

๓. การวิเคราะห์ระดับประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของ อสม. ใช้สถิติค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

๔. การทดสอบสมมติฐาน

ผลการวิจัย

ตอนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ ๙๔.๓ มีอายุอยู่ระหว่าง ๕๑ – ๖๐ ปี คิดเป็นร้อยละ ๔๘.๖ ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ ๗๗.๑ สถานะภาพครอบครัวสมรส



คิดเป็นร้อยละ ๙๐ มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า ๕,๐๐๐ บาท คิดเป็นร้อยละ ๖๗.๑ อาชีพส่วนใหญ่คืออาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ ๘๕.๗ ระยะเวลาในการปฏิบัติงานตำแหน่งอสม.ส่วนใหญ่ ๕ – ๑๐ ปี คิดเป็นร้อยละ ๒๗.๑ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของประชาชน พบว่าส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ ๗๗.๒

ตอนที่ ๒ ปัจจัยจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ผลการศึกษาพบว่า แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๖๗ แรงจูงใจจำแนกตามปัจจัยจูงใจด้านความสำเร็จของงานโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๗๖ แรงจูงใจจำแนกตามปัจจัยจูงใจด้านการได้รับการยอมรับนับถือโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๖๘ แรงจูงใจจำแนกตามปัจจัยจูงใจด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๖๘ แรงจูงใจจำแนกตามปัจจัยจูงใจด้านความรับผิดชอบโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๘๑ แรงจูงใจจำแนกตามปัจจัยจูงใจด้านความเจริญก้าวหน้าในหน้าที่การงานโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๖๗ แรงจูงใจจำแนกตามปัจจัยจูงใจด้านนโยบายและการบริหารโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๗๗ แรงจูงใจจำแนกตามปัจจัยจูงใจด้านค่าตอบแทนและประโยชน์เกื้อกูลโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๘ แรงจูงใจจำแนกตามปัจจัยจูงใจด้านความมั่นคงในงานที่ทำโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๘๕ แรงจูงใจจำแนกตามปัจจัยจูงใจด้านสภาพการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๗๘ แรงจูงใจจำแนกตามปัจจัยจูงใจด้านความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมงาน โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๘๘

ตอนที่ ๓ ระดับประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ผลการศึกษาพบว่า ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๑๐ ระดับประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านมิติของค่าใช้จ่ายหรือต้นทุนการผลิต โดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๓.๙๔ ระดับประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านมิติของกระบวนการบริหาร โดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๐๗ ระดับประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านมิติของผลผลิตและผลลัพธ์ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๔๔

ตอนที่ ๔ ผลการทดสอบสมมติฐาน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี มีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานในด้านปัจจัยจูงใจโดยรวมไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ๐.๐๕

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี มีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานในด้านปัจจัยจูงใจโดยรวมไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ๐.๐๕

สรุปผลและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการศึกษา

ตอนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ระหว่าง ๕๑ – ๖๐ ปี มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา มีสถานะภาพครอบครัวสมรส มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า ๕,๐๐๐ บาท มีอาชีพส่วนใหญ่คืออาชีพเกษตรกร มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานตำแหน่งอสม.ส่วนใหญ่ ๕ – ๑๐ ปี



ตอนที่ ๒ ปัจจัยจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

๑. ผลการวิเคราะห์แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยรวมอยู่ในระดับมาก ๒. ผลการวิเคราะห์แรงจูงใจจำแนกตามปัจจัยจูงใจด้านความสำเร็จของงานโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ๓. ผลการวิเคราะห์แรงจูงใจจำแนกตามปัจจัยจูงใจด้านการได้รับการยอมรับนับถือโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ๔. ผลการวิเคราะห์แรงจูงใจจำแนกตามปัจจัยจูงใจด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ๕. ผลการวิเคราะห์แรงจูงใจจำแนกตามปัจจัยจูงใจด้านความรับผิดชอบโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ๖. ผลการวิเคราะห์แรงจูงใจจำแนกตามปัจจัยจูงใจด้านความเจริญก้าวหน้าในหน้าที่การงาน เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีระดับแรงจูงใจมากที่สุด คือ ด้านมีโอกาสในการพัฒนาความรู้และประสบการณ์ในงานอยู่เสมอ ส่วนระดับแรงจูงใจมากที่สุด คือ การปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัคร มีส่วนส่งเสริมให้ได้ตำแหน่งอื่น ๆ ในชุมชน ๗. ผลการวิเคราะห์แรงจูงใจจำแนกตามปัจจัยด้านนโยบายและการบริหารโดยรวมอยู่ในระดับมาก ๘. ผลการวิเคราะห์แรงจูงใจจำแนกตามปัจจัยด้านค่าตอบแทนและประโยชน์เกื้อกูลโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ๙. ผลการวิเคราะห์แรงจูงใจจำแนกตามปัจจัยด้านความมั่นคงในงานที่ทำโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ๑๐. ผลการวิเคราะห์แรงจูงใจจำแนกตามปัจจัยด้านสภาพการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ๑๑. ผลการวิเคราะห์แรงจูงใจจำแนกตามปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมงาน โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด

ตอนที่ ๓ ระดับประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

๑. ผลการวิเคราะห์ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยรวมอยู่ในระดับมาก ๒. ผลการวิเคราะห์ระดับประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้านมิติของค่าใช้จ่ายหรือต้นทุนการผลิต โดยรวมอยู่ในระดับ ๓. ผลการวิเคราะห์ระดับประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้านมิติของกระบวนการบริหารโดยรวมอยู่ในระดับมาก ๔. ผลการวิเคราะห์ระดับประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้านด้านมิติของผลผลิตและผลลัพธ์ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด

ตอนที่ ๔ ผลการทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐาน

ผลการเปรียบเทียบพบว่าแรงจูงใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์ มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ๐.๐๕

ข้อเสนอแนะ

๑. ควรมีการศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีผลต่อการให้บริการของ อสม.ในเขตตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์
๒. ควรมีการศึกษาคุณภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของ อสม.ในเขตตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์



๓. ความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันไม่ได้ ตำบลหาดสองแคว อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์

นางสาวสุพิชชา ระไพพรมราช, นายธีระศักดิ์ บัวคำ,
นางพรทิวี หาญอมร, นายอัครเดช ปันนาวิน

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความฉลาดด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันไม่ได้ ตำบลหาดสองแคว อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์ ประชากรคือผู้สูงอายุ ที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงควบคุมความดันไม่ได้ อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ๓๕๑ คน เลือกกลุ่มตัวอย่างคำนวณตามหลักความน่าจะเป็น (Probability sampling) ประชากรหลัก ๑๐๐ ใช้ เกณฑ์ ๓๐% ของประชากรและกลุ่มตัวอย่างได้มาโดยวิธีสุ่มอย่างเป็นระบบ จำนวน ๑๑๕ คน ใช้แบบสอบถาม เรื่อง ความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันไม่ได้ ตำบลหาดสองแคว อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์ซึ่งผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน ๓ ท่าน และตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ (Reliability) เท่ากับ ๐.๗๓ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษา พบว่า ค่าคะแนนความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ในภาพรวมอยู่ในระดับไม่ดีพอ (ร้อยละ ๘๐) ระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพตามระดับการเรียนรู้ ๓ ระดับ ดังนี้ ๒.๑. ระดับที่ ๑ ระดับพื้นฐานกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ ๕๕.๗) ๒.๒. ระดับที่ ๒ ระดับปฏิบัติการสัมพันธ์ อยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ ๕๕.๗) ๒.๓. ระดับที่ ๓ ระดับวิจารณ์ญาณ อยู่ในระดับไม่ดีพอ (ร้อยละ ๑๐๐) ๓. ระดับของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพแบ่งระดับตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดในแต่ละองค์ประกอบของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ ๓.๑ องค์ประกอบที่ ๑ ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค กลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับถูกต้องบ้าง (ร้อยละ ๕๔.๘) ๓.๒ องค์ประกอบที่ ๒ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดีพอ (ร้อยละ ๘๐) ๓.๓ องค์ประกอบที่ ๓ ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ ๕๓.๙) ๓.๔ องค์ประกอบที่ ๔ ทักษะการตัดสินใจ กลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับไม่ดีพอ (ร้อยละ ๑๐๐) ๓.๕ องค์ประกอบที่ ๕ ทักษะการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับไม่ดีพอ (ร้อยละ ๔๔.๓) ๓.๖ องค์ประกอบที่ ๖ ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ กลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับไม่ดีพอ (ร้อยละ ๖๔.๓)

คำสำคัญ : ความฉลาดด้านสุขภาพ, ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันไม่ได้

ความสำคัญของปัญหา แนวคิดที่เกี่ยวข้อง

ประเทศไทยเข้าสู่การเป็น “สังคมสูงวัย” (Aged society) ตั้งแต่ปี ๒๕๔๘ คือ มีสัดส่วนประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป สูงถึงร้อยละ ๑๐ และตามการคาดประมาณประชากรของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ในปี ๒๕๖๔ ประเทศไทยจะเข้าสู่ “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” (Complete aged society) เมื่อประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป มีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ ๒๐ ของประชากรทั้งหมด (สำนักสถิติแห่งชาติ, ๒๕๖๑)

โรคความดันโลหิตสูงถือเป็นภัยเงียบที่สร้างปัญหาทางสุขภาพให้กับมนุษยชาติ จากรายงานของสำนักโรคไม่ติดต่อพบว่า ในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ จำนวนและอัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะเท่ากับ ๑,๗๑๑ รายต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ เท่ากับร้อยละ ๒๔.๗ ซึ่งสูงกว่า



การสำรวจเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๕๒ ซึ่งพบความชุก ร้อยละ ๒๑.๔๓ ความชุกของความดันโลหิตสูงจะเพิ่มขึ้นตามอายุจากร้อยละ ๔.๐ ในกลุ่มอายุ ๑๕-๒๙ ปี เพิ่มขึ้นตามลำดับจนสูงสุดในกลุ่มอายุ ๘๐ ปีขึ้นไป เป็นร้อยละ ๖๔.๙๔ (สมาคมเภสัชกรรมการตลาด (ประเทศไทย), ๒๕๖๐)

จากข้อมูลสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดสองแควพบว่า ในปี ๒๕๖๑ มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน ๖๐๗ คน เป็นผู้สูงอายุจำนวน ๔๔๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๓.๒๐ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด และมีผู้สูงอายุที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้จำนวน ๓๕๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๗๙.๗๗ ของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด

การควบคุมโรคความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับพฤติกรรมควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในทุกด้าน แต่เนื่องจากในปัจจุบันผู้สูงอายุสามารถรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพได้จากแหล่งที่มาหลากหลาย ทำให้ผู้สูงอายุจะต้องตัดสินใจเลือกใช้ข้อมูลและพิจารณาความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อดูแลสุขภาพของตนเองให้เหมาะสมซึ่งเป็นบทบาทที่ท้าทายของผู้สูงอายุ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นความฉลาดทางด้านสุขภาพจึงเป็นสิ่งที่นำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้ (แสงเดือน กิ่งแก้ว, ๒๕๕๘)

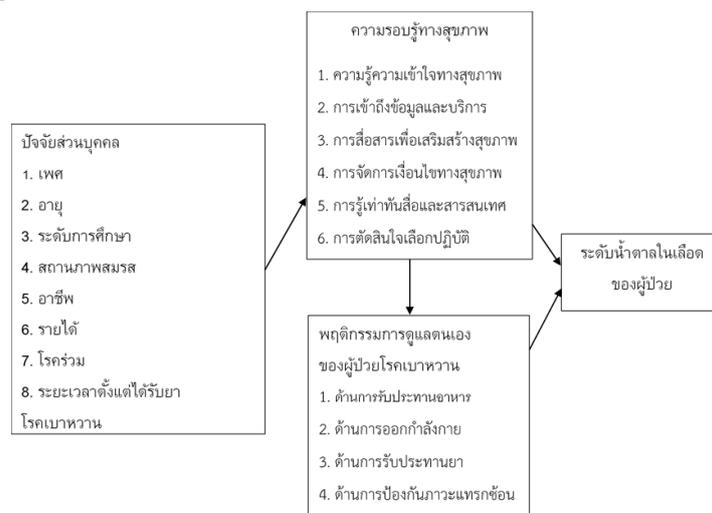
ความฉลาดทางสุขภาพ หรือ ความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health literacy) หมายถึง ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจเพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติและจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดี (กองสุขศึกษา , ๒๕๕๔)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาระดับความฉลาดทางสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่คุมได้ไม่ดีกว่ามีระดับความฉลาดทางสุขภาพอยู่ในระดับใดเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาความฉลาดในการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงให้อยู่ในเกณฑ์ที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความฉลาดด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันไม่ได้ ตำบลหาดสองแคว อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันไม่ได้ ตำบลหาดสองแคว อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่แปใช้ในการวิจัย คือ บุคคลวัยสูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันไม่ได้ อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองจาก รพ.สต.หาดสองแควในปี ๒๕๖๑ และอาศัยอยู่ในตำบลหาดสองแคว จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวนทั้งหมด ๓๕๑ คน

กลุ่มตัวอย่าง การเลือกกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณตามหลักความน่าจะเป็น (Probability sampling) ประชากรหลัก ๑๐๐ คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ ๑๕-๓๐% (หทัยชนก พรระเจริญ, ม.ป.ป, น.๘-๑๘) ซึ่งคณะวิจัยเลือกคำนวณจาก ๓๐% ดังนี้ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน ๑๐๕

คนและการสุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (Sample Random Sampling) กำหนดให้แต่ละหมู่บ้านเป็นหน่วยสุ่ม (sampling unit) โดยมีจำนวนตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้านเป็นสัดส่วนกับจำนวนประชากรในหมู่บ้านนั้น ๆ ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ๑๑๕ คน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างของผู้เข้าร่วมงานวิจัย

ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัย และวิธีการดำเนินการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และตอบข้อซักถาม และกลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาและผู้วิจัยนำเสนอข้อค้นพบเป็นภาพรวม ไม่กระทบกับกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นขอความร่วมมือเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอม และโครงร่างได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์แล้ว หมายเลข ๐๓๔/๖๒

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ คือแบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยดัดแปลงจากรรณศิริ นิลเนตร. (๒๕๕๗). และกองสุขภาพศึกษา (๒๕๕๗) โดยใช้แนวคิดทฤษฎีของ Nutbeam ซึ่งประกอบด้วย ๖ ชั้น ๓ ระดับ

แบ่งออกเป็น ๒ ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ ๑ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน ๗ ข้อ

ส่วนที่ ๒ ความฉลาดทางสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันไม่ได้ไม่ตี จำนวน ๔๘ ข้อ โดยมีเนื้อหาครอบคลุมความฉลาดทางสุขภาพตามกรอบแนวคิดความฉลาดทางสุขภาพของ Nutbeam แบ่งเป็น ๖ องค์ประกอบ ดังนี้ องค์ประกอบที่ ๑ ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค องค์ประกอบที่ ๒ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ องค์ประกอบที่ ๓ ทักษะการสื่อสารข้อมูล องค์ประกอบที่ ๔ ทักษะการตัดสินใจ องค์ประกอบที่ ๕ ทักษะการจัดการตนเอง องค์ประกอบที่ ๖ ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำแบบสอบถามมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่

๑ สถิติเชิงพรรณนา

๑.๑ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย เพื่ออธิบายให้เห็นลักษณะของข้อมูลทั่วไป

๑.๒ วิเคราะห์ความฉลาดทางสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันไม่ได้ โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย เพื่ออธิบายให้เห็นลักษณะของระดับความฉลาดทางสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันไม่ได้



ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่องความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันไม่ได้ ตำบลหาดสองแคว อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างตัวอย่างจำนวน ๑๑๕ คน มีรายละเอียดและได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็น ๕ ส่วน ตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันไม่ได้ ตำบลหาดสองแคว อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ ๗๐.๔ ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาสูงสุดในระดับ ประถมศึกษาตอนต้น (ป.๔) คิดเป็นร้อยละ ๘๘.๗ สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่คู่ คิดเป็นร้อยละ ๔๖.๑ อาชีพส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงานคิดเป็นร้อยละ ๕๗.๔ ความเพียงพอของรายได้ที่ใช้จ่ายต่อเดือน ส่วนใหญ่เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ ๖๘.๗ ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับยาโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่ ๖-๑๐ ปี คิดเป็นร้อยละ ๓๗.๔

ส่วนที่ ๒ ผลการวิเคราะห์ระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม

ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ ไม่ดีพอ กล่าวคือ เป็นผู้ที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่ เพียงพอต่อการควบคุมความดันโลหิตได้ คิดเป็นร้อยละ ๘๐

ส่วนที่ ๓ ผลการวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามระดับการรู้หนังสือ ๓ ระดับ

พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันไม่ได้ มีคะแนนความฉลาดทางสุขภาพตามระดับการเรียนรู้ดังนี้ ๑.ระดับพื้นฐาน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ ๕๕.๗ ๒.ระดับปฏิสัมพันธ์ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ ๕๕.๗ ๓.ระดับวิจารณ์ญาณ ทั้งหมดอยู่ในระดับไม่ดีพอ กล่าวคือ เป็นผู้ที่มีทักษะทางปัญญาอยู่ในระดับการมี วิจารณ์ญาณต่ำ คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐

ส่วนที่ ๔ ผลการวิเคราะห์การจำแนกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในแต่ละองค์ประกอบ

องค์ประกอบที่ ๑ ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ ถูกต้องบ้าง คิดเป็นร้อยละ ๕๔.๘ องค์ประกอบที่ ๒ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดีพอ คิดเป็นร้อยละ ๘๐ องค์ประกอบที่ ๓ ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ คิดเป็นร้อยละ ๕๓.๙ องค์ประกอบที่ ๔ ทักษะการตัดสินใจ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดีพอ คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ องค์ประกอบที่ ๕ ทักษะการจัดการตนเอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดีพอ คิดเป็นร้อยละ ๔๔.๓ องค์ประกอบที่ ๖ ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดีพอ คิดเป็นร้อยละ ๖๔.๓

ส่วนที่ ๕ ผลการวิเคราะห์รายข้อคำถาม ในแต่ละองค์ประกอบ

องค์ประกอบที่ ๑ ทักษะความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ตอบถูกในข้อคำถามที่ ๑๙ การแปรงฟันที่ถูกวิธี ควรแปรงฟันอย่างน้อยวันละ ๒ ครั้งคือ เวลาเช้าและก่อนนอน คิดเป็นร้อยละ ๙๒.๒ และข้อคำถามที่ ๖ ความเครียดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ ๙๒.๒

องค์ประกอบที่ ๒ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ ๘๐ เมื่อต้องการข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพื่อการดูแลสุขภาพของ สามารถ ค้นหาข้อมูลจากหลายๆ แหล่ง รองลงมาได้แก่ เมื่อต้องการข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดันและการดูแลสุขภาพ สามารถ ค้นหา หรือ สอบถามจากผู้รู้ได้ว่าข้อมูลนั้นถูกต้องหรือไม่ ร้อยละ ๗๘.๓



องค์ประกอบที่ ๓ ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ ๙๔ ฟังคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง แล้วเข้าใจดี รองลงมาได้แก่ อ่านฉลากยาแล้วเข้าใจดี และรับประทานยาด้วยตนเอง ร้อยละ ๙๒.๒

องค์ประกอบที่ ๔ ทักษะการตัดสินใจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างบอกเหตุผลจากการใช้ความรู้ความเข้าใจที่มี มากที่สุดในข้อคำถามที่ ๑ คือ ถ้ามีคนซื้อขนมที่มีส่วนประกอบของกะทิในปริมาณที่สูงมาฝากทานจะกินหรือไม่ เพราะอะไร ร้อยละ ๙๙.๑

องค์ประกอบที่ ๕ ทักษะการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ ๙๑.๓ กำหนดเป้าหมายเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง เช่น การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง การงดหรือลดบุหรี่ยาสูบ

องค์ประกอบที่ ๖ ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ ๙๒.๒ ไม่เชื่อโฆษณาเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ที่รักษาโรคความดันโลหิตสูง ตัวอย่างเช่น อาหารเสริม สมุนไพร ที่สื่อนำเสนอ

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากการวิจัย สามารถสรุปผลการวิจัย เป็น ๓ ส่วน ได้ดังนี้

๑. คะแนนความฉลาดทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ในภาพรวมอยู่ในระดับ ไม่ดีพอ (ร้อยละ ๘๐)

๒. ระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพตามระดับการเรียนรู้ ๓ ระดับ ดังนี้

๒.๑. ระดับที่ ๑ ระดับพื้นฐานกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ ๕๕.๗)

๒.๒. ระดับที่ ๒ ระดับปฏิสัมพันธ์ อยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ ๕๕.๗)

๒.๓. ระดับที่ ๓ ระดับวิจารณ์ญาณ อยู่ในระดับไม่ดีพอ (ร้อยละ ๑๐๐)

๓. ระดับของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพแบ่งระดับตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดในแต่ละองค์ประกอบของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

๓.๑ องค์ประกอบที่ ๑ ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรคกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับถูกต้องบ้าง (ร้อยละ ๕๔.๘)

๓.๒ องค์ประกอบที่ ๒ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดีพอ (ร้อยละ ๘๐)

๓.๓ องค์ประกอบที่ ๓ ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ ๕๓.๙)

๓.๔ องค์ประกอบที่ ๔ ทักษะการตัดสินใจ กลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับไม่ดีพอ (ร้อยละ ๑๐๐)

๓.๕ องค์ประกอบที่ ๕ ทักษะการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับไม่ดีพอ (ร้อยละ ๔๔.๗)

๓.๖ องค์ประกอบที่ ๖ ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ กลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับไม่ดีพอ (ร้อยละ ๖๔.๓)

ข้อเสนอแนะ

๑. ควรมีการทำวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมทางสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันไม่ได้

๒. ควรมีการสร้างและพัฒนาแบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันไม่ได้ เพื่อให้มีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้กับกลุ่มอื่น ๆ ได้มากขึ้น



๔. พฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและการป้องกันตนเองจากการรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในตำบลข่อยสูง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรดิษฐ์

นายบุญยงค์ บุค้ำ

บทคัดย่อ

การทำเกษตรในปัจจุบันมีการนำสารเคมีกำจัดศัตรูพืชมาใช้ในปริมาณมากทำให้เกษตรกรมีความเสี่ยงที่จะรับสัมผัสสารเคมีและได้รับผลกระทบต่อสุขภาพทั้งแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้สารเคมี

กำจัดศัตรูพืชและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรตำบลข่อยสูง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรดิษฐ์ เก็บข้อมูลจากเกษตรกรที่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชจำนวน ๙๖ ราย

ผลการศึกษา พบว่า สารกำจัดศัตรูพืชที่เกษตรกรตำบลข่อยสูงนิยมนำมาใช้มากที่สุด คือ สารกำจัดวัชพืช ร้อยละ ๔๗.๓๗ โดย ประเภทของสารกำจัดวัชพืชที่เกษตรกรนิยมใช้กัน ไกลโฟเซต พบร้อยละ ๙๔.๗๙ ของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนสารกำจัดแมลงพบการนำมาใช้ในพื้นที่ ร้อยละ ๓๗.๘๗ ประเภทของสารกำจัดแมลงที่นำมาใช้มากที่สุด คือ อะบาเม็กติน คิดเป็นร้อยละ ๕๗.๒๙ และสารกำจัดเชื้อราพบการนำมาใช้ ร้อยละ ๑๔.๗๕ ประเภทของสารกำจัดเชื้อราที่มีการใช้มากที่สุด คือ เมตาแลคซิล คิดเป็นร้อยละ ๒๐.๘๓ เกษตรกรส่วนใหญ่มีการป้องกันตนเอง ซึ่งอุปกรณ์ที่เกษตรกรใช้ป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชมากที่สุด คือ หมวก (ร้อยละ ๖๗.๗๑) นอกจากนี้ยังมีเกษตรกรบางส่วนไม่สวมอุปกรณ์ขณะที่ฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเลย (ร้อยละ ๗.๒๙) ซึ่งมีความเสี่ยงสูงในการได้รับสารพิษเข้าสู่ร่างกาย ในส่วนของการป้องกันตัวเองหลังการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชนั้น เกษตรกรมีการป้องกันตัวเองค่อนข้างดี แต่ในส่วนของ การป้องกันตัวเองในขณะที่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชนั้น กลับมีการป้องกันที่ไม่รัดกุมเท่าที่ควร เกษตรกรจึงมีความเสี่ยงค่อนข้างสูงที่จะเกิดโรคอันเกิดจากการสะสมของสารพิษในร่างกาย

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า เกษตรกรมีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่มารบกวนผลผลิตทางการเกษตร และมีพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ไม่ปลอดภัย ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรส่งเสริมพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างปลอดภัยแก่เกษตรกรเพื่อลดความเสี่ยงต่อสุขภาพโดยเฉพาะพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืช และควรมีการส่งเสริมการใช้สารชีวภาพแทนการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในการดูแลพืชที่เพาะปลูกในกลุ่มเกษตรกร เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อเกษตรกร ผู้บริโภคและสิ่งแวดล้อม

คำสำคัญ พฤติกรรม, สารเคมีกำจัดศัตรูพืช, เกษตรกร

ที่มาและความสำคัญ

การทำเกษตรในปัจจุบันมีการนำสารเคมีกำจัดศัตรูพืชมาใช้ในปริมาณมาก จากรายงานสรุปการนำเข้าวัตถุดิบทางการเกษตรในปี ๒๕๕๘ พบว่า มีการนำเข้าสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ๑๔๙,๔๕๙ ตัน โดยชนิดของวัตถุดิบที่นำเข้าสูงสุด ๓ อันดับแรก ได้แก่ ไกลโฟเซต ๕๘,๐๗๘,๒๐๑ กก. คิดเป็น ร้อยละ ๓๙ รองลงมาคือ พาราควอต ๓๐,๔๔๐,๖๗๑ กก. คิดเป็นร้อยละ ๒๐ และ ฟูโพร - ดี ๘,๐๒๙,๓๓๖ กก. คิดเป็นร้อยละ ๖ (เครือข่ายเตือนภัยสารเคมีกำจัดศัตรูพืช, ๒๕๕๙) และ รายงานข้อมูลการป่วยจากสารพิษกำจัดศัตรูพืช ๓ ปี ย้อนหลังตั้งแต่ปี ๒๕๕๗-๒๕๕๙ พบว่า ในปี ๒๕๕๗ มีผู้ป่วยจากพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ๖,๔๘๐ ราย อัตรา ๙.๘๘/แสนประชากร ปี ๒๕๕๘ มีผู้ป่วยจากพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ๕,๘๒๓ ราย อัตรา ๘.๙๕/แสนประชากร และปี ๒๕๕๙ มีผู้ป่วย



จากพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ๙,๐๓๙ ราย อัตรา ๑๘.๗๘/แสนประชากร (เครือข่ายเตือนภัยสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ,๒๕๕๙)

การเกิดพิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเป็นประเด็นที่สำคัญทางด้านสาธารณสุขทั่วโลกทั้งในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วและที่กำลังพัฒนา (World Health Organization, ๒๐๐๘) ในปี ค.ศ. ๒๐๑๑ องค์การอนามัยโลกรายงานสถานการณ์เกษตรกรรมทั่วโลกประสบปัญหาด้านสุขภาพจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชประมาณ ๒๕ ล้านคน และเกิดพิษจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชประมาณ ๓ ล้านคน (Xia et al., ๒๐๑๔; Clegg & van Gemert อ้างใน อุดลย์ บัณฑุกุล, ๒๕๕๔) ในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. ๒๐๐๘ พบอัตราป่วยจากการได้รับพิษของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ๑.๘๒ ต่อแสนประชากร (World Health Organization, ๒๐๐๘) และในปี ค.ศ. ๒๐๑๓ พบผู้ป่วยด้วยพิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชประมาณ ๒ ล้านคน (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], ๒๐๑๓) สำหรับประเทศที่กำลังพัฒนา ดังเช่นประเทศไทย ในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๕๐ - ๒๕๕๕ พบอัตราการป่วยจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ๑๕.๘๒ ต่อแสนประชากร (พิบูล อิศสระพันธ์, ๒๕๕๗) ซึ่งเป็นอัตราป่วยค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้ว เมื่อพิจารณาเป็นรายภาคของประเทศไทย พบอัตราป่วยสูงสุดด้วยพิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในภาคเหนือ (๔.๘๒ ต่อแสนประชากร) รองลงมาคือภาคกลาง (๒.๐๕ ต่อแสนประชากร) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (๒.๐๔ ต่อแสนประชากร) ขณะที่ภาคใต้พบอัตราป่วยด้วยพิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชน้อยที่สุด (๐.๕๕ ต่อแสนประชากร) (สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, ๒๕๕๕) ประกอบกับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นของปริมาณการนำเข้าสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในประเทศไทยโดยในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ มีปริมาณการนำเข้าสารเคมีกำจัดศัตรูพืช จำนวน ๓๙,๖๓๔ ตัน (สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, ๒๕๕๒) เพิ่มขึ้นเป็น ๑๓๔,๐๐๐ ตัน ในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ (เครือข่ายเตือนภัยสารเคมีกำจัดศัตรูพืช [ไทยแพน], ๒๕๕๗) จึงทำให้คาดการณ์ได้ว่า ปัญหาพิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชพืชน่าจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน

พื้นที่ตำบลช่อสูง อำเภอดรอน จังหวัดอุตรดิตถ์ มีเกษตรกรที่ทำอาชีพทำไร่อ้อย และทำนา จำนวนมากจากข้อมูลในเดือน ตุลาคม ๒๕๖๑ พบว่า พื้นที่ปลูกอ้อยและทำนาของเกษตรกรในตำบลช่อสูง มีประมาณ ๑,๒๐๐ ไร่ โดยพืชที่ปลูกมากเป็นอันดับหนึ่ง คือ อ้อย รองมาคือ ข้าว พืชเหล่านี้มีศัตรูพืชในขณะเพาะปลูก ทำให้เกษตรกรต้องเลือกใช้สารกำจัดศัตรูพืชมาใช้ในการกำจัดศัตรูพืชที่รบกวนการเจริญเติบโตของพืช อีกทั้งสารกำจัดศัตรูพืชนั้นหาซื้อได้ง่ายและได้ผลเร็วในการกำจัดศัตรูพืช ทำให้มีการใช้สารเคมีที่มากเกินไป (นันทา, ๒๕๕๘) ประชาชนในตำบลช่อสูงส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ ๗๐ และปลูกพืชโดยใช้สารเคมี จากผลการตรวจเลือดหาสารเคมีตกค้างในกระแสเลือดของเกษตรกร จำนวนทั้งสิ้น ๑๘๘ ราย ในปี ๒๕๖๑ พบว่าผู้ที่มีความเสี่ยงจำนวน ๖๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๓๒.๔๕ และพบผู้ที่อยู่ในเกณฑ์ไม่ปลอดภัย จำนวน ๒๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๒.๒๓ จากข้อมูลจะพบว่า เกษตรกรส่วนใหญ่มีความเสี่ยงจากการใช้สารเคมี ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อผู้บริโภคและประชาชนในพื้นที่ทั้งทางตรงและทางอ้อม (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลช่อสูง ,๒๕๖๑) ในปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลว่าทำไมเกษตรกรจึงมีการรับสัมผัสสารเคมีทางการเกษตรมาก ผู้วิจัยจึงต้องการที่จะศึกษาพฤติกรรมในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และการป้องกันตนเองจากสารกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในตำบลช่อสูง ข้อมูลที่ได้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการให้ความรู้และการป้องกันผลกระทบแก่เกษตรกรต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

๑. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรตำบลช่อสูง อำเภอดรอน จังหวัดอุตรดิตถ์

๒. เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันตนเองจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ตำบลช่อสูง อำเภอดรอน จังหวัดอุตรดิตถ์



วิธีดำเนินงานวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้สารกำจัดศัตรูพืชและการป้องกันตนเองของเกษตรกร โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับประชากร เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นบุคคลที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม โดยทำการสำรวจกลุ่มประชากรในพื้นที่หมู่ที่ ๑ ถึงหมู่ที่ ๘ ตำบลข่อยสูง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี เป็นบุคคลที่มีการใช้และสัมผัสกับสารกำจัดศัตรูพืชโดยการฉีดพ่น การผสม การช่วยลากสายยาง เป็นต้นจำนวน ๑๐๐ คน (รพสต.ข่อยสูง,๒๕๖๑)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ คือแบบสอบถามเรื่องพฤติกรรมการใช้สารกำจัดศัตรูพืชและการป้องกันตนเองของเกษตรกรตำบลข่อยสูง จำนวน ๑๗ ข้อ

โดยแบ่งออกเป็น ๓ ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ ๑ เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ การปลูกพืช การเก็บสารเคมีไว้ในบ้าน การใช้สารกำจัดศัตรูพืชของบุคคลในครอบครัว การใช้สารกำจัดศัตรูพืชของผู้เกษตรกร วิธีการฉีดพ่น และ ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มใช้สารกำจัดศัตรูพืช จำนวน ๘ ข้อ

ส่วนที่ ๒ แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้สารกำจัดศัตรูพืช

ส่วนที่ ๓ การป้องกันตนเองของเกษตรกร จำนวน ๙ ข้อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

๑. ผู้วิจัยประสานกับผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อชี้แจงรายละเอียดถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล

๒. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

๒.๑ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มประชากรโดย อสม.นำเข้าพบ อธิบายรายละเอียดของงานวิจัย

๒.๒ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มประชากรในช่วงเวลาที่นัดหมาย

๒.๓ เมื่อเสร็จสิ้นในการรวบรวมข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถามผู้วิจัยจะเปิดโอกาสให้กลุ่มประชากรซักถามข้อสงสัยอีกครั้งและตอบข้อซักถามให้กลุ่มประชากรหายสงสัย

๒.๔ ผู้วิจัยรับแบบสอบถามกลับและตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามและข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาลงรหัสวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ พืชที่ปลูก การเก็บสารเคมี วิธีฉีดพ่น ระยะเวลาที่เริ่มฉีดพ่น ประเภทและชนิดของสารเคมี การใช้และพฤติกรรมการป้องกันตนเองของเกษตรกร โดยนำมาแจกแจงความถี่ (Frequency) และ ร้อยละ (Percentage)



สรุปผลและอภิปรายผล

จากการศึกษาโดยการเก็บข้อมูลการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร พบว่า เกษตรกรส่วนใหญ่มีการใช้สารเคมีกำจัดวัชพืชมากที่สุด (ร้อยละ ๔๗.๓๗) ส่วนชนิดของสารปราบวัชพืชที่นิยมใช้มากที่สุด คือ ไกลโฟเซต (ร้อยละ ๙๔.๗๙) และกริมมอกโซน (ร้อยละ ๘๑.๒๕) สาเหตุอาจเนื่องมาจากในพื้นที่เพาะปลูกมีวัชพืชเกิดขึ้น จึงต้องมีการกำจัดวัชพืชออกไปเพื่อเป็นการป้องกันการแก่งแย่งธาตุอาหารของพืชผลทางการเกษตร ซึ่งอาจส่งผลการเจริญเติบโตของพืชผลทางการเกษตรและปริมาณผลผลิตที่จะได้

ส่วนพฤติกรรมในด้านของการป้องกันตัวเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร พบว่า เกษตรกรส่วนใหญ่จะมีการใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเองเมื่อมีการใช้หรือมีการผสมสารเคมีกำจัดวัชพืช แสดงให้เห็นว่าเกษตรกรพอจะมีความรู้เกี่ยวกับอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้สารเคมีในเบื้องต้น ซึ่งอุปกรณ์ที่เกษตรกรมีการใช้ป้องกันตนเองขณะที่ฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชมากที่สุด คือ หมวก (ร้อยละ ๖๗.๗๑) อาจเพราะเป็นอุปกรณ์ที่หาซื้อใช้ได้ง่ายและมีความสะดวกต่อการทำงาน มีเพียงส่วนหนึ่งเท่านั้นที่จะใช้หน้ากากป้องกัน (ร้อยละ ๓๒.๒๙) และชุดป้องกันเต็มตัว (ร้อยละ ๗.๒๙) ดังนั้น เกษตรกรกลุ่มนี้จึงมีความเสี่ยงที่จะได้รับสารพิษเข้าสู่ร่างกายทั้งทางการสูดดมและการสัมผัสพิษทางผิวหนังค่อนข้างมาก ส่วนเกษตรกรส่วนน้อยที่ไม่สวมอุปกรณ์ขณะที่พ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชนั้น มีความเสี่ยงสูงมากที่จะได้รับสารพิษเข้าสู่ร่างกายจนเกิดอันตรายต่อสุขภาพ ถ้าหากได้รับพิษในปริมาณมาก อาจจะทำให้เกิดอาการผิดปกติจากการได้รับพิษเฉียบพลัน ซึ่งเมื่อสารพิษสะสมอยู่ในร่างกายเป็นเวลานาน ก็จะทำให้เกิดอาการผิดปกติของร่างกายจากอาการพิษเรื้อรัง

ในด้านของพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรนั้นจะเห็นได้ว่า เกษตรกรมีการป้องกันตัวเองในเบื้องต้น เช่น การซักผ้าโดยแยกซักผ้าที่เปื้อนสารเคมีออกจากผ้าปกติ (ร้อยละ ๖๑.๔๖) มีการล้างถังฉีดยาด้วยการฉีดน้ำ (ร้อยละ ๗๕.๐๐) มีการซ่อมแซมอุปกรณ์ที่ใช้ฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเมื่อชำรุด (ร้อยละ ๗๖.๐๔) และการเก็บสารเคมีกำจัดศัตรูพืชไว้ที่บ้านจะเก็บไว้แยกออกกับตัวบ้าน (ร้อยละ ๔๐.๖๓) พฤติกรรมเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยในการป้องกันสารเคมีไม่ให้เข้าสู่ร่างกาย ในส่วนของการป้องกันตัวเองหลังการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช เกษตรกรมีการป้องกันตัวเองในระดับที่ค่อนข้างดี

สรุปผลการวิจัย

จากการสำรวจพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรตำบลห้วยสูง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี ด้านสารเคมีกำจัดศัตรูพืช พบว่า สารกำจัดวัชพืชที่เกษตรกรนิยมใช้มากที่สุด คือ ไกลโฟเซต (ร้อยละ ๙๔.๗๙) สารกำจัดศัตรูพืชประเภทสารกำจัดแมลงที่นิยมใช้มากที่สุด คือ อะบาเม็กติน (ร้อยละ ๕๗.๒๙) และสารกำจัดศัตรูพืชประเภทสารกำจัดเชื้อราที่นิยมใช้มากที่สุด คือ เมตาแลคซิล (ร้อยละ ๒๐.๘๓) และจากการสำรวจพฤติกรรมป้องกันตนเองจากการรับสัมผัสสารกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร พบว่า เกษตรกรส่วนใหญ่มีการป้องกันตนเอง ซึ่งอุปกรณ์ที่เกษตรกรใช้ป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชมากที่สุด คือ หมวก (ร้อยละ ๖๗.๗๑) นอกจากนี้ยังมีเกษตรกรบางส่วนไม่สวมอุปกรณ์ขณะที่ฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเลย (ร้อยละ ๗.๒๙) ซึ่งมีความเสี่ยงสูงในการได้รับสารพิษเข้าสู่ร่างกาย ในส่วนของการป้องกันตัวเองหลังการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชนั้น เกษตรกรมีการป้องกันตัวเองค่อนข้างดี แต่ในส่วนของ การป้องกันตัวเองในขณะที่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชนั้น กลับมีการป้องกันที่ไม่รัดกุมเท่าที่ควร เกษตรกรจึงมีความเสี่ยงค่อนข้างสูงที่จะเกิดโรคอันเกิดจากการสะสมของสารพิษในร่างกาย



ข้อเสนอแนะ

๑. ควรมีการศึกษาเชิงทดลอง หรือกึ่งทดลองเกี่ยวกับ การเรียนรู้เพื่อส่งเสริมให้เกษตรกรมีความรู้ และพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ปลอดภัยมากขึ้น อันจะส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การใช้และการป้องกันการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป

๒. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเจาะลึกในประเด็นพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชซึ่งจะนำไปสู่การวางแผนแก้ไขปัญหที่สอดคล้องกับบริบทในการศึกษาและวิถีคิดของเกษตรกรเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และการป้องกันตนเองจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

๕. พฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช

ตำบลบ้านโป่ง อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย

นางประภาพร รินสินจ้อย

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาคั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช และศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ - มีนาคม ๒๕๖๓ ประชากรในการวิจัย เป็นผู้ป่วยโรคจิตเวช ที่อาศัยอยู่ในเขตบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโป่ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .๘๖ และหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .๘๐ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และ พฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเวช วิเคราะห์ด้วยค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าร้อยละ วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson correlation)

ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชโดยรวมระดับพฤติกรรมที่พึงประสงค์ปานกลาง มีค่าเฉลี่ย ๓.๒๕ (SD=๑.๑๐) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ๑.ด้านการรับการรักษาตามนัดระดับพฤติกรรมพึงประสงค์มากมีค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ๓.๓๘ (SD=๑.๒๘) ๒.ด้านการพักผ่อนและการออกกำลังกายระดับพฤติกรรมพึงประสงค์ปานกลางมีค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ๓.๓๑ (SD=๐.๙๓) ๓.ด้านการจัดการกับความเครียดระดับพฤติกรรมพึงประสงค์ปานกลางมีค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ๓.๒๘ (SD=๑.๒๕) ๔.ด้านการรับประทานยาระดับพฤติกรรมพึงประสงค์ปานกลางมีค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ๓.๒๔ (SD=๑.๒๐) และ ๕.ด้านการรับประทานอาหารระดับพฤติกรรมพึงประสงค์ปานกลางมีค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ๓.๐๗ (SD=๐.๘๕) ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองโดยรวมดังนี้ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอายุแตกต่างกันมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.๐๑ โดยมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกัน ผู้ป่วยจิตเวชที่สูบบุหรี่ มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.๐๑ โดยมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกัน ผู้ป่วยจิตเวชที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวแตกต่างกันมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.๐๕ โดยมีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงกันข้าม ผู้ป่วยจิตเวชที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แตกต่างกันมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.๐๕ โดยมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกัน ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลด้านอื่นๆไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลตนเองโดยรวม



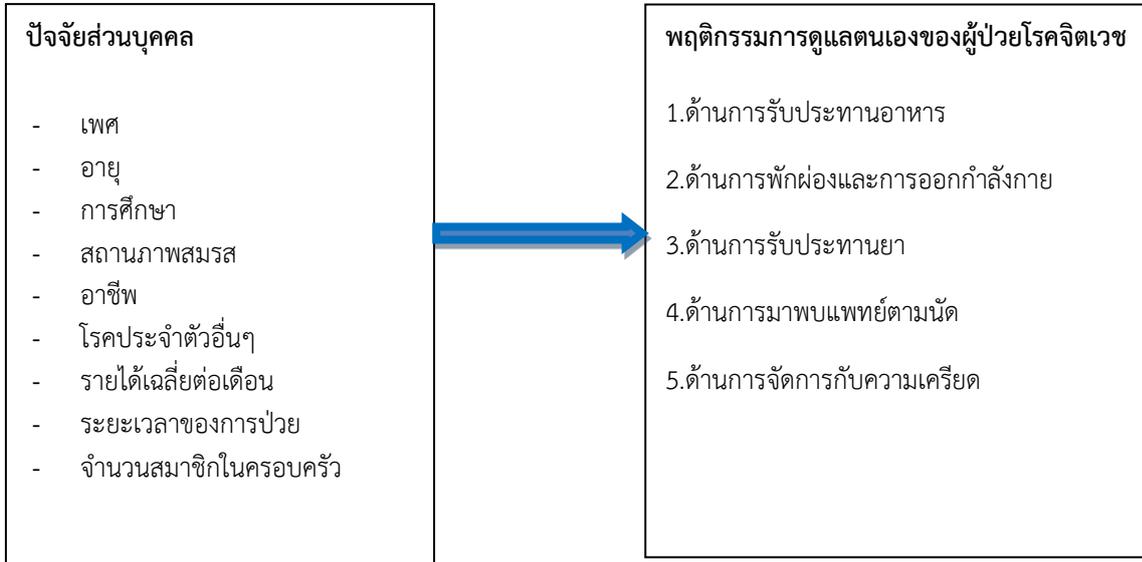
ความสำคัญของปัญหา แนวคิดที่เกี่ยวข้อง : ผู้ป่วยจิตเวชเป็นบุคคลที่มีอาการผิดปกติของจิตใจที่แสดงออกทางพฤติกรรม อารมณ์ ความคิด ความจำ สติปัญญา ประสาท การรับรู้ หรือการรู้เวลา สถานที่ หรือบุคคล รวมทั้งอาการผิดปกติของจิตใจที่เกิดจากสุราหรือสารอื่นที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคตามเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก (แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ พ.ศ.๒๕๖๐ -๒๕๖๔) ปัญหาสุขภาพจิตกำลังเป็นภัยเงียบคุกคามสังคมไทย มีปริมาณผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทวีคูณ โดยเฉพาะอาการป่วยทางจิตสัญญาณแรกของการฆ่าตัวตายอย่างโรคซึมเศร้า และความผิดปกติทางอารมณ์ ปี ๒๕๖๑ มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ๑.๕ ล้านคน โดยทุกๆ ๒ ชั่วโมงจะมีคนฆ่าตัวตายสำเร็จเฉลี่ย ๑ คน สัดส่วนผู้ชายฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้หญิง โรคซึมเศร้าเป็นหนึ่งในสาเหตุที่ทำให้เกิดการฆ่าตัวตาย โดยทั่วโลกพบว่ามีผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากว่า ๓๐๐ ล้านคน (กรมสุขภาพจิต, ๒๕๖๒) และยังพบว่าปัจจุบันสุขภาพจิตของคนไทยมีระดับความเครียดสูงมาก ภาวะเครียดก่อให้เกิดได้หลายโรค เช่น โรคจิตเภทได้ซึ่งเป็นโรคทางจิตเวชที่ถึงแม้จะพบไม่มาก แต่ยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญทางด้านจิตเวชและสาธารณสุข จะพบโรคนี้ประมาณร้อยละ ๑ ของประชากร คาดว่าทั่วประเทศมีประมาณ ๖๐๐,๐๐๐ คน ส่วนใหญ่เป็นวัยแรงงาน พบในผู้ชายและผู้หญิงใกล้เคียงกัน(อังคณา วังทอง และ อนุชิต วังทอง, ๒๕๕๗) ผลจากภาวะความเครียดส่งผลให้แรงงานไทยเกือบ ๑ ใน ๑๐ ตั้งแต่ระดับผู้ใช้แรงงานจนถึงคนทำงานบริษัท มีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย อันเนื่องมาจากคุณภาพชีวิตไม่ดีพอ โดยเฉพาะผู้มีอาชีพรับจ้างทั่วไปที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าอาชีพอื่นๆ และมีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายสูง โดยสถิติตั้งแต่ปี ๒๕๔๘-๒๕๕๓ พบว่า วัยทำงานอายุระหว่าง ๑๕-๕๙ ปี เป็นกลุ่มคนที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุด ๗.๑ คนต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน ในจำนวนนี้กลุ่มคนที่มีอายุระหว่าง ๒๕-๕๙ ปี มีอัตราการฆ่าตัวตายอยู่ที่ ๔.๖ คนต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐คน (กรมสุขภาพจิต,๒๕๕๘) สถานการณ์ปัญหาการฆ่าตัวตายจังหวัดเชียงรายในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘-๒๕๖๑ ยังคงเป็นปัญหาด้านสุขภาพจิตที่สำคัญของพื้นที่มาโดยตลอดโดยพบว่า อัตราการฆ่าตัวตาย สำเร็จต่อแสนประชากร เท่ากับ ๑๓.๐๖, ๑๓.๑๙, ๑๙.๐๐ และ ๘.๖๔ ตามลำดับ ในปี ๒๕๖๑ พบว่า ๓ อำเภอแรกที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงสุดได้แก่ อำเภอเทิง อำเภอเวียงป่าเป้า และอำเภอเวียงชัย คือ ๒๒.๓๐, ๒๑.๗๖ และ ๑๙.๗๗ ตามลำดับ และจากการวิเคราะห์ข้อมูลของพื้นที่จังหวัดเชียงราย พบว่า ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงอยู่ในช่วง อายุ ๓๕-๖๕ปี เป็นการทำสำเร็จในครั้งแรกถึง ๙๐% สาเหตุและปัจจัยกระตุ้นให้ฆ่าตัวตาย คือการทะเลาะกับคนใกล้ชิด น้อยใจคนในครอบครัว และสัมพันธ์กับการดื่มสุรา สาเหตุและปัจจัยที่กระตุ้นให้ฆ่าตัวตาย คือปัญหาด้านเศรษฐกิจ หนี้สิน และเจ็บป่วยโรคทางจิตเวชได้แก่โรคจิตเภท และโรคซึมเศร้า (เขตสุขภาพที่ ๑, ๒๕๖๒) อำเภอเวียงป่าเป้า อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ปี งบประมาณ ๒๕๕๘-๒๕๖๑ ต่อแสนประชากร ตามลำดับดังนี้ ๙.๑๕, ๑๔.๐๓, ๒๐.๙๐ และ ๒๑.๗๖ (เขตสุขภาพที่ ๑, ๒๕๖๒) ซึ่งมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเพิ่มขึ้นทุกปี และยังพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาด้านสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น สำหรับตำบลบ้านโป่งอัตราความชุกของผู้ป่วยจิตเวช ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๒ ต่อพันประชากร ตามลำดับดังนี้ ๓๐.๗๒, ๒๓.๙๒, และ ๒๖.๘๕ อัตราพยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จต่อพันประชากร ปี ๒๕๕๙-๒๕๖๑ ตามลำดับดังนี้ ๔๖, ๔๗, ๕๓ และพบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อพันประชากร ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๒ ตามลำดับดังนี้ ๔.๓๓, ๔.๗๒ และ ๔.๓๘ (สรุปผลงานประจำปี รพ.สต.บ้านโป่ง ๒๕๖๑, ๒๕๖๒) ดังนั้นการศึกษาพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช และศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช จะเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่จะใช้ในการวางแผนในการดูแลผู้ป่วย และเป็นการดูแลต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

๑. เพื่อศึกษาพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช ตำบลบ้านโป่ง อ.เวียงป่าเป้า จ.เชียงราย

๒. เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช ตำบลบ้านโป่ง อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากร (Population) ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยด้วยโรคจิตเวช ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่บริการของ รพ. สต.บ้านโป่ง และอยู่ระหว่างการรักษาโรคทางจิตเวช ตั้งแต่ ๖ เดือนขึ้นไป จำนวน ๕๐ คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยอาศัยแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชของ จีรพรรณ สุริยงค์ และคณะ(๒๕๕๒) ประกอบด้วย ๒ ส่วนดังนี้ ส่วนที่ ๑ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ ๒ แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชประกอบด้วย ๕ ด้าน คือ ๑.ด้านการรับประทานอาหาร ๒. ด้านการพักผ่อนและการออกกำลังกาย ๓.ด้านการรับประทายยา ๔.ด้านการมาพบแพทย์ตามนัด ๕.ด้านการจัดการกับความเครียด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์และการพยาบาลทางจิตเวช จำนวน ๕ ท่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) ได้เท่ากับ ๐.๘๖ มีความตรงตามเนื้อหาในระดับสูง การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ(reliability) โดยนำไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคทางจิตเวช ในเขตพื้นที่ตำบลป่าจ้าว อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย จำนวน ๓๐ คน นำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient; α) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ ๐.๘๐ มีความเชื่อมั่นในระดับดี

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมการข้อมูลด้วยตนเอง โดยอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงวิธีการตอบแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านแบบสัมภาษณ์ให้ฟัง แล้วให้ผู้ป่วยบอกถึงระดับการปฏิบัติในกิจกรรมนั้นๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ประกอบด้วยการวิเคราะห์ ดังนี้ ๑. ข้อมูลทั่วไป และ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเวช วิเคราะห์ด้วยค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วน



เบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าร้อยละ ๒. การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช ใช้ สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Correlation)

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง การให้ความร่วมมือครั้งนี้เป็นสิทธิ์ของผู้ป่วยจิตเวช การตอบรับหรือ ปฏิเสธในการตอบแบบสัมภาษณ์จะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ และคำตอบที่ได้จากการ สัมภาษณ์จะถือเป็นความลับ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่อาศัยอยู่หมู่ที่ ๓ บ้านสัน ร้อยละ ๒๔ เป็นเพศชาย ร้อยละ ๕๘ อายุระหว่าง ๒๖-๓๕ และ ๕๖-๖๕ ปี ร้อยละ ๒๒ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ ๖๔ นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ ๙๖ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ ๔๒ อาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ ๔๐ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า ๕,๐๐๐ บาท ร้อยละ ๕๖ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ๓-๔ คน ร้อยละ ๘๒ ส่วนใหญ่แล้วไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ ๖๖ และไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ ๗๔ ระยะเวลาในการรักษา ๖ เดือนถึง ๕ ปี ร้อยละ ๗๔

ส่วนที่ ๒ ระดับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช พฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชโดยรวมมีค่าเฉลี่ย ๓.๒๕ (SD=๑.๑๐) ระดับพฤติกรรมที่พึงประสงค์ปานกลาง เมื่อพิจารณาราย ด้านพบว่า ๑.ด้านการรับการรักษาตามนัดมีค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ๓.๓๘ (SD=๑.๒๘) ระดับพฤติกรรมพึงประสงค์ มาก ๒.ด้านการพักผ่อนและการออกกำลังกายมีค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ๓.๓๑ (SD=๐.๙๓) ระดับพฤติกรรมพึงประสงค์ ปานกลาง ๓.ด้านการจัดการกับความเครียดมีค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ๓.๒๘ (SD=๑.๒๕)ระดับพฤติกรรมพึงประสงค์ ปานกลาง ๔.ด้านการรับประทานยามีค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ๓.๒๔ (SD=๑.๒๐) ระดับพฤติกรรมพึงประสงค์ปานกลาง และ ๕.ด้านการรับประทานอาหารมีค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ๓.๐๗ (SD=๐.๘๕) ระดับพฤติกรรมพึงประสงค์ปานกลาง

ส่วนที่ ๓ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับพฤติกรรมดูแลตนเองของกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมดูแลตนเองโดยรวมดังนี้ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอายุแตกต่างกันมี พฤติกรรมในการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.๐๑ (ระดับปานกลาง $r=0.๔๖๕$)โดย มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกัน ผู้ป่วยจิตเวชที่สูบบุหรี่ มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.๐๑ (ระดับปานกลาง $r=0.๓๖๘$)โดยมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกัน ผู้ป่วยจิตเวช ที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวแตกต่างกันมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ.๐๕ (ระดับปานกลาง $r=0.๔๖๕$) โดยมีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงกันข้าม ผู้ป่วยจิตเวชที่ดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์แตกต่างกันมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.๐๕ (ระดับ ปานกลาง $r=0.๓๑๕$) โดยมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกัน ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลด้านอื่นๆไม่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมดูแลตนเองโดยรวม

สรุปและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นกาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) เพื่อศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคจิตเวช และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย จิตเวชตำบลบ้านโป่ง อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ ของผู้ป่วยจิตเวชโดยรวมมีระดับพฤติกรรมที่พึงประสงค์ปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ๑.ด้านการ รับการรักษาตามนัดมีระดับพฤติกรรมพึงประสงค์มาก ๒.ด้านการพักผ่อนและการออกกำลังกายมีระดับ พฤติกรรมพึงประสงค์ปานกลาง ๓.ด้านการจัดการกับความเครียดมี ระดับพฤติกรรมพึงประสงค์ปานกลาง



๔.ด้านการรับประทานยา มีระดับพฤติกรรมพึงประสงค์ปานกลาง และ ๕.ด้านการรับประทานอาหาร มีระดับพฤติกรรมพึงประสงค์ปานกลาง ด้านความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมดังนี้ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอายุแตกต่างกันมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.๐๑ โดยมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกัน ผู้ป่วยจิตเวชที่สูบบุหรี่ มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.๐๑ โดยมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกัน ผู้ป่วยจิตเวชที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวแตกต่างกันมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.๐๕ โดยมีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงกันข้าม ผู้ป่วยจิตเวชที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แตกต่างกันมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.๐๕ โดยมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกัน ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลด้านอื่นๆไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

จากการวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่ให้ความสำคัญในด้านการมารับการรักษาตามนัดโดยมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์มาก ส่วนอีก ๔ ด้าน ได้แก่ ด้านการพักผ่อนและการออกกำลังกาย ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านการรับประทานยา และ ด้านการรับประทานอาหารมีพฤติกรรมพึงประสงค์ปานกลาง แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจะเป็นโอกาสสำหรับแพทย์ พยาบาล และบุคลากรสาธารณสุข ในการให้ความรู้ ให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไป

๖. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชาชนในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังแดง อำเภอดุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์

นายกฤษฎา ไยดี

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อ ๑) ศึกษาความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชาชนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังแดง อำเภอดุตรดิตถ์ ๒) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชาชน ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังแดง ๓) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชาชน ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังแดง ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ ประชาชนในพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังแดง จำนวน ๖ หมู่บ้าน เป็นบุคคลวัยทำงานทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง ๓๕-๕๙ ปี จำนวน ๘๒๐ คน กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคคลวัยทำงานทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ ๓๕-๕๙ ปี จำนวน ๑๒๓ คน ได้มาโดยคำนวณตามหลักความน่าจะเป็น (Probability Sampling) ประชากรหลัก ๑๐๐ คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ ๑๕% จากจำนวน ๖ หมู่บ้าน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังแดง ตำบลวังแดง อำเภอดุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ โดยประชากรกลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดกรองเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ ไม่พิการทุพพลภาพ มีสติสัมปชัญญะดี สื่อสารได้ อ่านออกเขียนได้ และยินดีให้ข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม ได้ตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม ด้านความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ ค่าความเชื่อมั่นจากการ try out นำมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยมีค่าเท่ากับ ๐.๗๙๔ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์



ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความสัมพันธ์ด้วยค่าไคสแควร์ และค่าสหสัมพันธ์ (Correlation)

ผลการวิจัยพบว่า ประชาชนมีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการบริโภคอาหารโดยรวม ร้อยละ ๖๓ อยู่ในระดับปานกลาง มีเจตคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดร้อยละ ๖๓.๔ (\bar{X} =๓.๒๖ , SD =๑.๒๐) พฤติกรรมการบริโภคอาหารส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ ๕๒.๘๕ เมื่อหาความสัมพันธ์ที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคของประชาชนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังแดง พบว่าเจตคติต่อการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ๐.๐๕ ส่วนความรู้ มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หมายความว่า ผู้ที่มีความรู้ดี พอใช้ และต่ำ มีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่แตกต่างกัน

คำสำคัญ : ความรู้ เจตคติ พฤติกรรม การบริโภคอาหาร

ความสำคัญของปัญหา แนวคิดที่เกี่ยวข้อง

ปัจจุบันสื่อโฆษณาในประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้น เนื่องจากองค์กรผู้ผลิตสินค้าหรือผู้ขายสินค้าหันมาลงทุนทางด้านสื่อโฆษณาประชาสัมพันธ์กันมากขึ้น โดยหวังว่าสื่อโฆษณาประชาสัมพันธ์ของตนเองนั้นจะเข้าถึงใจของผู้บริโภคและทำให้ผู้บริโภค หันมาใช้สินค้าและบริการของตนมากขึ้น ทำให้พฤติกรรมในการบริโภคของผู้คนเปลี่ยนไป

จากการสำรวจสุขภาพประชาชนชาวไทยโดยการตรวจร่างกายของสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนคนไทย (๒๕๖๐) พบว่าคนไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป มีแนวโน้มในการบริโภคผัก และผลไม้ ลดลงจากร้อยละ ๒๑.๗ ในปี ๒๕๕๗ - ๒๕๕๘ เป็นร้อยละ ๑๗.๙ ในปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๐ โดยกินผัก และผลไม้เฉลี่ยเพียงวันละ ๓ ส่วนมาตรฐานเท่านั้น (แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. ๒๕๕๔ - ๒๕๖๓)

จังหวัดอุดรธานี อัตรารายใหม่ของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ปี พ.ศ. ๒๕๕๙ เป็น ๘๒๗.๙๔ และ ๒,๑๙๒.๘๖ ต่อแสนประชากรตามลำดับ ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ เป็น ๖๖๔.๓๔ และ ๑,๖๖๗.๖๒ ต่อแสนประชากรตามลำดับ ปี พ.ศ. ๒๕๖๑ เป็น ๕๕๘.๙๗ และ ๑,๒๙๒.๕๒ ต่อแสนประชากรตามลำดับ อำเภอรัตนวาปี อัตรารายใหม่ของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง อัตรารายใหม่ ปี พ.ศ. ๒๕๕๙ เป็น ๘๔๘.๓๔ และ ๒,๒๕๒.๕๙ ต่อแสนประชากรตามลำดับ ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ เป็น ๑,๐๘๐.๖๖ และ ๒,๙๔๑.๙๕ ต่อแสนประชากรตามลำดับ ปี พ.ศ. ๒๕๖๑ เป็น ๖๓๓.๓๔ และ ๑,๕๐๓.๐๘ ต่อแสนประชากรตามลำดับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังแดง อัตรารายใหม่ของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ปี พ.ศ. ๒๕๕๙ คือ ๑,๐๓๐.๙๓ และ ๑,๗๕๖.๔๐ ต่อแสนประชากรตามลำดับ ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ เป็น ๗๙๑.๓๕ และ ๒,๓๑๖.๑๖ ต่อแสนประชากรตามลำดับ ปี พ.ศ. ๒๕๖๑ เป็น ๖๘๐.๘ และ ๑,๒๒๕.๔๔ ต่อแสนประชากรตามลำดับ

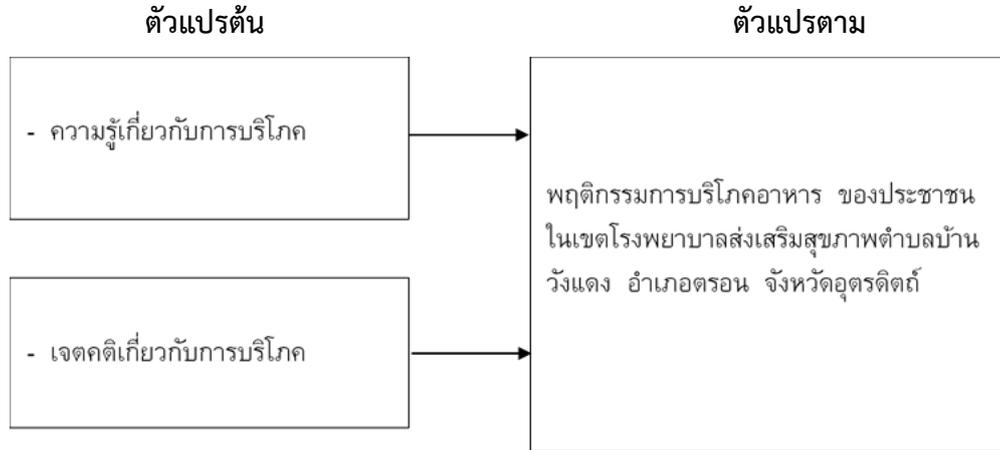
จากสภาพปัญหาที่กล่าวมาข้างต้นผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความสำคัญและสนใจที่จะศึกษาในเรื่องความรู้ พฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากรในเขตตำบลวังแดง อำเภอรัตนวาปี จังหวัดอุดรธานี ผู้วิจัยเห็นว่าหากประชาชนมีความรู้และเจตคติที่ถูกต้องแล้ว ก็จะนำไปสู่การปรับพฤติกรรมการบริโภคได้ถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งอาหารจัดเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิต มีความสำคัญต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สติปัญญา และสุขภาพอนามัยของมนุษย์ และเพื่อนำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการพัฒนาส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในเขตตำบลอื่น ๆ ในอำเภอรัตนวาปี หรืออำเภออื่นในเขตจังหวัดอุดรธานีต่อไป



วัตถุประสงค์

เพื่อทราบ ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชาชน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังแดง ตำบลวังแดง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชาชน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังแดง ตำบลวังแดง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี และเพื่อให้การวิจัยครั้งนี้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ผู้วิจัยได้กำหนดระเบียบวิธีการวิจัยมีรายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

๑.๑ ประชากร ได้แก่ ประชาชนในพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังแดง ตำบลวังแดง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี เป็นบุคคลวัยทำงานทั้งเพศชาย และเพศหญิง อายุระหว่าง ๓๕-๕๙ ปี จำนวน ๘๒๐ คน (ข้อมูล ณ เดือนธันวาคม ๒๕๖๑ โดยกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย)

๑.๒ กลุ่มตัวอย่าง เป็นประชาชนทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ ๓๕-๕๙ ปี จำนวน ๑๒๓ คน ได้มาโดยคำนวณตามหลักความน่าจะเป็น (Probability Sampling) ประชากรหลัก ๑๐๐ คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ ๑๕-๓๐ % (หทัยชนก พรอคเจริญ, ม.ป.ป, น.๘-๑๘) ซึ่งผู้วิจัยเลือกคำนวณจาก ๑๕ % จากจำนวน ๖ หมู่บ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังแดง ตำบลวังแดง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี

$$\begin{aligned} \text{ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (n)} &= \frac{๑๕ \times ๘๒๐}{๑๐๐} \\ (n) &= ๑๒๓ \text{ คน} \end{aligned}$$

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นการสุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (Sample Random Sampling) กำหนดให้แต่ละหมู่บ้านเป็นหน่วยสุ่ม (sampling unit) โดยมีจำนวนตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้านเป็นสัดส่วนกับจำนวนประชากรในหมู่บ้านนั้น ๆ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างของผู้เข้าร่วมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ตอบแบบสอบถามโดยแจ้งให้ผู้ตอบแบบสอบถามทราบโดยทำหนังสือชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์แนบกับคำชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและวิธีการตอบแบบสอบถาม ตามจริยธรรมเลขที่ COA No.๐๒๓/๖๒, UPHO REC No.๐๓๒/๖๒



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามของสุวรรณา เชียงขุนทด และคณะ (๒๕๕๗) ที่สร้างขึ้น แล้วผู้วิจัยก็นำมาปรับปรุงเพื่อให้เข้ากับบริบทของพื้นที่ จากการทบทวนแนวคิดวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ๔ ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของประชาชน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ ที่พักอาศัย ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร

ส่วนที่ ๒ แบบสอบถามความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกได้คะแนน ๑ คะแนน ถ้าตอบผิดได้ ๐ คะแนน

ส่วนที่ ๓ แบบสอบถามเจตคติต่อการบริโภคอาหาร โดยแบ่งการให้คะแนนเป็น ๕ ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เกณฑ์การให้คะแนนแบบวัดเจตคติต่อการบริโภคอาหาร ได้กำหนดเป็น ๕ ระดับ ต่อไปนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ ๔ แบบสอบถามพฤติกรรมบริโภคอาหาร ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า มี ๓ ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์และประมวลผลข้อมูลโดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์และโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for the Social Science for Windows) โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ วิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีทางสถิติดังนี้

๑. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัว สถานภาพสมรส โดยนำมาแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage)

๒. วิเคราะห์ข้อมูลความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ทั้งรายข้อและโดยรวม โดยใช้ค่าเฉลี่ย (\bar{x}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

๓. วิเคราะห์ข้อมูลเจตคติต่อการบริโภคอาหาร ทั้งรายข้อและโดยรวม โดยใช้ค่าเฉลี่ย (\bar{x}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

๔. วิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ทั้งรายข้อและโดยรวมโดยใช้ค่าเฉลี่ย (\bar{x}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

๕. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชาชน โดยใช้ ไคสแควร์ (Chi-Square)

ผลการวิจัย

การศึกษาวิจัย เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารประชาชนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังแดง ตำบลวังแดง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย โดยผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามคืนกลับมา คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล โดยการแบ่งออกเป็น ๕ ส่วน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

๑. ข้อมูลทั่วไปของประชาชน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังแดง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี

กลุ่มตัวอย่างประชาชนส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ ๕๑.๒) มีอายุระหว่าง ๔๕-๕๙ ปี (ร้อยละ ๒๖) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ ๖๕.๑) มีวุฒิการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ ๓๖.๖)



อาชีพเกษตรกร (คิดเป็นร้อยละ ๕๘.๕) มีรายได้ต่อเดือน ๖,๐๐๐ - ๙,๐๐๐ บาท (ร้อยละ ๕๘.๕) มีบ้านพักอาศัยเป็นของตนเอง (ร้อยละ ๙๗.๖) เป็นโรคไขมันในเลือดสูง (คิดเป็นร้อยละ ๔๘.๐) ได้รับข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับอาหารและโภชนาการจากสื่อโทรทัศน์ (ร้อยละ ๘๗.๐)

๒. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของประชาชน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังแดง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี

พบว่าส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี เป็นผู้ที่ได้คะแนนมากกว่า ๑๒ คะแนน คิดเป็นร้อยละ ๗๗.๒ รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง เป็นผู้ที่ได้คะแนนระหว่าง ๙ - ๑๑ คิดร้อยละ ๒๐.๓ และระดับต่ำเป็นผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่า ๘ คะแนน คิดเป็นร้อยละ ๒.๔ ตามลำดับ

๓. เจตคติต่อการบริโภคอาหารของประชาชน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังแดง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี

พบว่าส่วนใหญ่มีคะแนนเจตคติดี เป็นผู้ที่ได้คะแนนระหว่าง ๓.๖๗ - ๕.๐๐ คะแนน คิดเป็นร้อยละ ๐.๙๘ รองลงมาคือเจตติปานกลาง เป็นผู้ที่ได้คะแนนระหว่าง ๒.๓๔ - ๓.๖๖ คิดร้อยละ ๖๓.๔๑ และเจตคติต่ำ เป็นผู้ที่ได้คะแนน ๑.๐๐ - ๒.๓๓ คิดเป็นร้อยละ ๓๕.๗๗ ตามลำดับ

๔. พฤติกรรมบริโภคอาหารของประชาชน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังแดง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี

พบว่าส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลางเป็นผู้ที่ได้คะแนนระหว่าง ๐.๖๗ - ๑.๓๓ คะแนน คิดเป็นร้อยละ ๕๒.๙ รองลงมาอยู่ในระดับดี เป็นผู้ที่ได้คะแนนระหว่าง ๑.๓๔ - ๒.๐๐ คะแนน คิดเป็นร้อยละ ๔๗.๒ และไม่มีผู้ที่ได้คะแนนในระดับต่ำ

๕. ความสัมพันธ์ที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคของประชาชนในเขต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังแดง ตำบลวังแดง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี

พบว่าเจตคติต่อการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ๐.๐๕ ส่วนความรู้ มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หมายความว่าผู้ที่มีความรู้ดี พอใช้ และต่ำ มีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่แตกต่างกัน

สรุปผลและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของประชาชน พบว่าประชาชนส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ ๕๑.๒) มีอายุระหว่าง ๔๕-๕๙ ปี (ร้อยละ ๒๖) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ ๖๕.๑) มีวุฒิการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ ๓๖.๖) อาชีพเกษตรกร (คิดเป็นร้อยละ ๕๘.๕) มีรายได้ต่อเดือน ๖,๐๐๐ - ๙,๐๐๐ บาท (ร้อยละ ๕๘.๕) มีบ้านพักอาศัยเป็นของตนเอง (ร้อยละ ๙๗.๖) เป็นโรคไขมันในเลือดสูง (คิดเป็นร้อยละ ๔๘.๐) ได้รับข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับอาหารและโภชนาการจากสื่อโทรทัศน์ (ร้อยละ ๘๗.๐)

ประชาชนมีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการบริโภคอาหารโดยรวม ร้อยละ ๖๓ ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นคะแนนแล้วสามารถจำแนกคะแนน ตามระดับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร พบว่าส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี เป็นผู้ที่ได้คะแนนมากกว่า ๑๒ คะแนน คิดเป็นร้อยละ ๗๗.๒๓ รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง เป็นผู้ที่ได้คะแนนระหว่าง ๙ - ๑๑ คิดร้อยละ ๒๐.๓๒ และระดับต่ำเป็นผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่า ๘ คะแนน คิดเป็นร้อยละ ๒.๔๔ ตามลำดับ

เจตคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ของประชาชนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังแดง ตำบลวังแดง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี มีค่าคะแนนเจตคติต่อการบริโภคอาหารโดยรวมอยู่ใน



ระดับปานกลาง ($\bar{X}= 3.26$, $SD=1.20$) เมื่อจำแนกคะแนนเจตคติต่อการบริโภคอาหาร พบว่าส่วนใหญ่มีคะแนนเจตคติระดับปานกลาง เป็นผู้ที่ได้คะแนนระหว่าง 2.34 – 3.66 คิดร้อยละ 63.4 และรองลงมาเจตคติต่ำ เป็นผู้ที่ได้คะแนน 1.00 – 2.33 คิดเป็นร้อยละ 35.77

พฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชาชน ส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง เป็นผู้ที่ได้คะแนนระหว่าง 0.67 - 1.33 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 52.85 รองลงมาอยู่ในระดับดี เป็นผู้ที่ได้คะแนนระหว่าง 1.34 - 2.00 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 47.2 พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุดคือ รับประทานผักและผลไม้ตามฤดูกาลทุกมื้ออาหาร ร้อยละ 73.88 รองลงมาคือ มีการใช้น้ำมันพืชแทนน้ำมันจากสัตว์ ร้อยละ 71.55 และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ไวน์ และเครื่องดื่มชูกำลังเป็นประจำ ร้อยละ 66.67 ตามลำดับ

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคของประชาชน พบว่าเจตคติต่อการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ส่วนความรู้ มีความสัมพันธ์กันอย่างไร้นัยสำคัญทางสถิติ หมายความว่าผู้ที่มีความรู้ดี พอใช้ และต่ำ มีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรร่วมกันพิจารณาจัดให้มีพื้นที่ในการให้ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร หรือมีการติดป้ายประกาศให้ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่มีความรู้เพิ่มมากขึ้น
2. ควรจัดให้มีการรณรงค์ให้ความรู้กับประชาชนในพื้นที่ เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร เพื่อส่งเสริมการให้ความรู้และ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง หรือจัดทำโครงการชุมชนนำร่องพื้นที่อาหารสุขภาพ

๗. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ระดับความรู้กับระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลวงป่ายาง ตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์

ไชยวัฒน์ สิวา

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิจัยการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลวงป่ายาง ตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยนี้คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่อาศัยอยู่ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลวงป่ายาง ตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์จำนวน 115 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ร้อยละค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน t-test F-test และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลหลวงป่ายาง ตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์ มีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยรวมอยู่ในระดับสูง อายุ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ต่างกันมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



คำสำคัญ: การมีส่วนร่วม, โรคไข้เลือดออก, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ความสำคัญของปัญหา แนวคิดที่เกี่ยวข้อง

จากการรายงานทางระบาดวิทยา พบว่าสถานการณ์โรคไข้เลือดออกในประเทศไทยปี ๒๕๖๑ มีแนวโน้มสูงขึ้น ในส่วนของสถานการณ์โรคไข้เลือดออกในจังหวัดอุดรดิตถ์ ข้อมูลตั้งแต่ ๑ มกราคม – ๒๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๑ พบผู้ป่วยแล้ว ๒๕๒ ราย คิดเป็นอัตราป่วย ๑๑๔.๐๒ ต่อแสนประชากร เสียชีวิตแล้ว ๑ ราย อัตราเสียชีวิตร้อยละ ๐.๑๕ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์, ๒๕๖๑)

ตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรดิตถ์ เป็นตำบลที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง ติดต่อกันมาหลายปี และเป็นพื้นที่เสี่ยงสูงในการระบาดของโรค ซึ่งทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลวงป่ายาง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำอ่าง และองค์การบริหารส่วนตำบลน้ำอ่าง ได้ดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในเขตพื้นที่รับผิดชอบโดยได้เน้นการทำงานเชิงรุกในชุมชนร่วมกับประชาชน ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยประสานการดำเนินงานแบบบูรณาการกับทุกภาคส่วนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

จากการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรดิตถ์ ในทุก ๆ ปีที่ผ่านมาได้ดำเนินการตามนโยบายและมาตรการของกระทรวงสาธารณสุข แต่จากการดำเนินงานที่ผ่านมาโรคไข้เลือดออกยังคงเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขของตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรดิตถ์ ซึ่งต้องค้นหาอุปสรรค และหาแนวทางตลอดจนวิธีการแก้ไขที่เหมาะสม เพื่อขจัดหรือบรรเทาปัญหาโรคไข้เลือดออก

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น จึงมีความจำเป็นที่ต้องเร่งรัดให้มีกิจกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ให้มีความเข้มแข็งมีคุณภาพที่ดียิ่งขึ้นอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดปัญหาความรุนแรงของโรคให้ได้ผล สร้างความเข้มแข็งให้เกิดขึ้นในชุมชนต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังนั้น การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญที่จะทำให้ การดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกประสบความสำเร็จหรือล้มเหลว ดังนั้นผู้ศึกษาซึ่งเป็นบุคลากรในหน่วยงานสาธารณสุขระดับตำบล ซึ่งปฏิบัติงานในพื้นที่ และมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสาธารณสุขกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่จึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษา การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรดิตถ์ โดยนำแนวคิดการมีส่วนร่วมโคเฮนและอัฟฮอฟ (Cohen and Uphoff, ๑๙๘๐ อ้างถึงใน สมศักดิ์ แต่งยามา, ๒๕๕๓) ซึ่งจำแนกประเภทการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เป็น ๔ ขั้นตอน คือ ๑) การตัดสินใจการวางแผน ๒) การดำเนินงาน ๓) การรับผลประโยชน์ ๔) การติดตามประเมินผล ทางผู้วิจัยสามารถนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์ในการดำเนินกิจกรรม อันจะส่งผลในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในชุมชนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และประสบความสำเร็จในการลดอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ต่อไป

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อศึกษาระดับความรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลวงป่ายาง ตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรดิตถ์

๒. เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลวงป่ายาง ตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรดิตถ์ จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล



๓. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้กับระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลวงป่ายาง ตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี

ระเบียบวิธีการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อที่จะศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ระดับความรู้กับระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลวงป่ายาง ตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ทำการศึกษาคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลวงป่ายาง ตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ประกอบด้วย ๕ หมู่บ้าน จำนวน ๑๑๙ คน

เกณฑ์คัดเข้า คือ เป็น อสม.ของ รพ.สต.หลวงป่ายาง มีประสบการณ์เป็น อสม.ไม่น้อยกว่า ๑ ปี และยินดีให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ เป็นแบบสอบถามเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ระดับความรู้กับระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลวงป่ายาง ตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น โดยปรับปรุงจากแบบสอบถามของ ศุภจันทร์ ชาญประเสริฐ (๒๕๕๑) และแบบสอบถามของ สมศักดิ์ แต่งยามา (๒๕๕๓) เป็นแบบสอบถามปลายปิดและปลายเปิด ซึ่งประกอบด้วยเนื้อหา แบ่งออกเป็น ๓ ส่วน คือ

ส่วนที่ ๑ เป็นข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ส่วนที่ ๒ เป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก

ส่วนที่ ๓ การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าต่ำสุด (Minimum) ค่าสูงสุด (Maximum) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และค่ามัธยฐาน (Median) ในการอธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุข

๑) ใช้ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum) ในการอธิบาย ระดับความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

๒) ใช้สถิติ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ในการอธิบายระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

๓) หาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยการใช้สถิติ Rank Sum's test



๔) หาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้กับระดับระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยการใช้สถิติ Pearson's Product Moment Correlation Coefficient

กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติ (Level of Significant) ที่ระดับ ๐.๐๕ สำหรับเกณฑ์ การแบ่งระดับคะแนนสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r) แบ่งตามเกณฑ์ของอิลลิปสัน เคริท (๑๙๙๐ อ้างอิงใน คชนนทร์ชาญประเสริฐ, ๒๕๕๑) มีค่าตั้งแต่ -๑ ถึง +๑ แบ่งระดับดังนี้

$r = 0$	หมายถึง	ไม่มีความสัมพันธ์ (No relationship)
$r = + 0.01$ ถึง $+ 0.30$	หมายถึง	มีความสัมพันธ์ต่ำ (Weak relationship)
$r = + 0.31$ ถึง $+ 0.70$	หมายถึง	มีความสัมพันธ์ปานกลาง (Moderate relationship)
$r = + 0.71$ ถึง $+ 0.99$	หมายถึง	มีความสัมพันธ์สูง (Strong relationship)
$r = + 1$	หมายถึง	มีความสัมพันธ์สูงมาก (Perfect relationship)

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล

คุณลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลวงป่ายาง ตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์ มีลักษณะต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ เพศ กลุ่มประชากรเป็นเพศชาย จำนวน ๕ คน (ร้อยละ ๔.๒) และเพศหญิง จำนวน ๑๑๔ คน (ร้อยละ ๙๕.๘) อายุ กลุ่มประชากรส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง ๕๑ - ๖๐ ปี จำนวน ๔๙ คน (ร้อยละ ๔๑.๒) อาชีพ กลุ่มประชากรส่วนใหญ่มีอาชีพ เกษตรกรรม จำนวน ๖๙ คน (ร้อยละ ๕๘.๐) ระดับการศึกษา กลุ่มประชากรส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน ๗๗ คน (ร้อยละ ๖๔.๗) สถานภาพสมรส กลุ่มประชากรส่วนใหญ่สถานภาพสมรส คู่จำนวน ๖๙ คน (ร้อยละ ๗๒.๓) รายได้ กลุ่มประชากรส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในช่วงระหว่าง ๑,๐๐๑-๕,๐๐๐ บาท จำนวน ๖๙ คน (ร้อยละ ๕๘.๐) ระยะเวลาการเป็น อสม. กลุ่มประชากรส่วนใหญ่เป็น อสม. อยู่ระหว่าง ๑-๕ ปี จำนวน ๓๖ คน (ร้อยละ ๓๐.๓) ได้เข้ารับการอบรมเรื่องโรคไข้เลือดออก กลุ่มประชากรส่วนใหญ่ เคยได้รับการอบรม จำนวน ๑๑๖ คน (ร้อยละ ๙๗.๕)

ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก

ระดับความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก โดยภาพรวม อยู่ในระดับสูง จำนวน ๖๔ คน (ร้อยละ ๕๓.๘) ระดับปานกลาง จำนวน ๔๕ คน (ร้อยละ ๓๘.๗) และระดับต่ำ จำนวน ๙ คน (ร้อยละ ๗.๖)

ผลการวิเคราะห์ระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง จำนวน ๑๐๕ คน (ร้อยละ ๘๘.๒) ระดับปานกลาง จำนวน ๑๓ คน (ร้อยละ ๑๐.๙) และระดับต่ำ จำนวน ๑ คน (ร้อยละ ๐.๘) การมีส่วนร่วมในภาพรวมอยู่ในระดับสูง และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การมีส่วนร่วมทุกด้านอยู่ในระดับสูง โดยการมีส่วนร่วมใน ด้านการรับผลประโยชน์ ค่าเฉลี่ย ๒.๘๑ รองลงมา คือ ด้านการประเมินผล ค่าเฉลี่ย ๒.๗๑ และด้านการดำเนินงาน ค่าเฉลี่ย ๒.๖๖ และด้านการวางแผน ค่าเฉลี่ย ๒.๕๖ ตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกกับลักษณะส่วนบุคคล



พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีเพศไม่แตกต่างกัน มีระดับการมีส่วนร่วมทุกด้านแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ด้านปัจจัยด้านอายุ พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีอายุแตกต่างกัน มีระดับการมีส่วนร่วม (รวมทุกด้าน) แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ด้านปัจจัยด้านอาชีพ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีระดับการมีส่วนร่วม (ทุกด้าน) ไม่ แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ด้านระดับการศึกษา พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีระดับการมีส่วนร่วม (รวมทุกด้าน) ไม่ แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ด้านสถานภาพสมรส พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน มีระดับการมีส่วนร่วม (รวมทุกด้าน) ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ด้านรายได้ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีรายได้แตกต่างกัน มีระดับการมีส่วนร่วม (รวมทุกด้าน) ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ปัจจัยด้านระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขแตกต่างกัน มีระดับการมีส่วนร่วม (รวมทุกด้าน) แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ปัจจัยด้านการได้รับการอบรมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ได้รับการอบรมกับการไม่ได้รับการอบรมความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก มีระดับการมีส่วนร่วม (รวมทุกด้าน) ไม่ แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกรวมทุกด้าน พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน ($r = -0.024$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับการมีส่วนร่วม (ด้านการตัดสินใจวางแผน) ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน ($r = -0.033$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับการมีส่วนร่วม (ด้านการดำเนินงาน) ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า อยู่ในระดับต่ำ ($r = 0.021$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับการมีส่วนร่วม (ด้านการรับผลประโยชน์) ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า อยู่ในระดับต่ำ ($r = 0.022$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับการมีส่วนร่วม (ด้านการประเมินผล) ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน ($r = -0.044$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปผลและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลวงป่ายาง ตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยเนื้อหา ๓ ส่วน คือ คุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน ๓ ท่าน นำไปทดลองใช้ในพื้นที่โรงพยาบาล



ส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี จำนวน ๓๐ ชุด ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ ๐.๘๑ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป(SPSS) ได้แก่ สถิติ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ใช้ในการอธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล ระดับความรู้ ระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การหาระดับการมีส่วนร่วมจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล การหาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้กับระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้ Pearson,s Product Moment Correlation Coefficient ซึ่งสามารถสรุปผลการศึกษา

ข้อเสนอแนะ

- ๑.ควรมีการศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่เหมาะสมเพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนสำหรับส่งเสริมและสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีส่วนร่วมอย่างมีประสิทธิภาพ
- ๒.ควรศึกษาปัจจัยอื่นๆ เพิ่มเติม เพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
- ๓.ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ หรือเชิงทดลอง เพื่อให้ทราบถึงพฤติกรรมที่แท้จริงในการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพราะการใช้แบบสอบถามอาจไม่สามารถวัดพฤติกรรมจริงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้

๘. ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส ของ ประชาชนอำเภอขุนตาล จังหวัดเชียงราย

นายศิริสิทธิ์ วงศ์ชัย

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓อ ๒ส และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓อ ๒ส ประชาชนอำเภอขุนตาล จังหวัดเชียงราย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ประชาชนอายุ ๑๕-๕๙ ปี จำนวน ๔๐๐ คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม สถิติที่ใช้การวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน chi-square และ Correlation Coefficient ผลการวิจัยพบว่า ประชาชนมีความรู้ทางสุขภาพที่ถูกต้องเกี่ยวกับหลักปฏิบัติตามหลัก ๓อ ๒ส โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง มีเจตคติทางสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ผลทดสอบสมมติฐานพบว่า สมมติฐานที่ ๑ เพศ ศาสนาและระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓อ ๒ส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ ส่วนอายุ สถานภาพ อาชีพ รายได้ต่อเดือน ดัชนีมวลกาย (BMI) และโรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓อ ๒ส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ ส่วนสมมติฐานที่ ๒ พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับ เจตคติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ ($r=0.222, Sig=0.000$) แต่ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓อ ๒ส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ ($r=0.009, Sig=0.085$) และเจตคติไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓อ ๒ส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ ($r=0.037, Sig=0.460$)



คำสำคัญ : ความรู้ เจตคติ พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓๐ ๒๘ (อาหาร, ออกกำลังกาย, อารมณ์, งดสูบบุหรี่และดื่มสุรา)

ความสำคัญของปัญหาและแนวคิดที่เกี่ยวข้อง

ปัจจุบันมีความเจริญก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีที่ทันสมัย วิธีการดำเนินชีวิตประชาชนเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้ประชาชนมีแนวโน้มเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อไม่เรื้อรังเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่ามี ความรุนแรง และภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น รวมทั้งเป็นสาเหตุการเสียชีวิต ๓อันดับแรก คือ อุบัติเหตุ โรคหัวใจ มะเร็ง เป็นต้น ซึ่งจากการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงพื้นฐานที่เป็นภัยคุกคามสุขภาพพบว่าเกิดจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่มีรสหวาน มัน เค็ม มากเกินไป รับประทานผักและผลไม้ น้อย ขาดการออกกำลังกาย ไม่สามารถจัดการกับอารมณ์และความเครียด สูบบุหรี่และดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จากการศึกษา ข้อมูลผลการตรวจคัดกรองสุขภาพประชาชน เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอขุนตาล จังหวัดเชียงราย ใน ปีงบประมาณ ๒๕๕๙-๒๕๖๒ พบว่า ประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป มีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๔๙.๘ , ๕๑.๔, ๔๗.๐ และ ๓๙.๕ ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มลดลง แต่ยังคงพบค่อนข้างสูง สำหรับกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวานร้อยละ ๕.๔, ๔.๕, ๘.๐ และ ๙.๓ ตามลำดับ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ มี ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ขึ้นทะเบียนรักษาทั้งหมด ๖๕๐ คนคิดเป็น ๒,๐๖๙.๘๗ ต่อแสนประชากร โรคเบาหวาน ๑๙๖ คนคิดเป็น ๖๒๔.๑๔ ต่อแสนประชากร ดังนั้นผู้วิจัย จึงสนใจ ศึกษา ความรู้ เจตคติและ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ๓๐ ๒๘ ของประชาชน อำเภอขุนตาล จังหวัดเชียงราย เพื่อเป็นข้อมูลประกอบ ในการวางแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ดำเนินการและให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ให้สอดคล้อง กับปัญหาสุขภาพในพื้นที่เพื่อให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี

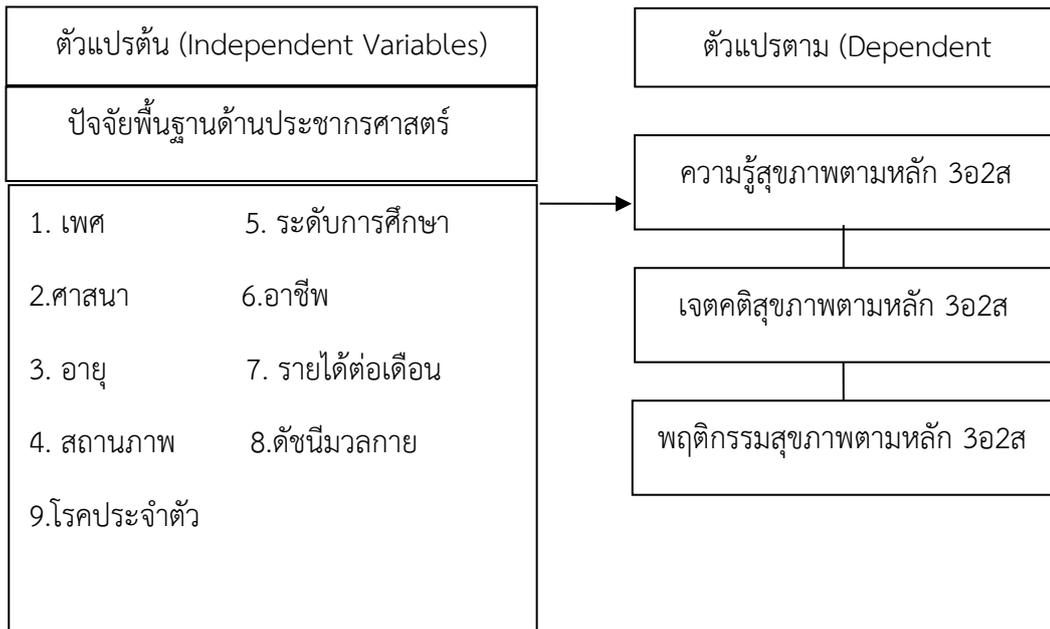
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓๐ ๒๘ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓๐ ๒๘ ของประชาชนอำเภอขุนตาล จังหวัดเชียงราย

สมมติฐานของการวิจัย

๑. ปัจจัยพื้นฐานด้านประชากรศาสตร์ ต่างกันพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓๐๒๘ แตกต่างกัน
๒. ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓๐ ๒๘ มีความสัมพันธ์กัน

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ประชาชนอำเภอขุนตาล จังหวัดเชียงรายที่มีอายุ ๑๕-๕๙ ปี จำนวน ๒๕,๙๓๐ คน คำนวณขนาดตัวอย่างตามสูตรของ ยามาเน่ (Yamane ,๑๙๗๓:๕๐๘) กลุ่มตัวอย่างจำนวน ๔๐๐ คน สุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนประชากรของหมู่บ้านโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) เครื่องมือในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓๐.๒ส. ของประชาชนที่มีอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป (กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข,๒๕๕๙) โดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ ๐.๗๖๕ ประกอบด้วย ๔ ส่วนคือ ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ ๒ ความรู้ทางสุขภาพที่ถูกต้อง ตามหลัก ๓๐๒ส ส่วนที่ ๓ เจตคติต่อหลัก ๓๐๒ส และส่วนที่ ๔ พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓๐๒ส

การวิเคราะห์ข้อมูล

๑. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

๒. สถิติเชิงอนุมาน ๑)วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเชิงกลุ่ม ๒ ลักษณะคือลักษณะทางประชากรศาสตร์ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ รายได้ต่อเดือน ระดับการศึกษา ศาสนา ดัชนีมวลกาย (BMI) กับ ระดับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓๐๒ส โดยใช้สถิติทดสอบ chi-square ๒) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Correlation) ระหว่างตัวแปรเชิงปริมาณ คือ ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓๐๒ส โดยใช้สถิติทดสอบ Pearson Correlation

ผลการวิจัย

ปัจจัยพื้นฐานด้านประชากรศาสตร์ กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ ๖๙.๕) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ ๙๙) อายุระหว่าง ๔๖-๕๕ ปี (ร้อยละ ๔๐.๘) สถานภาพสมรส (ร้อยละ ๗๙) การศึกษาประถมศึกษา(ร้อยละ ๓๘) อาชีพเกษตรกร(ร้อยละ ๖๓)รายได้ต่อเดือนต่ำกว่า ๑๐,๐๐๐ บาท ร้อยละ ๗๖ ข้อมูลด้านสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกาย (BMI) ปกติ (ร้อยละ ๔๔.๘) รองลงมาอ้วน(ร้อยละ ๒๓.๘)



ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ๗๓.๘) รองลงมามีโรคประจำตัว (ร้อยละ๒๖.๒) โรคที่พบมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ ๔๑)

ผลการวิเคราะห์ด้านความรู้ พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้ทางสุขภาพที่ถูกต้องเกี่ยวกับหลักปฏิบัติตนตามหลัก ๓๐๒ส โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย ๑๐.๙๕) ส่วนรายด้านพบว่า อันดับแรกคืออาหาร (ค่าเฉลี่ย ๒.๖๗) รองลงมาการดื่มสุรา(ค่าเฉลี่ย ๒.๒๘) การออกกำลังกาย (ค่าเฉลี่ย ๒.๒๑) สำหรับการสูบบุหรี่และอารมณ์อยู่ในระดับปานกลางค่าเฉลี่ย ๑.๙๔ และ๑.๘๕ ตามลำดับ ด้านเจตคติพบว่า ส่วนใหญ่มีเจตคติทางสุขภาพเกี่ยวกับหลักปฏิบัติตนตามหลัก ๓๐๒ส โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย ๒.๙๕) ส่วนรายด้านพบว่า อันดับแรก คือการออกกำลังกาย (ค่าเฉลี่ย ๓.๒๔) รองลงมา คือ การสูบบุหรี่ (ค่าเฉลี่ย ๓.๑๖) การดื่มสุรา (ค่าเฉลี่ย ๓.๐๗) อาหาร(ค่าเฉลี่ย ๒.๖๙) และอันดับสุดท้าย คือ อารมณ์ (ค่าเฉลี่ย ๒.๕๕) ตามลำดับ ด้านพฤติกรรมสุขภาพส่วนใหญ่มีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ถูกต้องเกี่ยวกับหลักปฏิบัติตนตามหลัก ๓๐๒ส โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย ๒.๘๒) ส่วนรายด้าน พบว่า อันดับแรกคือ การสูบบุหรี่อยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ย ๓.๘๖) มีพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ ๙๓.๐๐ การดื่มสุราอยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ย ๓.๒๖) ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมไม่ดื่มสุราร้อยละ ๕๖.๐๐ ด้านอาหารอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย ๒.๙๑) ด้านอารมณ์ โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย ๒.๐๖) ด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย ๒.๐๓) ส่วนใหญ่เล่นกีฬาหรือออกกำลังกายอย่างน้อย ๓๐นาที ๓ วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ ๓๖.๕๐

ผลการทดสอบสมมติฐาน สมมติฐานที่๑ พบว่าปัจจัยพื้นฐานด้านประชากรศาสตร์แตกต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓๐ ๒ส.แตกต่างกัน ด้านเพศพบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓๐๒ส (Chi-square =๑๔.๕๐๕ ,Significance = ๐.๐๐๑) ด้านศาสนา พบว่า ศาสนามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓๐๒ส (Chi-square = ๓๐.๔๕๖,Significance = ๐.๐๐๘) ด้านระดับการศึกษาพบว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก๓๐๒ส (Chi-square = ๑๐๖.๓๗๕, Significance = ๐.๐๐๐) สรุปว่า เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓๐๒ส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ จึงสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ส่วนด้านอายุ อาชีพ รายได้ ดัชนีมวลกาย (BMI) และโรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓๐ ๒สอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ จึงปฏิเสธสมมติฐานที่ตั้งไว้ ส่วนสมมติฐานที่ ๒ ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓๐๒ส มีความสัมพันธ์กัน พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับเจตคติสุขภาพตามหลัก ๓๐๒ส (Significance =๐.๐๐๐) สรุปว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับเจตคติสุขภาพตามหลัก ๓๐๒สอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓๐๒ส (Significance= ๐.๘๕๑) สรุปว่า ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓๐๒ส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ เจตคติไม่มีมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓๐๒ส (Significance = ๐.๔๖๑) สรุปว่า เจตคติไม่มีมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓๐๒ส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ ดังนั้นสรุปว่าไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้



อภิปรายผล

ผลการทดสอบสมมติฐานที่ ๑ ประชาชนที่มีปัจจัยพื้นฐานด้านประชากรศาสตร์ประกอบด้วย เพศ ศาสนา อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ดัชนีมวลกาย (BMI) และโรคประจำตัว แตกต่างกันพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓๐๒ส แตกต่างกัน ผลการวิจัย พบว่า ประชาชนที่มีเพศต่างกัน พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓๐๒ส แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้และสอดคล้องกับงานวิจัยของ อัญฐิรมา พิสัยพันธ์ จรรยา ภัทรอาชาชัย กัณฑ์วีร์ วิวัฒน์พาณิชย์ (๒๕๕๖) ที่พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคที่ระดับดีกว่าเพศชายและรวมถึงด้านการจัดการความเครียดเพศหญิงสามารถจัดการความเครียดได้มากกว่าเพศชาย และจากการที่มีเพศต่างกัน อาจเนื่องมาธรรมชาติของเพศหญิงจะมีความสนใจ ในด้านสุขภาพมากกว่าเพศชาย ด้านศาสนาต่างกันพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓๐๒ส แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้และสอดคล้องกับงานวิจัยของประภาเพ็ญ สุวรรณ (๒๕๓๒) อ้างถึงในเบญจมาศ นาควิจิตร.๒๕๕๑) ที่พบว่าองค์ประกอบด้านสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพได้แก่ครอบครัว กลุ่มบุคคลในสังคม สภาพสังคมวัฒนธรรมและศาสนา ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ การพัฒนา ความคิดความเชื่อและการปฏิบัติทางด้านสุขภาพของบุคคล ส่วนระดับการศึกษาต่างกันพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓๐๒ส แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้และไม่สอดคล้องงานวิจัยของเพลินพิศ เชื้ออ่อน, สุรางค์ เมธานนท์และสุทธิติ ชัตติยะ (๒๕๕๔) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุขที่พบว่าเพศ อายุ ระดับการศึกษาและรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากร ส่วนปัจจัยด้าน อายุ สถานภาพ อาชีพ รายได้ต่อเดือน ดัชนีมวลกาย (BMI) และโรคประจำตัว แตกต่างกัน พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓๐๒ส ไม่แตกต่างกัน เนื่องจาก ประชาชนอำเภอขุนตาล จังหวัดเชียงราย เป็นชุมชนชนบท อยู่กันแบบเครือญาติ ฟังพาอาศัยซึ่งกันและกัน มีการปฏิบัติสืบทอดวัฒนธรรมและประเพณี ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ความรู้ในการ ส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค จากสถานบริการสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและสื่อ ต่างๆ ดังนั้นพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓๐๒ส จึงไม่แตกต่างกัน ส่วนผลการทดสอบสมมติฐานที่ ๒ ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓๐๒ส มีความสัมพันธ์กัน ผลการวิจัย พบว่า ประชาชนที่มีความรู้และเจตคติที่ดี ส่งผลให้มีความสัมพันธ์พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓๐๒ส ไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งไม่สอดคล้อง บางส่วนกับสมมติฐานที่ตั้งไว้และขัดแย้งบางส่วนกับงานวิจัยของสินีนารถ ศรีสรสิทธิ์และรัตนา ปานเรียนแสน (๒๕๕๘) ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับดี มีเจตคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับดี และมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และความรู้มีความสัมพันธ์กับเจตคติ และพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ ทักษะคนดีมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ซึ่งพบว่าสอดคล้องบางส่วนกับ ผลการวิจัยครั้งนี้

ข้อเสนอแนะ

๑. การพัฒนาระบบการสร้างความรู้และการจัดการสุขภาพตนเอง (Health Literacy) กลุ่มเสี่ยง ด้านสุขภาพรายบุคคล โดยบุคลากรการแพทย์และสาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยงและเสริมแรงจูงใจ

๒. การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน โดยชุมชนและประชาชนมีส่วนร่วมกำหนดนโยบาย วางแผน ปฏิบัติ ติดตามประเมินผล และพัฒนาต่อเนื่องอย่างเป็นรูปธรรม



ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

๑. ควรศึกษาวิจัยแบบมีส่วนร่วมด้านพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพที่เป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่
๒. ควรศึกษาวิจัยด้านการจัดการสุขภาพในชุมชนตามบริบทพื้นที่

๙. เปรียบเทียบผลของการทำกายบริหารฤๅษีดัดตนกับการนวดไทยแบบราชสำนัก สำหรับบรรเทาอาการปวดหลังส่วนล่าง

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังแดง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี

เกียรติชัย ยาท่วม, นิรุจน์ แก้วกรี, วินัย อินสุวรรณ

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi experimental research design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการเปรียบเทียบอาการปวดหลังส่วนล่างของผู้ป่วย ๒ กลุ่ม กลุ่มละ ๑๕ คน คือกลุ่มที่ได้รับการดูแลด้วยการทำกายบริหารฤๅษีดัดตน และกลุ่มที่ได้รับการดูแลด้วยนวดไทยแบบราชสำนัก โดยอาการปวดหลังส่วนล่างจะได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนไทยหรือแพทย์แผนไทยประยุกต์ว่าเป็นโรคลมปลายปัตคาคต สัญญาณ ๑ หลัง และเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง แบบวันเว้นวัน จำนวน ๔ ครั้ง ต่อเนื่องกัน ณ คลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังแดง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี เมื่อนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาวิเคราะห์โดยการหาร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้วยสถิติ Independent Sample t-test ที่ระดับนัยสำคัญ ๐.๐๕ ผลการศึกษาพบว่า การดูแลด้วยการนวดไทยแบบราชสำนักนั้นมีประสิทธิผลในการเข้ารับการรักษาตั้งแต่ครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ส่วนการดูแลด้วยการทำกายบริหารฤๅษีดัดตนนั้นจะเริ่มมีประสิทธิผลของการดูแลในครั้งที่ ๒ ของการดูแลจึงสรุปได้ว่า การนวดไทยแบบราชสำนักนั้น มีประสิทธิผลตอบสนองต่อการบรรเทาอาการปวดหลังส่วนล่างได้ดีกว่าการรักษาด้วยการทำกายบริหารฤๅษีดัดตน

คำสำคัญ: อาการปวดหลังส่วนล่าง, การทำกายบริหารฤๅษีดัดตน, การนวดไทยแบบราชสำนัก

ความสำคัญของปัญหา แนวคิดที่เกี่ยวข้อง

อาการปวดหลังส่วนล่างถือเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทย จากสถิติของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (๒๕๕๔) พบว่า จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมโดยจำแนกตามกลุ่มโรค ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๔๘ - ๒๕๕๒ มักป่วยด้วยโรคทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อมากที่สุด จากการศึกษาของ (พิรพงษ์ จันทราเทพ, ๒๕๕๔) พบว่า อาการปวดหลังส่วนล่างนั้นเป็นปัญหาที่พบมากที่สุดในกลุ่มโรคทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง ๒๐ - ๕๐ ปี (เนสินี ไชยเอื้อย, ๒๕๕๕) ซึ่งสาเหตุที่สำคัญที่สุดมาจากท่าทางการทำงานและอิริยาบถในชีวิตประจำวัน เช่น การยืนและการเดินเป็นเวลานานการทำงานในท่าก้มเงยบ่อยๆ การยกสิ่งของ การผลัก และการดึงลาก (เพชรรัตน์ แก้วดวงดี และ คณะ, ๒๕๕๔) เช่น กลุ่มอาชีพชาวนา ชาวสวน ชาวไร่ กรรมกรแบกหาม พนักงานขับรถ และคนงานในโรงงานอุตสาหกรรม เป็นและมีโอกาสกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ ๗๐ - ๘๐ (สุกานดา สุภาจันทร์, ๒๕๔๙) สำหรับผลกระทบของอาการปวดหลังส่วนล่างนั้น ส่งผลต่อด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และเศรษฐกิจของครอบครัว ซึ่งทางด้านร่างกายนั้น มักเกิดจากอาการปวดเป็นๆหายๆ หรือมี



อาการปวดที่เรื้อรัง ทำให้ต้องลดการเคลื่อนไหวลง ก่อให้เกิดภาวะจำกัดความสามารถ (Disability) ในอริยาบถต่างๆ เช่น การเดิน การนั่ง การยืน การนอน และการยกของ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วณิช ตันทวิวัฒน์ และคณะ (๒๕๔๘) พบว่า ผลกระทบของอาการปวดหลังส่วนล่างต่อกิจกรรมต่างๆ เรียงจากมากไปน้อย ได้แก่ การนั่ง (ร้อยละ ๒๓.๔) การยืน (ร้อยละ ๑๐.๓) การเดิน (ร้อยละ ๙.๘) และการยกของ (ร้อยละ ๙.๒) ผลกระทบต่อด้านจิตใจ พบว่า ร้อยละ ๕๙ มีภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวล (Polatin et al., ๑๙๙๓) อ่างใน วณิช ตันทวิวัฒน์ และคณะ, (๒๕๔๘) ส่วนผลกระทบทางด้านจิตสังคม คือ การดูแลรักษาบ่อยครั้ง ทำให้สูญเสียบทบาทหน้าที่ในครอบครัว ไม่สามารถ เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้และเป็นสาเหตุให้เกิดการหยุดงาน (นงลักษณ์ ทศทิศ และคณะ, ๒๕๕๔) สูญเสียรายได้เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษา ส่งผลไปถึงเศรษฐกิจของครอบครัว เป็นต้น

การรักษาอาการปวดนั้น สามารถรักษาโดยทั้งแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์ทางเลือก การรักษาโดยแพทย์แผนปัจจุบัน รักษาโดยการให้ยาหรือการทำกายภาพบำบัด สำหรับการรักษาโดยแพทย์ทางเลือก มีทั้งการนวด การฝังเข็ม หรือการให้กัญชาสมุนไพร ซึ่งขึ้นอยู่กับแนวทางการรักษาของแต่ละคน (เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ, ๒๕๔๙) การนวดเป็นวิธีที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการปวด ของกล้ามเนื้อ ซึ่งการนวดสามารถช่วยบรรเทาอาการปวดของกล้ามเนื้อ ช่วยทำให้การไหลเวียนเลือดดีขึ้น อาการเกร็งของกล้ามเนื้อลดลง ซึ่งเป็นผลทำให้อาการปวดลดลง (เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ, ๒๕๔๙) การบริหารท่าฤๅษี ดัดตนเป็นการเคลื่อนไหวร่างกายให้เป็นไปตามท่าทางต่างๆ แล้วคงนั่งอยู่ในท่านั้นระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งโดยมากจะเป็นระยะเวลาสั้นๆ สอดคล้องกับคำกล่าวของ ละเอียต ศิลาน้อย (๒๕๔๓, หน้า ๓๐ - ๓๑)

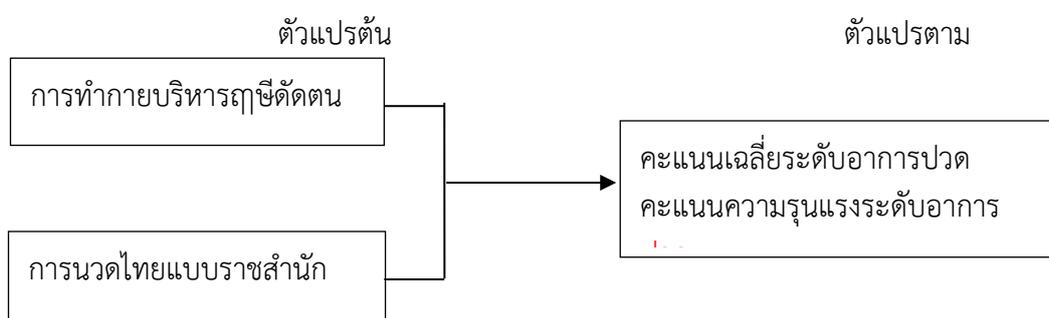
คลินิกแพทย์แผนไทยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังแดง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรดิษฐ์ เป็นหน่วยบริการสาธารณสุขที่เปิดให้บริการด้านสุขภาพด้วยศาสตร์ทางการแพทย์แผนไทย เช่น การนวดกดจุดรักษา การประคบสมุนไพร การอบไอน้ำสมุนไพร การดูแลมารดาหลังคลอด เป็นต้น ผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาส່วนใหญ่ก็จะเป็นประชากรในเขตรับผิดชอบ ซึ่งส่วนมากมีอาชีพเกษตรกรกรรม รับจ้าง เป็นต้น ประชากรดังกล่าวจึงมักมีอาการหรือเจ็บป่วยด้วยโรคเกี่ยวกับระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ เช่น ปวดหลัง ปวดขา ปวดบ่า ปวดแขน เป็นต้น จากปัญหาและข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาผลของการเปรียบเทียบการทำกายบริหารฤๅษีดัดตนกับการนวดไทยแบบราชสำนักสำหรับบรรเทาอาการปวดหลังส่วนล่าง ว่าการรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยแบบใดจะให้ผลของการบรรเทาอาการปวดหลังส่วนล่างดีและเหมาะสมกว่ากัน ซึ่งผลของการศึกษาในครั้งนี้จะช่วยเป็นแนวทางการปฏิบัติและดูแลตัวเองเบื้องต้นที่ถูกต้องของผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างได้

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

๑. เพื่อเปรียบเทียบระดับอาการปวด ระดับความรุนแรงอาการปวด ก่อนและหลังการทำกายบริหารฤๅษีดัดตนและการนวดไทยแบบราชสำนัก

๒. เพื่อเปรียบเทียบระดับอาการปวด ระดับความรุนแรงในอาการปวด ระหว่างการทำกายบริหารฤๅษีดัดตนกับการนวดไทยแบบราชสำนัก ในผู้ป่วย Low Back Pain

กรอบแนวคิดในการศึกษา





รูปแบบการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) เพื่อศึกษาผลการเปรียบเทียบผลของการทำกายบริหารฤๅษีดัดตนกับการนวดไทยแบบราชสำนักสำหรับบรรเทาอาการปวดหลังส่วนล่างของโรคหมอนปลายนับตาคัดสัญญาณ ๑ หลัง คลินิกแพทย์แผนไทยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังแดง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรดิตรต์ ระหว่างเดือน มิถุนายน ถึงเดือน สิงหาคม ๒๕๖๒ โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาออกเป็นกลุ่มทดลอง ๒ กลุ่ม ทั้งสองกลุ่มมีการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest - posttest design) โดยใช้มาตราวัดระดับความเจ็บปวด (Numeric rating scale)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

๑ ประชากรที่ใช้ในการศึกษา

ประชากรผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างมารับการรักษาคลินิกแพทย์แผนไทยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังแดง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรดิตรต์

๒ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากผู้มารับการรักษาคลินิกแพทย์แผนไทยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังแดง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรดิตรต์ ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง จำนวน ๓๐ คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาออกเป็น กลุ่มทดลอง ๒ กลุ่ม ได้แก่

๑) กลุ่มที่ให้การดูแลด้วยการทำกายบริหารฤๅษีดัดตน ๑๕ คน

๒) กลุ่มที่ให้การดูแลด้วยการนวดไทยแบบราชสำนัก ๑๕ คน

โดยมีเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก ดังนี้

๑) เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

(๑) เป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาคลินิกแพทย์แผนไทย อายุตั้งแต่ ๒๕ - ๖๐ ปี

(๒) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์ว่าเป็นโรคหมอนปลายนับตาคัดสัญญาณ ๑ หลัง

(๓) ไม่มีโรคประจำตัว และไม่มีภาวะเจ็บป่วยที่รุนแรง อันเป็นสาเหตุให้ไม่สามารถเข้าร่วมการศึกษาได้

(๔) ไม่มี ความผิดปกติทางด้านการสื่อสาร การมองเห็นหรือการรับรู้ความเข้าใจโรคประจำตัว และไม่มีภาวะเจ็บป่วยที่รุนแรง อันเป็นสาเหตุให้ไม่สามารถเข้าร่วมการศึกษาได้

(๕) ไม่ได้รับการรักษาอาการปวดหลังด้วยวิธีอื่นร่วมด้วย เช่น การกินยาคลายกล้ามเนื้อ ยาสมุนไพรและยาแก้ปวด ฉีดยา ฝังเข็ม

(๖) เป็นผู้ที่มีเจตมึใจและยินดีให้ความร่วมมือในการรักษาครั้งนี้

๒) เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

(๑) มีไข้สูงเกิน ๓๘ องศาเซลเซียส

(๒) มีกระดูกแตก หัก ปรี ร้าว กระดูกพรุน หรือผ่าตัดมายังไม่เกิน ๑ เดือน

(๓) โรคผิวหนัง เพราะจะทำให้เชื้อแพร่กระจายออกไปบริเวณอื่น และและแพร่มาสู่ผู้ตรวจ

(๔) ขณะมีอาการอักเสบ เพราะจะทำให้มีการอักเสบมากขึ้น

(๕) บริเวณที่มีแผลเปิด แผลเรื้อรัง อาจทำให้แผลซ้ำ หรือแผลปริแยก

(๖) บริเวณที่เป็นมะเร็ง เพราะจะทำให้มะเร็งแพร่กระจายและลุกลามออกไป



(๓) ผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูง (systolic สูงกว่าหรือเท่ากับ ๑๖๐ mmHg และ diastolic สูงกว่าหรือเท่ากับ ๑๐๐ mmHg) มีอาการหน้ามืด ใจสั่น ปวดศีรษะ หรือคลื่นไส้อาเจียน

(๔) ผู้ป่วยเพศหญิงขณะมีประจำเดือน

(๕) ขอดถอนตัวออกจากกรเข้าร่วมกิจกรรมหรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง หรือไม่ครบกำหนดตามที่วางแผนไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยในครั้งนี้ประกอบด้วย

๑.๙.๑ เครื่องมือที่เป็นแบบสอบถาม มี ๑ ชุด ได้แก่ แบบประเมินการรักษา แบ่งออกเป็น ๒ ตอน

ตอนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ รายได้ การศึกษา ซึ่งเป็นคำถาม ๔ ข้อ ให้ผู้ป่วยเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว

ตอนที่ ๒ แบบประเมินระดับความเจ็บปวด เป็นเครื่องมือสำหรับให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยประเมินระดับความเจ็บปวดด้วยตนเองโดยใช้มาตรวัดความปวดแบบเป็นตัวเลข NRS (numeric rating scale) จะเป็นเส้นตรงที่มีขีดแบ่งเป็นช่องเท่าๆ กัน เป็นการประเมินระดับ ความเจ็บปวดด้วยตัวเลข โดยให้บอกระดับความเจ็บปวดจาก ๐ - ๑๐ ซึ่งจะให้ หมายเลข ๐ หมายถึง ไม่มีความปวด (No Pain) และให้หมายเลข ๑๐ หมายถึง มีความปวดมากที่สุด ผู้วิจัยยึดตามเกณฑ์ของคณะแพทยศาสตร์ วชิระพยาบาล (๒๕๕๒) มีมาตรวัดระดับความเจ็บปวด ดังนี้

วิธีการดำเนินการวิจัย

๑. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๓๐ คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาออกเป็นกลุ่มทดลอง ๒ กลุ่ม

๑) กลุ่มที่ให้การดูแลด้วยการทำกายบริหารฤๅษีตัดตน ๑๕ คน

๒) กลุ่มที่ให้การดูแลด้วยการนวดไทยแบบราชสำนัก ๑๕ คน

๒. กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการชี้แจงตามรายละเอียดและวิธีการศึกษาจนเข้าใจ

๓. ผู้วิจัยจะประเมิน โดยวิธีสัมภาษณ์ผู้ป่วยตามแบบบันทึกความรุนแรงของอาการปวดหลังส่วนล่าง โดยผู้ศึกษาเป็นผู้เก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยวัดระดับอาการปวดหลังส่วนล่างก่อนและหลังการรักษา

๔. ชักประวัติ วัดระดับอาการปวดและบันทึกตามแบบฟอร์ม

๕. กลุ่มทดลอง กลุ่มที่ให้การดูแลด้วยการทำกายบริหารฤๅษีตัดตน ๑๕ คน

๑) ตรวจร่างกายทางหัตถเวชกรรมไทย

๒) วัดสันเท้าข้างที่เป็น (ลมปลายปัดคาดสัญญาณ ๑ หลัง ขาข้างที่เป็นจะสั้น)

๓) งอพับขาเป็นเลข ๔ กดลงพื้น (ลมปลายปัดคาดสัญญาณ ๑ หลัง กดลงพื้นจะมีการต้านมือ)

๔) คลำหาจุดเจ็บ ตรวจกล้ามเนื้อ ดูความร้อน เย็น อ่อน แข็ง

บริเวณสัญญาณ ๑ หลัง

๕) วัดระดับความเจ็บปวดด้วยมาตรวัดระดับความเจ็บปวด (Pain Score)

๖) ทำกายบริหารฤๅษีตัดตน

๑) กายบริหารฤๅษีตัดตนท่าที่ ๑ (ท่าแก้กล่อน)

วิธีการปฏิบัติ

(๑) นั่งเหยียดขาทั้งสองข้างเท้าชิดกัน มือทั้งสองข้างวางไว้บริเวณหน้าขา

หน้าตรงหลังตรง



(๒) สูดลมหายใจเข้าให้ลึกที่สุดพร้อมกับใช้มือทั้งสองข้างขนาดตั้งแต่ต้นขา
ต่อเนื่องไปจนถึงปลายเท้า

(๓) ใช้มือจับปลายเท้าและก้มหน้าให้มากที่สุด กลั้นลมหายใจไว้สักครู่

(๔) ผ่อนลมหายใจออกพร้อมกับคลายมือจากปลายเท้า นวดจากข้อเท้า
กลับขึ้นมาจนถึงต้นขา แล้วกลับมาอยู่ในท่าเตรียมเริ่มต้นทำซ้ำสลับกันจนครบ ๑๕ นาที

๒) กายบริหารฤๅษีดัดตนท่าที่ ๒ (ท่าแก้ไหล่ ขา และแก้เข่า ขา)

วิธีการปฏิบัติ

(๑) ยืนก้าวขาข้างซ้ายเฉียงออกไปทางซ้ายมือข้างเดียววางมือแนบหน้าขา
มือขวาทำวอยอยู่บนสะโพกในลักษณะคว่ำมือส้นมือต้นสะโพกปลายมือเฉียงไปทางด้านหลัง

(๒) สูดลมหายใจเข้าให้ลึกที่สุดพร้อมกับค่อยๆย่อตัวทิ้งน้ำหนักลงไปบนขา
ข้างซ้ายที่ก้าวออกไป

(๓) ขณะย่อตัวค่อยๆบิดตัวให้หันหน้าไปทางด้านขวาช้าๆโดยขาซ้ายจะย่อ
ขาขวาจะดึงกลั้นลมหายใจไว้สักครู่พร้อมกับกดเน้นส้นมือที่เท้าวอยอยู่บนสะโพก

(๔) ผ่อนลมหายใจออกพร้อมกับค่อยๆเปลี่ยนกลับมาอยู่ในท่าเตรียมทำซ้ำ
เช่นเดิมแต่เปลี่ยนเป็นก้าวขาข้างขวา ทำสลับกันซ้ายขวานับเป็น ๑ ครั้ง เริ่มต้นทำซ้ำสลับกันจนครบ ๑๕ นาที

(๕) นัดผู้ป่วยทั้ง ๒ กลุ่ม มารับการรักษาต่อเนื่อง แบบวันเว้นวัน จำนวน ๔
ครั้ง ต่อเนื่องกัน

๖. กลุ่มทดลอง กลุ่มที่ให้การดูแลด้วยการนวดไทยแบบราชสำนัก ๑๕ คน

๑) ตรวจร่างกายทางหัตถเวชกรรมไทย

๒) วัดส้นเท้าข้างที่เป็น (ลมปลายปิดคาดสัญญาณ ๑ หลัง ขาข้างที่เป็นจะสั้น)

๓) งอพับขาเป็นเลข ๔ กดลงพื้น (ลมปลายปิดคาดสัญญาณ ๑ หลัง กดลงพื้นจะมีการ

ด้านมือ)

๔) คลำหาจุดเจ็บ ตรวจกล้ามเนื้อ ดูความร้อน เย็น อ่อน แข็ง บริเวณสัญญาณ๑ หลัง

๕) วัดระดับความเจ็บปวดด้วยมาตรวัดระดับความเจ็บปวด (Pain Score)

๖) ทำการรักษาด้วยการนวดไทยแบบราชสำนัก

วิธีการปฏิบัติ

(๑) นวดพื้นฐานขาข้างที่เป็นเปิดประตูลม ๑ คาบใหญ่ (๓๐ - ๔๕ วินาที)

(๒) นวดสัญญาณ ๑ ๒ ๓ หลัง (๑๐ - ๑๕ วินาที) เน้นสัญญาณ ๑ (๓๐ - ๔๐
วินาที)

(๓) นวดสัญญาณ ๑ ๒ ๓ ขาด้านนอก (๑๐ - ๑๕ วินาที) เน้นสัญญาณ ๓ (๓๐ -
๔๕ วินาที)

(๔) นวดสัญญาณ ๑ ๒ ขาด้านใน (๑๐-๑๕ วินาที) เน้นสัญญาณ ๓ (๓๐ - ๔๕
วินาที)

(๕) นัดผู้ป่วยทั้ง ๒ กลุ่ม มารับการรักษาต่อเนื่อง แบบวันเว้นวัน จำนวน ๔ ครั้ง
ต่อเนื่องกัน

๗) เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อนำไปวิเคราะห์และแปลผล



การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการศึกษา

ผู้ศึกษานำแบบบันทึกข้อมูลมาตรวจสอบความสมบูรณ์ และจัดเตรียมข้อมูลนำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

๑.๑๔.๑ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ

๑.๑๔.๒ เปรียบเทียบผลการประเมินระดับอาการปวดหลังส่วนล่างก่อนและหลังการทำกายบริหารฤๅษีดัดตนและการนวดไทยแบบราชสำนัก ระหว่างกลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่ม โดยใช้สถิติ Independent Sample t - test

๑.๑๔.๓ ข้อมูลผลของระดับอาการปวดหลังส่วนล่างของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการดูแลด้วยกายบริหารฤๅษีดัดตน และกลุ่มทดลองก่อนและหลังการดูแลด้วยนวดไทยแบบราชสำนัก มาวิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D)

๑.๑๔.๔ เปรียบเทียบผลการประเมินระดับอาการปวดหลังส่วนล่าง ก่อนและหลังการดูแล การทำกายบริหารฤๅษีดัดตนในกลุ่มทดลองที่ ๑ และการนวดไทยแบบราชสำนักในกลุ่มทดลอง ที่ ๒ โดยใช้สถิติ Paired Sample - test

ข้อเสนอแนะ

๑. ควรมีการประเมินระดับความเจ็บปวดด้วยวิธีอื่นร่วมด้วย เช่น การใช้เครื่องมือวัดองศาการเคลื่อนไหว การตรวจร่างกายทางหัตถเวชกรรมไทย เป็นต้น

๒. ควรเพิ่มการใช้ทำกายบริหารฤๅษีดัดตนทำอื่น ๆ เพิ่มมากขึ้นเพื่อประสิทธิผลในการรักษาอาการปวดหลังส่วนล่าง

๑๐. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยไตเรื้อรัง

นิพนธ์ จิตอนุกุล

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยไตเรื้อรัง ระยะเวลา ๑๒ สัปดาห์ วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองก่อนและหลังทดลอง ระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังทดลอง ระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองก่อนและหลังทดลอง ระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังทดลอง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มทดลองก่อนและหลังทดลองและเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ เชงพรรณนาและไควสแควประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือกลุ่มผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ ๓A-๓B ที่ได้รับการตรวจคัดกรองและขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดย โรงพยาบาลศิริราช จังหวัดสุโขทัยปี ๒๕๖๑ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้ค่านาถอพิทผลของผลงานวิจัยกึ่งทดลองมากำหนดขนาดตัวอย่าง

ผลการวิจัยพบว่าระดับความดันโลหิตซิสโตลิกกลุ่มทดลองก่อนและหลังทดลองและระดับความซิสโตลิกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกกลุ่มทดลองก่อนและหลังทดลองและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ ระดับน้ำตาลในเลือดกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง และ



ระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ พฤติกรรมสุขภาพกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองและระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ จากผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในพื้นที่ต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดได้อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำสำคัญ : โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ผู้ป่วยไตเรื้อรัง

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease, CKD) เป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อภาวะทางด้านเศรษฐกิจในระดับสูงต่อระบบสุขภาพและเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Nathan R. Hill et al., ๒๐๑๖) ในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้นี้ประมาณล้านคน (The National Kidney Foundation, ๒๐๑๖) และพบว่าในระยะเวลา ๔ ปีมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มารับบริการที่โรงพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นกว่าหนึ่งเท่าตัว โดยมีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั่วประเทศในปี ๒๕๖๑ จำนวน ๑,๒๘๘,๙๔๕ คน ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๕๘ ที่มีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเท่ากับ ๕๘๖,๐๖๓ คน ข้อมูลของประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต่อแสนประชากรที่มารับบริการที่โรงพยาบาลระหว่างปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๑ เท่ากับ ๘๙๙.๖๓, ๑,๓๘๖.๔๐, ๑,๘๔๓.๔๒ และ ๑,๙๔๗.๓๙ ตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๑) สำหรับในเขตพื้นที่ของเขตสุขภาพที่ ๒ มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต่อแสนประชากรที่มารับบริการที่โรงพยาบาลระหว่างปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๑ เท่ากับ ๑,๓๑๓.๑๒, ๑,๖๘๖.๙๔, ๒,๐๒๐.๑๘ และ ๒,๐๒๗.๒๕ ตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๑) ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีอัตราป่วยต่อแสนประชากรสูงกว่าระดับประเทศสำหรับจังหวัดสุโขทัยเป็นจังหวัดที่อยู่ในเขตสุขภาพที่ ๒ มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต่อแสนประชากรที่มารับบริการที่โรงพยาบาลระหว่างปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๑ เท่ากับ ๑,๗๖๙.๒๙, ๒,๐๘๖.๒๓, ๒,๗๐๓.๖๓ และ ๒,๕๗๙.๖๐ ตามลำดับ และในเขตพื้นที่อำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต่อแสนประชากรที่มารับบริการที่โรงพยาบาลระหว่างปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๑ เท่ากับ ๑,๖๓๓.๓๒, ๑,๗๒๕.๙๖, ๒,๐๓๙.๙๖ และ ๒,๐๙๖.๙๙ ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย, ๒๕๖๑)

โรคไตเรื้อรังเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงมากโดยเฉพาะเมื่อการดำเนินโรคเข้าสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย และในปัจจุบันยังมีแนวโน้มอุบัติการณ์ของโรคเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จึงมีความจำเป็นที่จะต้องให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพื่อป้องกันหรือชะลอไม่ให้เกิดการดำเนินของโรคเข้าสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยการตรวจคัดกรองและดูแลรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้นเพื่อชะลอการเสื่อมของไตให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (perceived self-efficacy) เป็นปัจจัยภายในที่มีอิทธิพลสูงในการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Bandura, ๑๙๙๗) เพราะบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะมีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพต่ำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีพื้นฐานจากการได้รับข้อมูล ๔ แหล่งได้แก่ ๑) การประสบความสำเร็จ ๒) การใช้ตัวแบบ ๓) การใช้คำพูดชักจูง ๔) การกระตุ้นทางจากการศึกษาของ ศิริลักษณ์ มหาสัณเฑาะว์ รักศิลป์ และ ธีรวิมล เอกะกุล (๒๕๕๙) พบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรัง และมีการรับรู้ความสามารถแห่งตนของผู้ป่วยไตเรื้อรัง เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < .05$ จากผลการวิจัยดังกล่าวจะเห็นว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้แนวคิดการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของแบนด์รูรานันส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีสนใจที่จะประยุกต์ใช้ทฤษฎีการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของแบนด์รูรานัน



รณรงค์มาใช้เป็นแนวคิดในการออกแบบโปรแกรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ของอำเภอศรีมมาศ จังหวัดสุโขทัย เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีพฤติกรรมสุขภาพที่มีความเหมาะสมกับโรคของตนเองซึ่งจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพที่ดีของผู้ป่วยต่อไป โดยผลจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้จะเป็นแนวทางให้พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรทางด้านสุขภาพได้นำแนวทางในการศึกษาวิจัยเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังไปใช้กับผู้ป่วยรายอื่น ๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

๑. เพื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยไตเรื้อรังระหว่างก่อนทดลองและหลังทดลอง ๑๒ สัปดาห์ ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน
๒. เพื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยไตเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังทดลอง ๑๒ สัปดาห์
๓. เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยไตเรื้อรังระหว่างก่อนทดลองและหลังทดลอง ๑๒ สัปดาห์ ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน
๔. เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยไตเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังทดลอง ๑๒ สัปดาห์
๕. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยไตเรื้อรังระหว่างก่อนทดลองและหลังทดลอง ๑๒ สัปดาห์ ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน
๖. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยไตเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังทดลอง ๑๒ สัปดาห์

กรอบแนวคิดการวิจัย

ประกอบไปด้วยตัวแปรต้นและตัวแปรตามดังนี้คือ ตัวแปรต้นคือ โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ซึ่งประกอบไปด้วยกิจกรรม ๔ กิจกรรมคือกิจกรรมที่ ๑ ประสบการณ์ความสำเร็จ กิจกรรมที่ ๒ กิจกรรมการใช้ตัวแบบ (Modeling) กิจกรรมที่ ๓ การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) กิจกรรมที่ ๔ การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional arousal) และตัวแปรตามคือ ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด พฤติกรรมสุขภาพ

ระเบียบวิธีการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ กลุ่มผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ ๓A-๓B ที่ได้รับการตรวจคัดกรองและขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดย โรงพยาบาลศรีมมาศ จังหวัดสุโขทัยในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ จำนวน ๖๗๓ คน การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเฉพาะเจาะจง(purposive sampling)

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาคือ ใช้ค่าขนาดอิทธิพลของผลงานวิจัยกึ่งทดลอง (Effect Size) มากำหนดขนาดตัวอย่างจากตารางสำเร็จรูป (Power Table) ค่าขนาดอิทธิพลของงานวิจัยแบบทดลองและกึ่งทดลอง โดยประมาณค่าขนาดอิทธิพลจากค่าเฉลี่ย ๒ กลุ่ม คำนวณได้จากสูตรของโคเฮน (Cohen ๑๙๙๒ อ้างในบุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, ๒๕๕๕) การคำนวณค่าขนาดอิทธิพล ผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยของ วัชรพร สนิทผล, นันธิดา จาระธรรม และ จันทร์เพ็ญ ประโยงค์ (๒๕๖๐) เรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมควบคุมโรคในผู้ป่วยไตเรื้อรัง ระยะที่ ๓ และ ๔ ที่แผนกไตเทียมโรงพยาบาลลำพูน เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ ๓๐ คน



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ

๑) เครื่องมือในการทดลองคือ โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยไตเรื้อรัง ประกอบด้วยกิจกรรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน จำนวน ๔ ครั้ง ๒) เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย ๓ ส่วน คือ แบบสอบถาม เครื่องวัดความดันโลหิตและเครื่องเจาะน้ำตาลในเลือด สมุดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยไตเรื้อรัง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ได้เท่ากับ ๐.๙๒

หาความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Conbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ ๐.๙๓

ผลการวิจัย

ตาราง ๑ แสดงค่าเฉลี่ย ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือดและพฤติกรรมสุขภาพภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ๑๒ สัปดาห์

	Mean	SD	t	p-value
ความดันโลหิตซิสโตลิกกลุ่มทดลอง				
ก่อนการทดลอง (n=๓๐)	๑๕๔.๓๓	๕.๓๓๙	๒๒.๕๘๖	.๐๕
หลังการทดลอง (n=๓๐)	๑๒๖.๗๓	๔.๙๐๖		
ความดันโลหิตไดแอสโตลิกกลุ่มทดลอง				
ก่อนการทดลอง (n=๓๐)	๙๗.๓๐	๔.๑๘๗	๑๓.๗๑๑	.๐๕
หลังการทดลอง (n=๓๐)	๘๐.๗๐	๓.๕๕๔		
ความดันโลหิตซิสโตลิกระหว่างกลุ่มหลังการทดลอง				
กลุ่มทดลอง (n=๓๐)	๑๒๖.๗๓	๔.๙๐๖	-	.๐๕
กลุ่มควบคุม (n=๓๐)	๑๕๑.๓๐	๓.๖๑๒	๒๒.๐๘๘	
ความดันโลหิตไดแอสโตลิกระหว่างกลุ่มหลังการทดลอง				
กลุ่มทดลอง (n=๓๐)	๘๐.๗๐	๓.๕๕๔	-	.๐๕
กลุ่มควบคุม (n=๓๐)	๙๔.๖๓	๒.๑๒๕	๑๘.๔๓๐	
ระดับน้ำตาลในเลือดกลุ่มทดลอง				
ก่อนการทดลอง (n=๓๐)	๑๓๖.๒๐	๑๑.๖๔๘	๗.๑๖๙	.๐๕
หลังการทดลอง (n=๓๐)	๑๑๗.๘๐	๔.๖๐๔		
ระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างกลุ่มหลังการทดลอง				
กลุ่มทดลอง (n=๓๐)	๑๑๗.๘๐	๔.๖๐๔	-๘.๓๗๗	.๐๕
กลุ่มควบคุม (n=๓๐)	๑๓๓.๘๗	๙.๔๔๒		
พฤติกรรมสุขภาพกลุ่มทดลอง				
ก่อนทดลอง n=๓๐	๑๕๔.๕๗	๓.๔๔๑	-	.๐๕
หลังทดลอง n=๓๐	๑๘๖.๔๗	๒.๖๔๙	๔๑.๘๐๐	
พฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มหลังทดลอง				
กลุ่มทดลอง n=๓๐	๑๘๖.๔๗	๒.๖๔๙	๔๔.๓๘๙	.๐๕
กลุ่มควบคุม n=๓๐	๑๕๕.๐๗	๒.๘๒๘		



ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและอภิปรายผล

กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนมีความดันโลหิตซิสโตลิก ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ๑๒ สัปดาห์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ๑๒ สัปดาห์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ ความดันโลหิตซิสโตลิกหลังการทดลอง ๑๒ สัปดาห์กลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ ความดันโลหิตไดแอสโตลิกหลังการทดลอง ๑๒ สัปดาห์กลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนมีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ๑๒ สัปดาห์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ ระดับน้ำตาลในเลือดหลังการทดลอง ๑๒ สัปดาห์กลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$

กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน มีพฤติกรรมสุขภาพก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ๑๒ สัปดาห์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ พฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลอง ๑๒ สัปดาห์กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$

สรุปและข้อเสนอแนะ

๑. โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือดและพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยไตเรื้อรังมีผลในการทำให้ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นก่อนการทดลอง จึงควรมีการติดตามผลของโปรแกรมการวิจัยในครั้งนี้ในกลุ่มทดลองในระยะเวลาที่ยาวนานขึ้นเช่น ๖ เดือน หรือ ๑ ปี เพื่อติดตามและศึกษาเปรียบเทียบความยั่งยืนของโปรแกรม และสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังเช่นเดียวกันกับกลุ่มทดลอง
๒. ควรส่งเสริมสนับสนุนให้พยาบาล และบุคลากรสาธารณสุขนำโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือดและพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยไตเรื้อรังไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการดูแลกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคอื่น ๆ เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่มีความเหมาะสมกับโรคของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

๑๑. การประเมินผลหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในการลดโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในจังหวัดเพชรบูรณ์

กรรณิกา สหเมธาพัฒน์ และ ธนดล ยศเทศ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานจังหวัดเพชรบูรณ์ ข้อมูลปี ๒๕๕๗ ถึงปี ๒๕๖๑ อัตราอุบัติการณ์โรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ ๖๑๙.๓๓, ๑,๔๗๔.๖๒, ๑,๙๓๔.๖๓, ๑,๙๑๗.๘๗ และ ๒,๑๕๗.๕๕ ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ส่วนอัตราอุบัติการณ์โรคเบาหวาน เท่ากับ ๓๕๒.๓๔, ๖๓๓.๓๓, ๑,๒๒๕.๑๘, ๑,๒๑๕.๓๓ และ ๑,๓๘๑.๒๔ ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ส่วนอัตราความชุกโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ร้อยละ ๑๗.๕๓, ๑๖.๑๕, ๑๗.๑๙, ๑๗.๙๓ และ ๑๘.๑๘ ตามลำดับ อัตราความชุกโรคเบาหวานในประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปร้อยละ ๘.๕๕, ๗.๘๓, ๘.๓๗, ๘.๒๕ และ ๑๒.๑๘ ดังนั้นจังหวัดเพชรบูรณ์ จึงได้จัดทำโครงการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคความดันโลหิตสูงและ



โรคเบาหวานจังหวัดเพชรบูรณ์ ปี ๒๕๖๒ ในพื้นที่ต้นแบบ เพื่อให้เกิดการพัฒนาการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในชุมชน โดยผู้วิจัยได้ประเมินผลโครงการ โดยใช้รูปแบบการประเมินแบบ CIPP ของสตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam, ๒๐๐๒) ซึ่งรูปแบบซีพี(CIPP Model) เป็นการประเมินโครงการ ตามบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และ ผลลัพธ์ ที่จะประเมินและพิจารณาตามความเป็นจริง หรือสิ่งที่เป็นอย่างจริง ซึ่งการประเมินผลการดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในจังหวัดเพชรบูรณ์ตามแนวทาง ๗ ขั้นตอน ยังไม่มีผู้ใดทำการวิจัยประเมินผลเกี่ยวกับเรื่องนี้ ผู้วิจัยมีความสนใจว่าผลการดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในจังหวัดเพชรบูรณ์ เพื่อนำผลการศึกษาใช้ในการวางแผน ปรับปรุงการพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

๑. วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อประเมินผลการดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในจังหวัดเพชรบูรณ์ โดยใช้รูปแบบการประเมินแบบ CIPP ของสตัฟเฟิลบีม

๒. วัตถุประสงค์เฉพาะ

๒.๑ เพื่อประเมินบริบทด้านมาตรการหรือข้อตกลงร่วมในชุมชน ด้านการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพและด้านสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

๒.๒ เพื่อประเมินปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ด้านบุคลากร ด้านบริหารจัดการ ด้านทรัพยากรและงบประมาณ

๒.๓ เพื่อประเมินกระบวนการ ได้แก่ การจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชน การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพประชาชนและการสื่อสารประชาสัมพันธ์กิจกรรมในหมู่บ้าน และการขยายผลการดำเนินงานกิจกรรมและนวัตกรรมหรือสิ่งประดิษฐ์

๒.๔ เพื่อประเมินผลลัพธ์ ได้แก่ ความพึงพอใจต่อกระบวนการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม ๓ อ ๒ ส และสภาวะสุขภาพประชาชน

๒.๕ เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานจังหวัดเพชรบูรณ์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

๑. นำข้อมูลผลการศึกษาใช้ในการวางแผน ปรับปรุงการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานจังหวัดเพชรบูรณ์

๒. เป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องในการสนับสนุนและการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

๓. นำข้อมูลและข้อเสนอแนะมาปรับปรุงการดำเนินงานในการจัดทำแนวทางพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากร การวิจัยครั้งนี้ ทำการศึกษา ๒ กลุ่ม

กลุ่มที่ ๑ ผู้นำและแกนนำพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานในพื้นที่ ๑๑ หมู่บ้าน ละ ๑๐-๑๕ คน ซึ่งประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้แทนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้แทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น



แกนนำในชุมชนด้านต่างๆ เช่น ชมรมออกกำลังกาย ชมรมผู้สูงอายุ ปราชญ์ชาวบ้านในด้านต่างๆ ผู้นำทางจิตวิญญาณ ได้แก่ พระ ผู้แทนจากหน่วยงาน/องค์กรต่างๆที่เกี่ยวข้อง เช่น เกษตรตำบล พัฒนาตำบล ครู กศน. ครูในพื้นที่ เป็นต้น รวมจำนวน ๑๕๖ คน

กลุ่มที่ ๒ ประชาชนในพื้นที่ ๑๑ หมู่บ้าน ที่อายุ ๑๕ ปี - ๖๙ ปี ที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านละ ๕๐ คน รวมจำนวน ๕๕๐ คน

ขอบเขตด้านเวลา ระยะเวลา ๑ ปี (๑ ตุลาคม ๒๕๖๑ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๒)

นิยามศัพท์

๑. หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง หมู่บ้านที่สมัครเข้าร่วมโครงการหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานจังหวัดเพชรบูรณ์ที่ดำเนินการตามแนวทาง ๗ ขั้นตอน ในการพัฒนามีดังนี้ ขั้นตอนที่ ๑ สร้างและพัฒนาทีมแกนนำพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ขั้นตอนที่ ๒ มีและใช้ข้อมูลพื้นฐานหมู่บ้านและพฤติกรรมสุขภาพประชาชน ขั้นตอนที่ ๓ เข้าใจปัญหาและวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ขั้นตอนที่ ๔ จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ขั้นตอนที่ ๕ เฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพประชาชน ขั้นตอนที่ ๖ สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและขั้นตอนที่ ๗ มีการประเมินผลความสำเร็จในพื้นที่

๒. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำใดๆที่มีการประยุกต์หลักการแห่งพฤติกรรมหรือหลักการเรียนรู้ เพื่อมุ่งกระทำให้บุคคลเปลี่ยนแปลงแก้ไขพฤติกรรมตนเองที่นำไปสู่เป้าหมายของการมีสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ที่ดี โดยอาศัยการสนับสนุนจากบุคคล สังคม และสภาพแวดล้อมที่จัดกระทำขึ้นให้เอื้อต่อการเสริมสร้างสุขภาพและในการวัดต้องเน้นที่พฤติกรรมที่สามารถสังเกตเห็นได้หรือวัดได้เป็นสำคัญและในการศึกษาครั้งนี้วัดความรู้ด้านสุขภาพ วัดพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและวัดสภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น

๓. โรคเบาหวาน หมายถึง เป็นภาวะที่ร่างกายมีน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ เกิดจากการขาดฮอร์โมนอินซูลินหรือจากการดื้อต่อฤทธิ์ของอินซูลิน ทำให้ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดไปใช้ได้ตามปกติ น้ำตาลในเลือดที่สูงอยู่เป็นระยะเวลานานทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนของอวัยวะต่างๆเช่น ตา ไต ระบบประสาท โรคหลอดเลือดหัวใจ

๔. โรคความดันโลหิตสูง หมายถึง เป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่งซึ่งผู้ป่วยมีความดันเลือดในหลอดเลือดแดงสูงกว่าปกติตลอดเวลา มีภาวะที่ความดันโลหิตช่วงบนหรือความดันซิสโตลิก มีค่าตั้งแต่ ๑๔๐ มิลลิเมตรปรอทขึ้นไปและความดันโลหิตช่วงล่างมีค่าตั้งแต่ ๙๐ มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป

๕. การประเมินผลหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน โดยใช้รูปแบบซีพี (CIPP Model) ของสตัฟเฟิลบีม (Stufflebleam)

๕.๑ การประเมินสภาวะแวดล้อมหรือบริบท (Context Evaluation : C) หมายถึง การประเมินเพื่อมุ่งศึกษาองค์ประกอบของแต่ละพื้นที่ ที่มีผลต่อการดำเนินงาน ๓ ด้าน ประกอบด้วย ด้านมาตรการหรือข้อตกลงร่วมในชุมชน ด้านการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ และด้านสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

๕.๒ การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation : I) หมายถึง การประเมินปัจจัยนำเข้าต่างๆที่ดำเนินการหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ได้แก่ ด้านบุคลากร (ผู้นำชุมชนและแกนนำสุขภาพพัฒนาหมู่บ้านฯ) ด้านบริหารจัดการข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพและแผนงานโครงการ ด้านทรัพยากรและงบประมาณ



๕.๓ การประเมินกระบวนการ(Process Evaluation:P) หมายถึง การประเมินกระบวนการที่ดำเนินการหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ได้แก่ การจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพประชาชนและการสื่อสารประชาสัมพันธ์กิจกรรม การขยายผลการดำเนินกิจกรรมและนวัตกรรม

๕.๔ การประเมินผลผลิต (Output Evaluation:P) หมายถึง การประเมินความพึงพอใจต่อกระบวนการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตาม ๓ ๒ ๒ ส และสภาวะสุขภาพประชาชน

๖. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ มีความรู้ ความเข้าใจเพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติและจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะ เรื่องสุขภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ หมู่บ้านที่ดำเนินการโครงการหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานพื้นที่สมัครเข้าร่วมโครงการต้นแบบ ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ จำนวน ๑๑ หมู่บ้าน

๑. ประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ได้แก่ ผู้นำและแกนนำพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานในพื้นที่ ๑๑ หมู่บ้านละ ๑๐-๑๕ คน ดังนี้ เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง(Inclusion Criteria) ดังนี้ ผู้นำและแกนนำพัฒนาหมู่บ้านที่เป็นคณะกรรมการหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคฯซึ่งประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน คณะกรรมการหมู่บ้านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้แทนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้แทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แกนนำในชุมชนด้านต่างๆ เช่น ชมรมออกกำลังกาย ชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มสตรี เยาวชน ประชาชน ชุมชนในด้านต่างๆ ผู้นำทางจิตวิญญาณ ได้แก่ พระ ผู้แทนจากหน่วยงาน/องค์กรต่างๆที่เกี่ยวข้อง เช่น เกษตรหมู่บ้าน พัฒนาชุมชน ครูคน. ครูในพื้นที่ เป็นต้น หมู่บ้านละ ๑๐-๑๕ คน และ ผู้นำและแกนนำพัฒนาหมู่บ้านที่เป็นคณะกรรมการหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคฯไม่น้อยกว่า ๖ เดือน เกณฑ์การคัดออก(Exclusion Criteria) ดังนี้ ผู้นำและแกนนำพัฒนาหมู่บ้านที่เป็นคณะกรรมการหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคฯแต่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ตามเวลาที่ทำการศึกษาได้ และ ผู้นำและแกนนำพัฒนาหมู่บ้านที่ไม่ได้เป็นคณะกรรมการหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคฯ

๒. ประเมินผลลัพธ์ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชากรในพื้นที่ ๑๑ หมู่บ้าน ที่อายุ ๑๕-๖๙ ปี ที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคฯต้นแบบ การคำนวณขนาดตัวอย่าง ใช้สูตรในการคำนวณขนาดตัวอย่าง เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง(Inclusion Criteria) ดังนี้ประชากรในหมู่บ้านต้นแบบ ที่อายุ ๑๕-๖๙ ปีโดยใช้วิธีการจับสลากโดยทำรายชื่อประชากรทั้งหมด ได้จำนวนตัวอย่างขั้นต่ำ หมู่บ้านละ ๕๐ คน จำนวน ๑๑ หมู่บ้าน รวมจำนวน ๕๕๐ คน เกณฑ์การคัดออก(Exclusion Criteria) ดังนี้ประชากรในหมู่บ้านต้นแบบที่มีอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี และ อายุมากกว่า ๖๙ ปี ขึ้นไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย : ๑)แบบสอบถามชุดที่ ๑ ในกลุ่มผู้นำและแกนนำพัฒนาหมู่บ้านฯ ในด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ จำนวน ๓๙ ข้อ ๒)แบบสนทนากลุ่มผู้นำและแกนนำพัฒนาหมู่บ้าน จำนวน ๘ ข้อ ๓)แบบสอบถามชุดที่ ๒ ในกลุ่มตัวอย่างประชาชนเพื่อผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม ๓๒ ๒ ส และสภาวะสุขภาพประชาชนในหมู่บ้าน จำนวน ๒๙ ข้อ

วิธีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ : นำเครื่องมือที่สร้างเสร็จขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน ๓ ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ตรงตามเนื้อหา ความตรงตามโครงสร้าง ความครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ ความ



เหมาะสมด้านภาษา และนำแบบสอบถามไป Try Out วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้ Cronbach's Alpha Coefficient ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.79

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล : นัดกลุ่มเป้าหมายพร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียด ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ ๑ มีนาคม - ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒ และนำแบบสอบถามที่สมบูรณ์มาวิเคราะห์ประมวลผล

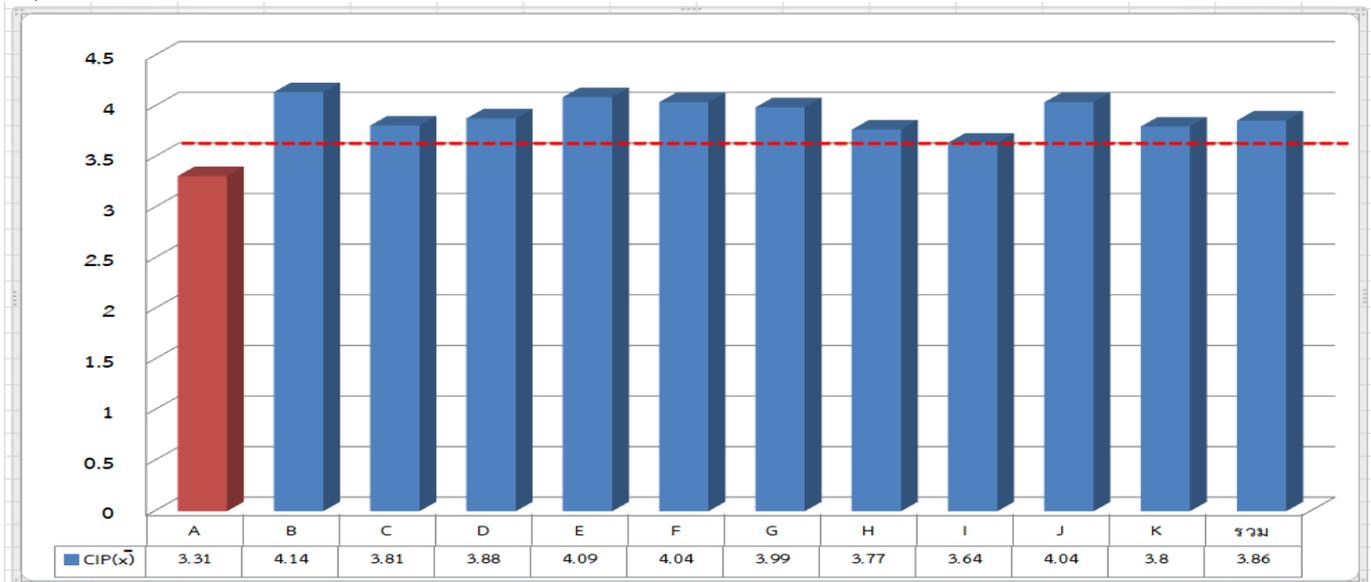
การวิเคราะห์ข้อมูล: ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าสูงสุด (Maximum) ค่าต่ำสุด (Minimum) และ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) นำค่าเฉลี่ยที่ได้จากผลการวิเคราะห์ไปทำการเปรียบเทียบเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เพื่อใช้ในการแปลความหมายเป็นรายชื่อ การแปลความหมายของแบบสอบถามที่มีมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แสดงความคิดเห็น การปฏิบัติ และ ความพึงพอใจ โดยแต่ละข้อคำถามมีคำตอบให้เลือก ๕ ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด มีเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละระดับ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและอภิปรายผล

ส่วนที่ ๑ ผลวิเคราะห์ประเมินผล บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ

ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลกลุ่มผู้นำและแกนนำพัฒนาหมู่บ้านใน ๑๑ หมู่บ้าน จำนวน ๑๕๖ คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ ๖๒.๒ เพศชาย ร้อยละ ๓๗.๘ ช่วงอายุระหว่าง ๓๐-๔๙ ปี ร้อยละ ๕๑.๙ อายุเฉลี่ย ๔๗.๙๕ อายุต่ำสุด ๒๖ ปี อายุสูงสุด ๗๕ ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ ๘๐.๘ ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ ๖๙.๙ ตำแหน่งทางสังคม อสม. ร้อยละ ๓๔.๖ และหน่วยงานภาครัฐ ร้อยละ ๒๕

กราฟที่ ๑ ประเมินผล CIP (บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ) การดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (เกณฑ์เป้าหมาย : ระดับมากขึ้นไป ค่าเฉลี่ย $(\bar{x}) \geq 3.5$)



จากกราฟที่ ๑ ประเมินผล CIP (บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ) ในกลุ่มผู้นำและแกนนำพัฒนาหมู่บ้านมีการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านต้นแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายระดับมาก จำนวน ๑๐ หมู่บ้าน ซึ่งหมู่บ้าน B มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด และมีหมู่บ้านที่ไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายจำนวน ๑ หมู่บ้าน คือ หมู่บ้าน A เมื่อแยกเป็นรายด้านย่อยมีรายละเอียดดังตาราง



ตารางที่ ๑ ระดับผลการประเมินด้านบริบท หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รายหมู่บ้าน

หมู่บ้าน	จำนวน (คน)	ด้านบริบท											
		ด้านนโยบาย			การมีส่วนร่วมภาคี			สิ่งแวดล้อมที่เอื้อ			ภาพรวม		
		\bar{x}	S.D.	ระดับ	\bar{x}	S.D.	ระดับ	\bar{x}	S.D.	ระดับ	\bar{x}	S.D.	ระดับ
A	๑๔	๓.๔๘	.๗๕	ปานกลาง	๓.๑๖	.๕๑	ปานกลาง	๓.๔๓	.๗๘	ปานกลาง	๓.๓๕	.๗๗	ปานกลาง
B	๑๕	๔.๓๓	.๔๘	มาก	๔.๓๐	.๕๙	มาก	๔.๐๒	.๕๓	มาก	๔.๒๔	.๔๓	มาก
C	๑๕	๓.๘๒	.๔๒	มาก	๓.๙๕	.๕๔	มาก	๓.๖๔	.๗๖	มาก	๓.๘๒	.๓๙	มาก
D	๑๕	๓.๗๐	.๖๖	มาก	๓.๘๕	.๖๑	มาก	๓.๗๙	.๙๒	มาก	๓.๗๘	.๕๗	มาก
E	๑๕	๔.๒๓	.๕๔	มาก	๔.๑๗	.๔๔	มาก	๓.๙๓	.๖๓	มาก	๔.๑๓	.๓๖	มาก
F	๑๔	๓.๘๖	.๔๕	มาก	๓.๘๘	.๖๓	มาก	๓.๖๙	.๔๔	มาก	๓.๘๑	.๓๙	มาก
G	๑๒	๔.๑๕	.๖๓	มาก	๔.๐๔	.๔๙	มาก	๔.๑๑	.๕๗	มาก	๔.๐๙	.๕๐	มาก
H	๑๕	๔.๐๒	.๖๒	มาก	๓.๗๘	.๗๖	มาก	๓.๙๕	.๖๔	มาก	๓.๙๑	.๕๔	มาก
I	๑๕	๔.๐๓	.๔๕	มาก	๓.๙๑	.๖๕	มาก	๓.๕๘	.๕๙	ปานกลาง	๓.๘๖	.๔๖	มาก
J	๑๑	๔.๐๕	.๓๗	มาก	๔.๑๖	.๓๖	มาก	๔.๑๕	.๗๕	มาก	๔.๑๙	.๔๑	มาก
K	๑๕	๓.๙๒	.๗๘	มาก	๓.๖๕	.๗๙	มาก	๓.๖๔	.๗๙	มาก	๓.๗๕	.๕๒	มาก
รวม	๑๕๖	๓.๙๗	.๕๖	มาก	๓.๘๙	.๖๙	มาก	๓.๘๐	.๗๐	มาก	๓.๘๙	.๕๕	มาก

จากตารางที่ ๑ การประเมินผลด้านบริบท ทั้ง ๓ ข้อย่อย ดังนี้ ด้านนโยบาย พบว่ามี ๑๐หมู่บ้านอยู่ระดับมาก และมี ๑ หมู่บ้านอยู่ระดับปานกลาง, ด้านการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย พบว่ามี ๑๐หมู่บ้านอยู่ระดับมาก และมี ๑ หมู่บ้านอยู่ระดับปานกลาง, และด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ พบว่ามี ๙ หมู่บ้านอยู่ระดับมาก และมี ๒ หมู่บ้านอยู่ระดับปานกลาง

ตารางที่ ๒ ระดับผลการประเมิน ด้านปัจจัยนำเข้า หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รายหมู่บ้าน

หมู่บ้าน	จำนวน (คน)	ด้านปัจจัยนำเข้า											
		บุคลากร			การบริหารจัดการ			ทรัพยากรและงบประมาณ			ภาพรวม		
		\bar{x}	S.D.	ระดับ	\bar{x}	S.D.	ระดับ	\bar{x}	S.D.	ระดับ	\bar{x}	S.D.	ระดับ
A	๑๔	๓.๔๕	.๘๔	ปานกลาง	๓.๑๙	.๙๓	ปานกลาง	๓.๐๒	.๘๘	ปานกลาง	๓.๒๑	.๘๕	ปานกลาง
B	๑๕	๔.๔๐	.๔๙	มาก	๔.๐๘	.๓๙	มาก	๓.๙๖	.๗๒	มาก	๔.๑๓	.๔๒	มาก
C	๑๕	๓.๙๓	.๔๙	มาก	๓.๙๓	.๔๔	มาก	๓.๕๕	.๕๗	มาก	๓.๘๔	.๓๖	มาก
D	๑๕	๔.๒๒	.๓๕	มาก	๓.๗๙	.๔๑	มาก	๓.๕๖	.๘๔	มาก	๓.๘๔	.๔๕	มาก
E	๑๕	๔.๒๓	.๕๔	มาก	๔.๑๗	.๔๕	มาก	๓.๙๓	.๖๓	มาก	๓.๙๘	.๕๕	มาก
F	๑๔	๔.๐๔	.๕๐	มาก	๔.๒๖	.๔๒	มาก	๔.๐๙	.๖๖	มาก	๔.๑๗	.๓๙	มาก
G	๑๒	๔.๑๙	.๖๑	มาก	๓.๘๘	.๔๗	มาก	๓.๘๓	.๖๘	มาก	๓.๙๔	.๔๘	มาก
H	๑๕	๔.๔๔	.๔๑	มาก	๓.๗๙	.๕๙	มาก	๓.๒๒	๑.๐	ปานกลาง	๓.๘๒	.๖๐	มาก
I	๑๕	๔.๓๖	.๖๘	มาก	๓.๖๘	.๕๕	มาก	๓.๔๒	.๖๘	ปานกลาง	๓.๗๘	.๕๖	มาก
J	๑๑	๔.๑๒	.๓๑	มาก	๔.๑๔	.๕๓	มาก	๓.๗๙	.๘๖	มาก	๔.๐๕	.๔๙	มาก



K	๑๕	๔.๐๒	.๗๓	มาก	๓.๙๑	.๓๒	มาก	๓.๕๑	.๔๙	มาก	๓.๘๔	.๓๒	มาก
รวม	๑๕๖	๔.๑๖	.๖๗	มาก	๓.๘๗	.๕๘	มาก	๓.๕๘	.๗๙	มาก	๓.๘๗	.๕๕	มาก

จากตารางที่ ๒ การประเมินผลด้านปัจจัยนำเข้า ภาพรวม ทั้ง ๓ ช้อย่อย ดังนี้ ด้านบุคลากร พบว่า มี ๑๐หมู่บ้าน อยู่ระดับมาก และมี ๑ หมู่บ้านอยู่ระดับปานกลาง, ด้านการบริหารจัดการ พบว่า มี ๑๐หมู่บ้าน อยู่ระดับมาก และมี ๑ หมู่บ้านอยู่ระดับ ปานกลาง, และด้านทรัพยากรและงบประมาณ พบว่า พบว่า มี ๘ หมู่บ้าน อยู่ระดับมาก และมี ๓ หมู่บ้านอยู่ระดับปานกลาง

ตารางที่ ๓ ระดับผลการประเมินด้านกระบวนการ หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รายหมู่บ้าน

หมู่บ้าน	จำนวน (คน)	ด้านกระบวนการ											
		การจัดกิจกรรม ปรับพฤติกรรมสุขภาพ			การเฝ้าระวังและ ประชาสัมพันธ์			การขยายผล และนวัตกรรม			ภาพรวม		
		\bar{x}	S.D.	ระดับ	\bar{x}	S.D.	ระดับ	\bar{x}	S.D.	ระดับ	\bar{x}	S.D.	ระดับ
A	๑๔	๓.๕๐	.๘๓	ปานกลาง	๓.๑๖	๑.๐	ปานกลาง	๓.๐๗	.๗๘	ปานกลาง	๓.๓๗	.๘๔	ปานกลาง
B	๑๕	๔.๒๔	.๕๐	มาก	๓.๙๕	.๔๔	มาก	๓.๕๗	.๕๙	มาก	๔.๐๙	.๔๕	มาก
C	๑๕	๓.๙๓	.๔๓	มาก	๓.๗๒	.๔๕	มาก	๓.๒๗	.๔๙	มาก	๓.๗๙	.๓๙	มาก
D	๑๕	๓.๙๗	.๕๗	มาก	๓.๙๒	.๗๒	มาก	๔.๐๗	.๗๘	มาก	๓.๙๗	.๕๗	มาก
E	๑๕	๔.๒๑	.๖๙	มาก	๔.๒๐	.๕๙	มาก	๓.๖๗	.๗๗	มาก	๔.๑๔	.๕๗	มาก
F	๑๔	๔.๐๕	.๖๓	มาก	๔.๒๑	.๗๓	มาก	๔.๑๔	.๘๖	มาก	๔.๑๐	.๕๘	มาก
G	๑๒	๔.๐๓	.๗๙	มาก	๓.๘๙	.๗๗	มาก	๓.๗๑	.๙๘	มาก	๓.๙๖	.๗๕	มาก
H	๑๕	๓.๙๗	.๖๑	มาก	๓.๔๕	.๘๑	มาก	๓.๒๓	.๙๘	มาก	๓.๖๔	.๖๔	มาก
I	๑๕	๓.๒๒	.๙๓	มาก	๓.๕๖	.๖๓	มาก	๒.๘๗	.๗๙	ปานกลาง	๓.๓๙	.๖๒	ปานกลาง
J	๑๑	๓.๙๕	.๗๐	มาก	๓.๙๑	.๖๓	มาก	๓.๘๖	.๓๒	มาก	๓.๙๓	.๕๙	มาก
K	๑๕	๓.๙๕	.๓๖	มาก	๓.๗๘	.๓๖	มาก	๓.๑๗	.๕๙	มาก	๓.๘๒	.๓๒	มาก
รวม	๑๕๖	๓.๙๓	.๖๔	มาก	๓.๗๖	.๗๖	มาก	๓.๔๙	.๘๒	มาก	๓.๘๓	.๖๓	มาก

จากตารางที่ ๓ การประเมินผลด้านกระบวนการ ในภาพรวมทั้ง ๓ ช้อย่อย ดังนี้ ด้านการจัดกิจกรรม ปรับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า มี ๑๐หมู่บ้าน อยู่ระดับมาก และมี ๑ หมู่บ้านอยู่ระดับปานกลาง, ด้านการเฝ้า ระวังและประชาสัมพันธ์ พบว่า มี ๑๐หมู่บ้าน อยู่ระดับมาก และมี ๑ หมู่บ้านอยู่ระดับปานกลาง และด้าน การขยายผลและนวัตกรรม พบว่า มี ๙ หมู่บ้านอยู่ระดับมาก และมี ๒ หมู่บ้านอยู่ระดับปานกลาง

ส่วนที่ ๒ ผลวิเคราะห์ประเมินผลลัพธ์

ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๑๑ หมู่บ้านๆละ ๕๐ คน รวมจำนวน ๕๕๐ คน พบว่า เพศชายร้อยละ ร้อยละ ๓๖.๕ เพศหญิง จำนวน ๓๔๙ คน ร้อยละ ๖๓.๕ ส่วนใหญ่ช่วงอายุระหว่าง ๕๐-๕๙ ปี ร้อยละ ๒๖.๗ อายุเฉลี่ย ๔๖.๒๗ ปี อายุต่ำสุด ๑๕ ปี อายุสูงสุด ๖๙ ปี ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ ๗๑.๖ ส่วนใหญ่การศึกษาาระดับประถมศึกษา ร้อยละ ๕๔ ส่วนใหญ่อาชีพใช้แรงงาน(ทำนา ทำสวน ทำไร่) ร้อยละ ๖๘ และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ ๗๐.๒

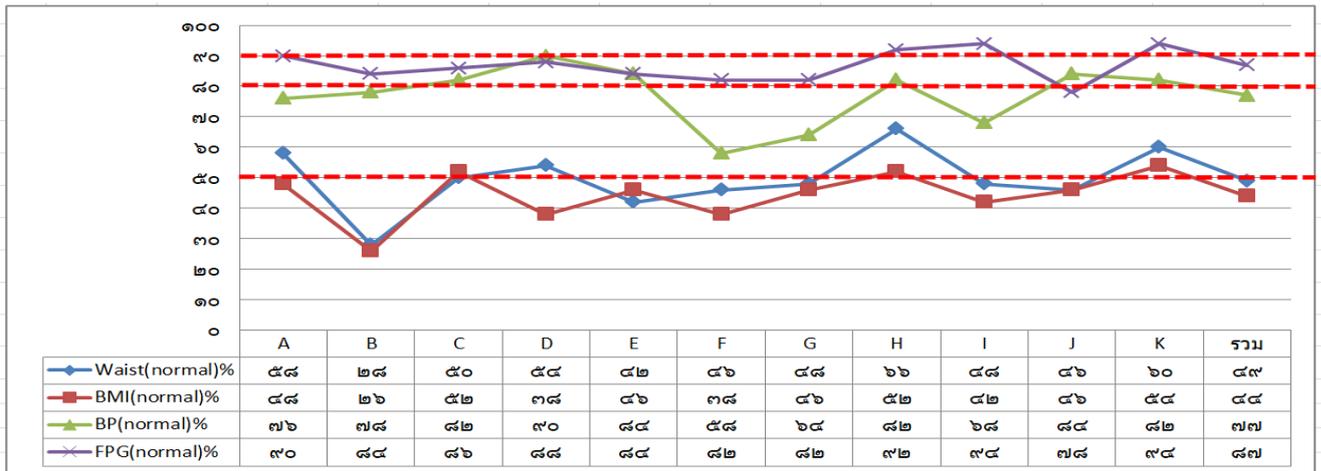
(เกณฑ์เป้าหมาย : หมู่บ้านมีผลรอบเอวปกติ มากกว่า ร้อยละ ๕๐ / หมู่บ้านมีดัชนีมวลกายปกติ มากกว่า ร้อยละ ๕๐ / หมู่บ้านมีระดับความดันโลหิต ปกติมากกว่าร้อยละ ๘๐ / หมู่บ้านมีระดับน้ำตาลใน เลือดปกติมากกว่า ร้อยละ ๙๐)



ประเมินผลลัพธ์ สภาวะสุขภาพของประชาชนในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

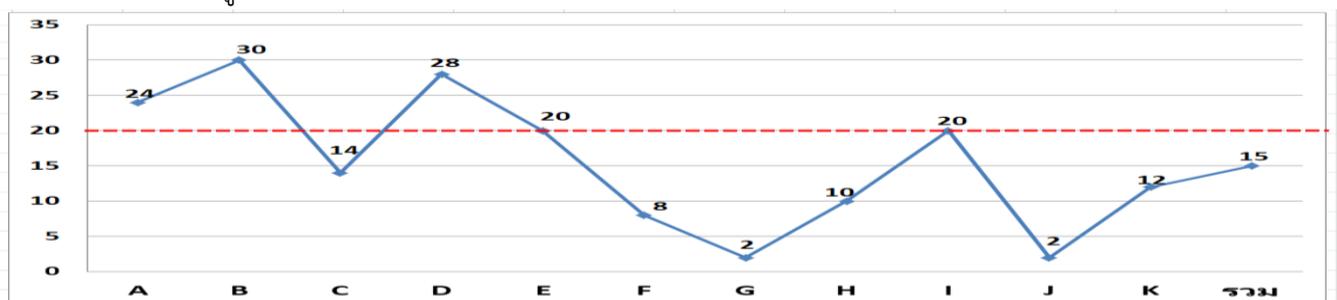
- ผลรอบเอวมีจำนวน ๕ หมู่บ้านที่รอบเอวปกติมากกว่า ร้อยละ ๕๐
- ผลดัชนีมวลกายมีจำนวน ๓ หมู่บ้านที่ดัชนีมวลกายปกติมากกว่า ร้อยละ ๕๐
- ผลระดับความดันโลหิต มีจำนวน ๖ หมู่บ้านที่มีระดับความดันโลหิตปกติมากกว่า ร้อยละ ๘๐
- ผลระดับน้ำตาลในเลือด มีจำนวน ๔ หมู่บ้านที่มีระดับน้ำตาลในเลือด ปกติมากกว่า ร้อยละ ๘๐

กราฟที่ ๒ ผลลัพธ์ด้านสภาวะสุขภาพ รอบเอวและดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดในประชาชน



จากกราฟที่ ๒ ประเมินผลลัพธ์ สภาวะสุขภาพของประชาชน(กลุ่มตัวอย่าง)ในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่าประชาชนในหมู่บ้านที่มีรอบเอวปกติมากกว่า ร้อยละ ๕๐ มีจำนวน ๕ หมู่บ้าน ดัชนีมวลกายปกติมากกว่า ร้อยละ ๕๐ มีจำนวน ๓ หมู่บ้าน ระดับความดันโลหิต ปกติมากกว่า ร้อยละ ๘๐ มีจำนวน ๖ หมู่บ้าน และระดับน้ำตาลในเลือด ปกติมากกว่า ร้อยละ ๘๐ มีจำนวน ๔ หมู่บ้าน

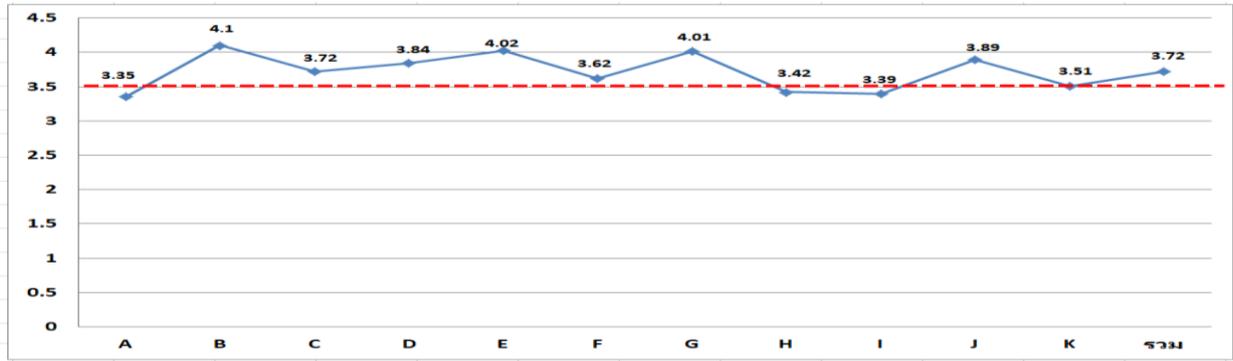
กราฟที่ ๓ ผลลัพธ์ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ(Health literacy) ของประชาชนในหมู่บ้าน (เกณฑ์เป้าหมาย หมู่บ้านประชาชนมี HL ระดับดีมาก $\geq 20\%$)



จากกราฟที่ ๓ ผลลัพธ์ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ของประชาชนในหมู่บ้าน พบว่าประชาชนในหมู่บ้านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ(HL) ระดับดีมาก ($\geq 20\%$) ผ่านตามเกณฑ์ มีจำนวน ๕ หมู่บ้าน และ มี HL ระดับดีมาก $< 20\%$ จำนวน ๖ หมู่บ้าน



กราฟที่ ๔ ผลลัพธ์ความพึงพอใจของประชาชนต่อการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (เกณฑ์เป้าหมาย ความพึงพอใจ ระดับมากขึ้นไป ค่าเฉลี่ย(\bar{x}) ≥ 3.5)



จากกราฟที่ ๔ ผลลัพธ์ความพึงพอใจของประชาชนต่อการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่าประชาชนในหมู่บ้านมีความพึงพอใจต่อการพัฒนาหมู่บ้าน ระดับมากมีจำนวน ๗ หมู่บ้าน และมีความพึงพอใจ ระดับปานกลาง จำนวน ๓ หมู่บ้าน

สรุปและข้อเสนอแนะ

๑. การประเมินผลการดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้รูปแบบของ CIPP ทำให้ทราบว่านโยบายของกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ทุกตำบลมีการดำเนินงานหมู่บ้านต้นแบบอย่างน้อย ๑ หมู่บ้านต่อตำบลมาตั้งแต่ปี ๒๕๕๒ จนถึงปัจจุบัน ซึ่งจากผลงานวิจัยพบว่ากลุ่มผู้นำ/แกนนำพัฒนาหมู่บ้านมีความมุ่งมั่นตั้งใจในการดำเนินงานหมู่บ้านต้นแบบจำนวน ๑๐ หมู่บ้าน ร้อยละ ๙๑ แต่ผลลัพธ์ที่เกิดในประชาชนในด้านสุขภาพ ๔ ข้อ ผลรอบแอม ค่าดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือด ยังต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมาย

๒. การประเมินผลความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในภาพรวมของหมู่บ้านที่ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ(HL)ระดับดีมาก ($\geq 20\%$) มีจำนวน ๕ หมู่บ้าน ซึ่งจะเป็นหมู่บ้านต้นแบบและให้เป็นแกนนำสุขภาพในหมู่บ้านและขยายให้มากขึ้นในระยะต่อไป

๓. ผู้นำ/แกนนำหมู่บ้านมีการทำงานเป็นทีมร่วมกับภาคีเครือข่าย มีความมุ่งมั่นในการทำงาน มีการตั้งเป้าหมายในการทำงาน และวางแผนร่วมกันแก้ไขปัญหาและการพัฒนางาน และมีการใช้มาตรการหมู่บ้านในการขับเคลื่อนงานเพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพภาพรวมทั้งหมู่บ้าน แต่การขับเคลื่อนมาตรการหมู่บ้านยังดำเนินงานไม่ครอบคลุมประชาชนทั้งหมู่บ้าน จึงทำให้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพยังไม่ได้ ซึ่งปัญหาส่วนใหญ่เกิดจากความไม่พร้อมของประชาชนอันเนื่องมาจากเศรษฐกิจด้านการประกอบอาชีพทำให้การปฏิบัติ ๓๐ ๒๘ และ Health literacy ยังต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมาย

๔. ด้านสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ แกนนำหมู่บ้านจะยึดหลัก “สร้างนำซ่อม” โดยให้ความสำคัญระดับมาก ในการส่งเสริมสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะให้ความสำคัญกับการมีสถานที่ออกกำลังกายที่เพียงพอและเหมาะสม และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพอีกเรื่องที่แกนนำพัฒนาหมู่บ้านให้ความสำคัญเรื่องของแหล่งน้ำสำหรับเพาะปลูก เนื่องจากจังหวัดเพชรบูรณ์เป็นเมืองเกษตรกรรม รายได้ส่วนใหญ่มาจากการเพาะปลูก และภาคการเกษตรส่วนใหญ่จะใช้สารเคมีในการกำจัดศัตรูพืช ซึ่งส่งผลกับสุขภาพของคนในชุมชน ดังนั้นคนในชุมชน ภาพรวมเกือบทุกหมู่บ้านต้นแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมฯ จะมีการปลูกพืชผักสวนครัว แต่มีบางหมู่บ้านจะประสบปัญหาในเรื่องแหล่งน้ำที่ใช้สำหรับการเพาะปลูก ซึ่งได้มีการแก้ไขปัญหาโดยผู้ใหญ่บ้านเขียนแผนหมู่บ้านในการขุดสระ สำหรับกักเก็บน้ำ



๖ ด้านงบประมาณแหล่งเงิน ภาพรวมจัดสรรอย่างเหมาะสมและเพียงพอกับการสนับสนุนการดำเนินการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมฯ ส่วนใหญ่จะใช้เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น และหลายหมู่บ้านมีช่องทางที่ได้แหล่งเงินมาหลายแหล่ง เช่น จากกองทุนเงินล้าน ใช้ดอกจากดอกเบี้ยเงินล้าน จากกลุ่มออมทรัพย์ในชุมชน จากเงินบริจาค จากเงินทอดผ้าป่าสามัคคีในหมู่บ้าน จะมีบางหมู่บ้านที่บริหารจัดการเขียนโครงการขอใช้งบกองทุนหลักประกันสุขภาพที่ล่าช้าทำให้ไม่ตรงกับช่วงเวลาของการจัดสรรเงินลงหมู่บ้าน

ข้อเสนอแนะ

๑. ควรนำบุคคลที่มี health literacy ความรู้ระดับสูง มาเป็นบุคคลต้นแบบ สร้างเป็นบุคคลต้นแบบเพื่อไปแนะนำ ชักจูง เชิญชวนให้คนในหมู่บ้านที่มีภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพ มาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง
๒. ควรสร้างกระบวนการในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนให้เข้มแข็งในหมู่บ้านต้นแบบ และให้เป็นแหล่งเรียนรู้ สำหรับพื้นที่อื่นๆและขยายเครือข่ายการพัฒนาในหมู่บ้านต้นแบบ
๓. ควรมีการสร้างทีมเพื่อจัดกระบวนการคิดร่วม วางแผนร่วม บูรณาการร่วม ในการดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมขยายไปสู่ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต และชุมชนสร้างสุข “สุขกาย สุขใจ สุขเงิน และสุขสามัคคี”

การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

๑. ผลการศึกษาใช้ในการวางแผนปรับปรุงการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานจังหวัดเพชรบูรณ์และพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนให้เข้มแข็ง
๒. ขยายผลการดำเนินงานครอบคลุมทุกหมู่บ้านขยายเครือข่ายสู่ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต และพอ.ในระดับพื้นที่

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการหลังผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ แล้วหลังจากนั้นผู้ศึกษาทำหนังสือขออนุญาตนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ และนายอำเภอทุกอำเภอ เพื่อขอเก็บข้อมูลจากการประเมินผลหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ลดโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ในจังหวัดเพชรบูรณ์ ในพื้นที่รับผิดชอบของจังหวัดเพชรบูรณ์ โดยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความร่วมมือประชากรกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม โดยมีอิสระในการตอบรับหรือปฏิเสธการให้ความร่วมมือดังกล่าวโดยจะไม่ให้รับผลกระทบใดๆทั้งสิ้น ซึ่งคำตอบของผู้ตอบแบบสอบถามจะถือเป็นความลับ และข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามทั้งหมด ผู้วิจัยจะนำไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อใช้ในการศึกษาวิจัยเท่านั้น และจะนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมของประชากรทั้งหมด และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมทางวิชาการเท่านั้น



๑๒. การพัฒนาระบบการป้องกันการใช้จ่ายด้านการอักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์ (NSAIDs) ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลเวียงป่าเป้า

ปัญจณี กันทะวงษ์

บทคัดย่อ

ปัจจุบันจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในอำเภอเวียงป่าเป้ามีจำนวนมากขึ้น ในส่วนที่มารับบริการในเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลเวียงป่าเป้า จำแนกตามระยะของโรคตั้งแต่ระยะที่ พบว่า ๕ ถึงระยะที่ ๓ ระยะที่ ๒ ในปี ๒๗.๑๔ เป็นร้อยละ ๒๕.๖๐ ในปี ๒๐.๔๑ จำนวนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๓ ๒๕.๖๒ ระยะที่ ๔ จำนวนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๕.๑ เป็นร้อยละ ๒๕.๖๐ ในปี ๓๗.๙๙ ในปี จำนวนเพิ่มขึ้น ๕ และระยะที่ ๒๕.๖๒ ๒.๖ จากร้อยละ ๖ ในปี ๕.๐ เป็นร้อยละ ๒๕.๖๐๑ ในปี แสดงว่าจะมีผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังอยู่ใน ๒๕.๖๒ ชุมชนจำนวนมากขึ้น และมีโอกาสรับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในขณะที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีข้อจำกัดเรื่องฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและระบบเตือนก่อนการสั่งจ่ายยาทำให้มีผู้ป่วยมีโอกาสได้รับยาที่มีผลต่อไตได้ โดยเฉพาะยาด้านการอักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์ (NSAIDs) จากการทบทวนการใช้จ่าย NSAIDs ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเวียงป่าเป้า ปี พบมีการใช้จ่าย ๒๕.๖๒ – ๒๕.๖๑ NSAIDs ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ดังนั้นเพื่อความปลอดภัยจากการใช้จ่าย ๕- ๔NSAIDs ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จึงได้พัฒนาระบบการป้องกันการใช้จ่ายด้านการอักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์ (NSAIDs) ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเวียงป่าเป้าขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันและลดการใช้จ่ายด้านการอักเสบชนิดไม่ใช้ สเตียรอยด์ (NSAIDs) ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง วิธีการศึกษา เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Design) โดยทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน ๑๐ แห่ง ในอำเภอเวียงป่าเป้าสร้างระบบเตือนการสั่งใช้ยา NSAIDs (Diclofenac และ Ibuprofen ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยใช้ฐานข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไตเรื้อรังตั้งแต่ระดับ ๒๕.๖๒ ขึ้นไปในปี ๓จากฐานข้อมูลของโรงพยาบาลเวียงป่าเป้า เก็บข้อมูล การใช้จ่าย Diclofenac และ Ibuprofen จากฐานข้อมูลของโปรแกรม JHCIS และนำข้อมูลตรวจสอบการจ่ายยาทั้ง ชนิดใน ๒ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังดำเนินการ ผลการศึกษา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งมีระบบเตือนก่อนการสั่งจ่ายยา NSAIDs (Diclofenac และ Ibuprofen ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (พบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๙ แห่ง มีการจ่ายยา NSAIDs ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังลดลง และ แห่ง ไม่มีการจ่ายยา ๑ดังกล่าวในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งก่อนและหลังพัฒนาระบบ การจ่ายยาด้านการอักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์ (NSAIDs) ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังลดลงทุกระยะ ระยะที่ ๓a ระยะที่ ๓b และระยะที่ ๔ลดลงร้อยละ ๔๖.๑๕ ๔๒.๘๕ และตามลำดับ ๘๒.๗๑ ที่สำคัญหลังพัฒนาระบบ ไม่มีการจ่ายยาด้านการอักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๕

สรุปผลและข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาเมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการมีระบบการเตือนป้องกันการจ่ายยา NSAIDs ให้ผู้ป่วยไตเรื้อรัง ทำให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจ่ายยา NSAIDs ในผู้ป่วยโรคไตลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะที่ ๔ และ ๕ จึงมีข้อเสนอแนะควรขยายระบบป้องกันการได้รับยาที่ไม่เหมาะสม



หรือยาที่ไม่สมควรได้รับในผู้ป่วยโรคอื่นในเครือข่ายบริการสุขภาพต่อไป นอกจากนี้ควรให้ความรู้เรื่องยาให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องและมีความปลอดภัยจากการใช้ยา

คำสำคัญ ยาต้านการอักเสบชนิดไม่ใช้ สเตียรอยด์ (NSAIDs) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรัง (CKD) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากรทั่วโลก และมีจำนวนผู้ป่วยมากขึ้น ข้อมูลจากการศึกษาจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย พบว่าคนไทยป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นทุกปี และจากโครงการศึกษาการดำเนินโรคและผลลัพธ์ทางคลินิกของโรคไตเรื้อรังในประชากรไทยพบอุบัติการณ์การเกิดโรคไตเรื้อรังประมาณร้อยละ ๒๘ โดยส่วนใหญ่จะยังคงอยู่ในระยะที่ ๑^(๑) ข้อมูลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มารับบริการที่โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า จำแนกตามระยะของโรคตั้งแต่ระยะที่ 1 มีจำนวนเพิ่มขึ้นดังนี้ ระยะที่ ๕ ถึงระยะที่ ๓ ๒๕๖๒ ในปี ๒๗.๑๔ เป็นร้อยละ ๒๕๖๐ ในปี ๒๐.๔๑ จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๓ ระยะที่ ๔ จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๕.๑ เป็น ร้อยละ ๒๕๖๐ ในปี ๓๗.๙๙ ในปี ๕ และระยะที่ ๒๕๖๒ จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๒.๖๖ ในปี ๕.๐ เป็นร้อยละ ๒๕๖๐๑ ในปี ^(๒) ๒๕๖๒

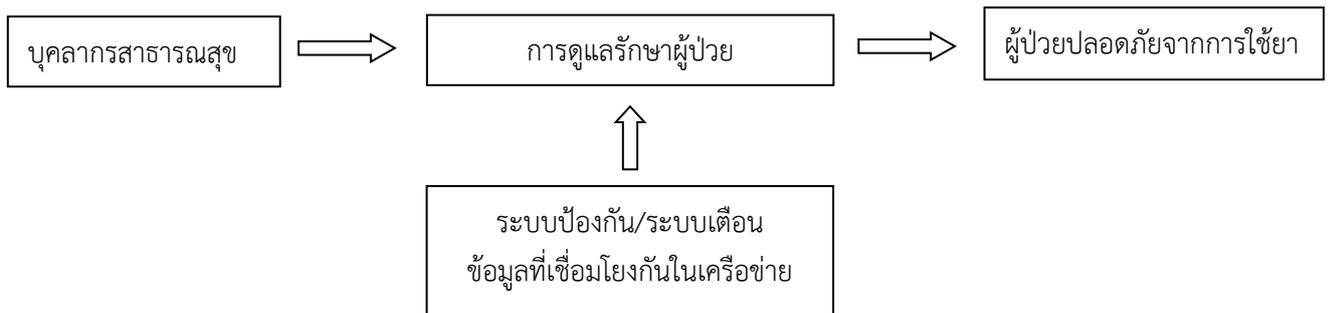
โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease) เป็นภาวะที่มีการทำงานของไตเสื่อมลงอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน (ระยะเวลา) median time) ของการเปลี่ยนระยะของโรค จากจากระยะที่ ๑-๒, ๒-๓a, ๓a-๓b, ๓b-๔, ๔-๕ เป็น ๙.๔, ๑๔.๐, ๑๑.๐, ๑๓.๘, และ >๑๔.๓ ตามลำดับ^(๓) โรคไตเรื้อรัง (CKD) เป็นภาวะที่การทำงานของไตผิดปกติจึงมีผลกระทบต่อการทำงานของร่างกาย ทำให้มีโอกาสได้รับยาในขนาดที่ไม่เหมาะสมส่งผลการรักษาและมีโอกาสเกิดอาการข้างเคียงจากยาได้ และเกิดปัญหาการรักษาด้วยยาอย่างไม่เหมาะสม โดยเฉพาะการใช้ยาต้านการอักเสบชนิดไม่ใช้ สเตียรอยด์ (NSAIDs) ในผู้ป่วยระยะที่เป็นต้นไป มี ๔ ^(๔)โอกาสทำให้เกิดไตวายเฉียบพลันร่วมกับการคั่งของน้ำและเกลือได้ และการใช้ NSAIDs ในขนาดที่สูงจะมีผลต่อเพิ่มการดำเนินโรคไตได้ ดังนั้นจึงควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs ในผู้ป่วยไตเรื้อรัง ^(๕)

จากการทบทวนการใช้ยา NSAIDs ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเวียงป่าเป้า พบ.(สตรพ) จำนวนมาก เพื่อความปลอดภัยในการใช้ยาและการเฝ้าระวังการใช้ ๕- ๔ มีการใช้ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ยาในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จึงได้พัฒนาระบบการป้องกันการให้ยาด้านการอักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์ (NSAIDs) ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเวียงป่าเป้าขึ้น

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนาระบบการป้องกันการให้ยาด้านการอักเสบชนิดไม่ใช้ สเตียรอยด์ (NSAIDs) ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลเวียงป่าเป้า
๒. เพื่อลดการใช้ยาด้านการอักเสบชนิดไม่ใช้ สเตียรอยด์ (NSAIDs) ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

กรอบแนวคิด





ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Design) เพื่อป้องกันการใช้จ่ายด้านการอักเสบชนิดไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลเวียงป่าเป้า เปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังดำเนินการ โดยส่งข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไตเรื้อรังตั้งแต่ระดับ ๓ ขึ้นไปให้แก่แต่ละ รพ.สต. จำนวน ๑๐ แห่ง เพื่อสร้างระบบเตือนการสั่งจ่าย NSAIDs (Diclofenac และ Ibuprofen) ในโปรแกรม JHCIS

ประชากร/กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับยา NSAIDs ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลจำนวน ๑๐ แห่งในอำเภอเวียงป่าเป้า

ระยะเวลาการดำเนินการ

๑ เมษายน ๒๕๖๒ – ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๓

การดำเนินการ

๑. ทบทวนการจ่ายยา Diclofenac และ Ibuprofen ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และตรวจสอบการจ่ายยาดังกล่าวในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง แล้วคืนข้อมูลให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่ง
๒. เตรียมข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไตเรื้อรังตั้งแต่ระดับ จากฐานข้อมูล ๒๕๖๒ ขึ้นไปในปี ๓๑ โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า
๓. ติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่และบุคลากรประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เกี่ยวข้อง จัดทำแนวทางการป้องกันการจ่ายยา Diclofenac และ Ibuprofen ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และส่งข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไตเรื้อรังตั้งแต่ระดับ ๒๕๖๒ ขึ้นไปในปี ๓
๔. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่งนำแนวทางการป้องกันแนวทางการป้องกันการจ่ายยา Diclofenac และ Ibuprofen โดยสร้างระบบเตือนการสั่งจ่ายยา Diclofenac และ Ibuprofen ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ในโปรแกรม JHCIS
๕. ติดตามผลหลังดำเนินการ และเก็บข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

๑. เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนประวัติผู้ป่วยและข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคลจากระบบฐานข้อมูลโรงพยาบาลเวียงป่าเป้าและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยเก็บรวบรวมข้อมูลดังต่อไปนี้ ประวัติความเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง ประวัติการรักษาด้วยยา Diclofenac และ Ibuprofen
๒. นำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์ ความถูกต้องแล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของผลลัพธ์ ก่อนและหลังการดำเนินการ

ผลการศึกษา

ข้อมูลก่อนการพัฒนาระบบการป้องกันการใช้จ่ายด้านการอักเสบชนิดไม่ใช่นสเตียรอยด์ (NSAIDs) ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบมีการจ่ายยา NSAIDs ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด ๓,๐๗๓ ครั้ง ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ๗๘ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ ๒.๕๔ หลังพัฒนาระบบ มีการจ่ายยา NSAIDs ทั้งหมด ๒,๔๗๗ ครั้ง ในจำนวนนี้เป็นในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ๓๗ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ ๑.๔๙ เมื่อเปรียบเทียบก่อนพัฒนาและหลังพัฒนาระบบ การจ่ายยา NSAIDs ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังลดลงร้อยละ ๔๑.๑๕ (ตารางที่ ๑)



โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๙ แห่ง มีการจ่ายยา NSAIDs ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังลดลงคิดเป็นร้อยละ ๙๐ ของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด และ ๑ แห่ง ไม่มีการจ่ายยา NSAIDs ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งก่อนและหลังพัฒนาระบบ (ตารางที่ ๒)

ข้อมูลก่อนพัฒนาระบบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓a ๓b ๔ และ ๕ ได้รับยา NSAIDs จำนวน ๔๙ ๑๓ ๗ และ ๗ ครั้งตามลำดับ หลังพัฒนาระบบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓a ๓b ๔ และ ๕ ได้รับยาด้านการอักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์จำนวนลดลงเป็น ๒๘ ๗ ๑ และ ๐ ครั้ง ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบก่อนพัฒนาและหลังพัฒนาระบบ การจ่ายยา NSAIDs ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังลดลงทุกระยะของโรค (ตารางที่ ๓)

ตารางที่ ๑ ผลการเปรียบเทียบก่อนและหลังพัฒนาระบบการป้องกันการใช้จ่ายด้านการอักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์ (NSAIDs) ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

รายการ	ก่อนพัฒนาระบบ (เม.ย.๖๒ -ต.ค.๖๓) N = ๓๐๗๓ (ร้อยละ)	หลังพัฒนาระบบ (ธ.ค.๖๒ - มี.ย.๖๓) N = ๒๔๗๗ (ร้อยละ)	ร้อยละของ การ เปรียบเทียบ ก่อนหลัง	ผลลัพธ์
การจ่ายยา Diclofenac ใน ผู้ป่วย CKD*	๑.๗๒	๐.๙๗	๔๖.๘๓	ลดลง
การจ่ายยา Ibuprofen ใน ผู้ป่วย CKD	๐.๗๒	๐.๕๗	๒๑.๐๖	ลดลง
การจ่ายยา NSAIDs** ใน ผู้ป่วย CKD	๒.๕๔	๑.๕๙	๔๑.๑๕	ลดลง

*CKD : chronic kidney disease โรคไตเรื้อรัง ** NSAIDs : Diclofenac และ Ibuprofen

ตารางที่ ๒ ผลการเปรียบเทียบก่อนและหลังพัฒนาระบบการป้องกันการใช้จ่ายด้านการอักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์ (NSAIDs) ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแยก รพ.สต

ข้อมูล	ก่อนพัฒนาระบบ (เม.ย.๖๒ -ต.ค.๖๓)			หลังพัฒนาระบบ (ธ.ค.๖๒ - มี.ย.๖๓)			ร้อยละของ การ เปรียบเทียบ ก่อนหลัง	ผลลัพธ์
	N	n	ร้อยละ	N	n	ร้อยละ		
การใช้จ่าย NSAIDs* ใน ผู้ป่วย CKD**								
รพ.สต.ปางมะกา	๑๒๙	๓	๒.๓๓	๑๒๙	๐	๐.๐๐	๑๐๐.๐๐	ลดลง
รพ.สต.แม่เจดีย์ใหม่	๒๔๓	๘	๓.๒๙	๒๒๔	๔	๑.๗๙	๔๕.๕๙	ลดลง
รพ.สต.แม่เจดีย์	๑๒๙	๒	๑.๕๕	๑๐๘	๑	๐.๙๓	๔๐.๐๐	ลดลง
รพ.สต.ทุ่งม่าน	๔๖๘	๒๑	๔.๔๙	๓๖๘	๑๔	๓.๘๐	๑๕.๓๗	ลดลง
รพ.สต.เวียงกาหลง	๑๙๒	๘	๔.๑๗	๑๒๒	๓	๒.๔๖	๔๑.๐๑	ลดลง
รพ.สต.ป่าจิว	๙๑๖	๑๒	๑.๓๑	๗๗๑	๕	๐.๖๕	๕๐.๓๘	ลดลง
รพ.สต.บ้านโป่ง	๑๓๒	๔	๓.๐๓	๑๒๒	๓	๒.๔๖	๑๘.๘๑	ลดลง
รพ.สต.ป่าตึง	๓๗๐	๙	๒.๔๓	๒๘๖	๕	๑.๗๕	๓๕.๙๐	ลดลง
รพ.สต.สันสลี	๓๓๕	๑๑	๓.๒๘	๒๒๖	๒	๐.๘๘	๗๓.๑๗	ลดลง
รพ.สต.แม่ปูนล่าง	๑๕๙	๐	๐.๐๐	๑๒๑	๐	๐.๐๐	-	เท่าเดิม
รวม	๓๐๗๓	๗๘	๒.๕๔	๒๔๗๗	๓๗	๑.๕๙	๔๑.๑๕	ลดลง



* NSAIDs : Diclofenac และ Ibuprofen ** CKD : chronic kidney disease โรคไตเรื้อรัง
ตารางที่ ๓ ผลการเปรียบเทียบก่อนและหลังพัฒนาระบบการป้องกันการจ่ายยาต้านการอักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์ (NSAIDs) ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง แยกตามระยะของโรค

การจ่ายยา NSAIDs* ในผู้ป่วย CKD	ก่อนพัฒนา ระบบ (เม.ย.๖๒ - ต.ค. ๖๓) (คน)	หลังพัฒนา ระบบ (ธ.ค.๖๒ - มิ.ย. ๖๓) (คน)	ร้อยละ ของการ เปรียบเทียบก่อน - หลัง	ผลลัพธ์
ระยะ ๓a	๔๙	๒๘	๔๒.๘๕	ลดลง
ระยะ ๓b	๑๓	๗	๕๖.๑๕	ลดลง
ระยะ ๔	๗	๑	๘๒.๗๑	ลดลง
ระยะ ๕	๗	๐	๑๐๐.๐๐	ลดลง

* NSAIDs : Diclofenac และ Ibuprofen ** CKD : chronic kidney disease โรคไตเรื้อรัง

สรุปและอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

ข้อมูลก่อนการพัฒนาระบบพบร้อยละของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ ๓ ขึ้นไปที่ได้รับยา NSAIDs มีเพียง ๒.๔๗ ซึ่งผ่านเกณฑ์มาตรฐานแล้ว (ตัวชี้วัดหนึ่งของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) สาขาพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Ration drug use : RDU) “ร้อยละของผู้ป่วยนอกโรคไตเรื้อรังระดับ ๓ ขึ้นไปที่ได้รับยา NSAIDs” เป้าหมายไม่เกินร้อยละ ๑๐)^(๖) จากผลการศึกษาหลังการมีระบบการเตือนป้องกันการจ่ายยา Diclofenac และ Ibuprofen ในผู้ป่วยไตเรื้อรัง ทำให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต.มีจ่ายยาดังกล่าวในผู้ป่วยโรคไตลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะที่ ๔ มีการใช้ยา NSAIDs ลดลงร้อยละ ๘๒.๗๑ และไม่มีการใช้ยา NSAIDs ระยะที่ ๕ สอดคล้องกับการศึกษาของ Megan Baker และคณะที่ไม่ควรให้ยา NSAIDs ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๔ - ๕ ซึ่งจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา NSAIDs^(๗) และมีการทำงานของไต ลดลง บวม น้ำและเกลือคั่ง คุมความดันเลือดได้ยาก^(๘)

ข้อเสนอแนะควรขยายระบบป้องกันการได้รับยาที่ไม่เหมาะสมหรือยาที่ไม่สมควรได้รับในผู้ป่วยโรคอื่นในเครือข่ายบริการสุขภาพต่อไป นอกจากควรให้ความรู้เรื่องยาให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องและมีความปลอดภัยจากการใช้ยา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอเวียงป่าเป้าทุกแห่งที่มีส่วนในการพัฒนาระบบและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัยครั้งนี้



๑๓. การศึกษารูปแบบการจัดการสุขภาพชุมชนในพื้นที่สุขศาลาพระราชทาน อำเภอบ่อเกลือ จังหวัดน่าน

ว่าที่ร้อยตรีวรปรัชญ์ ตาละ

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิจัยและพัฒนา เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการสุขภาพชุมชนในพื้นที่สุขศาลาพระราชทาน อำเภอบ่อเกลือทั้ง ๒ แห่ง คือสุขศาลาพระราชทานบ้านป่าก้า ตำบลดงพญา และสุขศาลาพระราชทานโรงเรียนตชด.๑๐๐ ปีบ้านสะไล ตำบลบ่อเกลือเหนือ และเพื่อจัดการสุขภาพชุมชนในพื้นที่สุขศาลาพระราชทานให้มีศักยภาพในการจัดการสุขภาพของชุมชนได้อย่างยั่งยืน โดยมีรูปแบบการจัดการโดยใช้หลักแนวคิดในการจัดการสุขภาพชุมชน ประกอบไปด้วย การศึกษาบริบทของชุมชน หลักศาสตร์พระราชทานเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน เน้นการพัฒนาคนและองค์กรชุมชนให้เข้มแข็งและการเสริมคุณค่าและพลังอำนาจของชุมชน ดำเนินการศึกษาวิจัยในประเด็น ข้อมูลบริบทของชุมชน ด้านสังคมวัฒนธรรม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม การศึกษา และสุขภาพ เครื่องมือ ๗ ชิ้น จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ข้อมูล ความรู้ ความคาดหวัง เป้าหมาย วิเคราะห์ชุมชน และจัดทำแผนร่วมกัน พัฒนาศักยภาพ อสม. หมอพื้นบ้าน แกนนำชุมชนและภาคีเครือข่ายตามบริบทปัญหาความต้องการของพื้นที่ ขับเคลื่อนการพัฒนาตามแผนสร้างพื้นที่ตัวอย่าง ติดตามเสริมพลังชุมชนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพื้นที่ ถอดบทเรียนการดำเนินงานและสรุปผลการดำเนินงานในช่วงเดือนมกราคม ๒๕๖๒-เดือนพฤษภาคม ๒๕๖๓ ประเมินผลลัพธ์เชิงกระบวนการเรียนรู้และพัฒนา ประเมินผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดทางด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับประเด็นการพัฒนาและประเมินตามแบบประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพดี

ผลการศึกษา พบว่า ได้รูปแบบในการจัดการสุขภาพชุมชนในพื้นที่สุขศาลาพระราชทานทั้ง ๒ แห่ง ในการจัดการสุขภาพชุมชน คือ สร้างแหล่งอาหารของชุมชน เช่น ปลูกกล้วย ปลูกผัก เพาะเห็ด เลี้ยงสัตว์ และทำน้ายาล้างจานใช้ในครัวเรือนเพื่อลดรายจ่าย รักษาแหล่งอาหารรักษาป่าต้นน้ำ สร้างกฎระเบียบในการใช้สารเคมีในป่าต้นน้ำ อาหารปลอดภัยในงานประเพณี และการลด ละ เลิก เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรีพัฒนาองค์ความรู้ในเรื่องการสร้างเครื่องกรองน้ำอย่างง่าย เพื่อใช้ในชุมชน และมีโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กและสร้างวินัยเชิงบวกโดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองโดยผ่านกิจกรรม สร้างสายใย กอด เล่า เล่น เดิน วาด สร้างสมาธิ ในเด็กอายุ ๐-๖ ปีและแก้ไขปัญหาเด็กขาดสารอาหารเป็นรายบุคคล โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน อสม.ในพื้นที่สุขศาลาพระราชทานได้รับพัฒนาความรู้ อสม.ในด้านการช่วยฟื้นคืนชีพ(CPR) การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลผล เป็น อสม.ต้นแบบในการเลิกดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และเลิกสูบบุหรีชุมชนมีแผนในการจัดการสุขภาพของชุมชน ชุมชนเกิดการเรียนรู้และแกนนำชุมชนและภาคีเครือข่ายได้รับการเสริมพลังเพื่อพัฒนาชุมชนในพื้นที่สุขศาลาพระราชทาน และได้้น้อมนำศาสตร์พระราชามาประยุกต์ใช้ในการพึ่งตนเองและจัดการสุขภาพของชุมชนเพื่อความยั่งยืน

ผลจากการศึกษา สามารถนำรูปแบบการจัดการสุขภาพชุมชนในพื้นที่สุขศาลาพระราชทานขยายผลในระดับพื้นที่อื่นในอำเภอบ่อเกลือ ต่อไป

ความสำคัญของปัญหา :

วันที่ ๘ มีนาคม ๒๕๖๐ ณ ศูนย์ภูฟ้าพัฒนา ตำบลภูฟ้า สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรม



ราชกุมารี มีพระราชดำริให้จัดตั้งสุขศาลาพระราชทานในพื้นที่อำเภอป่อเกือ และอำเภอเฉลิมพระเกียรติ จากนั้น วันที่ ๖ มิถุนายน ๒๕๖๐ สำนักพระราชวัง มีหนังสือ ที่ พว ๐๐๑๑ (สสท)/๑๒๔๗๐ ลงวันที่ ๓๐ พฤษภาคม ๒๕๖๐ ให้จัดตั้งสุขศาลาพระราชทาน จำนวน ๓ แห่ง คือ ๑. บ้านห้วยปุด ตำบลขุนน่าน อำเภอเฉลิมพระเกียรติ ๒. บ้านป่าก่า ตำบลดงพญา อำเภอป่อเกือ และ ๓. โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนเฉลิมฉลองครบรอบ ๑๐๐ ปี บ้านสะไล ตำบลป่อเกือเหนือ อำเภอป่อเกือ เพื่อให้เด็ก เยาวชน และประชาชนสามารถเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข เนื่องจากเป็นพื้นที่ทุรกันดาร ห่างไกล และขอให้แจ้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน และองค์การบริหารส่วนตำบลขุนน่าน ตำบลดงพญาและตำบลป่อเกือเหนือ เพื่อจัดตั้งสุขศาลาพระราชทาน

พื้นที่บ้านป่าก่า เป็นที่ตั้งของสุขศาลาพระราชทานบ้านป่าก่า อยู่ในเขตรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลดงพญา อำเภอป่อเกือ บ้านป่าก่าเป็นหนึ่งในสี่กลุ่มบ้านสาขาของหมู่บ้านขุนน้ำจอน หมู่ที่ ๕ ตำบลดงพญา ซึ่งประกอบด้วย กลุ่มบ้านขุนน้ำจอน กลุ่มบ้านป่าก่า กลุ่มบ้านห้วยลัวะ และกลุ่มบ้านปางกบ ประชาชนเป็นชาติพันธุ์ลัวะ ยกเว้นกลุ่มบ้านปางกบที่เป็นชาติพันธุ์ม้ง มีประชากร ๕๐๒ คน ๗๗ หลังคาเรือน

พื้นที่บ้านสะไล เป็นที่ตั้งของสุขศาลาพระราชทานโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนเฉลิมฉลองครบรอบ ๑๐๐ ปี บ้านสะไล อยู่ในเขตรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลป่อเกือเหนือ เป็นหมู่บ้านที่ประกอบด้วย ๓ กลุ่มบ้าน คือ กลุ่มบ้านสะไลหลวง กลุ่มบ้านสะไลน้อย และกลุ่มบ้านห้วยล็ก มีประชากร ๖๙๑ คน จำนวน ๑๔๗ หลังคาเรือน

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิจัยและพัฒนา เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการสุขภาพชุมชนในพื้นที่สุขศาลาพระราชทาน อำเภอป่อเกือทั้ง ๒ แห่ง คือสุขศาลาพระราชทานบ้านป่าก่า ตำบลดงพญา และสุขศาลาพระราชทานโรงเรียนตชด.๑๐๐ ปีบ้านสะไล ตำบลป่อเกือเหนือ และเพื่อจัดการสุขภาพชุมชนในพื้นที่สุขศาลาพระราชทานให้มีศักยภาพในการจัดการสุขภาพของชุมชนได้อย่างยั่งยืน โดยมีรูปแบบการจัดการโดยใช้หลักแนวคิดในการจัดการสุขภาพชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย :

เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการสุขภาพชุมชนในพื้นที่สุขศาลาพระราชทาน อำเภอป่อเกือ

ระเบียบวิธีการวิจัย :

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิจัยและพัฒนา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบทของชุมชน หลักศาสตร์พระราชทานเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน เน้นการพัฒนาคนและองค์กรชุมชนให้เข้มแข็งและการเสริมคุณค่าและพลังอำนาจของชุมชน ดำเนินการศึกษาวิจัยในประเด็น ข้อมูลบริบทของชุมชน ด้านสังคมวัฒนธรรม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม การศึกษา และสุขภาพ เครื่องมือ ๗ ชิ้น จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ข้อมูล ความรู้ ความคาดหวัง เป้าหมาย วิเคราะห์ชุมชน และจัดทำแผนร่วมกัน พัฒนาศักยภาพ อสม. หมอพื้นบ้าน แกนนำชุมชน และภาคีเครือข่ายตามบริบทปัญหาความต้องการของพื้นที่ ขับเคลื่อนการพัฒนาตามแผนสร้างพื้นที่ตัวอย่าง ติดตามเสริมพลังชุมชนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพื้นที่ ถอดบทเรียนการดำเนินงานและสรุปผลการดำเนินงาน ในช่วงเดือนมกราคม ๒๕๖๒-เดือนพฤษภาคม ๒๕๖๓ ประเมินผลลัพธ์เชิงกระบวนการเรียนรู้และพัฒนา ประเมินผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดทางด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับประเด็นการพัฒนาและประเมินตามแบบประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพดี



ผลการวิจัย :

พบว่า ได้รูปแบบในการจัดการสุขภาพชุมชนในพื้นที่สุขภาพพระราชทานทั้ง ๒ แห่ง ในการจัดการสุขภาพชุมชน คือ สร้างแหล่งอาหารของชุมชน เช่น ปลูกกล้วย ปลูกผัก เพาะเห็ด เลี้ยงสัตว์ และทำน้ายาล้างจานใช้ในครัวเรือนเพื่อลดรายจ่าย รักษาแหล่งอาหารรักษาป่าต้นน้ำ สร้างกฎระเบียบในการใช้สารเคมีในป่าต้นน้ำ อาหารปลอดภัยในงานประเพณี และการลด ละ เลิก เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ พัฒนาการองค์ความรู้ในเรื่องการสร้างเครื่องกรองน้ำอย่างง่าย เพื่อใช้ในชุมชน และมีโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กและสร้างวินัยเชิงบวกโดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองผ่านกิจกรรม สร้างสายใย กอด เล่า เล่น เต็ม วาด สร้างสมาธิ ในเด็กอายุ ๐-๖ ปีและแก้ไขปัญหาดังกล่าวเป็นรายบุคคล โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน อสม.ในพื้นที่สุขภาพพระราชทานได้รับพัฒนาความรู้ อสม.ในด้านการช่วยฟื้นคืนชีพ(CPR) การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล เป็น อสม.ต้นแบบในการเลิกดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และเลิกสูบบุหรี่ ชุมชนมีแผนในการจัดการสุขภาพของชุมชน ชุมชนเกิดการเรียนรู้และแกนนำชุมชนและภาคีเครือข่ายได้รับการเสริมพลังเพื่อพัฒนาชุมชนในพื้นที่สุขภาพพระราชทาน และได้น้อมนำศาสตร์พระราชามาประยุกต์ใช้ในการพึ่งตนเองและจัดการสุขภาพชุมชนเพื่อความยั่งยืน

สรุปและข้อเสนอแนะ :

ได้รูปแบบในการจัดการสุขภาพชุมชนในพื้นที่สุขภาพพระราชทานทั้ง ๒ แห่ง ในการจัดการสุขภาพชุมชน โดยการน้อมนำศาสตร์พระราชาเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน โดยให้หลักการระเบิดจากภายในและใช้หลัก ”สอนให้จำ ทำให้ดู อยู่ให้เห็น”บนวิถีความพอเพียง

การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ในพื้นที่ :

สามารถนำรูปแบบการจัดการสุขภาพชุมชนในพื้นที่สุขภาพพระราชทานขยายผลในระดับพื้นที่อื่นในอำเภอใกล้เคียงและเป็นแหล่งศึกษาดูงานเรื่องการจัดการสุขภาพชุมชนในพื้นที่สุขภาพพระราชทาน

**๑๔. รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการสูบบุหรี่
ตำบลไชยวัฒนา อำเภอปัว จังหวัดน่าน**

นันทวิชญ์ เมฆแสน

บทนำ

สถานการณ์การสูบบุหรี่ของประเทศไทยสัดส่วนของผู้บริโภคยาสูบประจำค่อค่อยๆ ลดลง แต่จำนวนผู้บริโภคนยาสูบเป็นครั้งคราว กลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย รวมทั้งอัตราการสูบบุหรี่หน้าใหม่อายุน้อยลง ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ในช่วง พ.ศ.๒๕๓๔-๒๕๕๘ แนวโน้มการสูบบุหรี่ลดลงตามลำดับ จากจำนวน ๑๒.๒๖ ล้านคน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ ๓๒.๐๐ ของประชากรไทยใน พ.ศ.๒๕๓๔ เหลือ ๑๐.๙๐ ล้านคน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ ๑๙.๙๐ คนไทยเสียชีวิตจากบุหรี่รวมปีละ ๗๒,๖๕๖ คน โดยร้อยละ ๔๙ เสียชีวิตจากโรคมะเร็งปอด ๑๓,๗๒๗ คน ภาวะลมปอดพอง ๑๐,๘๕๒ คน โรคปอดอักเสบและวัณโรคปอด ๑๐,๘๓๓ คน รวมเท่ากับ ๓๕,๔๑๒ ความสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งจากค่ารักษาพยาบาลปีละ ๗๗,๖๒๖ ล้านบาท ความสูญเสียจากการที่ต้องขาดรายได้เนื่องจากเจ็บป่วยปีละ ๑๑,๗๖๒ ล้านบาท และความสูญเสียอันเกิดจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรปีละ ๑๓๑,๐๗๓ ล้านบาท หรือคิดเป็นความสูญเสียรวมทั้งหมดปีละ ๒๒๐,๔๖๑ ล้านบาท (หรือเฉลี่ย



๒๐,๕๖๕ บาทต่อผู้สูบบุหรี่ ๑ คนต่อปี) หากเปรียบเทียบกับรายได้ที่รัฐจัดเก็บได้จากภาษีบุหรี่แล้วต่างกันถึง ๓.๒ เท่า (กรมสุขภาพจิต,๒๕๖๒ ในปี ๒๕๖๐ ได้ออกพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.๒๕๖๐ ขึ้นได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาเล่ม ๑๓๔ ตอนที่ ๓๙ ก เมื่อวันที่ ๕ เมษายน ๒๕๖๐ โดยจะมีผลบังคับใช้เป็นกฎหมายตั้งแต่วันที่ ๔ กรกฎาคม ๒๕๖๐ เป็นต้นไปเพื่อควบคุมและลดการบริโภคบุหรี่ของประชาชนไทย

ข้อมูลการสูบบุหรี่ของประชาชนในตำบลไชยวัฒนา ปี ๒๕๖๒ อายุ ตั้งแต่ ๑๒ ปีขึ้นไปจำนวน ๒,๕๘๙ คน พบว่ามีจำนวน ๘๑ คน ร้อยละ ๓.๑๒ ที่สูบบุหรี่ประจำ มีร้านค้าจำนวน ๔๕ร้านค้า,๓๘ ร้านค้า ที่ขายบุหรี่ในปี ๒๕๖๑,๒๕๖๒ การดำเนินงานที่ผ่านมายังไม่มีการดำเนินงานที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมในการป้องกันการสูบบุหรี่ ในตำบลไชยวัฒนา อำเภอปัว จังหวัดน่าน ระเบียบวิธีวิจัย

การรับรองโครงการวิจัยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่านเลขที่ ๑๕/๒๕๖๓ โดยแบ่งการวิจัยออกเป็น ๒ ระยะ ประกอบด้วย

การศึกษาระยะที่ ๑ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) แบบประสานเป้าหมายและความร่วมมือเพื่อแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ตามธรรมชาติที่เป็นจริง (naturalistic) เวลาในการดำเนินการ ๓ เดือน

การศึกษาระยะที่ ๒ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey) เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมในการป้องกันการสูบบุหรี่ของประชาชนทั่วไป

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาระยะที่ ๑ คือ ผู้นำชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบล แกนนำนักเรียน

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาระยะที่ ๑ คือ ผู้นำชุมชน จำนวน ๑๕๐ คน

ประชากรในการศึกษาระยะที่ ๒ คือ เยาวชนจากโรงเรียนในตำบลไชยวัฒนา ประชาชนทั่วไปในตำบลไชยวัฒนา และผู้นำชุมชนจากองค์การบริหารส่วนตำบล โรงเรียน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไชยวัฒนา

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาระยะที่ ๒ คือ เยาวชน จำนวน ๖๖ คน ประชาชนทั่วไป จำนวน ๒๕๓ คน และผู้นำชุมชน จำนวน ๑๕๐ คน รวมทั้งสิ้น ๔๖๙ คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม (Questionnaires) แบบให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง จำนวน ๓ ชุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

๑.ความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) นำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ๓ ท่าน พิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมครบถ้วน สอดคล้องตามวัตถุประสงค์ตรงกับเนื้อหาที่ต้องการวัด กรอบแนวคิด และความเหมาะสมทางภาษา นำค่านวนค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence :IOC) พบว่า ทุกข้อคำถามมีค่า IOC มากกว่า ๐.๖ ขึ้นไป

๒. ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ทำการทดสอบเครื่องมือโดยนำแบบสอบถามที่ได้ไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน ๓๐ คน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค (Cronbach's Conefficient Alpha) มีค่าเท่ากับ ๐.๘๗ ๐.๗๗ ๐.๙๙ ๐.๘๘๖ และ ๐.๙๙ ตามลำดับ



วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ส่งโครงร่างวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ หลังจากการได้รับอนุมัติ ผู้วิจัยติดต่อประสานกับผู้นำในชุมชนและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง
2. ก่อนการดำเนินโครงการผู้วิจัยเก็บข้อมูลแบบสอบถามพร้อมตรวจสอบความครบถ้วนข้อมูล
3. จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อคืนข้อมูลและให้ความรู้เกี่ยวกับ พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๖๐ และร่วมกันกำหนดมาตรการในชุมชนและแบ่งบทบาทหน้าที่ของผู้นำชุมชน และนำมาตราการไปปฏิบัติใช้ในชุมชน มาตรการชุมชนและรับฟังข้อเสนอแนะจากชุมชน เป็นระยะเวลา ๓ เดือน
๔. ภายหลังจากดำเนินโครงการผู้วิจัยเก็บข้อมูลแบบสอบถามพร้อมตรวจสอบความครบถ้วนข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ค่าสถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนน ก่อนและหลังการวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติ Paired t-test ไค์สแควร์

ผลการวิจัยระยะที่ ๑ ประกอบไปด้วย ๔ ขั้นตอนหลัก คือ

๑. ขั้นวางแผนแก้ไขปัญหา (Planning)

๑. คืนข้อมูลผลการสำรวจการเข้าถึงและการสูบบุหรี่ของประชาชน และพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ของประชาชน จากการสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชนในปี ๒๕๖๒ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไชยวัฒนา ร่วมกับ อาสาสมัครสาธารณสุขตำบลไชยวัฒนา อำเภอปัว วางแผนแก้ไขปัญหา ร่วมกับชุมชน มีการซักถามและอภิปราย วิเคราะห์ข้อมูลและวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา

๒. การวิเคราะห์ปัจจัยเชิงเหตุของการเข้าถึงบุหรี่ยและการสูบบุหรี่ของประชาชน พบว่าสาเหตุประกอบด้วย

๑. มีร้านค้าจำหน่ายบุหรี่ยจำนวน ๓๘ ร้านค้าในตำบล สามารถเข้าถึงซื้อขายได้ง่าย เป็นสินค้าถูกกฎหมาย

๒. มีเยาวชนจากต่างถิ่นมาอาศัยหอพัก บ้านเช่าในตำบล นำมาสูบบุหรี่ คบกับเยาวชนในตำบล

๓. บุหรี่ยมีราคาไม่แพง ไม่มีการดำเนินมาตรการตามกฎหมาย ไม่มีเจ้าหน้าที่ของรัฐตรวจสอบ

๔. ประชาชน จำนวน ๘๑ คน ติดบุหรี่ย ต้องใช้เวลานานถึงจะป่วย ไม่เฉียบพลัน ไม่รุนแรงในระยะเวลาสั้น ประชาชนไม่กลัวพิษบุหรี่ย

๓. เสนอปัญหา สาเหตุปัญหา ผลกระทบ จากการสูบบุหรี่ ทำมาตรการแก้ไขปัญหาหรือปรับปรุงและพัฒนามาตรการเฝ้าระวังและจำกัดการเข้าถึงบุหรี่ยและการสูบบุหรี่ของประชาชน แต่ละกลุ่มสร้างมาตรการนโยบายชุมชนในการควบคุม ป้องกันการสูบบุหรี่ของประชาชน แต่ละกลุ่มนำมาตราการ นโยบายมาเสนอต่อที่ประชุม และร่วมกัน วิเคราะห์ อภิปรายผลแต่ละข้อ



๔ การวิเคราะห์ ไต้แย้ง ต่อรองและตัดสินใจเลือกมาตรการแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบุหรีและการสูบบุหรีของเยาวชน ประชาชนที่จะนำไปใช้ในชั้นลงมือปฏิบัติ นำมาตรการที่ได้จากแต่ละกลุ่ม มารวมกันเป็นนโยบาย มาตรการชุมชน

๒. ชั้นลงมือปฏิบัติ (Doing)

๑. แจกมาตรการตำบล ป้ายไวนิล นโยบาย ให้แต่ละกลุ่ม นำไปเผยแพร่ให้สมาชิกในกลุ่มรับทราบ
๒. แจกเอกสารมาตรการ นโยบายตำบลไชยวัฒนา ในการป้องกัน ควบคุมการสูบบุหรีให้ทุกหลังคา
๓. ทำหนังสือถึงผู้นำชุมชน ในการประชาสัมพันธ์มาตรการ นโยบายตำบล

๓. ชั้นสังเกตผล (Observation) โดยสรุปสาระสำคัญของกิจกรรมที่ลงไปทำชุมชนดังนี้

๑. พบปะกลุ่มแกนนำชุมชน แกนน่านักเรียน หลังจากนำมาตรการชุมชนมาปฏิบัติ ตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย รับฟังปัญหา ในการปฏิบัติตามมาตรการชุมชน รวมถึงข้อเสนอแนะ สิ่งที่ต้องการช่วยเหลือสนับสนุนในการพัฒนาต่อไป

ชั้นที่ ๔ สะท้อนกลับและประเมินผลการวิจัย(Refletion and evaluation)

๑. ข้อสรุปการสนทนากลุ่ม (กลุ่มผู้นำชุมชน) ผู้นำยังขาดองค์ความรู้เรื่องกฎหมาย บุหรี การขายจำหน่ายบุหรี รวมทั้ง บทบาทหน้าที่ของผู้นำชุมชนในเรื่องบุหรี มีเพียงการห้ามปราม เสนอแนะ ตักเตือน นำมาตรการตำบลไปประกาศ โดยเสนอให้กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน องค์การบริหารส่วนตำบล เป็นเจ้าพนักงานตามกฎหมาย

๒. ข้อสรุปการสนทนากลุ่ม (กลุ่มเยาวชน) ไม่สามารถ นำมาตรการไปใช้ในในกลุ่มเยาวชนที่มีอายุมากกว่า และ กลุ่มเยาวชนที่ไปศึกษาในโรงเรียนต่างตำบลหรือโรงเรียนในตัวอำเภอ และการดำเนินงานได้เฉพาะกลุ่มที่ศึกษาในโรงเรียนในตำบลไชยวัฒนาเท่านั้น

การศึกษาระยะที่ ๒

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

๑.๑ กลุ่มเยาวชน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ ๕๓.๐๐ มีอายุ ๑๔ ปีขึ้นไป ร้อยละ ๖๒.๑๓ อายุเฉลี่ย ๑๔.๖๖ ปี ส่วนใหญ่นักเรียนสูบบุหรีประเภทบุหรีโรงงาน ร้อยละ ๘๑.๘๑ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ซื้อบุหรีจากร้านชำ ร้อยละ ๓๖.๓๖ ลักษณะการซื้อแบบยกซอง ร้อยละ ๖๓.๖๓ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสูบบุหรีที่บ้านเพื่อน ร้อยละ ๓๖.๓๖ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี ร้อยละ ๘๓.๓๓

๑.๒ กลุ่มประชาชนทั่วไปพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ ๕๗.๓๐ มีอายุระหว่าง ๑๔-๕๙ ปี ร้อยละ ๗๕.๑๐ อายุเฉลี่ย ๔๙.๖๙ ปี ประกอบอาชีพ รับจ้าง ร้อยละ ๔๑.๙๐ ภายในชุมชนยังไม่มีเขตสูบบุหรี ร้อยละ ๙๐.๙๐ สมาชิกในครอบครัวที่พักอาศัยในบ้านไม่สูบบุหรี ร้อยละ ๗๓.๕๐ ซึ่งคนในครัวเรือนที่สูบบุหรีมากที่สุดคือ พ่อ ร้อยละ ๖๗.๑๖ ได้รับควันบุหรีมือสองจากพ่อ ร้อยละ สมาชิกภายในบ้านไม่มีข้อตกลงร่วมกันห้ามสูบบุหรี ร้อยละ ๘๑.๐๒ สถานที่สูบบุหรีที่พบบ่อย คือ ตลาดนัด ร้อยละ ๓๕.๑๓

๑.๓ กลุ่มแกนนำชุมชนผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ ๖๐.๗๐ มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๖๐ ปี ร้อยละ ๘๘.๐๐ อายุเฉลี่ย ๕๓ ปี มีตำแหน่งอาสาสมัครสาธารณสุข ร้อยละ ๖๘.๐๐ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องกับบทบาทหน้าที่การทำงานควบคุมการสูบบุหรีในชุมชน ร้อยละ ๖๔.๗๐ สถานที่ปลอดบุหรีสูงสุด คือ งานศพปลอดบุหรี ร้อยละ ๘๒.๗๐ รองลงมาคือ โรงเรียนปลอดบุหรี ร้อยละ ๖๒.๐๐ และพบว่าสถานที่ราชการในชุมชนไม่มีเขตให้สูบบุหรี ร้อยละ ๖๓.๓๐ ที่ผ่านมาชุมชนมีฐานข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนสูบบุหรี ร้อยละ ๖๘.๐๐ ประสบการณ์การสูบบุหรีพบว่า ไม่เคยสูบ ร้อยละ ๘๖.๗๐



ส่วนที่ ๒ ผลวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ การรับรู้ความยากง่ายในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบ การรับรู้การดำเนินงานชุมชนปลอดบุหรี่ การมีส่วนร่วมในการป้องกันการสูบบุหรี่ และการได้รับแรงสนับสนุนจากหน่วยงานระดับอำเภอหรือจังหวัด ก่อนและหลังการวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง

๒.๑ ภายหลังจากดำเนินการวิจัย เยาวชนมีคะแนนพฤติกรรมการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ โดยเพิ่มขึ้นจาก ๓๗.๓๐ คะแนนเป็น ๔๖.๘๒ คะแนน คะแนนเพิ่มขึ้นเท่ากับ ๙.๕๒ คะแนน และการรับรู้ความยากง่ายในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบลดลงก่อนการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ โดยเพิ่มขึ้นจาก ๑๑.๒๕ คะแนนเป็น ๗.๑๙ คะแนน คะแนนลดลงเท่ากับ ๔.๐๖ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ (ดังตาราง ๑)

ตาราง ๑ แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ การรับรู้ความยากง่ายในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบของเยาวชน ระหว่าง ก่อนและหลังการวิจัย

ตัวแปร	ก่อนการวิจัย		หลังการวิจัย		Mean changed	P-value
	N=๖๖		N=๖๖			
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
พฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่	๓๗.๓	๑๑.๘	๔๖.๘	๒.๒๘	๙.๕๒	<๐.๐๐๑
การรับรู้ความยากง่ายในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบ	๑๑.๒	๓.๗๓	๗.๑๙	๑.๓๘	-๔.๐๖	<๐.๐๐๑

* p-value < ๐.๐๕

๒.๒ ภายหลังจากดำเนินการวิจัย ประชาชนทั่วไปในชุมชนมีคะแนนการรับรู้การดำเนินงานชุมชนปลอดบุหรี่เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ คะแนนเพิ่มขึ้นเท่ากับ ๐.๒๐ คะแนน (ดังตาราง ๒)

ตาราง ๒ แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้การดำเนินงานชุมชนปลอดการสูบบุหรี่ระหว่างก่อนและหลังการวิจัย

ตัวแปร	ก่อนการวิจัย		หลังการวิจัย		Mean changed	P-value
	N=๒๕๓		N=๒๕๓			
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
การรับรู้การดำเนินงานชุมชนปลอดบุหรี่	๓๔.๗๗	๖.๕๔	๓๔.๙๗	๖.๕๔	๐.๒๐	<๐.๐๐๑*

* p-value < ๐.๐๕

๒.๓ ภายหลังจากดำเนินการวิจัย ผู้นำชุมชนมีคะแนนการมีส่วนร่วมในการป้องกันการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ คะแนนเพิ่มขึ้นเท่ากับ ๓.๑๔ คะแนน และการได้รับแรงสนับสนุนจากหน่วยงานเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ คะแนนเพิ่มขึ้นเท่ากับ ๐.๘๘ (ดังตาราง ๓)



ตาราง ๓ แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันการสูบบุหรี่ การได้รับแรงสนับสนุนจากหน่วยงาน ระหว่างก่อนและหลังดำเนินการ

ตัวแปร	ก่อนการวิจัย		หลังการวิจัย		Mean changed	P-value
	N=๑๔๖		N=๑๔๖			
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
การมีส่วนร่วมในการป้องกันการสูบบุหรี่	๒๙.๔๙	๖.๘๑	๓๒.๖๓	๖.๓๒	๓.๑๔	<๐.๐๐๑*
การได้รับแรงสนับสนุนจากหน่วยงาน	๗.๕๕	๓.๗๑	๘.๔๓	๔.๒๒	๐.๘๘	<๐.๐๐๑*

* p-value < ๐.๐๕

สรุปและอภิปรายผล

การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อคืนข้อมูลและให้ความรู้เกี่ยวกับ พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๖๐ และร่วมกันกำหนดมาตรการในชุมชนและแบ่งบทบาทหน้าที่ของผู้นำชุมชน นำมาตรการไปปฏิบัติใช้ในชุมชน ภายหลังจากดำเนินการวิจัย กลุ่มเยาวชนในชุมชน มีคะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ โดยเพิ่มขึ้นเท่ากับ ๙.๕๒ คะแนน กลุ่มของประชาชนทั่วไปในชุมชน มีคะแนนการรับรู้การดำเนินงานชุมชนปลอดบุหรี่เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการวิจัยเท่ากับ ๐.๒๐ คะแนน กลุ่มของผู้นำชุมชน มีคะแนนการมีส่วนร่วมในการป้องกันการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการวิจัยเท่ากับ ๓.๑๔ คะแนน และการได้รับแรงสนับสนุนจากหน่วยงานเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการวิจัยเท่ากับ ๐.๘๘ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

ข้อเสนอแนะ

สามารถนำรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการสูบบุหรี่ที่พัฒนาขึ้นครั้งนี้ ไปประยุกต์ใช้ปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับการดำเนินงานในพื้นที่หรือในกลุ่มเป้าหมายอื่น ๆ เพื่อการป้องกันการสูบบุหรี่ในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

๑๕. การพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาภาวะโภชนาการ ของหญิงตั้งครรภ์และเด็ก ๐-๕ ปี ที่สอดคล้องกับบริบทชุมชนชาวเขาเผ่าลัวะ ตำบลภูคา อำเภอปัว จังหวัดน่าน

สมพงษ์ กัญยะ

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาภาวะโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์และเด็ก ๐-๕ ปี ที่สอดคล้องกับบริบทชุมชนชาวเขาเผ่าลัวะตำบลภูคา อำเภอปัว จังหวัดน่าน ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ๔ ขั้นตอนได้แก่ ๑) วิเคราะห์สถานการณ์ภาวะทุพโภชนาการ ๒) การประชาคมเพื่อวางแผนพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหา ๓) การนำรูปแบบไปปฏิบัติ ๔) การสรุปและประเมินผล ประชากรการวิจัย ได้แก่หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภูคา จำนวน ๓๘ คน และเด็ก ๐-๕ ปี จำนวน ๑๗๘ คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ รายงานบันทึกสุขภาพแม่และเด็กแบบบันทึกภาวะเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ แบบติดตามรายงานโภชนาการและพัฒนาการเด็ก ๐-๗๒ เดือน การสัมภาษณ์ การสังเกตและบันทึกภาคสนาม และการสนทนากลุ่ม การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา



ค่าความถี่ ร้อยละ และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ระยะเวลาดำเนินการ กันยายน ๒๕๖๐- กันยายน ๒๕๖๒ รวม ๒ ปี ผลการวิจัยพบว่า

๑. สถานการณ์ปัญหาพบว่า มารดาที่มีภาวะทุพโภชนาการในระหว่างตั้งครรภ์ ร้อยละ ๗.๓๒ และเด็ก ๐-๕ ปี น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ร้อยละ ๔๖.๕๒ สาเหตุสำคัญคือ การขาดความรู้ในด้านโภชนาการ ความเชื่อด้านโภชนาการที่ผิด ๆ ปัญหาความยากจน แหล่งอาหารที่จำเป็นมีน้อยเข้าถึงยากราคาสูง และแหล่งอาหารในท้องถิ่นเริ่มขาดแคลน

๒. การพัฒนารูปแบบ ได้รูปแบบการดำเนินงาน ๔ ด้าน คือ ๑) การจัดการอาหาร อาหารเสริมให้แก่เด็กและผู้ปกครอง ๒) การเสริมสร้างแรงจูงใจในการสนใจ ใส่ใจดูแลภาวะโภชนาการตนเองและครอบครัว ๓) การแสวงหาแรงสนับสนุนจากชุมชนและภาคีเครือข่าย ๔) การระดมทุนและทรัพยากรจากแหล่งต่าง ๆ

๓. ผลผลิตและผลลัพธ์ พบว่า การดำเนินการตามรูปแบบส่งผลทำให้หญิงตั้งครรภ์มีน้ำหนักตามเกณฑ์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๙๒.๖๘ เป็น ๙๗.๕๖ และเด็ก ๐-๕ ปี น้ำหนักตามเกณฑ์และมีส่วนสูงเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังส่งผลทำให้ชุมชนเกิดการตื่นตัวเห็นความสำคัญทางด้านภาวะโภชนาการ เกิดกลุ่มอาชีพเลี้ยงไก่ไข่ กลุ่มเลี้ยงปลา กลุ่มนมถั่วเหลือง การปลูกผักสวนครัว เกิดมาตรการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อการเพิ่มปริมาณของแหล่งอาหารท้องถิ่น และมีคลังอาหารดำเนินการอย่างต่อเนื่องในชุมชน ตลอดจนภาคีเครือข่ายภายในและภายนอกเข้ามามีส่วนร่วมมากในรูปแบบต่าง ๆ ขึ้น

คำสำคัญ : ภาวะโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์และเด็ก ๐-๕ ปี, บริบทชุมชนชาวเขาเผ่าลัวะ

ความสำคัญของปัญหา

การเจริญเติบโตและภาวะโภชนาการของเด็กเป็นเครื่องบ่งชี้ภาวะเศรษฐกิจของประเทศ ภาวะโภชนาการที่ดีเป็นรากฐานสำคัญของการมีสุขภาพดีตลอดชีวิตโดยเฉพาะในช่วงมีการเจริญเติบโตตั้งแต่ในครรภ์มารดาจนถึงอายุ ๕ ปี เนื่องจาก บางอย่างในสารอาหารสามารถลดอัตราตาย และภาวะทุพพลภาพโดยทารกในครรภ์ได้รับจากสารอาหารที่มารดาได้รับประทานขณะตั้งครรภ์ มารดาที่มีภาวะทุพโภชนาการในระหว่างตั้งครรภ์ยังส่งผลถึงความผิดปกติทางสติปัญญา และความพิการทำให้เด็กกลุ่มนี้เกิดปัญหาสุขภาพตามมาได้เมื่อโตขึ้น การได้รับสารอาหารที่ครบถ้วนเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์รวมทั้งการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพที่โดยเฉพาะด้านโภชนาการ เนื่องจากในช่วงระยะเวลาของการตั้งครรภ์ทารกในครรภ์มารดากำลังมีพัฒนาการและเจริญเติบโต ดังนั้นความต้องการสารอาหารและพลังงานระหว่างตั้งครรภ์จึงมีมากกว่าระยะอื่นๆ ถ้ามารดาได้รับสารอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการสูงในปริมาณที่เพียงพอมารดาจะมีสุขภาพสมบูรณ์และให้กำเนิดทารกที่แข็งแรง ในทางตรงกันข้าม ถ้ามารดากินอาหารที่ไม่ถูกต้องหรือไม่เพียงพอทำให้เกิดภาวะโลหิตจาง เด็กคลอดก่อนกำหนดหรือแท้ง โลหิตเป็นพิษขณะตั้งครรภ์ เด็กเกิดใหม่มีน้ำหนักแรกคลอดน้อย ตำบลภูคาเป็นพื้นที่ภูเขาสูงสลับที่ราบเชิงเขาประชาชนในพื้นที่เป็นชาวเขาเผ่าลัวะมีฐานะยากจน ส่วนใหญ่เป็นผู้ไม่รู้หนังสือ ปัญหาสำคัญของพื้นที่ได้แก่ ภาวะทุพโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์และเด็ก ๐-๕ ปี โดยพบว่า มารดาที่มีภาวะทุพโภชนาการในระหว่างตั้งครรภ์ ร้อยละ ๗.๓๒ และเด็ก ๐-๕ ปี น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ร้อยละ ๔๖.๕๒ สาเหตุสำคัญคือ การขาดความรู้ในด้านโภชนาการ ขาดความรู้ที่นำไปสู่การขาดความตระหนักต่อผลกระทบของภาวะทุพโภชนาการ ความเชื่อด้านโภชนาการที่ผิดตามวิถีชนเผ่า ปัญหาความยากจน การขาดแคลนอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ เนื่องจากพื้นที่มีความทุรกันดาร การคมนาคมและการขนส่งลำบาก ทำให้ต้นทุนราคาสินค้าสูงมากส่งผลทำให้มีร้านค้าจำหน่ายอาหารและร้านขำน้อย สินค้ามีราคาแพงกว่าปกติ ถึงแม้ว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ดำเนินการแนะนำด้านโภชนาการแก่หญิงตั้งครรภ์อย่างครบถ้วน แต่ข้อจำกัดในการหาอาหารที่เจ้าหน้าที่แนะนำหาได้ยากและมีราคาแพงในพื้นที่

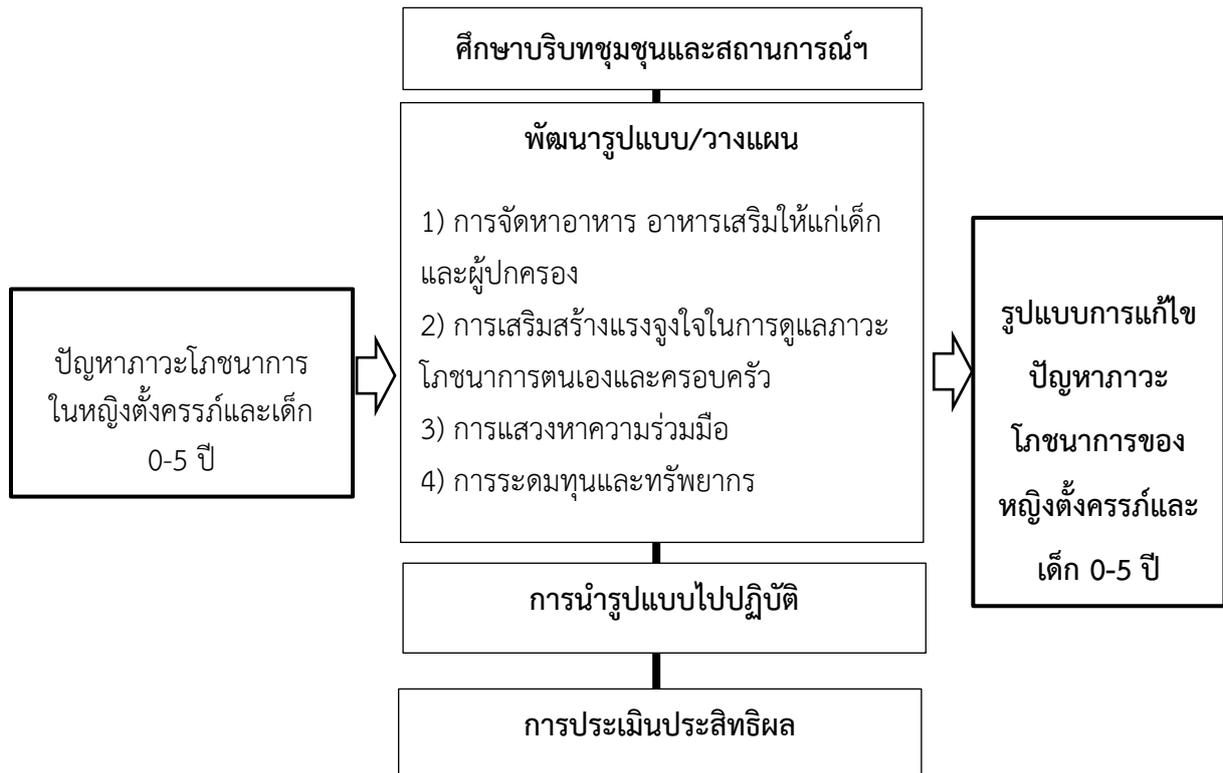


ประกอบกับแหล่งอาหารในท้องถิ่น เช่น อาหารจากป่า จากแม่น้ำเริ่มขาดแคลนเพราะประสบกับปัญหาสิ่งแวดล้อม สารเคมี การทำลายแหล่งต้นน้ำ และการทำลายป่า ปัจจัยเหล่านี้ เป็นเหตุผลทำให้ภาวะทุพโภชนาการยังคงเป็นปัญหาของพื้นที่อย่างต่อเนื่องรพ.สต. ภูคาและภาคีเครือข่ายสุขภาพจึงจัดทำโครงการวิจัยนี้ขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบและประเมินประสิทธิผลรูปแบบการแก้ไขปัญหภาวะโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์และเด็ก ๐-๕ ปี ที่สอดคล้องกับบริบทชุมชนชาวเขาเผ่าลัวะตำบลภูคา อำเภอปัว จังหวัดน่าน

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ประชากรการวิจัยคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภูคา ระหว่างเดือนกันยายน ๒๕๖๐ – กันยายน ๒๕๖๒ จำนวน ๓๘ คน และเด็ก ๐-๕ ปี จำนวน ๑๗๘ คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ๑) สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กของกระทรวงสาธารณสุข ๒) บัตรอนามัยมารดา (แบบ รบ.๑ ต.๐๕) ๓) แบบบันทึกหญิงตั้งครรภ์ โดยผู้วิจัยจัดทำขึ้น ๔) แบบบันทึกภาวะเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ ๕) แบบส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว ๖) แบบติดตามรายงานโภชนาการและพัฒนาการเด็ก ๐-๗๒ เดือน กระทรวงสาธารณสุข ๗) แบบบันทึกน้ำหนัก ส่วนสูง ๘) แบบสัมภาษณ์ ๙) การสังเกตและบันทึกภาคสนาม ๑๐) การสนทนากลุ่ม ๑๑) การอภิปรายกลุ่ม การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง กันยายน ๒๕๖๐ – กันยายน ๒๕๖๒ รวมระยะเวลา ๒ ปี โดยการวิจัยแบ่งเป็น ๔ ขั้นตอนได้แก่ ๑) วิเคราะห์สถานการณ์ภาวะทุพโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์และเด็ก ๐-๕ ปี ๒) การพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน ๓) การนำรูปแบบไปปฏิบัติในพื้นที่และปรับปรุงรูปแบบ ๔) การประเมินผล



ผลการวิจัย

๑. ผลการศึกษาบริบทชุมชนและผลการวิเคราะห์สถานการณ์ภาวะทุพโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์และเด็ก ๐-๕ ปี พบว่า มารดาที่มีภาวะทุพโภชนาการในระหว่างตั้งครรภ์ ร้อยละ ๗.๓๒ และเด็ก ๐ - ๕ ปี น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ร้อยละ ๔๖.๗๙ สาเหตุสำคัญคือ การขาดความรู้ในด้านโภชนาการ ความเชื่อด้านโภชนาการที่ ผิด ๆ ปัญหาความยากจน ประกอบกับความเป็นพื้นที่สูง ทुरกันดาร การคมนาคมยากลำบาก ดังนั้น ร้านค้าจำหน่ายอาหารในพื้นที่จึงมีน้อยมีน้อย และแหล่งอาหารในท้องถิ่นและแหล่งอาหารตามธรรมชาติ เช่น อาหารจากป่า จากแม่น้ำ เริ่มขาดแคลนเนื่องมาจากประสบกับปัญหาสิ่งแวดล้อม การใช้สารเคมีทางการเกษตร การทำลายแหล่งต้นน้ำ และการทำลายป่า เป็นต้น

๒. การพัฒนารูปแบบ โดยใช้กระบวนการประชาคมเป็นตัวขับเคลื่อน ระดมความคิดเห็นจากภาคส่วนต่าง ๆ เพื่อหาแนวทางในการดำเนินงาน โดยมีข้อสรุปและได้รูปแบบการดำเนินงานและมีแผนปฏิบัติการ ๔ ด้าน คือ

- ๑) การจัดหาอาหารและอาหารเสริมให้แก่เด็กและผู้ปกครอง
- ๒) การเสริมสร้างแรงจูงใจในการสนใจ ใส่ใจดูแลภาวะโภชนาการตนเองและครอบครัว
- ๓) การแสวงหาแรงสนับสนุนจากชุมชนและภาคีเครือข่าย
- ๔) การระดมทุนและทรัพยากรจากแหล่งต่าง ๆ

๓. การนำเอารูปแบบและแผนปฏิบัติการไปปฏิบัติในพื้นที่ โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย โดยดำเนินการ ดังนี้

๑) การจัดคลังอาหารเคลื่อนที่ ณ รพ.สต.และชุมชน โดยทำการจัดหาอาหาร เช่น นม ไข่ ปลา กระป๋อง และอาหารอื่น ๆ ที่มีความจำเป็นต่อภาวะโภชนาการมาจำหน่ายให้แก่หญิงตั้งครรภ์และเด็ก ๐-๕ ปี ในราคาต้นทุน

๒) จัดรายการส่งเสริมแรงจูงใจและการขาย โดยใช้กลวิธี ลด แลก แจก แถม เพื่อดึงดูดให้หญิงตั้งครรภ์และเด็กมาใช้บริการ เช่น ฝากครรภ์ก่อน ๑๒ สัปดาห์ และมารับการฝากครรภ์ตามกำหนดทุกครั้ง แจกไข่ต้ม ๑ ฟองให้แก่เด็ก ๐-๕ ปี ที่มารับบริการฉีดวัคซีนและตรวจพัฒนาการ เป็นต้น

๓) ภาคีเครือข่ายสนับสนุนอาชีพเสริมให้แก่ผู้ปกครอง เช่น ศูนย์การศึกษาออกโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัย (กศน.) จัดหลักสูตรสอนอาชีพ และสนับสนุนการเลี้ยงไก่เนื้อ ไก่ไข่ ไข่ไก่ ไข่ปลา หากเหลือบริโภคในชุมชนก็ขายให้กองทุนนมและไข่ เพื่อจำหน่ายต่อในราคาทุน การเลี้ยงปลาตก ให้แก่ครอบครัวของกลุ่มเป้าหมาย

๔) การระดมทุนทรัพยากรด้วยวิธีการต่าง ๆ เพื่อนำมาต่อยอดขยายผลการดำเนินกิจกรรม เช่น การเล่นเกมชิงรางวัล (สอยดาว) การสนับสนุนงบประมาณจาก อบต.ผ่านโครงการของ อบต.และโครงการของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่

๕) การฝึกอบรมโรงเรียนพ่อแม่ ให้ความรู้แก่กลุ่มหญิงตั้งครรภ์-สามี และ อสม.ที่รับผิดชอบในการทำอาหารเสริมภาวะโภชนาการ เช่น การทำนมถั่วเหลือง เมนูสุขภาพจากป่าและแม่น้ำโดย รพ.สต. อบต. และ กศน.

๖) การเฝ้าระวังภาวะโภชนาการของกลุ่มเป้าหมายโดย รพ.สต. อสม. และแกนนำสุขภาพครอบครัว

๗) การระดมทุน โดยการเปิดบัญชีธนาคารชื่อ กองทุนแก้ไขปัญหาภาวะโภชนาการหญิงตั้งครรภ์และเด็ก ๐ - ๕ ปี เพื่อรับบริจาคจากบุคคลทั่วไป

๘) การแต่งตั้งคณะกรรมการติดตามประเมินผลและคืนข้อมูลแก่ชุมชนและภาคีเครือข่าย



๔. ผลผลิตและผลลัพธ์ของการดำเนินงาน พบว่า หญิงตั้งครรภ์และเด็ก ๐-๕ ปี เข้าถึงกองทุนนม และไข่ ร้อยละ ๑๐๐ หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเป้าหมายมีน้ำหนักตามเกณฑ์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๙๒.๖๘ เป็น ๙๗.๕๖ และเด็ก ๐-๕ ปี น้ำหนักตามเกณฑ์เพิ่มขึ้น ปี ๒๕๖๐ ร้อยละ ๔๖.๗๙ ปี ๒๕๖๑ ร้อยละ ๖๐.๒๙ ปี ๒๕๖๒ ร้อยละ ๗๓.๐๑ / เด็ก ๐-๕ ปี ส่วนสูงตามเกณฑ์เพิ่มขึ้น ปี ๒๕๖๐ ร้อยละ ๓๖.๙๔ ปี ๒๕๖๑ ร้อยละ ๔๑.๖๖ ปี ๒๕๖๒ ร้อยละ ๗๑.๙๕ / เด็ก ๐-๕ ปี น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงเพิ่มขึ้น ปี ๒๕๖๐ ร้อยละ ๖๑.๕๗ ปี ๒๕๖๑ ร้อยละ ๖๔.๗๐ ปี ๒๕๖๒ ร้อยละ ๗๑.๙๕ / เด็ก ๐-๕ ปี รูปร่างสมส่วนเพิ่มขึ้น ปี ๒๕๖๐ ร้อยละ ๒๓.๖๔ ปี ๒๕๖๑ ร้อยละ ๓๓.๓๓ ปี ๒๕๖๒ ร้อยละ ๕๕.๒๖ นอกจากนี้ยังส่งผลทำให้ชุมชนเกิดการตื่นตัวทางด้านภาวะโภชนาการมากขึ้น เกิดกลุ่มอาชีพเลี้ยงไก่ไข่ กลุ่มเลี้ยงปลา การปลูกผักสวนครัวไว้กินเอง เกิดมาตรการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อการเพิ่มปริมาณของแหล่งอาหารท้องถิ่น และมีคลังอาหารเคลื่อนที่ที่ดำเนินการอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนใน รพ.สต. และชุมชน ส่วนภาคีเครือข่ายภายในพื้นที่ประกอบด้วย ชมรม อสม. ตำบล กศน. ผู้นำชุมชน อบต. และประชาชนผู้ที่มีฐานะและรายได้ดีให้ความสนใจและเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพิ่มมากขึ้น ภาคีเครือข่ายภายนอกประกอบด้วย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปัว บริษัทห้างร้านต่าง ๆ และผู้มีจิตศรัทธา เข้ามามีส่วนร่วมผ่านการบริจาค การระดมทุน โดยการเปิดบัญชีธนาคารชื่อ กองทุนแก้ไขปัญหาภาวะโภชนาการหญิงตั้งครรภ์และเด็ก ๐-๕ ปี เพื่อรับบริจาคจากบุคคลทั่วไปเพื่อนำไปดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

สรุป และข้อเสนอแนะ

จากผลของรูปแบบการแก้ไขปัญหาภาวะโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์และเด็ก ๐-๕ ปี สรุปได้ว่า ได้ส่งผลทำให้หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโภชนาการที่ดีขึ้น และเด็ก ๐-๕ ปี ที่มีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์มีจำนวนลดลง ทั้งนี้เป็นผลสืบเนื่องมาจากกระบวนการที่สำคัญ คือ กระบวนการประชาคมที่ระดมความเห็นจากทุกภาคส่วน และนำเอากิจกรรมที่มีความเป็นไปได้ สอดคล้องกับบริบทชุมชนมาดำเนินการ ตลอดจนกระบวนการคืนข้อมูลที่ทำให้ชุมชนเกิดความตระหนักต่อปัญหาและเข้ามามีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ และกระบวนการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายทั้งภายในและภายนอก ข้อเสนอแนะคือ ภาคีเครือข่ายยังคงต้องช่วยประคับประคองการดำเนินงานต่อไปอีกระยะหนึ่งจนกว่าชุมชนจะมีความรู้ ความตระหนัก สามารถพึ่งตนเองได้อย่างแท้จริง และส่งต่อภารกิจให้ภาคีเครือข่ายในพื้นที่ร่วมกันเป็นเจ้าของปัญหาเพื่อแก้ไขปัญหาร่วมกัน

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

ความร่วมมือแบบบูรณาการระหว่าง รพ.สต. ครอบครัว อสม. ชุมชน และภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกพื้นที่ การประชาสัมพันธ์ให้ตระหนักถึงความสำคัญของภาวะโภชนาการ การใช้ต้นทุนของชุมชน และความต่อเนื่องของการแก้ไขปัญหา การนำรูปแบบงานวิจัยมาใช้ในการดำเนินงานประจำนำไปสู่การพัฒนาารูปแบบการดำเนินงานอย่างมีระเบียบวิธี มีวิธีการแก้ไขปัญหายังเป็นระบบ มีความน่าเชื่อถือของข้อมูล และนำไปสู่ความสำเร็จในที่สุด



๑๖. ผลของแนวทางการแก้ไขปัญหาการขายบุหรี่แก่เยาวชน โดยการมีส่วนร่วม ของผู้ประกอบการร้านค้าในเขตตำบลศิลาแลง อำเภอปัว จังหวัดน่าน

ว่าที่ ร.ต.อนุรักษ์ นิกไม่ลืม

บทนำ

จากข้อมูลรายงานสถิติการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๑ ของศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล (ศจย.) พบว่าจากการสำรวจข้อมูลในปี พ.ศ.๒๕๖๐ พบว่าประชากรที่มีอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป เป็นผู้สูบบุหรี่ ๑๐.๗ ล้านคน (ร้อยละ ๑๙.๑) อัตราการบริโภคยาสูบตามกลุ่มอายุ ๑๕-๑๘ ปี เท่ากับร้อยละ ๗.๘ พบว่าประชากรไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรก ของผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ คืออายุ ๑๘.๑ ปี ซึ่งเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากปี ๒๕๕๗ ซึ่งมีอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบคือ ๑๗.๘ ปี เมื่อเปรียบเทียบในแต่ละกลุ่มวัยในปี ๒๕๖๐พบว่า กลุ่มเยาวชน มีอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบ ๑๖.๒ ปี ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๕๗ คือ ๑๕.๖ ปี ในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ ประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ นิยมสูบบุหรี่ที่ผลิตจากโรงงานสูงถึงร้อยละ ๕๖ รองลงมาคือบุหรี่ยี่ห้อตัวเองร้อยละ ๔๙.๓ ส่วนประเภทอื่น มีร้อยละ ๐.๑ และยังพบว่าอัตราการสูบบุหรี่ของผู้ที่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา มีอัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันสูงสุด รองลงมาเป็นระดับมัธยมต้น ผู้ที่ไม่เคยเรียน ระดับมัธยมปลายและระดับอุดมศึกษาขึ้นไปคือร้อยละ ๒๒.๐,๒๑.๕, ๑๘.๑, ๑๘.๐ และ ๗.๗ ตามลำดับ จากข้อมูลและสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น นักวิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาสถานการณ์การสูบบุหรี่ของเยาวชนในพื้นที่ เพื่อหาแนวทางการแก้ไขปัญหาการขายบุหรี่แก่เยาวชน และ เพื่อศึกษาหาแนวทางการแก้ไขปัญหาการขายบุหรี่แก่เยาวชน โดยการมีส่วนร่วมของผู้ประกอบการร้านค้าปลีกในชุมชน ในการปฏิบัติตาม มาตรการบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัด โดยเฉพาะการห้ามแบ่งขายบุหรี่แบบแยกมวน การห้ามขายบุหรี่แบบให้ลูกค้าบริการตนเอง ร่วมกับการใช้มาตรการเสริมสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับเนื้อหาของ พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบให้กับผู้ประกอบการร้านค้าปลีกในชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

๑. เพื่อพัฒนาแนวทางการแก้ไขปัญหาการขายบุหรี่แก่เยาวชน โดยการมีส่วนร่วมของผู้ประกอบการร้านค้า ในเขตตำบลศิลาแลง อำเภอปัว จังหวัดน่าน
๒. เพื่อศึกษาผลของแนวทางการแก้ไขปัญหาการขายบุหรี่แก่เยาวชน โดยการมีส่วนร่วมของผู้ประกอบการร้านค้า ในเขตตำบลศิลาแลง อำเภอปัว จังหวัดน่าน

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้แบ่งการวิจัยออกเป็น ๒ ระยะ ประกอบด้วย

การศึกษาระยะที่ ๑ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) แบบประสานเป้าหมายและความร่วมมือเพื่อแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ตามธรรมชาติที่เป็นจริง (naturalistic) ระหว่างผู้วิจัยและชุมชนศิลาแลง เพื่อศึกษาผลของแนวทางการแก้ไขปัญหาการขายบุหรี่แก่ประชาชนของผู้ประกอบการร้านค้าในเขตตำบลศิลาแลง อำเภอปัว จังหวัดน่าน

สนามวิจัย คือ เขตตำบลศิลาแลง อำเภอปัว จังหวัดน่าน

กลุ่มเป้าหมายในการวิจัย คือ ผู้ประกอบการร้านค้า ตำบลศิลาแลง อำเภอปัว จังหวัดน่าน จำนวน ๓๔ คน

การศึกษาระยะที่ ๒ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey) เพื่อศึกษาผลของแนวทางการแก้ไขปัญหาการขายบุหรี่แก่ประชาชนของผู้ประกอบการร้านค้าในเขตตำบลศิลาแลง



อำเภอปัว จังหวัดน่าน โดยเปรียบเทียบอัตราการพฤติกรรมการจำหน่ายบุหรี่ตามพ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๖๐ ใน ๔ ประเด็น คือ การแบ่งซองขายบุหรี่ การแสดงผลิตภัณฑ์ยาสูบ ณ จุดขาย การแสดงราคา บุหรี่ในลักษณะจูงใจให้ซื้อ และการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบให้บุคคลที่มีอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี ของผู้ประกอบการ ร้านค้าในเขตตำบลศิลาแลง ระหว่างก่อนและหลังการดำเนินวิจัยเป็นระยะเวลา ๓ เดือน

-กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ๑ ส่วนคือ- ผู้ประกอบการร้านค้าที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน ๓๔ คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม (Questionnaires) จำนวน ๑ ชุด ประกอบด้วย ๑) ข้อมูลทั่วไป ๒) ความรู้เกี่ยวกับพ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๖๐ ๓) การรับรู้มาตรการบังคับใช้ กฎหมาย ๔)ทัศนคติที่มีต่อการขายบุหรี่ ๕)พฤติกรรมการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบ ได้แก่ การแบ่งซองขาย บุหรี่ การแสดงผลิตภัณฑ์ยาสูบ ณ จุดขาย การแสดงราคาบุหรี่ในลักษณะจูงใจให้ซื้อ และการขายผลิตภัณฑ์ ยาสูบให้บุคคลที่มีอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี นำแบบสอบถาม มาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ ๐.๗๘ นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น ไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่าง ในตำบลปากลาง อำเภอ ปัว จังหวัดน่าน จำนวน ๓๐ คน

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล แจกแบบสอบถามและเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบ แบบสอบถามด้วยตนเอง ระยะเวลาดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน ๒ ครั้ง คือ หลังจากการศึกษาระยะที่ ๑ เป็นระยะเวลา ๓ เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย

๑) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบควบคู่กับการเก็บรวบรวม ข้อมูลภาคสนามในแต่ละครั้ง ด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ประกอบด้วย ๔ ขั้นตอน คือ สร้างดัชนี จำแนกหมวดหมู่ เชื่อมโยงข้อมูล และตีความเพื่อหาความสัมพันธ์ของเรื่องราวและหาข้อสรุป โดยตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล (Credibility) ด้วยการคืนผลการวิเคราะห์ข้อมูลให้ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็น ผู้ตรวจสอบ (Member checking) เพื่อโต้แย้งหรือยืนยันข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ตลอดระยะเวลาการศึกษา

๒) ข้อมูลเชิงปริมาณ ประมวลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ สถิติที่ใช้ ประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอค่า จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ สถิติ เชิงอนุมาน วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลัง การดำเนินโครงการวิจัยระยะเวลา ๓ เดือน โดยใช้สถิติ T- test

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ประกอบการร้านค้าในพื้นที่ตำบลศิลาแลง จำนวน ๓๔ คน เป็นเพศชาย ร้อยละ ๓๒.๓๕ และเป็นเพศหญิงร้อยละ ๖๗.๖๕ มีอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป มากที่สุด ร้อยละ ๘๒.๓๖ อายุ ๓๐-๓๙ ปี และน้อยกว่า ๓๐ ปี มีจำนวนเท่ากันคิดเป็นร้อยละ ๘.๘๒ ($\bar{x} = ๕๑.๕๐$, S.D. = ๑๓.๒๖, Min = ๒๖, Max = ๗๖) ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าจบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๓ และชั้นประถมศึกษาปีที่ ๔ มากที่สุด ร้อยละ ๒๖.๔๗ รองลงมาคือ ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๖ ร้อยละ ๒๐.๕๙ และชั้นประถมศึกษาปีที่ ๖ ร้อยละ ๑๗.๖๕ จบปวช ร้อยละ ๕.๘๘ ระดับการศึกษา ปวส น้อยที่สุด ร้อยละ ๒.๙๔ ระยะเวลาเปิดสถาน ประกอบการร้านค้า น้อยกว่า ๑๕ ปี คิดเป็นร้อยละ ๕๘.๘๒ และเปิดมากกว่า ๑๕ ปี ร้อยละ ๔๑.๑๘ เป็น สถานประกอบการประเภทร้านค้าย่อย ร้อยละ ๑๐๐ มีใบอนุญาตขายบุหรี่จากกรมสรรพสามิต ร้อยละ ๑๐๐ มีป้ายไม่ขายบุหรี่ให้เยาวชน ร้อยละ ๙๑.๑๘ และไม่มีป้าย ร้อยละ ๘.๘๒ เป็นสถานประกอบการที่จำหน่ายทั้ง ผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้วย ร้อยละ ๑๐๐ สถานประกอบการร้านค้า อยู่ห่างจากโรงเรียน น้อยกว่า ๓๐๐ เมตร ร้อยละ ๕.๘๘ และตั้งอยู่ห่างจากโรงเรียนมากกว่า ๓๐๐ เมตร ร้อยละ ๙๔.๑๒ ความรู้



เกี่ยวกับ พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๖๐ ก่อนการดำเนินการ มีค่า mean เท่ากับ ๒.๒๔ และ ความรู้หลังการดำเนินการ เท่ากับ ๓.๓๒ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < 0.001$ ทศนคติที่ไม่ดีต่อการละเมิดพ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๖๐ ก่อนการดำเนินการ mean เท่ากับ ๑๖.๖๑ ค่า mean หลังการดำเนินการ เท่ากับ ๑๘.๒๕ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < 0.006$ พฤติกรรมการปฏิบัติตาม พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๖๐ ค่า mean ก่อนการดำเนินการ เท่ากับ ๔๘.๓๘ ค่า mean หลังการดำเนินการ เท่ากับ ๕๒.๓๒ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < 0.01$ ($P\text{-value} < 0.05$) ตารางที่ ๑ แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนน ระหว่างก่อนและหลังการดำเนินการ ด้านความรู้ ทศนคติ และ พฤติกรรม เกี่ยวกับ พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๖๐

ตัวแปร	ก่อนการดำเนินการ		หลังการดำเนินการ		Mean change	t	df	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.				
ความรู้เกี่ยวกับ พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๖๐	๒.๒๔	๐.๖๙๙	๓.๓๒	๑.๑๒๐	๑.๐๘	-๔.๗๕๖	๓๓	< ๐.๐๐๑
ทัศนคติต่อการขายบุหรี่ตาม พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๖๐	๑๖.๖๑	๓.๔๗๒	๑๘.๒๕	๓.๙๐๐	๑.๖๑	-๒.๙๓๐	๓๓	๐.๐๐๖
พฤติกรรมการปฏิบัติตาม พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๖๐	๔๘.๓๘	๖.๘๔๔	๕๒.๓๒	๗.๒๓๐	๓.๙๔	-๒.๗๐๕	๓๓	๐.๐๑๑

* p-value < 0.05

จากการประชุมและจัดเวทีสานเสวนา (Dialogue) เพื่อเสนอมาตรการแก้ไขปัญหาหรือปรับปรุงและพัฒนามาตรการเฝ้าระวังและจำกัดการเข้าถึงบุหรี่และการสูบบุหรี่ของเยาวชน ของกลุ่มผู้ประกอบการร้านค้า และผู้นำชุมชน ในเขตพื้นที่ตำบลศิลาแลง ได้ข้อตกลงร่วมและสรุปมาตรการที่นำมาใช้จำกัดการเข้าถึงบุหรี่แก่เยาวชนและประชาชนในชุมชน และมาตรการที่นำมาใช้จำกัดพื้นที่ห้ามสูบบุหรี่และเขตสูบบุหรี่ในชุมชน ดังนี้

มาตรการที่นำมาใช้จำกัดการเข้าถึงบุหรี่แก่เยาวชนและประชาชนในชุมชน

๑. ผู้ประกอบการร้านค้าในตำบลศิลาแลงไม่จำหน่ายบุหรี่และยาเส้นให้กับบุคคลที่มีอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี
๒. ผู้ประกอบการร้านค้าในตำบลศิลาแลงไม่แบ่งขายบุหรี่
๓. ผู้ประกอบการร้านค้าในตำบลศิลาแลงไม่วางโชว์หรือโฆษณาบุหรี่ในร้านค้า
๔. ผู้ประกอบการร้านค้าในตำบลศิลาแลงต้องมีใบอนุญาตจำหน่ายอย่างถูกต้องตามกฎหมาย

มาตรการที่นำมาใช้จำกัดพื้นที่ห้ามสูบบุหรี่และเขตสูบบุหรี่ในชุมชน

๑. งานเลี้ยง / พิธีการต่างๆในชุมชน เป็นเขตปลอดบุหรี่
๒. ประกาศเขตพื้นที่สาธารณะเป็นเขตปลอดบุหรี่และเขตสูบบุหรี่

สรุปและอภิปรายผล

จากการสังเกต การสอบถาม ผลการปฏิบัติ ข้อจำกัดหรืออุปสรรคที่เกิดจากการนำมาตรการไปปฏิบัติใช้ และความพึงพอใจที่มีต่อมาตรการที่นำไปปฏิบัติใช้ ของผู้ประกอบการร้านค้า และ ผู้นำชุมชนและประชาชนในชุมชน พบว่า ผู้ประกอบการร้านค้าสามารถปฏิบัติตามมาตรการที่เป็นข้อตกลงร่วมอย่างดี และ



ยินดีที่จะปฏิบัติตามข้อตกลงโดยไม่มีข้อจำกัดใดๆ เพราะผู้ประกอบการร้านค้าส่วนใหญ่มีความเห็นไปในทิศทางที่เห็นตรงกันว่า ไม่ควรสนับสนุนให้เยาวชนสูบบุหรี่ และเห็นควรที่จะจำกัดและลดการสูบบุหรี่ของคนในชุมชน ผู้ประกอบการร้านค้าบางรายยังเสนอให้ร้านค้าในชุมชนลดจำนวนและปริมาณการจำหน่ายบุหรี่ในชุมชนลง และบางผู้ประกอบการร้านค้าอาจจะพิจารณาเลิกจำหน่ายบุหรี่ในชุมชน และ ผู้นำชุมชนและประชาชนในชุมชน ได้ประกาศเขตพื้นที่สาธารณะเป็นเขตปลอดบุหรี่และเขตสูบบุหรี่ ในชุมชนโดยกำหนดสถานที่สาธารณะที่สำคัญๆ ในชุมชนเป็นพื้นที่ปลอดบุหรี่ อาทิเช่น หอประชุมหมู่บ้าน วัด อาคารเอนกประสงค์ของหมู่บ้าน ที่ทำการกองทุนหมู่บ้าน ฯ เป็นต้น และจัดพื้นที่สูบบุหรี่ในชุมชน ไว้เป็นพื้นที่เฉพาะ เพื่อลดผลกระทบต่อสุขภาพ ของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ และลดกลิ่นควันบุหรี่ ที่ส่งผลกระทบต่อประชาชนในชุมชน

ข้อเสนอแนะ

๑. จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ประกอบการร้านค้ายังมีความรู้เกี่ยวกับพ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๖๐ น้อย และยังมีความสับสนกับ พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๓๕ จึงควรมีการจัดองค์ความรู้เกี่ยวกับพ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๖๐ ให้ผู้ประกอบการร้านค้า และมีการกระตุ้นเตือนผ่านผู้นำชุมชน หรือ อสม.

๒. เมื่อมีแนวทางในการควบคุมพฤติกรรมปฏิบัติตามพ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๖๐ แล้วควรมีมาตรการชุมชน บทลงโทษเมื่อมีการละเมิด และมีผู้นำชุมชน หรือฝ่ายปกครองเป็นผู้ควบคุมให้สถานประกอบการร้านค้าปฏิบัติตามมาตรการของชุมชนนั้น

๑๗. กระบวนการเสริมสร้างสมรรถนะแกนนำชุมชนเพื่อป้องกันและควบคุม

การสูบบุหรี่ในพื้นที่ตำบลสถาน อำเภอปัว จังหวัดน่าน

นิรันต์ นำสม

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนากระบวนการเสริมสร้างสมรรถนะแกนนำชุมชนเพื่อป้องกันและควบคุมการสูบบุหรี่ในพื้นที่ตำบลสถาน อำเภอปัว จังหวัดน่าน เลือกประชากรการวิจัยแบบเจาะจง ได้แก่ ผู้นำชุมชน อสม.และภาคีเครือข่าย จำนวน ๔๓๒ คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม การสนทนากลุ่ม แบบสัมภาษณ์ การสังเกต และการอภิปรายกลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่า pair t-test และการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการเสริมสร้างสมรรถนะส่งผลทำให้ชุมชนมีแผนปฏิบัติการครอบคลุม ๓ ด้าน คือ ๑) ด้านการเสริมสร้างความรู้แก่แกนนำชุมชน ๒) ด้านการตรวจให้แนะนำร้านค้าและประชาชนในพื้นที่ และ ๓) ด้านการสร้างการมีส่วนร่วมร่วมกับภาคีเครือข่าย โดยกลุ่มแกนนำชุมชนที่ผ่านการเสริมสร้างสมรรถนะ สามารถสร้างการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายต่างๆในชุมชนเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาบุหรี่ได้ เช่น การร่วมมือกับองค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงเรียน วัด ตำรวจ และส่งเสริมให้ครัวเรือนในชุมชนปลอดบุหรี่ ในด้านผลการเปรียบเทียบระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ของผู้ประกอบการร้านค้าบุหรี่ พบว่า ด้านความรู้ ด้านทักษะ และด้านพฤติกรรมก่อนและหลังดำเนินการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ ส่วนระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของประชาชน พบว่า ผลการเปรียบเทียบก่อนและหลัง



ดำเนินการ พบว่า ด้านความรู้ ด้านทัศนคติ และด้านพฤติกรรมก่อนและหลังดำเนินการ มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงาน ได้แก่ ประชากรที่เป็นผู้สูบบุหรี่ยังขาดความตระหนักในด้านผลกระทบของบุหรี่ต่อสุขภาพของตนเองและผู้อื่น จึงยังคงมีผู้สูบบุหรี่ในชุมชน ส่วนแนวทางการแก้ไข ได้แก่ การรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ สื่อสารถึงประชาชน โดยใช้สื่อทุกช่องทางที่มีอยู่ในชุมชน เช่น หอกระจายข่าว การประชุมประจำเดือน ป้ายประชาสัมพันธ์ และการสื่อสารในระบอบราชการ การบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัดต่อผู้ที่ฝ่าฝืน พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๖๐ การส่งเสริมให้เกิดร้านค้าปลอดบุหรี่ในชุมชน

คำสำคัญ : กระบวนการเสริมสร้างสมรรถนะ, แกนนำชุมชน

บทนำ

บุหรี่จัดเป็นยาเสพติดประเภทที่กระตุ้นประสาทที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ซึ่งควันพิษจากบุหรี่เป็นภัยสุขภาพที่สำคัญต่อสุขภาพของทั้งผู้ที่สูบบุหรี่และ ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่เป็นอย่างยิ่ง ผลการวิจัยเกี่ยวกับอันตรายของควันบุหรี่พบว่า ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่แต่ได้รับควันบุหรี่นอกจากจะเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปอดแล้วยังมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งที่อวัยวะต่างๆ มากขึ้นถึงร้อยละ ๒๐

ตำบลสถานเป็นสังคมชนบท ประกอบด้วย ๑๓ หมู่บ้าน จำนวนประชากรทั้งหมด ๖,๗๙๗ คน แยกเป็นเพศหญิง ๓,๔๗๒ คน เพศชาย ๓,๓๒๕ คน มีผู้สูบบุหรี่ที่ยอมเปิดเผยตัวตนจำนวน ๒๐๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๓.๐๖ และยังมีกลุ่มวัยรุ่นนักสูบบุหรี่ที่ไม่ยอมเปิดเผยตัวตนแฝงอยู่อีกจำนวนมากมีผู้ประกอบร้านค้าจำหน่ายบุหรี่จำนวน ๓๖ ร้าน ซึ่งการจำกัดการเข้าถึงในการซื้อขายบุหรี่ในชุมชนค่อนข้างเป็นไปได้ยาก เพราะบุหรี่เป็นสินค้าที่ถูกกฎหมาย และยังเป็นเรื่องละเอียดอ่อนในระดับชุมชนที่จะเข้าไปบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวด ในช่วงหลายปีที่ผ่านมาทางชุมชนตำบลสถานมีกิจกรรมรณรงค์วันงดสูบบุหรี่โลก โดยมีการเข้าร่วมของทุกภาคส่วนราชการ ผู้นำชุมชน เยาวชนนักเรียน และประชาชนทั่วไป แต่กิจกรรมดังกล่าวไม่ค่อยจะได้ผลเป็นรูปธรรมเท่าที่ควร เนื่องจากกิจกรรมยังไม่สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพโดยเฉพาะในกลุ่มของผู้ประกอบการร้านค้าที่จำหน่ายบุหรี่ และผู้สูบบุหรี่ซึ่งถือได้ว่าเป็นผู้ทำให้เกิดควันพิษบุหรี่ ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม และกิจกรรมการรณรงค์เกิดขึ้นเพียงปีละ ๑ ครั้ง ซึ่งถือว่าไม่มีความต่อเนื่องในการประชาสัมพันธ์ จนก่อกระแสสังคมให้ตระหนักถึงพิษภัยของควันพิษบุหรี่ได้ ดังนั้น การที่ชุมชนจะป้องกันหรือลดพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของประชาชนลงได้ ต้องอาศัยปัจจัยหลายประการ แนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ คือ การเสริมสร้างสมรรถนะให้แกนนำชุมชนที่เป็นที่เคารพนับถือของประชาชน ให้มีความรู้และทักษะในการชักชวน แนะนำให้ประชาชนในพื้นที่ลด ละ เลิกการสูบบุหรี่ จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงจัดทำโครงการวิจัยนี้ขึ้น โดยผลจากการวิจัยจะช่วยเสริมสร้างสมรรถนะของแกนนำชุมชนให้เป็นผู้ทำงานร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขในการป้องกันการควบคุมการสูบบุหรี่จำหน่าย บุหรี่ในพื้นที่ ตลอดจนช่วยให้สถานการณ์การบริโภคบุหรี่ในพื้นที่ลดลง จนไม่ก่อให้เกิดผลกระทบในทางลบกับชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนากระบวนการเสริมสร้างสมรรถนะแกนนำชุมชน และศึกษาผลของกระบวนการเสริมสร้างสมรรถนะแกนนำชุมชนเพื่อป้องกันและควบคุมการสูบบุหรี่ในพื้นที่ตำบลสถาน อำเภอปัว จังหวัดน่าน



วิธีการศึกษา

ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เก็บข้อมูลแบบผสมผสานทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (Mixed Research) การเลือกประชากรในการวิจัยมี ๓ ลักษณะ ได้แก่ ๑) กลุ่มที่เข้าสู่กระบวนการเสริมสร้างสมรรถนะ คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ได้แก่ ผู้นำชุมชน แกนนำชุมชน อสม. คณะกรรมการหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน ๔๕ คน ๒) ผู้ประกอบร้านค้าจำหน่ายบุหรี่จำนวน ๓๖ คน คัดเลือกแบบเจาะจง ๓) ประชาชนทั่วไปที่มีอายุ ๑๓ ปีขึ้นไป จำนวน ๓๕๑ คน ใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple random Sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย เครื่องมือเชิงปริมาณ ได้แก่ ๑) แบบสอบถามผู้ประกอบการร้านค้าที่จำหน่ายบุหรี่ ๒) แบบสอบถามประชาชนอายุ ๑๓ ปีขึ้นไป เครื่องมือเชิงคุณภาพ ได้แก่ การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ การสังเกตและบันทึกภาคสนาม และการอภิปรายกลุ่ม การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ การหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่า pair t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยแบ่งขั้นตอนการวิจัยออกเป็น ๔ ขั้นตอน ดังนี้ ๑) การศึกษาบริบท วิเคราะห์ปัญหา ประเมินสถานการณ์ และศักยภาพของชุมชน ๒) การจัดทำแผนปฏิบัติการ ๓) กระบวนการเสริมสร้างสมรรถนะแกนนำชุมชน และการนำแผนสู่การปฏิบัติในชุมชน ๔) การประเมินผลการดำเนินงานและสะท้อนกลับข้อมูลการดำเนินงาน

ผลการศึกษา

๑. บริบทชุมชน สถานการณ์การป้องกัน และควบคุมการสูบบุหรี่ในพื้นที่ ตำบลสถาน อำเภอปัว จังหวัดน่าน พบว่า มีผู้สูบบุหรี่ที่ยอมเปิดเผยตัวตนจำนวน ๒๐๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๓.๐๖ และยังมีกลุ่มวัยรุ่น นักสูบบุหรี่ใหม่ที่ไมยอมเปิดเผยตัวตนแฝงอยู่อีกจำนวนมาก มีผู้ประกอบการร้านค้าจำหน่ายบุหรี่จำนวน ๓๖ ร้าน ทุกร้านมีใบอนุญาต โดยปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ คือ ประชาชนสามารถเข้าถึงบุหรี่ได้โดยง่าย และร้านค้าไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย เช่น การจำหน่ายบุหรี่ให้แก่เด็กและเยาวชน การขายบุหรี่แบบแบ่งซอง เป็นต้น

๑.๑ ระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ต่อบุหรี่ของประชาชนตำบลสถานก่อนดำเนินการ

๑.๒ ผู้ประกอบการร้านค้าที่จำหน่ายบุหรี่ พบว่า มีระดับความรู้เกี่ยวกับ พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๖๐ และความรู้เกี่ยวกับโทษ พิษจากการสูบบุหรี่ของประชาชน ก่อนดำเนินการ พบว่า มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๘.๗๒ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ ๒.๗๕ ด้านทัศนคติ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๑๒.๘๗ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ ๔.๒๖ ด้านพฤติกรรม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๑๒.๖๓ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ ๑.๘๓

๑.๓ ระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ของประชากรอายุ ๑๓ ปีขึ้นไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เกี่ยวกับ พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๖๐ และความรู้เกี่ยวกับโทษ พิษจากการสูบบุหรี่ของประชาชน ก่อนดำเนินการเสริมสร้างสมรรถนะ พบว่า มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๘.๖๒ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ ๒.๕๕ ด้านทัศนคติ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๑๖.๒๖ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ ๔.๔๖ ด้านพฤติกรรม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๘.๐๙ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ ๓.๑๕

๑.๔ ศักยภาพที่เอื้อต่อการในการจัดการปัญหาการสูบบุหรี่ของชุมชน ได้แก่ การมีโครงสร้างทางสังคมที่เคารพเชื่อถือผู้นำ แกนนำชุมชน และผู้นำเป็นบุคคลที่ไม่สูบบุหรี่ ส่งผลทำให้ระบบผู้นำชุมชนมีความ



เข้มแข็ง และแก้ไขปัญหาจึงได้รับความร่วมมือจากประชาชนเป็นอย่างดี ตลอดจนองค์กรต่าง ๆ ในชุมชน พร้อมที่จะให้การสนับสนุนการดำเนินงาน

๒. การจัดทำแผนปฏิบัติการ การจัดทำแผนปฏิบัติการ มุ่งเน้นการใช้ศักยภาพและความเข้มแข็งของแกนนำชุมชนซึ่งมีจิตอาสาที่จะปกป้องสมาชิกในครอบครัว และเพื่อนบ้าน ให้รอดพ้นจากปัญหาการสูบบุหรี่ และการมีส่วนร่วมของกลุ่มองค์กรต่าง ๆ โดยบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับแผนงานของพหุภาคีทั้งภายในและภายนอกชุมชน โดยได้แผนปฏิบัติการเสริมสร้างสมรรถนะครอบครัว ๓ ด้าน ดังนี้ ๑) ด้านการเสริมสร้างความรู้ ๒) ด้านการออกตรวจให้แนะนำร้านค้าและประชาชนในพื้นที่ ๓) ด้านการสร้างการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่าย ๓) กระบวนการเสริมสร้างสมรรถนะแกนนำชุมชนและการนำแผนสู่การปฏิบัติในชุมชน

๓.๑ การเสริมสร้างสมรรถนะด้านความรู้ ได้จัดกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการให้แกนนำชุมชนจำนวน ๔๕ คน จำนวน ๑ ครั้ง โดยมีขอบเขตเนื้อหาประกอบด้วยการเสริมสร้างสมรรถนะด้านความรู้เกี่ยวกับ พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๖๐ และความรู้เกี่ยวกับโทษ พิษจากการสูบบุหรี่ ด้านการจัดทำแผนปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการสูบบุหรี่ในชุมชน ด้านทักษะการสื่อสาร และด้านภาวะผู้นำ

๓.๒ การเสริมสร้างสมรรถนะด้านการออกตรวจให้แนะนำร้านค้าและประชาชนในพื้นที่ โดยแกนนำชุมชน จำนวน ๔๕ คนที่ผ่านกระบวนการเสริมสร้างสมรรถนะ ได้นำเอาความรู้ไปตรวจแนะนำร้านค้าที่จำหน่ายบุหรี่จำนวน ๓๖ ร้าน พร้อมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับ พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๖๐ และความรู้เกี่ยวกับโทษ พิษจากการสูบบุหรี่ ตลอดจนการรณรงค์ในชุมชนด้วยแผ่นป้ายประชาสัมพันธ์ การให้ความรู้ทางหอกระจายข่าว การให้ความรู้ในการประชุมประจำเดือน การเยี่ยมบ้าน การให้คำแนะนำประชาชนในพื้นที่

๓.๓ การเสริมสร้างสมรรถนะด้านการสร้างการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่าย กลุ่มแกนนำชุมชนที่ผ่านการเสริมสร้างสมรรถนะ สามารถสร้างการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายต่างๆในชุมชนเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาบุหรี่ได้ เช่น การร่วมมือกับองค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงเรียน วัด ตำรวจ ในการรณรงค์รณรงค์ในวันงดสูบบุหรี่โลกซึ่งดำเนินการเป็นประจำทุกปี การเสนอแผนงาน/โครงการจัดการปัญหาเหล่า บุหรี่ เพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบล การรณรงค์ผลักดันให้สถานที่ราชการ วัด สนามกีฬา เป็นสถานที่ปลอดบุหรี่ และส่งเสริมให้ครัวเรือนในชุมชนปลอดบุหรี่

๔. การประเมินผลการดำเนินงานและสะท้อนกลับข้อมูลการดำเนินงาน หลังการดำเนินงานเสริมสร้างสมรรถนะ มีผลการประเมิน ดังนี้

๔.๑ ระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของผู้ประกอบการร้านค้าบุหรี่ปพบว่า ด้านความรู้เกี่ยวกับ พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๖๐ และความรู้เกี่ยวกับโทษ พิษจากการสูบบุหรี่ของประชาชน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๑๒.๖๑ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ ๑.๓๙ ด้านทัศนคติ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๑๐.๐๕ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ ๑.๙๑ ด้านพฤติกรรม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๑๐.๘๘ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ ๑.๔๐ ผลการเปรียบเทียบก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า ก่อนและหลังดำเนินการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

๔.๒ ระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของประชาชน พบว่า ด้านความรู้เกี่ยวกับ พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๖๐ และความรู้เกี่ยวกับโทษ พิษจากการสูบบุหรี่ของประชาชน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๑๒.๖๑ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ ๑.๓๘ ด้านทัศนคติ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๑๑.๐๕ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ ๑.๙๑ ด้านพฤติกรรม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๖.๙๙ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ ๒.๐๐ ผล



การเปรียบเทียบก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า ก่อนและหลังดำเนินการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

๕. ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงาน ได้แก่ ประชากรที่เป็นผู้สูบบุหรี่ยังขาดความตระหนักในด้านผลกระทบของบุหรี่ต่อสุขภาพของตนเองและผู้อื่น จึงยังคงมีผู้สูบบุหรี่ในชุมชน ประกอบกับไม่มีคลินิกอดบุหรี่ในชุมชน ซึ่งหากผู้ที่สูบบุหรี่ต้องการที่จะเลิกต้องเดินทางมารับการบำบัดที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว ซึ่งไม่มีความสะดวกเนื่องจากต้องประกอบสัมมาชีพ เป็นต้น

๖. แนวทางการแก้ไข ได้แก่ การรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ สื่อสารถึงประชาชน โดยใช้สื่อทุกช่องทางที่มีอยู่ในชุมชน เช่น หอกระจายข่าว การประชุมประจำเดือน ป้ายประชาสัมพันธ์ และการสื่อสารในระบบราชการ ตลอดจนการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เพื่อให้ความรู้ สร้างความตระหนักให้แก่ผู้สูบบุหรี่เพื่อตัดสินใจเลิกอย่างเด็ดขาด การบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัดต่อผู้ที่ฝ่าฝืน พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๖๐ การส่งเสริมให้เกิดร้านค้าปลอดบุหรี่ในชุมชน

สรุปและข้อเสนอแนะ

ผลจากกระบวนการเสริมสร้างสมรรถนะแกนนำชุมชนเพื่อการป้องกันและควบคุมการสูบบุหรี่ในพื้นที่ตำบลสถาน อำเภอปัว จังหวัดน่าน สรุปได้ว่า แกนนำชุมชนที่ผ่านกระบวนการ ได้มีสมรรถนะการป้องกันและควบคุมการบริโภคบุหรี่เพิ่มขึ้น สามารถขยายแนวคิด ความรู้ และสมรรถนะที่ตนมีไปสู่ผู้อื่นได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้ ยังได้กลายเป็นกำลังสำคัญของชุมชนในการที่จะช่วยดึงเอาศักยภาพในด้านต่าง ๆ มาใช้เป็นทุนทางสังคมในการดำเนินงาน ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาถือว่าเริ่มประสบความสำเร็จพอสมควร โดยเฉพาะการมีรูปธรรมชัดเจนในด้านการจำกัดการสูบบุหรี่ในสถานที่ราชการ ในโรงเรียน ในวัด และงานศพ ที่สามารถดำเนินการได้เป็นอย่างดี

ส่วนปัจจัยแห่งความสำเร็จของกระบวนการนั้นมีหลายประการ โดยเฉพาะการดึงเอาศักยภาพและทุนทางสังคมของชุมชนมาใช้ในการดำเนินงาน เช่น การที่ชุมชนมีโครงสร้างทางสังคมที่เคารพเชื่อถือผู้นำ และแกนนำชุมชน การเคารพนับถือผู้อาวุโส และประกอบกับผู้นำ แกนนำชุมชนเหล่านี้เป็นผู้ไม่สูบบุหรี่ เมื่อผู้นำผ่านกระบวนการเสริมสร้างสมรรถนะและนำแผนไปดำเนินการแก้ไขปัญหาบุหรี่ยังก็จะได้รับความร่วมมือจากประชาชนเป็นอย่างดี นอกจากนี้องค์กรต่างๆในชุมชนไม่ว่าจะเป็น อบต. โรงเรียน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถาบันศาสนา และองค์กรต่าง ๆ ก็พร้อมที่จะให้การสนับสนุนการดำเนินงาน โดยทุกขั้นตอนจะมีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เวทีประชาคมเพื่อรับฟังความคิดเห็นของประชาชนอย่างเป็นประชาธิปไตย ก่อนที่จะนำความคิดเห็นเหล่านั้นมาสังเคราะห์ร่วมกันแล้วกำหนดเป็นกิจกรรมในการปฏิบัติ จึงส่งผลทำให้การดำเนินงานบรรลุวัตถุประสงค์ด้วยดี

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย การแก้ไขปัญหาบุหรี่ยังมีความซับซ้อนหลายมิติ ดังนั้น ในการดำเนินงานจึงควรวิเคราะห์ข้อมูลชุมชนให้ครอบคลุมทุกมิติเพื่อนำสู่แนวทางการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม โดยต้องดึงเอาศักยภาพของทรัพยากรซึ่งเป็นต้นทุนในชุมชนมาประยุกต์ใช้ในการดำเนินการ นอกจากนี้ ภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ควรเข้ามามีบทบาทร่วมกันอย่างบูรณาการ เพื่อนำไปสู่ความร่วมมือในการจัดการปัญหาอย่างยั่งยืน



๑๘. รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงโควิด พิชิตความกลัว

อำเภอภักดีพัฒนา จังหวัดเชียงใหม่

อโณทัย เหล่าเที่ยง

ความสำคัญและความเป็นมา

อำเภอภักดีพัฒนา จังหวัดเชียงใหม่ เป็นอำเภอที่อยู่ห่างไกล มีประชาชนประกอบด้วย ๓ ชนเผ่า คือชนเผ่าปะกาเกอญอ ชนเผ่าม้ง และชนเผ่าลีซู ประกอบไปด้วย ๓ ตำบล ๒๒ หมู่บ้าน ถึงแม้จะอยู่ห่างไกลแต่ข่าวสารในช่วงสถานการณ์โควิด-๑๙ ได้สร้างผลกระทบต่อประชาชนในพื้นที่เป็นอย่างมาก บางหมู่บ้านมีการปิดหมู่บ้านห้ามคนเข้าและออก บางคนกลัวจนไม่กล้าออกไปไหนแม้แต่ในหมู่บ้านของตนเอง ลูกหลานที่ออกมาเรียนหรือมาทำงานในเมืองอยากกลับบ้านถูกปฏิเสธ เกิดความตื่นตระหนก หวาดกลัว หวาดระแวงกันเอง พี่ชผักผลผลิตถูกทิ้งให้รกร้าง เกิดภาวะซึมเศร้า เกิดความขัดแย้งทั้งในหมู่บ้านและระหว่างหมู่บ้าน ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตประชาชนในพื้นที่

ทางคณะกรรมการคุณภาพชีวิตอำเภอ จึงเห็นความสำคัญของปัญหานี้ ถือเป็นปัญหาเร่งด่วนระดับอำเภอ จึงได้จัดทีมสื่อสารความเสี่ยงเพื่อลงให้ข้อมูล สร้างความเข้าใจในหมู่บ้านโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ สื่อสารความเสี่ยง สร้างความเข้าใจ ความตระหนัก ลดความตระหนก และประชาชนในพื้นที่มีทักษะในการใช้ชีวิตในช่วงสถานการณ์โควิด-๑๙ ได้อย่างมีสติและมีความสุข

เป้าหมายของการดำเนินงาน

๑. เพื่อสร้างความเข้าใจ ความตระหนัก ลดความตระหนกในชุมชน
๒. เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคโควิด๑๙-
๓. ประชาชนอำเภอภักดีสามารถใช้ชีวิตในสถานการณ์ปัจจุบันได้อย่างปกติสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี

กระบวนการ

๑. สร้างทีม (From a Team) โดยใช้กลไกของการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมาลักดัน ให้ทุกเครือข่าย องค์กร ผู้นำ เห็นความสำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้น และมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินการร่วมกัน
๒. สร้างความตระหนัก (Raise Awareness) ดำเนินการสร้างความตระหนักในกลุ่มผู้นำชุมชน และขยายผลต่อในระดับตำบลและหมู่บ้าน โดยมีการจัดทีม สื่อสารความเสี่ยงที่จะลงสร้างความเข้าใจให้กับประชาชน ซึ่งประกอบด้วย ผู้นำที่ทางประชาชนมีความเชื่อมั่นในเรื่องของโควิด ๑๙-นั้นคือ ทีมสร้างความเชื่อมั่นการในการป้องกัน รักษาโรคด้านสาธารณสุข จึงมีผู้อำนวยการ ๒.๑ โรงพยาบาลเป็นหลัก และมีสาธารณสุขอำเภอ ทีมสุขภาพระดับตำบลเจ้าของพื้นที่
- ๒.๒ ทีมสร้างความมั่นคง ในการดำเนินชีวิตและกฎระเบียบต่างๆ ได้แก่ ทางผู้นำระดับอำเภอ เช่น ท่านนายอำเภอ ปลัดอำเภอและทีม
- ๒.๓ ทีมสร้างความปลอดภัย ได้แก่ ทีมของเจ้าหน้าที่ตำรวจในพื้นที่
- ๒.๔ ทีมที่คอยสนับสนุนเชื่อมต่อกับชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชนนั้นๆ อาสาสมัครในพื้นที่ (อสม)



วิธีการ

๑. ประชุมเพื่อจัดตั้งทีม และวิเคราะห์ปัญหา ความเร่งด่วนในพื้นที่
๒. ดำเนินกิจกรรมสร้างความรอบรู้ให้กับพื้นที่โดยมีผู้เข้าร่วมออกสื่อสารความเสี่ยงทั้งเจ้าหน้าที่ปกครอง สาธารณสุข โรงพยาบาล ผู้นำชุมชน อสมและผู้นำทางศาสนา โดยมีรูปแบบลงทำ . ความเข้าใจให้กับประชาชนรายหมู่บ้านและทั้งในและนอกเวลาราชการตามความพร้อมและสะดวกของคนในชุมชน
๓. มีการจัดรายการวิทยุทุกวันอังคารและวันพฤหัสบดีโดยทีมสุขภาพ และมีพระภิกษุชนเฝ้าในการแปลภาษาและร่วมจัดรายการ
๔. การจัดให้มีสายด่วนโควิด-๑๙ ให้คำปรึกษาและรับเรื่องราวตลอด ๒๔ ชั่วโมงโดยทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
๕. จัดให้มีอาสาสมัครในการดูแลและรายงานความเคลื่อนไหวของพื้นที่ ดักจับคนเข้าออกเพื่อเฝ้าระวัง โดยเน้นให้คำแนะนำและการช่วยเหลือเป็นหลัก โดยทีมแกนนำชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน อสม . เป็นต้น
๖. บูรณาการกับ งาน อสมเคาะประตูบ้าน เพื่อติดตามเยี่ยมกลุ่มเสี่ยงและรายงานผลให้ทางเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทราบ

ผลการศึกษา

จากการลงสื่อสารความเสี่ยงตั้งแต่เดือน ๑-๓๐ เมษายน ๒๕๖๓ จำนวน ๑๖ หมู่บ้าน ซึ่งการออกสื่อสารความเสี่ยงของทีมได้รับการต้อนรับและตอบรับอย่างดี ชาวบ้านเข้าร่วมรับฟังทุกบ้านมี ให้ความสนใจสอบถามอย่างดี เพื่อคลายข้อสงสัย และให้ความร่วมมือและมีการเปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัดเจน เช่น จากที่ปิดหมู่บ้านไม่ให้คนในออกคนนอกเข้า ก็ได้เปิดหมู่บ้าน และยอมรับให้กลุ่มเสี่ยงเข้ามาพักตัวในพื้นที่ พร้อมทั้งช่วยเหลือในการดูแลให้การกักตัวเป็นไปด้วยความเรียบร้อย และไม่รังเกียจกลุ่มเสี่ยงและครอบครัวกลุ่มเสี่ยง ชาวบ้านช่วยกันเป็นหูเป็นตาและแจ้งเจ้าหน้าที่หากมีกลุ่มเสี่ยงหรือคนแปลกหน้าเข้าพื้นที่ เพื่อดักจับกลุ่มเสี่ยง-กลุ่มป่วยได้ทันทั่วทั้ง อีกทั้งยังปฏิบัติตามมาตรการของทางภาครัฐและสาธารณสุขอย่างเคร่งครัด ทำให้อำเภอกัลยาณิวัฒนาเป็นอำเภอที่ปลอดกลุ่มป่วยโรคโควิด-๑๙

ผลจากการทำแบบทดสอบความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานและพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโควิด-๑๙ ของประชาชนที่อาศัยในอำเภอกัลยาณิวัฒนา พบว่าตอบแบบสอบถาม ๓๕๒ ราย ส่วนที่ ๑ ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานในการป้องกันไวรัสโควิด-๑๙ อยู่ในระดับดีมาก ส่วนที่ ๒ การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพเพื่อการป้องกันไวรัสโควิด-๑๙ โดยในรอบ ๑ เดือนที่ผ่านมา อยู่ในระดับดีมากเช่นกัน โดยค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ที่ ๑๘.๔๒ (คะแนนเต็ม ๒๐)

จากกิจกรรมสื่อสารความเสี่ยงในพื้นที่แต่ละหมู่บ้าน เกิดปรากฏการณ์แห่งการแบ่งปันน้ำใจครั้งยิ่งใหญ่ของชาวบ้าน นั่น คือ กิจกรรมข้าวบดคอยเพื่อพี่น้องพื้นราบ โดยชาวบ้านชาวดอยกัลยาณิวัฒนาได้บริจาคข้าวสารบ้าน ๑-๓ ลิตร รวมกันเพื่อให้โรงพยาบาลวัดจันทร์ฯ ส่งมอบต่อให้พี่น้องพื้นราบที่ได้รับผลกระทบโควิด โดยได้ข้าวบดถึง ๔ ตัน บางบ้านมีผัก เช่น ชนเผ่าม้ง กล้วย มะม่วง กล้วย มะม่วง กล้วย มะม่วง กล้วย ๒ ตัน สร้างความประทับใจเป็นอย่างมาก เราได้รอยยิ้มของชาวบ้านและวิถีชีวิตของชาวเขาชาวดอยกลับคืนมาอีกครั้ง



ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. ผู้นำ ผู้บริหารทุกภาคส่วนในอำเภอให้ความสำคัญและเป็นหนึ่งเดียว มีความสำคัญในการขับเคลื่อน โดยเฉพาะมีทั้งท่านนายอำเภอ ปลัดอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ ลงพื้นที่ทุก หย่อมบ้านร่วมกัน สร้างความเชื่อมั่น ความมั่นใจให้กับชุมชนและชาวบ้านในพื้นที่
2. การมีส่วนร่วมบูรณาการทำงานร่วมกันอย่างเป็นหนึ่งเดียว รวดเร็ว และมีความสามัคคีของ ภาครัฐและภาคประชาชน
3. การบริการที่เข้าถึง เข้าใจ ใส่ใจชุมชน เป็นอีกหนึ่งปัจจัยของความสำเร็จ
4. การมีนักรบด่านหน้าที่สำคัญอย่าง อสมจะช่วยให้การดำเนินงานในการควบคุมโรคครั้งนี้ สามารถ นำไปใช้กับกิจกรรมต่างๆได้ในอนาคต
5. ผู้ปฏิบัติ ทีมงาน มีความพร้อมและมีความตั้งใจในการปฏิบัติ

บทเรียนที่ได้รับ

1. การสร้างความเข้าใจเชิงรุกอย่างเข้าถึง รวดเร็ว เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยลดผลกระทบและความ ชัดแย้งได้
2. การทำงานเป็นทีมที่สอดคล้องประสานไปในทิศทางเดียวกัน เป้าหมายเดียวกันจะส่งเสริมให้งาน บรรลุผลสำเร็จ

๑๙. นวัตกรรม “อสม.Grab Drugs ส่งยาถึงบ้านต้านภัยโควิด-๑๙ พิชิตโรคเบาหวาน-ความดัน ด้วย ๕ R”

นายวินัย อินมณี

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทางน้ำหนองแขม

ความเป็นมา ความสำคัญของปัญหา

จากสถานการณ์การระบาดของโรคไวรัสโควิด-๑๙ ที่เกิดขึ้นในประเทศไทยอย่างรวดเร็ว ช่วงเดือน กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ และมีระดับความรุนแรงที่แนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว สาเหตุอาจเนื่องมาจาก มีประชาชน จำนวนมากที่เข้าไปทำงานในกรุงเทพและปริมณฑล (เป็นพื้นที่ที่มีผู้ติดเชื้อโรคไวรัสโควิด-๑๙ จำนวนมาก) เดินทางกลับภูมิลำเนา ประกอบกับเมื่อกลับมาอยู่บ้านในภูมิลำเนาแล้ว บุคคลเหล่านี้ส่วนหนึ่งไม่แยกกักตนเอง ยังใช้ชีวิตปกติ โดยเข้าใจว่าตนเองไม่ติดเชื้อโรคโควิด ๑๙ ต่อเมื่อมีเหตุเกิดขึ้นว่า บางคนที่ไม่กักตนเองเจ็บป่วย และตรวจพบว่า ติดเชื้อโรคโควิด-๑๙ จึงทำให้ประชาชนอีกจำนวนมากในหมู่บ้านที่ตนเองอยู่อาศัยและ หมู่บ้านใกล้เคียงมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-๑๙ ไปด้วย ซึ่งจะทำให้สถานการณ์การติดเชื้อโรคโควิด-๑๙ มีการระบาดเพิ่มขึ้น

จากการสำรวจติดตามข้อมูลประชากรที่อยู่ในกรุงเทพและปริมณฑลเดินทางกลับมาพำนักที่ ภูมิลำเนา ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทางน้ำหนองแขม ช่วงระบาดของ โรคไวรัสโควิด-๑๙ จำนวน ๕ หมู่บ้าน พบว่า มีจำนวน ๑๕๔ คน และเนื่องจากปัจจุบันผู้ป่วยเบาหวาน-ความ ดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทางน้ำหนองแขมและโรงพยาบาลมโนรมย์ ได้รับการ



ในคลินิกเบาหวาน-ความดันโลหิตสูง ปี ๒๕๖๓ รวมทั้งสิ้น จำนวน ๓๒๗ คน และผลการดำเนินงานที่ผ่านมา ปี ๒๕๖๐ ถึง ๒๕๖๒ พบผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้มีแนวโน้มลดลงคิดเป็นร้อยละ ๕๕.๖๑ , ๔๒.๗๑ , ๒๖.๒๙ และผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี คิดเป็นร้อยละ ๕๐.๗๒ , ๕๕.๔๒ และ ๖๐.๗๑ ตามลำดับ จากสถานการณ์ระบาดของไวรัสโควิด-๑๙ ที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องรับยาประจำจากสถานพยาบาลของรัฐต่างได้รับผลกระทบ เนื่องจากสถานพยาบาลทุกแห่งต่างมีมาตรการในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดต่อของโรคไวรัสโควิด-๑๙ ตามมาตรการของกระทรวงสาธารณสุข โดยมาตรการที่สำคัญประการหนึ่งคือ การลดจำนวนผู้ป่วย ลดความแออัดของประชาชนที่จะไปโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล โรงพยาบาลมโนรมย์จึงได้จัดส่งยาผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อส่งต่อยาประจำตัวถึงผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยตรงให้บริการทางคลินิกในโรงพยาบาล ผู้ป่วยไม่ต้องเดินทางไปโรงพยาบาล ตามมาตรการดังกล่าว จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับความลำบากจากการรักษาโรคประจำตัวเรื้อรังของตนเองโดยไม่มีบุคลากรทางการแพทย์คอยกำกับดูแลตามมาตรฐานที่เคยได้รับ และผลจากการดำเนินกิจกรรมส่งยาให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังถึงบ้าน ตามมาตรการควบคุมการระบาดโรคไวรัสโควิด-๑๙ ยังพบปัญหาการส่งยาผิดบ้าน ยาที่ผู้ป่วยได้รับไม่ตรงกับที่เคยรับประทานประจำ บางรายได้รับยาเกินจำนวน บางรายได้รับยาไม่พอ บางครั้งได้รับยาช้ากว่ากำหนดนัดผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล หรือผู้ป่วยไม่ได้รับการตรวจติดตามระดับน้ำตาลและความดันโลหิตจากการไม่ได้ไปสถานพยาบาล เป็นต้น

ดังนั้น เพื่อให้การบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน-ความดันโลหิตสูง และโรคเรื้อรังต่างๆ สามารถดำเนินการอย่างต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพและได้มาตรฐานเหมือนในภาวะปกติและที่สำคัญ คือ ลดความเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อไวรัสโควิด-๑๙ ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทางน้ำหนองแขม จึงได้ร่วมกับชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) จัดทำโครงการรอสม.ด่านหน้าส่งยาถึงบ้านเพื่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังห่างไกล โควิด-๑๙ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและโรคเรื้อรัง ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยจะได้รับยาประจำตัวที่ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา และได้มาตรฐานจากเครือข่ายอสม.หมอบริการบ้าน โดยการควบคุมกำกับของบุคลากรทางการแพทย์ผ่านระบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และการพัฒนาระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) หรือหากพบผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลหรือความดันโลหิตได้ระหว่างรับประทานยาที่บ้านโดยไม่ได้พบแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุข ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลแก้ไขที่ถูกต้องทันเวลา ได้มาตรฐาน ตลอดจนผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อควบคุมภาวะโรคได้อย่างเหมาะสมไม่พบภาวะแทรกซ้อนใดๆในระหว่างสถานการณ์การระบาดของโรคไวรัสโควิด-๑๙ แนวทางดังกล่าวนี้จะทำให้การดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อรังในชุมชนมีประสิทธิภาพอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยโรคเบาหวานและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงให้ได้ตามเกณฑ์ควบคุมไปกับการป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโควิด-๑๙
๒. ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับยาถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา จากอสม.หมอบริการบ้าน และสามารถรับประทานยา ได้ถูกต้องตามหลัก &R



๕. กระบวนการ วิธีการ นวัตกรรมที่เป็น Best Practice

ใช้กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ได้ขึ้นทะเบียนและรักษาที่คลินิกของโรงพยาบาลมโนรมย์และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทางน้ำหนองแขม ปี ๒๕๖๓ ที่รับยาจากโรงพยาบาล ระหว่างมาตรการควบคุมการระบาดของโรคไวรัสโควิด-๑๙ ตั้งแต่เดือนมีนาคม-มิถุนายน ๒๕๖๓ โดยเป็นผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน ๑๐๘ คน และความดันโลหิตสูง จำนวน ๒๑๙ คน รวมทั้งสิ้น ๓๒๗ คน กลวิธีการดำเนินงานดังนี้

๑. ประชุมทีมสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทางน้ำหนองแขม ในระบบโทรศัพท์มือถือ กลุ่มไลน์อนามัยทางน้ำหนองแขม เพื่อวางแผนรองรับมาตรการการรับ-ส่งยาจากโรงพยาบาลมโนรมย์และการจัดเตรียม ส่งมอบยาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทางน้ำหนองแขมถึงบ้านผู้ป่วยควบคู่ไปพร้อมกัน

๒. ทบทวนและบันทึกปฏิบัติการส่งมอบ-ยา ทั้งของโรงพยาบาลมโนรมย์และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทางน้ำหนองแขม ตั้งแต่ระยะแรกของการส่งมอบยา (เริ่มเดือนมีนาคม ๒๕๖๓ การจัดส่งยา สัปดาห์ละ ๑ ครั้ง)

๓. วิเคราะห์ข้อมูลปัญหาที่เกิดขึ้นจากการได้รับยา-และการกินยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงทุก ๑ เดือน

๔. คัดเลือกอาสาสมัครเพื่อพัฒนาเป็นอาสาสมัครประจำบ้านทำหน้าที่เฉพาะกิจ จัดส่งยาให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หมู่บ้านละ ๒ คน ให้มีความรู้และทักษะในการดูแลเรื่องการกินยา ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ตามหลัก ๕R (right patient (ถูกคน), right drug (ถูกยา), right dose (ถูกขนาด), right route (ถูกทาง), ๕. right time (ถูกเวลา)) ผ่านโทรศัพท์มือถือตามระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในแอปพลิเคชันอสม.ออนไลน์ หรือกลุ่มไลน์อนามัยทางน้ำหนองแขม

๕. เตรียมอุปกรณ์รับ-ส่งยาและชุดแต่งกายเพื่อป้องกันอสม.อาสาสมัครตามมาตรฐานป้องกันติดเชื้อ ไวรัสโควิด-๑๙ ทำหน้าที่บริการรับ-ส่งยาจากโรงพยาบาลมโนรมย์และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทางน้ำหนองแขม ถึงบ้านผู้ป่วยแทนการมารับบริการที่สถานบริการ (อสม. Grab Drug) และจัดทำ “บัตรกำกับการกินยา ๕ R” สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูงให้ครอบคลุม ๑๐๐% เพื่อให้อาสาสมัคร Grab Drug ใช้ตรวจสอบการกินยาของผู้ป่วยก่อนส่งมอบยาให้ที่บ้าน

๖. ประชาสัมพันธ์ ๓๐.๒๘. สู้ภัยเจ็บควบคู่ไปกับรณรงค์กินร้อน-ช้อนกลาง-ล้างมือ-ออกกำลังกาย และการเว้นระยะห่างทางสังคม (Social distancing) ทางหอกระจายข่าวอย่างต่อเนื่อง.

๗. กำหนดกิจกรรมอสม.เยี่ยมบ้านต้านโควิด-๑๙ ในละแวกที่รับผิดชอบ ให้เป็นผู้รับผิดชอบตรวจติดตาม วัดความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สัปดาห์ละ ๑ ครั้ง และตรวจน้ำตาล (DTX) ในผู้ป่วยเบาหวาน เดือนละ ๑ ครั้ง พร้อมทั้งประเมินระดับความดันโลหิตและน้ำตาลส่งรายงานผลทันทีทางแอปพลิเคชันอสม.ออนไลน์หรือไลน์กลุ่มอนามัยทางน้ำหนองแขม โดยกำหนดให้มีการรับแจ้งเฉพาะในรายผิดปกติตามระบบเฝ้าระวังด้วย “ปิงปองจราจรชีวิต ๗ สี ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

- กลุ่มสีเขียว (น้อยกว่า ๑๔๐/๙๐ mmHg) รับประทานยาต่อเนื่องตามปกติ *ไม่ต้องรายงาน*

- กลุ่มสีเหลือง (๑๔๐-๑๕๙/๙๐-๙๙) และสีส้ม (๑๖๐-๑๗๙/๑๐๐-๑๐๙) ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตสูงให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ รับการเยี่ยมจากพยาบาลเวชปฏิบัติ และพูดคุยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ๓๐. ๒๘.



- กลุ่มสีแดง (มากกว่า ๑๘๐/๑๑๐ mmHg) ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้
ต้องรับการตรวจโดยพยาบาลเวชปฏิบัติรายกรณี ปรีกษาแพทย์ ปรับยาตามแผนการรักษาของแพทย์

๘. ประเมินผล สรุปลผลการดำเนินงาน /ชี้แจงความก้าวหน้า ปัญหา อุปสรรค ในการประชุม
ประจำเดือนทางไลน์กลุ่มอนามัยทางน้ำหนองแขม

กิจกรรมการพัฒนางาน

- พัฒนาอสม.เป็นอสม.หมอประจำบ้านทำหน้าที่เฉพาะกิจจัดส่งยาให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน ให้มี
องค์ความรู้เรื่องการใช้จ่ายตามหลัก ๕R ผ่านระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในแอปพลิเคชัน
อสม.ออนไลน์ หรือกลุ่มไลน์อนามัยทางน้ำหนองแขม
- จัดเตรียมอุปกรณ์รับ-ส่งยา และชุดแต่งกายเพื่อป้องกันอสม.หมอประจำบ้านตามมาตรฐาน
ป้องกันติดเชื้อไวรัสโควิด-๑๙ ทำหน้าที่บริการรับ-ส่งยาจากรพ.มโนรมย์และรพ.สต.บ้านทางน้ำ
หนองแขมถึงบ้านผู้ป่วยแทนการมารับบริการที่สถานบริการ (อสม.Grab Drug)
- ทะเบียนกำกับการกินยา ๕ R. สำหรับ อสม.Grab Drug ใช้ตรวจสอบความถูกต้องในการใช้จ่าย
ของผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแลก่อนการส่งมอบยาให้ที่บ้าน อสม.ที่รับผิดชอบละเวกติดตามวัดความ
ดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและตรวจน้ำตาล (DTX) ในผู้ป่วยเบาหวานและรายงาน
ผ่านแอปพลิเคชันอสม.ออนไลน์ ทั้งนี้เฉพาะในรายผิดปกติ โดยประเมินจากการจำแนกตามกลุ่ม
สี โปรแกรมป้องกันจรรยาชีวิต ๗ สี ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

สรุปลผลการติดตามพฤติกรรมกรกินยา

จากดำเนินงาน “โครงการอสม.ด่านหน้าส่งยาถึงบ้านเพื่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางไกล โควิด-๑๙” มีผู้ป่วย
จำนวน ๓๒๗ คน โดย อสม. Grab Drrugs ใช้ “ทะเบียนกำกับการกินยา ๕ R” ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและ
ความดันโลหิตสูง ที่มอสม.ตรวจเช็คผลสุขภาพพร้อมการเยี่ยมเคาะประตูบ้านต้านโควิด-๑๙ ทางแอปพลิเคชัน
อสม.ออนไลน์หรือไลน์กลุ่มอนามัยบ้านทางน้ำ สัปดาห์ละ ๑ ครั้ง จากนั้นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลบ้านทางน้ำหนองแขมจะประเมินผล ทุก ๑ เดือน คือ เดือนมีนาคม , เมษายน , พฤษภาคม และ
มิถุนายน ๒๕๖๓ สรุปลผลได้ ดังนี้

ตารางที่ ๑ ตารางแสดงผล “กำกับการกินยา ๕ R” โดยใช้หลัก ๕ R.ของอสม. Grab Drrugs ในผู้ป่วย
โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เขตรพ.สต.บ้านทางน้ำหนองแขม ครั้งที่ ๑ - ๔ (จำนวนผู้ป่วย ๓๒๗ ราย)

พฤติกรรม การกินยา ตามหลัก ๕R.	ครั้งที่ ๑	ครั้งที่ ๒	ครั้งที่ ๓	ครั้งที่ ๔
	มีนาคม ๒๕๖๓	เมษายน ๒๕๖๓	พฤษภาคม ๒๕๖๓	มิถุนายน ๒๕๖๓
	จำนวนคน (ร้อยละ)	จำนวนคน (ร้อยละ)	จำนวนคน (ร้อยละ)	จำนวนคน (ร้อยละ)
R๑ right patient (ถูกคน)	๒๘๗ (๘๗.๗๗)	๓๒๕ (๙๙.๓๙)	๓๒๗ (๑๐๐)	๓๒๗ (๑๐๐)
R๒ right drug (ถูกยา)	๒๘๕ (๘๗.๑๕)	๓๒๕ (๙๖.๙๔)	๓๒๗ (๑๐๐)	๓๒๗ (๑๐๐)
R๓ right dose (ถูกขนาด)	๓๑๖ (๙๖.๖๓)	๓๒๔ (๙๙.๐๘)	๓๒๗ (๑๐๐)	๓๒๗ (๑๐๐)
R๔ right route	๓๒๗ (๑๐๐)	๓๒๗ (๑๐๐)	๓๒๗ (๑๐๐)	๓๒๗ (๑๐๐)



พฤติกรรม การกินยา ตามหลัก ๕R.	ครั้งที่ ๑ มีนาคม ๒๕๖๓	ครั้งที่ ๒ เมษายน ๒๕๖๓	ครั้งที่ ๓ พฤษภาคม ๒๕๖๓	ครั้งที่ ๔ มิถุนายน ๒๕๖๓
	จำนวนคน (ร้อยละ)	จำนวนคน (ร้อยละ)	จำนวนคน (ร้อยละ)	จำนวนคน (ร้อยละ)
(ถูกวิธี)				
R๕ right time (ถูกเวลา)	๓๑๔ (๙๖.๐๒)	๓๒๐ (๙๗.๘๕)	๓๒๗ (๑๐๐)	๓๒๗ (๑๐๐)
ภาพรวมพฤติกรรม ๕ R.	๓๐๕ (๙๓.๕๒)	๓๒๔ (๙๙.๑๔)	๓๒๗ (๑๐๐)	๓๒๗ (๑๐๐)

จากตารางที่ ๑ พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการกินยาที่ถูกต้องตามหลัก ๕R. มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังนี้

มีพฤติกรรมกินยา “หลักถูกคน” ถูกต้องเพิ่มขึ้นตามลำดับ ดังนี้ ร้อยละ ๘๗.๗๗ , ๙๙.๓๙ , ๑๐๐ , ๑๐๐

มีพฤติกรรมกินยา “หลักถูกยา” ถูกต้องเพิ่มขึ้นตามลำดับ ดังนี้ ร้อยละ ๘๗.๑๕ , ๙๖.๙๔ , ๑๐๐ , ๑๐๐

มีพฤติกรรมกินยา “หลักถูกขนาด” ถูกต้องเพิ่มขึ้นตามลำดับ ดังนี้ ร้อยละ ๙๖.๖๓ , ๙๙.๐๘ , ๑๐๐ , ๑๐๐

มีพฤติกรรมกินยา “หลักถูกวิธี” ถูกต้อง ดังนี้ ร้อยละ ๑๐๐, ๑๐๐ , ๑๐๐ , ๑๐๐

มีพฤติกรรมกินยา “หลักถูกเวลา” ถูกต้องเพิ่มขึ้นตามลำดับ ดังนี้ ๙๖.๐๒ , ๙๗.๘๕ , ๑๐๐ , ๑๐๐

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมโดยรวม พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมการกินยาถูกต้องตามหลัก ๕R. เพิ่มขึ้น ดังนี้ ร้อยละ ๙๓.๕๒ , ๙๙.๑๔ , ๑๐๐ และ ๑๐๐ ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับยาและควบคุมพฤติกรรมการกินยาจากอสม. Grab Drug และอาสาสมัครสาธารณสุขติดตามดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยได้รับยาและมีการกินยาที่ถูกต้องจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น

ตารางที่ ๒ แนวทางวิธีการเปลี่ยนแปลงจากเดิม

รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
๑) ผู้ป่วยเดินทางไปรับยาที่โรงพยาบาลหรือ รพ.สต. ด้วยตนเองหรือญาติพาไป	๑) พัฒนาอสม. หมอประจำบ้านพร้อมเป็นอสม. Grab Drugs บริการส่งยาถึงบ้านผู้ป่วยและยาที่ได้รับมีมาตรฐาน ก่อนส่งมอบยาให้มีการตรวจสอบอย่างเป็นระบบ
๒) ชุมชนไม่มีส่วนร่วมในการวางแผนพัฒนา	๒) ชุมชนมีส่วนร่วมวางแผนแก้ไขปัญหาจากการศึกษาปฏิบัติการในการส่งมอบยาให้ผู้ป่วยที่บ้าน (PDCA) ภายใต้สถานการณ์และข้อจำกัดในการบริการของรัฐจากการระบาดของโรคไวรัสโควิด-๑๙
๓) ไม่มีการติดตามพฤติกรรมกินยาของผู้ป่วย ๔) ไม่มีทีมประเมิน (๓) อสม. Grab Drug. ติดตามพฤติกรรมกินยาของผู้ป่วยเรื้อรังตามหลัก ๕R ก่อนส่งมอบยาให้ผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแลที่บ้าน ๔) อสม. เครือข่ายเป็นทีมประเมินทำการตรวจติดตามอย่างต่อเนื่อง ควบคู่ไปกับกิจกรรมเกาะประตู่บ้านต้านโควิด-๑๙ และจำแนกระดับ-ความรุนแรงของโรคเป็นรายบุคคลมาตรฐานเดียวกันโดยใช้สัญลักษณ์สี เพื่อส่งต่อข้อมูลถึงเจ้าหน้าที่ให้แก้ไขปัญหาได้ทันเวลา



รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
๕) ไม่มีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง	๕) อสม.ติดตามผลลัพธ์ตามข้อกำหนดและรายงานเจ้าหน้าที่พื้นที่เมื่อพบความผิดปกติ ทางแอปพลิเคชันอสม.ออนไลน์หรือไลน์กลุ่มอนามัยทางน้ำหนองแวม และประเมินครั้งสุดท้ายเมื่อภารกิจส่งมอบยาที่บ้านเสร็จสิ้นในเดือนมิถุนายน

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง

ตัวชี้วัด

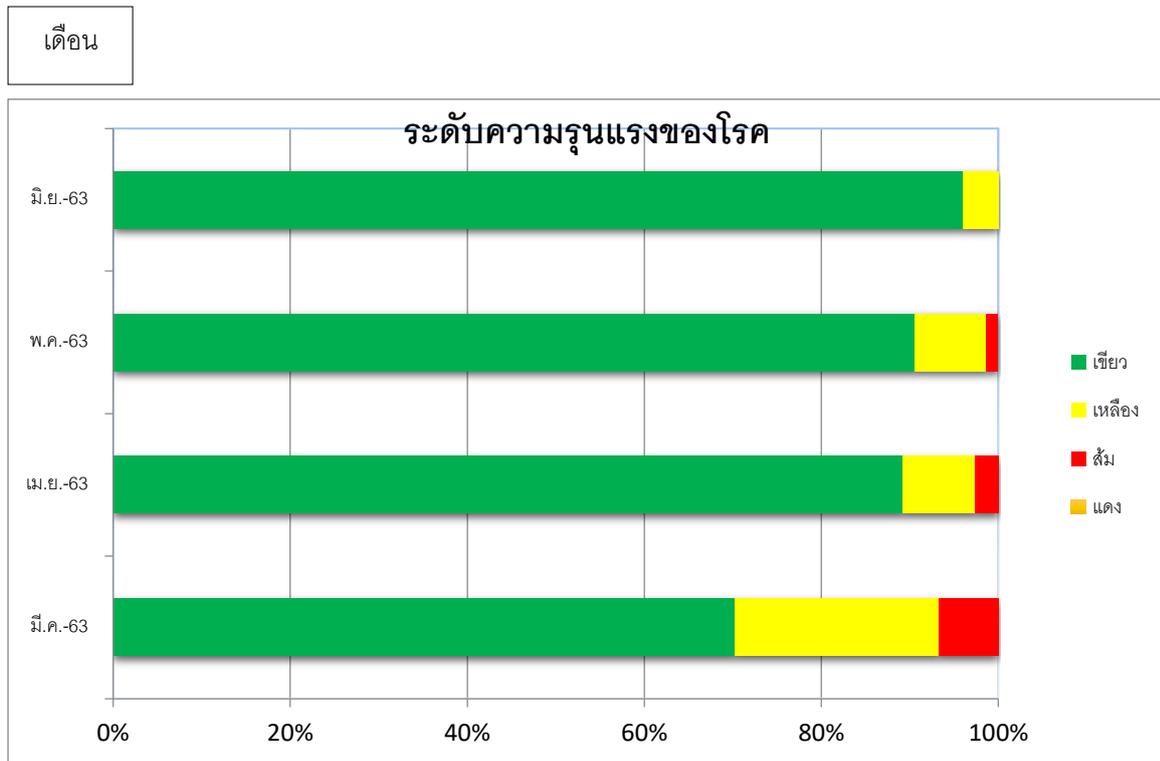
- ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงได้รับยาและมีพฤติกรรมการกินยาที่ถูกต้องตามหลัก ๕R ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐
- ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่น้อยกว่า ๔๐ และความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐

เครื่องมือ

- อสม.Grab Drugs
- แบบประเมินสี่สัญลักษณ์เพื่อแบ่งกลุ่มระดับความรุนแรงโรคของผู้ป่วยรายบุคคล
- ทะเบียนกำกับการกินยา ตามหลัก ๕R (ถูกคน ถูกยา ถูกขนาด ถูกทาง ถูกวิธี)

ภาพที่ ๒ แสดงผลระดับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงตามระดับสี่สัญลักษณ์จากการส่งมอบยาให้ผู้ป่วย

ที่บ้านโดย อสม.Grab Drugs ตั้งแต่เดือน มีนาคม ๒๕๖๓- มิถุนายน ๒๕๖๓ (จำนวนผู้ป่วย ๓๒๗ ราย)





จากภาพที่ ๒ พบว่า เดือนมีนาคม ๒๕๖๓ ซึ่งเป็นเดือนที่เริ่มดำเนินการตามโครงการ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีค่าความดันโลหิตที่ระดับสีเขียว ร้อยละ ๗๐.๒๗ รองลงมาเป็นสีเหลือง ร้อยละ ๒๒.๙๗ สีส้ม ร้อยละ ๖.๗๖ และไม่พบผู้ป่วยระดับความดันสีแดง ต่อมาเดือนเมษายนถึงมิถุนายน เมื่อพิจารณาแนวโน้มรายสัปดาห์ พบว่าผู้ป่วย มีค่าความดันระดับสีเขียวเพิ่มขึ้น ร้อยละ ๗๕.๖๘, ๘๙.๑๙, ๙๐.๕๔ และ ๙๕.๙๕ ตามลำดับ รองลงมา คือผู้ป่วยมี ค่าความดันระดับสีเหลืองมีแนวโน้มลดลง ร้อยละ ๒๑.๖๒, ๘.๑๑, ๘.๑๑ และ ๔.๐๕ เช่นเดียวกับผู้ป่วยมีระดับความดัน ระดับสีส้มมีแนวโน้มลดลงจนไม่พบระดับสีส้มในช่วงเดือนมิถุนายน ตามลำดับดังนี้ ร้อยละ .๖.๗๖ , ๒.๗๐ , ๑.๓๕ และ ๐ จากผลการดำเนินงานพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับให้อยู่ในระดับสีเขียวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่วนผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถควบคุมระดับความดันได้คือ ระดับสีเหลืองและสีส้มมีแนวโน้มลดลง แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีการรับรู้สภาวะการป่วยของตนเองและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินยา ตามหลัก ๕ R.

สรุปผลการดำเนินงาน

ระดับบุคคล

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๖๑.๘๘ ผ่านเกณฑ์ที่กระทรวงกำหนด (ต้องผ่านเกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐) และผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ร้อยละ ๒๖.๑๕ (ต้องผ่านเกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐)

ระดับครอบครัว พบผู้ป่วยและญาติมีความตระหนักและมีพฤติกรรมการกินยาที่ถูกต้องตามหลัก ๕R.

ครอบคลุม ร้อยละ ๑๐๐

ระดับชุมชน หมู่บ้านมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ได้รับการสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายต่างๆ ดังนี้

๑. อสม.พัฒนาตนเองเป็นอสม.หมอประจำบ้าน ทำหน้าที่ Grab Drug ช่วงการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-๑๙ ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน ร้อยละ ๑๐๐

๒. ชมรมอสม.ดูแลติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในละแวกที่รับผิดชอบและสามารถรายงานผล

การดำเนินงานให้รพสต.บ้านทางน้ำหนองแจ่มผ่านระบบโทรศัพท์มือถือสมาร์ทโฟน ครอบคลุมร้อยละ ๑๐๐

๓. กองทุนสภชต้านหน้า.ทำฉนวน สนับสนุนงบประมาณจัดทำโครงการอสม.อบต.ำส่งยาถึงบ้านเพื่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังห่างไกล โควิด๑๙-

ระดับรพ.สต. ได้ดำเนินงาน“โครงการอสม.ด้านหน้าส่งยาถึงบ้านเพื่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังห่างไกล โควิด-๑๙” โดยปรับกลยุทธ์การดำเนินงานให้สอดคล้องกับสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-๑๙ ตามมาตรการต่างๆร่วมกับผู้นำชุมชน หน่วยงานและองค์กรต่างๆ

ถอดบทเรียนการพัฒนาต่อเนื่อง

๑. การพัฒนาอสม.ให้เป็น อสม.หมอประจำบ้านควบคู่กับการฝึกฝนทักษะการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารทางการแพทย์ผ่านการใช้โทรศัพท์มือถือ พร้อมทั้งเพิ่มประสิทธิภาพระบบการบริการสาธารณสุขในชุมชนผ่านการพัฒนาระบบการแพทย์ทางไกล(Telemedicine) เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ เข้าถึงข้อมูลสุขภาพ รวมทั้งส่งเสริมให้ประชาชนดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชน ตลอดจนพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้ โดยอสม.หมอประจำบ้าน ถือเป็นจุดเชื่อมต่อที่สำคัญในการนำนโยบายต่างๆจากส่วนกลางไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่



อย่างเป็นรูปธรรม และแนวทางการดำเนินงานตามนโยบายนี้ จะช่วยแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายของประชาชนในการเดินทางไปพบแพทย์ , ลดโรคและปัญหาสุขภาพ , ลดความแออัดของโรงพยาบาล และลดการพึ่งพาโรงพยาบาลได้อย่างเป็นรูปธรรม ทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการดูแลที่มีมาตรฐานแม้ไม่สามารถเดินทางไปพบบุคลากรทางการแพทย์ได้

๒. แนวทางดำเนินงานของอสม. หมอประจำบ้าน สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญหาหรือส่งเสริมสุขภาพประชาชนด้านอื่นๆ ได้อย่างเหมาะสม รวดเร็ว และเกิดผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพอย่างยั่งยืน จากความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาโรคความดันโลหิตสูงของพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหางน้ำหนองแขม โดยใช้กลยุทธ์การมีส่วนร่วมของชุมชนตามกระบวนการพัฒนา PDCA โดยผู้นำชุมชนและประชาชนต้องตระหนักถึงปัญหาของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงภายใต้สถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-๑๙

ผลความสำเร็จ/การนำไปใช้ในชุมชน

๑. เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง โดยเน้นการกินยา ตามหลัก ๕R
๒. ภาควิชาความร่วมมือใจประสานพลังใจ โรคความดันโลหิตสูง ในปี ๒๕๖๒ ตามกลยุทธ์ พชอ. มโนรมย์ ประเด็น “สุขภาพกายและใจแข็งแรง” โดยมีการระดมทุนต่างๆ ในชุมชน (คน เงิน สิ่งของ)

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ผลแห่งปัจจัยความสำเร็จจากการดำเนินงานพัฒนา คือ

๑. อสม. มีภาวะผู้นำ มีวิสัยทัศน์ มีแนวความคิดที่ทันสมัย มีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาตนเอง
๒. อสม. มีทักษะการใช้โทรศัพท์สมาร์ทโฟนในการทำงาน สามารถควบคุมกระบวนการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
๓. ประชาชนได้รับข่าวสารอย่างถูกต้อง รวดเร็ว ทันเหตุการณ์ ทำให้มีความเชื่อมั่นในระบบการดูแลสุขภาพ
๔. ชุมชน/ภาคีเครือข่าย
 - ผู้นำชุมชน/แกนนำให้ความสำคัญและสนับสนุนการดำเนินงาน
 - การทำงานเป็นทีมอสม. ที่เข้มแข็งเป็นแกนนำในการทำงาน ติดตาม ประเมิน กลุ่มเป้าหมายในละแวกที่รับผิดชอบ สามารถเป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างทันต่อสถานการณ์ของโรคใหม่ๆ เช่น การระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-๑๙ เป็นต้นแบบที่ดีให้กับคนในชุมชน
 - องค์กรชุมชนมีการสนับสนุนงบประมาณ เช่น กองทุนสปสข. อบต. ท่าฉนวน
 - หน่วยงานราชการสนับสนุนวิชาการและวัสดุอุปกรณ์ในการควบคุมป้องกันโรคเชื้อไวรัสโควิด-๑๙ เช่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอมนอโรรมย์ ที่ว่าการอำเภอมนอโรรมย์

บทเรียนที่ได้รับ สรุปสาระสำคัญ และผลลัพธ์

๑. เกิดกระบวนการทำงานในรูปแบบภาคีเครือข่ายอย่างธรรมชาติ มี ผู้นำชุมชน ฝ่ายท้องถิ่น อสม. และประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม โดยไม่ต้องมีการแต่งตั้งอย่างเป็นทางการ
๒. ทีมสุขภาพในชุมชนมีการทำงานเป็นทีมมีการติดตามงาน ค้นหาปัญหา/โอกาสพัฒนา ปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่อง โดยใช้กระบวนการพัฒนา PDCA
๓. ประชาชนในชุมชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพและป้องกันตนเองเพิ่มขึ้น มีการร่วมมือสังเกตการณ์ผู้เดินทางเข้ามาในหมู่บ้านช่วงการระบาดของโรคเชื้อไวรัสโควิด-๑๙ และมีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่ออย่างเต็มที่ เช่น สวมหน้ากากอนามัย ๑๐๐%



๔. เกิดกระบวนการความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ เป็นแนวทางในการสร้างนวัตกรรมเพื่อพัฒนางานอื่นๆ ในชุมชนต่อไป

ปัญหา/อุปสรรค

๑. การดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ๓๐.๒ส.ในชุมชนมีอุปสรรคจากข้อห้ามตามประกาศของรัฐบาลในช่วงการระบาดของโรคเชื้อไวรัสโควิด-๑๙ เช่น งดใช้พื้นที่ส่วนรวม
๒. ผู้ป่วยบางราย ไม่อยู่บ้านเมื่อ อสม. Grab Drug นำยาไปส่งให้ที่บ้าน
๓. ผู้ป่วยวัยสูงอายุบางรายมีพฤติกรรมหลงลืม ชอบหยิบยากินเอง เมื่อบุตรหลานเผลอ

๒๐. ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต สู่ตำบลวิถีชีวิตใหม่ ปลอดภัยจาก COVID – ๑๙ ตำบลวังยาง อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร

นายนิรันทร อุบลอ่อน

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ รก.ผอ.รพ.สต.วังยาง

นายแสน ผิวล่อ

นายกเทศมนตรีตำบลวังยาง

นายแพทย์สกล ลินธุ์พรหม

แพทย์ประจำคลินิกหมอครอบครัวตำบลวังยาง

ความเป็นมา ความสำคัญของปัญหา : จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส COVID-๑๙ ในช่วงที่ผ่านมา ส่งผลให้มีผู้ป่วยและชีวิตจำนวนมากและทำให้เกิดทุกประเทศทั่วโลกได้รับผลกระทบทางด้านต่างๆในวงกว้าง และส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต ของมนุษยชาติ ที่จะดำเนินชีวิตอยู่ให้ปลอดภัยจากภัยทางธรรมชาติที่เกิดขึ้นนี้ โดย การระบาดของโรคดังกล่าวนี้ยังไม่สามารถที่จะทราบระยะเวลาที่จะเป็นจุดสิ้นสุดของโรคนี้ได้ และไม่สามารถที่จะคาดเดา หรือมีบทสรุปของความสูญเสีย ที่จะเกิดขึ้นขึ้นในอนาคตได้ ซึ่งประเทศไทยเป็นอีกประเทศหนึ่งที่มีการแพร่ระบาดภายในประเทศ ตามสถานการณ์การเกิดโรคเมื่อกลางเดือนกรกฎาคม ๒๕๖๓ ประเทศไทยมีผู้ป่วยสะสมมากกว่าสามพันราย และเสียชีวิต มากกว่าห้าสิบลาย ซึ่งเป็นตัวเลขที่ต่ำกว่าการคาดการณ์ของรัฐบาล ที่ได้นำเสนอไว้ในช่วงแรกๆของการแพร่ระบาดในประเทศไทย โดยปัจจัยที่เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ประเทศไทยมีผู้ป่วยต่ำกว่าการคาดการณ์ ก็คือ ทางรัฐบาล และ กระทรวง ทบวง กรม ต่างๆ ของ ประเทศไทยมีกิจกรรม และ การดำเนินงาน ในการเฝ้าระวังเชื้อไวรัส COVID-๑๙ อย่างเข้มแข็ง ตั้งแต่เริ่มมีการระบาดภายในประเทศในช่วงแรกๆ และดำเนินการอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด จนจะส่งผลให้ประชาชนกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติในเวลาอันใกล้

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหนึ่งที่มีนโยบายในการจัดการเรื่อง ไวรัส COVID-๑๙ ที่มีการระบาดภายในประเทศมาโดยตลอด โดยได้วางแผนงาน และส่งเสริมกิจกรรมต่างๆ โดยใช้ เครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน เป็น แรงขับเคลื่อนในการจัดการกับโรคที่เกิดขึ้นทุกพื้นที่ โดยได้ดำเนินงานในรูปของตำบลจัดการตำบลจัดการคุณภาพชีวิต สู่ตำบลวิถีชีวิตใหม่ ปลอดภัยจาก COVID – ๑๙ ซึ่งเป็นการดำเนินงานภายในตำบล ที่มีความครอบคลุมทุกพื้นที่ในประเทศ โดยการดำเนินงานนี้ เป็นรูปแบบที่มีส่วนสำคัญที่ทำให้การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสดังกล่าว มีผู้ป่วยต่ำกว่าการคาดการณ์ และ ยังทำให้ทุกภาคส่วนของเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน มีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดประสิทธิผล

จังหวัดกำแพงเพชร เป็น ๑ ใน ๙ จังหวัดที่ไม่มีผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสดังกล่าว ซึ่งเป็นผลมาจากความร่วมมือทุกภาคส่วน ในการดำเนินงาน และการเฝ้าระวังภายในจังหวัด โดยดำเนินงานเป็นไปตามหลักเกณฑ์ และมาตรการ ต่างๆที่มี อย่างต่อเนื่องทุกพื้นที่ ครอบคลุมทั้งจังหวัดโดยมี **ศูนย์ประสานงาน COVID-๑๙ จังหวัดกำแพงเพชร** ซึ่งมี นายเชาวลิตร แสงอุทัย ผู้ว่าราชการจังหวัดกำแพงเพชร เป็นประธานศูนย์ ซึ่งจะ



ศูนย์เฝ้าระวัง สั่งการ ไปยังศูนย์ประสานงานของแต่ละอำเภอ โดยดำเนินการทุกวันไม่เว้นวันหยุดราชการ รวมไปถึงเครือข่าย ศูนย์ประสานงาน COVID-๑๙ อำเภอคลองขลุง ซึ่งมี นายสุดดี พุทธิง นาย อ.คลองขลุงเป็นประธานศูนย์ โดยมีรูปแบบการบริหารจัดการเป็นเครือข่ายเฝ้าระวังการเกิด COVID-๑๙ ของแต่ละตำบลทั้งสิ้น ๑๐ ตำบลภายในอำเภอคลองขลุง

โดยที่ ตำบลวังยาง อำเภอคลองขลุง มี นายแสน ฝิวล่อ นายกเทศมนตรีตำบลวังยาง เป็นประธานศูนย์ประสานงาน COVID-๑๙ ตำบลวังยาง ซึ่งตำบลวังยาง อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร แบ่งเขตการปกครองเป็น ๙ หมู่บ้าน ประชากรรวม ๓,๙๔๗ คน มีสถานศึกษาระดับประถมศึกษา ๖ แห่ง มีนักเรียนรวม ๑,๑๑๘ คน วัด ๕ วัด และสถานีราชการ ๔ แห่ง มี นายแพทย์สกล สินธุพรหม เป็นแพทย์ประจำคลินิก หมอครอบครัวตำบลวังยาง(PCU) และ นายนิรันทร์ อุบลอ่อน รักษาการผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังยาง มีระบบการเมืองการปกครองเป็นรูปแบบเทศบาลตำบล แบ่งเขตการปกครอง ออกเป็น ๒ เขตการเลือกตั้ง มีสมาชิกเทศบาล ๑๒ คน และมี นายสมชาย ตั้งนิยม เป็น กำนันตำบลวังยาง

จุดมุ่งหมาย เป้าหมายของการดำเนินงาน

ตามสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส COVID-๑๙ ในช่วงที่ผ่านมา เทศบาลตำบลวังยางเป็นศูนย์ประสานงานในพื้นที่ โดยมีระบบการบริหารจัดการทั้ง ๓M เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพโดยทางท่านนายกเทศมนตรีตำบลวังยาง ได้ให้ความสำคัญเป็นอย่างมากในสถานการณ์ COVID-๑๙ ที่เกิดขึ้น โดยทางเทศบาลมีแผนงานและ โครงการประจำปี ในการเฝ้าระวังโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำในพื้นที่ อยู่ในแผนงานประจำปีของเทศบาล จึงเป็นแผนและที่มีเป้าหมายที่จะดูแลประชาชนให้ปลอดภัยจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส COVID-๑๙ โดยเน้นการส่งเสริมความรู้ในการดูแลตนเอง และสามารถป้องกันตนเองจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้

กระบวนการ วิธีการ

การดำเนินงานหรือกิจกรรมในการเฝ้าระวัง การป้องกัน การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส COVID-๑๙ ในพื้นที่ตำบลวังยาง มีจุดเริ่มต้นจาก ศูนย์ประสานงาน COVID-๑๙ อำเภอคลองขลุง ได้เรียกประชุม หัวหน้าส่วนราชการ ผู้นำชุมชน ผู้นำ อปท.ทุกแห่ง ให้เข้าไปรับทราบสถานการณ์การแพร่ระบาดดังกล่าว และให้แนวทางการดำเนินงานตามมาตรการของ ศูนย์ประสานงานของจังหวัดกำแพงเพชร ซึ่งทำให้มีการจัดตั้งศูนย์ประสานงาน COVID-๑๙ ตำบลวังยาง ขึ้น หลังจากนั้น ทางประธานศูนย์ตำบลวังยาง ได้เรียกประชุม ผู้นำชุมชน แกนนำทางด้านสุขภาพ และภาคีเครือข่ายภายในตำบล มาประชุมร่วมกันเพื่อหาแนวทางในการป้องกันการเกิดการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส COVID-๑๙ ในพื้นที่ตำบลวังยาง ซึ่งในวันประชุมดังกล่าว ได้รับเกียรติจาก นายอนัน ผลอำนวย สมาชิกสภาผู้แทนราษฎรจังหวัดกำแพงเพชร และ นายแพทย์โพธิ์ศรี แก้วศรีงาม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลคลองขลุง และมี นายแพทย์สกล สินธุพรหมแพทย์ประจำคลินิกหมอครอบครัวตำบลวังยาง(PCU) เข้าร่วมการประชุมนี้ด้วย โดยผลจากการประชุมดังกล่าวมีมติร่วมกัน ในการป้องกันการเกิดโรคในพื้นที่ตำบลวังยางโดยแบ่งแนวทางการดำเนินงานเป็น ๒ ส่วน โดยมุ่งเน้นการบริหารจัดการ ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในพื้นที่ และสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในตำบล ภายใต้การบัญชาการของศูนย์ประสานงาน COVID-๑๙ อ.คลองขลุง ซึ่งมีรายละเอียดการดำเนินงานแต่ละส่วนดังนี้

ส่วนที่ ๑ ดำเนินงานตามแนวทางปฏิบัติตามมาตรการระยะต่างๆของ ศูนย์ประสานงาน COVID-๑๙

อ.คลองขลุง เป็นการปฏิบัติงานในสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของโรคในพื้นที่จังหวัดใกล้เคียง แต่ยังไม่พบการการแพร่ระบาดของโรคในพื้นที่จังหวัดกำแพงเพชร โดยการประสานความร่วมมือทุกภาคส่วนภายใต้การกำกับดูแลของศูนย์ประสานงานของอำเภอ โดยทางศูนย์ประสานงาน COVID-๑๙ ตำบลวังยาง ได้



ดำเนินการเป็นไปตามมาตรการระยะต่างๆของศูนย์ภายในตำบล โดยให้ทางคลินิกหมอบรรณครวัตำบลวังยาง (PCU)เป็นแกนหลักในการควบคุมกำกับดูแล ในเรื่องต่างๆ ตามแนวทางปฏิบัติ ตามมาตรการระยะต่างๆของศูนย์ประสานงาน ของอำเภอ โดยใช้กลไกตำบลจัดการคุณภาพชีวิตขับเคลื่อนกิจกรรมต่างๆ ซึ่งมีการดำเนินกิจกรรมต่างๆดังนี้

- ๑.๑การรายงานกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อโควิด COVID-๑๙ และคนที่เดินทางกลับจากต่างประเทศและต่างจังหวัดกลุ่มเสี่ยง โดยให้ ผู้นำชุมชน และ อสม.เป็นผู้ดูแลและเฝ้าระวังคนเดินทางเข้าออกภายในหมู่บ้าน และรายงานให้ทางศูนย์ประสานงานได้รับทราบข้อมูลทุกวัน
- ๑.๒การดำเนินกิจกรรม “อสม.เคาะประตูบ้านต้านโควิด๑๙” ซึ่ง พื้นที่ตำบลวังยาง มี อสม.ทั้งสิ้น ๗๖ คน ดูแลครอบคลุมทุกพื้นที่ภายในตำบล โดยลงปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาท และกิจกรรมต่างๆเป็นไปตามมาตรการของศูนย์โดยจะมีการลงพื้นที่สำรวจข้อมูลผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ในเขตรับผิดชอบ ของอสม.ของแต่ละคน และแนะนำแนวทางปฏิบัติตัวในช่วงการกักตัว๑๔ วัน และแนะนำการเฝ้าระวังสังเกต อาการในช่วงกักตัว หากมีอาการผิดปกติให้รายงาน กับ อสม.ทันที และทาง อสม.จะมีการรายงานกิจกรรมให้กับทางคลินิกหมอบรรณครวัตำบลวังยาง(PCU)ผ่านทาง Applicationline กลุ่ม อสม.ตำบลวังยาง ตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นทุกวัน
- ๑.๓การดำเนินกิจกรรม Social Distancing ภายในตำบลซึ่งจากการประชุมของศูนย์ประสานงาน COVID-๑๙ ตำบลวังยางได้วางระเบียบและข้อปฏิบัติในเรื่อง Social Distancing ของตำบลให้ดำเนินในทุกกิจกรรมที่เกิดขึ้นภายในตำบล โดยให้ทางทีมผู้นำชุมชน อสม.ของแต่ละหมู่บ้านเป็นผู้ดูแลในกิจกรรมนี้ และให้รายงานไปยังศูนย์ประสานงานทุกครั้งที่มีกิจกรรม ที่มีการร่วมกลุ่มภายในหมู่บ้าน และให้ดำเนินกิจกรรมนั้นๆ งานต่างๆ ให้เป็นไปตามข้อกำหนดที่มีอย่างเคร่งครัดตามแนวทางของ Social Distancing เพื่อการป้องกันการเกิดโรคCOVID-๑๙ ภายในตำบลวังยาง
- ๑.๔การรายงานข้อมูลข่าวสารที่เป็นเหตุฉุกเฉินในการเฝ้าระวังการป้องกันการเกิดโรค COVID-๑๙ให้ทางศูนย์ประสานงานตำบลได้รับทราบข้อมูลตลอด ๒๔ ชั่วโมง ผ่านทาง Application line กลุ่ม อสม.ตำบล และการโทรศัพท์โดยตรงไปยัง จนท.สาธารณสุขตำบล และ ศูนย์ อปพร.ตำบลวังยาง
- ๑.๕การดำเนินกิจกรรมตามตามแนวทางปฏิบัติ ตามมาตรการระยะต่างๆของศูนย์ประสานงาน ของอำเภอที่ได้จัดกิจกรรมขึ้นในบางโอกาสในพื้นที่ตำบลวังยาง เช่น การลงเยี่ยมกลุ่มเสี่ยงที่เดินทางกลับจากต่างประเทศและต่างจังหวัดที่ต้องกักตัว ๑๔ วัน หรือ การลงติดตามเยี่ยมศูนย์ประสานงานตำบลของ นายอำเภอคลองขลุง ที่มีการติดตามเป็นระยะในช่วงของการแพร่ระบาดในพื้นที่อื่นๆ

ส่วนที่ ๒ การดำเนินงานในการจัดกิจกรรมเสริมต่างๆในรูปแบบของตำบลจัดการคุณภาพชีวิตสู่ตำบลวิถีชีวิตใหม่ ปลอดภัยจาก COVID-๑๙ โดยมี คลินิกหมอบรรณครวัตำบลวังยาง(PCU)เป็นผู้ดูแลในส่วนนี้ ซึ่งจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโควิด COVID-๑๙ ตั้งแต่มีการเกิดผู้ป่วยรายแรกของประเทศไทย ทีมตำบลจัดการคุณภาพชีวิตตำบลวังยาง ได้ติดตามสถานการณ์และติดต่อประสานงานข้อมูลกับศูนย์ประสานงาน COVID-๑๙ ต.วังยาง มาโดยตลอด และได้วางแผนงาน กิจกรรม ร่วมกัน ผ่านมติในที่ประชุม เมื่อครั้งประชุมผู้นำชุมชน แกนนำทางด้านสุขภาพ และภาคีเครือข่ายภายในตำบล ในกิจกรรมในส่วนที่ ๑ โดยได้มีการวางแผนงาน และกำหนดกิจกรรมไว้ในส่วนที่ ๒ ด้วยโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องภายในตำบล โดยมีหน่วยงานหลัก คือคลินิกหมอบรรณครวัตำบลวังยาง(PCU) และ เทศบาลตำบลวังยาง เป็นหน่วยงานขับเคลื่อนกิจกรรมต่าง ๆ โดยแบ่งกิจกรรมการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด COVID-๑๙ ของตำบลวังยาง เป็น ๒ หน่วยงาน ดังนี้



๑.เทศบาลตำบลวังยาง

เทศบาลตำบลวังยาง อ.คลองขลุง จ.กำแพงเพชร มี นายแสน ฝิวล่อ เป็นนายกเทศมนตรีตำบลวังยาง โดยเป็นหน่วยงานที่มีบทบาทและหน้าที่เป็น ศูนย์ประสานงาน COVID-๑๙ ระดับตำบล เป็นหน่วยงานหลักในการสนับสนุนกิจกรรมการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อโควิดในพื้นที่ ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนด้าน คน และงบประมาณในการดำเนินการ เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่ตำบลวังยางปลอดภัยจากโรค COVID-๑๙ ซึ่งในช่วงที่ผ่านมาทางเทศบาลตำบลวังยาง มีกิจกรรมของตำบล ดังนี้

๑.๑ จัดตั้งศูนย์ประสานงาน COVID-๑๙ ระดับตำบล ตามแนวทางของศูนย์ประสานงาน COVID-๑๙ อำเภอคลองขลุง มีนายกเทศมนตรีตำบลวังยาง เป็นประธานศูนย์ โดยมีหน้าที่ ควบคุม กำกับ ประสานงาน ประสานความร่วมมือ ภายในตำบล และ ประสานงานกับศูนย์ระดับอำเภอ ให้เป็นไปตามมาตรการต่างๆที่มีในด้านการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด COVID-๑๙ ของตำบลวังยาง

๑.๒จัดการประชุมภาคีเครือข่ายร่วมกันในภาพรวมของตำบลวังยาง เพื่อหาแนวทางในการดำเนินงานในการป้องกันการเกิดการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส COVID-๑๙ ในพื้นที่ตำบลวังยางพร้อมทั้งแต่งตั้งคณะกรรมการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส COVID-๑๙ ในระดับหมู่บ้าน

๑.๓ จัดกิจกรรมตามมติของที่ประชุมภาคีเครือข่ายในการป้องกันการเกิดการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส COVID-๑๙ ในพื้นที่ตำบลวังยาง โดยได้ดำเนินกิจกรรมโครงการดังนี้

๑.๓.๑ จัดทำโครงการประจำปี ในการเฝ้าระวังโรคอุบัติใหม่ อุตุนิบัติ ในพื้นที่ตำบลวังยาง โดยเป็นโครงการที่ถูกบรรจุไว้ในแผนงานประจำปีเดิมอยู่แล้ว ซึ่งช่วงที่มีการระบาดของ โรคในระยะแรกๆ เทศบาลตำบลวังยาง ได้นำโครงการนี้มาดำเนินกิจกรรมตามโครงการ ซึ่งมี การจัด อบรม ส่งเสริมความรู้และแนวทางการป้องกันโรค COVID-๑๙ ให้กับผู้นำชุมชน ผู้ดูแลสุขภาพระดับหมู่บ้าน สมาชิกเทศบาลตำบลวังยาง เพื่อประชาสัมพันธ์ต่อภายในหมู่บ้าน พร้อมทั้งการจัดทำ **MOU** ร่วมกัน ระหว่าง เทศบาลตำบลวังยาง ตัวแทนหน่วยงานระดับตำบล และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอคลองขลุง ในการประสานความร่วมมือในการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส COVID-๑๙ ในพื้นที่ตำบลวังยาง โดยมี นายนิคม สุกใส สาธารณสุขอำเภอคลองขลุง มาเป็นประธานเปิดโครงการ และมี นายแสน ฝิวล่อ นายกเทศมนตรีตำบลวังยาง กล่าวรายงานการจัดทำโครงการ เมื่อวันที่ ๑๒ มีนาคม ๒๕๖๓ ณ.ห้องประชุมเทศบาลตำบลวังยาง

๑.๓.๒ จัดกิจกรรม Big Cleaning Day สู้ภัย COVID-๑๙ ตำบลวังยาง โดยมี นายสุชาติ พุทธิชัย นายอำเภอคลองขลุง เป็นประธานเปิดกิจกรรม มี นายแสน ฝิวล่อ นายกเทศมนตรีตำบลวังยาง กล่าวรายงาน และมี นายอนันต์ ผลอำนวย สมาชิกสภาผู้แทนราษฎรจังหวัดกำแพงเพชร และ นพ.สกล สิ้นธุพรหมแพทย์ ประจำคลินิกหมอครอบครัวตำบลวังยาง และ ผู้นำชุมชน อสม. จิตอาสา ตัวแทนหน่วยงานภายในตำบล และประชาชนเข้าร่วมกิจกรรมดังกล่าว ตามหลัก Social Distancing เมื่อวันที่ ๒๔ เมษายน ๒๕๖๓ ซึ่งมีกิจกรรมร่วมทำความสะอาด Big Cleaning ในหน่วยงานต่าง ๆ สถานที่ราชการภายในตำบล และมอบวัสดุอุปกรณ์ป้องกัน เชื้อไวรัส COVID-๑๙ เช่น หน้ากากผ้า และหน้ากากอนามัย Alcohol Gel เพื่อนำไปแจกจ่ายในหมู่บ้าน พร้อมทั้งมอบ อุปกรณ์ตรวจวัดไข้ดิจิตอลให้กับ อสม.ไว้ใช้ครบทั้ง ๙ หมู่บ้าน และจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์พร้อมควบคุมโรคที่จำเป็นไว้ใช้ หากมีการแพร่ระบาดของโรค COVID-๑๙ ในพื้นที่ตำบลวังยาง ในวันเดียวกันนี้ ท่านประธาน ได้ทำพิธีปล่อยขบวนรถประชาสัมพันธ์เพื่อวิ่งไปประชาสัมพันธ์ในหมู่บ้าน ในเรื่องของความรู้ และการป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจากโรค COVID-๑๙ และ ได้ร่วมเดินรณรงค์แจกเอกสารแผ่นพับความรู้ ให้กับประชาชนในหมู่บ้านอีกด้วย ซึ่งในวันจัดกิจกรรม Big Cleaning Day นอกจากมีกิจกรรมต่างๆข้างต้น ทางผู้จัดทำโครงการ ยังได้มีการดำเนินการพ่นฆ่าเชื้อโรคโดย ทีม SRRT ตำบลวังยาง ใน



สถานที่เสี่ยง หรือ บริเวณที่ไม่สามารถเข้าทำความสะอาดได้ถึงเช่น วัด โรงเรียน ร้านค้า ส้วมสาธารณะ และสถานที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรค เป็นต้น

๑.๓.๓ จัดนำรถเก็บขยะของเทศบาลตำบลวังยาง **ติดเครื่องขยายเสียงบริเวณหน้ารถ** วิ่งประชาสัมพันธ์การป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจากโรค COVID-๑๙ ทั่วทุกหมู่บ้าน ซึ่งจะเปิดไฟร์เสียงประชาสัมพันธ์ที่ทางเทศบาลตำบลวังยางได้จัดทำขึ้น ตลอดเวลาที่ เจ้าหน้าที่ขับรถเข้าไปในหมู่บ้านเพื่อเก็บขยะทั่วทั้งตำบล

๑.๓.๔ ติดตามสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส COVID-๑๙ ในพื้นที่ตลอดเวลา โดยศูนย์ประสานงาน COVID-๑๙ ตำบลวังยาง จะมีเบอร์โทร ฉุกเฉินของ ศูนย์ อปพร.ตำบลวังยาง และเบอร์สำนักงานเทศบาล เป็นผู้ดูแลและรับข่าวสารฉุกเฉินที่เกิดขึ้นในตำบล

๒.คลินิกหมอครอบครัวตำบลวังยาง(PCU)

คลินิกหมอครอบครัวตำบลวังยาง(PCU)เป็นหน่วยงานหนึ่งที่อยู่ภายในตำบล และดำเนินกิจกรรมต่างๆร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพภายในตำบล รวมถึง เทศบาลตำบลวังยาง โดยในช่วงที่มีการระบาดของเชื้อไวรัส COVID-๑๙ ทางคลินิกหมอครอบครัวตำบลวังยาง(PCU) ได้ดำเนินงานตามแนวทางศูนย์ประสานงานของตำบล ภายใต้การควบคุมกำกับของต้นสังกัดมาโดยตลอด ซึ่ง ในการดำเนินงานและกิจกรรมในเรื่องของการป้องกัน COVID-๑๙ ในส่วนคลินิกหมอครอบครัวตำบลวังยาง(PCU) มีแนวทางการดำเนินกิจกรรมเป็นลักษณะ ๒ ประเภท คือ

๒.๑ การดำเนินงานลักษณะ In Door เป็นแนวทางการตั้งรับของคลินิกหมอครอบครัวตำบลวังยาง(PCU)โดยได้ ปรับ สถานการณ์ให้บริการ ให้เข้ากับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ตั้งแต่ เรื่อง Social Distancing การจัดจุดคัดกรอง จุดล้างมือ ก่อนเข้าสถานบริการ และ การทำความสะอาดสถานบริการ ในจุดเสี่ยงตลอดเวลาที่เปิดทำการ โดยมี สมาชิก อสม. ภายในตำบล พลัดเปลี่ยน หมุนเวียน ช่วยกันทุกวัน ซึ่งประชาชนที่มาใช้บริการเข้าใจ และปฏิบัติตาม อย่างแข็งคัด และ การดำเนินงานลักษณะ In Door ของคลินิกหมอครอบครัวตำบลวังยาง ยังได้ประสานงานดำเนินงานร่วมกับ เทศบาลตำบลวังยาง ในการจัดกิจกรรม ตรวจรับรองความพิการ และ ขึ้นทะเบียนผู้พิการเพื่อรับเงินสงเคราะห์ แบบ **One Stop Service** อีกด้วย โดยเน้นเรื่อง Social Distancing เช่นกัน

๒.๒ การดำเนินงานลักษณะ Out Door ของคลินิกหมอครอบครัวตำบลวังยาง(PCU) เป็นรูปแบบการดำเนินงานของคลินิกหมอครอบครัวตำบลวังยาง(PCU) ที่ได้มีการกำหนดตารางการออกให้บริการเชิงรุกเดิมอยู่แล้ว แต่จากสถานการณ์ที่เกิดขึ้น จึงต้องเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการใหม่เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลเช่นเดิม โดยได้มีการจัดกิจกรรมงานในลักษณะ Out Door ตัวอย่างเช่น ให้สมาชิก อสม.ทุกคน ชำ้ขันในปฏิบัติงานในหมู่บ้านมากขึ้น โดยเข้าไปดูแลผู้ป่วยที่ต้องรับยา และ นัดรับยาประจำที่ โรงพยาบาลคลองขลุง ให้ผ่านการดูแลของ อสม.โดย อสม.จะไป รับยาแทน ที่คลินิกหมอครอบครัวตำบลวังยาง (PCU) ซึ่งได้รับส่งต่อมาจากโรงพยาบาลคลองขลุงอีกต่อหนึ่ง และนำมาให้ผู้ป่วยดังกล่าว ให้เป็นไปตามมาตรการที่กำหนดของ ศูนย์ประสานงาน COVID-๑๙ อ.คลองขลุง ซึ่งทำให้ลดภาวะเสี่ยงการติดเชื้อ COVID-๑๙ ได้ทางหนึ่ง และ ทางคลินิกหมอครอบครัวตำบลวังยาง(PCU) ได้ออกให้บริการเชิงรุก นำทีมโดย นพ.สกล สินธุพรหม แพทย์ประจำคลินิกหมอครอบครัวตำบลวังยาง ในการตรวจ วินิจฉัย เพื่อออกใบรับรองแพทย์ ถึง บ้านผู้พิการ ที่ไม่สามารถเดินทางไปตรวจที่ คลินิกหมอครอบครัวตำบลวังยาง ได้ ซึ่งในช่วงที่ผ่านมา มีผู้ที่ได้รับข้อมูลข่าวสาร และเข้าไปการออกใบรับรองแพทย์ ขึ้นทะเบียนเพิ่มมากขึ้น และดำเนินกิจกรรม ในนวัตกรรม **BP Station / DTX Station** ในชุมชนอีกด้วย



๒.๓ การควบคุมกำกับ ดูแล อสม. ในการดำเนินกิจกรรม “อสม.เคาะประตูบ้านต้านโควิด ๑๙” โดยมีการรายงาน สถานการณ์ ตามแนวทางการดำเนินงานกิจกรรมดังกล่าว ทุกวัน

๒.๔ การจัดทำโครงการโดย ชมรม อสม.ตำบลวังยาง โดยขอใช้งบประมาณของ กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลวังยาง ซึ่ง ในช่วงที่ มีการระบาดของโรค COVID-๑๙ ที่ผ่านมา ทาง ชมรม อสม. ตำบลวังยาง และคลินิกหมอครอบครัวตำบลวังยาง ได้ รับผิดชอบงบประมาณ ในการจัดทำโครงการเกี่ยวกับโรค COVID-๑๙ ดังนี้

๒.๔.๑ โครงการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-๑๙) ตำบลวังยาง

๒.๔.๒ โครงการ อสม.เฝ้าระวังและเตรียมพร้อมควบคุมโรคระบาดที่เป็นปัญหาในชุมชน ต.วังยาง

๒.๔.๓ โครงการส่งเสริมความรู้เรื่อง NEW NORMAL ชีวิตวิถีใหม่ ในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา COVID-๑๙) ต.วังยาง

ผลของการดำเนินงาน (มีนาคม ๒๕๖๓ – กรกฎาคม ๖๓)

กิจกรรม	ผลงานภายในตำบล
-รายงาน อสม.เคาะประตูบ้าน สู้ COVIT-๑๙ HOME QUARANTINE	๗๘๔ ราย
-การดำเนินการตามมาตรการ SOCIAL DISTANCING	
งาน ศพ	๑๑ งาน
งานบุญในหมู่บ้าน	๖ งาน
งานประชุมภายในตำบล	๑๔ ครั้ง
กิจกรรมรณรงค์ต่างภายในตำบล	๑๘ ครั้ง
-การส่งต่อผู้ป่วยสงสัยจากกลุ่มเสี่ยงเพื่อการวินิจฉัยและรักษา	๔ ราย
-ประชาชนได้รับการรับรองผู้พิการและรับเงินสงเคราะห์ ด้วยวิธีการแบบ One Stop Service	๒๑ ราย
-ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการตรวจกับ อสม.โดยใช้ นวัตกรรม BP Station , DTX Station ในชุมชน และรับยาที่บ้าน	๙๘๓ ราย
จำนวน /แยกเป็น	
ผู้ป่วย HT	๖๕๗ ราย
ผู้ป่วย DM	๒๐๘ ราย
ผู้ป่วย HT+DM	๑๑๘ ราย
-รับการตรวจเยี่ยมของศูนย์ประสานงาน COVID-๑๙ อ.คลองขลุง	๔ ครั้ง

ประโยชน์ที่ได้รับ

๑.การดำเนินกิจกรรมในส่วนที่ ๑ ในการดำเนินงานตามแนวทางปฏิบัติตามมาตรการระยะต่างๆของ ศูนย์ประสานงาน COVID-๑๙ อ.คลองขลุง และในส่วนที่ ๒ ในการดำเนินงานในการจัดกิจกรรมเสริมต่างๆ ในรูปแบบของตำบลจัดการคุณภาพชีวิตสู่ตำบลวิถีชีวิตใหม่ ปลอดภัยจาก COVID-๑๙ ที่ได้ทำขึ้นในพื้นที่ตำบลวังยาง ผลของการดำเนินกิจกรรมที่เห็นได้ชัด ก็คือ พื้นที่ตำบลวังยาง ไม่มีผู้ป่วยด้วย COVID-๑๙ ในพื้นที่ และสามารถทำให้ประชาชนมีความรู้ในการดูแลตนเอง สามารถป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสดังกล่าวได้ และทำให้ อสม.ทำงานในเรื่องนี้อย่างเป็นระบบ ชัดเจน และมีประสิทธิภาพ

๒.เกิดความร่วมมือของภาคีเครือข่ายภายในตำบลและองค์กรต่างๆ ในการป้องกันการระบาดของโรค



๓.เกิดการประสานการทำงานร่วมกันระหว่างศูนย์ประสานงาน COVID-๑๙ ระดับบน ไปจนถึงตัวประชาชนอย่างเป็นระบบ และสามารถแก้ไขปัญหาด้านสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๔.ผู้ป่วยผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการตรวจและรับยาครอบคลุมและทั่วถึงทั้งตำบลวังยางและเกิดนวัตกรรม BP Station , DTX Station ภายในตำบล

ปัจจัยความสำเร็จ ความสัมพันธ์และมิตรภาพของแกนหลักภายในตำบล และ การบูรณาการ การทำงานร่วมกันของทีม คลินิกหมอครอบครัวตำบลวังยาง ในการทำตามนโยบายที่มีว่า ทำงานอย่าง **ใกล้บ้าน ใกล้ใจ เข้าถึง ฟังได้** และ ใช้รูปแบบของตำบลจัดการคุณภาพชีวิต สู่ตำบลวิถีชีวิตใหม่ ปลอดภัยจาก COVID - ๑๙ เป็นกลไกในการขับเคลื่อนกิจกรรม

บทเรียนที่ได้รับ การทำงานย่อมมี อุปสรรค เพียงให้ อุปสรรค นั้นเป็นสิ่งที่สอนในการแก้ไขอุปสรรคที่เกิดขึ้น เมื่อเราผ่านวิกฤติของปัญหาและอุปสรรคนั้นไปได้ เราจะมีภูมิคุ้มกันในการทำงานต่อไป อย่างรอบคอบ และ สร้างงาม

๒๑. “ตำบลเนินสว่างนำอยู่ สุขกาย สุขใจ สุขเงิน”

ด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตตำบลเนินสว่าง

ความเป็นมา ความสำคัญของปัญหา

ประชาชนในตำบลเนินสว่างประสบปัญหาหลายด้าน อาทิ

ด้านสุขภาพ พบการป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ มีผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน ๒๔๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๖.๑๑ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน ๖๖๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๖.๔๖ (จากประชากรที่อาศัยในพื้นที่ ๔,๐๔๕ คน) ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุ จากการตรวจคัดกรองสุขภาพกลุ่มผู้ที่มีอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป จำนวน ๑,๙๕๖ คน พบกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จำนวน ๓๕๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๘.๒๐ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน ๙๖๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๙.๙๕

ด้านเศรษฐกิจ มีปัญหาต้นทุนในการผลิตภาคเกษตรกรรมที่สูง มีการใช้สารเคมีในการทำเกษตรกรรม จากการตรวจคัดกรองเพื่อหาความเสี่ยงจากสารกำจัดศัตรูพืช ในประชากรไทย อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ จำนวน ๑,๐๑๑ คน พบกลุ่มเสี่ยงและไม่ปลอดภัย จำนวน ๓๘๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๗.๘๘

ด้านสังคม มีจำนวนผู้สูงอายุในพื้นที่มากขึ้น ส่วนใหญ่เวลากลางวันจะอยู่บ้านเพียงลำพัง ลูกหลานไปทำงานหรือโรงเรียน เกิดความเหงา

ด้านสิ่งแวดล้อม ปี พ.ศ. ๒๕๖๑ เกิดการระบาดของโรคไข้เลือดออก โดยตำบลเนินสว่างพบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกมีอัตราป่วยสูงเป็นอันดับ ๒ ของอำเภอ (มีผู้ป่วยจำนวน ๓๐ ราย อัตราป่วย ๔๗๔.๕๓ ต่อแสนประชากร) ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากขยะบริเวณบ้านเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายจำนวนมาก ประชาชนขาดความตระหนักในการดูแลสิ่งแวดล้อมบ้านตนเอง

เพื่อเป็นการแก้ปัญหาดังกล่าว ทำให้เกิดการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตตำบลเนินสว่าง ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ เนื่องจากการพัฒนาคุณภาพชีวิตต้องขับเคลื่อนพร้อมกันทุกด้าน ทุกหน่วยงานในพื้นที่





จุดมุ่งหมาย เป้าหมายของการดำเนินงาน

ตำบลเนินสว่างน่าอยู่ สุขกาย สุขใจ สุขเงิน

นิยามความสุข

สุขกาย : คนเนินสว่างอายุยืน สุขภาพแข็งแรงตามวัย ลดการป่วย ลดการเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

สุขใจ : อารมณ์ดี มีน้ำใจ จิตอาสา ผู้สูงอายุ/ผู้ด้อยโอกาส/ผู้พิการ มีคนดูแล ไม่ถูกทอดทิ้ง

สุขเงิน : มีอาชีพ มีวินัยในการใช้เงิน มีเงินออม

กระบวนการ วิธีการ นวัตกรรมที่เป็น Best Practice

การขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตตำบลเนินสว่าง

๑. การจัดตั้งคณะกรรมการการพัฒนาคุณภาพชีวิตตำบลเนินสว่าง ซึ่งแบ่งการทำงานในระดับอำเภอมหาสารคาม และคณะอนุกรรมการการพัฒนาคุณภาพชีวิตในแต่ละด้าน ทั้ง ๔ ด้าน คือ ด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

๒. การพัฒนาทีมงาน

- มีการส่งทีมงานเข้าร่วมการอบรมหมู่บ้านสร้างสุขอบรมการขับเคลื่อนการทำงานชุมชนสร้างสุข

- มีตัวแทนคณะกรรมการ พชต.เข้าร่วมกิจกรรมการขับเคลื่อนธรรมนูญตำบล

- คณะกรรมการ พชต.รับการเยี่ยมชมพลังและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเวทีประชุม พชอ.สัจจกร

- เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในตำบล

- คณะกรรมการ พชต.เข้าร่วมเสวนาการดำเนินงานหมู่บ้าน พชอ.ต้นแบบระดับอำเภอและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในงานมหกรรม พชอ.

- ทีมเข้าร่วมการเสวนาการดำเนินงาน พชอ.ระดับจังหวัด เพื่อเผยแพร่การขับเคลื่อน พชต. ในปี ๒๕๖๒

๓. การจัดทำแผนการดำเนินงาน

การประชุมคณะกรรมการและคณะทำงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตตำบลเนินสว่าง จัดทำแผนงานรายด้าน ทั้ง ๔ ด้าน โดยใช้งบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเนินสว่างและแหล่งต่าง ๆ รวมงบประมาณสนับสนุน จำนวน ๒๓๗,๓๕๙ บาท มีการทำงานร่วมกันของหน่วยงานรัฐในพื้นที่

๓.๑ ด้านสุขภาพ มีการจัดทำโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคเรื้อรัง ส่งเสริมการออกกำลังกาย โดยขอรับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเนินสว่าง จำนวน ๓๒,๔๘๔ บาท โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน ๑๖,๗๕๐ บาท



๓.๒ ด้านเศรษฐกิจ มีการจัดทำโครงการผู้บริโภคและเกษตรกรปลอดภัยจากสารเคมี โดยขอรับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเนินสว่าง จำนวน ๑๓,๓๕๐ บาท การส่งเสริมการออม โดยใช้กลุ่มออมทรัพย์ในระดับหมู่บ้าน และได้รับการสนับสนุนการจัดทำบัญชีครัวเรือนจากธนาคาร ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร การส่งเสริมการลดรายจ่ายในครัวเรือนโดยการผลิตสินค้าอุปโภค เช่น น้ำยาล้างจาน น้ำยาปรับผ้านุ่ม ซึ่งได้รับการสนับสนุนจาก กศน. ตำบลเนินสว่าง ส่งเสริมการปลูกผักสวนครัวรั้วกินได้

๓.๓ ด้านสังคม มีการจัดทำโครงการทอดผ้าป่าขยะ เพื่อลดขยะซึ่งเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำบริเวณรอบบ้าน นำมาบริจาคมกันทั้ง ๑๔ หมู่บ้าน โดยมี อบต.เนินสว่าง เป็นตัวแทนในการจัดการขาย นำเงินที่ได้มาทำบุญด้วยการซื้อของเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียง/ผู้ด้อยโอกาสในตำบล งบประมาณจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ในเรื่องตำบลจัดการคุณภาพชีวิต จำนวน ๔๐,๓๐๐ บาท โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ หมู่ ๘ บ้านหนองข่า งบประมาณจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน ๕๕,๐๐๐ บาท โครงการซ่อมแซมบ้านผู้ยากไร้/ผู้สูงอายุ งบประมาณจากกองทุนหมู่บ้าน จำนวน ๒๘,๐๐๐ บาท และโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน ๒๘,๐๐๐ บาท

๓.๔ ด้านสิ่งแวดล้อม มีการจัดทำโครงการการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยมีการฟื้นฟูความรู้ในเรื่องการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกให้กับ อสม. และจัดกิจกรรมการสู่มตรวจลูกน้ำยุงข้ามหมู่บ้าน เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลบ้านตนเอง ขอรับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเนินสว่าง จำนวน ๒๓,๔๗๕ บาท

รวมงบประมาณสนับสนุน จำนวน ๒๓๗,๓๕๙ บาท

๔. การดำเนินงานตามแผนงาน และประเมินผลการดำเนินงานเป็นระยะ

นวัตกรรมที่เป็น Best Practice

การลดขยะเพื่อลดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุง ด้วยแนวคิด ๓ R (Reduce Reuse and Recycle)

๑. Recycle : การนำขยะมาใช้ใหม่

การทำไม้กวาดจากขวดพลาสติก การทำเชือกจากขวด การทำเก้าอี้จากขวดพลาสติก นำขยะเปียกมาทำปุ๋ย การทำพรมเช็ดเท้าด้วยเศษผ้า

๒. Reuse : การนำขยะกลับมาใช้ซ้ำ

การใช้กระดาษสองหน้าในสำนักงาน การใช้เสื้อผ้าเก่ามาทำผ้าถูพื้น

๓. Reduce : การลดการสร้างขยะในชีวิตประจำวัน

การส่งเสริมการใช้ปิ่นโต ใช้กล่องพลาสติกแทนกล่องโฟม การไม่รับถุงพลาสติก การใช้ถุงผ้าในการซื้อของ ใช้ตะกร้าไปตลาดนัด

อีกทั้งการทอดผ้าป่าขยะ ที่เป็นการนำขยะที่สามารถขายได้ มารวบรวมขายรวมกัน สมทบทุนไว้สำหรับการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย/ผู้ด้อยโอกาสในตำบล ซึ่งเป็นข้อตกลงของตำบลเนินสว่าง โดยในปี ๒๕๖๒ ได้จำนวนเงิน ๒,๗๐๐ บาท





ผลการดำเนินงาน ประโยชน์ที่ได้รับ

ด้านสุขภาพ

- เกิดกลุ่มการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นในหมู่บ้าน จำนวน ๕ กลุ่ม (หมู่ ๖ , ๗ , ๘ , ๙ และ ๑๔) ซึ่งจะขยายให้ครบทุกหมู่บ้านในปี ๒๕๖๓ นี้
- หลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคเรื้อรัง ผลดังนี้

	ก่อนการขับเคลื่อน	หลังการขับเคลื่อน	ผลการเปลี่ยนแปลง
	พชต.	พชต.	
กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน	๔๐ คน	๓๐ คน	ลดลง ๑๐ คน
กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง	๑๐๐ คน	๘๙ คน	ลดลง ๑๑ คน
ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	๘๘ คน	๑๒๑ คน	เพิ่มขึ้น ๓๓ คน
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	๓๒๓ คน	๓๘๗ คน	เพิ่มขึ้น ๖๔ คน

- การเกิดบุคคลต้นแบบด้าน ๓ อ (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์)

การจัดการสุขภาพภายใต้สถานการณ์โรคโควิด -๑๙

มีการทำงานด้านการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด -๑๙ ในพื้นที่ โดยหน่วยงานต่างๆ ในตำบล อาทิ อบต.เนินสว่าง ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข กศน.ตำบล และที่สำคัญ คือ อสม. ซึ่งต้องเฝ้าระวังและรายงานกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ เคาะประตูบ้านให้ความรู้เรื่องการป้องกันโรค การส่งยาให้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน การคัดกรองผู้มาร่วมงานบุญต่าง ๆ การตรวจตลาดนัดและคัดกรองผู้ที่มาตลาดนัด การคัดกรองนักเรียนในช่วงเปิดเทอม และหน้าที่อื่น ๆ ที่ได้รับมอบหมาย เป็นกำลังสำคัญในการทำงานเพื่อสร้างสุขให้กับประชาชนในพื้นที่



ด้านสังคม

- ผู้ป่วยติดเตียงได้รับการเยี่ยมบ้านอย่างน้อย ๒ ครั้ง/ปี
- มีผู้สูงอายุมีอาชีพเสริมจำนวนจำนวน ๔๒ คนคิดเป็น ๔๑.๑๗% จากผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปที่มีรายได้น้อย (๑๐๒ คน) ทำให้มีรายได้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากเดิมเดือนละ ๑๕๐ บาท
- โรงเรียนผู้สูงอายุ ๑ แห่ง (ต่อเนื่องจากปี ๖๒) มีสมาชิกเพิ่มขึ้นปี๒๕๖๑ = ๗๐ คนปี๒๕๖๒ = ๑๐๕ คน
- ซ่อมแซมที่อยู่อาศัยให้ผู้ยากจน ปี ๒๕๖๑ ซ่อมแซมบ้านจำนวน ๔ หลัง สร้างบ้านใหม่ ๑ หลัง ปี ๒๕๖๒ ซ่อมแซมบ้านจำนวน ๑๒ หลัง โดยใช้งบจากกองทุนหมู่บ้าน จำนวน ๒๘,๐๐๐ บาท สมทบจากงบ



พ.ม.ปี ๒๕๖๓ ซ่อมแซมบ้าน จำนวน ๑๐ หลัง โดยใช้งบประมาณชุมชน สร้างบ้านใหม่ ๑ หลัง งบประมาณจาก กษชช

ด้านเศรษฐกิจ

- มีผู้ใช้สารชีวภัณฑ์ทดแทนสารเคมีเพิ่มขึ้น โดยปี ๒๕๖๑ ผู้ใช้สารชีวภัณฑ์ทดแทนสารเคมี จำนวน ๕๐ ครัวเรือน ปี ๒๕๖๒ ผู้ใช้สารชีวภัณฑ์ทดแทนสารเคมี จำนวน ๘๒ ครัวเรือน
- รายได้เฉลี่ยต่อคนต่อปีเพิ่มขึ้น ปี ๒๕๖๑ รายได้เฉลี่ยต่อคนต่อปี = ๗๑,๐๓๗.๔๕ บาท ปี ๒๕๖๒ รายได้เฉลี่ยต่อคนต่อปี = ๗๙,๓๕๔.๙๑ บาท ปี ๒๕๖๓ อยู่ในระหว่างการประเมินผล

ด้านสิ่งแวดล้อม

- เกิดการจัดการขยะในระดับครัวเรือนที่มีระบบชัดเจนมากขึ้น



- จาก ปี พ.ศ. ๒๕๖๑ มีผู้ป่วย ๓๐ ราย อัตราป่วย ๓๖๕.๙๙ ต่อแสนประชากร ปี พ.ศ. ๒๕๖๒ ไม่พบผู้ป่วยไข้เลือดออก ปี พ.ศ. ๒๕๖๓ ไม่พบผู้ป่วยไข้เลือดออก (ข้อมูล ณ ๒๓ กรกฎาคม ๒๕๖๓)
- มีธนาคารน้ำใต้ดินต้นแบบ ๑ บ่อต่อ ๑ หมู่ จำนวน ๑๔ บ่อ คิดเป็น ๑๐๐ % เพื่อลดปัญหาน้ำท่วมขังในครัวเรือนเป็นการลดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงและเป็นการใช้ขยะมาใช้ประโยชน์

ปัจจัยความสำเร็จ

๑. มีผู้นำชุมชนเป็นนักพัฒนาที่ดี พร้อมให้ความร่วมมือ
๒. ทีมงานมีเป้าหมายทิศทางการแก้ไขปัญหาร่วมกัน
๓. มีทีมงานที่ดี ภาคีเครือข่ายหน่วยงานต่างๆมีการบูรณาการการทำงานร่วมกัน
๔. มีงบประมาณในการดำเนินงานจากทุกหน่วยงานประชาชนให้ความร่วมมือ

บทเรียนที่ได้รับ

๑. เกิดความรักและสามัคคีมากกว่าเดิม
๒. เกิดการบูรณาการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลที่ชัดเจนไม่ทำแบบแยกส่วนเหมือนเมื่อก่อน
 - อดีต ประชาชนจะได้รับการดูแลแบบแยกส่วนเช่นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะสนใจเรื่องการดูแลสุขภาพอย่างเดียว โดยไม่สนใจเรื่องเศรษฐกิจหรือด้านสังคม
 - ปัจจุบัน ในประชาชน ๑ คนจะได้รับการดูแลทั้งด้านสุขภาพ สังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจพร้อมกัน
๓. เกิดการระดมทุนในการขับเคลื่อน พชต. จากทุกแหล่งงบประมาณ
๔. ตำบลต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเนื่องจากได้รับการกระตุ้นติดตามจาก พชอ.



๕. ผู้นำชุมชนเริ่มต้นตัวในการพัฒนาหมู่บ้านของตนเองมากกว่าเมื่อก่อน
๖. ภาคภูมิใจที่ตำบลได้รับการคัดเลือกเป็นตำบลต้นแบบ พชต. ระดับอำเภอและระดับจังหวัด
๗. ได้รับการยกย่องเชิดชูเกียรติเป็นหมู่บ้านต้นแบบโดยเฉพาะหมู่บ้าน ๘ บ้านหนองขำ
 - ปี ๒๕๖๑ ได้รับรางวัลดีเด่นอันดับ ๑ หมู่บ้าน ๓ อ ๓ ส (อาหารอารมณ์ออกกำลังกายสุราสุบบุรีและพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ)
 - ปี ๒๕๖๒ ได้รับรางวัลดีเด่นอันดับ ๑ หมู่บ้าน พชอ.ต้นแบบ ด้านสังคม

๒๒. ตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ

อัครเดช ปันนาวิน, อรพรรณ ห้วนนา

ความเป็นมา ความสำคัญของปัญหา

ตำบลหาดสองแคว องค์การบริหารส่วนตำบลหาดสองแคว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดสองแควทีมสุขภาพ ภาควิชาเครือข่ายต่าง ๆ มีการทำงานร่วมกัน ในการทำงานจัดการดูแลคุณภาพชีวิตให้กับพี่น้องประชาชนหลายๆด้าน ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ เกิดความโปร่งใส มีส่วนร่วมในการบริหารราชการ และบริการตามหลักธรรมาภิบาล ซึ่งมีการดำเนินการโดยแบ่งเป็น ๖ ยุทธศาสตร์ในการดำเนินงาน ประกอบด้วย ด้านโครงสร้างพื้นฐาน และการคมนาคม ด้านการศึกษา ด้านการเกษตร ด้านศาสนา ประเพณี วัฒนธรรมนันทนาการ การท่องเที่ยว ภูมิปัญญาท้องถิ่น ด้านสาธารณสุข และด้านการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน โดยบริการงานทั้ง ๖ ด้านนี้มีวัตถุประสงค์หลักก็เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของในชุมชน

คุณภาพชีวิตเป็นเป้าหมายหลักของสังคม การสร้างให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข คือ ประชาชนมีสุขภาพอนามัยดี มีร่างกายที่แข็งแรงและจิตใจที่เป็นสุข อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข เสมอภาค มีโอกาสได้เข้ารับบริการด้านสุขภาพที่ได้มาตรฐาน ของประชาชนทุกเพศ ทุกวัย โดยในแต่ละช่วงวัยนั้นล้วนมีการเจ็บป่วยที่แตกต่างกันไป ซึ่งต้องได้รับการดูแลตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา จนกระทั่งเสียชีวิต ซึ่งในการดูแลสุขภาพในแต่ละกลุ่มวัยนั้นจะต้องได้รับการส่งเสริม ควบคุม และป้องกันที่ถูกต้อง

ปัญหาคนในตำบลหาดสองแควในอดีต จากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นด้านสุขภาพของคนตำบลหาดสองแคว ตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๕๘ – พ.ศ.๒๕๖๒ สถิติการเสียชีวิตของประชาชนตำบลหาดสองแควส่วนใหญ่เสียชีวิตด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิต โรคไขมันอุดตันในเส้นเลือด เส้นเลือดในสมองแตก โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง ซึ่งสาเหตุของการเกิดโรคเหล่านี้เกิดจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตการดูแลสุขภาพ พฤติกรรมการบริโภค การไม่ออกกำลังกาย และการสูบบุหรี่ทางกรรมพันธุ์จากรุ่นสู่รุ่น โดยการอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเหล่านี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ

การตรวจคัดกรองสารเคมีตกค้างในเลือดในกลุ่มวัยทำงานของประชาชนตำบลหาดสองแคว ผลจากการตรวจสารเคมีพบว่า ประชากรส่วนใหญ่มีสารเคมีตกค้างในกระแสเลือดอยู่ในเกณฑ์ ไม่ปลอดภัยร้อยละ ๓๘.๙ รองลงมาคือมีสารเคมีตกค้างในกระแสเลือดอยู่ในเกณฑ์เสี่ยง ร้อยละ ๓๒.๙๕ สารเคมีตกค้างในกระแสเลือดอยู่ในเกณฑ์ปลอดภัย ร้อยละ ๒๑.๕๔ และสารเคมีตกค้างในกระแสเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ ๑๐.๘๒ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าประชาชนตำบลหาดสองแควมีความเสี่ยงจากการประกอบอาชีพ และการบริโภคสารเคมีที่อาจตกค้างในพืชผักทางการเกษตร



ผู้สูงอายุในปัจจุบัน พบว่าประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั้งด้านปริมาณและสัดส่วนต่อประชากร ตำบลหาดสองแควเป็นพื้นที่หนึ่งที่มีประชากรผู้สูงอายุจำนวนมาก โดยคิดเป็นร้อยละ ๑๙ ของประชากรทั้งหมด ถือว่ากำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบ เนื่องจากจำนวนและสัดส่วนประชากรสูงอายุมีการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น เช่นนี้ จากการพัฒนาด้านสาธารณสุขและทางการแพทย์ ทำให้อัตราการตายลดลง ผู้สูงอายุจึงมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น แต่ผู้สูงอายุก็ยังได้รับผลกระทบจากการเสื่อมถอยของร่างกายตามวัย รวมทั้งผลของโรคเรื้อรังหรืออุบัติเหตุ จึงนำไปสู่ความถดถอยของร่างกาย เกิดภาวะพึ่งพา ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้หรือช่วยเหลือตนเองได้น้อย หรืออาจมีอาการสมองเสื่อม ทำให้ต้องอาศัยพึ่งพาเป็นภาระแก่ผู้ดูแล เกิดภาวะทุพพลภาพในที่สุด สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอยู่อย่างไม่มีความสุข และผู้สูงอายุบางรายมีลูกหลานคอยดูแล หรืออยู่กันสองคนตายาย อีกทั้งยังมีผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังในสังคม ซึ่งต้องได้รับการดูแลด้านจิตใจ เพื่อไม่ให้เกิดภาวะซึมเศร้า หรือการท้อแท้ใจ ผู้สูงอายุจึงควรได้รับความสนใจดูแลสุขภาพให้สมบูรณ์แข็งแรงมีคุณภาพชีวิตที่ดี ป้องกันการเกิดโรคต่างๆ รวมทั้งฟื้นฟูสุขภาพเมื่อมีภาวะของโรค และควบคุมให้ภาวะของโรคเหล่านั้นมีอาการคงที่ ไม่กำเริบรุนแรงหรือเสื่อมถอยมากกว่าเดิม จะทำให้ผู้สูงอายุมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่าสามารถทำประโยชน์ให้แก่สังคม และมีความสุขในบั้นปลายของชีวิต และการบริการทางด้านสาธารณสุขของภาครัฐยังมีข้อจำกัดคือ ไม่เพียงพอต่อความต้องการการรับบริการดูแลสุขภาพของพี่น้องประชาชน การดูแลไม่ทั่วถึง และไม่ครอบคลุมในทุกพื้นที่ การเข้าถึงการบริการสุขภาพ การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพ และการดูแลด้านจิตใจ

การดำเนินการแก้ไขปัญหาต้องมีการบูรณาการแก้ไขปัญหาทั้งระบบก็เป็นเรื่องที่ต้องอาศัยความร่วมมือทุกฝ่ายในการแก้ปัญหาโดยใช้หลัก “ การมีส่วนร่วม ” มาแก้ปัญหาของตำบลหาดสองแคว เพื่อให้คนในตำบลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สุขภาพดี แข็งแรง อายุยืนยาวนาน ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ได้รับการดูแลสุขภาพที่กลุ่มวัย อยู่ร่วมกันในสังคมอย่างมีความสุข ผู้สูงอายุต้องไม่ถูกทอดทิ้ง เหล่านี้เป็นแนวทางในการนำมาโดยภาพกิจกรรมเพื่อแก้ปัญหาของชุมชนตำบลหาดสองแคว คุณภาพชีวิตเป็นเป้าหมายหลักของสังคม การสร้างให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข คือ ประชาชนมีสุขภาพอนามัยดี มีร่างกายที่แข็งแรงและจิตใจที่เป็นสุข อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข เสมอภาค มีโอกาสได้เข้ารับบริการด้านสุขภาพที่ได้มาตรฐาน ของประชาชนทุกเพศ ทุกวัย โดยในแต่ละช่วงวัยนั้นล้วนมีการเจ็บป่วยที่แตกต่างกันไป ซึ่งต้องได้รับการดูแลตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา จนกระทั่งเสียชีวิต ซึ่งในการดูแลสุขภาพในแต่ละช่วงวัยนั้น จะต้องได้รับการส่งเสริม ควบคุม และป้องกันที่ถูกต้อง จึงได้อาศัยการมีส่วนร่วมและการดูแลสุขภาพร่วมกันของหลายๆฝ่ายในการทำงาน

การจัดการสุขภาพเชิงรุก แบบมีส่วนร่วมในชุมชน เป็นกระบวนการทำงานแบบบูรณาการเชิงรุก ที่ร่วมกันทำงานในหลายๆฝ่าย โดยอาศัยการทำงานร่วมกันของหน่วยงานต่างๆและคนในชุมชน ประกอบด้วย องค์การบริหารส่วนตำบลหาดสองแคว โรงพยาบาลตรอน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดสองแคว มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ ศูนย์ฝึกและพัฒนาอาชีพราษฎรไทยบริเวณชายแดนอุตรดิตถ์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ หน่วยงานท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และภาคประชาชน และหน่วยงานอื่นๆที่เข้ามาให้การสนับสนุน เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมและประชาชนได้รับประโยชน์มากที่สุด โดยกระบวนการดังกล่าว มุ่งเน้นการทำงานในพื้นที่



การจัดการสุขภาพเชิงรุก แบบมีส่วนร่วมในชุมชน คือ รูปแบบใหม่ของการบริการด้านสุขภาพขั้นต้น เพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงการคัดกรองและการให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพมากขึ้น และสะดวกรวดเร็วขึ้น มีแนวคิดหลักคือ การดูแลสุขภาพประชาชนทุกช่วงวัยเป็นรายครอบครัว โดยทีมสุขภาพ ทำงานกันในเชิงรุก ระบบบริการสุขภาพที่สำคัญและจำเป็น จะสามารถทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้ทั่วถึง เป็นระบบที่จะต้องสามารถ ให้บริการสุขภาพได้ครบถ้วนในทุกมิติ อันประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ ตลอดจนการคุ้มครองผู้บริโภค อีกทั้งยังดูแลสุขภาพจิตใจ นั่นก็คือระบบบริการปฐมภูมิ ซึ่งมีความใกล้ชิดกับประชาชนและชุมชนมากที่สุด ไม่ตั้งรอให้คนไข้มานหาหมอแต่อย่างเดียว โดยส่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. ซึ่งเป็นคนในชุมชนที่ได้รับการอบรมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ลงพื้นที่ให้คำแนะนำ ดูแลด้านสุขภาพตลอดจนให้การช่วยเหลือ ขึ้นพื้นฐานกันถึงประตูบ้านทั้งในยามปกติและยามฉุกเฉิน

การดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ ได้ทำงานด้านการดูแลสุขภาพชุมชน หลายๆด้าน ครอบคลุม ๕ กลุ่มวัยการดูแลหญิงตั้งครรภ์และทารกหลังคลอด โดยการมอบไข่ให้คนท้องจนกว่าจะคลอดโดย รพ.สต. ให้ความรู้ระหว่างการตั้งครรภ์ การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ส่งเสริมการพัฒนาการตามวัย การส่งเสริมด้านโภชนาการ การเตรียมความพร้อมที่จะเข้าเรียนอนุบาลเมื่อเข้าเรียนตามเกณฑ์ก็จะได้ดูแลโดยสภาเด็กและเยาวชนตำบลหาดสองแควเรียนรู้ในสังคมอย่างมีความสุขเข้าใจในวิถีชีวิตของท้องถิ่น โดยปลูกฝังให้เยาวชนรักท้องถิ่นมีสโลแกนว่า “ คนหาดสองแควสำนึกรักบ้านเกิด ” การรณรงค์รักษาสีเสื้อสวม การปั่นจักรยานดูแลสุขภาพแวล้อมรอบหมู่บ้าน ทำให้บริเวณถนนรอบหมู่บ้านสะอาดสวยงามเด็กๆได้ปั่นจักรยานสุขภาพที่ดี กลุ่มวัยทำงานได้มีการรณรงค์ตรวจสารเคมีในเลือดประชาชนวัย ตรวจคัดกรองสารเคมีเพื่อประเมินความเสี่ยงการมีสารเคมีตกค้างในร่างกาย และนำแก้ไข้ปัญหาเรื่องพฤติกรรมกรรมการบริโภคของคนในตำบลหาดสองแคว ส่งเสริมทำโครงการปลูกข้าวอินทรีย์ ปลูกผักปลอดสารพิษ ส่งเสริมการปลูกพืชผักสวนครัวรั้วกินได้ปลอดสารพิษ ลดความเสี่ยงในการรับสารเคมีเข้าสู่ร่างกาย หลีกเลี่ยงการใช้สารเคมีทางการเกษตร ส่งเสริมการปลูกผักปลอดสาร อาหารปลอดภัย และเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ จำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม โดยมีการจัดทำโครงการเยี่ยมใกล้ใจ เพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านและผู้ป่วยติดเตียงที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดและสม่ำเสมอ ให้ความรู้ให้คำแนะนำกับผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านและผู้ป่วยติดเตียง ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ทำงานร่วมกันเป็นเครือข่ายสุขภาพ ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยติดเตียงระหว่างองค์การบริหารส่วนตำบลหาดสองแคว โรงพยาบาลตรอน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดสองแคว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน ที่มีการทำงานเพื่อให้บริการดูแลสุขภาพถึงที่บ้าน พุดคุยให้กำลังใจ ดูแลสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้า แก้ไขในเรื่องการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม จะเห็นได้ว่ากิจกรรมตั้งแต่อยู่ในครรภ์จนแก่ชราและเสียชีวิต คนตำบลหาดสองแควได้รับการดูแลเป็นอย่างดีเยี่ยม มีความสามัคคีร่วมมือกันในการสร้างสุขภาพจนตำบลหาดสองแควเป็นตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ

เป้าหมายของการดำเนินการ

เชิงคุณภาพ

เป้าหมายสำคัญของการจัดการสุขภาพเชิงรุก แบบมีส่วนร่วมในชุมชน คือการพัฒนาไปถึงขั้นสร้างให้ประชาชนทุกคนในครอบครัว ในชุมชน มีส่วนร่วมหันมาใส่ใจในการดูแลสุขภาพ ด้วยการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อ



การเกิดโรค และ การส่งเสริม สนับสนุน ให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่จำเป็น มากกว่ารอให้เจ็บป่วย ให้บริการแบบรอบด้านที่ตอบสนองความต้องการชุมชน เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของประชาชนตำบลหาดสองแควทุกครัวเรือน

เชิงปริมาณ

1. อัตราผู้ป่วยรายใหม่โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงลดลง
2. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสารเคมีในเลือด เกษตรกรลดลง
3. อัตราผู้ป่วยโรคไข้หูดับ(สเต) ลดลง

กระบวนการ วิธีการ

1. มีการทบทวนผลการดำเนินงานในรอบปีที่ผ่านมา วิเคราะห์ข้อมูล
2. มีการทำประชาคม โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และหาแนวทางการแก้ไขร่วมกัน
3. ทำโครงการรองรับเพื่อแก้ไขปัญหาโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
4. ดำเนินการตามแผนงานโครงการ
5. สรุปผลการดำเนินการ และคืนข้อมูลแก่ชุมชน

ผลการดำเนินงาน ประโยชน์ที่ได้รับ

ผู้สูงอายุมีอายุยืนมากขึ้น

- จำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ ๒๔.๑๓ ของประชากรตำบลหาดสองแคว
- มีการจัดตั้งศูนย์ LTC, ชมรมผู้สูงอายุ

ผู้ป่วยรายใหม่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูงลดลง

โรคเบาหวาน

ปี ๒๕๖๒ ผู้ป่วยรายใหม่ ๕๕๕.๔๒ ต่อแสนประชากร

ปี ๒๕๖๓ ผู้ป่วยรายใหม่ ๒๑๙.๐๓ ต่อแสนประชากร

โรคความดันโลหิตสูง

ปี ๒๕๖๒ ผู้ป่วยรายใหม่ ๑๔๗๓.๐๗ ต่อแสนประชากร

ปี ๒๕๖๓ ผู้ป่วยรายใหม่ ๘๐๓.๑๒ ต่อแสนประชากร

จำนวนกลุ่มเสี่ยงสารเคมีในเลือด เกษตรกรลดลง

ปี ๖๒ จำนวนกลุ่มเสี่ยง ๑๗๘ คน

ปี ๖๓ จำนวนกลุ่มเสี่ยง ๑๔๕ คน

รายได้เฉลี่ยของประชาชนมากขึ้น

OTOP : กล้าวยฉาบป่าสาลี

ผู้สูงอายุได้รับรางวัล ด้านสุขภาพ

นางห้อย พุทธิธา อายุ ๘๗ ปี ที่อยู่ ๓๗ ม.๓ รับรางวัล ผู้สูงอายุสุขภาพพินดี จังหวัดอุดรดิตถ์

ปัจจัยความสำเร็จ

1. มีการดำเนินงานโดยภาคีเครือข่าย และการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ



๒. ชุมชนให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ โดยการ

- มีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพ ดูแลช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ กับประชาชนทุกกลุ่มวัย ทุกหลังคาเรือน ในตำบลหาดสองแคว
- ให้การดูแลครอบคลุมทุกมิติ การรักษาพยาบาลการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ และการดูแลด้านจิตใจแบบบูรณาการเชิงรุกและต่อเนื่อง
- ให้การดูแลครอบครัวที่มีประชากรกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพ อย่างครอบคลุมและครบถ้วน
- ดูแลสุขภาพทุกกลุ่มวัยตั้งแต่เกิด จนเสียชีวิต ดูแลปัญหาสุขภาพตั้งแต่ระยะเริ่มจนถึงระยะสุดท้าย

บทเรียนที่ได้รับ

๑. การจัดการปัญหาของชุมชน โดยให้ชุมชนช่วยกันวิเคราะห์ถึงปัญหาในพื้นที่ร่วมกัน และมีองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ทรพและชุมชนเข้าไปมีส่วนร่วมในการจัดการและแก้ไขปัญหา ช่วยให้การจัดการ.อสม .สต. สุขภาพของตำบลมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

๒. การทำงานแบบภาคีเครือข่าย ทำให้ครอบคลุมการดูแลสุขภาพครบทุกมิติ ทั้งเชิง.งรุกและเชิงรับช่วยให้ประหยัดงบประมาณในการจัดการสุขภาพมากขึ้น โดยเน้นไปที่ ให้ความสำคัญกับการส่งเสริม "สร้างนำซ่อม" และป้องกันสุขภาพของคนในชุมชน

๒๓. เบาที ต้นไม้ อยู่ในชุมชน

คุณเดือน จิตเงิน, วาสนี ชุ่มจิตร, ดุษฎี จันทรบุศย์,
ไพบุลย์ แก้วดก, วัลลภา ทาสนนท์ และพัชรา สนใจ

ความเป็นมา/สภาพปัญหา

ศูนย์สุขภาพชุมชนวัดช่องคีรีศรีสัทธิตถาราม กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ เปิดดำเนินการปี ๒๕๕๕ และเป็นPCCในปี๒๕๖๒ ในปี ๒๕๖๓แบ่งเป็นทีมในPCC จำนวน ๒ ทีมได้แก่ ทีมวัดช่องฯ และทีมวัดพุทธ รับผิดชอบประชากรจำนวน ราย ๖๘๒๘ หลังคาเรือน จำนวน ๑๖ ชุมชน มีอาสาสมัครสาธารณสุขจำนวน ๑๖๑ ราย การบริการตรวจรักษาในช่วงเช้ามีผู้รับบริการประมาณ ๖๐-๑๐๐ รายต่อวันผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง จำนวนผู้ป่วยเบาหวานจำนวน ๔๐๐ ราย และผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน ๑,๒๐๐ ราย ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบและมีผู้ป่วยเบาหวานความดันนอกเขตรับผิดชอบอีกจำนวน ราย ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีรวมทั้งมีผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ถูกส่งกลับจากโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ซึ่งเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายมารักษาต่อที่สถานบริการเป็นจำนวนเพิ่มขึ้นอีกจากนโยบายลดความแออัดของโรงพยาบาล ทำให้จำนวนผู้รับบริการเพิ่มขึ้นทุกปีจากจำนวนผู้รับบริการที่เพิ่มมากขึ้นมีส่วนทำให้คุณภาพในการดูแลผู้ป่วยลดลงเสี่ยงต่อความไม่พึงพอใจและเพิ่มภาระงานของเจ้าหน้าที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติงานเชิงรุกในช่วงเช้าได้

ทีมเจ้าหน้าที่จึงได้ปรึกษากับอาสาสมัครสาธารณสุขทุกชุมชนในการลดความแออัดของผู้รับบริการ และเพิ่มการบริการเชิงรุกในชุมชนให้กับผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล และระดับความดันโลหิตได้โดยบูรณาการการดูแลรักษาร่วมกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนตา ไต เท้า ฟันและ



หลอดเลือดสมองโดยให้ผู้ป่วยรับรู้และตระหนักถึงความเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนของการดำเนินไปของโรค และการตรวจประเมินภาวะแทรกซ้อน โดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมในการช่วยกันดูแลสุขภาพกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนที่ควบคุมได้เป็นการต่อยอดจากโครงการเดิมในปี ๒๕๕๕ ที่ได้จัดทำใน ๒ ชุมชนคือ โครงการพัฒนาบริการเชิงรุกกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในชุมชนเจ้าพ่อเศรษฐกิจและชุมชน สวัสดิ์พัฒนา

ดังนั้นการบริการเชิงรุกให้กับกลุ่มเป้าหมายในชุมชนร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน น่าจะเป็นแนวทางในการป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนและการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้นและลดการขาดนัด ลดความแออัดในการบริการของศูนย์สุขภาพชุมชนวัดช่องศิรีฯ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์จึงจัดทำโครงการนี้ขึ้นโดยจัดทำในชุมชน ๒ ชุมชนที่มีความพร้อมเป็นการนำร่องก่อนและขยายเป็น ๓ ชุมชนปี ๒๕๖๒

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อลดความแออัดในสถานบริการ
๒. เพื่อพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง
๓. เพื่อบูรณาการการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงเชิงรุก ในชุมชน
๔. เพื่อสร้างกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ให้เกิดขึ้นในชุมชน

เป้าหมาย

๑. กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน / ความดันโลหิตสูงในชุมชน ๓ ชุมชน ที่ควบคุมระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิตได้ จำนวน ๖๗ ราย
๒. อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนจำนวน ๓ ชุมชน รวม ๓๐ ราย

กิจกรรมการดำเนินการงาน/กระบวนการ

๑ ขั้นเตรียมการ

๑.๑. สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการของอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชน

๑.๒. เตรียมข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยการรักษา วันนัด ผลเลือด อุปกรณ์การตรวจรักษา เวชภัณฑ์ยา สื่ออุปกรณ์ การเยี่ยมบ้าน

๒ ขั้นดำเนินการ

- ๒.๑. ตรวจประเมินสัญญาณชีพเบื้องต้นโดยอสม.เชี่ยวชาญ
- ๒.๒. ตรวจรักษาโดยเจ้าหน้าที่
- ๒.๓. ตรวจประเมินภาวะแทรกซ้อน (ไต เท้า ฟัน หลอดเลือดสมอง)
- ๒.๔. ติดตามผู้ป่วยขาดนัด โดยอสม.
- ๒.๕. ติดตามเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่ กรณีรายที่มีปัญหา
- ๒.๖. ลงประวัติการรักษา จัดยาโดยเจ้าหน้าที่
- ๒.๗. จ่ายยาโดย อสม.



๓ ขั้นประเมินผล

ผลการดำเนินงาน

กลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมโครงการ

ชุมชน	จำนวน	เข้าร่วมต่อเนื่อง	เปอร์เซ็นต์
สวัสดิพัฒนา	๒๐	๒๐	๑๐๐
เขาโกรกพม่า	๒๕	๒๕	๑๐๐
เจ้าแม่ศรีจันทร์	๒๒	๒๑	๙๕
ผลรวม	๖๗	๖๖	

ประเมินกระบวนการ

๑. มีการปรับการทำกลุ่มจากโครงการเดิมเป็นรายบุคคลเนื่องจากความไม่พร้อมของผู้ป่วย
๒. มีการเพิ่มบริการเจาะเลือดและเยี่ยมบ้านร่วมกับอสม. สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถไปเจาะเลือดได้

ประเมินผลลัพธ์

๑. สามารถลดความแออัดในสถานบริการได้ ๒๖๘ วิธีหัตถ์ต่อปี
๒. สามารถบูรณาการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมได้คือ การตรวจประเมินเบื้องต้น โดยอสม. มีการตรวจประเมินภาวะแทรกซ้อน, มีการตรวจรักษาจ่ายยาโดยเจ้าหน้าที่, เชี่ยวชาญ.
๓. มีกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนเบาหวานความดันในชุมชนโดยอสม. เป็นแกนนำ.
๔. มี อสม. เชี่ยวชาญที่มีประสิทธิภาพชุมชนละ ๔ ราย
๕. สามารถติดตามผู้ป่วยขาดนัดโดยอสม.
๖. ความพึงพอใจของผู้ป่วยร้อยละ ๙๖.๔๒
๗. ส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน ๙ ราย โรคหัวใจ)๒ ราย, โรคไตเรื้อรัง ๒ ราย ,ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ๔ ราย, ภาวะแทรกซ้อนที่ทำความเสี่ยงสูงมาก ๑ ราย (

บทเรียนที่ได้รับ

๑. มีระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงโดยชุมชนมีส่วนร่วม ๓ ชุมชน สามารถเป็นต้นแบบชุมชนอื่นได้
๒. สามารถลดความแออัดในสถานบริการได้จากจำนวนผู้ป่วยที่ต้องมารับยาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนวัดช่องศรีฯ
๓. สามารถต่อยอดการดูแลผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของอสม. ช่วงโควิด ๑๙ ได้ทุกชุมชนจำนวน ๑๖ ชุมชน

ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จ

ความเข้มแข็งของ อสม. และ ชุมชน



๒๔. ๓๔๕๕ โมเดล พา..อยู่เย็น เป็นสุข หมดทุกข์..ในลานธรรม

สุภาพร สงสำเภา, เขมมวีรลักษณ์ บุตรน้ำเพชร และทีม

ที่มาโครงการ

สถานการณ์ในปัจจุบัน พบว่าสัดส่วนผู้สูงอายุไทยเพิ่มจำนวนมากขึ้นและมีอายุยืนยาวมากกว่าเดิม เนื่องด้วยการแพทย์และเทคโนโลยี ที่ทันสมัย รวดเร็ว ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาวขึ้น แต่ในวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในทางที่เสื่อมลง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม นำมาซึ่งความเสี่ยงต่อปัญหาด้านสุขภาพ พฤติกรรม และสิ่งแวดล้อม ทำให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอยู่อย่างไม่มีความสุข

โรงพยาบาลหนองขาหย่าง ตำบลหนองขาหย่าง อำเภอหนองขาหย่าง จังหวัดอุทัยธานี ได้รับงบประมาณสนับสนุน จากองค์การบริหารส่วนตำบลหนองขาหย่าง ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยมีพื้นที่รับผิดชอบ ๘ หมู่บ้าน มีประชากร จำนวน ๑,๗๑๘ คน ผู้สูงอายุ จำนวน ๕๔๐ คน ร้อยละ ๓๑.๔๓ (ภาพรวมสูงกว่าระดับจังหวัด ประเทศ) กลุ่มติดสังคม ร้อยละ ๙๕.๔๖ กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ ๑.๘๙ กลุ่มติดเตียง ร้อยละ ๒.๒๖ ดังนั้น กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิฯ ร่วมกับ ภาศึเครือข่าย (องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, แกนนำผู้สูงอายุ, ชมรมผู้สูงอายุ, ผู้ดูแล/ญาติ) เห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว เพื่อให้การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้วยกิจกรรมทั้งทางด้านร่างกาย สังคม อารมณ์ และจิตใจเข้าด้วยกัน โดยการมีส่วนร่วมในกิจกรรมและทำประโยชน์ต่อสังคม จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวได้และมีความสุขต่อการใช้ชีวิตในบั้นปลายที่เหลืออยู่ อย่างความภาคภูมิใจ ด้วยเปลี่ยนผู้สูงอายุจาก “ภาระ” ให้เป็น “พลัง” ของชุมชน ด้วย “๓๔๕๕ โมเดล พา..อยู่เย็น เป็นสุข หมดทุกข์..ในลานธรรม ”

วัตถุประสงค์ของโครงการ

๑. เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุให้มีความ พร้อมสามารถดูแลตนเองได้ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ สังคม ในการสร้างสุข จาก “ภาระ” ให้เป็น “พลัง” ของชุมชน

๒. เพื่อให้ผู้สูงอายุ มีเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความภาคภูมิใจในอดีต รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และทำกิจกรรมต่างๆที่สนใจร่วมกัน

ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. ทีมฯ ประชุมวิเคราะห์ข้อมูลผู้สูงอายุ ปัญหา อุปสรรค กำหนดแผนงาน วิธีการดำเนิน กิจกรรม ร่วมกับชมรมผู้สูงอายุเพื่อให้กิจกรรมตรง ตามความต้องการของกลุ่มผู้สูงอายุ

๒. ประสานหน่วยงานต่างๆ เพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณ และผู้ที่เกี่ยวข้อง ในการดำเนินกิจกรรม อาทิ วิทยากร (แกนนำชุมชน ผู้สูงอายุ) สถานที่ลานธรรมฯ

๓. ดำเนินกิจกรรม ๓๔๕๕ โมเดล และการสร้างองค์ความรู้ โดยการให้ความรู้ด้านต่างๆ เช่น ด้านสุขภาพ ด้าน การเตรียมความพร้อมสู่สังคมผู้สูงอายุ เดือนละ ๑ ครั้ง

วิธีการใช้ และการพัฒนาต่อเนื่อง

กลุ่มเป้าหมายแกนนำชมรมผู้สูงอายุ ๓๐ คน

๑. สร้างการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ด้วยกระบวนการ ๓๔๕๕ โมเดล เดือนละ ๑ ครั้ง จำนวน ๔ ครั้ง

๓ ส. สอดส่อง มองหา = มองหาคนที่ต้องการ ความช่วยเหลือเร่งด่วน

ส. ใส่ใจ รับฟัง = มีสติ รับฟัง อย่างตั้งใจ ส. ส่งต่อ เชื่อมโยง = ช่วยเหลือ ตามความจำเป็นพื้นฐาน เช่น น้ำ อาหาร ยา

๔ อริยสัจ ๔ ทุกข์ = ความจริงที่ว่าด้วยความทุกข์ สมุทัย = ความจริงที่ว่าด้วยเหตุให้เกิดทุกข์ นิโรธ = ความจริงที่ว่าด้วยความดับทุกข์ มรรค = ความจริงที่ว่าด้วยทางแห่งความดับทุกข์

๕ ความสุข ๕ มิติ สุขสบาย สุขสนุก สุขสง่า สุขสว่าง สุขสงบ



๕ ภาคเครือข่าย อบต. สาธารณสุข ผู้สูงอายุ แกนนำชุมชน ญาติ/ผู้ดูแล

โดยภายในกลุ่มมีส่วนร่วมในการร่วมแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ตามกระบวนการ ๓๔๕๕ โมเดล ซึ่งมีข้อตกลงร่วมกัน เรารับฟังทุกความคิดเห็น ทุกความคิดเห็นมีประโยชน์ ไม่มีผิด จนเกิดการ ตักตะกอนและถอดบทเรียน นำไปปรับใช้ในการดำรงชีวิตต่อไป

ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงาน ๓๔๕๕ โมเดล พา..อยู่เย็น เป็นสุข หมดทุกข์..ในลานธรรม พบว่า แกนนำสมาชิก ชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ ๕๐ (๔๐) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตระดับดี ได้แก่ ด้านจิตใจมีค่าสูงสุดร้อยละ ๓๖.๖๖ (๑๓) รองลงมา คือ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ร้อยละ ๓๐.๐๐ (๒๖.๖๖) ภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุนั้นพบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะ สุขภาพจิตดีกว่าเกณฑ์มาตรฐาน คนปกติ ร้อยละ ๔๐ (๓๓.๓๓) สุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานมีเพียง ร้อยละ ๒๖.๖๖ (๓๐.๐๐) ส่วน ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุเป็นกลุ่มติดสังคม ร้อยละ ๘๗.๖๕ กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ ๑๒.๓๕ จากผลการดำเนินงาน โดยใช้ ๓๔๕๕ โมเดลฯ สามารถไปเป็นแนวทาง ในการวางแผนดูแลภาวะสุขภาพด้านการเจ็บ ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และสัมพันธภาพทางสังคมของผู้สูงอายุให้มี คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และนำไปบูรณาการปรับใช้ในการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทุกกลุ่มอายุ ต่อไป (คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต, ภาวะสุขภาพจิต, ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง, ผู้สูงอายุ)

ดัชนีตัวชี้วัดระดับคุณภาพชีวิต ๔ ด้าน

ด้าน	คุณภาพชีวิต	ก่อนการเข้าร่วมโครงการ			หลังการเข้าร่วมโครงการ		
		ไม่ดี	ปานกลาง	ดี	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี
๑	ด้านสุขภาพกาย	๑๒ (๕๐)	๑๔ (๕๖.๖๖)	๔ (๑๓.๓๓)	๑๑ (๓๖.๖๖)	๑๓ (๔๓.๓๓)	๖ (๒๐.๐๐)
๒	ด้านจิตใจ	๑๘ (๖๐)	๗ (๒๓.๓๓)	๕ (๑๖.๖๖)	๑๒ (๔๐.๐๐)	๘ (๒๖.๖๖)	↑๑๐ (๓๓.๓๓)
๓	ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	๑๘ (๖๐)	๔ (๑๓.๓๓)	๘ (๒๖.๖๖)	๑๕ (๕๐.๐๐)	๖ (๒๐.๐๐)	↑๙ (๓๐.๐๐)
๔	ด้านสิ่งแวดล้อม	๑๖ (๕๓.๓๓)	๕ (๑๖.๖๖)	๙ (๓๐)	๑๔ (๔๖.๖๖)	๘ (๒๖.๖๖)	๘ (๒๖.๖๖)
คุณภาพชีวิตที่ดีโดยรวม		๑๔ (๔๖.๖๖)	๑๒ (๔๐)	๔ (๑๓.๓๓)	๘ (๒๖.๖๖)	↑๑๕ (๕๐)	๗ (๒๓.๓๓)

ดัชนีตัวชี้วัดสุขภาพจิต สุขภาพจิตผู้สูงอายุ

กลุ่ม	ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต	ก่อนการเข้าร่วมโครงการ		หลังการเข้าร่วมโครงการ	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
๑	สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป	๑๐	๓๓.๓๓	๑๒	๔๐.๐๐
๒	สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป	๑๑	๓๖.๖๖	๑๐	๓๓.๓๓
๓	สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป	๙	๓๐.๐๐	๘	๒๖.๖๖



- ผลประเมินความพึงพอใจ ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม ร้อยละ หลังเข้าร่วมกิจกรรม ร้อยละ ๘๗.๒๓ ๙๓.๒๔
- บุคคลต้นแบบ ๒ คน ลุงบก อายุ (.อสม/ประธานชมรมผู้สูงอายุ) ปี ๗๑ ปี และ ป้าต้อย อายุ ๙๑

สรุปผลการดำเนินงานตามโครงการนวัตกรรม

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

๑. ระดับอำเภอ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เห็นความสำคัญ สนับสนุน
๒. ระดับโรงพยาบาล เครือข่ายฯ โดยผู้บริหาร สนับสนุน ทีมงานเข้มแข็ง
๓. ระดับชุมชนภาคีเครือข่ายฯ เห็นความสำคัญ/ให้ความร่วมมือ

ประโยชน์ที่ได้รับ

๑. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ออกจากบ้าน มาเข้าร่วมกิจกรรม และสามารถปรับตัวได้และมีความสุขต่อการใช้ชีวิตในบ้านปลายที่เหลือน้อย อย่างความภาคภูมิใจ ด้วยเปลี่ยนผู้สูงอายุจาก ภาวะ“” ให้เป็น พลัง“” ของชุมชน
๒. สร้างเครือข่ายและสนับสนุนให้มีกลุ่มช่วยเหลือตนเอง และกลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกัน
๓. เกิดบุคคลต้นแบบ และญาติสนับสนุนการเข้าร่วมกิจกรรม

โอกาสพัฒนา

นำรูปแบบ ๓๔๕๕ โมเดล พัฒนาต่อยอด ในการวางแผนดูแลกลุ่มผู้สูงอายุ ในอำเภอหนองขาหย่าง เพื่อผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และนำไปกระบวนการ ๓๔๕๕ โมเดล มาปรับใช้ในกระบวนการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทุกกลุ่มอายุ ต่อไป

๒๕. การพัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย

รพ.สต.ช้อยสูง อำเภอดรอน จังหวัดอุดรดิษฐ์

ไอพาร สุวรรณพรหม และนัฐฐาทิพย์ แยมยินดี

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันจำนวนผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่ผู้สูงอายุมักมีผลกระทบต่อสุขภาพเนื่องจากความเสื่อมถอยของร่างกายตามวัย รวมทั้งผลของโรคเรื้อรังที่พบบ่อย แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ ๑๑ ได้มุ่งเน้นระบบสุขภาพแบบพอเพียงส่งเสริมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่น การบำบัดรักษาความเจ็บป่วยด้วยการแพทย์แผนไทยและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนไทย อีกทั้งยังเป็นการรักษาความเจ็บป่วยแบบองค์รวม เป็นอีกทางเลือกหนึ่งด้านสุขภาพที่ประชาชนสามารถดูแลป้องกันตัวเองได้ ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งคู่ขนานกับการดำเนินงาน

แต่ในทางปฏิบัติมีผู้สูงอายุอีกหลายราย ยังเข้าไม่ถึงบริการดังกล่าวเนื่องจากปัจจัยหลายอย่าง เช่น ความไม่สะดวกด้านการเดินทาง ไม่มีลูกหลานมารับบริการ บางคนถูกทอดทิ้งตามลำพัง ขาดทั้งการฟื้นฟูด้านร่างกายและขาดกำลังใจ ขาดการดูแลอย่างต่อเนื่อง การที่มีเจ้าหน้าที่ลงพื้นที่ออกไปดูแลฟื้นฟูรวมทั้งให้ความรู้ด้านการดูแลแก่ญาติอย่างถูกต้อง ถึงบ้าน เป็นการช่วยเหลือเกื้อกูลกันในสังคม เป็นทั้งการฟื้นฟูด้านร่างกายและการฟื้นฟูด้านจิตใจ ปัจจุบันแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพมีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงทั้งในส่วนของวิถีชีวิต สังคม เศรษฐกิจ จิตใจ ครอบครัว ชุมชน วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม ทำให้การดูแลสุขภาพมีความแตกต่างกันตามสภาพปัญหา โดยยึดเอาปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพเป็นสำคัญ ซึ่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล



ช้อยสูง ได้ยึดแนวทางดังกล่าวมาพัฒนางานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่ และพัฒนางานตามแผนนโยบายงานสาธารณสุข โดยใช้การให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มาดำเนินกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษา และฟื้นฟูสภาพ ของประชาชนในพื้นที่

ดังนั้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลช้อยสูง จึงได้มีนวัตกรรม การพัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย รพ.สต.ช้อยสูง ขึ้น เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง เป็นการฟื้นฟูทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยมุ่งเน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง และเน้นการดำเนินงานเชิงรุกในชุมชน คู่ขนานกับระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในพื้นที่

จุดมุ่งหมาย/เป้าหมายของการดำเนินงาน

๑. เพื่อพัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยคู่ขนานกับระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care)
๒. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายอย่างมีรูปแบบและขั้นตอนที่ถูกต้อง
๓. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้เข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขอย่างทั่วถึง

กระบวนการ/วิธีการ/นวัตกรรมที่เป็น Best Practice

๑. จัดทำโครงการเพื่อขออนุมัติงบประมาณดำเนินการ งบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ขององค์การบริหารส่วนตำบลช้อยสูง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี
๒. จัดเตรียมวัสดุ อุปกรณ์การดำเนินงานด้านแพทย์แผนไทยเพื่อให้บริการเชิงรุกในชุมชน
๓. สำรวจขึ้นทะเบียนกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุที่ติดบ้าน ติดเตียง มีปัญหาด้านสุขภาพ และปัญหาการเข้าถึงบริการ
๔. จัดทำแผนการดำเนินงานและแผนการเยี่ยมบ้าน การให้บริการในชุมชน
๕. ดำเนินการตามแผนงาน ให้บริการเชิงรุกในชุมชน
- ๕.๑ ออกให้บริการเชิงรุก ติดตามเยี่ยมบ้านและดูแลผู้สูงอายุในชุมชนด้วยการบริการแพทย์แผนไทย การนวดฟื้นฟูสภาพด้วยวิธีราชสำนักและประคบสมุนไพรแก่ผู้สูงอายุตามพยาธิสภาพ ครั้งละ ๒ ชั่วโมง/ราย ให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพผู้ป่วยแก่ญาติ โดยเจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทย
- ๕.๒ สอนญาติในการดูแลผู้สูงอายุ การนวดฟื้นฟูสภาพและการประคบสมุนไพร การออกกำลังกายแบบการยืดเหยียดกล้ามเนื้อด้วยท่าฤๅษีดัดตน

ผลการดำเนินงาน/ประโยชน์ที่ได้รับ

๑. ผู้สูงอายุที่มีปัญหาได้รับการเยี่ยมบ้านและการบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จำนวน ๕๐ ราย ร้อยละ ๑๐๐
๒. ญาติมีความรู้และความเข้าใจในการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย ให้ความร่วมมือ และสามารถดูแลผู้สูงอายุได้ด้วยตนเองที่บ้านได้อย่างถูกวิธีและต่อเนื่อง ร้อยละ ๑๐๐
๓. ความพึงพอใจของผู้สูงอายุและญาติต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่ ร้อยละ ๑๐๐
๔. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวนทั้งหมด ๑๐ ราย (กลุ่มติดบ้าน จำนวน ๘ ราย และกลุ่มติดเตียง ๒ ราย) ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ดีขึ้นและเปลี่ยนกลุ่ม เป็นกลุ่มติดสังคม จำนวน ๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖๐.๐๐ และได้ส่งต่อการดูแลให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) ดูแลต่อเนื่อง จำนวน ๑๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณค่า



ปัจจัยความสำเร็จ

การดำเนินงานเชิงรุกในชุมชนโดยมีญาติหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุเข้าร่วมรับรู้ปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุและร่วมดูแลผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

บทเรียนที่ได้รับ

การให้การดูแลผู้สูงอายุโดยญาติ บุตรหลาน หรือบุคคลใกล้ชิด โดยมีเจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำตามขั้นตอนและหลักการที่ถูกต้อง สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุได้ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ทำให้เกิดความต่อเนื่อง ยั่งยืน และผู้สูงอายุมีสุขภาวะที่ดีได้

๒๖. “ทีมสร้างคน ชุมชนบำบัด ครอบครัวร่วมรักฯ ฮักเวียงหนองล่อง”

กนกวรรณ ยองจา

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เนื่องจากอำเภอเวียงหนองล่อง เป็นพื้นที่เส้นทางลำเลียงยาเสพติด จึงเกิดปัญหาทั้งจำนวนผู้เสพที่มีปริมาณมาก และแหล่งพักยา ปัญหายาเสพติดอำเภอเวียงหนองล่อง ได้มีการดำเนินการบำบัดและปราบปรามอย่างต่อเนื่อง จนเกิดเหตุการณ์สำคัญรุนแรงถึงชีวิต เมื่อ ๘ ปีก่อน ผู้นำชุมชนถูกยิงเสียชีวิต ๑ ราย ถูกแทงเสียชีวิต ๑ ราย ส่งผลต่อความรู้สึกของคนในพื้นที่ มีความหวาดกลัว ทำให้มีผลกระทบต่อการทำงาน การให้ความร่วมมือจากชุมชน ส่งผลต่อกระบวนการบำบัดรักษา/ฟื้นฟูสมรรถภาพของโรงพยาบาลเวียงหนองล่อง พบว่าร้อยละของผู้เข้ารับการบำบัดรักษา/ฟื้นฟูสมรรถภาพ แบบครบโปรแกรมบำบัด ได้เพียงร้อยละ ๕๐ ของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาทั้งหมด เมื่อเทียบข้อมูล ๔ ปีย้อนหลัง มีผู้เข้ารับการบำบัดแบบครบโปรแกรมไม่ถึงร้อยละ ๕๐ (ปี ๒๕๕๗ - ๒๕๖๐ คิดเป็นร้อยละ ๔๔, ๕๒, ๑๐ และ ๔๖ ตามลำดับ) เมื่อผู้ป่วยไม่เข้ารับการบำบัดรักษา มีการเสพยาเสพติดซ้ำเป็นระยะเวลานาน จนทำให้เกิดโรคจิตจากสารเสพติดรายใหม่เกิดขึ้นทุกปี รวมทั้งผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดรายเก่า มีอาการกำเริบบ่อยครั้ง ก่อให้เกิดการใช้งบประมาณ ทรัพยากรอย่างสิ้นเปลืองทั้งบุคลากรเจ้าหน้าที่ฝ่ายต่าง ๆ โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ตำรวจต้องเข้าจัดการเร่งด่วน จนกระทั่งมีการขับเคลื่อน นโยบายด้านยาเสพติด นำโดย นายอำเภอเวียงหนองล่อง ตำรวจ ฝ่ายความมั่นคง และเครือข่ายสาธารณสุข อำเภอเวียงหนองล่อง ได้ร่วมมือกันหาแนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าว จึงเกิดโครงการหมู่บ้านสีขาวครั้งแรกในช่วงต้นปีงบประมาณ ๒๕๖๑

จุดมุ่งหมาย เป้าหมายของการดำเนินงาน

๑. ส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างต่อเนื่อง
๒. ส่งเสริมการทำงานทีมบูรณาการภาครัฐ
๓. เพิ่มการเข้าถึงการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดและการบำบัดรักษาติดตามต่อเนื่อง

กระบวนการ วิธีการ นวัตกรรม ที่เป็น Best Practice

เริ่มต้นจากทีมเครือข่ายสาธารณสุขอำเภอเวียงหนองล่อง การประสานเครือข่ายเพื่อนำการบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนมีส่วนร่วมดำเนินการในหมู่บ้าน โดยมีแกนนำชุมชนที่สำคัญคือ **ผู้ใหญ่บ้านจรรยา ฤทธิ์เรือนคำ** ได้เริ่มสร้างทีมแกนนำหมู่บ้านสีขาว ประกอบด้วย ตำรวจ ฝ่ายปกครอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน ๑๔ คน ไปศึกษาดูงานหมู่บ้านต้นแบบ คือ ทีมนางฟ้าท่าฉนวน จังหวัดสุโขทัย หลังจากดูงานแล้วได้จัดประชุมระดมความคิดเห็นเสนอทางออกในการแก้ปัญหา และร่วมกันวางแผน กำหนดรูปแบบกิจกรรม และกำหนดบทบาทหน้าที่ ข้อตกลงวิธีการทำงาน ภายใต้ค่านิยม รักชีวิต รักครอบครัว รักบ้านเกิด ในรูปแบบ “หมู่บ้านสีขาว



ชุมชนบำบัดยาเสพติด ครอบครัวร่วมรักษ์ ฮักเวียงหนองล่องอย่างยั่งยืน” โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นที่เลี้ยงให้คำปรึกษา

๑) **ทีมสร้างตน** ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้านจรรยา ฤทธิ์เรือนคำ เป็นแกนนำทีมงานหมู่บ้านสีขาว และสมาชิกตำรวจ ฝ่ายความมั่นคง เครือข่ายสาธารณสุข มีการประชุมหรือปรึกษา วางแผน แก้ไขปัญหา ร่วมคิดร่วมทำ เมื่อเกิดปัญหา ในการปฏิบัติหน้างาน คัดเลือกพื้นที่ดำเนินการ เก็บรวบรวม สรุปลวิเคราะห์ ข้อมูล ผลการดำเนินงาน

๒) **จัดเวทีประชาคมในหมู่บ้าน** เพื่อทบทวนสภาพปัญหา สร้างความตระหนัก แรงจูงใจ และการมีส่วนร่วม ให้ความรู้ โทษพิษภัย การบำบัดรักษา รวมทั้ง ค้นหาผู้ใช้ ผู้เสพยาเสพติด เดือนตุลาคม ๒๕๖๐ มีผู้เข้าร่วมประชาคมแกนนำครอบครัว ตัวแทนแต่ละครอบครัว โดยมีผู้ใหญ่บ้านจรรยา ฤทธิ์เรือนคำ ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านเป็นแกนนำในการจัดและมีตัวแทนจากโรงพยาบาลเวียงหนองล่องเข้าร่วมรับฟัง

๓) **สร้างบทลดตรามา** ทุกคนที่มีส่วนร่วมของเครือข่ายต้องมีบทของตนเอง เพื่อสร้างความมั่นใจ หากเจอผู้ที่ติดยาเสพติด เช่น ตำรวจ ฝ่ายความมั่นคง เครือข่ายสุขภาพ จะซ้อมแสดงบทบาทของตน วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เสพยาารู้สึกปลอดภัย ให้เข้ารับการบำบัดอย่างต่อเนื่องครบโปรแกรม และติดตามอย่างต่อเนื่อง ชี้แจงแกนนำชุมชน ตรวจปัสสาวะหาสารเสพติด ชี้แจงทำข้อตกลงขั้นตอนการบำบัด

๔) **กระบวนการบำบัด** ๔ เดือนเริ่มดำเนินการ ในพื้นที่นำร่อง ๔ หมู่บ้าน ได้แก่ บ้านเหล่าคู บ้านดงใต้พัฒนาบ้านแพะใต้ และบ้านวังสะแกงใต้ ติดตามหลังครบโปรแกรม ๗ ครั้งใน ๑ ปี การบำบัดประยุกต์โปรแกรมจิตสังคมบำบัด การเสริมสร้างแรงจูงใจ เสริมสร้างศักยภาพ ให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการบำบัดทุกครั้ง และให้ครอบครัวเข้าใจ ดูแลช่วยเหลืออีกด้วย

๕) **เวทีคืนคนดีกลับชุมชน** สร้างการมีส่วนร่วม การเข้าใจยอมรับ ผู้ใช้ ผู้เสพยาติดยาเสพติด และสร้างกระบวนการชุมชนอย่างต่อเนื่อง ในการค้นหา คัดกรอง ดูแลช่วยเหลือ ส่งต่อในกรณีจำเป็น ร่วมทั้งสร้างมาตรการด้านยาเสพติดในชุมชน

ผลการดำเนินงาน ประโยชน์ที่ได้รับ

การกำกับติดตามและประเมินระหว่างและหลังผู้เข้ารับการบำบัดรักษาตามโปรแกรมครบระยะเวลา ๔ เดือน แบ่งออกเป็น ๒ ทีม คือ ๑) ทีมใหญ่ ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลเวียงหนองล่องและหน่วยงานภาครัฐที่เป็นภาคีเครือข่าย เช่น ปลัดอำเภอฯ สภ.เวียงหนองล่อง สนง.คณะกรรมการปราบปรามยาเสพติด ๒) ทีมเล็กมีผู้ใหญ่บ้านจรรยา ฤทธิ์เรือนคำ เป็นผู้นำทีม ร่วมกับชาวบ้านที่ร่วมเป็นคณะกรรมการจำนวน ๑๔ คน ดำเนินการติดตามในพื้นที่สลับกัน และมีประชุมสรุปผลการติดตามร่วมกันทุกเดือน

ผลลัพธ์จากการดำเนิน “โครงการหมู่บ้านสีขาวชุมชนบำบัดยาเสพติด ครอบครัวร่วมรักษ์ ฮักเวียงหนองล่องอย่างยั่งยืน” มีดังนี้

๑. ผลการบำบัดรักษาด้วยโปรแกรม CTBx ชุมชนเป็นศูนย์กลาง ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๖๑- ๒๕๖๒

ปี พ.ศ.	ผู้เสพยาเข้ารับการบำบัดรักษา	บำบัดไม่ครบ	บำบัดครบ	กลับมาเสพยา
๒๕๖๑-๒๕๖๒	๖๘	๕ (๗.๓๕)	๖๒ (๙๑.๑๘)	๑ (๑.๔๗)



๒. อัตราการป่วยด้านจิตเวชรายใหม่ที่เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลเวียงหนองล่อง

ปี พ.ศ.	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒
ป่วยจิตเวชรายใหม่ (คน)	๕๐	๔๘ (ลดลง ๔%)	๙ (ลดลง ๘๑.๒๕%)

ที่มา กลุ่มรายงานมาตรฐาน สสจ.ลำพูน

๓. ผู้เสพยาที่ว่างงานผ่านการบำบัดรักษาจนเลิกเสพยาได้ระหว่างปี ๒๕๖๑-๒๕๖๓ มีจำนวน ๕ ราย ได้รับการฝึกอาชีพจากกลุ่มฝึกอาชีพของชุมชน ปัจจุบันกลับไปทำงานมีอาชีพ มีรายได้เฉลี่ย ๒๘๐ บาท/คน/วัน

๔. ลดค่าใช้จ่ายในการซื้อยาเสพติด หากค่าใช้จ่ายของครัวเรือน ปี ๒๕๖๒ ครัวเรือนทั่วประเทศ ในปี ๒๕๖๒ มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย เดือนละ ๒๐,๗๔๒ บาท (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ๒๕๖๒) หากผู้ป่วยเสพยา วันละ ๑ เม็ดๆละ ๑๐๐ บาท ๑ เดือน จะมีค่าใช้จ่าย ๓๐,๐๐๐ บาทต่อเดือน

๕. การเข้าถึงบริการบำบัดรักษาของผู้ป่วยยาเสพติด ในปี ๒๕๖๑-๒๕๖๒ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (behavioral therapy: CBTx) มีอัตราคงอยู่และครบกำหนดมากกว่า การบำบัดในสถานพยาบาล ตามตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ ผลการเปรียบเทียบร้อยละผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูครบกำหนดระหว่างในสถานพยาบาลกับในชุมชน อำเภอเวียงหนองล่อง จังหวัดลำพูน ปี ๒๕๕๙-๒๕๖๒

ปี	ผู้ป่วยนอกในสถานพยาบาล		CBTx ในชุมชน	
	ทั้งหมด	บำบัดครบ	ทั้งหมด	บำบัดครบ
๒๕๕๙	๑๐	๑ (๑๐)	-	-
๒๕๖๐	๖๔	๓๐ (๔๖.๘๗)	-	-
๒๕๖๑	๖๓	๓๑(๔๒.๒๑)	๕๐	๔๕ (๙๐)
๒๕๖๒	๒๐	๘ (๔๐)	๑๘	๑๗ (๙๔.๔๔)

หมายเหตุ: โครงการฯ เริ่มดำเนินการปี ๒๕๖๑

การติดตามดูแลต่อเนื่อง ๓ เดือน ในปี ๒๕๖๒ พบว่า ผู้ป่วย CBTx มีอัตราการหยุดเสพยาต่อเนื่องมากกว่าการบำบัดในสถานพยาบาล ที่ Cognitive ตามตารางที่ ๒

ตารางที่ ๒ ผลการเปรียบเทียบร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการติดตาม และหยุดเสพยาต่อเนื่อง ๓ เดือนระหว่างในสถานพยาบาลกับในชุมชน อำเภอเวียงหนองล่อง จังหวัดลำพูน ปี ๒๕๕๙-๒๕๖๒

ปี	ผู้ป่วยนอกในสถานพยาบาล		CBTx ในชุมชน	
	ทั้งหมด	หยุด ๓ เดือน	ทั้งหมด	หยุด ๓ เดือน
๒๕๕๙	๑	๑ (๑๐๐)	-	-
๒๕๖๐	๒๑	๑๘ (๘๕.๗๑)	-	-
๒๕๖๑	๑๘	๑๗ (๙๔.๔๔)	๔๗	๔๕ (๙๕.๗๔)
๒๕๖๒	๕	๒ (๔๐.๖๐)	๑๘	๑๘ (๑๐๐)

หมายเหตุ: โครงการฯ เริ่มดำเนินการปี ๒๕๖๑



๖. มีจำนวนชุมชนที่เข้าร่วมโครงการเพิ่มจากเดิม ๑ ชุมชนเป็น ๙ ชุมชน ได้แก่ ๑) บ้านวังสะแกงใต้ ๒) บ้านเหล่าคู่ ๓) บ้านแพะใต้ ๔) บ้านดงพัฒนา ๕) บ้านหนองยวง ๖) บ้านหนองล่อง ๗) บ้านร้องเครือกวาว ๘) บ้านท่าช้าง ๙) บ้านดงเหนือ

๗. เกิดชุมชนต้นแบบ ๓ ชุมชน ได้แก่ ๑) บ้านวังสะแกงใต้ หมู่ ๙ ต.หนองล่อง ๒) บ้านหนองล่อง หมู่ ๑ ต.หนองล่อง ๓) บ้านท่าช้าง หมู่ ๖ ต.หนองล่อง

๘. จำนวนคดีอาชญากรรมในพื้นที่ขออำเภอเวียงหนองล่องลดลงในคดีอุกฉกรรจ์และสะเทือนขวัญ ในปี ๒๕๖๐- ๒๕๖๓ (จำนวน ๑ ,๐ และ ๐ คดีตามลำดับ)

๙. ลดการสูญเสียงบประมาณที่ใช้ในการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด เฉลี่ย ๓,๐๐๐ บาทต่อราย ปี ๒๕๖๑-๒๕๖๒ จำนวน ๗๓ คน เป็นเงิน ๒๑๙,๐๐๐ บาท

๑๐. ความพึงพอใจของผู้เสพที่ได้รับบำบัดรักษา มีความพึงพอใจต่อโครงการในภาพรวม ร้อยละ ๙๘.๖๕

๑๑. ความพึงพอใจของครอบครัวผู้เสพที่ได้รับการบำบัดรักษา มีความพึงพอใจต่อโครงการ ร้อยละ ๑๐๐

๑๒. ผลการดำเนินงานจังหวัดลำพูน นำรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูรูปแบบ CBTx ของบ้านวังสะแกงใต้ อำเภอเวียงหนองล่องไปใช้ขยายผลในพื้นที่อำเภออื่น ๆ ตามตารางที่ ๔ ตารางที่ ๔ จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูรูปแบบ CBTx และพื้นที่เป้าหมายในปี ๒๕๖๑-๒๕๖๓

รายการ	ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓	รวม	ร้อยละ
จำนวนผู้ป่วย (คน)	๔๗	๓๑	๓๑	๑๐๙	๑๐๐
อ.เวียงหนองล่อง	๔๗	๑๘	๒๙	๙๔	๘๖.๒๔
อ.ป่าซาง	-	๙	-	๙	๘.๒๖
อ.บ้านโฮ่ง	-	๔	-	๔	๓.๖๗
อ.แม่ทา	-	-	๒	๒	๑.๘๓

ที่มา : บสต. แบบบำบัดรักษาจังหวัดลำพูน ปี ๒๕๖๒ (๑ ต.ค. - ๓๐ ก.ย.๖๒)

๑๓. รางวัลแห่งความภาคภูมิใจ

*นายจรูญ ฤทธิ์เรือนคำ ผู้ใหญ่บ้าน บ้านวังสะแกงใต้ หมู่ ๙ ตำบลหนองล่อง ได้รับการคัดเลือก เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่น สาขาการป้องกันและควบคุมยาเสพติดในชุมชน จังหวัดลำพูน ประจำปี ๒๕๖๓ เป็นตัวแทนจังหวัดลำพูน ไปแข่งขันระดับเขตสุขภาพและระดับภาค ภาคเหนือ

*สถานีตำรวจภูธรเวียงหนองล่อง ส่งบ้านหนองล่อง หมู่ ๑ ตำบลหนองล่อง เข้าประกวดหมู่บ้านชุมชนมวลชนสัมพันธ์ ของตำรวจภูธรภาค ๕ ได้รับรางวัลที่ ๒

*ผลงาน Best practice ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน ได้เป็นตัวแทนระดับจังหวัดแข่งขันระดับเขตสุขภาพ

*เป็นตัวแทนสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ส่งผลงานได้รับรางวัลเลิศรัฐ ประเภทบุคคล และ ชุมชน รางวัลการบริหารราชการแบบมีส่วนร่วม ประจำปี ๒๕๖๓ (รางวัลเลิศรัฐ ระดับดีเด่น) ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) ประจำปี ๒๕๖๓



ปัจจัยความสำเร็จ

ปัจจัยที่สำคัญของการเกิดชุมชนต้นแบบ คือ

๑) ผู้นำชุมชนมีความกล้าหาญมีทีมงานที่พร้อมเสียสละในการทำงาน ถึงแม้พื้นที่จะอยู่ในพื้นที่เสี่ยงในการใช้เส้นทางลำเลียงยาเสพติด ผู้นำชุมชนถูกทำร้ายเสียชีวิต ทำให้คนในพื้นที่เกิดความหวาดกลัวโดยแกนนำที่สำคัญคือ ผู้ใหญ่บ้านจรรยา ฤทธิ์เรือนคำ

๒) ชุมชนมีความสามัคคี ปรองดองเป็นหนึ่ง ชุมชนมีส่วนร่วม เริ่มต้นจากการสร้างทีมงาน โดยผู้ใหญ่บ้านจรรยา ฤทธิ์เรือนคำ จัดเวทีประชาคมในหมู่บ้าน เพื่อทบทวนสภาพปัญหา สร้างความตระหนักแรงจูงใจ และการมีส่วนร่วม ให้ความรู้ โทษพิษภัย การบำบัดรักษา รวมทั้ง ค้นหาผู้ใช้ ผู้เสพยาเสพติด มีผู้เข้าร่วมประชาคมประกอบด้วยแกนนำครอบครัว ตัวแทนแต่ละครอบครัว มีการบำบัดประยุกต์โปรแกรมจิตสังคมบำบัด การเสริมสร้างแรงจูงใจ เสริมสร้างศักยภาพ ให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการบำบัดทุกครั้ง และให้ครอบครัวเข้าใจ ดูแลช่วยเหลือ ทำให้เกิดความยั่งยืน

๓) ภาครัฐเครือข่าย มีความเข้มแข็ง มีการประชุมหรือปรึกษา วางแผน แก้ไขปัญหา ร่วมคิดร่วมทำ เมื่อเกิดปัญหา ในการปฏิบัติงาน คัดเลือกพื้นที่ดำเนินการ ติดตามเก็บรวบรวม สรุปวิเคราะห์ ข้อมูล ผลการดำเนินงานผ่านเครือข่ายการทำงานในชื่อ “ทีมสร้างตน” ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้านจรรยา ฤทธิ์เรือนคำ เป็นแกนนำทีมงานในชุมชน ตำรวจ ชุดปฏิบัติการความมั่นคง เครือข่ายสาธารณสุข ฝ่ายปกครอง และเทศบาล

บทเรียนที่ได้รับ

จากปัญหาที่พบในข้อ ๑ โรงพยาบาลเวียงหนองล่องจึงได้ทบทวนและปรับเปลี่ยนวิธีการบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติดจากการบำบัดในสถานพยาบาล (Matrix) มาเป็นการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy: CBTx) ในชุมชนเป็นฐานในการบำบัดรักษา ภายในแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการส่งเสริมสนับสนุนชุมชนให้เกิดการรวมกลุ่มของประชาชนพื้นที่โดยมี ผู้ใหญ่จรรยา ฤทธิ์เรือนคำ หรือ “พ่อหลวง” เป็นผู้นำในการขับเคลื่อน “โครงการหมู่บ้านสีขาวชุมชนบำบัดยาเสพติด ครอบครัวร่วมรักษ์ฮักเวียงหนองล่องอย่างยั่งยืน” เพื่อดำเนินการด้านการจัดการปัญหาเสพติดและการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในพื้นที่หมู่บ้านวังสะแกงใต้ อำเภอเวียงหนองล่อง จังหวัดลำพูน





๒๗. การพัฒนาระบบการดูแลทหารใหม่เพื่อป้องกันการเกิดโรคลมร้อน โรงพยาบาลค่ายสมเด็จพระนเรศวรมหาราช

พ.ต.หญิง อโนชา พรศิริรัตน์

ความสำคัญของปัญหา

ในแต่ละปีกระทรวงกลาโหมทำการตรวจเลือกทหารกองเกินเป็นทหารกองประจำการเข้ารับราชการ ปีละ ๒ ผลัด โดยทหารกองประจำการเหล่านี้มีรายงานตัวและเข้ารับการศึกษาฝึกในห้วงเดือน พฤษภาคม และ พฤศจิกายนของทุกปี รพ.ค่ายสมเด็จพระนเรศวรมหาราช โดยแผนกเวชกรรมป้องกันฯ ซึ่งมีบทบาทในการดูแลทหารใหม่ ในด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในแต่ละปีจะมีทหารใหม่เข้ารับการศึกษาฝึกในพื้นที่ จ. พิชญ์โลก ประมาณ ๓,๐๐๐ นาย (ผลัดละ ๑,๕๐๐ นาย) แบ่งออกเป็น ๑๒ หน่วยฝึก โดยหน่วยฝึกจะอยู่ในค่ายสมเด็จพระนเรศวรมหาราช จำนวน ๓ หน่วยฝึก ซึ่งมีพื้นที่ติดกับรพ.ใช้เวลาเดินทางประมาณ ๓-๕ นาที ค่ายสมเด็จพระเอกาทศรถ จำนวน ๗ หน่วยฝึก ระยะทางห่างจากรพ.ประมาณ ๗ กม. ใช้เวลาเดินทาง ๑๕-๒๐ นาที ค่ายสมเด็จพระบรมไตรโลกนาถจำนวน ๑ หน่วยฝึกห่างจากโรงพยาบาลประมาณ ๒๐ กิโลเมตร ใช้เวลาเดินทาง ๓๐ นาที และค่ายสุโขทัยจำนวน ๑ หน่วยฝึก ระยะทางและ ๓๘ กิโลเมตร ใช้เวลาเดินทาง ๔๕ นาที จากที่ผ่านมาระบบการดูแลทหารใหม่เน้นการตั้งรับ มีนายสิบเสนารักษ์เป็นผู้ดูแลและคอยประสานงานกับ รพ. การคัดกรองไม่มีแบบแผน การนิเทศหน่วยฝึกไม่เป็นรูปธรรม ไม่มีทีมร่วมลงพื้นที่ ขาดการควบคุมกำกับดูแลจากทีมแพทย์ มีทหารใหม่เสียชีวิตจากโรคลมร้อน ในปี ๒๕๕๕ จำนวน ๑ ราย ปี ๒๕๕๙ เกิดโรคลมร้อน ๒ ราย ส่งรักษาต่อที่ รพ.ร.๖ ไม่เสียชีวิต ผลัด ๒/๒๕๖๐ มีทหารใหม่เป็น Rhabdomyosis ๑ ราย ในห้วงสัปดาห์ที่ ๒ โดยที่ยังไม่ได้รับการฝึก จากการซักประวัติพบว่า เป็นโรคไทรอยด์เป็นพิษ จากปัญหาดังกล่าวทีมส่งเสริมสุขภาพ/แผนกเวชกรรมป้องกันฯ ได้เล็งเห็นความสำคัญ จึงได้พัฒนารูปแบบการทำงานเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคลมร้อนขึ้น จนกระทั่งครบ ๑๐ สัปดาห์ในห้วงของการฝึก

จุดมุ่งหมาย เป้าหมายของการดำเนินงาน

- ๔.๑ เพื่อลดอัตราการเกิดโรคลมร้อนในทหารใหม่
- ๔.๒ เพื่อลดอัตราเสี่ยงเกิดการบาดเจ็บจากความร้อนในระดับรุนแรงของทหารใหม่ในกลุ่มเสี่ยง
- ๔.๓ มีการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบเพื่อนำไปวิเคราะห์งานต่อไป
- ๔.๔ ทหารใหม่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงเกิดการบาดเจ็บจากความร้อนอย่างมีประสิทธิภาพ

กระบวนการปรับปรุง

- ๕.๑ ปรับปรุงระบบการคัดกรองความเสี่ยงในการบาดเจ็บจากความร้อน
- ๕.๒ ปรับปรุงระบบการลงข้อมูลออนไลน์ผ่านโปรแกรมคัดกรองความเสี่ยง
- ๕.๓ ปรับปรุงสมุดบันทึกประจำตัวสำหรับทหารใหม่
- ๕.๔ ปรับปรุง มอบหมายหน้าที่เพิ่มเติมให้กับผู้ช่วยครูนายสิบในการดูแลทหารใหม่
- ๕.๕ การประดิษฐ์ SMART Cooing Bed ป้องกันและลดอันตรายจากโรคลมร้อนในทหารกอง

ประจำการ

หลักการ/วิธีการ/ขั้นตอน

๑. การปรับปรุงระบบการคัดกรองความเสี่ยงในการบาดเจ็บจากความร้อน ก่อนการฝึก



“คัดกรองใหม่ ไฉไลกว่าเดิม”

ปี ๖๑ เริ่มมีการคัดกรองวันรายงานตัวโดยทีมส่งเสริมสุขภาพ/เวชกรรมป้องกัน มีเพียงการกรอกข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยเบื้องต้น ซึ่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง คำนวณ BMI ยังไม่มีการแยกกลุ่มที่ชัดเจนเพิ่ม การวัดมวลไขมันโดยทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูในวันแรกรับ เพื่อให้หน่วยเฝ้าระวังการเกิดโรคลมร้อนและแยกฝึกให้ชัดเจน และมีตรวจร่างกายเบื้องต้นโดยทีมแพทย์

ปี ๖๒ เพิ่มการคัดแยกกลุ่มปกติ และกลุ่มเสี่ยงโดยใช้ wristband ขาว เหลือง แดง รวมทั้งคัดกรองวัณโรค และ ใช้หวัดใหญ่ และให้กลุ่มสีแดงมาพบแพทย์เพื่อตรวจประเมินซ้ำโดยแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาล และการวัดมวลไขมันจะวัดเพิ่มเมื่อเสร็จสิ้นการฝึกอีกครั้ง

ปี ๖๓ หลังจากที่มีการแยกกลุ่มเสี่ยงสีแดง และเพิ่มกลุ่ม Very high risk จะมีการชวนป้ายคล้องคอในกรณีที่มีการใหม่มีโรคประจำตัว การบาดเจ็บ และการเจ็บป่วยที่มีอาการอยู่ ผู้ที่ป่วยทางจิต เป็นต้น ได้เพิ่มการลงวันนัดพบแพทย์ในช่วงสัปดาห์ที่ ๑ ของการฝึกโดยแบ่งเป็นหน่วยฝึกเพื่อลดการรอคอย และให้แพทย์เฉพาะทางตรวจยืนยันการเจ็บป่วยหรือโรคประจำตัวนั้นๆที่ OPD พลทหาร โดยตรวจจัดแพทย์ออกตรวจโรคห้วงการฝึก ๑๐ สัปดาห์ เปิดทำการเวลา ๑๓๐๐-๑๖๐๐ และในผลัดนี้มีการวัดมวลไขมันตั้งแต่วันแรกรับ ระหว่างฝึกสัปดาห์ที่ ๕ เพื่อควบคุมไขมันควบคู่กับ BMI และหลังจากเสร็จสิ้นการฝึก

ผลลัพธ์

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี ๖๑	ปี ๖๒	ปี ๖๓ (ผลัด ๑)
๑. อัตราได้รับการคัดกรองจากแพทย์/พยาบาล	๑๐๐%	๔๙.๐๓% (๑,๔๒๔/๒,๙๐๔)	๙๒.๙๑% (๒,๕๗๑/ ๒,๗๙๑)	๑๐๐% (๑,๔๔๙/๑,๔๔๙)
๒. อัตราความถูกต้องในการคัดกรองวันแรกของการรายงานตัว	๙๕%	๔๙.๐๓% (๑,๔๒๔/๒,๙๐๔)	๙๖.๘๔% (๒,๗๐๓/ ๒,๗๙๑)	๙๘.๘๒% (๑,๔๓๒/๑,๔๔๙)
๓. อัตราการคัดกรองค่าตรวจไขมันมวลกาย	< ๒๐%	๑๓.๕๖% (๓๙๔/๒,๙๐๔)	๑๕.๒๕% (๔๒๖/๒,๗๙๑)	๑๔.๒๙% (๒๐๗/๑,๔๔๙)
๔. อัตราการบาดเจ็บทางร่างกาย ๑ เดือนก่อนมาเป็นทหาร	< ๕	๔.๐๗% (๑๑๘/๒,๙๐๔)	๒.๐๘% (๕๘/๒,๗๙๑)	๐.๐๗% (๑๔/๑,๔๔๙)
๕. อัตราทหารใหม่ที่ป่วยทางด้านจิตเวชและต้องได้รับยารักษาต่อเนื่อง	< ๑	NA	๐.๔๗% (๑๓/๒,๗๙๑)	๐.๓๕% (๕/๑,๔๔๙)
๖. อัตราทหารใหม่ที่มีโรคประจำตัว เช่น ไทรอยด์ ภูมิแพ้ ภาวะแพ้ ซีด หอบหืด เป็นต้น	<๑๐%	๑๓.๕๗% (๓๙๔/๒,๙๐๔)	๙.๑๐% (๒๕๔/๒,๗๙๑)	๒.๓๕% (๓๔/๑,๔๔๙)
๗. อัตราทหารใหม่ที่มีประวัติใช้สารเสพติดในช่วง ๑ เดือนก่อนมาเป็นทหาร	< ๑๐%	๑๑.๗๘ (๓๔๒/๒,๙๐๔)	๑๖.๒๓% (๔๕๓/๒,๗๙๑)	๑๕.๗๓% (๒๒๘/๑,๔๔๙)
๘. อัตราทหารใหม่ที่มีค่ามวลไขมันเกินเกณฑ์	< ๑๐%	NA	๑๙.๑๐% (๒๖๔/๑,๓๘๒)	๒๘.๙๑% (๔๑๙ /๑,๔๔๙)



ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี ๖๑	ปี ๖๒	ปี ๖๓ (ผลัด ๑)
๙. อัตราทหารใหม่ที่ได้รับการประเมินค่ามวลไขมันซ้ำและลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติ	< ๕%	NA	๔๗.๓๕% (๑๒๕/๒๖๔)	๗๑.๘๔% (๓๐๑/๔๑๙)
๑๐. อัตราการได้รับการตรวจประเมินซ้ำใน รพ.ของกลุ่ม Very high risk	๑๐๐%	NA	NA	๑๐๐% (๒๒/๒๒)

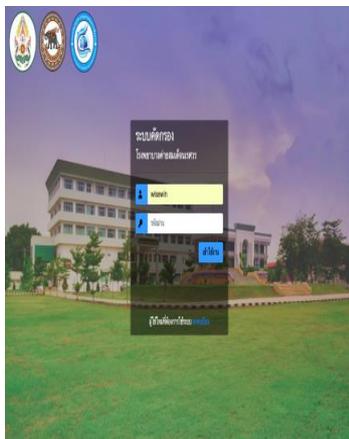
๒. การปรับปรุงระบบการลงข้อมูลออนไลน์ผ่านโปรแกรมคัดกรองความเสี่ยง

การเก็บข้อมูลทหารใหม่ ผลัด ปี ๖๑ ใช้การคีย์เข้าไปในตาราง Excel ปัญหาคือข้อมูลสูญหายไม่สามารถประมวลผลได้ เสียเวลามานั่งคีย์ข้อมูลใหม่ การส่งข้อมูลให้หน่วยมีความล่าช้า

ปี ๖๒ ทีมจึงได้พัฒนาโปรแกรมคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการบาดเจ็บโรคลมร้อนขึ้นร่วมกับ ดร. วรเดช ญ กรม จากคณะ BEC มหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อให้เกิดความสะดวกในการใช้งาน รวมทั้งง่ายต่อการจัดเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับหน่วยฝึกและทีมเวชกรรมป้องกัน

ปี ๖๓ มีการใช้งานควบคู่ไปกับโปรแกรม Heat stroke Amed จาก กสวป.พ.บ.ที่ต้องคีย์ข้อมูลคัดกรองรายวันๆละ ๓ รอบ เพื่อรายงานให้ส่ง กสวป.ทราบ

โปรแกรมคัดกรองปัจจัยเสี่ยงของรพ.ค่ายสมเด็จพระนเรศวรมหาราช



ผลลัพธ์

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี ๖๑	ปี ๖๒	ปี ๖๓ (ผลัด ๑)
๑. ความถูกต้องในการคีย์ข้อมูลคัดกรองวันแรก	๘๐%	๕๐%	๗๕%	๑๐๐%
๒. ระยะเวลาในการคีย์ข้อมูลและส่งข้อมูลกลับหน่วย	<๒ วัน	๕ วัน	๓ วัน	๒ วัน



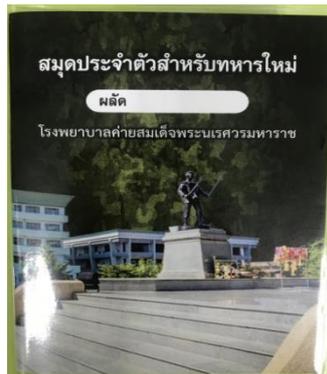
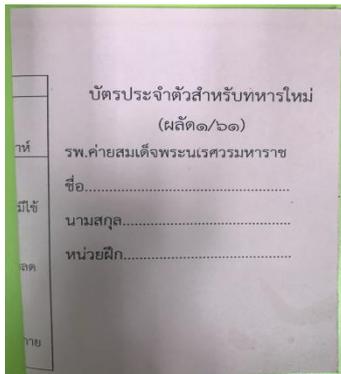
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี ๖๑	ปี ๖๒	ปี ๖๓ (ผลัด ๑)
๓. ความถูกต้องในการคีย์ข้อมูลคัดกรองรายวัน (โปรแกรมกรมแพทย์)	๘๐%	NA	NA	๕๔.๓๔% (สุ่มตรวจ๑๒หน่วยฝึก)
๔. ความทันเวลาในการคีย์ข้อมูลคัดกรองรายวัน (โปรแกรมกรมแพทย์)	๘๐%	NA	NA	๓๓.๓๔% (๔/๑๒)

๓. จัดทำสมุดประจำตัวสำหรับทหารใหม่

ปี ๖๑ เริ่มจัดทำประจำตัวสำหรับทหารใหม่เพื่อให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคลมร้อน การปฏิบัติตัว สีธง การลงข้อมูลส่วนบุคคล

ปี ๖๒ ปรับสมุดประจำตัวทหารใหม่โดยเพิ่มการบันทึกอุณหภูมิกาย สีปัสสาวะ และหากต้องมาตรวจที่ รพ.แพทย์จะลงความเห็นว่ามีไข้หรืออะไร เป็นกลุ่มสีอะไร และนัดตรวจติดตามอาการ เป็นการส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยฝึกทหารใหม่และทีมรพ.เพื่อให้เกิดความปลอดภัยจากการฝึกป้องกันโรคลมร้อน

ปี ๖๓ สมุดเมื่อโดนน้ำและเหงื่อทำให้ชำรุดผลิตนี้จึงได้เคลือบปกสมุดเพื่อให้สะดวกต่อการใช้งาน



ปี ๖๑

ปี ๖๒

ปี ๖๓ (ผลัด ๑)

- เปลี่ยนเป็นแบบปกแข็ง
- เพิ่มเนื้อหาความรู้ การบันทึกสีปัสสาวะ อุณหภูมิ
- D/C Plan จากรพ.สื่อสารกับหน่วย
- เคลือบปก ป้องกัน
- การชำรุดและเปียกน้ำ

๔. การปรับปรุงมอบหมายหน้าที่เพิ่มเติมให้กับครูนายสิบและครูทหารใหม่ในการดูแลทหารใหม่ (Ants man)

เดิมการดูแลทหารใหม่ผู้ที่มีหน้าที่ดูแลรับผิดชอบด้านสุขภาพและการเจ็บป่วยหลักคือเสนารักษ์ในหน่วย แต่ปัจจุบันภารกิจของเสนารักษ์มีค่อนข้างมาก เช่น การคำนวณค่าความดันโลหิต ความร้อน ความชื้นสัมพัทธ์ การเปลี่ยนสีธง การคัดกรองประจำวัน การดูระดับสีปัสสาวะ การวัดอุณหภูมิ การส่งป่วย และคีย์ข้อมูล เป็นต้น ซึ่งที่ผ่านมาพบปัญหาว่าการดูแลไม่ทั่วถึง ครูทหารใหม่ไม่มีความรู้ในการปฐมพยาบาล การลงข้อมูลไม่ถูกต้อง เกิดความคลาดเคลื่อน ทีมเวชกรรมป้องกันจึงจัดอบรมให้ความรู้ให้กับเจ้าหน้าที่ในหน่วยฝึกเกี่ยวกับแนวทางป้องกันโรคลมร้อน การปฐมพยาบาล การช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น มีการประเมินผลวัดความรู้และฝึกปฏิบัติหลังอบรม พร้อมทั้งเสนอแนะให้หน่วยฝึก สังกัด พท.จว.พล.ทั้ง ๑๒ หน่วย ปรับหน้าที่ความ



รับผิดชอบของครุฑทหารใหม่ดังนี้

- ครูนายสิบ และครุฑทหารใหม่ ๒ นาย ในแต่ละหมู่ จะดูแลทหารใหม่จำนวน ๘ - ๑๐ นาย ทำหน้าที่วัดอุณหภูมิกายประจำวัน ประเมินสีปัสสาวะ
 - จัดบันทึกอุณหภูมิ สีปัสสาวะของทหารใหม่ลงในบัญชีรายชื่อที่ตนเองดูแลพร้อมทั้งรายงานให้กับเสนารักษ์เพื่อจำแนกกลุ่มเสี่ยงและคัดแยกการฝึกต่อไป
 - ปฐมพยาบาล ดูแลส่งป่วยและเฝ้าป่วยเมื่อมารักษาที่ รพ. รวมทั้งคัดแยกกลุ่มป่วย ป้องกันควบคุมโรคระบาดในหน่วยฝึก
- เมื่อลงนิเทศในหน่วยฝึก ทีมจะสุ่มประเมินการทำหน้าที่ของ Ants และให้ความรู้เพิ่มเติมเพื่อให้เกิดความชำนาญและมีความมั่นใจในการดูแลทหารใหม่ต่อไป

ผลลัพธ์

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี ๖๑	ปี ๖๒	ปี ๖๓ (ผลัด ๑)
อัตราการเข้าร่วมอบรมของเจ้าหน้าที่หน่วยฝึก	๑๐๐%	๙๒%	๘๖%	๑๐๐%
ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของเจ้าหน้าที่หน่วยฝึกหลังเข้ารับการอบรม	๘๐%	๗๙.๓๔%	๗๖.๔๑%	๘๓.๖๔%
อัตราหน่วยฝึกคัดกรองทหารใหม่กลุ่มเสี่ยง และแยกฝึกตามแนวทางที่กำหนดได้ถูกต้อง	๑๐๐%	๗๕% (๙/๑๒)	๘๓.๓๓% (๑๐/๑๒)	๙๑.๖๖% (๑๑/๑๒)
อัตราการปฐมพยาบาลโรคลมร้อน ณ จุดเกิดเหตุ	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%
อัตราการเกิด Heat exhaustion	< ๒%	๐.๗๖% (๒๒/๒,๙๐๔)	๐.๕๑% (๑๔/๒,๗๙๑)	๐% (๐/๑,๔๔๙)
จำนวนการเกิด Heat Stroke	๐ ราย	๐	๑	๐
จำนวนการเสียชีวิตและเกิดความพิการจากโรคลมร้อน	๐ ราย	๐	๐	๐

๕. การประดิษฐ์ SMART Cooing Bed ป้องกันและลดอันตรายจากโรคลมร้อนในทหารกองประจำการ (เอกสารตามแนบ)

ประโยชน์ที่ได้รับ

๑. การคัดกรองที่ละเอียด ข้อมูลที่ถูกต้อง ง่ายต่อการค้นหา มีการประสานและเชื่อมต่อข้อมูลระหว่างหน่วยฝึกและรพ. ทำให้ทหารใหม่ได้รับการดูแลได้รวดเร็ว ทันเวลา ปลอดภัย และสามารถดูแลทหารใหม่ได้อย่างทั่วถึง
๒. เกิดการทำงานที่เป็นระบบชัดเจน ตั้งแต่การนิเทศ กำกับ ติดตาม การดูแลทหารใหม่แบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อม
๓. เป็นการสร้างเครือข่ายการทำงานให้เกิดขึ้นในหน่วยฝึกและรพ.



ปัจจัยความสำเร็จ

๑. สามารถนำไปแลกเปลี่ยนเรียนรู้รูปแบบการทำงาน การนิเทศ ของทีมส่งเสริมสุขภาพ/เวชกรรมป้องกัน รพ.ค่ายฯสังกัด ทภ.๓

๒. หน่วยฝึกใน พท.จว.พล. ทั้ง ๑๒ หน่วยได้ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้

บทเรียนที่ได้รับ

การพัฒนากระบวนการดูแลทหารใหม่มีความจำเป็นและสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะการใช้ระบบ IT มาจัดเก็บข้อมูลและประมวลผล และส่งต่อข้อมูลให้กับหน่วยฝึก เพื่อป้องกันการเกิดโรคลมร้อน เพราะการเปลี่ยนแปลงทางด้านสิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลง วิธีการดำรงชีวิตของสังคมถ้าบุคลากรไม่มีความรู้ หน่วยฝึกไม่ตระหนัก ไม่มีระบบในการจัดเก็บข้อมูลที่ดี ทีมทำงานไม่มีคุณภาพ ก็จะส่งผลกระทบต่อกระบวนการดูแลทหารใหม่ต่อไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ การจัดการบริหารงานของแต่ละหน่วย ผอ.รพ., ผบ.หน่วยและผู้บังคับบัญชาาระดับสูงมีส่วนสำคัญที่จะทำให้เกิดการพัฒนาและสนับสนุนการทำงานดังกล่าวให้เกิดผลสัมฤทธิ์ที่ดีและมีประสิทธิภาพในการดูแลทหารใหม่ในผลัดต่อไป

28. พัฒนาศักยภาพการเฝ้าระวังรายงานและสอบสวนควบคุมโรคไข้เด็งกี และโรคไข้เลือดออกเด็งกี

ชนะวินทร์ ไชยกุล

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา :

โรคไข้เด็งกี (Dengue Fever) และไข้เลือดออกเด็งกี (Dengue Hemorrhage Fever) เกิดจากการติดเชื้อไวรัส Dengue ซึ่งมี 4 Serotypes ได้แก่ DENV1, DENV2, DENV3 และ DENV4 ที่นำโดยยุงในสกุล Species Genus Aedes โดยเฉพาะ Aedes aegypti หรือยุงลายบ้าน โดยหลังจากที่ร่างกายมนุษย์ได้รับเชื้อแต่ละ Serotypes จะเกิดภูมิคุ้มกันระยะยาวเฉพาะต่อ Serotype นั้นๆ ซึ่งหากเกิดการติดเชื้อ Serotype อื่นในครั้งต่อไป (Secondary Dengue Infection) จะทำให้มีการรั่วของ Plasma ในหลอดเลือดที่เป็นสาเหตุของโรคไข้เลือดออกเด็งกี (Dengue hemorrhagic fever) หรือ ภาวะช็อกจากการติดเชื้อเด็งกี (Dengue Shock Syndrome) ในปัจจุบันพบว่าอัตราการป่วยด้วยโรคไข้เด็งกีและไข้เลือดออกเด็งกีเพิ่มขึ้นทั่วโลกโดยเฉพาะประเทศในเขตร้อนใกล้เส้นศูนย์สูตร สำหรับประเทศไทยโรคไข้เด็งกีและไข้เลือดออกเด็งกีสามารถพบได้ตลอดทั้งปีแต่จะพบบ่อยในช่วงฤดูฝนการระบาดของโรคแต่เดิมมีมีการระบาด 1 ปีเว้น 2 ปี ปัจจุบันจากการเก็บข้อมูลของสำนักโรคระบาด กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ย้อนหลัง 5 ปี พบว่าการระบาดไม่มีแบบแผนแน่นอนและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

สำหรับจังหวัดพิษณุโลกได้มีการเฝ้าติดตามและเก็บข้อมูลโรคไข้เด็งกี ไข้เลือดออกเด็งกี และไข้เลือดออกร่วมกับภาวะช็อก โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก โดยสถิติย้อนหลัง 5 ปีตั้งแต่ปี 2559 ถึง เดือนพฤษภาคม 2563 พบว่าจำนวนผู้ป่วยทั้ง 3 โรคเพิ่มสูงขึ้น ในปี 2561 และได้ลดลงในปี 2562 เนื่องจากมีการรายงานการพบ โรคอุบัติใหม่ในพื้นที่ คือ ไข้ปวดข้อยุงลายชิคุนกุนยา ทำให้มีการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของจังหวัด การออกนโยบายตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข และ มีการณรงค์เพื่อให้เกิดการตื่นตัวของประชาชนในจังหวัดเพื่อป้องกันโรคติดต่อมาโดยแมลงทำให้มีผลต่อการควบคุมโรค ไข้เด็งกี ไข้เลือดออกเด็งกี และไข้เลือดออกร่วมกับภาวะช็อก ในปี 2562 โดยปริยาย



สำนักงานส่งเสริมสุขภาพและเวชกรรมป้องกันรพ.ค่ายสมเด็จพระนเรศวรมหาราชได้มีการเก็บข้อมูลผู้ป่วยด้วย โรคไข้เด็งกี ไข้เลือดออกเด็งกี และไข้เลือดออกร่วมกับภาวะช็อค ที่เข้ามารับบริการในโรงพยาบาล และส่งต่อผ่านรายงาน ๕๐๖ เข้าสู่ระบบการเฝ้าระวังและควบคุมโรคของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พิษณุโลก จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไข้เด็งกีและไข้เลือดออกเด็งกีเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี ๒๕๖๑ จนถึงปัจจุบันและยังไม่มีแนวโน้มลดลง ทั้งผู้มีการรายงานการพบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเด็งกีร่วมกับอาการช็อค ปีละ ๑ ราย ตั้งแต่ปี ๒๕๖๑

จากการศึกษาพบว่าผู้เข้ามารับบริการส่วนใหญ่เป็นพลเรือนที่พักอาศัยอยู่นอกเขตพื้นที่ค่ายทหารทั้ง ๔ ค่ายของจังหวัดพิษณุโลก รองลงมาเป็นพื้นที่ค่ายสมเด็จพระนเรศวรมหาราชที่ตั้งของโรงพยาบาลค่ายสมเด็จพระเอกาทศรถ ที่มีสถานพยาบาล กองพันทหารเสนารักษ์ที่ ๒๓ กองบัญชาการช่วยรบที่ ๓ ที่สามารถส่งต่อการรักษาที่ รพ.ค่ายสมเด็จพระนเรศวรมหาราช ในส่วนของค่ายสมเด็จพระบรมไตรโลกนาถ และค่ายสฤษดิ์เสนาที่กำลังพลส่วนใหญ่ เข้ารับบริการที่สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านเนื่องจาก สะดวกมากกว่าการเดินทางมารับบริการที่รพ.ค่ายสมเด็จพระนเรศวรมหาราช ในส่วนความครบถ้วนของการรายงานโรคระบาดและรายงานการสอบสวนโรคอยู่ในระดับที่น่าพึงพอใจ คือ เกินร้อยละ ๘๐ ในปีงบประมาณ ๖๒ แต่เมื่อเข้าปีงบประมาณ ๖๓ เรานำไปคำนวณกับจำนวนรายงานที่ต้องสอดคล้องกับ ICD ๑๐ เพื่อเตรียมเข้ารับตรวจประเมินระบบเฝ้าระวังกลับพบว่า อัตราความครบถ้วนและความทันเวลาลดลงอย่างเห็นได้ชัด สืบเนื่องจาก จำนวนการส่งรายงาน ๕๐๖ มีจำนวนน้อยกว่าการรายงานผ่านระบบ ICD ๑๐ อยู่มาก ทั้งนี้ในส่วนของการลบเคสที่ไม่สามารถระบุการวินิจฉัยนั้นพบว่าอัตราการวินิจฉัยโดยไม่มีข้อมูลทางห้องปฏิบัติการหรือการตรวจพิเศษยืนยันการวินิจฉัย เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและ เพิ่มมากขึ้นเมื่อจำนวนผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการสงสัยป่วยจากการระบาดเพิ่มขึ้น แต่เมื่อมีการนำแนวทางการรายงานมาปรับใช้ พบอัตราการลบเคสลดลงสอดคล้องกับจำนวนความไม่ทันเวลาต่อการรายงานและควบคุมโรคที่มีจำนวนลดลงอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อมีการติดตามควบคุมการรายงาน มีการปรับแนวทางการรายงานให้ง่ายต่อการใช้งานพบว่าความไม่ทันเวลาลดลงสอดคล้องกับจำนวนการการรายงานและการลบเคส ที่ผ่านมารอดติดตามพ่นหมอกควันกำจัดยุงลาย ในพื้นที่รับผิดชอบ ๔ ค่าย แยกรายหน่วยนั้น จะเพิ่มขึ้น ในช่วงการฝึกทหารใหม่ ที่ต้องพ่นหมอกควันสำหรับป้องกันการเกิดโรคระบาดในพลทหาร และตามใบรายงาน ๕๐๖ รวมถึง ตามการร้องขอ แต่เนื่องด้วย จำนวน บุคคลากร และเครื่องมือ มีจำกัด รวมถึงการขาดขาดงบประมาณซ่อมแซมในส่วนนี้ ซึ่งเครื่องมือบางชิ้นมีอายุการใช้งานมานาน แต่ไม่สามารถหามาเครื่องใหม่มาทดแทนได้ อัตราการตอบสนองการระบาดในช่วง กค-กย จึงลดลงไม่สัมพันธ์กับยอดการระบาดอย่างเห็นได้ชัด ทั้งนี้ ในปี ๒๕๖๓ ได้มีการตั้งเรื่องเพื่อขออนุมัติจัดหา เครื่องพ่นยุงทั้งแบบติดตั้งหลังรถยนต์และแบบพกพา และมีการประสานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในพื้นที่ เพื่อขอยืมใช้อุปกรณ์ชั่วคราวทั้งนี้ ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีกับทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทำให้สามารถออกปฏิบัติงานพ่นหมอกควันกำจัดยุงและแมลงนำโรคได้อย่างเหมาะสมตามวงรอบ

การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ มีอัตราผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ภาระในการควบคุมป้องกันจึงหนักมากขึ้น ขณะที่อัตรากำลังเจ้าหน้าที่ และ อุปกรณ์เครื่องมือมีจำกัด การเข้าควบคุมโรคทำได้ไม่สมบูรณ์ หน่วยและกำลังพลในหน่วยยังขาดความรู้ และทักษะในการป้องกันและควบคุมโรคในแต่ละระยะของแมลงพาหะของโรค อีกทั้งยังไม่มีแนวทางการติดตามการควบคุมดูแล สำหรับหน่วยในพื้นที่ที่ชัดเจน การพัฒนาศักยภาพการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความรู้และทักษะของหน่วยในพื้นที่



ในการติดตามเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้เลือดออกและจัดทำแนวทางการรายงานโรคไข้เลือดออกที่มีมาตรฐานสามารถใช้เป็นแนวทางปฏิบัติ รายเดือนในการควบคุมโรคไข้เลือดออกได้อย่างครอบคลุมและครบวงจรของแมลงพาหะนำโรค

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อยืนยันการวินิจฉัยและยืนยันการระบาดของโรคในพื้นที่ได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน
๒. เพื่อลดขนาดของปัญหาและการกระจายของโรคในพื้นที่ พร้อมทั้งลดความล่าช้าของการควบคุมโรค
๓. เพื่อกำหนดมาตรการรายงานการเฝ้าระวังควบคุมและสอบสวนป้องกันโรค ของโรงพยาบาลให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันทั้งระบบและสอดคล้องกับมาตรฐานสำนักระบาด กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

กระบวนการ วิธีการ ลักษณะทั่วไปของผลงาน

การค้นหาสาเหตุจากการวิเคราะห์ RCA พบว่า

ปัจจัย	ปัญหาที่พบ	แนวทางแก้ไขปัญหา
M – Man คนงาน พนักงานหรือบุคลากรทั้งจากภายในและภายนอก	เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล กำลังพลและ พลา ทหารในหน่วยพื้นที่ยังไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันโรค และยังไม่พร้อมความรู้และทักษะในการควบคุมและป้องกันโรคติดต่อมาโดยแมลง แนวทางการรายงานยังไม่ชัดเจน และการติดตามโรค ภายหลังผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลยังไม่เสถียร	1. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครทหารทุกเดือน โดยมีเนื้อหา การควบคุมป้องกันโรคไข้เด็งกี และไข้เลือดออกเด็งกี และจัดทำแนวทางการควบคุม แหล่งรังโรคไข้เลือดออก สำหรับหน่วยในพื้นที่และ อสท กลุ่มเป้าหมายคือ อสทใน พื้นที่ และหน่วยในพื้นที่ จว.พิษณุโลก จำนวน 38 คน 38 หน่วย 2. มีการประเมินความรู้และทักษะในการควบคุมและป้องกันโรคในเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาล พัฒนาระบบการรายงานโรคและแบบฟอร์มการรายงานโดยใช้ Chart trigger และทำ Review data record ทุกครั้งเมื่อได้รับการรายงานโรคไข้เด็งกีและ ไข้เลือดออกเด็งกีรวมถึงมีการ ติดตามผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลเพื่อ ประเมินแนวทางการปฏิบัติภายหลังจากกลับไปพักรักษาตัวที่บ้านเพื่อป้องกันการ กลับเป็นซ้ำ หรือเกิดการระบาดในครอบครัว 3. การจัดทีมแพทย์และพยาบาลเข้าศึกษา การบริหารจัดการเฝ้าระวังและควบคุม โรค ชั้นสูง (FEMT)
M – Machine เครื่องจักรหรือ อุปกรณ์อำนวยความสะดวก	อุปกรณ์ในการพ่นหมอกควันและฝอย ละออง ในการควบคุมกำจัดแมลงบินและ ยุงพาหะนำโรคเสียหาย ไม่สามารถใช้งานได้ หรือบำรุงซ่อมแซมให้เพียงพอต่อการใช้งาน	1. จัดทำแนวทางการออกพ่นหมอกควันควบคุมโรครวมถึงเอกสารรายงานในการพ่น หมอกควัน เพื่อให้สามารถควบคุมจัดการทรัพยากรให้เหมาะสม และพอเพียงรวมถึง วางแผนการควบคุมโรคได้ก่อนจะถึงฤดูกาลระบาดของโรค 2. จัดหาเครื่องมืออุปกรณ์ทดแทนเครื่องมือเดิม รวมถึง ประสานขอซ่อมแซม เครื่องพ่นหมอกควันจากหน่วยงานภายนอก จัดหาเครื่องพ่นยุงชนิดติดหลังรถ เพื่อสามารถพ่นยุงในพื้นที่กว้างเพื่อลดภาระงานของเจ้าหน้าที่
M – Material ผลิตภัณฑ์ บริการ วัสดุดิบหรืออะไหล่ อุปกรณ์อื่นๆ	ส.ป.เวชกรรมกำจัดแมลงบางชนิดเสื่อม คุณภาพและไม่มีศักยภาพเพียงพอที่จะ กำจัดแมลงในพื้นที่ ได้อย่างเหมาะสม	1. ประสานแผนกควบคุมโรค และ กีฏเวชวิทยา กสวป.พบ. เกี่ยวกับน้ำยาพ่นยุงเพื่อ ปรับให้สามารถกำจัดยุงในเขตพื้นที่ โดยนำข้อมูลสนับสนุนจากงานศึกษา ของ สสจ. พล. และ ศคม.2-1 จว.พล 2. บริหารจัดการ ส.ป.เวชกรรมในการกำจัดลูกน้ำยุงลายให้แก่หน่วยทหารในการ ป้องกันและควบคุมโรคเช่น ทรายอะเบส น้ำยาพ่นกำจัดแมลงบินนำโรค ยุงลาย ตาม คำร้องขอ



ปัจจัย	ปัญหาที่พบ	แนวทางแก้ไขปัญหา
M – Method กระบวนการทำงาน	ทีมเฝ้าระวังและควบคุมโรคมียึดจำกัดในการทำงาน การรายงาน และการประสานงานหน่วยในพื้นที่ในการควบคุมโรคมียึดความล่าช้า และไม่ทันท่วงที่ รวมถึงการเข้าถึงแบบฟอร์มในการรายงาน ยากต่อการนำไปใช้ และเข้าใจได้ยาก	1. ปรับรูปแบบทีมเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันโรครวมถึง จัดตั้งคณะทำงาน SAT & JIT จากเดิมที่เป็น SRRT เพื่อให้สอดคล้องกับการทำงานของกระทรวงสาธารณสุข 2. ออกแบบและวางแผนแนวทางการรายงานโรค ใช้เด็งกีและไข้เลือดออกเด็งกี (Flow Reports) และแบบ พอร์มการเลือกส่งรายงานเพื่อการสอบสวนควบคุมโรคตามแนวทางนิยามโรคและการวินิจฉัยโรค 3. พัฒนาระบบ DHF ใช้เลือดออก online เพื่อการ Refer และ Consult มีการเชื่อมโยงกับทีม SAT & JIT ของเครือข่ายชุมชน ในการสอบสวนโรคควบคุมป้องกัน การระบาดของโรคไข้เด็งกีและไข้เลือดออกเด็งกี
E – Environment อากาศ สถานที่ ความสว่าง และบรรยากาศการทำงาน	สิ่งแวดล้อมและแหล่งน้ำขังในพื้นที่ระบาดมี 1. ยืด ไม่ลดลง อัตราค่า HI-CI บางพื้นที่ไม่สามารถควบคุมให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานได้	1. ติดตามควบคุมและเคร่งครัดในการสื่อสารให้หน่วยในพื้นที่ลงพื้นที่สำรวจค่า HI CI และติดตามรายงานทุกเดือน รวมถึง มีการจัดโครงการลูกน้ำยุงลาย โดยนำวิทยากรภายนอกที่มีความรู้ความสามารถ เข้ามาให้ความรู้ความเข้าใจแก่หน่วยที่พบอัตราการเจ็บป่วยสูง เป้าหมาย 50 ครั้งเรือน

เครื่องมือในการช่วยแก้ปัญหา

1. ตารางแนวทางการวินิจฉัยโรคไข้เลือดออก (นิยามโรคติดต่อ พรบ.2558) ตามแบบแผนของสำนักระบาด กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
2. แบบบันทึกการปฏิบัติการพ่นหมอกควันกำจัดยุงลายตัวเต็มวัยและแบบสำรวจลูกน้ำยุงลายในพื้นที่

ทหาร

ผลการดำเนินการ

จากการปรับปรุงและนำแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคไข้เด็งกีและไข้เลือดออกเด็งกีไปใช้นั้นได้บันทึกผลลัพธ์ทั้งจากหน่วยงานการรักษาในพื้นที่โรงพยาบาล และอสท.ของหน่วยในพื้นที่ใช้ในการควบคุมและป้องกันโรค ไข้เด็งกีและไข้เลือดออกเด็งกี ในพื้นที่ ศักยภาพอสท.ความรู้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 58.33 เป็น 98.00 ทักษะในการสำรวจและประเมินลูกน้ำยุงลายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 83.33 เป็น 95.83 การกระตุ้นการส่งรายงานจากทั้งหมด 38 หน่วยในพื้นที่สามารถติดตามการรายงานสำรวจลูกน้ำยุงลายได้ครบมีการติดตามประเมินค่า HI-CI เป็นประจำทุกเดือนแม้ในหน่วยไม่เกิดการระบาดของโรค มีการลงพื้นที่ปฏิบัติและรณรงค์การกำจัดลูกน้ำยุงลายเป็นประจำ

สำหรับหน่วยเฝ้าระวังป้องกันและสอบสวนโรค พบว่าอัตราการรายงานโรคทันเวลาต่อการลงพื้นที่ควบคุมโรคเพิ่มขึ้น จาก 68.6% เป็น 100% ความครบถ้วนของการรายงานโรคผ่านรง.506เพิ่มขึ้น จาก37.2% เป็น54.92% แต่สามารถสอบสวนควบคุมโรคผ่านการวินิจฉัยของแพทย์ได้ 100% ความทันเวลาในการออกพื้นที่ควบคุมโรค 100% และอัตราความควบคุมโรคไม่แพ้ระบาดในพื้นที่ 100% รวมถึงคุณภาพในการเขียนรายงานสถานการณ์เพื่อสื่อสารกับกำลังพลในพื้นที่เพื่อเฝ้าระวังควบคุมโรคสถานการณ์การระบาดในพื้นที่ได้ 100% เช่นเดียวกัน

ปัจจัยความสำเร็จ(จากการนำไปใช้และข้อเสนอแนะอื่นๆ)

1. ความตระหนักรู้ของโรคไข้เด็งกีและไข้เลือดออกเด็งกี ของกำลังพล ครอบครั้ว เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ประชาชนที่เข้ามารับบริการในโรงพยาบาล



2. แนวทางการทำงานหากเข้าใจงานมีรูปแบบชัดเจนและการเข้าถึง สามารถทำให้ความสำเร็จในการรายงานและความทันเวลาเกิดได้สูงขึ้น
3. ระบบในการจัดเก็บข้อมูลที่ดี มีการติดตามผล และทีมงานที่มีคุณภาพ การใส่ใจของผู้บริหารและเล็งเห็นความสำคัญของการป้องกันโรค
4. ทรัพยากรที่ดี เครื่องมือที่เอื้อต่อการทำงาน และบุคลากรที่เข้าใจการใช้เครื่องมือในการควบคุมและป้องกันโรค

ปัญหาข้อขัดข้อง(จากการนำไปใช้)

1. แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก และหอผู้ป่วยขาดการรายงานในกรณีที่ผู้เข้ามารับบริการมีปริมาณมาก ทำให้การส่งรายงานได้ไม่ครบถ้วน
2. การลงข้อมูลด้วยกระดาษอาจมีความคลาดเคลื่อนได้ และการส่งต่อข้อมูลมีความล่าช้าตามแต่บริบทของแต่ละหน่วยงาน
3. การติดต่อประสานงานเพื่อลงพื้นที่เข้าควบคุมโรคในบางหน่วยต้องมีการขออนุญาตล่วงหน้าทำให้การควบคุมโรคอาจทำได้ไม่ทันทั่วถึง

บทเรียนที่ได้รับ

การพัฒนาศักยภาพและการเฝ้าระวังสอบสวนและควบคุมโรคนั้นจะได้ผลสัมฤทธิ์ที่ดีต้องเกิดจากความร่วมมือทั้งในส่วนของ โรงพยาบาล หน่วยทหาร และชุมชน การเก็บสถิติรายงานสามารถที่จะประเมินแนวโน้มการเกิดโรคประเมินสถานการณ์และสามารถเตรียมรับมือได้ล่วงหน้าเพื่อลดอัตราการเจ็บป่วยในพื้นที่ รวมถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การส่งเสริมบุคลากรเพื่อให้เข้าใจถึงแนวทางนโยบายและประโยชน์ถึงการรายงานจึงเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างความตระหนักถึงความสำคัญอีกทั้งระบบในการจัดเก็บข้อมูลที่ดี ทีมทำงานที่มีคุณภาพ ก็จะส่งผลต่อกระบวนการเฝ้าระวังสอบสวนและควบคุมโรค ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับจัดการบริหารงานของแต่ละหน่วย ผอ.รพ., ผบ.หน่วยและผู้บังคับบัญชาระดับสูงมีส่วนสำคัญที่จะทำให้เกิดการพัฒนาและสนับสนุนการทำงานดังกล่าวให้เกิดผลสัมฤทธิ์ที่ดีและมีประสิทธิภาพในการเฝ้าระวังสอบสวนและควบคุมโรคต่อไป

แนวทางการขยายผล

สามารถพัฒนาเป็นระบบฐานข้อมูลและแอปพลิเคชันที่บุคลากรที่เกี่ยวข้องในพื้นที่สามารถเข้าถึงและนำไปใช้ได้ง่ายรวมถึง การแจ้งเตือนการระบาดในพื้นที่ได้ และหน่วยในพท.ทภ.3 การพัฒนาโปรแกรมจะทำให้การเชื่อมต่อระหว่างโรงพยาบาล หน่วยทหาร และ ชุมชน รวมถึงหน่วยงานสาธารณสุขอื่นๆในพื้นที่สามารถเฝ้าระวังและควบคุมโรคได้เบื้องต้นรวมถึง การตอบกลับความร่วมมือในกรณีที่เกิดการระบาดในพื้นที่ได้อย่างทันทั่วถึงที่สามารถนำไปต่อ ยอดเพื่อพัฒนาตามบริบทของชุมชนในพื้นที่ต่อไป



การสาธารณสุขมูลฐาน กับ การจัดการสุขภาพชุมชนภาคเหนือ : ประจำปี 2563

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: ทันเวลา ครบถ้วน ครอบคลุม มีประสิทธิภาพ							
ประเด็น เกี่ยวเนื่อง สรพ.	ข้อมูล/ตัวชี้วัด (ตัวชี้วัดเก่า)	ข้อมูล/ตัวชี้วัด (ตัวชี้วัดปรับใหม่)	เป้าหมาย (ร้อยละ)	ปี2560	ปี2561	ปี2562	ปี2563 (ต.ค.62- พ.ค.63)
ก.การบริหาร จัดการและ ทรัพยากร	ความทันเวลาของ การรายงาน รง.506	อัตราความทันเวลาการรายงานสถานการณ์โรค ตามแบบแผนกลยุทธ์ที่สอดคล้องกับมาตรฐาน ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข	≥90	N/A	23% (26/113)	68.6% (118/172)	100% (76/76)
		ทีมSAT&JIT มีสิ่งสนับสนุนที่จำเป็นเพียงพอ และพร้อมต่อการปฏิบัติงาน	≥80	N/A	N/A	24.4% (42/172)	14.47% (11/76)
		เจ้าหน้าที่หน่วยสายแพทย์ ทั้ง ในส่วนของ โรงพยาบาล และ หน่วยทหารมีความรู้ความ เข้าใจเกี่ยวกับนโยบาย แบบแผนกลยุทธ์ และ แนวทางการปฏิบัติการควบคุมโรคระบาดตาม มาตรฐานของกรมควบคุมโรค กระทรวง สาธารณสุข	≥80	N/A	N/A	43.57% (227/521)	100% (517/517)
ข.การเก็บ และวิเคราะห์ ข้อมูลเพื่อเฝ้า ระวัง	ความครบถ้วนของ รายงาน รง.506	อัตราการรายงานโรคตามประกาศ พรบ.โรคติดต่อ 2558 เข้าสู่ฐานข้อมูลระบบเฝ้า ระวังโรคและภัยสุขภาพตามระเบียบกระทรวง สาธารณสุข	≥90	N/A	46.01% (52/113)	37.20% (64/172)	57.89% (44/76)
	ความครบถ้วนของ การสอบสวนโรค (เฉพาะราย)	อัตราความครบถ้วนของการสอบสวน โรคเบื้องต้นเฉพาะรายตามเกณฑ์และ กระบวนการสอบสวนควบคุมโรค กรม ควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข	≥90	N/A	53.09% (60/113)	66.27% (114/172)	100% (76/76)
ค.การ ตอบสนองต่อ การระบาด ของโรคและ ภัยสุขภาพ	ความทันเวลาของ การสอบสวนโรค เบื้องต้น (เฉพาะราย)	อัตราความทันเวลาในการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง สอบสวนและควบคุมโรคตามแบบแผนกลยุทธ์ ที่สอดคล้องกับมาตรฐานของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข	≥90	N/A	N/A	68.6% (118/172)	100% (76/76)
		อัตราความสำเร็จในการควบคุมโรคและภัย สุขภาพไม่ให้เกิดเพิ่มขึ้นหรือแพร่กระจายในพื้นที่ ช่วง 2 ระยะฟักตัวนับจากผู้ป่วยรายสุดท้าย	≥90	N/A	N/A	N/A	100% (76/76)
ง.การเผยแพร่ ข้อมูลข่าวสาร เตือนภัย	คุณภาพการสอบสวน โรคครบถ้วนตาม มาตรฐาน1-6 (100%)	อัตราคุณภาพของรายงานการสอบสวนโรค เป็นไปตามมาตรฐานการเขียนรายงานการ สอบสวนโรค ของกรมควบคุมโรค กระทรวง สาธารณสุข	ผ่าน เกณฑ์ 100%	N/A	N/A	89.53% (154/172)	92.10% (70/76)
		อัตราการเผยแพร่ข่าวสารข้อมูลสถานการณ์ การระบาดในพื้นที่ประจำเดือนให้กับหน่วยใน พื้นที่ที่รับผิดชอบ	≥90	N/A	N/A	100% (12/12)	100% (6/6)



๒๙. การพัฒนาระบบบริการตรวจสุขภาพแบบบูรณาการ

อรชพร เกียรติอุดร

ความเป็นมา ความสำคัญของปัญหา

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี ด้านสาธารณสุขตามนโยบายการปฏิรูปประเทศไทยของรัฐบาล เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไทยที่กำลังก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ พฤติกรรมสุขภาพประชาชนที่ทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากขึ้น เพื่อให้ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน ภายใต้การดำเนินงานร่วมกันตามค่านิยมองค์กร MOPH และการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติและการมีสุขภาพที่ดี ถือเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้การดำเนินงานต่างเป็นไปด้วยดี มีประสิทธิภาพและคุณภาพมากที่สุด รวมถึงเป็นการค้นหาภาวะเสี่ยงของโรคหรือความผิดปกติ สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดความรุนแรงของโรคหรือความพิการได้ ดังนั้นการตรวจสุขภาพจึงมีความสำคัญเพื่อเป็นการดูแลส่งเสริมสุขภาพและเฝ้าระวังภาวะสุขภาพของประชาชน

จากการดำเนินงานปี ๒๕๖๒ มีผู้รับบริการที่มาตรวจสุขภาพ จะต้องยื่นทำบัตรที่ประชาสัมพันธ์แล้ว ไปนั่งรอที่คลินิกประกันสังคมร่วมกับผู้ป่วยทั่วไปที่รอตรวจคลินิกประกันสังคม ทำให้ผู้รับบริการที่รอตรวจสุขภาพที่ต้องงดน้ำงดอาหารรอคิวนาน มีความแออัด ผู้รับบริการมักบ่นว่าทำไมรอนานจัง อีกนานมั้ยจะถึงคิวตรวจ บางรายบ่นว่าอีกนานมั้ยจะได้เจาะเลือดเริ่มหิวข้าวแล้ว บางรายยื่นบัตรตั้งแต่เข้าได้เรียกคิวซักประวัติ ๑๑.๐๐ น. และหลังผล Lab ออกต้องต่อคิวรอตรวจกับผู้ป่วยทั่วไปที่คลินิกประกันสังคมอีก ทำให้ผู้รับบริการที่ต้องการตรวจสุขภาพเปลี่ยนไปตรวจสุขภาพที่อื่นและเกิดความพึงพอใจในการตรวจสุขภาพน้อย

ทางงานตรวจสุขภาพ กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลวิเชียรบุรี จึงมีการปรับปรุงพัฒนาระบบบริการงานตรวจสุขภาพแบบบูรณาการขึ้น เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย ไม่รอคิวนาน ไม่เกิดความแออัด เพิ่มอัตราความพึงพอใจ อีกทั้งยังสามารถเพิ่มรายได้ให้กับองค์กรอีกด้วย

จุดมุ่งหมาย/เป้าหมายของการดำเนินงาน

๑. จำนวนผู้รับบริการตรวจสุขภาพประจำปีเพิ่มขึ้น ๑๐ %
๒. ระยะเวลาในการรอคิวตรวจลดลง
๓. อัตราความพึงพอใจต่อการรับบริการตรวจสุขภาพ ≥ ๘๕ %
๔. อัตราการรายได้จากการตรวจสุขภาพประจำปีเพิ่มขึ้น ๑๐ %

กระบวนการ วิธีการ นวัตกรรมที่เป็น Best practice

ระยะแรก

- มีการนำปัญหาและอุปสรรคที่พบมาวิเคราะห์และปรับปรุงพัฒนางาน
- จัดทำโครงการพัฒนาปรับปรุงสถานที่ในการให้บริการแก่ผู้รับบริการตรวจสุขภาพประจำปี แยกออกเป็นสัดส่วน สวยงาม เหมาะแก่การให้บริการ
- ให้บริการตรวจสุขภาพที่ศูนย์สุขภาพดีรพประกันสังคม ชำระเงินเงิน .อปท/วิเชียรบุรีแก่ลูกค้าที่เบิกได้.
- มีการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ห้อง ห้องเวชระเบียน ห้องเอกซเรย์ Lab
- มีแพทย์ออกตรวจประจำที่คลินิก
- ประเมินผลการดำเนินงาน



ประเมินผล

- หลังให้บริการ เดือน เนื่องจากมีผู้ให้บริการคนเดียวทั้งบริการเจาะเลือด ซักประวัติ วัด ๑V/S เตรียมข้อมูลให้แพทย์ สรุปหลังการตรวจ ทำให้การทำงานไม่ทันเวลา มีความเร่งรีบและลูกค้าที่มาใช้บริการส่วนใหญ่เป็นลูกค้าภายใน ลูกค้าภายนอกยังมีน้อย

ระยะที่ ๒ สร้างความประทับใจที่ดีแก่ผู้รับบริการ

- ทำเรื่องขอคนมาช่วยในการให้บริการลูกค้าเพิ่ม
- จัดทำแผนปฏิบัติการตรวจสอบสุขภาพและมีการออกประชาสัมพันธ์แบบเชิงรุกตามหน่วยงานและสถานประกอบการต่างๆในเขตพื้นที่อำเภอวิเชียรบุรี บึงสามพัน หนองไผ่ ศรีเทพ โดยมีการติดต่อประสานงานร่วมกับทีมงาน ผู้นำชุมชนในพื้นที่
- มีการประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- มีการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ
- ประเมินผลงานอย่างต่อเนื่อง

ประเมินผล

- หลังดำเนินการบริการดีขึ้น งานไม่เร่งรีบ มีเวลาพูดคุยและเชิญชวนลูกค้าที่มาใช้บริการในการเลือกโปรแกรมการตรวจสุขภาพมากขึ้น มีเวลาแนะนำการปฏิบัติตัวแก่ผู้รับบริการมากขึ้น และลูกค้าเกิดความประทับใจมีการบอกต่อคนที่รู้จักมาตรวจสุขภาพเพิ่มขึ้น ทำให้มีลูกค้าที่มาใช้บริการเพิ่มขึ้น รายรับเพิ่มขึ้น

ระยะที่ ๓ เพื่อการเข้าถึงบริการได้ง่าย

- ทางแผนกได้เปิดช่องทางพิเศษในการติดต่อทำบัตร เพื่อลดขั้นตอนการรอคอย ลดการแออัดและเข้าถึงบริการได้ง่าย
- มีระบบในการจัดการนัดคิวตรวจผ่านทางไลน์โดยมีการรับประสานงานผ่านผู้รับผิดชอบเพียงคนเดียว เช่น การส่งรายชื่อ นามสกุล เลขพช. มาเช็คสิทธิ์ล่วงหน้า ช่วยให้ทราบได้แน่ชัดว่าแต่ละรายใช้สิทธิ์อะไร สามารถตรวจอะไรได้บ้าง
- มีการจำกัดคิวนัดตรวจในแต่ละวัน เพื่อลดการแออัด
- สำหรับลูกค้าที่ เข้ามา ทางหน่วยงานตรวจสุขภาพได้แจ้งจุดคัดกรองว่าหากพบ walk in ผู้รับบริการที่แจ้งว่ามาตรวจสุขภาพให้ส่งมาที่แผนกได้เลยทางเราจะจัดการทำบัตรและเช็คสิทธิ์ให้ เพื่อลดระยะเวลาในการต่อคิวทำบัตร
- มีการจัดเตรียมอุปกรณ์ที่จะใช้ในการตรวจแต่ละรายให้และนำส่งก่อนมาตรวจ วันก่อนวัน ๓-๒ นัดตรวจ
- จัดให้บริการผู้รับบริการแบบ One stop service ที่ศูนย์สุขภาพดี รพวิเชียรบุรี .
- มีการติดตาม ประเมินผลและปรับปรุงระบบงานเป็นระยะ



ประเมินผล

- การบริการมีความสะดวก รวดเร็ว เข้าถึงบริการได้ง่าย ไม่แออัด ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ

ผลการดำเนินงาน ประโยชน์ที่ได้รับ

รายการ	เป้าหมาย	ปี๒๕๖๒	ปี๒๕๖๓ (๑ต.ค.๒๕๖๒ - ๑๕ ก.ค.๒๕๖๓)
๑. จำนวนผู้รับบริการตรวจสุขภาพ	เพิ่มขึ้น ๑๐%	๘๙๑ ราย	๑,๗๙๒ ราย
๒. ระยะเวลาการรอคอย	ลดลง	NA	๓๐ นาที
๓. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ	≥๘๕%	๗๘ %	๙๑ %
๔. รายได้จากการตรวจสุขภาพ	เพิ่มขึ้น ๑๐%	๗๔๓,๑๐๐ บาท	๑,๖๕๙,๙๑๗บาท

สรุปผลการดำเนินงาน

จากการปรับปรุงพัฒนาระบบบริการงานตรวจสุขภาพแบบบูรณาการขึ้นทั้งทางด้านการปรับปรุง เปลี่ยนสถานที่ในการให้บริการ ระบบการทำบัตรจองคิวตรวจสุขภาพ จัดบริการแบบ One stop service ออกประชาสัมพันธ์แบบเชิงรุก มีการทำงานเป็นทีมแบบสหวิชาชีพ พบว่ามีจำนวนผู้รับบริการเพิ่มมากขึ้น ผู้รับบริการไม่รอคิวตรวจนาน การรอคิวลดลงเหลือ ๓๐ นาที มีห้องตรวจแยกเป็นสัดส่วน อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการ = ๙๑% และโรงพยาบาลมีรายได้จากการตรวจสุขภาพประจำปีเพิ่มขึ้นยอดรวมตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๒ - ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๖๓ เป็นจำนวนเงิน ๑,๖๕๙,๙๑๗ บาท

ประโยชน์ที่ได้รับ : นำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยการจัดการสร้างเสริมสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล เพื่อลดความเสี่ยงด้านสุขภาพ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

- ผู้บริหารให้ความสำคัญและสนับสนุนการพัฒนางาน
- การทำงานเป็นทีมมีการประสานงานที่ดี
- การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม
- ผู้ปฏิบัติงานมีความพร้อมและความตั้งใจในการพัฒนาปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่อง

บทเรียนที่ได้รับ

- การทำงานเป็นทีมและการประสานงานที่ดีจะช่วยให้การแก้ไขปรับปรุงพัฒนางานให้มีความสะดวก รวดเร็ว บรรลุผลลัพธ์ที่ต้องการ มีการพัฒนางานเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการต้องมีการปรับปรุงแก้ไขอย่างต่อเนื่อง และมีการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการให้บริการเพื่อระยะเวลาการรอคอยและการแออัด เกิดความพึงพอใจของผู้รับบริการ



๓๐. ลดเสียง เลี้ยงสัมผัส ประหยัดน้ำ

อรชพร เกียรติอุดร

ความเป็นมา ความสำคัญของปัญหา

จากสถานการณ์ปัจจุบันที่มีการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ หรือที่เรียกอีกชื่อหนึ่งว่า COVID-๑๙ ที่กำลังระบาดอยู่ในขณะนี้ มีความรุนแรงเทียบเท่ากับโรคซาร์สมากที่สุด ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดอึดเสบรุนแรงจนถึงแก่ชีวิตได้ องค์การอนามัยโลก ยังไม่สามารถหาที่มาของเชื้ออย่างชัดเจนได้ แต่สันนิษฐานว่าอาจจะมาจากเนื้อสัตว์ป่าที่ซื้อขายอยู่ และปัจจุบันเชื้อไวรัสนี้สามารถแพร่กระจายจากคนสู่คนได้จากการถูกไอ จาม หรือสัมผัสกับสารคัดหลั่งของคนที่เป็นผู้ป่วย ดังนั้น เราควรดูแลตนเองเพื่อให้ร่างกายห่างไกลจากเชื้อไวรัสโคโรนา ซึ่งมีการแพร่ติดต่อง่ายและติดไปกับมืออย่างมาก ดังนั้นจึงควรล้างมือบ่อย ๆ ด้วยสบู่และน้ำอย่างน้อย ๒๐ วินาที ให้ล้างมือเสมอเมื่อกลับมาถึงบ้าน หรือเมื่อกลับมาเข้าทำงานหลังจากที่ได้ไปข้างนอกมา ก่อนรับประทานอาหารแต่ละมื้อ ก่อนจับต้องจัดเตรียมอาหาร และหลังจากการใช้ห้องน้ำทุกครั้ง และจากการสำรวจของงาน ENV โรงพยาบาลวิเชียรบุรีพบว่า การใช้ห้องน้ำของผู้รับบริการมีการปิดน้ำหลังการใช้ไม่สนิททำให้น้ำไหลทิ้ง เกิดการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการจ่ายค่าน้ำ

ทางทีมงาน ENV และช่างโรงพยาบาลวิเชียรบุรีจึงได้มีแนวคิดในการประดิษฐ์เครื่องมือที่ชื่อว่า "ลดเสียง เลี้ยงสัมผัส ประหยัดน้ำ" ขึ้น เพื่อช่วยลดการสัมผัสมือ ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค และประหยัดค่าใช้จ่ายในการจ่ายค่าน้ำของโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์

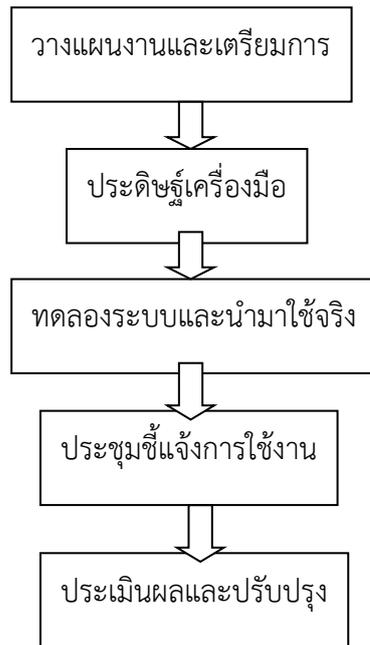
- เพื่อลดเสียงลดโรคจากการสัมผัสมือ ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค
- เพื่อช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในการจ่ายค่าน้ำ

อุปกรณ์ที่ใช้

- ตัวโซรินอยวาล์วน้ำ ๑ ราคา ๑๕๐ บาท
- ฟุตสวิต ๑ (อุปกรณ์เก่าที่มี)
- วงจรหน่วงเวลา ๑ ราคา ๑๒๐ บาท
- วงจรนับจำนวน ๑ ราคา ๒๓๐ บาท
- อะแดปเตอร์จ่ายไฟ ขนาด ๕ โวลต์ ๑ (อุปกรณ์เก่าจากอินเทอร์เน็ต)



กระบวนการ/ขั้นตอนดำเนินการ วิธีการ นวัตกรรมที่เป็น Best practice



วิธีปฏิบัติ/วิธีการใช้สิ่งประดิษฐ์

หลักการทำงาน ใช้โซลินอยด์วาล์วDC๒๔Vในการควบคุมการเปิด-ปิดน้ำ แล้วใช้ฟุตสวิทซ์ในการสั่งให้โซลินอยด์ และวงจรนับจำนวนทำงาน ซึ่งการทำงานแต่ละรอบนั้นจะมีวงจรหน่วงเวลา๐-๒๐วินาที (ปรับได้) คอยควบคุมเพื่อไม่ให้เกิดการนับจำนวนซ้ำหลักการคือเหยียบครั้งแรกจะนับ ๑ ครั้งแล้วหน่วงเวลาไว้เพื่อมีการเหยียบซ้ำก็ยังไม่นับจนกว่าจะหมดเวลาที่ตั้งไว้

ผลการดำเนินการ/ประโยชน์ที่ได้รับ

ผลจากการปฏิบัติการใช้เครื่องมือที่ประดิษฐ์ที่ชื่อว่า “ลดเสียง เลี้ยงสัมผัส ประหยัดน้ำ” นั้น เครื่องมือสามารถนำมาใช้ได้จริงในเรื่องลดการสัมผัสมือในการล้างมือ ใช้งานและยังช่วยในเรื่องการปิดน้ำอัตโนมัติหลังยกเท้าออกจากเครื่อง น้ำไม่ไหลทิ้ง ไม่เกิดการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายน้ำ

ประโยชน์ที่ได้รับ: จากการประดิษฐ์เครื่องมือที่ช่วย “ลดเสียง เลี้ยงสัมผัส ประหยัดน้ำ” นั้นช่วยให้ทางทีมงานเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน สามารถนำไปประดิษฐ์ใช้ในจุดอื่นๆของโรงพยาบาลต่อไป เพื่อให้เกิดประโยชน์คุ้มค่าคุ้มทุนแก่โรงพยาบาลและผู้รับบริการ

ปัจจัยความสำเร็จ

- ผู้บริหารให้ความสำคัญและสนับสนุนการพัฒนางาน
- การมีส่วนร่วมของบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องและนำประสบการณ์การทำงานมาพัฒนาปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่อง
- การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม



บทเรียนที่ได้รับ

- ในการทำงานหากมีการนำปัญหามาทบทวนระบบการทำงานและหาโอกาสการพัฒนา มีการติดตาม ประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง โดยการมีส่วนร่วมจากบุคลากรในหน่วยงานต่างๆ ในการนำอุปกรณ์ที่ เหลือใช้มาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์กับผู้รับบริการและญาติในการลดการสัมผัสมือ เป็นการป้องกันการแพร่ ระบาด Covid ๑๙ และลดค่าใช้จ่ายให้กับองค์กร โดยการเริ่มพัฒนาในจุดเล็กๆ เป็นการช่วยให้เกิดการคุ้มค่า คุ้มทุนในการปฏิบัติงานเกิดประโยชน์แก่ทางโรงพยาบาลและประชา

๓๑. โครงการส่งเสริมสุขภาพป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ คลินิกหมอครอบครัวมะเขือแจ้ อ.เมืองลำพูน จ.ลำพูน

จันทร์ชต์ นาคทอง, นางจำเรียง อุตสาหกรรมารัตน์

ความเป็นมา ความสำคัญของปัญหา

ภาวะหกล้มเป็นปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุกลายเป็นผู้สูงอายุติดบ้าน-ติดเตียงอย่าง หลีกเลี่ยงไม่ได้ ความเสี่ยงของการหกล้มจะยิ่งมากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น ผู้สูงอายุที่มีประวัติหกล้มจะมีโอกาสหกล้มซ้ำและยังส่งผลต่อสุขภาพจิต กลัวการล้ม ไม่กล้าเดิน เกิดซึมเศร้าได้ การลดปัญหาหกล้มในผู้สูงอายุจึงควร ดำเนินการเชิงรุกในชุมชน โดยการค้นหาผู้สูงอายุที่เสี่ยงหกล้มเพื่อสื่อสารความเสี่ยงสร้างความตระหนักในการ ดูแลป้องกันตนเองและพัฒนาระบบการส่งต่อผู้สูงอายุที่พบความเสี่ยงให้ได้รับการดูแลเหมาะสมทันเวลาและ เข้าถึงบริการสุขภาพ สถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุ อ.เมืองลำพูน ปี ๒๕๖๑ มีประชากรช่วงวัยทอง-วัย สูงอายุมากถึงร้อยละ ๔๗.๐ ผู้สูงอายุมีจำนวนทั้งหมด ๒๘,๗๖๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๑.๕๕ เป็นกลุ่มปกติ ร้อยละ ๙๖.๔๒ กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ ๒.๗๘ และกลุ่มติดเตียง ร้อยละ ๐.๗๐ คัดกรองสุขภาพพบเสี่ยงหกล้ม ร้อยละ ๔.๓ และพบปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการหกล้ม เช่น ปัญหาการมองเห็นสายตามองไม่เห็น ร้อยละ ๓.๐๗ เสี่ยงเข้าเสื่อมร้อยละ ๗.๘ % อ้วนร้อยละ ๓.๓๖ และผอมร้อยละ ๑๑.๘๗ และจากข้อมูลสถิติผู้มารับบริการ ด้วยอุบัติเหตุของโรงพยาบาลลำพูน ในช่วงปี๒๕๕๙-๒๕๖๑ พบว่าเป็นกลุ่มผู้สูงอายุจำนวน ๘๔๑ , ๘๑๓, ๘๕๘ ราย ตามลำดับ ซึ่งมีจำนวนค่อนข้างสูงและแนวโน้มเพิ่มขึ้น ด้วยหลักการเหตุผลดังกล่าว โดยกลุ่มงาน เวชกรรมสังคม กลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลลำพูน ได้จัดทำโครงการส่งเสริมสุขภาพป้องกันการ หกล้มในผู้สูงอายุคลินิกหมอครอบครัวมะเขือแจ้ ปี ๒๕๖๑ ขึ้นเพื่อค้นหาคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อ การหกล้ม-เข้าเสื่อมและหารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ เชิงรุกในบริบท ชุมชน อ.เมืองลำพูน ผลที่คาดว่าจะได้รับคือเกิดรูปแบบกระบวนการส่งเสริมสุขภาพสร้างความรอบรู้ด้าน สุขภาพในการป้องกันภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีความตระหนักในการสร้างเสริมสมรรถภาพทางกาย ให้แข็งแรง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง รวมถึงการดูแลสุขภาพตนเองและปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้ เหมาะสม ขยายผลสู่ครอบครัวและชุมชน ให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะหกล้มที่เหมาะสม สอดคล้องกับวิถีชุมชน นำไปสู่การพัฒนาในระดับภาคีเครือข่ายให้เกิดรูปแบบการป้องกันหกล้มของผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงหกล้มในชุมชนที่ครบวงจรและยั่งยืน

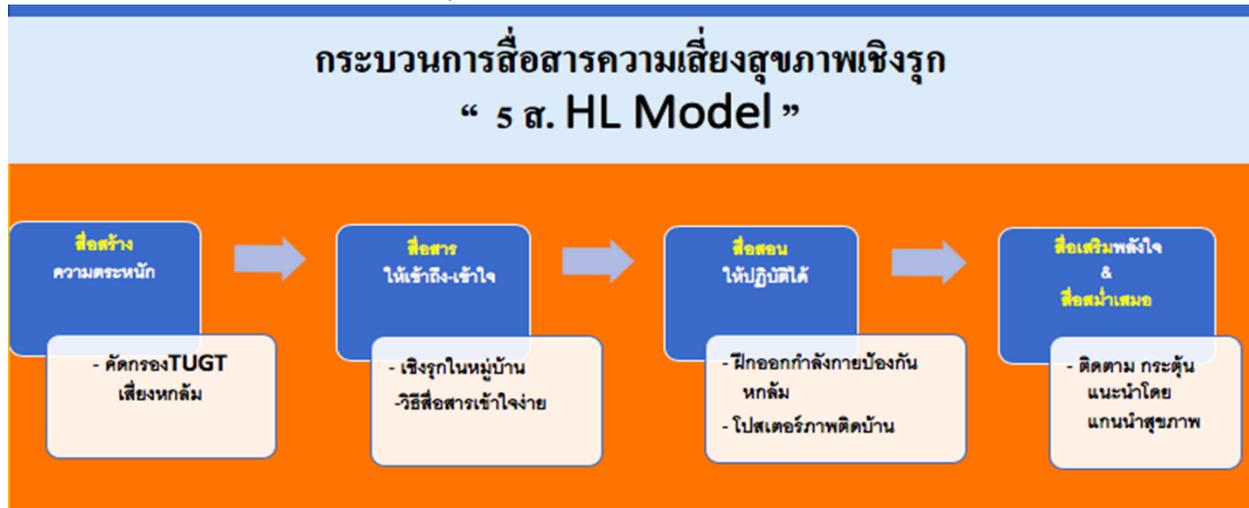


จุดมุ่งหมาย เป้าหมายของการดำเนินงาน

1. เพื่อค้นหาคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มและเสี่ยงเข้าเสื่อม
2. เพื่อการสื่อสารภาวะความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ เชิงรุกในชุมชน
3. เพื่อพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน ตามบริบท อ.เมืองลำพูน

กระบวนการ วิธีการ นวัตกรรมที่เป็น Best Practice

กรอบแนวคิดในการออกแบบกระบวนการสื่อสารสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ ด้านการป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ “ ๕ ส. HL ” ประยุกต์จากแนวคิด V shape Health Literacy ของกรมอนามัย ประกอบด้วย ๕ ขั้นตอนได้แก่ ๑. การสื่อสารตระหนัก : การคัดกรองเสี่ยงหกล้ม Time Up & Go Test และแจ้งผลการคัดกรองทันที ๒. การสื่อเข้าถึงเข้าใจ : สื่อสารรายบุคคลและสื่อสารด้วยภาษาพื้นบ้านท้องถิ่น ๓. การสื่อสารสอนให้ปฏิบัติได้: ฝึกปฏิบัติออกกำลังกายป้องกันหกล้มและแจกโปสเตอร์ออกกำลังกายแผ่นใหญ่สำหรับติดผนังบ้าน(ตัวช่วยจำ) ๔. การสื่อเสริมพลัง: อสม./อพส. ติดตามแนะนำ/กระตุ้นผู้สูงอายุให้มีการออกกำลังกายเพื่อสร้างความมั่นใจให้ผู้สูงอายุ ๕. การสื่อสม่ำเสมอ : ติดตามประเมินประสิทธิผลของการออกกำลังกายในการเปลี่ยนแปลงสมรรถภาพร่างกายทุกเดือน



วิธีการดำเนินงานมีดังนี้

๑. ประชุมชี้แจงโครงการให้กับหน่วยงานและภาคีเครือข่ายในชุมชนที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันวางแผนปฏิบัติการลงชุมชน และทบทวนความรู้ การใช้เครื่องมือคัดกรอง TUGT และเข้าเสื่อม
๒. จัดกิจกรรมค้นหา คัดกรองและสื่อสารความเสี่ยงหกล้ม ตามกระบวนการ ๕ ส. HL : การสัญจรเชิงรุกไปในชุมชนหมู่บ้านเพื่อค้นหาคัดกรองสร้างความตระหนักและสื่อสารข้อมูลความเสี่ยงความรู้วิธีดูแลตนเองในการป้องกันของภาวะหกล้มเข้าเสื่อมในผู้สูงอายุ ฝึกออกกำลังกายป้องกันการหกล้ม(กรมอนามัย)พร้อมมอบสื่อโปสเตอร์วิธีการออกกำลังกายเพื่อยืดเหยียดสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและเอ็นยึดข้อต่อ สำหรับช่วยให้มีการฝึกอย่างต่อเนื่องที่บ้านทุกหลังคาเรือน โดยทีมอาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่รพ.สต. แพทย์ประจำคลินิกหมอครอบครัว และกลุ่มงานเวชกรรมสังคม(งานส่งเสริมสุขภาพ)โรงพยาบาลลำพูน



๓.ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน ครอบคลุมในประเด็น วิธีการดำเนินงาน Time line การแก้ไขปัญหาที่พบระหว่างดำเนินงาน การส่งต่อผู้ที่มีความเสี่ยงเข้าสู่ระบบบริการ โดยบูรณาการกับการนิเทศติดตามงานส่งเสริมสุขภาพ ๕กลุ่มวัย ในเครือข่ายบริการสุขภาพ อ.เมืองลำพูน

๔.กิจกรรมถอดบทเรียนและสรุปประเมินผลโครงการ

ผลการดำเนินงาน ประโยชน์ที่ได้รับ

ผู้สูงอายุเป้าหมาย จำนวน ๓,๘๖๐ ราย ได้รับการคัดกรองภาวะเสี่ยงหกล้มและเสี่ยงเข้าเสื่อม ทุก ราย พบผู้สูงอายุเสี่ยงหกล้ม (TUGT-Positive) จำนวน ๑๕๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๓.๘๙ ผู้สูงอายุเสี่ยงเข้าเสื่อม จำนวน ๕๔๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๔.๑๒ กลุ่มเสี่ยงรับการประเมินโรคเข้าเสื่อม Oxford Knee Score พบเข้าเสื่อมระดับเริ่มต้น จำนวน ๒๗ คน (ร้อยละ ๔.๙๕)ระดับปานกลางจำนวน ๓๐ คน (ร้อยละ ๕.๕๐) และระดับรุนแรง ๕ คน (ร้อยละ ๐.๙๒) โดยทุกคนที่เข้าเสื่อมระดับรุนแรงได้รับการส่งต่อพบแพทย์เฉพาะทางกระดูกและข้อ โรงพยาบาลลำพูน ผู้สูงอายุเข้าร่วมกระบวนการสื่อสารความเสี่ยงครบ ๕ ขั้นตอน จำนวน ๒,๑๖๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๖๘.๑๓ ของเป้าหมาย ติดตามหลังดำเนินการพบผู้สูงอายุมีการออกกำลังกาย ป้องกันหกล้มอย่างสม่ำเสมอ จำนวน ๒,๑๒๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๕.๐๐ จากการทำงานเชิงรุกเข้าถึงชุมชน หมู่บ้านทำให้ได้พบปัจจัยสาเหตุร่วมที่อาจจะส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุมีความเสี่ยงหกล้ม ได้แก่ อาชีพตามวิถีของชุมชน พบว่าผู้สูงอายุ จำนวน ๒,๗๖๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๗๑.๗๓ ประกอบอาชีพเกษตรกร/รับจ้าง โดยเฉพาะการนั่งแกะผลลำไย ที่นั่งราบกับพื้น/ม้านั่งเตี้ย นั่งตัวอวบเป็นเวลานานซึ่งเป็นท่าทางการทำงานที่ไม่ถูกต้องตามหลักของ การยศาสตร์ (ergonomic) ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีอาการปวดหลังและต้องรับประทานยาแก้ปวดเป็นประจำพบจำนวนมากถึง ๓๐๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๗.๙๗ และพบผู้สูงอายุที่มีค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์ จำนวน ๔๔๗ คน คิดเป็น ร้อยละ ๑๑.๕๘ ซึ่งผู้ที่พอมจะมีมวลกล้ามเนื้อน้อย/ลีบฝ่อส่งผลทำให้ความสามารถในการป้องกันพลัดตกหกล้มลดลงได้ จากการถอดบทเรียนผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ผู้สูงอายุ ทีมทำงานชุมชนและทีมคลินิกหมอครอบครัว ทุกคนคิดเห็นว่าโครงการนี้มีประโยชน์กับชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุในชุมชนเกิดความตระหนักและตื่นตัวในการออกกำลังกาย ปรับสภาพแวดล้อมในบ้านของตนเอง คลินิกหมอครอบครัวมีฐานข้อมูล ในการบริหารจัดการปัญหาภาวะพลัดตกหกล้มและข้อเข้าเสื่อมในผู้สูงอายุ เกิดระบบการส่งต่อผู้สูงอายุที่พบความเสี่ยงเข้าสู่ระบบบริการปฐมภูมิเชื่อมต่อกับทุติยภูมิและตติยภูมิอย่างเป็นรูปธรรม

ข้อเสนอแนะในการดำเนินการต่อไป คือ การสื่อสารสร้างความตระหนักโดยใช้สื่อบุคคล Key man ในชุมชน การระดมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เช่น อาชีวอนามัย โภชนาการ แพทย์แผนไทย ในการแก้ปัญหาปัจจัยสาเหตุร่วม และการคืนข้อมูลสุขภาพให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการแก้ไขสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ

ปัจจัยความสำเร็จ

๑. การสนับสนุนของผู้บริหารของโรงพยาบาลลำพูน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองลำพูนและคลินิกหมอครอบครัวมะเขือแจ้
๒. ศักยภาพของทีมงานในชุมชน แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รพ.สต. อสม. ชมรมผู้สูงอายุตำบล และผู้ใหญ่บ้าน



๓. การติดตาม Coaching ของทีมโรงพยาบาลลำพูน ในช่วงระหว่างกิจกรรม Intervention การปรับหรือยืดหยุ่นแผน/กิจกรรมได้ตามปัญหาอุปสรรคที่พบ

บทเรียนที่ได้รับ

๑. การสื่อสารความเสี่ยงเชิงรุกในชุมชน โดยเข้าไปในแต่ละหมู่บ้าน ช่วยเพิ่มการเข้าถึงได้ดี แต่ยังมีบางรายที่ไม่สามารถมาร่วมกิจกรรมได้ ซึ่งการเตรียมพร้อมในศักยภาพ อสม. และสื่อความรู้เพื่อสื่อสารแบบเคาะประตูบ้าน จะช่วยให้สื่อสารได้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย

๒. จากการติดตามกระตุ้นเตือน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ทีมงานชุมชนเสนอให้มีเครื่องมือช่วยในการประเมินความเปลี่ยนแปลงของร่างกาย เช่น ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ Range of motion และเพิ่มความหนักในการออกกำลังกาย เช่น ใช้ถุงทรายถ่วงน้ำหนักข้อเท้า ใช้ขวดน้ำแทนลูกเหล็กยกน้ำหนักสร้างกล้ามเนื้อ เป็นต้น

๓. ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ยังทำงานหาเลี้ยงชีพ รับจ้าง ตามวิถีอาชีพของชุมชน เช่น แกะเนื้อลำไย ซึ่งท่าทางในการทำงาน จะต้องนั่งงอ นั่งนาน ทำให้มีปัญหาปวดหลัง โดยเฉพาะในรายที่พอม กล้ามเนื้ออ่อนแอ เข่าเสื่อม กระดูกสันหลังทับเส้นประสาท จะมีอาการปวดที่รุนแรง จึงมีการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ปลอดภัย NSAID จากสิ่งที่พบเป็นปัญหาที่เชื่อมโยงกับวิถีชุมชน ควรเชิงรุกสื่อสารความเสี่ยงและค้นหาข้อมูลให้ทองที่ ทองถิ่น เพื่อร่วมกับแก้ปัญหา ในทุกเรื่องไม่เฉพาะเข่าเสื่อมหกล้ม เช่น อาหาร ท่าทางการทำงานตามหลักการศาสตร์ การใช้ยาอย่างปลอดภัย เป็นต้น ทั้งนี้จัดการปัจจัยสาเหตุร่วมที่จะส่งผล /รับผลกระทบ จากภาวะเข่าเสื่อม-หกล้ม จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

๔. การทำงานเชิงรุกในชุมชน ควรคำนึงถึงช่วงวันเวลาดำเนินการจะต้องไม่ตรงกับช่วงปลูกและเก็บเกี่ยวผลผลิตเกษตรตามวิถีชุมชน

๓๒. : การพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงหกล้มในชุมชน ตำบลริมปิง อ.เมืองลำพูน จ.ลำพูน

จันทร์ชต์ นาคทอง ,จำเรียง อุตสาหกรรมวารินทร์

บทคัดย่อ

การหกล้มเป็นสาเหตุสำคัญทำให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ติดบ้านติดเตียง การศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันหกล้มของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงหกล้มในชุมชน กลุ่มศึกษาเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงเข่าเสื่อม ๕๐ ราย ในพื้นที่หมู่ ๑-๕ ตำบลริมปิง อำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน ระยะเวลาศึกษาพฤศจิกายน ๒๕๖๒-เมษายน ๒๕๖๓ โดยเข้าร่วมกระบวนการ RISK FALLS – ๒S ที่ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย ๖ กิจกรรม : ๑)การสร้างตระหนักรู้ ๒) การสื่อสารและดูแลเข้มข้น ๓) การฝึกทักษะที่จำเป็น ๔) การเข้าถึงครอบครัวผู้สูงอายุ ๕) การจัดสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ๖)การส่งต่อข้อมูลให้ชุมชน การศึกษานี้วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ pair t-test

ผลการศึกษา ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ ๗๓.๕๓ อายุเฉลี่ย ๗๐.๔๗ ปี ร้อยละ ๘๒.๓๕ มีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่มีสมรรถภาพทางกายต่ำกว่าเกณฑ์ด้านความแข็งแรงของระบบกล้ามเนื้อส่วนบน-ส่วนล่าง ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อข้อต่อร่างกายส่วนบน และความว่องไวการทรงตัว ติดตามพฤติกรรมป้องกันการ



หกล้มพบว่ามี การปรับเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(.๐๕) ผลจากการดูแลรายบุคคลทำให้ ผู้สูงอายุได้รับการส่งต่อรพ.สต.ดูแลต่อเนื่อง ๑๖ ราย และได้รับความช่วยเหลือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดูแลสภาพบ้าน ๓ ราย

ข้อสรุป รูปแบบการจัดการสุขภาพ RISK FALLs – ๒S model ส่งผลในทางที่ดีขึ้นในการดูแลตัวเอง ของผู้สูงอายุ ทำให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมการดูแล ข้อเสนอแนะควรพัฒนาระบบการส่งต่อผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงในด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพและการจัดการด้านสภาพแวดล้อมในครอบครัวและชุมชน ให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม

คำสำคัญ: ภาวะเสี่ยงหกล้มในสูงอายุ การจัดการสุขภาพในชุมชน

ความสำคัญของปัญหา แนวคิดที่เกี่ยวข้อง

ภาวะหกล้มเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุและส่งผลให้ผู้สูงอายุกลายเป็นผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ข้อมูลการมารับบริการเนื่องจากอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง ลำพูน ที่มารักษาโรงพยาบาลลำพูนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี ๒๕๖๐ – ๒๕๖๒ จำนวน ๘๑๓, ๘๕๘ และ ๘๓๑ ราย ตามลำดับ ข้อมูลองค์การอนามัยโลก (๒๐๑๘) พบว่าอายุที่มากขึ้นจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้ม เมื่อผู้สูงอายุหกล้มและกระดูกหักจะพบว่า ๑ ใน ๕ ไม่สามารถกลับมาเดินได้อีก และบางส่วนต้องใช้รถเข็นตลอดชีวิต นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีประวัติหกล้ม ส่งผลต่อสุขภาพจิต กลัวการล้ม ไม่กล้าเดิน และเกิดภาวะซึมเศร้าได้ จะเห็นว่าการหกล้มในผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และอาจเป็นสาเหตุการเสียชีวิตก่อนเวลาอันควร

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ มี ๒ ส่วน ได้แก่ ปัจจัยภายในบุคคล เกิดจาก กระบวนการสูงวัยทำให้ร่างกายมีความเสื่อมชรา มีภาวะทุพโภชนาการ กล้ามเนื้อลีบเล็กไม่แข็งแรง ประสิทธิภาพการเคลื่อนไหว การทรงตัวลดลง พยาธิสภาพของโรคทั้งด้านกายและจิตใจ ทำให้อาจต้องใช้ยาที่ ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาททำให้ง่วงซึม รวมถึงพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการหกล้ม ล้วนส่งผลทำให้มีการพลัดตกหกล้ม ได้ง่าย ซึ่งวิธีการลดความเสี่ยงของการหกล้มที่ได้ผลมากที่สุดคือการออกกำลังกาย เพื่อเสริมความแข็งแรงของ กล้ามเนื้อ เพิ่มความสามารถในการทรงตัว การเดินซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการหกล้มในผู้สูงอายุ(กรมการแพทย์ , ๒๕๕๑) ปัจจัยภายนอกบุคคล เช่น สิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกบ้าน ที่ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดพลัดตก หกล้มได้ง่าย การจัดการเชิงรุกกับปัจจัยเสี่ยงหกล้มในชุมชนอย่างเป็นระบบ เป็นการลงทุนที่คุ้มค่า

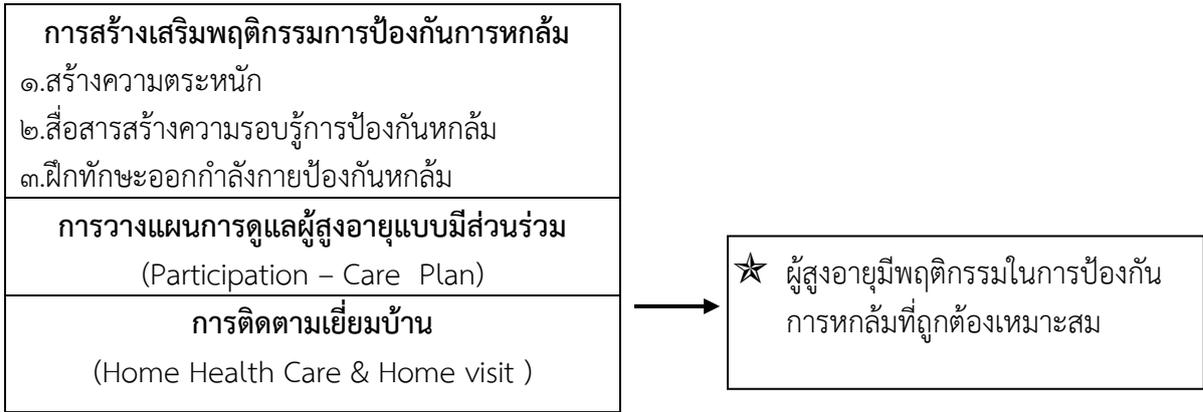
การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งหวังที่ศึกษาปัจจัยและพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน และพัฒนารูปแบบการป้องกันหกล้มของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงหกล้มในชุมชน โดยการวางแผนจัดกระบวนการ แบบมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ครอบครัวและผู้เกี่ยวข้องในชุมชน เพื่อการจัดการรายกรณี (Individualized Care Plan) จัดกระบวนการส่งเสริมสุขภาพสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการ ภาวะ หกล้ม และพัฒนาระบบการส่งต่อผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงให้ได้รับการดูแลเหมาะสมทันเวลาและเข้าถึงบริการ สุขภาพ โดยการบูรณาการร่วมไปกับองค์กร/หน่วยงานอื่นในด้านการสุขภาพป้องกันภาวะหกล้มในผู้สูงอายุทุก คนในชุมชน เกิดรูปแบบการป้องกันหกล้มของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงหกล้มในชุมชน ที่เหมาะสมสอดคล้องกับวิถี ชุมชนเขตเมืองลำพูน เพื่อนำไปสู่ขยายการพัฒนาในระดับเครือข่ายบริการสุขภาพและภาคีเครือข่ายในชุมชน และพัฒนาแนวทางเชื่อมโยงระบบบริการในระดับทุติยภูมิ-ตติยภูมิ

วัตถุประสงค์การวิจัย

๑. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการหกล้ม ในชุมชน
๒. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันหกล้มของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงหกล้ม ในชุมชน



กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิง Developmental Research ศึกษาในประชากรผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงโรคเข่าเสื่อม จากผลการคัดกรองโรคเข่าเสื่อมตามแบบคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุของกรมการแพทย์ (๒๕๕๗) ที่อาศัยในพื้นที่หมู่ ๑ - ๕ ตำบลริมปิง อำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน โดยใช้เงื่อนไขในการคัดเข้ากลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง คือผู้สูงอายุที่พบความเสี่ยงหกล้มจากการประเมิน Thai Falling Risk Assessment Tool (Thai FRAT) คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรมสำเร็จรูป G*power, Statistical test: G*power, Statistical test: Means : Difference from constant (one sample case) version ๓.๑.๙.๒ (Faul, F., Erdfelder, E., Lang, AG. & et al., ๒๐๐๗ อ้างใน นงลักษณ์ วิรัชชัย, ๒๕๕๕) ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน ๕๐ ราย ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่พฤศจิกายน ๒๕๖๒- เมษายน ๒๕๖๓ วิเคราะห์ข้อมูลสถิติ ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบค่าทางสถิติ paired t-test ที่ระดับความเชื่อมั่น ๐.๐๕ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีดังต่อไปนี้

๑. แบบประเมิน Thai-FRAT เป็นเครื่องมือในการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มสำหรับผู้สูงอายุไทยในชุมชน ที่พัฒนาโดยลัดดา เกียรติวงศ์ และคณะ (๒๕๕๔)
๒. แบบประเมินTime Up & Go Test (TUGT) เป็นเครื่องมือในการคัดกรองความเสี่ยงหกล้มทดสอบด้วยการเดินตามวิธีที่กำหนด ตามคู่มือคัดกรองประเมินผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ (๒๕๕๗)
- ๓.แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม ที่พัฒนาโดยสุนันทา ผ่องแผ้ว (๒๕๕๖) มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ ๐.๘๒ เก็บข้อมูลโดยการทดสอบ ก่อน - หลัง เข้ากระบวนการศึกษาครบขั้นตอน
๔. แบบทดสอบสมรรถภาพการทำหน้าที่ทางกายสำหรับผู้สูงอายุไทย โดย ศรีวรรณ ปัญติ(๒๕๕๑) พัฒนามาจาก Senior fitness Test ของ Rikli & Jone (๒๐๐๒)

ผลการวิจัย

กลุ่มศึกษาเข้ากระบวนการครบทุกขั้นตอน จำนวน ๓๔ ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ ๗๓.๕๓ อายุเฉลี่ย ๗๐.๔๗ ปี ร้อยละ ๙๔.๑๒ การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ ๗๓.๓ รายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ ๕๐.๐๐ ยังมีการทำงานหารรายได้ ส่วนใหญ่ทำเกษตรกรรมและรับจ้าง ร้อยละ ๘๒.๓๕ มีโรคประจำตัว เช่น โรคตาต้านการมองเห็น (๘๕.๗๑%) ความดันโลหิตสูง (๗๓.๕๓%) เบาหวาน (๓๙.๒๙%) โรคกระดูกและข้อ



(๒๘.๕๗) เป็นต้น ร้อยละ ๘๕.๒๙ มีอาการปวดเข่า ส่วนใหญ่ลดอาการปวดเข่าด้วยยารับประทานแก้ปวด พบว่ากลุ่มศึกษามีสมรรถภาพทางกายต่ำกว่าเกณฑ์ ได้แก่ ความแข็งแรงของระบบกล้ามเนื้อส่วนบน ร้อยละ ๕๘.๘๓ ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและข้อต่อร่างกายบน ร้อยละ ๕๒.๙๔ การทรงตัวและความว่องไว ร้อยละ ๙๔.๑๒

หลังดำเนินการกลุ่มศึกษามีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(๐.๕) ดังแสดงตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ เปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ก่อน-หลังดำเนินการ จำแนกรายพฤติกรรม

พฤติกรรมป้องกันหกล้ม ที่ถูกต้องเหมาะสม	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		p value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
-ออกกำลังกาย วันละ ๒๐-๓๐ นาที ๓ ครั้ง ต่อสัปดาห์	๑๐	๒๙.๔๑	๑๘	๕๒.๙๔	.๐๐๐
-ลุกขึ้นจากโถส้วมอย่างช้าๆ	๒๕	๗๓.๕๓	๒๙	๘๕.๒๙	.๐๐๙
-ลุกนั่งจากที่นอนหลังตื่นนอนอย่างช้าๆ	๒๕	๗๓.๕๓	๒๙	๘๕.๒๙	.๐๐๙
-จับราวบันได เมื่อเดินขึ้น-ลงบันได	๒๓	๖๗.๖๕	๒๙	๘๕.๒๙	.๐๐๓
-เปลี่ยนรองเท้า เมื่อรู้สึกว่ามีพื้นรองเท้าลื่น	๒๙	๘๕.๒๙	๓๐	๘๘.๒๔	.๐๐๕
-เดินเกาะราวหรือใช้ไม้เท้า เมื่อต้องเดิน บนพื้นลาดหรือต่างระดับ	๒๔	๗๐.๕๙	๒๘	๘๒.๓๕	.๐๐๙
-ไม่วางสิ่งของกีดขวางหรือเกาะเกาะทางเดิน ในบ้าน	๒๙	๗๖.๔๗	๓๐	๘๘.๒๔	.๐๑๗
-ปรึกษาแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เมื่อรู้สึกว่ามีอาการผิดปกติหลัง รับประทานยา	๒๕	๗๓.๕๓	๒๙	๘๕.๒๙	.๐๑๗
-ตรวจวัดสายตาปีละ ๑ ครั้ง	๑๒	๓๕.๒๙	๒๐	๕๘.๘๒	.๐๐๒
-ไม่ซื้อยาแก้ปวด แก้หวัด รับประทานเอง	๗	๒๐.๕๙	๒๐	๕๘.๘๒	.๐๐๖



ผลจากการดูแลรายบุคคลทำให้ผู้สูงอายุได้รับการส่งต่อรพ.สต.ดูแลต่อเนื่อง ๑๖ ราย และได้รับความช่วยเหลือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดูแลสภาพบ้าน ๓ ราย และได้รูปแบบการจัดการสุขภาพสำหรับการดูแลป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ “ RISK FALLs – ๒S model ” ดังภาพที่ ๑

รูปแบบการจัดการสุขภาพเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูงสุดในชุมชน อำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน

RISK FALLs – 2S model

6 Core Items	WHO / HOW TO					Strategy
	แกนนำสุขภาพ อสม. อผส.	หน่วยบริการสุขภาพ		องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น	บวร. เครือข่ายรัฐบาล เครือข่ายเอกชน	
		ระดับปฐมภูมิ	ระดับทุติยภูมิ/ตติยภูมิ			
Raising awareness การสร้างความตระหนักให้ผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน	คัดกรอง TUGT	-ประเมิน FRAT -Senior Fittest	-ประเมิน FRAT	คัดกรอง TUGT		
Intensive information & caring การสื่อสารและการดูแลรายบุคคลที่เข้มข้น	-ให้ข้อมูลความรู้ ป้องกันหกล้ม -การส่งเสริมสุขภาพ	-รักษาระดับปฐมภูมิ และส่งต่อ -Individual care plan	-รักษาระดับทุติยภูมิ/ ตติยภูมิ -Individual care plan	-ให้ข้อมูลความรู้ ป้องกันหกล้ม -Individual care plan	-ให้ข้อมูลความรู้ ป้องกันหกล้ม	
Skill การฝึกทักษะที่จำเป็น ในการป้องกันการหกล้ม	จัดกิจกรรมเพื่อฝึกทักษะ					
Family Access การเข้าถึงครอบครัวของผู้สูงอายุ	เยี่ยมบ้าน (Home Visit)					
Live Location Safety ความปลอดภัยทั้งภายในและภายนอกบริเวณที่อยู่อาศัย	การจัดการปรับ สิ่งแวดล้อมใน บ้านให้ปลอดภัย	การจัดการปรับ สิ่งแวดล้อมใน บ้านให้ปลอดภัย		การจัดการปรับ สิ่งแวดล้อมใน บ้านให้ปลอดภัย	การจัดการปรับ สิ่งแวดล้อมใน บ้านให้ปลอดภัย	
Social Support การสนับสนุนช่วยเหลือของชุมชนและภาคีเครือข่าย	ประสานหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง	คืนข้อมูลให้กับชุมชน	คืนข้อมูลให้กับชุมชน	จัดแผนงานโครงการ สนับสนุน	จัดแผนงานโครงการ สนับสนุน	

สรุปและข้อเสนอแนะ

รูปแบบการจัดการสุขภาพ RISK FALLs – ๒S model ส่งผลในทางที่ดีขึ้นในการดูแลตัวเองของผู้สูงอายุ ทำให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมการดูแล ข้อเสนอแนะในการดำเนินการต่อไปคือ การขยายผลการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นให้กับเครือข่ายในพื้นที่ อ.เมืองลำพูน พัฒนาเชิงลึกในระบบการส่งต่อผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ และพัฒนาระบบฐานข้อมูลของผู้สูงอายุครบทุกมิติ(เชิงสุขภาพ เชิงสังคม วัฒนธรรม เชิงเศรษฐกิจ)โดยพัฒนาร่วมกับภาคีเครือข่ายเพื่อใช้ประโยชน์จากข้อมูลร่วมกัน

๓๓. ชุมชนน่าอยู่ บ้านวังทรายพูนใน หมู่ที่๒ ตำบลวังทรายพูน อำเภอวังทรายพูน จังหวัดพิจิตร

สภาผู้นำชุมชนบ้านวังทรายพูนใน

ความเป็นมา ความสำคัญของปัญหา

ชุมชนน่าอยู่บ้านวังทรายพูน ได้มีการประชุมเพื่อสรุปปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน มาจัดลำดับความสำคัญของปัญหา โดยใช้มติในที่ประชุมของหมู่บ้าน เมื่อวันที่ ๒๘ มกราคม ๒๕๖๐ , ๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐ เพื่อจัดทำโครงการ ของบประมาณจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จำนวน ๑๐ อันดับ ดังนี้



ปัญหา	จำนวนผู้ได้รับผลกระทบ	ผลกระทบ	ผลการทำประชาคม (เสียง)	อันดับ
ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	๘๙	ไม่มีรายได้ ทะเลาะวิวาท เป็นโรคตับ โรคจิต สุขภาพจิตแย่งทั้งตนเองและผู้อื่น	๔๘	๓
สูบบุหรี่	๖๖	ถุงลมโป่งพอง มะเร็ง เสียเงินโดยใช้เหตุ ทำความรำคาญให้ผู้อื่น/สถานที่ที่สูบบุหรี่	๓๗	๖
สารเคมี+ปุ๋ยเคมี	๖๑	ดินเสื่อม สารเคมีตกค้างในกระแสเลือด ต้นทุนสูง สุขภาพอ่อนแอ ซึมเศร้า โรคผิวหนัง โรคสาเหตุไม่ได้	๖๐	๑
การบริโภคอาหาร(รวดเร็ว)	๑๐๙	โรคทางเดินอาหารและน้ำ สารเคมีตกค้างในกระแสเลือด	๓๑	๗
ห่วยเถื่อน	๑๐๙	เสี่ยงต่อการสูญเสียเงินสูง ตำรวจจับ สุขภาพจิตเสีย ดื่มสุรา	๑๙	๙
โรคอ้วน	๓๕	เสี่ยงต่อเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิต ไขมันในเลือดสูง ปวดขา/เข่า เหนื่อยง่าย	๔๐	๔
ซึมเศร้า	๓๐	ครอบครัวแตกแยก เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง ไม่อยากทำกิจกรรมต่างๆ	๑๐	๑๐
อุบัติเหตุ	๒๓	ทุพพลภาพ/เสียชีวิต อนาคตเสีย สูญเสียรายได้ เสียโอกาสดีในอนาคต	๒๙	๘
ไม่คัดแยกขยะ	๘๕	กระทบต่อสิ่งแวดล้อม เช่น ขยะที่เป็นพิษ เป็นต้น เกิดภาวะโลกร้อน	๓๙	๕
ออกกำลังกายน้อย+ไม่ออก	๑๓๔(๑๐๘,๒๖)	เสี่ยงต่อโรคอ้วน เสี่ยงต่อการรับเชื้อโรคได้ง่าย เสี่ยงต่อเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิต ไขมันในเลือดสูง	๕๐	๒

จุดมุ่งหมาย เป้าหมายของการดำเนินงาน

เพื่อลดผลกระทบทั้งต่อสุขภาพ สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ ของตนเอง ครอบครัวและในชุมชน โดยใช้กลไกของคนในชุมชนในการดำเนินงานขับเคลื่อนกิจกรรม/โครงการ ในระยะเวลา ประมาณ ๓ ปี ซึ่งจะขอรับการสนับสนุนความรู้ วัสดุอุปกรณ์ เงิน ฯลฯ จากบุคคล หน่วยงาน ภายนอก โดยมีพี่เลี้ยง(เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ชุมชน) เป็นผู้ประสานให้คำแนะนำช่วยเหลือเท่าที่จำเป็น

โครงการที่ดำเนินการ

- ปีที่ ๑ ปลูกผักปลอดภัยจากสารเคมี
- ปีที่ ๒ การบริโภคผักและไม้ที่ปลอดภัยจากสารเคมี
- ปีที่ ๓ กาลด ละ เลิกการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์



กระบวนการ วิธีการ นวัตกรรมที่เป็น Best Practice :

-การดำเนินกิจกรรมต่างๆ ตามโครงการทั้ง ๓ ปี(ปีนี้ปีสุดท้าย) ใช้กลไกสภาผู้นำชุมชนในการจัดการทุกขั้นตอน โดย

๑. การสรรหาสภาผู้นำชุมชน มีความหลากหลายความรู้ ความสามารถ วิทยุฒิ โดยที่ต้องมี คือ คณะกรรมการหมู่บ้านเดิม ๗ ฝ่าย ให้มาอยู่ในคณะกรรมการสภาผู้นำชุมชนด้วย
๒. สภาผู้นำชุมชน มีการพัฒนาความรู้ความสามารถ โดยเชิญวิทยากรมาให้ความรู้ และเข้าประชุม/อบรม ตามที่สำนัก ๖ (สสส.) จัด
๓. สภาผู้นำชุมชน มีการประชุมอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย เดือนละครั้ง โดยเรื่องที่ประชุม ประกอบด้วย การติดตามผลที่ผ่านมา วางแผนการดำเนินงานในครั้งต่อไป การมอบหมายหน้าที่ของสภาผู้นำชุมชน ไปดำเนินการ มีการกำหนดกติการ่วมกัน ในระหว่างสภาผู้นำชุมชน และครัวเรือน
๔. สภาผู้นำชุมชน มีการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ โดยมีประธานและพี่เลี้ยงติดตาม ให้คำปรึกษาและช่วยเหลือ
๕. มีการประเมินสภาผู้นำชุมชน ใน ๙ มิติ เป็นระยะๆ เพื่อให้ทราบจุดอ่อน/สิ่งที่ต้องปรับปรุงแก้ไข เช่น สภาผู้นำชุมชน ไม่กล้าพูด กล้าถาม ก็หาวิธีการต่างๆ ที่สามารถกล้าพูดกล้าถามมากขึ้น
๖. การปลูกฝังความคิด “สภาผู้นำคิดเอง แก้ไขปัญหาตัวเอง ผลประโยชน์เกิดกับสภาผู้นำชุมชนและประชาชนเอง” โดยสภาผู้นำชุมชนต้องทำเป็นตัวอย่างและเสียสละ





นวัตกรรมที่เป็น Best Practice

๑. น้ำหมักจาวปลวก

นำข้าวหนึ่งใส่กาละมัง ๓ กก. ผสมกับจาวปลวกบดละเอียด ๑ กก. ใช้มือคลุกเคล้าผสมให้เข้ากันแล้วนำไปเทในถังหมักที่เตรียมไว้ แล้วนำน้ำฝนเติมลงไปจำนวน ๑๐ ลิตร แล้วเติมน้ำข้าวข้าว (๕ ลิตร) ลงไปแล้วใช้ไม้ไผ่คนไปในทิศทางเดียวกัน ให้เข้ากันปิดฝาทิ้งไว้ ๓ วัน แล้วเปิดฝาจจะเห็นเป็นราขาวเป็นดอกเล็กๆ แล้วเติมน้ำเปล่าลงไป ๑๐ ลิตร ปิดฝาทิ้งไว้ ๑๐ วัน ก็สามารถนำไปใช้ได้ (ใช้ไม้คนไปในทางเดียวกันเพื่อเป็นการกระตุ้นเชื้อ)

วิธีการใช้ : กรองเอาแต่น้ำไปใช้ อัตราในการใช้ คือ ๑:๑๐ น้ำหมักจุลินทรีย์จาวปลวก ๑ ลิตรต่อน้ำเปล่า ๑๐ ลิตร

ประโยชน์ : ๑. นำไปใช้เป็นตัวช่วยย่อยสลาย ให้เศษผักใบไม้ต่างๆย่อยสลายเป็นปุ๋ยได้ดีเยี่ยม

๒. นำไปฉีดพ่นพืชผักผลไม้ เพื่อให้เร่งให้ออกดอกออกผลเร็วขึ้น

๓. นำเศษที่กรองออกจากน้ำไปรองก้นหลุมตอนปลูกพืชต่างๆช่วยในเรื่องโรคทางรากต่างๆ

๔. นำไปฉีดพ่น ก้อนเห็ดที่เพาะจะช่วยให้เชื้อเห็ดเดินเร็วและออกดอกเห็ดใหญ่ สวย แน่น และรสชาติอร่อย



๒. ปลุกผักปลอดสารบนชั้นคอนโด

นำไม้ไผ่สี่เหลี่ยมที่มีอยู่ในชุมชนหรือชุมชนใกล้เคียง นำมาตัดแบ่งท่อนๆละประมาณ ๑.๕ เมตร เจาะไม้ไผ่เป็นรูสี่เหลี่ยมระหว่างปล้องไม้ไผ่นำมาทำเป็นชั้นๆ โดยมีเสาหลักข้างละ ๑ หลัก นำไปตั้งในสถานที่ที่ต้องการนำดินผสมแกลบดำ ขี้วัว ใบฉำฉา ใส่ลงไปบนร่องไม้ไผ่ที่เจาะไว้ก็สามารถปลูกผักต่างๆ ที่ต้องการได้ โดยใช้ น้ำหมักจาวปลวกที่ทำขึ้นมาใช้รดผักที่ปลูก(สามารถใช้ น้ำหมักหอยทาก/หอยเชอรี่/น้ำหมักบอระเพ็ดฯ นำปุ๋ยเร่งรากจากกะปิ ชูรส กระเทียมแดง มาใช้ในผักคอนโดได้) อุปกรณ์เริ่มอื่นๆ ได้แก่ เลื่อย มีด สว่าน ค้อน



๓. น้ำสมุนไพรทดแทนน้ำเมา

ต้มน้ำให้เดือดใส่ดอกอัญชันลงต้ม ต้มแป๊บเดียวพอแค่ออกปิดไฟตักดอกอัญชันออก ใส่น้ำตาลทราย คนให้น้ำตาลละลาย .ถ้าต้มแต่ดอกอัญชันจะได้น้ำสีฟ้าเข้มๆ พอเติมน้ำมะนาวจะได้สีม่วง

สรรพคุณ :๑. มีส่วนช่วยต่อต้านอนุมูลอิสระในร่างกาย

๒. ช่วยสร้างภูมิคุ้มกันให้ร่างกายและเพิ่มพลังงานให้ร่างกาย

๓. ช่วยในการชะลอวัยและริ้วรอยแห่งวัย

๔. ช่วยในการบำรุงสมอง เพิ่มการไหลเวียนเลือด

๕. ช่วยป้องกันโรคเส้นเลือดสมองตีบ





ผลการดำเนินงาน ประโยชน์ที่ได้รับ :

ครัวเรือนมีการปลูกพืชผักที่ปลอดภัยจากสารเคมี จำนวน ๙๙ หลังคาเรือน หรือร้อยละ ๔๕

ปัจจัยความสำเร็จ : การใช้กลไกสภาผู้นำชุมชน (ซึ่งมีหลากหลายความรู้ ความสามารถ มีการแบ่งบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน) เป็นกลไกในการขับเคลื่อนงาน กิจกรรมต่างๆในชุมชน สภาผู้นำชุมชนมีการประชุมอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้ง

บทเรียนที่ได้รับ

๑. การมีสภาผู้นำชุมชน ซึ่งประธานสภาผู้นำฯ มีตำแหน่งเป็นผู้นำท้องที่ (กำนัน) ทำให้หน่วยงานต่างๆ เช่น พัฒนาชุมชน กลุ่มพัฒนาสตรี กลุ่มอาชีพ เล็งเห็นและให้ความสำคัญที่จะมีกิจกรรมหรือโครงการต่างๆ เข้ามาในชุมชนมากขึ้นและต่อเนื่อง เช่น โครงการจัดทำไม้กวาดดอกหญ้า ไข่เค็ม น้ำยาล้างจาน เป็นต้น

๒. ประชาชนในชุมชน สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ในระดับหนึ่ง เช่น มีการปลูกผักปลอดภัยจากสารเคมี ในรูปแบบต่างๆ โดยใช้น้ำหมักที่ทำเอง เป็นการลดต้นทุนในการปุ๋ยเคมี การบริโภคผักและผลไม้ในปริมาณ ที่เพียงพอใน ๑ วัน มีจำนวนมากขึ้น การใช้น้ำสมุนไพรทดแทนน้ำเมาในงานบุญ (งานศพ) ซึ่งสภาผู้นำชุมชนจะต้องสนับสนุนและส่งเสริมอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

๓๔. โครงการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครทหาร (อสท.) ในพื้นที่จังหวัดพิษณุโลก

พ.ต.หญิง อโนชา พรศิริรัตน์

ความสำคัญของปัญหา

การดูแลระบบสุขภาพชุมชน กระทรวงสาธารณสุขได้มีกระบวนการพัฒนาอย่างเป็นระบบมาโดยตลอดทุกปี ไม่ว่าจะเป็นการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ และการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข และภาคีเครือข่าย โดยกระทรวงสาธารณสุข ได้นำกระบวนการสาธารณสุขมูลฐาน มาใช้เป็นกลวิธีในการพัฒนาสุขภาพชุมชน ตั้งแต่ปี ๒๕๒๐ มีอสม. แต่ในหน่วยทหารโดยแผนกส่งเสริมสุขภาพ/เวชกรรมป้องกันทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของกำลังพลและครอบครัว มีภารกิจในการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ด้านการควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ การสุขภาพจิต งานกัญญา งานสิ่งแวดล้อมและส่งเสริมสุขภาพให้กับกำลังพล ครอบครัว ทหารกองประจำการในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ๔ ค่ายทหารในพื้นที่ จ.พิษณุโลก โดยปี ๖๒ มีประชากรทั้งหมด ๑๖,๖๑๗ คน ประกอบด้วย ค่ายสมเด็จพระนเรศวรมหาราช มีประชากร ๕,๓๗๗ คน ค่ายเอกาทศรถ มีประชากร ๘,๔๒๐ คน ค่ายบรมไตรโลกนารถ มีประชากร ๑,๘๓๘ คน และค่ายสุฤษดีเสนา มีประชากร ๙๘๒ คนซึ่งทีมส่งเสริมสุขภาพ/เวชกรรมป้องกัน มีพยาบาล ๓ คน ลูกจ้าง ๗ คน ทำให้ไม่สามารถดูแลคนในชุมชนได้อย่างทั่วถึง และจากผลการตรวจสุขภาพประจำปีกลุ่มกำลังพล ล่าสุด ปี ๖๒ และแม่บ้านกำลังพลพบปัญหาที่สำคัญ ได้แก่ กลุ่ม เป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๒๗.๘๙% (๑,๕๕๐/๕,๓๑๔) กลุ่มป่วย เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๑๔.๙๑ (๗๙๓/๕,๓๑๔) BMI มากกว่า ๒๕ ร้อยละ ๓๒.๘๕ (๑,๗๔๖/๕,๓๑๔) และค่า BMI มากกว่า ๓๐ ร้อยละ ๙.๖๑ (๕๑๑/๕,๓๑๔) โดยมีสาเหตุเกิดจากมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่และดื่มสุรา ขาดการออกกำลังกาย วิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป การรับประทานอาหารนอกบ้าน และ ปี ๖๑-๖๓ พบความเสี่ยงโรคหัวใจตั้งแต่ระดับสูงถึงสูงอันตราย คิดเป็น ๕.๓๒%, ๓.๙๘%, ๓.๕% ตามลำดับ มีแนวโน้มลดลงใกล้เคียงเป้าหมายที่วางไว้ ส่วนอัตรากำลังพลที่มีความเสี่ยงโรคหัวใจตั้งแต่ระดับสูงมากถึงสูงอันตราย คิดเป็น ๑.๘๗%, ๑.๕๖%, ๑.๓% ตามลำดับ มีแนวโน้มลดลงต่ำกว่าเป้าหมายที่วางไว้ มีกำลังพลเสียชีวิตจากการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน ๒ รายขาดการ



ประสานงานที่ดีและมีประสิทธิภาพที่ไม่มีข้อมูลพื้นฐานของกำลังพลและครอบครัว กลุ่มเสี่ยง NCDs ไม่ได้รับการติดตาม กลุ่มที่เจ็บป่วยเรื้อรังไม่ได้รับการดูแลเท่าที่ควร เกิดโรคระบาดในหน่วยทหาร ดังนั้นในหน่วยทหารมีเสนารักษ์ประจำหน่วยระดับกองพัน ขึ้นไปอยู่แล้ว ทีมส่งเสริมสุขภาพและเวชกรรมป้องกัน จึงมีแนวคิดที่จะให้เสนารักษ์ร่วมเป็นเครือข่ายในการดูแลการพยาบาลเบื้องต้น โดยมุ่งเน้นให้มีการปรับบทบาท อสท. ให้เป็น อสท. เชิงรุก หรือ อสท. นักพัฒนาสุขภาพ จนสามารถแสดงบทบาทในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว ชุมชน สภาพแวดล้อม และสังคมโดยรวม ทั้งการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยเน้นที่การเพิ่มศักยภาพ อสท. ให้เป็นตัวแทนในการดำเนินงานชุมชนภายใต้แผนสุขภาพชุมชนด้วยแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ที่จะทำให้อำลังพลและครอบครัวเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งเป็นการสนับสนุนการดำเนินงานจัดการสุขภาพ และนโยบายต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุขได้เป็นอย่างดี ทั้งนี้จะมุ่งเน้นให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยได้รับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมและอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ จึงต้องมีการพัฒนาศักยภาพผู้ที่เป็นหลักในการปฏิบัติงานในชุมชน ให้มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคเมตาบอลิก การป้องกันการเกิดโรคมะเร็งในพลทหาร งานด้านสุขภาพ และการป้องกันโรคระบาดในหน่วย สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในหน่วยของตัวเองได้อย่างมีระบบ ต่อเนื่อง และยั่งยืน

จุดมุ่งหมาย เป้าหมายของการดำเนินงาน

๑. เพื่อพัฒนาศักยภาพ อสท. ให้มีความรู้และสามารถปฏิบัติงานในหน่วยได้อย่างเหมาะสม
๒. เพื่อสร้างเครือข่ายระหว่างหน่วยกับรพ.ในการดูแลกำลังพล พลทหารและครอบครัวแบบองค์รวม

กระบวนการปรับปรุง

ปี ๖๑	ปี ๖๒	ปี ๖๓
- ประสานงานไปที่ สสจ.พล.ขอ คำแนะนำเรื่องการจัดตั้ง อสม.	- ริเริ่มคิดจัดตั้ง อสท.ในหน่วยทหารแทน อสม.	- เขียนโครงการขออนุมัติในหลักการ
-ประสานรพ.สต.ที่ค่ายที่ตั้งอยู่ในแต่ละพื้นที่เพื่อ ประสานการขอเพิ่ม อสม.ในค่ายฯ	- สสำรวจจำนวนนายสิบเสนารักษ์ในหน่วยทหารระดับกองพันขึ้นไป	- จัดอบรมให้ความรู้เชิงปฏิบัติการแก่ อสท.เดือนละ ๑ ครั้ง
-ขอข้อมูลจากหน่วยทหารเพื่อ คำนวณการจัดตั้ง อสม.ในค่ายฯ	- ส่งหนังสือถึงหน่วยเพื่อหน่วย จัดตั้งคณะกรรมการทำงานสร้างเสริมสุขภาพและส่งรายชื่อตัวแทน อสท.	- ประเมินความรู้ก่อน-หลังการอบรม จัดทำสื่อ อสท.
-เสนอขออนุมัติจัดตั้ง อสม.ผ่าน กองทัพ ไปยัง สสจ.จว.พล.	-จัดประชุมชี้แจงงาน สร้างความเข้าใจงานเสริมสุขภาพ/เวชกรรมป้องกัน	- ติดตามส่งงานเดือนละ ๑ ครั้ง
ผลลัพธ์ ถูกยกเลิก เนื่องจากจว.ไม่มีงบประมาณ	- จัดตั้ง line กลุ่มเพื่อติดตามข่าวสารการแจ้งเตือนภัยสุขภาพ และส่งรายงาน	- นำข้อมูลจากอสท.มาวิเคราะห์ และจัดการปัญหาสุขภาพ
		- คัดเลือก อสท.ต้นแบบ



ผลการดำเนินงาน ประโยชน์ที่ได้รับ

ปี ๖๒ มีจำนวน ๒๐ นาย โดยจัดอบรมความรู้โรค NCDs บทบาทหน้าที่ อสท.และทักษะต่างๆ เช่น การเจาะหาระดับน้ำตาลในเลือด การวัดความดันโลหิตและการแปลค่า ปี ๖๓ หลังจากการจัดโครงการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครทหาร (อสท.) เป็นรูปเพิ่มการสนองมาตรฐานงานสุขภาพโภชนาการ การตรวจสุขภาพ ณ ที่ตั้ง การตรวจลูกน้ำยุงลาย โดยจะอบรมเดือนละ ๑ ครั้ง และการส่งรายงานประจำเดือน มีการประเมินความรู้ต้องผ่านเกณฑ์การประเมิน ร้อยละ ๘๐ และจะต้องส่งรายงานให้ทีมส่งเสริมสุขภาพ/เวชกรรมป้องกัน โดย รพ.สนับสนุนเครื่องเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว และเครื่องวัดความดัน ให้กับหน่วย ซึ่งผลการประเมินความรู้ของเสนาธิการก่อนเข้ารับการอบรมคิดเป็น ร้อยละ ๕๖ หลังอบรม คิดเป็นร้อยละ ๘๒ ประเมินการใช้เครื่องเจาะน้ำตาลปลายนิ้วและใช้เครื่องวัดความดัน คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ กำลังพลกลุ่มเสี่ยงได้รับติดตามค่าระดับน้ำตาลปลายนิ้วและวัดความดันโลหิตสูงเดือนละ ๑ ครั้ง ทำให้กำลังพลได้รับการดูแลแบบทั่วถึง โดยปี ๖๒ ,๖๓ กลุ่มเสี่ยงเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ร้อยละ ๔๖.๖๖ และ ๘๕.๗๘ กลุ่มเสี่ยงความดันสามารถควบคุมระดับความดันโลหิต ร้อยละ ๔๐.๑๔ และ ๗๗.๐๕ อัตรากลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงกลายเป็นกลุ่มป่วยลดลงจากร้อยละ ๐.๒๓ เป็นร้อยละ ๐.๐๖ แต่ยังคงพบว่ามีกลุ่มเสี่ยงเบาหวานกลายเป็นกลุ่มป่วยเพิ่มขึ้น จากร้อยละ ๐.๔๖ เป็น ๐.๘๓ เกิดจากมีการค้นหาความเสี่ยงเน้นเชิงรุกเพิ่มมากขึ้นได้รับการรักษาได้รวดเร็ว กำลังพลกลุ่มป่วยได้รับสมุดบันทึกภาวะสุขภาพ NCDs เพื่อสื่อสารระหว่างรพ.กับหน่วยและผู้ป่วย ส่วนกำลังพลที่ไปปฏิบัติราชการสนามได้เข้ารับการรักษาทันทีและทนายอย่างต่อเนื่องโดยการติดตามของ อสท.

อสท.ยังมีบทบาทในการควบคุมป้องกันโรคระบาดในหน่วยทหาร เช่น การรณรงค์โรคไข้เลือดออก การแจกทรายอะเบท การส่งรายงานลูกน้ำยุงลาย การส่งรายงานสุขภาพ ณ ที่ตั้ง รวมทั้งโรคโคโรนาไวรัส ๒๐๑๙ ได้จัดทำ Flow การรายงานโรค แบบประเมินการเฝ้าระวัง การแยกโรค โดยมีกำลังพลติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ จำนวน ๑ ราย จากสนามมวยลุมพินี แต่หลังจากรพ.ร่วมกับ อสท.ได้ลงพื้นที่ควบคุม ทำให้ไม่เกิดการระบาดในหน่วยทหารอีก

นอกจากนี้ อสท.ยังมีบทบาทหน้าที่สำคัญในการเฝ้าระวัง การรายงานบันทึกประจำวัน การปฐมพยาบาลและการส่งต่อการรักษา ในห้วงของการฝึกทหารใหม่ ปีละ ๒ ผลัด ทำให้ปี ๖๐-๖๓ ไม่มีการเสียชีวิตและเกิดความพิการในการฝึกทหารใหม่

ปัจจัยความสำเร็จ

การจัดตั้ง อสท.เกิดจากการเล็งเห็นปัญหาการทำงานของทีมนักส่งเสริมสุขภาพ/เวชกรรมป้องกัน รพ.ค่ายสมเด็จพระนเรศวรมหาราช และได้เสนอความเห็นชอบไปยังของผู้บังคับบัญชา กำลังพลในชุมชนก็ให้ความสำคัญเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพและให้ความร่วมมือกับทีม รพ.ค่ายฯ ทำให้การส่งเสริมให้ชุมชนมีความเข้มแข็ง สามารถดูแลกันได้ในสภาวะปกติและสภาวะปัญหาด้านต่างๆในสังคม

บทเรียนที่ได้รับ

อสท.ของหน่วย ผ่านการอบรมสามารถร่วมปฏิบัติงานกับเจ้าหน้าที่เครือข่ายสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถเป็นพี่เลี้ยงออกให้ความรู้แก่กำลังพลและครอบครัวในชุมชนได้ และมี อสท. ดีเด่นเป็นต้นแบบให้ อสท. คนอื่นๆ ในปีต่อไป



๓๕. ศสมช.ต้นแบบ หมู่ ๑ บ้านยางแขวนหม้อง ตำบลบางลาย อำเภอบึงนาราง จังหวัดพิจิตร

บุญรอด พรหมกา และศุภวีวรรณ พรหมอยู่

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันปัญหาด้านสุขภาพเป็นปัญหาสำคัญอันดับแรกของประเทศไทย เนื่องจากประชาชนมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำนวนมาก ซึ่งเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่เหมาะสม จึงทำให้เสี่ยงบประมาณเพื่อใช้ในการรักษาบุคคลกลุ่มดังกล่าวเป็นจำนวนมาก

พื้นที่หมู่ ๑ บ้านยางแขวนหม้อง ตำบลบางลายอาชีพหลักคือ รับจ้างทำกระปุกอมสิน ซึ่งเป็นงานที่ต้องใช้เวลาทำงานเป็นเวลานานซึ่งค่าแรงขึ้นอยู่กับจำนวนที่ทำได้ ปัญหาที่พบคือประชาชนไม่มีเวลาในการดูแลสุขภาพตนเองเพราะมุ่งแต่ทำงานเพื่อให้ได้ค่าแรงจำนวนมาก และประกอบกับการที่ไม่มีเวลาในการดูแลสุขภาพ จึงทำให้ไม่มีเวลาในการประกอบอาหารในการรับประทานเอง จึงทำให้ต้องซื้อรับประทาน มีผลทำให้ประชาชนในพื้นที่ได้รับอาหารที่มีรส หวาน มัน เค็ม เป็นอย่าง จึงทำให้มีโอกาสป่วยด้วยโรคที่เกิดจากพฤติกรรม ได้แก่ เบาหวาน และความดันโลหิตสูง

การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานเริ่มตั้งแต่ ปี ๒๕๔๓ โดย ไม่มีอาคารสถานที่ แต่ก็มีกิจกรรมการดำเนินงานดูแลสุขภาพประชาชนมาอย่างต่อเนื่องยาวนาน และในปี๒๕๖๑ทางชมรมได้ประชุมร่วมกันทุกเดือน และเล็งเห็นว่าหมู่บ้านอยู่ห่างจากรพสต. ๔ กม. อยู่ห่างจากรพ.ชุมชน ๒๖กม. เมื่อประชาชนเดินทางไปรักษาพยาบาลด้วยอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยก็จะสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายจากการเดินทาง จึงขอพื้นที่ของศูนย์ข้อมูลหมู่บ้าน จัดตั้งเป็นศูนย์ ศสมช. มีอาสาสมัครประจำบ้าน วัสดุ อุปกรณ์ ข้อมูลข่าวสารและสถานที่ เพื่อจัดบริการให้กับประชาชนในหมู่บ้าน โดยมี อสม.รับผิดชอบหมุนเวียนมาให้บริการทุกวันจันทร์ถึงวันศุกร์ ในช่วงเวลา ๑๗.๐๐-๑๙.๐๐น. และในวันเสาร์เวลา ๑๐.๐๐ - ๑๒.๐๐ น. หยุดวันอาทิตย์ ๑ วันแต่จะให้คำแนะนำทางโทรศัพท์ และทางไลน์แก่ประชาชน

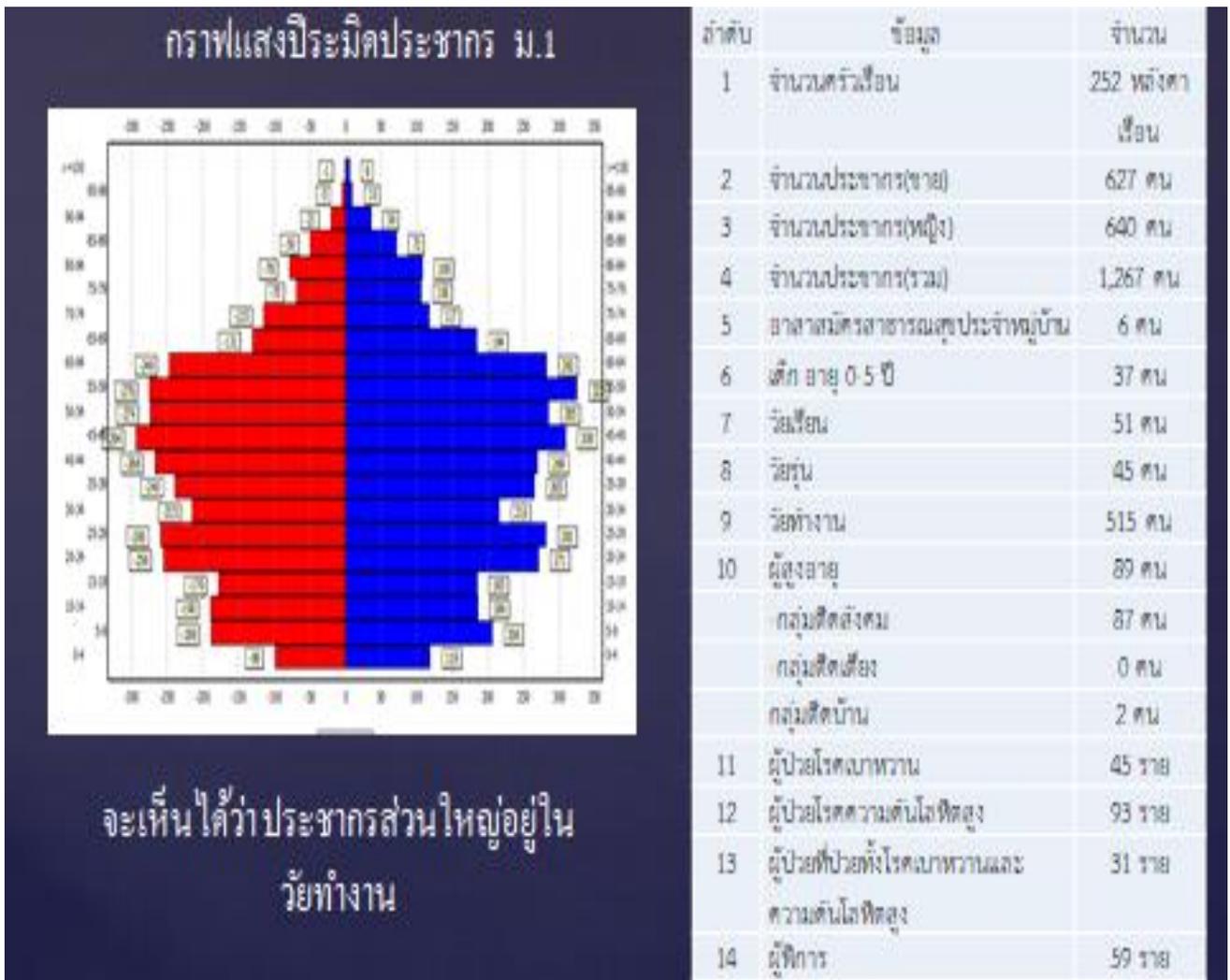
เพื่อพัฒนาให้เป็นศูนย์กลางด้านสุขภาพของหมู่บ้าน ให้ประชาชนได้รับรู้ถึงหลักประกันสุขภาพของตนเอง เข้าถึงบริการด้านสุขภาพต่างๆ ลดค่าใช้จ่ายของประชาชนและลดความแออัดของสถานบริการ เพื่อสุขภาพที่ดีของประชาชนสืบต่อไป

จุดมุ่งหมาย

๑. เพื่อให้บริการสุขภาพต่างๆทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ครอบคลุม๑๔ องค์ประกอบ ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย
๒. เพื่อลดความแออัดในรพสต.และรพ.ชุมชน
๓. เพื่อลดค่าใช้จ่ายของประชาชน

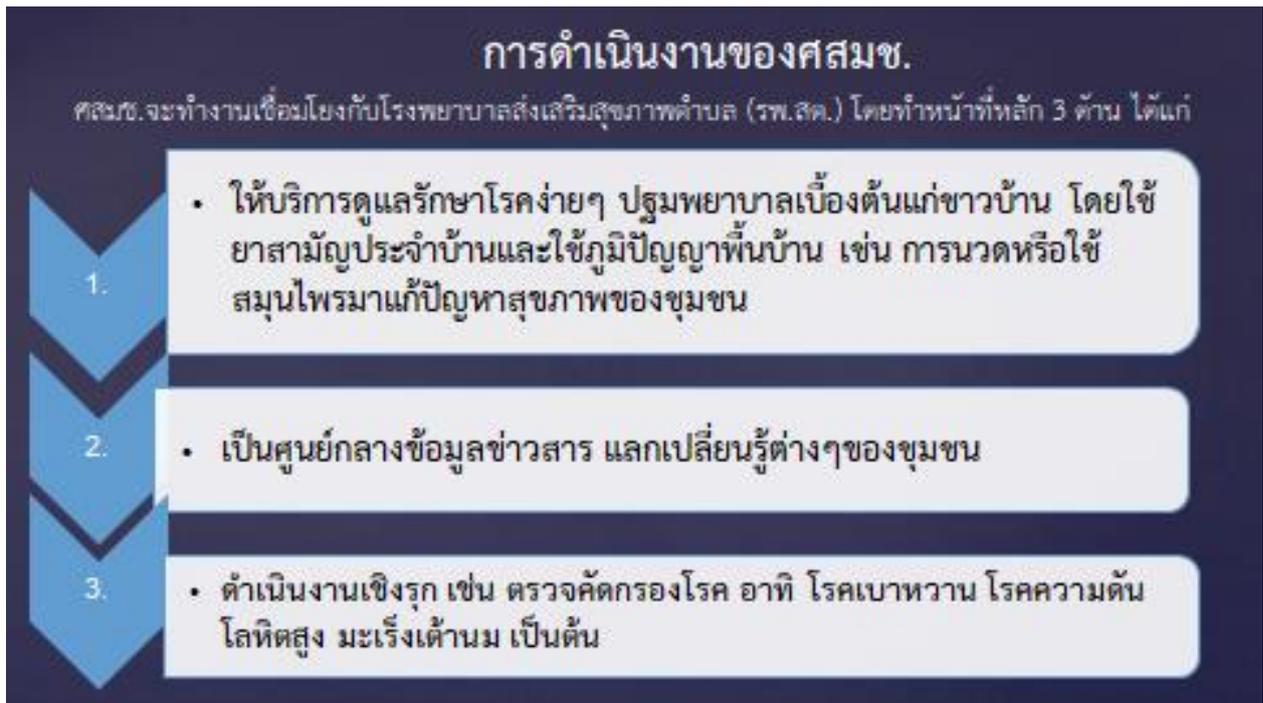


เป้าหมายของการดำเนินงาน



การดำเนินงานตามองค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐาน ๑๔ องค์ประกอบ

องค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐานดังกล่าวประกอบด้วยบริการแบบผสมผสาน ๔ ด้าน คือ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพอนามัย การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ ซึ่งสามารถแยกออกเป็นงานที่ประชาชนสามารถดำเนินการได้ด้วยตนเองออกเป็นงานต่างๆซึ่งเรียกว่าเป็น องค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐาน จำนวน ๑๔ องค์ประกอบ โดยส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเองได้ และจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน



กระบวนการดำเนินงาน

กลวิธี และกระบวนการดำเนินงานศสมช. เป็นการดำเนินงานแบบมีระบบ มีระเบียบแบบแผน เน้นการทำงานแบบต่อเนื่อง และมีการประเมินผลกำกับการดำเนินงานตลอดช่วง วนเป็นวัฏจักร ดังนี้

๑. การตั้งคณะทำงาน

- ระดับตำบลในนามชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลบางลาย อำเภอปึงนาราง จังหวัดพิจิตร ประกอบด้วยคณะกรรมการ ๑๐ หมู่บ้าน ร่วมกับเครือข่ายชุมชนทั้งองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน โรงเรียน ตำรวจ และอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลบางลาย

- ระดับหมู่บ้านประกอบด้วยผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และประชาชนในหมู่บ้าน

๒. การสำรวจข้อมูลด้านปัญหาด้านสุขภาพในภาพรวมระดับตำบลสืบเนื่องมาจากข้อมูลระดับหมู่บ้าน

๓. จัดประชุมคณะกรรมการเพื่อวางแผนการดำเนินงานให้สอดคล้องกับนโยบาย และชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลบางลาย และศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

๔. ดำเนินการตามแผน และประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับงานด้านสุขภาพสู่ระดับหมู่บ้าน ให้ประชาชนในหมู่บ้านได้รับทราบข้อมูลข่าวสาร และสามารถรับสื่อความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตได้

๕. ติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนอย่างต่อเนื่อง

๖. วิเคราะห์ผลการดำเนินงานในทุกชั้นตอน

๗. ประชุมคณะกรรมการเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่พบเจอระหว่างการดำเนินงานตามแผน

๘. รายงานผลการดำเนินงานพร้อมนำข้อมูลที่ผ่านการวิเคราะห์และสรุปผลแล้วมาแก้ไข ปรับปรุง และพัฒนาต่อเนือง เพื่อการดำเนินต่อไปในอนาคต



เป้าหมายและผลของการดำเนินงานใน ศสมช.

กิจกรรม	เป้าหมาย (คน)	ผลงาน (คน)	คิดเป็นร้อยละ
๑. คัดกรองโรคเบาหวาน	๕๕๙	๔๖๙	๘๓.๙๐
๒. คัดกรองโรคความดันโลหิตสูง	๕๑๑	๔๖๙	๙๑.๗๘
๓. คัดกรองผู้สูงอายุและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	๘๙	๘๙	๑๐๐
๔. ส่งเสริมสุขภาพคนพิการ	๕๙	๕๙	๑๐๐
๕. ส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์	๓	๓	๑๐๐
๖. ส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ	๘๙	๘๙	๑๐๐
๗. คัดกรองและส่งเสริมสุขภาพจิตในวัยทำงาน	๕๑๕	๓๔๐	๖๖.๐๒
๘. เคลือบฟลูออไรด์เด็ก ๐-๕ ปี	๓๗	๓๑	๘๓.๗๘
๙. ตรวจฟันผู้สูงอายุ	๘๙	๕๒	๕๘.๔๓
๑๐. ให้คำแนะนำแก่สตรีวัยเจริญพันธุ์เรื่อง มะเร็งเต้านม	๑๙๙	๑๔๖	๗๓.๓๗
๑๑. ให้คำแนะนำแก่สตรีวัยเจริญพันธุ์เรื่อง มะเร็งปากมดลูก	๑๖๔	๑๒๐	๗๓.๑๗
๑๒. สำรวจความครอบคลุมสิทธิ	๗๓๗	๗๓๗	๑๐๐
๑๓. ส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย	๓๗	๓๗	๑๐๐
๑๔. จัดกิจกรรมส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพในกลุ่มเสี่ยง	๗๘	๓๕	๔๔.๘๗



นวัตกรรมที่เป็น Best practice

บริบท สถานการณ์ สภาพปัญหา

วิถีชีวิตของประชาชนบ้านยางแขวนซ้อง

- บ้านยางแขวนซ้อง มีอาชีพทำกระป๋องอมสินเป็นส่วนมาก เป็นงานที่ต้องนั่งเป็นเวลานานตั้งแต่เช้า ถึงเย็น ค่าตอบแทนได้ตามปริมาณงาน นับเป็นขั้น จึงมุ่งแต่ผลงานไม่ห่วงสุขภาพ
- ประชาชนส่วนใหญ่ละเลยในการดูแลสุขภาพตนเอง มีพฤติกรรมเสี่ยง เรื่องการสูบบุหรี่
- ปัญหา ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และภาวะแทรกซ้อนในหมู่บ้าน เช่น โรคไตวายเรื้อรัง
- อยู่ห่างไกลจาก รพ.สต. 4 กม. ห่างจากรพ.ตะพานหิน 25 กม.

พฤติกรรมเสี่ยง 3อ.3ส





จุดมุ่งหมาย

๑. เพื่อให้ประชาชนที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังต่างๆ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง
๒. เพื่อป้องกันการเกิดโรคเรื้อรังต่างๆในชุมชน
๓. ติดตามประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโดยใช้แบบประเมินติดตามพฤติกรรม การสูบบุหรี่และประเมินสุขภาพ โดยติดตามทุก ๑ เดือน ๓ เดือน และ ๖ เดือน

ประโยชน์ที่ได้รับ

๑. กลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูงเมื่อเข้ารับการตรวจคัดกรองแล้วสามารถที่จะปฏิบัติตามได้เองที่บ้าน เมื่อปฏิบัติได้แล้วทำให้สามารถที่จะเลิกสูบบุหรี่ได้หรือมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่น้อยลง ทำให้ประหยัดค่าใช้จ่ายในครัวเรือน

๒. กลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูงเมื่อเข้ารับการตรวจคัดกรองแล้วสามารถที่จะปฏิบัติตามได้เองที่บ้าน เมื่อปฏิบัติได้แล้วทำให้สามารถที่จะเลิกสูบบุหรี่ได้หรือมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่น้อยลง การตรวจคัดกรอง ยังช่วยควบคุมเบาหวานและควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ทำให้กลุ่มเสี่ยงที่ตรวจคัดกรองยังไม่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง



ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

๑. การส่งเสริมให้ประชาชนรับรู้ เข้าใจและมีส่วนร่วมในการจัดการดูแลสุขภาพได้โดยตนเอง โดยมีสม. เป็นผู้ถ่ายทอดความรู้และติดตามอย่างต่อเนื่อง
๒. ความเข้มแข็งขององค์กรต่างๆ ในชุมชนซึ่งช่วยผลักดันให้เกิดกิจกรรมต่างๆ ขึ้นใน ศสมช. ซึ่งเป็นศูนย์กลางเรียนรู้เรื่องสุขภาพในหมู่บ้าน ทำให้ประชาชนมีการตื่นตัว เริ่มดูแลสุขภาพกันมากขึ้น

บทเรียนที่ได้รับ

การดำเนินงานในระยะต่อไปจะต้องเน้นเชิงคุณภาพมากขึ้น ด้วยการทบทวน ประเมินผล ค้นหาปัญหาาร่วมกันในชุมชน เพื่อให้ชุมชนมีความเข้มแข็ง ยั่งยืน เมื่อชุมชนมีความศักยภาพจะทำให้พร้อมที่จะรองรับนโยบายและการพัฒนาในทุกๆ ด้านต่อไป

๓๖. รูปแบบการจัดการลดน้ำหนักในกำลังพลกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยเป็นโรคอ้วน ในกำลังพลกองทัพภาคที่ ๓ พื้นที่จังหวัดพิษณุโลก

พ.อ.หญิง อธิดาพร สุขเกิด

ความเป็นมา ความสำคัญของปัญหา

รพ. ค่ายสมเด็จพระนเรศวรมหาราช เป็นโรงพยาบาลในสังกัดกองทัพภาคที่ ๓ ได้กำหนดยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพมุ่งสู่บุคลากรให้สอดคล้องกับนโยบายของกองทัพบก และกองทัพภาคที่ ๓ ที่มุ่งเน้นให้กำลังพลมีคุณภาพชีวิตที่ดี ตามโครงการ Smart man Smart soldier แต่จากผลการตรวจร่างกายประจำปี ในกำลังพลของกองทัพภาคที่ ๓ รวมถึงบุคลากรของโรงพยาบาลเอง พบว่ามีแนวโน้มของการเป็นโรคอ้วนสูงขึ้น โดยในปี ๖๐-๖๑ ร้อยละของกำลังพล มี BMI ≥ 30 คิดเป็นร้อยละ ๑๐.๓๐, ๙.๔๑ และ BMI ≥ 25 คิดเป็นร้อยละ ๓๓.๓๓, ๓๕.๙๙ ตามลำดับ ทั้งนี้โรคอ้วนถือเป็นปัจจัยให้เจ็บป่วยและเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) อาทิ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคตับ มะเร็งโรคเกี่ยวกับถุงน้ำดี โรคซึมเศร้า ภาวะหายใจลำบากและหยุดหายใจขณะหลับและโรคข้อเข่าเสื่อม โดยคนอ้วนมีโอกาสเป็นโรคมมากกว่าปกติ ๒-๓ เท่า (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๕๗) การเจ็บป่วยของกำลังพลในกลุ่มโรค NCDs ปี ๕๙-๖๑ มีแนวโน้มสูงขึ้นและเกิดรายใหม่เรื่อยๆ ถึงแม้จะมีการรณรงค์และให้ความรู้กับกำลังพลอย่างสม่ำเสมอ โดยในปี ๖๑ พบว่ามีกำลังพลกลุ่มอ้วน เสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ๒ คน เป็นที่มาของการพัฒนาโครงการต่างๆ เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของกำลังพล ด้วยโรคที่สามารถควบคุมได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

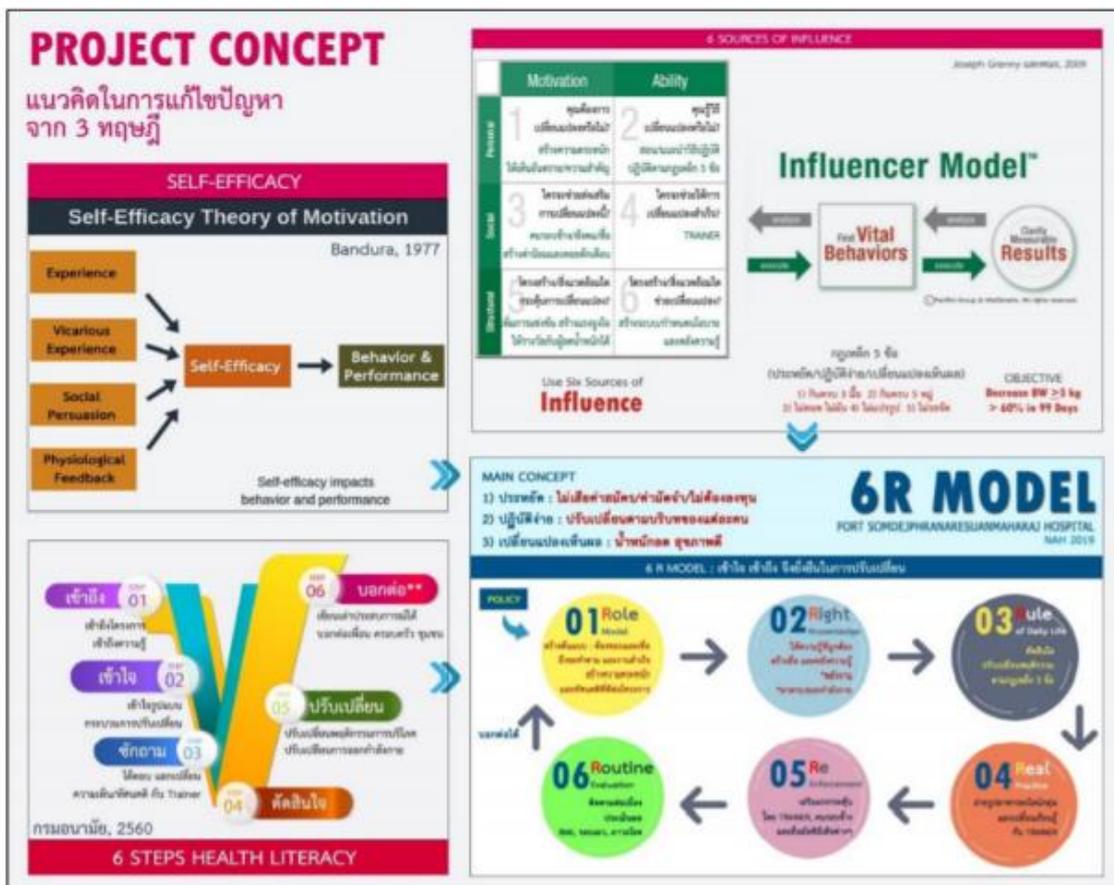
จุดมุ่งหมาย เป้าหมายของการดำเนินงาน

๑. เพื่อให้กำลังพลและครอบครัวปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้สามารถลดน้ำหนักได้ตามเป้าหมาย (ลดน้ำหนัก ≥ 3 กิโลกรัม มากกว่าร้อยละ ๖๐)
๒. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการลดน้ำหนักใช้เป็นแนวทางในการจัดการลดน้ำหนักแก่หน่วยงานที่สนใจ
๓. เพื่อค้นหา Trainer ที่สามารถลดน้ำหนักได้และใช้ประสบการณ์ไปสอนคนอื่นได้

กระบวนการ วิธีการ นวัตกรรมที่เป็น Best Practice

คุณลักษณะทั่วไป/คุณลักษณะเฉพาะ(พร้อมภาพประกอบ)

เป็นรูปแบบการจัดการลดน้ำหนัก ที่กำหนดขึ้น(6R MODELประกอบด้วย Role model, Right knowledge, Rule of daily life , Real practice , Reinforcement , Routine evaluation) ผ่านชื่อ โครงการ ๙๙ วัน ชวนกันลด...ก็โล?? ที่พัฒนาขึ้น โดยใช้หลักการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ 6 steps Health Literacy (กรมอนามัย, ๒๕๖๐) เพื่อให้บุคคลเข้าถึงข้อมูล มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถวิเคราะห์การปฏิบัติ และจัดการตนเอง รวมทั้งชี้แนะเรื่องสุขภาพต่อไปยังครอบครัว และชุมชนได้ ร่วมกับการใช้แนวคิด “โมเดล ๖ แหล่ง พลังสู่การเปลี่ยนแปลง” (Six Sources of Influence) (Joseph Grenny และคณะ, 2009) โดยใช้พลังจากทั้ง ๖ แหล่งเป็นแรงผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้สำเร็จ และทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) โดย อัลเบิร์ต แบนดูรา (Albert Bandura, 1977) ที่เชื่อว่าบุคคลสามารถคาดหวัง หรือมีความเชื่อในประสิทธิภาพแห่งตน โดยทราบว่าจะต้องทำอะไรบ้าง และเมื่อทำแล้วจะได้ผลลัพธ์ตามที่ตนคาดหวังไว้ บุคคลนั้นจะปฏิบัติตาม จึงเป็นสิ่งที่ทำนายหรือตัดสินใจว่าบุคคลจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและปฏิบัติตัวตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่องต่อไป



ภาพ ๑ การประยุกต์แนวคิดในการแก้ไขปัญหา และเกิด 6R MODEL

หลักการขั้นตอน และกรรมวิธีที่ใช้ในการประดิษฐ์คิดค้น (พร้อมภาพประกอบ)

๑. พัฒนารูปแบบด้วยการวิจัยกึ่งทดลอง ในกลุ่มบุคลากรโรงพยาบาลกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยเป็นโรคอ้วนที่มีคว้ดัชนีมวลกายมากกว่า ๒๓ จำนวน ๖๔ คน เพื่อวัดประสิทธิภาพ/ประสิทธิผลของรูปแบบ และค้นหาปัจจัยความสำเร็จ ความล้มเหลวในการลดน้ำหนักของบุคลากร โดยมีวิธีดำเนินการ ดังนี้



๑. รับสมัครผู้เข้าร่วมวิจัยโดยกรอกแบบฟอร์มโดยมี คุณสมบัติดังนี้

- กำลังพล ที่มี BMI ≥ 23 มีโรคประจำตัวหรือไม่ก็ได้ ไม่จำกัดอายุ เพศ
- มีความสมัครใจอยากลดน้ำหนัก และให้ความร่วมมือในการร่วมกิจกรรม

๒. นัดหมายเข้ากลุ่มตามสะดวก เพื่อรับฟังคำชี้แจงวัตถุประสงค์ หลักการ และวิธีการจาก เทรนเนอร์ (ใช้เวลา ๒ ชั่วโมง) ในหัวข้อต่างๆ ดังนี้

- รู้จักตัวเอง/รู้จักโครงการ : แจ้งวัตถุประสงค์ และระยะเวลาในการดำเนินโครงการ (๙๙ วัน)

- รู้จักพลังงาน : รู้หลักการของการลดน้ำหนัก โดยให้พลังงานที่เข้า น้อยกว่าพลังงานที่ต้องใช้ (กิน<ใช้), รู้จักการคำนวณพลังงานที่ร่างกายต้องการ (BMR, TDEE)

- รู้จักอาหาร : แนะนำสารอาหารหลักทั้ง ๕ หมู่ และชนิดอาหารแลกเปลี่ยนโดยนัก โภชนาการ

- รู้จักหวาน มัน เค็ม : การใช้เครื่องปรุงในปริมาณที่เหมาะสม รวมถึงการอ่านฉลาก โภชนาการ

- รู้จักออกกำลังกาย : การออกกำลังกายที่ชอบ หลังเข้าโครงการอย่างน้อย ๑๔ วัน หลัง ร่างกายเริ่มปรับตัวกับพฤติกรรมการบริโภคที่เปลี่ยนไป

- รู้จักติดตามประเมินผล : ชั่งน้ำหนักคำนวณ BMI ทุกสัปดาห์ และวิเคราะห์ร่างกาย โดยใช้เครื่อง Body Scan ทุกเดือน จากนั้นพบเทรนเนอร์เพื่อปรับวิธีการ กรณีน้ำหนักไม่ลดตามเป้า ด้วยเทคนิค Coaching

๓. สมาชิกทุกคนต้องกำหนดเป้าหมายในการลดน้ำหนัก มีวินัยในการปฏิบัติตามคำแนะนำของ เทรนเนอร์อย่างเคร่งครัดเพื่อผลลัพธ์ที่ดีของสมาชิกเอง

๔. สมาชิกทำสมุดบันทึกสุขภาพของตัวเอง พร้อมเขียนบรรยายพฤติกรรมสุขภาพที่เปลี่ยนไป

๕. บันทึกภาพสัดส่วนก่อนเข้าโครงการและหลังโครงการเพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์

๖. ชั่งน้ำหนัก และวิเคราะห์ร่างกายเริ่มต้นด้วยเครื่อง Body Scan โดยประเมินเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย(%Fat) ไขมันในช่องท้อง(Visceral Fat : VF) มวลกล้ามเนื้อ และอายุการเผาผลาญ

๗. สมาชิกต้องส่งรูปเมนูอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อ ลงอัลบั้มของตนเองในกลุ่มไลน์ และปรับเปลี่ยนตามคำแนะนำจากเทรนเนอร์ มีการศึกษาเพิ่มเติมจากสื่อความรู้ที่เทรนเนอร์สอดแทรกเพิ่มเติมให้ ในอัลบั้มคลังความรู้ รวมถึงสามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของตนเองลงในกลุ่มได้

๘. มีกิจกรรมให้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันโดยถอดบทเรียนจากสมาชิกทุกคนที่ร่วมโครงการ บอกเล่า และระบายความรู้สึก ร่วมกิจกรรมสอนทำเมนูอาหารสุขภาพ หลังดำเนินการ ๔๕ วัน (ใช้เวลา ๒ ชั่วโมง)

๙. สรุบน้ำหนักทุกสัปดาห์ที่ ๔ ของ เดือน จนครบ ๑๒ สัปดาห์ จากนั้นเมื่อครบ ๙๙ วัน จะมีการติดตามน้ำหนักต่อเนื่องเดือนละ ๑ ครั้ง จนครบ ๖ เดือน มีระบบบันทึกข้อมูล และรายงานผลเปรียบเทียบ ย้อนหลัง ผ่านทาง โปรแกรม '๙๙ วัน ชวนกันลด...ก็โล??'



๒. ประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย เปรียบเทียบก่อน หลัง เข้าโครงการ

๓. สรุปผลลัพธ์ เปรียบเทียบน้ำหนัก BMI พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ก่อน หลังเข้าโครงการ โดยพบว่าบุคลากรที่เข้าร่วมโครงการลดน้ำหนักได้ตามเป้าหมายร้อยละ ๖๓.๔๙ (๔๐/๖๓)

ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๑ ($t=11.87, p<.000$) โดยน้ำหนักลดลงเฉลี่ย ๔.๑๗ kg.(SD=๒.๘๑) มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ด้านบริโภคอาหารและออกกำลังกายสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.๐๑ ($t= -13.19, p<.000$) โดยมีพฤติกรรมจากระดับพอใช้เป็นระดับดีและมีค่าเฉลี่ยตรรกะนิมวลกายน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.๐๑ ($t=11.86, p<.000$) BMI ลดลงเฉลี่ย ๑.๖๕ หน่วย(SD=๑.๑๑) พบปัจจัยความสำเร็จของรูปแบบการจัดการลดน้ำหนัก อันดับ ๑ คือ การมีแนวทางที่ง่ายในการจำและปฏิบัติ อยู่ในระดับ มาก ค่าเฉลี่ย ๔.๔๘๔๔ (SD=๐.๖๖๖๕) อันดับ ๒ คือ มีระบบการติดตามประเมินผลต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพอยู่ในระดับ มาก ค่าเฉลี่ย ๔.๓๒๗๑ (SD=๐.๖๘๐๓) อันดับ ๓ คือ การมีต้นแบบที่ตีร่วมสร้างความตระหนักและกำหนดเป้าหมาย อยู่ในระดับ มาก ค่าเฉลี่ย ๔.๒๗๖๐ (SD=๐.๗๙๕๙)

จากผลการวิจัยแสดงว่า รูปแบบการจัดการลดน้ำหนักนี้มีประสิทธิภาพในการปรับพฤติกรรมและลดน้ำหนัก สามารถนำรูปแบบไปใช้ในกลุ่มกำลังพลที่มีความเสี่ยงและป่วยโรคอ้วนได้

๔. นำผลจากการวิจัยมาปรับรูปแบบการจัดการลดน้ำหนักให้เกิดประสิทธิภาพมากที่สุด(ภาคผนวก)

๔.๑ นำรูปแบบจากงานวิจัย ไปใช้ในกำลังพลทหารหน่วยต่างๆใน หน่วยทหารพื้นที่ จ.พิษณุโลก จำนวน ๑๐ หน่วย ๑๖ รุ่นและชุมชนครู จำนวน ๑ รุ่นผู้สนใจจำนวน ๑รุ่น รวมจำนวนทั้งสิ้น ๓๐๒ คน โดยเพิ่มการสร้างแรงจูงใจจากบุคคลต้นแบบที่ประสบความสำเร็จ ในรุ่นก่อนหน้ามาบอกเล่าประสบการณ์

๔.๒ ประเมินผลลัพธ์ มีการประเมินผลน้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย และการวิเคราะห์ร่างกายอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างความตระหนักรู้ในตนเอง

๔.๓ มอบรางวัล ผู้ที่มีผลลัพธ์การลดน้ำหนักดี ตรงตามเป้าหมาย เพื่อสร้างขวัญกำลังใจ และจัดเสวนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ บอกเล่าประสบการณ์ เพื่อสร้างแรงบันดาลใจให้กับกำลังพลท่านอื่นต่อไป

๔.๔ พัฒนาสื่อความรู้ สื่อเพลงเพื่อสร้างแรงจูงใจ และกระตุ้นสมาชิก รวมถึงช่องทางการเข้าถึงข้อมูล

๔.๕ พัฒนาโปรแกรมในการลงบันทึกและวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพของสมาชิก ให้ง่าย สะดวกในแต่ละรุ่นขึ้น

๔.๖ ติดตามผลลัพธ์ต่อเนื่อง

ผลการดำเนินงาน ประโยชน์ที่ได้รับ

๑.จากการดำเนินงาน ปี๖๒-๖๓อัตรากำลังพลที่มี BMI > ๒๕-๓๐และ BMI > ๓๐ มีแนวโน้มลดลง สมาชิกโครงการลดน้ำหนักได้ตามเป้าหมาย และมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่ดีขึ้น มีความสุขจากการมีรูปร่างดี นอกจากนี้ในรายที่เป็นโรค NCDs ยังสามารถควบคุมโรคได้ดีขึ้น และมีการปรับลดการใช้ยา ดังนี้



ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี๖๐	ปี๖๑	ปี๖๒	ปี๖๓
อัตรากำล้างพลที่มี BMI > ๒๕-๓๐	< ๓๐ %	๓๓.๓๓	๓๕.๙๙	๓๕.๗๕	๓๒.๘๕
อัตรากำล้างพลที่มี BMI > ๓๐	< ๑๐ %	๑๐.๓๐	๙.๔๑	๙.๗๘	๙.๖๑
อัตรากลุ่มเสี่ยงโรคอ้วนที่เข้าร่วมโครงการลดน้ำหนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถลดน้ำหนักได้ตามเป้าหมาย(>3kgใน 3 เดือน)	>๖๐%	NA	NA	๕๘.๗๑ (๙๑/ ๑๕๕)	๕๐.๑๔ (๕๙/ ๑๔๗)
กำล้างพลกลุ่มป่วยNCDsที่เข้าร่วมโครงการสามารถปรับลดการใช้จ่ายลงได้	สูงขึ้น	NA	NA	NA	๑๘.๔ % (๗/ ๓๘)

หมายเหตุ ปี63 เกิดสถานการณ์ COVID -19 ทำให้กิจกรรมบางกิจกรรมถูกงดทำให้การบรรลุเป้าเป้า ลดต่ำลง
 ๓. สมาชิก มีความพึงพอใจในรูปแบบการลดน้ำหนัก ในส่วนของเครื่องมือวิเคราะห์ร่างกาย ร้อยละ ๙๑.๗๒ การได้รับคำแนะนำเรื่องอาหาร ร้อยละ ๙๐.๒๘ ความพึงพอใจเทรนเนอร์ ร้อยละ ๘๙.๑๔ และรูปแบบสื่อที่ใช้ ร้อยละ ๘๘.๕๗

๒. สมาชิกโครงการ ที่ประสบความสำเร็จในการลดน้ำหนัก สามารถต่อยอดนำความรู้ไปบอกต่อในครอบครัว และชุมชนข้างเคียงของตนได้ รวมถึงสามารถประกอบอาชีพเสริม ทำอาหารเพื่อสุขภาพ เป็นรายได้เสริมอีกด้วย เกิดเทรนเนอร์ที่สามารถถ่ายทอดรูปแบบโครงการจำนวน ๑๐ คน

๓. ชุมชนข้างเคียงโรงพยาบาล พระสงฆ์ และคณะครู นักเรียน ในเขตชุมชน ได้รับประโยชน์จากการขยายผล นำรูปแบบโครงการที่ได้จากงานวิจัยไปใช้ เป็นผลให้ชุมชนมีความตระหนักเรื่องโรคอ้วน และให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพมากขึ้น **ค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานต่ำ**

๔. ใช้เป็นแนวทางการแก้ไขปัญหาโรค NCDs ที่รากเหง้าของปัญหา เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต และลดภาระการแบกรับต้นทุนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ปัจจัยความสำเร็จ

๑. นโยบายหน่วยเหนือชัดเจน
๒. ผู้นำสนับสนุนงบประมาณและการพัฒนาสื่อต่างๆ
๓. ทีมงานวิจัยที่มุ่งมั่น

บทเรียนที่ได้รับ

- รายที่เป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง อาจมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ความดันโลหิตต่ำลงได้ ต้องมีการติดตามดูแล การประสานอายุรแพทย์เจ้าของไข้และเภสัชกร ร่วมดูแล ปรับลดขนาดยาให้เหมาะสม



- ต้องมีการพัฒนาทักษะถ่ายทอดประสบการณ์ของเทรนเนอร์และสร้างแรงจูงใจ ให้เห็นถึงความสุขจากการทำงานจิตอาสา และเห็นคุณค่าจากการได้เห็นความสำเร็จของ สมาชิก และทำแผนการพัฒนาสมรรถนะเทรนเนอร์ให้ได้มาตรฐาน เป็นหลักสูตรฝึกอบรมที่สามารถถ่ายทอดขยายกลุ่มได้มากขึ้น
- ควร มีการประชาสัมพันธ์โครงการ และพูดคุยกับร้านค้าในโรงพยาบาล หน่วยทหาร รวมถึงร้านสะดวกซื้อในพื้นที่รับผิดชอบ แนะนำแนวทางการทำอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ เช่น อาหารผัดน้ำ อาหารประเภททอด ให้ใช้กระทะเทปลอน เป็นต้น
- หน่วยงานด้านสาธารณสุข สามารถนำรูปแบบไปดำเนินการในประชาชนที่มีปัญหาโรคอ้วนเพื่อลดการเกิดโรค NCDs
- ควรจัดตั้งศูนย์จัดการลดน้ำหนักขึ้นในโรงพยาบาล สำหรับผู้สนใจทุกระดับ ทั้งบุคลากร กำลังพล และผู้รับบริการสามารถเข้ามาปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเพื่อขอคำแนะนำ หรือสมัครเข้าร่วมโครงการได้

๓๗. โปรแกรม NAH Smart Health

เพื่อพัฒนาระบบการตรวจร่างกายประจำปีของกำลังพล

ร.ต.ธวัชชัย สุกแสง

ความเป็นมา ความสำคัญของปัญหา : โรงพยาบาลค่ายสมเด็จพระนเรศวรมหาราชเป็นโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหม เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายของกองทัพภาคที่ 3 รับผิดชอบกำลังพลและครอบครัวรวม 4 ค่าย ได้แก่ค่ายสมเด็จพระนเรศวรมหาราช ค่ายสมเด็จพระเอกาทศรถ ค่ายบรมไตรโลกนารถ และค่ายสฤษดิ์เสนา โรงพยาบาลค่ายสมเด็จพระนเรศวรมหาราชมีหน้าที่ในการตรวจสุขภาพประจำปีให้กับกำลังพลทั้ง 4 ค่ายประมาณ 5,000 นาย ต่อปีกำลังพลที่เข้ารับการตรวจร่างกายประจำปี ปี 60, 61, 62 จำนวน 5,342, 5,227, 5,252 ราย ในห้วงที่ผ่านมา โรงพยาบาลได้พบปัญหาการเข้าสู่กระบวนการรักษาพยาบาลล่าช้าของกลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคดังกล่าว จึงได้วิเคราะห์สาเหตุเกิดจาก ระยะเวลาในการส่งผลตรวจกลับไปให้กำลังพลล่าช้า มีกระบวนการทำงานหลายขั้นตอน ระบบการคัดกรองเพื่อเข้าถึงการรักษาและการดูแลต่อเนื่องล่าช้า ขาดประสิทธิภาพ บุคลากรของทีมสุขภาพไม่เพียงพอต่อการดูแลกำลังพลในพื้นที่รับผิดชอบ และขาดเครื่องมือที่ช่วยทำให้กระบวนการงานมีประสิทธิภาพ รวดเร็ว ถูกต้อง ลดระยะเวลาในการวิเคราะห์ผลตรวจ เพื่อให้สอดคล้องนโยบายของกรมแพทย์ทหารบกและนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลได้พัฒนาโปรแกรมการวิเคราะห์และรายงานผลการตรวจร่างกายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลกำลังพลของกองทัพภาคที่ 3 ในจังหวัดพิษณุโลก สอดคล้องกับนโยบายของผู้บัญชาการ รพ.ค่ายสมเด็จพระนเรศวรมหาราช ที่ต้องการให้นำระบบสารสนเทศมาใช้กับผู้รับบริการของ รพ. เพื่อความสะดวกรวดเร็วกับผู้รับบริการในชีวิตปัจจุบัน โดยสามารถดูข้อมูล ข้อมูลระบบคิว การนัด การขอเลื่อนนัด และเพิ่มข้อมูลการวิเคราะห์ผลการตรวจร่างกายได้ทุกที่ทุกเวลา ผ่าน Application ต่างๆของ รพ. “เพราะการดูแลสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญที่ไม่สามารถ



รอกอยได้ หากรู้ไม่ทันก็อาจจะส่งผลกระทบต่อชีวิตได้” โดยนำโปรแกรมการวิเคราะห์ผลตรวจร่างกายมาใช้ในการศึกษากลุ่มกำลังพลที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคไม่ติดต่อต่างๆ และกลุ่มกำลังพลที่ป่วยเพื่อหาสาเหตุของกลุ่มป่วยที่เพิ่มมากขึ้น การใช้โปรแกรมดังกล่าวเพื่อให้สามารถวิเคราะห์ข้อมูล การเข้าถึงระบบการคัดกรองสุขภาพได้อย่างรวดเร็วมากขึ้น ทำให้กลุ่มเสี่ยงได้รับการเฝ้าระวังรวมถึงการแก้ไขปัญหาสุขภาพก่อนจะนำไปสู่การเกิดโรค และกลุ่มป่วยของกำลังพลลดการเกิดโรคแทรกซ้อนที่นำไปสู่ความเสี่ยงการเสียชีวิตและนำไปสู่การเพิ่มค่าใช้จ่ายในการดูแลในอนาคต

○ จุดมุ่งหมาย เป้าหมายของการดำเนินงาน :

- เพื่อลดระยะเวลารายงานผลตรวจของกำลังพล รายบุคคล
- เพื่อลดระยะเวลาการส่งรายงานผลตรวจภาพรวมของหน่วย
- เพื่อให้เกิดความพึงพอใจของกำลังพลที่ใช้งานระบบโปรแกรม
- เพื่อให้ทีมส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลสามารถนำข้อมูลเปรียบเทียบการตรวจร่างกาย ไปวางแผนในการดูแลกำลังพลในกลุ่มป่วย และกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อไป

○ กระบวนการ วิธีการ นวัตกรรมที่เป็น Best Practice :

โรงพยาบาลได้เริ่มดำเนินการพัฒนาโปรแกรมในส่วนของการลงข้อมูลส่วนตัวเบื้องต้นของกำลังพล โดยกำลังพลสามารถลงข้อมูลคัดกรองสุขภาพ ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลการคัดกรองสุขภาพะจิด ผ่านเว็บแอปพลิเคชัน จากที่บ้านหรือที่หน่วยงาน เพื่อลดระยะเวลาและขั้นตอนการเดินทางมาโรงพยาบาลเพื่อกรอกเอกสารและขั้นตอนสุดท้าย คือการออกแบบและพัฒนาโปรแกรมในการวิเคราะห์ผลการตรวจร่างกาย และส่งผลการตรวจร่างกายกลับไปที่กำลังพลแบบ Real - time ทำให้กำลังพลสามารถดูผลการตรวจได้รวดเร็ว นอกจากนี้ ยังนำข้อมูลผลการตรวจร่างกายเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น ผ่าน Web Application ที่ทางโรงพยาบาลได้พัฒนาขึ้นเอง พัฒนาต่อเนื่องให้สามารถดูข้อมูลจากโทรศัพท์มือถือได้อีกทางหนึ่ง โรงพยาบาลค่ายสมเด็จพระนเรศวรมหาราชได้หาแนวทางกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นำไปพัฒนาระบบ บริการใหม่ ติดตาม และออกแบบโปรแกรมให้สามารถตอบสนองความต้องการของกำลังพล โดยสามารถให้ กลุ่มกำลังพล และหน่วยต้นสังกัดดังกล่าวสามารถดูข้อมูลเปรียบเทียบการตรวจร่างกายประจำปี และแนวโน้ม สุขภาพของตนเอง นำไปสู่การดูแลสุขภาพเบื้องต้นโดยมีขั้นตอนดำเนินงานดังนี้ การวิเคราะห์หาสาเหตุการรายงานผลการตรวจสุขภาพกำลังพลที่ล่าช้า เพื่อแก้ปัญหาการส่งผลการ ตรวจร่างกายให้กับกำลังพลล่าช้า ผิดพลาด จากการคัดลอกข้อมูลลงในสมุดสุขภาพของเจ้าหน้าที่ส่งเสริม สุขภาพ รวมไปถึงกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลของแพทย์ใช้เวลานาน กระบวนการรวบรวมข้อมูลเพื่อคัด แยกกลุ่มกำลังพล



ต่างๆทำให้มีความล่าช้าและไม่ชัดเจน นำเสนอทีมบริหารเพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบ เริ่มดำเนินการพัฒนาโปรแกรมจากงานประจำที่แต่ละหน่วยงานปฏิบัติ เพื่อหาแนวทางในการพัฒนาระบบ และการรายงานผลการตรวจร่างกายประจำปีในส่วนของ การลงข้อมูลส่วนตัวเบื้องต้นของกำลังพล โดยกำลังพล สามารถลงข้อมูลคัดกรองสุขภาพ ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลการคัดกรองสุขภาพะจิต ผ่าน Web Application จากที่บ้าน หรือที่หน่วยงาน เพื่อลดระยะเวลาและกระบวนการที่กำลังพลต้องมานั่งรอกนอกเอกสาร ออกแบบพัฒนาโปรแกรมจากการศึกษาการทำงานของโปรแกรม รายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (LIS) ในการส่งผลรายงานเข้าโปรแกรมบริหารงานโรงพยาบาล (HOSxP) ในการวิเคราะห์ผลการตรวจร่างกาย และส่งผลการตรวจร่างกายกลับไปที่กำลังพลแบบ Real - time โดยให้กำลังพลได้สามารถดูผลการตรวจได้รวดเร็ว นำข้อมูลการตรวจร่างกายที่บันทึกลงในโปรแกรมบริหารงานของโรงพยาบาล เข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น ผ่าน Web Application ที่ทางโรงพยาบาลได้พัฒนาขึ้นเอง พัฒนาต่อเนื่องให้สามารถดูข้อมูลในโทรศัพท์มือถือ NAH Mobile รวมถึงการให้ผู้บังคับหน่วยสามารถดูข้อมูลสุขภาพของผู้ใต้บังคับบัญชาผ่านระบบ Web Application และลงพื้นที่ให้ความรู้ ข้อมูลวิธีการใช้โปรแกรมในหน่วยต่างๆ นำเสนอผลการดำเนินงานและปรับโปรแกรมเพื่อให้ง่ายต่อการใช้งาน ตรวจสอบข้อมูลต่างๆในโปรแกรมก่อนการนำมาใช้งาน

○ ผลการดำเนินงาน ประโยชน์ที่ได้รับ :

จากโปรแกรมที่ทางโรงพยาบาลได้ออกแบบและพัฒนาขึ้น ผลผลิตและผลลัพธ์สำคัญที่ได้จากการนำโปรแกรม NAH Smart Health ไปใช้ในการพัฒนาการดูแลกลุ่มกำลังพลที่มีความเสี่ยงต่างๆ ทำให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วย โดยมีการจัดตั้ง คลินิกโรคหลอดเลือดหัวใจ คลินิกชะลอไตเสื่อม และคลินิกโรคทางเมตาบอลิก การให้กำลังพลสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพเพื่อนำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการปฏิบัติตัว สามารถลดต้นทุนการใช้ทรัพยากรเรื่องการจัดทำสมุดสุขภาพได้อย่างชัดเจน โปรแกรมการวิเคราะห์ผลตรวจร่างกายยังสามารถนำมาคัดแยกกำลังพลตามกลุ่มต่างๆ ได้แก่ กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย รวมถึงการส่งข้อมูลให้กับสหวิชาชีพในการดูแลเชิงรุกของกลุ่มกำลังพล และส่งข้อมูลให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง(การจัดตั้ง อสท.) เพื่อใช้ในการวางแผนการดูแล การให้คำปรึกษาและแนะนำ เพื่อเข้าสู่กระบวนการการตรวจรักษาเพิ่มเติมจากทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ กำลังพลสามารถเข้าสู่กระบวนการการดูแลรักษาได้รวดเร็วมากยิ่งขึ้น และสามารถลดความเสี่ยงที่มีผลต่อ การเสียชีวิตได้ โปรแกรมการวิเคราะห์ผลตรวจร่างกายประจำปีของกำลังพล สามารถส่งข้อมูลผลการตรวจแบบ Real-time ได้ สามารถลดขั้นตอน ลดระยะเวลาในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของกำลังพล สามารถนำข้อมูลของตนเองมาเปรียบเทียบให้เห็นแนวโน้มในการดูแลสุขภาพของกำลังพลได้รวดเร็วมากขึ้น ผลกระทบทางบวกที่เกิดขึ้นสามารถลดต้นทุนจากการจัดทำสมุดสุขภาพได้ปีละ 150,000 บาทเหลือปีละ 3,500 บาทเป็นค่าปรับปรุง Mobile Application

○ ปัจจัยความสำเร็จ :

จากการพัฒนาระบบและนำโปรแกรมการวิเคราะห์ผลการตรวจร่างกายประจำปีมาใช้พบว่ากำลังพลสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของตนเองได้สะดวก รวดเร็ว สามารถดูข้อมูลผลการตรวจร่างกายเปรียบเทียบกับย้อนหลัง นำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงและป้องกันการเกิดโรคที่จะตามมาได้ กำลังพลสามารถเข้าถึงการดูแล ป้องกัน รวมถึงการได้รับการตรวจรักษาเพิ่มเติมจากทีมสหสาขาวิชาชีพได้



รวดเร็วมากขึ้น ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาขอรับผลการตรวจก่อนวันรายงานผลตรวจ ไม่เสียเวลาในการเดินทางมารับเอกสารด้วยตนเอง ลดต้นทุนการใช้ทรัพยากรเรื่องการจัดทำสมุดสุขภาพได้อย่างชัดเจน กำลังพลได้รับความรู้ในการดูแลตนเองจากสื่อมัลติมีเดีย เรื่องความรู้เกี่ยวกับโรค ความรู้เรื่องการไชยา และการปฏิบัติตนต่างๆในโปรแกรม และหน่วยงานทางด้านสาธารณสุขที่ดูแลสุขภาพประชาชน สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาต่อยอดฐานข้อมูลสุขภาพต่อไป

การพัฒนาโปรแกรมดังกล่าวประสบผลสำเร็จได้ เกิดจากนโยบายของผู้บริหาร และความร่วมมือของทีมสุขภาพในโรงพยาบาล ตลอดจนความร่วมมือของผู้บังคับหน่วยในกองทัพภาคที่ 3 ของจังหวัดพิษณุโลก ที่เห็นความสำคัญด้านสุขภาพของกำลังพลในหน่วยที่รับผิดชอบ จากการพัฒนาโปรแกรมดังกล่าวได้ดำเนินงานไปนำเสนอในเวทีต่างๆ ทั้งในกระทรวงกลาโหมและกระทรวงสาธารณสุข ผลการประเมินได้รับรางวัล รวมทั้งต่อยอดในการพัฒนาโปรแกรมให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นจากการได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเวทีนำเสนอต่อไปนี้

1 รางวัล รองชนะเลิศอันดับ 1 จาก คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, สถาบันการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ประจำปี พ.ศ. 2560 การนำเสนอผลงานโปสเตอร์การพัฒนาคุณภาพโครงการประชุมวิชาการการพัฒนาคุณภาพระดับภาค ของสาธารณสุขเขต 2, 3 (Regional Forum) เรื่อง โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการรายงานผลตรวจร่างกายประจำปีของกำลังพล ผ่านโปรแกรมแอปพลิเคชัน NAH Smart Health

2 รางวัล ผลงานระดับดีเด่น ประจำปี 2561 จากกองทัพภาคที่ 3 จากการประกวดกิจกรรมติดตามผลงานการจัดการความรู้คุณภาพ ประจำปี 2561 เรื่อง โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการรายงานผลตรวจร่างกายประจำปีของกำลังพล ผ่านโปรแกรมแอปพลิเคชัน NAH Smart Health

3 รางวัล ผลงานระดับดีเด่น ประจำปี 2561 จาก กองทัพบก กระบวนการจัดการความรู้มาใช้เป็นเครื่องมือในการปรับปรุงพัฒนา และยกระดับประสิทธิภาพกระบวนการปฏิบัติงาน และได้สร้างสรรค์ผลงานการจัดการความรู้ ประจำปี งบประมาณ 2561 เรื่อง โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการรายงานผลตรวจร่างกายประจำปีของกำลังพล ผ่านโปรแกรมแอปพลิเคชัน NAH Smart Health

4 รางวัล ผลงานระดับดีเด่น ประจำปี 2562 จาก กองทัพบก เป็นหน่วยที่นำกระบวนการจัดการความรู้ (Knowledge Management: KM) มาใช้เป็นเครื่องมือในการปรับปรุงพัฒนา และยกระดับประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน และได้สร้างสรรค์ผลงานการจัดการความรู้ ประจำปี งบประมาณ 2562 ระดับดีเลิศ เรื่อง โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจ ด้วยระบบโปรแกรมแอปพลิเคชัน NAH Smart Health

5 ได้รับคัดเลือกนำเสนอผลงานและผลิตภัณฑ์ซึ่งเกิดจากการประดิษฐ์คิดค้น ในงาน “วันนักประดิษฐ์” ประจำปี 2563 เรื่อง รายงานผลตรวจอัจฉริยะ NAH Smart Health

○ **บทเรียนที่ได้รับ :**

จากการใช้งานในตัวโปรแกรมการรายงานผลการตรวจร่างกาย โดยรวมกำลังพลมีความพึงพอใจในการใช้งาน ทางข้อเสนอแนะเพิ่มเติมคือระบบ Fast tack กลุ่มกำลังพล ระบบการนัดเข้าตรวจหลังจากผลการตรวจมีความผิดปกติผ่านทาง Mobile Application รวมถึงระบบการแจ้งเตือนในตัว Application เมื่อผลการ



ตรวจร่างกายเข้าระบบ ในการพัฒนาโปรแกรมยังพบปัญหาด้านระบบการเข้าใช้งานตัวแอปพลิเคชันมีความยุ่งยากเนื่องจากต้องรอให้ผู้พัฒนาโปรแกรมตรวจสอบข้อมูลและยืนยันตัวบุคคลก่อนการเข้าถึงข้อมูล ระบบการแจ้งเตือนบน Application ยังไม่สามารถดำเนินการให้ครบถ้วนได้เนื่องจากระบบการนำเข้าข้อมูลจากเครื่อง LIS เข้าสู่ระบบโปรแกรมบริหารของ รพ.

๓๘. อาสาสมัครประจำครอบครัว เฝ้าระวัง ป้องกันโรคไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙)

สุมามาญ เกตุสุวรรณ, สุมาลี สืบเหล่ารบ และณัฐนันท์ คุ่มขัง

ความเป็นมา ความสำคัญของปัญหา

จากสถานการณ์การระบาดของโรคไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้แจ้งสถานการณ์ทั่วโลก ข้อมูล ณ.วันที่ ๒๐ กรกฎาคม ๒๕๖๓ (๑๑.๓๐ น.) พบผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อจำนวน ๑๔,๖๓๔,๗๓๒ ราย เสียชีวิต ๖๐๘,๕๕๙ ราย สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อรักษาในโรงพยาบาล ๙๖ ราย กลับบ้านแล้ว ๓,๐๙๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๗.๗๐ ของผู้ป่วยในประเทศไทย รวมสะสม ๓,๒๕๐ ราย (ข้อมูลจาก : รายงานข่าวกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ศูนย์ปฏิบัติการด้านข่าว โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข วันที่ ๒๐ กรกฎาคม ๒๕๖๓)

ทั้งนี้ การเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) จำเป็นต้องมีการดำเนินการให้ความรู้ คำแนะนำ การดูแลเฝ้าระวังป้องกันตนเองให้กับประชาชนในเขตพื้นที่ ได้แก่ หน่วยบริการ สถานบริการหน่วยงานสาธารณสุข สถานประกอบการ สถานศึกษา ศูนย์เด็กเล็ก หน่วยราชการ ห้างสรรพสินค้า ชุมชน และบริการสาธารณะต่างๆ เขตในพื้นที่ความรับผิดชอบของ โรงพยาบาลสามง่าม รับผิดชอบดูแลเกี่ยวกับภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข จึงต้องมีการมาตรการแก้ไขสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ให้ทันต่อเหตุการณ์ เพื่อลดผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน ตลอดจนป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคในวงกว้าง โรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-๑๙) ซึ่งย่อมาจาก “Coronavirus disease ๒๐๑๙” เป็นตระกูลเดียวกับโรคซาร์ส ที่ระบาดเมื่อปี ๒๕๔๕ ทำให้เกิดโรคทางเดินหายใจอักเสบเฉียบพลันปอดอักเสบและมีภาวะแทรกซ้อน พบแหล่งกำเนิดจากเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีน จากที่มีผู้ป่วยมีอาการคล้ายปอดอักเสบและไข้หวัดใหญ่เป็นจำนวนมาก จึงมีการเก็บตัวอย่างของคนที่ใช้เหล่านี้นำไปถอดรหัสพันธุกรรมและได้ว่าเป็นเชื้อ ไวรัสโคโรนา ซึ่งเป็นสายพันธุ์ที่ ๗ ที่ถูกค้นพบ เป็นตระกูลเดียวกับโรคซาร์ส (SARS) และเมอร์ส (MERS)

ดังนั้น โรงพยาบาลสามง่าม และชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข จึงได้จัดทำแผนการควบคุมเฝ้าระวัง ป้องกันโรคโควิด-๑๙ (COVID-๑๙) เพื่อควบคุมเฝ้าระวังและป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-๑๙) ตั้งรับการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-๑๙) ให้ทันต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค



จุดมุ่งหมาย เป้าหมายของการดำเนินงาน

บทบาทในการควบคุมและเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของ COVID ๑๙ ของ อสม. พบว่าเริ่มมีการดำเนินการเชิงรุกอย่างเป็นรูปธรรมมาตั้งแต่ ปลายเดือนกุมภาพันธ์ ก่อนที่จะเกิดปรากฏการณ์การแพร่เชื้อผ่านเซียนมวย ที่ทำให้พบผู้ติดเชื้อในต่างจังหวัดมากกว่าในกรุงเทพฯ ในช่วงต้นเดือนมีนาคม โดยวันที่ ๒๙ มีนาคม เพจ อสม. ๔.๐ ได้เผยแพร่ แนวทาง อสม. เคาะประตูบ้านต้านโควิด-๑๙ เพื่อประชาสัมพันธ์แนวปฏิบัติตัวของ อสม. ตามภารกิจที่ได้รับมอบหมายจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ๔ ภารกิจ คือ ๑.เคาะประตูบ้านครัวเรือนที่รับผิดชอบ แจ้งข่าวและให้ความรู้ คำแนะนำในการ “กินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ สวมหน้ากากอนามัย และออกกำลังกาย” ๒.คัดกรองกลุ่มปกติและกลุ่มเสี่ยง ๓.ส่งต่อกลุ่มเสี่ยงให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขใกล้บ้าน ๔.เยี่ยมติดตามรายงานผล เมื่อสถานประกอบการหลายแห่งในกรุงเทพฯ ประกาศหยุดงานและขอความร่วมมือแรงงานไม่ให้กลับภูมิลำเนา เพื่อควบคุมพื้นที่การระบาดเราจึงเห็นความพร้อมของ อสม. ที่ทำงานอย่างเต็มที่กับโรงพยาบาลชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ จนมีความเคลื่อนไหวของประชาชนปรากฏบนสื่อสังคมในลักษณะชื่นชม จุดแข็งที่สำคัญมากของ อสม. คือ การทำงานสำเร็จเป็นครั้งคราวในช่วงระยะเวลาอันสั้น เช่น การแจ้งความรู้ข่าวสารแก่คนในชุมชน การสำรวจข้อมูลหมู่บ้าน รวมถึงการรณรงค์เพื่อการควบคุมโรค โดยเมื่อมีโรคระบาดเกิดขึ้น บทบาทหน้าที่ในการควบคุมและเฝ้าระวังโรคนั้นๆ จะถูกกำหนดให้เป็นภาระหน้าที่ของอสม. ในขณะนั้นทันที

อาสาสมัครสาธารณสุขโรงพยาบาลสามง่าม มีทั้งหมด ๑๒๘ คน รับผิดชอบ ๑๑ หมู่บ้าน ดูแลและเดินเคาะประตูบ้านประชาชน ๒,๘๔๖ หลังคาเรือน วัด ๓ วัด และโรงเรียน ๔ โรงเรียน มีกลุ่มเสี่ยงที่ อสม. ติดตามเฝ้าระวัง ๕๗๘ คน มีทั้งกลุ่มที่เดินทางจากต่างประเทศและจากกรุงเทพฯ และปริมณฑล ละกลุ่มที่ไปใกล้ชิดกับกลุ่มคนในพื้นที่เสี่ยง นอกจากการทำหน้าที่มตงานในช่วง COVID ๑๙ ระบาดแล้ว ภารงานเดิมๆ ที่เคยทำก็ไม่ได้ลดน้อยถอยลง เมื่อไม่มีภารกิจทั้ง ๔ ของ COVID พวกเขาต้องทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) ทำหน้าที่รับยาจาก รพ. ไปส่งให้ผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน อสม. ที่ปัจจุบันมีอยู่มากถึง ๑,๒๔๘ คน ในช่วงแรก อสม. จะเป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละชุมชนให้เข้ามารับการอบรมสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อทำหน้าที่ผู้นำการเปลี่ยนแปลง เผยแพร่ความรู้ และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุขตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่างๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวัง และป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น

กระบวนการ วิธีการ นวัตกรรมที่เป็น Best Practice

การเฝ้าระวัง คัดกรอง การตรวจสอบ เฝ้าระวังประชาชนในสถานที่ต่างๆ

*คัดกรองประชาชนที่เดินทางมาจากประเทศที่มีการระบาด และจังหวัดที่พบผู้ป่วยยืนยัน และแจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พร้อมกับดำเนินการติดตามต่อเนื่อง ๑๔ วัน

- วัดไข้ทุกวันและเฝ้าระวังอาการผิดปกติ
- สื่อสารต่อเนื่องเรื่องการปฏิบัติตัว และป้องกันโรค
- หลีกเลี่ยงไปในที่ชุมชนแออัด
- แนะนำกิจกรรมคลายเครียด สร้างพลังใจ ออกกำลังกาย

*คัดกรอง รถเร่/ตลาดนัด/แผงลอย/งานพิธีต่างๆ

*เฝ้าระวังการโฆษณาโรคทางสื่อต่างๆ



- * ส่งเสริมการแสดงบทบาทในการป้องกันควบคุมโรคในชุมชน
- การมีส่วนร่วมในชุมชนเพื่อดูแลสุขภาพของประชาชน
- * มีการวางแผนการทำงาน/ปฏิทินการทำงานที่ร่วมกันของทุกภาคส่วนในชุมชน
 - ชุมชนได้รับรู้สถานการณ์ / ปัญหาของตนเอง และร่วมกันดำเนินงานแก้ไขปัญหา
 - สามารถผลักดันให้เป็นนโยบายสาธารณะและมาตรการทางสังคม
 - มีการประเมินผล/ สรุปบทเรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้และขยายผลต่อไป
- * มีการทำงานเป็นทีม และสร้างเครือข่ายในระบบสารสนเทศที่เอื้อต่อการทำงานร่วมกัน
- * มีการระดมทุน/งบประมาณ และบริหารจัดการที่ดี
- * องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น / องค์กรชุมชนให้การสนับสนุน
- * ผู้เกี่ยวข้อง ร่วมกันดำเนินการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาในชุมชน
- * มีการปรับเปลี่ยนวิธีการทำงานที่เหมาะสม
 - อสม.และเจ้าหน้าที่ มีการจัดหาข้อมูลข่าวสารจากแหล่ง เว็บไซต์ สื่อเอกสาร ฯลฯ
 - อสม.และเจ้าหน้าที่ มีการเชื่อมต่อทีมงานเครือข่าย ทางเว็บไซต์ ช่วงที่เหมาะสม
 - อสม.และเจ้าหน้าที่ นำความรู้วิธีการมาประยุกต์ใช้ในการบริหารจัดการอย่างเหมาะสม

Best Practice

อาสาสมัครสาธารณสุขโรงพยาบาลสามง่าม และผู้นำชุมชน ได้รับการยกย่องให้เป็นตัวอย่างผู้นำการป้องกันโรคโควิดในชุมชน

ผลการดำเนินงาน ประโยชน์ที่ได้รับ

เมื่อมีสถานการณ์โควิด-๑๙ แพร่ระบาดไปทั่วโลก ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขโรงพยาบาลสามง่าม ได้วางแผนและปฏิบัติงาน ในชุมชนของตนเอง และ นับว่าเป็นความโชคดีในพื้นที่ที่ตนเองรับผิดชอบยังไม่มีผู้ป่วยโควิด-๑๙ แต่ทาง อสม.ก็ไม่ได้นิ่งนอนใจจึงออกให้ความรู้เรื่องของไวรัสโควิด -๑๙ และยังแนะนำให้ความรู้การดูแลสุขภาพของชุมชน รวมถึงความรู้และวิธีปฏิบัติในด้านอื่นๆ อาทิ ด้านสุขภาพจิต การเฝ้าระวังควบคุมโรคติดต่อ การตรวจคัดกรองหากกลุ่มผู้ติดเชื้อ เป็นต้น

ทั้งนี้ในสถานการณ์โรคติดต่อจากเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ หรือโรคโควิด -๑๙ ได้มอบหมายให้ อสม. ได้ลงพื้นที่ให้ความรู้กับชาวบ้านทุก โดยเบื้องต้นจะแนะนำวิธีสังเกตความแตกต่างระหว่างไข้หวัดและอาการติดเชื้อไวรัสโควิด-๑๙ พร้อมแนะนำวิธีป้องกันเบื้องต้น โดยการรักษาระยะห่างจากผู้ที่มีการป่วย ไอหรือจาม และได้แจกหน้ากากอนามัยและเจลทำความสะอาดมือ ที่ทำมาจากภูมิปัญญาชาวบ้าน พร้อมระดมคนในหมู่บ้านร่วมเย็บหน้ากากอนามัยจำนวน ๙,๐๐๐ ชิ้น เพื่อแจกจ่ายให้ทั่วถึงทุกครอบครัว ในตำบลสามง่าม และทำให้คนในชุมชนจะเกิดความตระหนักรู้และนำไปปฏิบัติตาม

ทั้งนี้การทำงานของ อสม.ที่จะประสบความสำเร็จได้อย่างแรกที่ต้องมี คือ มีใจรัก นอกจากนั้นตนเอง ครอบครัว รวมทั้งคนรอบข้างจะต้องเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับคนในชุมชนได้เห็นเป็นตัวอย่างที่ดี และต้องทำงานอย่างต่อเนื่องผลให้การทำงานของ อสม.ในพื้นที่ประสบความสำเร็จ



ปัจจัยความสำเร็จ

๑. ประชาชนในชุมชนให้ความสนใจและร่วมมือเป็นอย่างดีเป็นหูเป็นตาให้กับบอสม.และเจ้าหน้าที่
๒. หน่วยงานในพื้นที่ที่มีความเข้มแข็ง /เข้าใจและร่วมเป็นภาคีเครือข่ายทำงานเพื่อประชาชนในชุมชน
๓. ผู้นำชุมชนมาร่วมการประชุม เช่น พระ ปราชญ์ชาวบ้าน เป็นต้น เพื่อโน้มน้าวจิตใจชาวบ้าน
๔. หน่วยงานในพื้นที่ที่มีกาสนับสนุนงบประมาณร่วมในการจัดการประชุม

บทเรียนที่ได้รับ

- ๑.การทำงานเชิงรุก
- ๒.การหาแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือและทันเหตุการณ์
- ๓.การสื่อสารกับชุมชน
- ๔.การประสานภาคีเครือข่าย
- ๕.การสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชน
- ๖.การมีพี่เลี้ยง
- ๗.คนทำงานมีจิตอาสาและได้จิตอาสาจากชุมชน





๓๙. สถานการณ์คนหันคางหน้าโควิด

คณะกรรมการคัดกรอง แยกกัก กักกันคุมไว้สังเกตโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา ๒๐๑๙ หรือโควิด ๑๙ (Coronavirus Disease ๒๐๑๙ (COVID-๑๙)) ของอำเภอหันคา

ความเป็นมา ความสำคัญของปัญหา

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) เป็นไวรัสอุบัติใหม่ที่พบว่ามีภาวะระบาดตั้งแต่เดือน ธันวาคม ๒๕๖๒ โดยรายงานครั้งแรกที่มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน เชื้อไวรัส COVID-๑๙ สามารถ แพร่กระจายจากคนสู่คนผ่านทาง การไอ จาม สัมผัสโดยตรงกับสารคัดหลั่ง เช่น น้ำมูก น้ำลายของคน ผู้ติดเชื้อ จะมีอาการหลายแบบตั้งแต่ติดเชื้อไม่มีอาการ อาการเล็กน้อยคล้ายเป็นไข้หวัดธรรมดา อาการปานกลางเป็น ปอดอักเสบ และอาการรุนแรงมากจนอาจเสียชีวิต เนื่องจากเกิดการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ เกิดขึ้นอย่างกว้างขวางในหลายประเทศทั่วโลก องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern) เมื่อวันที่ ๓๐ มกราคม ๒๕๖๓ และแนะนำทุกประเทศให้เร่งรัดการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุม โรค

ประเทศไทย ได้มีมาตรการในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคตั้งแต่เริ่มพบการระบาดในประเทศ จีน ตรวจพบผู้ป่วยรายแรกเป็นผู้เดินทางจากประเทศจีนในวันที่ ๘ มกราคม ๒๕๖๓ ได้รับการตรวจยืนยันผล และแถลงสถานการณ์ในวันที่ ๑๔ มกราคม ๒๕๖๓ ผู้ป่วยช่วงแรกเป็นผู้เดินทางจากพื้นที่เสี่ยงการขยายพื้นที่ ระบาด ในต่างประเทศเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับผู้ติดเชื้อจากการเดินทางไปยังพื้นที่ระบาดอาจมี อาการเล็กน้อย ทำให้ไม่มีการตรวจหาการติดเชื้อ การพบผู้ป่วยกลุ่มถัดมา คือ ผู้ประกอบอาชีพสัมผัสกับ นักท่องเที่ยว จากนั้นพบการติดเชื้อในกลุ่มนักท่องเที่ยวไทยที่นิยมไปกินดื่ม การระบาดที่เป็นกลุ่มก้อนใหญ่ คือ การระบาดในสนามมวยลุมพินี สนามมวยราชดำเนิน ซึ่งทำให้มีผู้ติดเชื้อจำนวนมากขึ้นอย่างรวดเร็ว จน ต้องมีการประกาศให้ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (Coronavirus Disease ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) เป็น โรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.๒๕๕๘ เมื่อวันที่ ๒๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ และต่อมาเมื่อ วันที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๖๓ นายกรัฐมนตรีได้ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินตามพระราชกำหนดการบริหารราชการ ในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ.๒๕๕๘ และวันที่ ๒๖ มีนาคม ๒๕๖๓ ได้ประกาศข้อกำหนดตามความในมาตรา ๙ แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ.๒๕๕๘ (ฉบับที่ ๑) โดยได้ออกข้อกำหนด และข้อปฏิบัติแก่ส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินให้ยุติลงได้โดยเร็วและป้องกัน มิให้เกิดเหตุการณ์ร้ายแรงมากขึ้น

สำหรับอำเภอหันคา เป็นอำเภอที่มีขนาดใหญ่ที่สุดในจังหวัดชัยนาท และมีจำนวนผู้ที่เดินทางเข้ามา ในพื้นที่ในช่วงของการระบาดเป็นจำนวนมาก รวมถึงผู้ที่เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง จึงทำให้ต้องมีการแต่งตั้ง คณะทำงานและวางมาตรการเพื่อใช้ในการป้องกันเฝ้าระวัง ไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ในอำเภอหันคา

จุดมุ่งหมาย เป้าหมายของการดำเนินงาน

๑. เพื่อการสร้างการรับรู้ และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙
๒. เพื่อให้ประชาชนที่เดินทางกลับมาจากพื้นที่เสี่ยง ได้รับการกักตัวและปฏิบัติตัวตามมาตรการ ๑๐๐ %
๓. เพื่อสามารถนำกฎหมายมาบังคับใช้ สำหรับผู้ที่ไม่ปฏิบัติตามมาตรการ
๔. สามารถปฏิบัติงานที่จุดตรวจคัดกรองได้อย่างมีประสิทธิภาพ



กระบวนการ วิธีการ นวัตกรรมที่เป็น Best Practice

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ทำให้ท่านนายอำเภอหันคา ได้มีแนวคิดใหม่ที่สืบเนื่องมาจากมาตรการของประเทศ ให้ยึดเป็นแนวทางปฏิบัติในพื้นที่อำเภอหันคา เพื่อป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ๔ ข้อ ดังนี้

๑. การสร้างการรับรู้ การมีส่วนร่วม

ท่านนายอำเภอหันคา ได้มีนโยบายให้คณะทำงานคัดกรอง แยกกัก กักกันคุมไว้สังเกตโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ หรือโควิด ๑๙ (Coronavirus Disease ๒๐๑๙ (COVID-๑๙)) ของอำเภอหันคา ออกไปสร้างการรับรู้ให้กับประชาชนชน โดยการให้ อสม.เคาะประตูบ้าน ประกาศตามหอกระจายข่าว การแปะป้ายประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ วิทยุชุมชน การเล่าต่อกัน ๆ เพื่อให้ประชาชนเกิดความตระหนัก รู้เท่าทันสถานการณ์โรค เตรียมพร้อมรับมือ และให้ความร่วมมือตามมาตรการของส่วนรวม

๒. การกักตัว ๑๐๐ %

อำเภอหันคา ได้มอบหมายให้คณะทำงานระดับหมู่บ้านเฝ้าระวังทุกหลังคาเรือน หากพบว่ามีผู้ที่เดินทางกลับมาจากพื้นที่เสี่ยงหรือต่างจังหวัด ให้แจ้งที่ระดับท้องถิ่น และลงไปสอบสวนประวัติเสี่ยงและให้คำแนะนำในการกักตัว ๑๔ วัน ทุกคน และมีคณะทำงานระดับหมู่บ้านเข้าไปวัดไข้เพื่อรายงานผลให้คณะทำงานระดับท้องถิ่น และระดับอำเภอทราบทุกวันเป็นต้น อำเภอหันคามียอดผู้ได้รับการกักตัวครบ ๑๐๐% มากถึง ๒,๓๘๕ คน ในดำเนินงานนี้เพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ในพื้นที่

๓. การบังคับใช้กฎหมาย

หากพบว่ามีผู้ที่ไม่ปฏิบัติตามมาตรการ อำเภอหันคาได้มีมาตรการให้คณะทำงานระดับอำเภอลงไปกำกับ ควบคุม โกล่เกลี่ย แต่หากยังพบว่าไม่ปฏิบัติตาม ให้ดำเนินคดีตาม พรบ. ควบคุมโรคทันที อาทิเช่น ผู้ที่เดินทางกลับมาจากจังหวัดภูเก็ต ไม่แจ้งล่วงหน้า หลบหนีไม่เข้ามารายงานตัวที่ด่านตรวจคัดกรอง ก็จะทำให้เจ้าหน้าที่ตำรวจเข้ามาบังคับใช้กฎหมายทันที

๔. จุดตรวจคัดกรอง

เนื่องจากอำเภอหันคา เป็นอำเภอที่มีพื้นที่ขนาดใหญ่ จึงทำให้มีการเข้าออกของรถยนต์จำนวนมาก จึงได้รับมอบหมายจากท่านผู้ว่าราชการจังหวัดชัยนาท ให้มีการตั้งจุดตรวจคัดกรอง โควิด ๑๙ บริเวณหน้าองค์การบริหารส่วนตำบลวังไก่อเลื้อย เพื่อคัดกรองผู้ที่เดินทางเข้ามาในพื้นที่อำเภอหันคา ท่านนายอำเภอหันคา ได้มีนโยบาย ให้คัดกรองผู้ที่เดินทางผ่านจุดคัดกรองทุกคน ตรวจสอบรถยนต์ทุกคัน ชักถามประวัติการเดินทางว่าจะไปไหน มาจากที่ใด เพื่อเป็นการคัดกรองเบื้องต้น หากพบว่าเป็นผู้ที่เดินทางมาจากจังหวัดเสี่ยง ให้ลงมาบันทึกประวัติการเดินทางและสถานที่ที่จะไปพักอาศัยอย่างละเอียด หลังจากนั้นให้เจ้าหน้าที่เวรประจำจุด ณ เวลานั้นๆ ส่งข้อมูลต่อให้กับคณะทำงานระดับหมู่บ้าน เข้าไปควบคุมดูแลต่อไป

ผลการดำเนินงาน ประโยชน์ที่ได้รับ

๑. ไม่พบผู้ติดเชื้อ ในอำเภอหันคา
๒. ประชาชนเกิดความตระหนัก และให้ความร่วมมือตามนโยบาย
๓. ผู้ที่เดินทางผ่านจุดคัดกรอง ได้รับการคัดกรอง ๑๐๐%

ปัจจัยความสำเร็จ

๑. การได้ผู้นำที่ดี ในการดำเนินงานป้องกันและเฝ้าระวัง ไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา) ๒๐๑๙ COVID- (๑๙ในอำเภอหันคานั้น มีนายสุพล ภูมิฐานนท์ นายอำเภอหันคา เป็นผู้บัญชาการหลัก



ในการขับเคลื่อนและกำหนดทิศทางของคณะทำงาน ประสานงาน ตลอดจนแนะนำวิธีปฏิบัติที่ดีที่สุด รวมไปถึงสามารถช่วยแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงทำให้การดำเนินงานการป้องกันและเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (๒๐๑๙COVID- (๑๙ในอำเภอห้วยคตา เป็นไปอย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ

๒. การได้ผู้ตามที่มีประสิทธิภาพ อำเภอห้วยคตา ได้มีคำสั่งแต่งตั้งทีมดำเนินการคัดกรอง แยกกัก กักกันคุมไว้สังเกตโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (๑๙ หรือโควิด ๒๐๑๙Coronavirus Disease) ๒๐๑๙COVID- (๑๙ที่ประกอบด้วยคณะทำงานระดับอำเภอ คณะทำงานระดับท้องถิ่น และคณะทำงานระดับหมู่บ้าน โดยคัดสรรจากบุคลากรที่มีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับหน้าที่ ที่ได้รับมอบหมาย ซึ่งคณะทำงานทั้งหมดนี้ มีหน้าที่ดำเนินการตามนโยบาย จัดทำแผนเฝ้าระวัง รายงานสถานการณ์โรคในพื้นที่รับผิดชอบ สนับสนุนส่งเสริมติดตามและประเมินผล ใต้สวนข้อเท็จจริง คัดกรอง แยกกัก กักกันผู้ที่เข้ามาในพื้นที่ ที่ได้รับมอบหมาย และงานอื่นๆ จากการดำเนินงานที่ผ่านมา ทำให้เห็นว่าคณะทำงาน สามารถปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ จนทำให้พื้นที่อำเภอห้วยคตา สามารถควบคุมสถานการณ์ผู้ที่เดินทางเข้ามาในพื้นที่ ให้กักตัวครบ ๑๐๐% ได้

๓. การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

ในการทำงานของทีมดำเนินการคัดกรอง แยกกัก กักกันคุมไว้สังเกตโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ หรือโควิด ๑๙ (Coronavirus Disease ๒๐๑๙ (COVID-๑๙)) ของอำเภอห้วยคตา ประกอบด้วยคณะทำงานจากทุกภาคส่วน ไม่ว่าจะเป็นส่วนราชการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พระภิกษุ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อสม. ฯ จะเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการ มีการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ มีการกำหนดทิศทาง และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น การได้รับพลังจากทุกคนร่วมกันทำให้การดำเนินงานก้าวไปข้างหน้าอย่างแข็งแกร่ง และการร่วมมือกันนั้นเป็นบ่อเกิดแห่งความสามัคคี ซึ่งนี่คือหนึ่งสิ่งสำคัญที่ทำให้ทีมงานของอำเภอห้วยคตาขับเคลื่อนการดำเนินงานไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทเรียนที่ได้รับ

ระดับบุคคล

ด้านความคิด COVID-๑๙ ทำให้เราต้องกลับมาตั้งสติ จากข้อมูลมหาศาลที่เข้ามาหาเราหน้า New Feed บนเฟซบุ๊ก ข่าวจริง ข่าวลวง มากมาย ทำให้ชีวิตเราหลังจากนี้ต้องกลับมาให้ความสำคัญกับ ‘สติ’ กันอีกครั้ง เพราะไม่ว่าจะเกิดอะไรขึ้น ‘สติเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด’ เราควรตั้งสติเตรียมพร้อมกับเรื่องต่าง ๆ ไม่ตื่นตระหนกกับสิ่งที่เกิดขึ้น ปล่อยวางในสิ่งที่อยู่นอกเหนือความควบคุม มองสถานการณ์อย่างรอบคอบ ที่สำคัญมองหาแนวทางแก้ไขพร้อมปรับเปลี่ยน เปลี่ยนแปลงได้อย่างยืดหยุ่น

ด้านร่างกาย

ถึงแม้ว่าเราจะมีสติตั้งรับทุกเรื่องราว มีความรู้ความสามารถรอบด้าน แต่ถ้าสุขภาพร่างกายของเราไม่พร้อม ต้นทุนในชีวิตที่เรามีก็ถูกลดศักยภาพลงและความสำเร็จอาจจะไม่เกิดผล เนื่องจากไม่สามารถฝ่าวิกฤตและรับมือกับทุกสถานการณ์ได้จริง เพราะฉะนั้นดูแลสุขภาพร่างกายให้ดี ทานอาหารที่มีประโยชน์ นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ ออกกำลังกายเป็นประจำ รวมถึงดูแลสุขภาพอนามัยอยู่เสมอ กิน ร้อน ซ่อนกลาง ล้างมือ

ด้านอาชีพ

หลายคนอาจได้รับผลกระทบจาก COVID-๑๙ ทำให้ขาดรายได้ที่เคยได้รับจากงานประจำ หากเรามีช่องทางหารายได้ทางเดียว เมื่อเกิดวิกฤตใด ๆ ขึ้น ก็มีโอกาสเสี่ยงในการขาดรายได้ เพราะฉะนั้นหลังจากนี้เราควรจะหาจุดแข็งให้เจอ ว่าเรามีความสามารถด้านไหน แล้วพัฒนาทักษะนั้นให้เชี่ยวชาญ หาโอกาสในการ



พัฒนาตัวเอง หมั่นเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ที่เราสนใจอยู่เสมอ เปรียบเสมือนการติดตามข่าวสารความรู้ความสามารถตัวเอง เพื่อ ขยายโอกาสในการทำงานหาเลี้ยงชีพที่หลากหลายต่อไปในวันข้างหน้า

ระดับครอบครัว

ด้านความสัมพันธ์

ในช่วงที่เรากักตัวอยู่บ้าน หลายคนเหงา หลายห่อเหี่ยว เป็นสิ่งที่สะท้อนได้เป็นอย่างดีว่าพวกเราทุกคนไม่ได้อยู่คนเดียวบนโลก เราต้องการเพื่อน เราต้องการครอบครัวคนรัก เพราะฉะนั้นอย่ารีรอที่จะแสดงความรัก ใช้เวลากับพวกเขาให้เต็มที่ คนเหล่านี้แหละที่จะเป็นพลังใจให้เราต่อสู้เรื่องราวต่าง ๆ ให้ผ่านพ้นไปได้ด้วยดี

ด้านการเงิน

เงินออมและเงินฉุกเฉินช่วยชีวิตหลายคนมาได้จากสถานการณ์โรคระบาดครั้งนี้ นั่นเป็นสิ่งที่ตอกย้ำให้ทุกคนตระหนักและให้ความสำคัญกับการวางแผนการเงินอย่างจริงจัง เพื่อรองรับกับความไม่แน่นอนที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ถ้าครอบครัวมีเงินสำรอง มีแผนการเงินที่ดี ก็ช่วยให้อุ่นใจในอนาคตได้เป็นอย่างดี

ระดับชุมชน

ด้านการรับรู้

การดำเนินงานในชุมชน การสร้างการรับรู้เป็นเรื่องที่สำคัญที่สุดการสื่อสารถึงแม้จะดูเป็นเรื่องเล็กน้อยแต่นั้นคือสิ่งที่สำคัญที่สุดอย่างหนึ่งของการทำงาน ไม่ว่าจะเรื่องใดก็ตาม หากสื่อสารกันอย่างถูกต้องชัดเจน และทำความเข้าใจได้ง่าย จะทำให้ทุกคนมองเห็นภาพตลอดจนทิศทางที่จะมุ่งตรงไปด้วยกัน และร่วมจับมือกันเดินไปอย่างมีพลัง การสื่อสารที่ไม่สัมฤทธิ์ผลก็ทำให้บุคลากรขาดความเข้าใจ หรือไม่ยินดีที่จะร่วมมือขับเคลื่อน นั่นก็ย่อมทำให้ก้าวไปข้างหน้าอย่างมีปัญหา และเกิดความล้มเหลวในที่สุด เพราะไม่ว่าจะเรื่องใดก็ตามหากประชาชนมีความรู้ความเข้าใจ ก็จะทำให้เกิดความตระหนักตามมา ทำให้การดำเนินงานในเรื่องนั้นๆจะเป็นไปด้วยดี และมีประสิทธิภาพ

ด้านความสามัคคี

การร่วมมือในชุมชน เป็นสิ่งจำเป็นมากในสถานการณ์การระบาดครั้งนี้ เพราะคณะทำงานจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากคนในชุมชนในการสอดส่องดูแลผู้ที่เดินทางเข้าออกพื้นที่ ตามมาตรการกักตัว เมื่อชาวบ้านให้ความร่วมมือก็จะสามารถดำเนินงานได้ง่าย รวมถึงการกักตัวนั้นหากชาวบ้านให้การยอมรับและทำความเข้าใจ ก็จะไม่เกิดกระแสสังคม ในการต่อต้านหรือรังเกียจผู้ถูกกักตัว แต่หันมาให้กำลังใจ และชื่นชมแทน ถ้าเป็นเช่นนี้ ชุมชนนั้นๆก็จะสามารถดำเนินการตามมาตรการได้เป็นอย่างดี

ระดับองค์กรและภาคีเครือข่าย

การดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพนั้นคือการที่ภาคส่วนต้องร่วมขับเคลื่อนร่วมกัน การที่สามารถทำให้ภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมได้จะทำให้รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของการเฝ้าระวังและควบคุมโรค และร่วมผลักดันการดำเนินงาน ให้ก้าวไปข้างหน้าด้วยความเต็มใจ เมื่อทุกภาคส่วนรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของการขับเคลื่อนแล้ว ก็จะทำให้ความร่วมมือกันอย่างเต็มที่ ช่วยเหลือเกื้อกูล ไม่กล่าวโทษกัน ที่สำคัญทุกภาคส่วนควรมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน กำหนดทิศทาง และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น การได้รับพลังจากทุกคนร่วมกันนั้นจะทำให้องค์กรก้าวไปข้างหน้าอย่างแข็งแกร่งอีกด้วย และการร่วมมือกันนั้นเป็นบ่อเกิดแห่งความสามัคคี ซึ่งนี่คือหนึ่งสิ่งสำคัญของการทำงานร่วมกันในการดำเนินงานป้องกันและเฝ้าระวังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙



๔๐. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสู่วิถีชีวิตใหม่

สมใจ สัจวิบุตร

ความเป็นมา ความสำคัญของปัญหา

แรงจูงใจในการเป็นต้นแบบ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน คือ เดิมดิฉันทำงานกับสามีอยู่ที่กรุงเทพมหานคร แต่กลับมาดูแลพ่อของดิฉันป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พ่อป่วยติดเตียงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ดิฉันจึงให้พ่อบริหารร่างกายด้วยล้อด้ายที่ใช้หมดแล้วนำมาใช้แทนรถ (นวัตกรรมล้อได้ช่วยได้) จนพ่ออาการดีขึ้น เริ่มช่วยเหลือตัวเองได้บ้างจากที่ติดเตียง เป็นติดบ้าน ช่วงที่ดูแลพ่อดิฉันนั่งทำงานที่บ้านไม่ค่อยได้เคลื่อนไหวทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นจาก ๖๐ กิโลกรัมขึ้นไป ๘๖.๔ กิโลกรัม เริ่มมีอาการปวดข้อเท้าทำงานเหนื่อยง่าย และป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต้องรับประทานยา ที่รพ.สต. โพนางคำตก จึงชวนสามีเริ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพราะถ้าไม่เริ่มปรับเปลี่ยนก็มีโอกาสที่จะป่วยด้วยโรคเบาหวาน ไขมัน หัวใจ และเส้นเลือดสมองตีบเหมือนพ่อ สามีชวนไปออกกำลังกายโดยการปั่นจักรยาน ปั่นได้สักพักเกิดอุบัติเหตุ จึงหยุดปั่น น้ำหนักเริ่มเพิ่มขึ้น ในช่วงนั้นเทศบาลโพธิ์พิทักษ์ ได้ชวนไปอบรมงานหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียง เป็นเวลา ๕ วัน ดิฉันจึงนำความรู้ที่ได้รับมาใช้ในเรื่องกายออกกำลังกาย โดยชวนคนในชุมชนเริ่มแรก มีจำนวน ๗ คนมาออกกำลังกายด้วยการรำวงในชื่อ ๓ส. หลังจากนั้นก็มีคนสนใจมาร่วมกิจกรรมเพิ่มขึ้น จนมีสมาชิก ๔๐ คน และนำความรู้เกี่ยวกับการผลิตจุลินทรีย์สังเคราะห์แสงมาใช้แทนสารเคมีไล่แมลง ในการปลูกผัก ในครัวเรือนไว้รับประทานเอง หลังจากทำกิจกรรม ๓ส. ได้ประมาณ ๓ เดือน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โพนางคำตก จัดกิจกรรมออกกำลังกายที่ รพ.สต. ดิฉันจึงมาทำกิจกรรมโดยใช้การเดินบาสโลป โลင်းแดนซ์ กลุ่มคนรักสุขภาพ รพ.สต. โพนางคำตก มีกิจกรรมทุกวัน จันทร์ - วันศุกร์ พอเริ่มมีความชำนาญ ดิฉันก็คิดว่าควรเริ่มปลูกฝังการออกกำลังกาย ตั้งแต่วัยเด็ก จึงไปชวนครูทำกิจกรรม ให้ความรู้ ๓๐. ๒ส. ๑พ. ๒น. และสอนเดินบาสโลปเป็นการออกกำลังกาย ทุกวันพุธโดยเริ่มที่โรงเรียนวัดตะกุก ผลที่ได้เด็กๆ ได้มีกิจกรรมออกกำลังกายที่เขาชอบ และขยายไปโรงเรียนบ้านคลองยางต่อในวันอังคาร นอกจากนั้นในวันที่มีกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุในชุมชน ดิฉันจะชวนเพื่อนในชมรมไปจัดกิจกรรมเรื่อง ๓๐. ๒ส. ๑พ. ๒น. พร้อมกับการสาธิตการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุทุกครั้งที่มีการจัดกิจกรรม โดยดิฉันเริ่มต้นจากการดูแลสุขภาพของตนเอง และคนในครอบครัว ร่วมกันจัดตั้งชมรมสร้างสุขภาพเพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการเผยแพร่ทางเฟสบุ๊กในชื่อ “คนรักสุขภาพ รพ.สต. โพนางคำตก” ในช่วงแรกมีการลงกิจกรรมการออกกำลังกายจุดประสงค์ เพื่อกระตุ้น ให้ประชาชนในชุมชนทราบว่ามีการออกกำลังกาย ที่ รพ.สต. ทุกวันจันทร์ - วันศุกร์ เวลา ๑๖.๐๐ - ๑๗.๓๐ น. เชิญชวนมาร่วมออกกำลังกาย หลังจากได้ลงกิจกรรมกรรมไป พบว่ามีประชาชนในชุมชน ให้ความสนใจ เข้ามาติดตาม จึงเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ ให้ความรู้ ไปพร้อมกับการเข้ามาชมการออกกำลังกาย เพื่อจะสร้างความตระหนักให้กับประชาชน ในการหันมาดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง และคนในครอบครัว หลังจากนั้นเทศบาลตำบลโพนางคำตกได้ติดต่อมา ให้ไปเผยแพร่ความรู้ให้กับเจ้าหน้าที่ของเทศบาล

จุดมุ่งหมาย เป้าหมายของการดำเนินงาน

- ๑.ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น
- ๒.นำความรู้ที่ได้รับการอบรมจากหมู่บ้านมาใช้ในชุมชน
- ๓.สร้างกลุ่มออกกำลังกายในชุมชน
- ๔.ประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม
- ๕.กลุ่มที่มีความเสี่ยง และกลุ่มป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีขึ้น



กระบวนการ วิธีการ นวัตกรรมที่เป็น Best Practice

๑. ปรับเปลี่ยนตัวเองเพื่อเป็นต้นแบบ
๒. ชักชวนกลุ่มเป้าหมายร่วมกิจกรรม
๓. ให้คำปรึกษา และคำแนะนำรายบุคคล ให้เหมาะกับวิถีชีวิตของแต่ละคน
๔. ติดตาม และให้กำลังใจ ชื่นชมเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น

ผลการดำเนินงาน

๑. เป็นแกนนำด้านการออกกำลังกาย และลดน้ำหนักได้ถึง ๒๐ กิโลกรัม ตั้งแต่เริ่มปรับเปลี่ยนถึงปัจจุบัน
๒. ร่วมกันจัดตั้งชมรมออกกำลังกายในชุมชน ๒ กลุ่ม คือ “ร่าวก ๓ ส.” และ “คนรักสุขภาพ” และได้ดำเนินกิจกรรมต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มก่อตั้งมาเป็นระยะเวลาเกือบ ๒ ปี
๓. ได้สร้างแกนนำการออกกำลังกายในโรงเรียน จำนวน ๒ โรงเรียน เพื่อนำการออกกำลังกายในโรงเรียนทุกวัน
๔. ได้จัดทำเฟสบุ๊กในนาม “คนรักสุขภาพ รพ.สต. โพนางคำตก” เพื่อใช้เผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ กิจกรรมออกกำลังกาย และความรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อ
๕. ได้รับรางวัลบุคคลต้นแบบด้านสุขภาพเขตที่ ๓ โครงการวิถีรอบรู้สู่สุขภาพดีมีชีวิตรื่นเริง ประจำปี ๒๕๖๓
๖. ได้รับรางวัล อสม.ดีเด่นระดับเขต สาขาการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ปี ๒๕๖๓

ปัจจัยความสำเร็จ

๑. ครอบครัว ในช่วงแรกของการลดน้ำหนัก ก่อนที่จะไปออกกำลังกาย ดิฉันจะทำกับข้าวไว้ให้ลูกและสามี บอกกับเขาว่าไม่ต้องเก็บอาหารไว้ให้เพราะกลับมาจะไม่ทำอาหารหนักแล้ว ช่วงนี้จะพยายามลดน้ำหนัก บางวันอาจจะหงุดหงิดบ้างบ่นบ้างอย่าถือสาอะ มีอยู่วันหนึ่งกลับมาบ้านรู้สึกเหนื่อยอยากกินอาหารเปิดดูกับข้าว ไม่มีจึงบ่นเบา ๆ ว่ากินกันหมดเลย อารมณ์ตอนนั้นอยากจะทำกับข้าวแล้ว แต่ลูกและสามีก็คอยให้กำลังใจพูดคุยเรื่องต่าง ๆ ให้ลืมความอยากกิน ทั้งยังคอยเตือนให้เรามุ่งมั่นที่จะทำต่อไป และยอมให้ไปทำกิจกรรม ในชุมชน ได้ตามที่ต้องการ
๒. เพื่อนคู่หูในชมรม ที่คอยช่วยให้กำลังใจเมื่อรู้สึกท้อแท้ ในการลดน้ำหนัก จนทำให้สำเร็จในวันนี้
๓. เทศบาลให้การสนับสนุนอุปกรณ์ และการไปดูงานเพิ่มความรู้และทักษะการออกกำลังกาย
๔. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้ความรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และเป็นที่ปรึกษา

บทเรียนที่ได้รับ

๑. การที่จะให้กลุ่มเสี่ยงเข้าร่วมกิจกรรม ต้องทำตัวเองให้สำเร็จก่อน
๒. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ถ้าทำเพียงคนเดียว จะประสบความสำเร็จได้น้อยกว่าการทำแบบเป็นกลุ่ม เนื่องจากการทำอะไรคนเดียวเวลาคิดจะเลิกทำ บางทีเราก็เลิกทำมันได้ง่าย ๆ แต่ถ้าเรามีเพื่อนร่วมทำไปด้วยกัน นอกจากจะเป็นกำลังใจให้กันแล้วยังเหมือนเป็นข้อตกลงว่าเราต้องทำให้สำเร็จไปด้วยกัน

๔๑. ตำบลจัดการสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต ในการป้องกัน และลดอุบัติเหตุทางถนน ตำบลนางลือ อำเภอมือ จังหวัดชัยนาท

ธนพร ใจแสน

ความเป็นมา ความสำคัญของปัญหา



จากแนวคิดการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ คณะกรรมการได้ร่วมกันสรุปประเด็นปัญหาของ แต่ละหมู่บ้าน จำนวน ๑๕ หมู่บ้าน เรียบร้อยแล้ว โดยที่ประชุมจึงได้มีการสรุปในภาพรวมของตำบล และจัด เรียงลำดับความสำคัญของปัญหาดังต่อไปนี้

๑. การป้องกันแก้ไขอุบัติเหตุการจราจรบนท้องถนน
๒. การแก้ไขปัญหาค่าใช้จ่ายในการจัดการขยะในชุมชน
๓. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเรื้อรัง โรคเบาหวาน ความดันสูง
๔. การสร้างวัฒนธรรมชุมชนที่ดีของชุมชน

จึงได้มีการดำเนินงานป้องกัน แก้ไขปัญหาอุบัติเหตุในชุมชน โดยจัดทำโครงการ ลดอุบัติเหตุ ลดความเสี่ยง ด้านการจราจรบนท้องถนน ตำบลนางลือขึ้นเป็นลำดับแรก

จุดมุ่งหมาย เป้าหมายของการดำเนินงาน

กลุ่มบุคคลในชุมชนตำบลนางลือร่วมกันพัฒนาให้ชุมชนเกิดกระบวนการเรียนรู้ รอบรู้ด้าน สุขภาพ และเกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทตนเอง ให้สถานภาพของคนในชุมชนเป็นผู้มีความสุข สุขกาย สุขใจ สุขเงิน โดยกระบวนการตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยมีนิยามความสุขของคนในตำบลนางลือ อำเภอมือ ชัยนาท จังหวัดชัยนาท คือ จุดมุ่งหมายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนในพื้นที่ หรือภาพฝันการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตของคนในตำบล ประกอบด้วยนิยามความหมาย ๓ สุข ดังนี้



“สุขกาย” หมายถึง สุขภาพร่างกายแข็งแรง สุขภาพจิตดี ร่างกายได้รับอาหารสะอาดปลอดภัย อยู่ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่ดี การเดินทางได้รับความสะดวก มีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ได้รับการดูแลด้านสาธารณสุข

“สุขใจ” หมายถึง ครอบครัวอยู่ด้วยกันอย่างอบอุ่น คนในชุมชนสามัคคี เป็นสังคมเอื้ออาทรและไม่ทอดทิ้งกัน น้อมนำหลักธรรมนำชีวิต

“สุขเงิน” หมายถึง สังคมแห่งความพอเพียง นำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาน้อมนำปฏิบัติให้บังเกิดผล มุ่งสู่ชุมชนแห่งการออม

เป้าหมายการสร้างสุขของตำบลนางลือ

“ เพื่อยกระดับการพัฒนาให้คนตำบลนางลือ มีคุณภาพชีวิตที่ดี กินดีอยู่ดี สอดคล้องกับวิถีชีวิต วัฒนธรรมท้องถิ่น มีสิ่งแวดล้อมที่ดี โดยน้อมนำแนวปรัชญาพอเพียง เป็นแนวทางดำเนินชีวิต ให้คนในชุมชนเป็นผู้มีความสุข สุขกาย สุขใจ สุขเงิน ”

ในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อลดปัญหาและความเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุ ด้านการจราจรบนท้องถนน ตำบลนางลือขึ้น



กระบวนการ วิธีการ /นวัตกรรม

มีการบูรณาการการจัดทำแผน ร่วมกับ แผนชุมชน แผนกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล แผนหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ แผนของเทศบาลตำบลนางลือ แผนของพัฒนากร แผนของศึกษาฯ แผนของเกษตรตำบล แผนของ รพ.สต. ฯลฯ และธรรมนูญสุขภาพต่างๆ ให้สอดคล้อง ไปทิศทางเดียวกันกับแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพชีวิตตำบลนางลือ โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังต่อไปนี้

๑. จัดประชุมเพื่อนำเสนอแนวทางการดำเนินงาน และบูรณาการแผน
๒. จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน และผู้มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน
๓. วิเคราะห์ข้อมูลชุมชน แบบมีส่วนร่วมเพื่อนำมาวางแผนและจัดลำดับความสำคัญ
๔. จัดทำแผนงาน/โครงการเพื่อแก้ไขปัญหา และบูรณาการแผนร่วมกับของระดับอำเภอ
๕. ดำเนินงานตามแผนงาน /โครงการที่กำหนด
๖. ประเมินผล สรุปผลการดำเนินกิจกรรม
๗. รายงานผลการดำเนินตามแผนงาน โครงการ



มีการดำเนินกิจกรรมตามแผนการขับเคลื่อน กำหนดเป็นกระบวนการ

๑. การสร้างการรับรู้ การมีส่วนร่วม ทีมงาน และเครือข่ายในการขับเคลื่อนงานในชุมชน
๒. ร่วมกันกำหนดรายละเอียดกิจกรรมและแบ่งผู้รับผิดชอบหลักในแต่ละกิจกรรม
๓. ประชาสัมพันธ์การมีส่วนร่วมการดำเนินงานของกลุ่มเป้าหมาย
๔. ดำเนินกิจกรรมตามแผนงานที่วางไว้ ตามที่ได้กำหนดบทบาทหน้าที่ไว้
๕. ประเมินกิจกรรม และรายงานความก้าวหน้าของกิจกรรม





๖. ติดตามประเมินผล นำมาวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคเพื่อหาแนวทางการแก้ไข
๗. คณะกรรมการร่วมกันสรุปผลการดำเนินงานกิจกรรม
๘. ประกาศเป็นตำบลสร้างสุข และการรักษาสถานะตำบล“สร้างสุข” ให้เกิดความยั่งยืน

นวัตกรรมที่เกิดจากการดำเนินงานของตำบล

๑. มีกระบวนการดำเนินงานตามรูปแบบของตำบลจัดการสุขภาพตำบลนางลือเกิดขึ้น
๒. มีระบบการเฝ้าระวังการเกิดอุบัติเหตุ และแนวทางการช่วยเหลือผู้ที่ประสบอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ตำบลนางลือ
๓. มีการบูรณาการ การดำเนินงานของแต่ละหน่วยงานที่ชัดเจนขึ้น
๔. มีการบริหารจัดการงบประมาณที่เหมาะสม มีการบูรณาการงบประมาณร่วมกัน
๕. มีกระบวนการดำเนินงานที่จะพัฒนาเป็นรูปแบบธรรมนูญสุขภาพในชุมชน
๗. ประชาชนรักสุขภาพ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพใช้รถ ใช้ถนนอย่างเหมาะสม
๘. มีบุคคลต้นแบบและพื้นที่ต้นแบบด้านการสร้างสุขภาพในชุมชน

ผลการดำเนินงาน ประโยชน์ที่ได้รับ

ผลผลิตของการดำเนินงาน มีการขับเคลื่อนตำบลจัดการสุขภาพโดยคณะกรรมการ ตำบลจัดการสุขภาพ ตำบลนางลือ จึงได้มีการดำเนินงานตามโครงการ ลดอุบัติเหตุ ลดความเสี่ยง ด้านการจราจรบนท้องถนน ตำบลนางลือขึ้น

เนื่องจากคณะกรรมการตำบลจัดการสุขภาพตำบลนางลือ อำเภอเมืองชัยนาท ได้มีการนำข้อมูลด้านสุขภาพ มาวิเคราะห์ และจัดเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา ได้คัดเลือกปัญหา ประชาชนในตำบลนางลือประสบอุบัติเหตุการจราจรบนท้องถนน ตำบลนางลือบ่อยครั้ง ในการแก้ไขปัญหาของชุมชน จึงได้จัดทำโครงการ ลดอุบัติเหตุ ลดความเสี่ยง ด้านการจราจรบนท้องถนน ตำบลนางลือ โดยมีข้อมูลดังนี้

จากสถิติการประสบอุบัติเหตุทางจราจรของตำบลนางลือ อำเภอเมืองชัยนาท ในปี ๒๕๖๒ พบว่า มีผู้ประสบอุบัติเหตุทางท้องถนนตำบลนางลือ จำนวน ๑๙ ครั้ง มีผู้บาดเจ็บจำนวน ๒๖ คน และมีผู้เสียชีวิตจำนวน ๑ คน นับว่ามีผู้ประสบอุบัติเหตุบ่อยครั้ง จึงได้จัดทำโครงการ ลดอุบัติเหตุ ลดความเสี่ยง ด้านการจราจรบนท้องถนน ตำบลนางลือขึ้น โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนางลือ

มีการดำเนินงานหลักใน ๒ ประเด็นดังต่อไปนี้

๑. ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ถนนของประชาชนตำบลนางลือ ได้แก่
 - การอบรมให้ความรู้ประชาชน นักเรียน เรื่องการขับขี่ปลอดภัย มรรยาทของผู้ขับขี่ การใช้รถใช้ถนนที่ถูกต้อง การสวมใส่หมวกกันน็อค การคาดเข็มขัดนิรภัย ป้ายสัญลักษณ์ต่างๆ กฎหมายจราจร การจัดทำ พรบ.รถ และ มาตรการการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน จำนวน ๑๗๐ คน
 - จัดทำสติ๊กเกอร์สะท้อนแสงติดท้ายรถไถ รถมอเตอร์ไซด์ การขับขี่ที่มีความปลอดภัยยิ่งขึ้น





๒. ด้านการปรับปรุงโครงสร้างการถนน จุดเสี่ยง สะพานแคบ ไฟส่องสว่าง ป้ายสัญลักษณ์ ฯลฯ

มีการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาร่วมแก้ไขปัญหา ตามที่ประชุมของ พชต. ได้มีการประสานงาน แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กรมทางหลวงชนบทมาช่วยตัดแต่งกิ่งไม้ที่ยื่นมาบนท้องถนนทำให้มีการมองเห็นรถวิ่งสวนทางมาไม่ชัด ติดต่อขนส่งจังหวัดช่วยอำนวยความสะดวกในการต่อภาษี และทะเบียนรถที่ขาด หมาดอายุ ติดต่อเทศบาลตำบลนางลือช่วยเพิ่มไฟฟ้าส่องสว่างบริเวณที่มีมุมมืดบนท้องถนน และจัดหาโคมกระจุกมาติดบริเวณทางโค้ง ทางแยกซับซ้อน ประสานกรมชลประทาน องค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยนาท แขวงทางหลวงชัยนาท และเทศบาลตำบลนางลือในจัดทำแผนการขยายสะพานข้ามคู คลอง ให้เป็นสองเลนเพื่อให้รถยนต์สามารถสวนทางกันได้โดยสะดวก เป็นต้น นับว่าเป็นการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาการลดอุบัติเหตุการจราจรบนท้องถนนได้เป็นอย่างดี



ปัจจัยความสำเร็จ

จากการดำเนินเมื่อพบว่า มี พบว่ามีการประสานการดำเนินงานในหลายๆด้าน ทั้งที่เป็นทางการและ ไม่เป็นทางการ คณะกรรมการจะมีการดำเนินงานเพื่อลดช่องว่างการดำเนินงาน ดังเช่น

- มีการประสานงาน ปรีกษาหารือกันก่อน/ตกลงกันก่อน การเปิดประชุมในเวทีจริง
- จัดเวทีสภากาแฟ ประชุมย่อยอย่างไม่เป็นทางการและการบูรณาการแผนของทุกหน่วยงานร่วมกัน
- มีการจัดตั้งคณะกรรมการฝ่ายต่างๆ ฝ่ายละหลายๆท่าน โดยจะมีการคัดเลือกกรรมการหลักที่มี ศักยภาพ และการรับรู้แนวทางการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพในการดำเนินงาน
- มีการบูรณาการแผนงานของหน่วยงานต่างๆ เพื่อรับทราบแนวทางการดำเนินงานร่วมกัน
- มีการประสานงานเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมจากหน่วยงานอื่นๆ

ความดีงาม และจุดเด่น ของตำบล

- ทุกเครือข่าย องค์กรชุมชน หน่วยงานใน ตำบลนางลือ มีความเข้มแข็ง สามัคคี
- มีการจัดทำธรรมนูญสุขภาพ ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิต
- การมีผู้นำที่ให้ความสำคัญในการดำเนินงาน และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยเฉพาะภาคประชาชน ในพื้นที่ ทำให้มีแนวทางการพัฒนาตำบลสร้างสุขไปในแนวทางเดียวกัน
- มีพื้นที่หมู่บ้านต้นแบบ บุคคลต้นแบบเกิดขึ้นในชุมชน
- มีนวัตกรรมสุขภาพมีมาตรการทางสังคม ตามประเด็นปัญหาสุขภาพ
- มีธรรมนูญสุขภาพที่เกิดขึ้นเองโดยความเข้มแข็งของชุมชน
- มีแหล่งเรียนรู้ หมู่บ้านต้นแบบ บุคคลต้นแบบ และวิทยากรภูมิปัญญาท้องถิ่นในชุมชน





บทเรียนที่ได้รับ

การดำเนินงานยกระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของตำบลนางลือ ยังมีช่องว่างของการดำเนินงานอยู่บ้างบางประเด็น แต่ก็ได้ใช้แก้ไขปัญหาโดยใช้กระบวนการ และเทคนิคต่างๆเข้ามาร่วมดำเนินงาน เพื่อลดช่องว่างการดำเนินงาน โดยคำนึงถึงการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่เป็นหลักในการดำเนินงาน จนทำให้งานสำเร็จได้เป็นอย่างดี สำหรับช่องว่าง/มุมมองที่ต้องพิจารณาต่อไป

- ในบางกิจกรรมยังไม่มีมีการบูรณาการแผนของหน่วยงานในพื้นที่ให้มีกิจกรรมที่สอดคล้องกัน
- คณะกรรมการบางท่านมีการรับรู้ประเด็นปัญหาและการดำเนินงานที่แตกต่างกัน ทำให้มีแนวทางการดำเนินงานที่ไม่ชัดเจน และมีประสิทธิภาพ
- การประสานงานในการดำเนินงานของหน่วยงานต่างๆ บางหน่วยงาน อาจมีระบบ/ ขั้นตอนที่ล่าช้า
- งบประมาณบางกิจกรรมติดเงื่อนไขระเบียบการใช้จ่ายงบประมาณในการดำเนินงาน
- งานบางกิจกรรมขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน



“การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นรากฐานระบบสุขภาพไทย”



ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ จังหวัดนครสวรรค์

Northern regional center for **P**rimary **H**ealth **C**are development



กรมส่งเสริมสุขภาพ

N : สสม.
PHC : ภาคเหนือ

☎ 0 5622 2375

🏠 516/41 หมู่ 10 ต.นครสวรรค์ตก อ.เมือง จ.นครสวรรค์

📘 ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ จังหวัดนครสวรรค์