วารสาร
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10
จังหวัดอุบลราชธานี

บรรณาธิการแถลง

สวัสดีค่ะ ท่านผู้อ่านวารสาร สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี วารสารฉบับนี้เป็นวารสาร ปีที่ 14 เล่มที่ 2/2559 (เดือนกรกฎาคม - ธันวาคม 2559) มีบทความทั้งหมด 5 เรื่อง เรื่องที่ 1 ระดับสารตะกั่วในสิ่งแวดล้อม ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขนาดใหญ่ พื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าจากการวิเคราะห์หาสารตะกั่วพบแหล่งที่ปนเปื้อนมากที่สุดคือ เครื่องเล่นในสนามเด็กเล่น เรื่องที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนตำบลไร่น้อย อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าด้านทัศนคติเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เห็นด้วยมากที่สุดเกินร้อยละ 80 ทั้ง 3 ลำดับ คือ การดื่มสุราเป็นอันตรายต่อสุขภาพ เห็นด้วยร้อยละ 92.6 การดื่มสุราเป็นเรื่องปกติธรรมดาของคนทั่วไปร้อยละ 90.4 และการดื่มสุรามีทั้งอันตรายและผลเสียมากกว่าผลดีร้อยละ 89.0 เรื่องที่ 3 การพัฒนาศักยภาพเครือข่าย การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดอุตรดิตถ์ พบว่ามีการดำเนินการเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความรับผิดชอบและการดูแลสุขภาพ 2) ด้านการออกกำลังกาย 3) ด้านโภชนาการ 4) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 5) ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ และ 6) ด้านการจัดการความเครียด เรื่องที่ 4 แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง ตำบลบ้านฝาย อำเภอน้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์ พบว่าปัจจัยด้านการศึกษา และด้านรายได้มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง และเรื่องสุดท้าย รูปแบบการส่งเสริมความร่วมมือเครือข่ายในการดำเนินงานขับเคลื่อนอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์ พบว่าการประเมินรูปแบบภายหลังการนำไปใช้ 1 ปี แล้วมีคณะทำงานเครือข่ายทั้งคณะกรรมการอำนวยการมีผลการดำเนินงานบรรลุเกณฑ์ และประชาชนมีความพึงพอใจและมีส่วนร่วม ซึ่งมีบทความทั้ง 5 เรื่องน่าสนใจ และมีรายละเอียดในเล่ม เชิญชวนทุกท่านอ่านอีกครั้งค่ะ

(นางฐิติมา โกศัลวิตร)
รองผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10
อุบลราชธานี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ข้อมูล ข่าวสารทางวิชาการและรายงานผลการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวกับงานป้องกันควบคุมโรคแก่หน่วยงานและบุคลากรทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข

2. เพื่อรายงานความก้าวหน้าของการปฏิบัติงาน ป้องกันควบคุมโรคแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3. เพื่อเป็นสื่อกระชับความสัมพันธ์ทางแนวคิดและการปฏิบัติงาน ระหว่างสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ศูนย์วิชาการเขต และกรมกองต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

คณะกรรมการ วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10

เจ้าของ **สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จ.อุบลราชธานี**
ถนนพรหมราช อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี 34000 โทรศัพท์ 0 4524 3235 โทรสาร 0 4525 5188
www.dpc7.net

ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์

นายแพทย์อำนวย กาจีนะ	อธิบดีกรมควบคุมโรค
นายแพทย์สมศักดิ์ อรรฆศิลป์	ผู้ตรวจราชการกระทรวงเขตบริการสุขภาพที่ 9
นายแพทย์โอภาส การย์กวินพงศ์	รองอธิบดีกรมควบคุมโรค
นายแพทย์คำนวน อึ้งชูศักดิ์	ผู้ทรงคุณวุฒิกรมควบคุมโรค
นายแพทย์กฤษฎา มโหทาน	ผู้ทรงคุณวุฒิกรมควบคุมโรค

ที่ปรึกษากองบรรณาธิการ

นายแพทย์ศรายุธ อุตตมางคพงศ์	ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี

บรรณาธิการ

นางฐิติมา โกศัลวิตร	รองผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี

กองบรรณาธิการ

นางศุภศรัย สง่าวงศ์	หัวหน้ากองบรรณาธิการ
นางสุชญา สีหะวงษ์	ผู้ช่วยกองบรรณาธิการ
นายเสถียร เชื้อลี	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
นางสาวอมรรัตน์ จงตระการสมบัติ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางสาวศิริวรรณ อุทธา	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน

ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจบทความ

ดร.พญ.ฉันทนา ผดุงทศ	ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 อุดรธานี
ดร.นพ.จิรวัฒน์ มูลศาสตร์	โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
รศ.ดร.ณัฐฑิตา โรจนศาสตร์	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย วิทยาเขตตรัง
ดร.ทวีวรรณ ชาลีเครือ	มหาวิทยาลัยพะเยา
ดร.สุภาภรณ์ สงค์ประชา	มหาวิทยาลัยมหิดล
ดร.อนุวัฒน์ วัฒนพิชญากุล	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ดร.อารีย์ บุตรสอน	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ดร.วันเพ็ญ แววว่องคุปต์	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
ดร.ปุณยานุช พิมใจใส	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
ดร.เพชรมณี วิริยะสืบพงษ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
ดร.รุ้งรังษี วิบูลย์ชัย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
ดร.นุสรา ประเสริฐศรี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
ดร.พิทยา ศรีเมือง	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.จุติพร ผลเกิด	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี
ดร.เกษรา แสนศิริทวีสุข	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี
ดร.อรทัย ศรีทองธรรม	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี

ฝ่ายประชาสัมพันธ์และการจัดการวารสาร

นางชนานันท์ คำบุญ	ผู้ประสานงานโครงการ GF AIDS care
นางสาวอภิญญา จำปา	ผู้ประสานงานโครงการ GF / TB

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี
The Office of Disease Prevention and Control 10th Journal
ปีที่ 14 เล่มที่ 2 เดือนกรกฎาคม - ธันวาคม 2559 Volume 14 No. 2 July - December 2016

สารบัญ

- ระดับสารตะกั่วในสิ่งแวดล้อมศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขนาดใหญ่ พื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ จังหวัดอุบลราชธานี 5
  อโนชา ชื่นงาม
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชน ตำบลไร่น้อย อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี 16
  ศิริลักษณ์ นิยกิจ
- การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดอุตรดิตถ์ 33
  มาลี โชคเกิด
- แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง ตำบลบ้านฝาย อำเภอน้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์ 45
  ฐิติวัฒน์ ขัตติ
- รูปแบบการส่งเสริมความร่วมมือเครือข่ายในการดำเนินงานขับเคลื่อนอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์ 55
  มาลี โชคเกิด

ระดับสารตะกั่วในสิ่งแวดล้อมศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขนาดใหญ่ พื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี

Lead Level in Environment of Large Childcare Centers, Office of Disease Prevention and Control 10th Ubonratchatani

อโนชา ชื่นงาม วิทยาศาสตรบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี

Anocha Chuenngam, (Bachelor of science (public Health)) Office of Disease Prevention and Control 10th Ubonratchatani

บทคัดย่อ

ที่มา ตะกั่วเป็นโลหะหนัก ที่มีผลต่อพัฒนาการของเด็กปฐมวัย (อายุ 0 – 5 ปี) และพบได้ในสีทาอาคาร ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจึงมีโอกาสเสี่ยงที่จะรับสัมผัสสารตะกั่วที่ปนเปื้อนอยู่ในสิ่งแวดล้อม

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับสารตะกั่วจากสิ่งแวดล้อมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

วิธีการศึกษา การศึกษาภาคตัดขวางเชิงพรรณนา ระหว่างเดือน ตุลาคม 2557 – มีนาคม 2558 ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขนาดใหญ่ พื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 (สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 เดิม) จังหวัดอุบลราชธานี 7 จังหวัด คัดเลือกตัวอย่างโดยวิธีแบบโควต้า (Quota Sampling) โดยกำหนดเลือกศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขนาดใหญ่ จังหวัดละ 2 แห่งกำหนดจุดสุ่มตรวจวัด แห่งละ 10 จุด รวมทั้งสิ้น 140 จุด เก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจำนวน 1 คน โดยใช้แบบเก็บข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังการสัมผัสสารตะกั่วของเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และเก็บตัวอย่างตะกั่วในสิ่งแวดล้อม โดยวิธี Wipe method โดยวิธีมาตรฐานของ NIOSH 9100 ส่งตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กส่วนใหญ่สังกัดเทศบาล ร้อยละ 92.85 อาคารมีอายุเฉลี่ยที่ 12.75±7.20 ปี มีเจ้าหน้าที่เฉลี่ย 8.54±6.42 คนต่อแห่ง เด็กเล็กในการดูแลมีอายุระหว่าง 1-6 ปี จำนวนเด็กเฉลี่ย 112.43±6.42 คนต่อแห่ง จากการสำรวจพื้นที่โดยรอบพบว่า แหล่งที่อาจปนเปื้อนมากที่สุดคือ การทาสีน้ำมันนอกอาคาร ร้อยละ 92.85 ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทุกแห่งมีกิจกรรมการลดความเสี่ยงของการสัมผัสสารตะกั่วในเด็กเล็ก (ร้อยละ 100) ได้แก่ กิจกรรมสอนเด็กล้างมือ และการกวาดพื้นทำความสะอาดทุกวัน กิจกรรมที่มีน้อยที่สุดคือ การขัดมุ้งลวด ที่ไม่ได้ทำทุกวัน (ร้อยละ 0) ผลการตรวจวิเคราะห์หาระดับสารตะกั่วเปรียบเทียบกับมาตรฐาน (พื้นที่ทำงาน/หรือบ้าน/อุปกรณ์หรือเครื่องมือที่ไม่เกี่ยวข้องกับตะกั่ว 4.3 ไมโครกรัม/100 ตร.ซม.) จังหวัดที่มีจำนวนจุดเก็บตัวอย่างที่เกินค่ามาตรฐานมากที่สุด คือจังหวัดอุบลราชธานี และยโสธร (ร้อยละ 25) น้อยที่สุดคือ มุกดาหาร (ร้อยละ 10) และเมื่อพิจารณารายจุด พบว่า มีจุดที่เกินมาตรฐานร้อยละ 17.86 โดยเครื่องเล่นเป็นจุดที่มีระดับตะกั่วเกินมาตรฐานมากที่สุด ร้อยละ 41.67 มีปริมาณสารตะกั่ว 152.53 ไมโครกรัม/100 ตร.ซม. และมีค่าเฉลี่ยปริมาณที่พบ

17.07±34.04 ไมโครกรัม/100 ตร.ซม.
อภิปรายสรุปผล วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องเล่น ของเล่น เครื่องใช้ ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขนาดใหญ่มีโอกาสปล่อยสารตะกั่วลงสู่สิ่งแวดล้อม และเพิ่มความเสี่ยงการได้รับสัมผัสในเด็กเล็กได้ การจัดหา วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องเล่น ของเล่น เครื่องใช้ ควรเลือกหาจากมาตรฐาน คุณสมบัติ ตามมาตรฐานอุตสาหกรรม เพื่อลดอันตรายจากสารตะกั่วต่อสุขภาพเด็กเล็ก

Abstract

Introduction Lead is a heavy metal, which disrupt child development (aged 0-5 years) and found in paints. In early childcare center, children have risk to lead exposure.

Objective To study the contamination of lead in childcare centers.

Methods Cross-sectional descriptive study during October 2014 - March 2015 in large childcare centers, areas of responsibility of the Office of Disease Prevention and Control 10th (former 7th) Ubonratchatani. Quota sampling by selected 2 large childcare center for each province, 7 Province. Selected 10 position for each childcare centers, total 140 position. Collecting data by interviewing a childcare centers officer with data form for surveillance of early childhood lead exposure in childcare centers. Then collect lead sampling on surface area in childcare centers environment by Wipe method (NIOSH 9100 method) and send to laboratory for analysis. Data were analyzed by descriptive statistics.

Result Most childcare centers are under the municipal (92.85 %). Buildings ages average 12.75 ± 7.20 years. Average 8.54 ± 6.42 officers per place. The centers are care of young children aged 1-6 years, the number of children an average 112.43 ± 6.42 per place. In childcare centers environments are found the most likely source of contamination is outdoors oil painting (92.85 %). Activities for reduced risk of lead exposure in all of childcare center (100 percent), viz to teach children to wash hands, to sweep and clean the floor every day. The activities are minimal is brushing metal net frame, that is not done every day (0 %). Lead levels compared to standard (Workspace/house/equipment that does not regarding to lead, 4.3 µg/100 cm^2), the provinces with sampling area most higher than standards is Ubon Ratchathani and Yasothon (25 %), minimum is Mukdahan (10 %). In which regarding on type of area, that much more than standard percentage of 17.86 by the playground toy is 41.67 %, with a lead content 152.53 µg/100 cm^2 and the average amount found 17.07 ± 34.04 µg/100 cm^2.

Discussion and conclusion Materials, device, toys, playground, and furniture in childcare centers have lead emissions into the environment, cause to increase the risk of exposure in young children. Thus, the preparing of materials, device, toys, playground, and furniture in childcare centers should be select by qualities feature from Standard of Thai Industrial to reduce hazard from lead to young children.

Key Word Lead, Childcare center.

บทนำ

ตะกั่วเป็นโลหะหนักสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งของภาวะโรคในระดับโลก (Global Burden Disease) ร้อยละ 0.6)[1]

ในแต่ละปีมีรายงานผลกระทบต่อสติปัญญาเด็กสาเหตุจากสารตะกั่วประมาณมากกว่าหกแสนคน ความเสี่ยงต่อการเกิดพิษสารตะกั่วในเด็กมีมากกว่าผู้ใหญ่ถึง 5 เท่า เนื่องจากเด็กมีพฤติกรรมการหยิบจับสิ่งของเข้าปาก และความสามารถในการดูดซึมสารตะกั่วเข้าสู่ร่างกายมีมากกว่าผู้ใหญ่ถึงร้อยละ 50[2]

มูลนิธิบูรณะนิเวศ (2556) ได้สุ่มตรวจสีทาอาคารที่วางจำหน่ายในท้องตลาด พบว่า ปริมาณตะกั่วเจือปนในประเภทสีน้ำมัน เกินกว่าค่ามาตรฐานประเทศไทยแบบสมัครใจของสำนักมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม (สมอ.) ถึงกว่าร้อยละ 47 ปริมาณสารตะกั่วสูงสุดที่พบคือ 95,000 พีพีเอ็ม3-5

สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค (2557) ได้ศึกษาสถานการณ์การสัมผัสตะกั่วในเด็ก ดังนี้ 1. การศึกษาระดับสารตะกั่วในเลือดและปัจจัยเสี่ยงต่อการสัมผัสสารตะกั่วของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ผู้ปกครองทำงานสัมผัสกับสารตะกั่ว โดยการเจาะเลือดเพื่อหาสารตะกั่วจำนวน จำนวน 272 คน พบว่า เด็กที่ผู้ปกครองทำงานสัมผัสสารตะกั่วโดยตรงมีความเสี่ยงต่อการได้รับสารตะกั่ว โดยเฉพาะลูกของผู้ปกครอง ที่ประกอบอาชีพอู่ต่อเรือและมาดอวน 2. การสำรวจปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่สัมพันธ์กับระดับตะกั่วในเลือดของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กก่อนวัยเรียน ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร จำนวน 25 ศูนย์ 133 ตัวอย่าง โดยการเก็บตัวอย่างฝุ่นในพื้นผิว หรือบริเวณที่คาดว่าจะมีการปนเปื้อนจากฝุ่นตะกั่ว เพื่อนำไปวิเคราะห์ (Wipe Sampling) พบว่า จุดที่ตรวจพบระดับการปนเปื้อนของสารตะกั่วสูง ส่วนใหญ่คือ อุปกรณ์ที่มีการทาสี และบนพื้น ที่มีการใช้งานอยู่เป็นประจำ[6-7]

สำหรับพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี มีศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่อยู่ในสังกัดขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กระจายอยู่ทั้ง 7 จังหวัด[8] แต่ยังไม่มีผลการศึกษาเกี่ยวกับสารตะกั่วในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ศูนย์โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี ได้ดำเนินการศึกษาระดับสารตะกั่วในสิ่งแวดล้อมของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงและพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคจากสิ่งแวดล้อมให้ดีขึ้นต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) กลุ่มเป้าหมาย โดยพื้นที่เป้าหมาย ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขนาดใหญ่ (มีจำนวนเด็กมากกว่า 50 คนขึ้นไป) พื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี ทั้งหมด 7 จังหวัด ได้แก่ อุบลราชธานี, ศรีสะเกษ, อำนาจเจริญ, ยโสธร, มุกดาหาร, นครพนม, สกลนคร ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 2 แห่งต่อจังหวัด รวม 14 แห่ง ทำการคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโดยวิธีเลือกตัวอย่างแบบโควต้า (Quota Sampling)

การเก็บข้อมูลประกอบด้วย สัมภาษณ์แบบเก็บข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังการสัมผัสสารตะกั่วของเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ประกอบด้วย 2 ตอน คือ **ตอนที่ 1** ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการดูแลศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และตอนที่ 2 ประกอบด้วย ข้อมูลบริเวณที่อาจมีสารตะกั่วปนเปื้อน แผนผังบริเวณศูนย์เด็กเล็ก และข้อมูลอื่นๆ สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานดูแลศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจำนวน 1 รายต่อแห่ง ตามแบบสอบถามในตอนที่ 1 และเดินสำรวจพื้นที่ (Walkthrough Survey) ตามแบบสอบถามใน **ตอนที่ 2** ทำการเก็บข้อมูลสิ่งแวดล้อม โดยสำรวจสถานที่โดยรอบของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และคัดเลือกพื้นที่ซึ่งคาดว่าน่าจะมีการปนเปื้อนจากสารตะกั่ว อันได้แก่ พื้น ห้อง ที่นอน ผนัง เสา รั้ว ระเบียง วงกบหน้าต่าง ประตู ของเล่น เครื่องใช้ต่างๆ เครื่องเล่นเด็กในสนามเด็กเล่น ที่มีการทาสีเคลือบ ทำการเก็บตัวอย่างสารตะกั่วในสิ่งแวดล้อม โดยวิธี Wipe method โดยวิธีมาตรฐานของ NIOSH 9100 LEAD in Surface Wipe Samples จำนวนแห่งละ 10 จุด และเก็บ Blank 1 จุด เก็บรักษาตัวอย่างในกระติกน้ำแข็ง และส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการศูนย์อ้างอิงทางห้องปฏิบัติการและพิษวิทยา สำนักโรคจากการประกอบอาชีพ กรมควบคุมโรค เพื่อวิเคราะห์ตัวอย่าง โดยวิธีมาตรฐานของ NIOSH 9100 Lead in Surface Wipe Sample

บันทึกและวิเคราะห์ข้อมูลโดยให้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้คือ สถิติพรรณนา ความถี่, ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายจำนวนเจ้าหน้าที่, จำนวนเด็กเล็ก, ช่วงอายุเด็กเล็กที่ดูแล, หน่วยงานที่รับผิดชอบ, ระยะเวลาการใช้อาคาร, ปริมาณการปนเปื้อนสารตะกั่ว; ร้อยละ เพื่ออธิบายการดูแลศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก, บริเวณที่อาจพบสารตะกั่วปนเปื้อน, บริเวณที่เก็บตัวอย่าง, การปนเปื้อนสารตะกั่ว; ค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 60 (60^{th} Percentile) อธิบาย การปนเปื้อนสารตะกั่ว

ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2557 ถึง 30 มีนาคม 2558

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีจำนวนเจ้าหน้าที่มากที่สุด 23 คน น้อยที่สุด 2 คน มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 8.54±6.42 คนต่อแห่ง มีจำนวนเด็กเล็กมากที่สุด 248 คนต่อแห่ง น้อยที่สุด 41 คนต่อแห่ง เฉลี่ยที่ 112.43±65.55 คนต่อแห่ง โดยรับดูแลเด็กในช่วงอายุต่ำที่สุด 1 ปี มากที่สุด 6 ปี เฉลี่ย 3.43±1.45 ปี อายุของอาคารมากที่สุด 24 ปี น้อยที่สุด 4 ปี เฉลี่ย 12.75±7.20 และอยู่ภายใต้การดูแล

ของเทศบาล 13 แห่ง (ร้อยละ 92.85) ภายใต้การดูแลของวัด 1 แห่ง (ร้อยละ 7.25)

ข้อมูลกิจกรรมลดความเสี่ยงการสัมผัส

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีกิจกรรมที่ลดความเสี่ยงต่อการสัมผัสสารตะกั่วด้านสุขวิทยา โดยมีการสอนเด็กล้างมือด้วยสบู่ก่อนรับประทานอาหาร จำนวน 14 แห่ง (ร้อยละ 100) และมีศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่มีการสอนเด็กล้างมือด้วยสบู่หลังทำกิจกรรม จำนวน 14 แห่ง (ร้อยละ 100)

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีกิจกรรมที่ลดความเสี่ยงต่อการสัมผัสสารตะกั่วด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยมีกิจกรรมที่ทำมากที่สุดคือ กวาดพื้นทุกวันมากที่สุด 14 แห่ง (ร้อยละ 100) รองลงมาคือ ถูพื้นทุกวัน 13 แห่ง (ร้อยละ 92.86) ดังแสดงในตารางที่ 1 และทำกิจกรรมการซักที่นอน มากที่สุดคือ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ 10 แห่ง (ร้อยละ 71.42) รองลงมา น้อยกว่าสัปดาห์ละครั้ง 3 แห่ง (ร้อยละ 21.42) ถัดมาเป็น ซักทุกวัน 1 แห่ง (ร้อยละ 7.14) น้อยที่สุดคือ การขัดมุ้งลวดทุกวัน 0 แห่ง (ร้อยละ 0) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 จำนวน – ร้อยละของกิจกรรมลดความเสี่ยงต่อการสัมผัสสารตะกั่วในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำแนกตามความถี่การดำเนินกิจกรรม

	จำนวน (ร้อยละ) N =14									
กิจกรรม	**ทุกวัน**	**3 ครั้ง/ สัปดาห์**	**2 ครั้ง/ สัปดาห์**	**1 ครั้ง/ สัปดาห์**	**เดือนละ 2 ครั้ง**	**เดือนละ 3 ครั้ง**	**หลาย เดือน ครั้ง**	**ไม่เคยทำ**	**ไม่มี**	**รวม**
กวาดพื้น	14 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	14 (100)
ถูพื้น	13 (92.86)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (7.14)	14 (100)
ดูดฝุ่น	1 (7.14)	3 (21.42)	1 (7.14)	1 (7.14)	1 (7.14)	1 (7.14)	1 (7.14)	0 (0)	5 (35.71)	14 (100)
ปัดฝุ่น	10 (71.42)	3 (21.42)	1 (7.14)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	14 (100)
เช็ดขอบหน้าต่าง/ กระจก	2 (14.28)	5 (35.71)	0 (0)	1 (7.14)	3 (21.42)	2 (14.28)	1 (7.14)	0 (0)	0 (0)	14 (100)
ขัดมุ้งลวด	0 (0)	2 (14.28)	1 (7.14)	0 (0)	3 (21.42)	4 (28.57)	2 (14.28)	0 (0)	2 (14.28)	14 (100)

ตารางที่ 2 จำนวน – ร้อยละของกิจกรรมลดความเสี่ยงต่อการสัมผัสสารตะกั่วในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำแนกตามความถี่การดำเนินกิจกรรม

กิจกรรม	จำนวน (ร้อยละ) N =14			
	ทุกวัน	3-5 ครั้ง ต่อสัปดาห์	1-2 ครั้ง ต่อสัปดาห์	น้อยกว่า สัปดาห์ละครั้ง
ความถี่ในการซักที่นอน	1 (7.14)	0 (0)	10 (71.42)	3 (21.42)

ข้อมูลการสำรวจสิ่งแวดล้อม

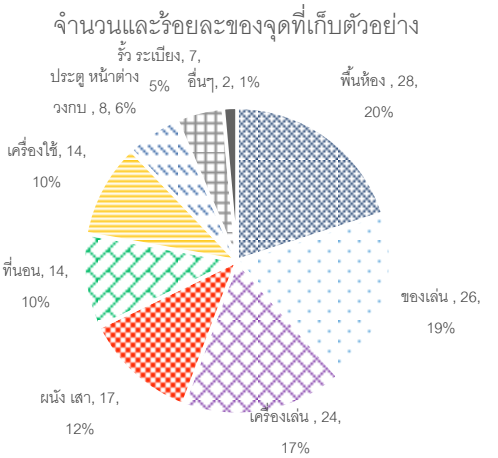
จากการเดินสำรวจสิ่งแวดล้อมเบื้องต้น พบว่า มีบริเวณหรือวัสดุอุปกรณ์ที่อาจเป็นแหล่งปนเปื้อนสารตะกั่ว มากที่สุดคือ บริเวณที่มีการทาสีน้ำมันภายนอกอาคาร จำนวน 13 (ร้อยละ 92.85) รองลงมาเป็น ของเล่นเด็ก และบริเวณรั้วที่มีการทาสีน้ำมัน จำนวน 12 (ร้อยละ 85.71) ต่อมาเป็น เครื่องเล่นเด็ก และบริเวณที่มีการทาสีน้ำมันภายในอาคาร จำนวน 11 (ร้อยละ 78.57) น้อยที่สุดเป็น อุปกรณ์ เครื่องใช้ จำนวน 9 (ร้อยละ 64.28) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน - ร้อยละของบริเวณ/วัสดุแหล่งปล่อยสารตะกั่ว

ลำดับที่	บริเวณ/วัสดุแหล่งปล่อยสารตะกั่ว	จำนวน (ร้อยละ) N =14	
		ใช้	ไม่มี
1	บริเวณที่มีการทาสีน้ำมันภายนอกอาคาร	13 (92.85)	1 (7.14)
2	ของเล่นเด็ก: ดินน้ำมัน ตุ๊กตา	12 (85.71)	2 (14.28)
3	บริเวณรั้วที่มีการทาสีน้ำมัน	12 (85.71)	2 (14.28)
4	เครื่องเล่นเด็ก : ชิงช้า ม้าหมุน	11 (78.57)	3 (21.42)
5	บริเวณที่มีการทาสีน้ำมันภายในอาคาร	11 (78.57)	3 (21.42)
6	อุปกรณ์ เครื่องใช้ : โต๊ะ ABC	9 (64.28)	5 (35.71)

ผลระดับสารตะกั่วในสิ่งแวดล้อม

ผลการตรวจวิเคราะห์หาระดับสารตะกั่วจากการเก็บตัวอย่าง ทั้งหมด 140 จุด โดยจุดที่เก็บตัวอย่างมากที่สุดคือ พื้นห้อง 28 จุด (ร้อยละ 20) รองลงมาคือ ของเล่น 26 จุด (ร้อยละ 18.57) ลำดับสามคือ เครื่องเล่น 24 จุด (ร้อยละ 17.14) ดังแสดงในรูปที่ 1

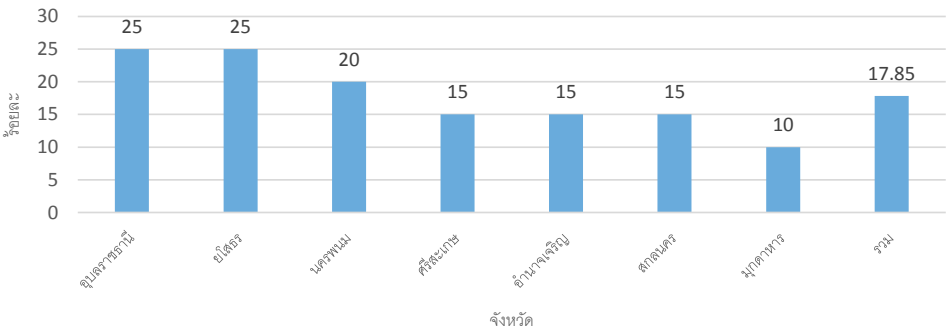


รูปที่ 1 จำนวนและร้อยละของจุดที่เก็บตัวอย่าง

เมื่อนำผลที่ตรวจวิเคราะห์มาเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐานที่ยอมรับได้ (Acceptable Surface Level) ของ NIOSH ในภาพรวมพบว่า มีจำนวนจุดเก็บตัวอย่างที่เกินค่ามาตรฐานที่ยอมรับได้ 25 จุดจาก 140 จุด (ร้อยละ 17.85) เมื่อพิจารณาตามจุดที่เก็บตัวอย่างเป็นรายจังหวัด พบว่า จังหวัดที่มีจำนวนจุดเก็บตัวอย่างที่เกินค่ามาตรฐานที่ยอมรับได้มากที่สุด คือจังหวัดอุบลราชธานี และยโสธร จังหวัดละ 5 จุด (ร้อยละ 25) รองลงมาคือ นครพนม 4 จุด (ร้อยละ 20) ลำดับต่อมาคือ ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ และสกลนคร จังหวัดละ 3 จุด (ร้อยละ 15) และน้อยที่สุด คือ มุกดาหาร 2 จุด (ร้อยละ 10) ดังแสดงในรูปที่ 2

ค่ามาตรฐานที่ยอมรับได้ (Acceptable Surface Level) ของ NIOSH ดังนี้

พื้นที่ทำงาน/หรือบ้านที่เกี่ยวข้องกับตะกั่ว	26.9	µg/100 cm^2
พื้นที่ทำงาน/หรือบ้านที่ไม่เกี่ยวข้องกับตะกั่ว	4.3	µg/100 cm^2
อุปกรณ์หรือเครื่องมือที่เกี่ยวข้องกับตะกั่ว	26.9	µg/100 cm^2
อุปกรณ์หรือเครื่องมือที่ไม่เกี่ยวข้องกับตะกั่ว	4.3	µg/100 cm^2

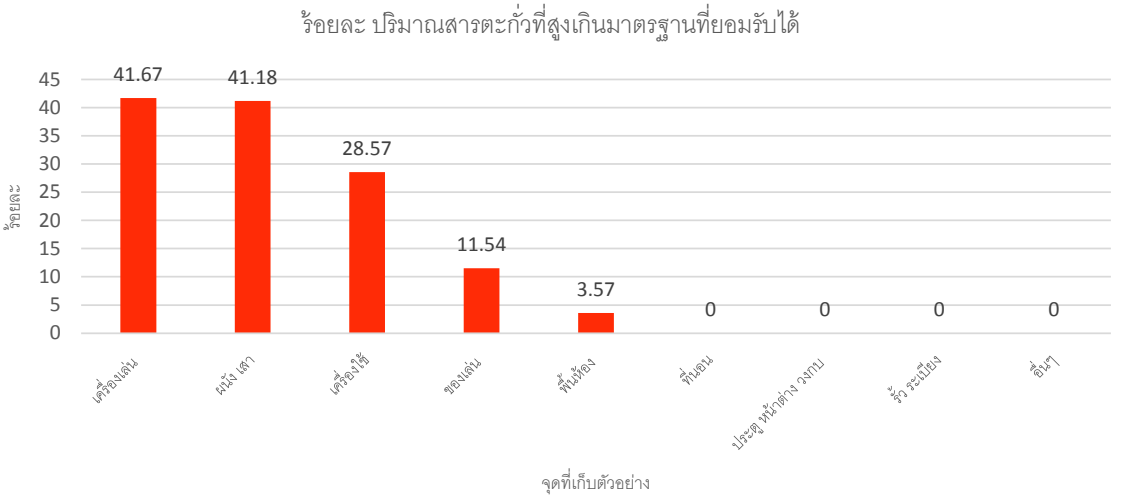


รูปที่ 2 ร้อยละจุดเก็บตัวอย่างที่เกินค่ามาตรฐาน จำแนกรายจังหวัด

เมื่อพิจารณาระดับสารตะกั่วปนเปื้อนตามจุดที่เก็บตัวอย่างรายจังหวัด พบว่า โดยส่วนใหญ่จะมีร้อยละของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่มีการปนเปื้อนสารตะกั่วเกินมาตรฐานยอมรับได้ในบางตัวอย่าง ร้อยละ 100 คือ จังหวัดอุบลราชธานี, ยโสธร, ศรีสะเกษ, อำนาจเจริญ, มุกดาหาร และมีร้อยละของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่มีการปนเปื้อนสารตะกั่วเกินมาตรฐานยอมรับได้ในบางตัวอย่าง ร้อยละ 50 คือ จังหวัดนครพนม และสกลนคร

เมื่อพิจารณาตามประเภทจุดที่เก็บตัวอย่าง พบว่า มีประเภทตัวอย่างที่สูงเกินมาตรฐานมากที่สุดคือ เครื่องเล่น 10 จุด (ร้อยละ 41.67) รองลงมาคือ ผนัง/เสา 7 จุด (ร้อยละ 41.18) ต่อมาคือ เครื่องใช้, ของเล่น และพื้นห้อง 4 (ร้อยละ 28.57), 3 (ร้อยละ 11.54) และ 1 (ร้อยละ 3.57) ตามลำดับ และไม่เกินมาตรฐานที่กำหนด คือ ที่นอน, ประตู/หน้าต่าง/วงกบ, รั้ว/ระเบียง และ บริเวณอื่นๆ ดังแสดงในรูปที่ 3

ปริมาณสารตะกั่วที่ตรวจพบมากที่สุด คือ เครื่องเล่น มีปริมาณสารตะกั่ว 152.53 µg/100 cm^2 รองลงมา คือ ผนัง/เสา 79.96 µg/100 cm^2 ต่อมาคือ ของเล่น 16.59 µg/100 cm^2 และทุกตัวอย่างมีค่าปริมาณสารตะกั่วที่ตรวจพบน้อยที่สุด 0.001 µg/100 cm^2 โดยมีค่าเฉลี่ย (Average) มากที่สุด คือ เครื่องเล่น 17.07±34.04 µg/100 cm^2 รองลงมาคือ ผนัง/เสา 12.33±22.46 µg/100 cm^2 ต่อมาคือ เครื่องใช้2.73±4.75 µg/100 cm^2



รูปที่ 3 ร้อยละปริมาณสารตะกั่วตามจุดเก็บตัวอย่างที่สูงกว่ามาตรฐานที่ยอมรับได้

อภิปราย และสรุปผล

จากผลการสำรวจ พบว่า ส่วนใหญ่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีกิจกรรมดูแลทำความสะอาดบริเวณอย่างสม่ำเสมอเป็นประจำ รวมทั้งมีกิจกรรมให้สุขวิทยา การปลูกฝังให้เด็กเล็ก รู้จักรักษาความสะอาดโดยการล้างมือ ทั้งก่อนการรับประทานอาหาร และหลังทำกิจกรรมเสร็จสิ้น แสดงว่าบุคลากรในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กน่าจะมีความตระหนักในเรื่องสุขวิทยาส่วนบุคคลพอสมควร แต่จากการสำรวจบริเวณโดยรอบศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ยังพบว่า ส่วนใหญ่มักมีอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ เครื่องเล่น ของเล่น มีการทาสีที่ฉูดฉาดสะดุดตาและมักอยู่ในสภาพเก่าสีหลุดลอก อาจเป็นแหล่งปนเปื้อนของตะกั่ว ซึ่งอาจเนื่องมาจากขาดความรู้ในการเลือกใช้ และขาดการบำรุงรักษาที่ถูกต้อง อีกทั้งมีการเสื่อมสภาพจากการใช้งาน

เมื่อพิจารณาจากผลการตรวจวิเคราะห์หาสารตะกั่ว พบว่า แหล่งที่ปนเปื้อนสารตะกั่วมากที่สุด คือ เครื่องเล่นในสนามเด็กเล่น ที่มีค่าสารตะกั่วเกินมาตรฐานที่ยอมรับได้ รองลงมาคือ ผนัง/เสา ต่อมาคือ เครื่องใช้, ของเล่น และพื้นห้อง ตามลำดับ ในส่วนของปริมาณสารตะกั่วที่ตรวจพบสูงที่สุด คือ เครื่องเล่น รองลงมา คือ ผนัง/เสา และของเล่น ตามลำดับ และค่าเฉลี่ยปริมาณสารตะกั่วสูงที่สุด คือ เครื่องเล่น รองลงมา คือ ผนัง/เสา และเครื่องใช้ ตามลำดับ โดยสรุปแล้วแหล่งที่น่าจะเป็นแหล่งปนเปื้อนสารตะกั่วมากที่สุดคือ เครื่องเล่นในสนามเด็กเล่นที่มีร้อยละของการปนเปื้อนมากที่สุดและยังมีปริมาณที่ตรวจพบสูงที่สุด รวมถึงค่าเฉลี่ยปริมาณตะกั่วสูงที่สุดด้วย

จากผลการศึกษาจึงอาจกล่าวได้ว่า เด็กเล็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจึงมีความเสี่ยงที่จะได้รับสัมผัสสารตะกั่วเข้าสู่ร่างกาย จากสิ่งแวดล้อมบริเวณโดยรอบศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยเฉพาะจากเครื่องเล่น ของเล่น และเครื่องใช้ ซึ่งเด็กมีการสัมผัสเกือบตลอดเวลาขณะที่อยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ดังนั้น การปนเปื้อนสารตะกั่วในพื้นผิวของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อาจมาจากเหตุปัจจัย ดังต่อไปนี้ **คุณภาพของสีเคลือบ** ปัจจุบันยังไม่มีมาตรฐานทางกฎหมายที่บังคับใช้ ที่จะควบคุมปริมาณของสารตะกั่วในสีเคลือบ ทำให้คุณภาพของสีที่ใช้เคลือบอุปกรณ์เหล่านี้มีความหลากหลาย แตกต่างไปตามราคาและยี่ห้อ **สภาพแวดล้อม** โดยเฉพาะเครื่องเล่นที่มักตั้งอยู่ในที่โล่งแจ้ง ไม่มีหลังคา ทำให้แสงแดดแผดเผาสีเคลือบให้กรอบเกรียม กะเทาะหลุดลอกออกมาได้ง่าย น้ำฝนและความชื้นก็อาจมีส่วนทำให้สีเคลือบ ลอก หลุดล่อนปนเปื้อนไปในสิ่งแวดล้อมได้ **อายุการใช้งานและการบำรุงรักษา** สภาพอุปกรณ์ เครื่องใช้ ของเล่น เครื่องเล่น ของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมักอยู่ในสภาพที่เก่าชำรุดสึกหรอจากการใช้งานมาเป็นเวลานาน เกิดการเสื่อมสภาพไปตามการใช้งาน อีกทั้งศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมักยังขาดความรู้และตระหนักรู้ในการบำรุงรักษาสภาพอุปกรณ์ เครื่องใช้ ของเล่น เครื่องเล่นให้อยู่ในสภาพที่สมบูรณ์ ทั้งยังขาดงบประมาณและบุคลากรที่ใช้ในการดูแล

ควรพิจารณาเลือกซื้อ เครื่องเล่น ของเล่น เครื่องใช้ หรืออุปกรณ์อื่นใดที่ใช้ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ต้องพิจารณาเลือกใช้เครื่องเล่น ของเล่น เครื่องใช้ หรืออุปกรณ์อื่นที่ได้มาตรฐานที่น่าเชื่อถือ

เช่น มาตรฐานอุตสาหกรรม มอก. และหากเครื่องเล่น ของเล่น เครื่องใช้ หรืออุปกรณ์อื่นชำรุดมีการหลุดลอกของสีเคลือบ ควรพิจารณา ซ่อมแซมแก้ไขหรือเปลี่ยน การเลือกใช้สีทาอาคาร ควรพิจารณาเลือกใช้ผลิตภัณฑ์สีที่ได้มาตรฐาน และใช้ชนิดปลอดสารตะกั่ว และหากมีการซ่อมแซมอาคารหรือทาสีอาคารใหม่ก็เลือกใช้ผลิตภัณฑ์สีที่ได้มาตรฐาน และใช้ชนิดปลอดสารตะกั่ว การดูแลรักษาความสะอาดบริเวณศูนย์เด็กเล็ก ต้องดูแลรักษาความสะอาดเป็นประจำสม่ำเสมอ โดยเฉพาะในจุดเสี่ยง เช่น ผนัง เสา ที่ทาสี รวมทั้งการตรวจสอบการหลุดลอกของสีเคลือบ และการบำรุงรักษาสภาพอาคาร การใช้ความรู้แก่ผู้ดูแลศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในเรื่องพิษภัยจากสารตะกั่ว แหล่งปนเปื้อนสารตะกั่ว การเลือกใช้ เครื่องเล่น ของเล่น เครื่องใช้เด็ก ตลอดจนการดูแลบำรุงรักษา การดูแลรักษาความสะอาดบริเวณศูนย์เด็กเล็ก การให้สุขวิทยาเด็กเล็ก การจัดกิจกรรมให้สุขศึกษาแก่เด็กเล็กอย่างสม่ำเสมอ เช่น การจัดกิจกรรมการล้างมือตามหลักสุขวิทยาให้แก่เด็กเล็ก

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้ให้การสนับสนุน และเป็นที่ปรึกษาในการศึกษา ขอขอบพระคุณกลุ่มห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ ที่ได้สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์การเก็บตัวอย่าง ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดและเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้ง 7 จังหวัดที่ได้ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกเป็นอย่างดี ตลอดจนความช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ขอขอบพระคุณศูนย์อ้างอิงทางห้องปฏิบัติการและพิษวิทยา สำนักโรคจากการประกอบอาชีพ กรมควบคุมโรค ที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจวิเคราะห์หาปริมาณสารตะกั่ว ขอขอบพระคุณสำนักโรคจากการประกอบอาชีพที่ได้สนับสนุนและจัดหาชุดเก็บตัวอย่าง ขอขอบพระคุณศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั้ง 14 แห่งรวมถึงหน่วยงานต้นสังกัดที่ได้ให้ความร่วมมือและให้ข้อมูลเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการศึกษาครั้งนี้ที่มิได้ออกนาม

บรรณานุกรม

1.World Health Organization. Childhood Lead Poisoning. Geneva: WHO. 2010.

2.มูลนิธิบูรณะนิเวศ. สารตะกั่วในสี มหันตภัยใกล้ตัวเด็ก [อินเทอร์เน็ต]. 2558. แหล่งข้อมูล URL: http://earththailand.org/th/userfiles/Documents/LEAD_inpaint_brochure_%5Bfor_web%5D(1).pdf [เข้าข้อมูล: 18th July 2015].

3.มูลนิธิบูรณะนิเวศ. ผลการทดสอบปริมาณสารตะกั่วในสีน้ำมันทาอาคาร. ฉลาดซื้อ 2556; 20(151):19-29.

4.มูลนิธิบูรณะนิเวศ. รายงานสารตะกั่วในสีน้ำมันทาอาคารของประเทศไทย ตุลาคม 2556 [อินเทอร์เน็ต]. 2558. แหล่งข้อมูล URL: http://earththailand.org/th/userfiles/Documents/TH_LeadInPaint_report_WebEdition.pdf [เข้าข้อมูล: 18th July 2015].

5.มูลนิธิบูรณะนิเวศ. ผลการทดสอบปริมาณสารตะกั่วในสีน้ำมันทาอาคาร 100 ตัวอย่าง พ.ศ. 2558 [อินเทอร์เน็ต]. 2558. แหล่งข้อมูล URL: http://thaipublica.org/

wp-content/uploads/2015/06 ผลการตรวจสารตะกั่วในสีทั้ง-100-ตัวอย่าง.pdf [เข้าข้อมูล: 18th July 2015].

6. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม, กรมควบคุมโรค. แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันการสัมผัสสารตะกั่วในเด็กปฐมวัย. กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม, มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. 2558.

7. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม, กรมควบคุมโรค. แนวปฏิบัติการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม สำหรับบุคลากรสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: กลุ่มเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม, สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. 2557.

8. กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น, ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น [อินเทอร์เน็ต]. 2552. แหล่งข้อมูล URL: http://www.dla.go.th/index.jsp [เข้าข้อมูล: 18th July 2015].

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชน ตำบลไร่น้อย อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

Factors Related to Alcohol Drinking Behavioral of the People in Rainoi sub-district, Meuang District, Ubon Ratchathani Province

ศิริลักษณ์ นิยกิจ
แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว/เวชปฏิบัติทั่วไป
โรงพยาบาล 50 พรรษามหาวชิราลงกรณ 50
จังหวัดอุบลราชธานี

Siriluk Niyakit
Family doctor
Pansamahawachiralongkorn Hospital
Ubon Ratchathani Province

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนตำบลไร่น้อย อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนตำบลไร่น้อย อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 390 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ระหว่างเดือน ตุลาคม 2558 ถึง ธันวาคม 2558 วิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรกับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยการวิเคราะห์ถดถอยหพุคูณด้วยวิธี Stepwise ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 50.3 มีอายุเฉลี่ย 36.77 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.14 ปี) ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 36.0 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 46.7 มีมัธยฐานของรายได้ 3,500 บาทต่อเดือน (รายได้สูงสุด 15,000 บาทต่อเดือน รายได้ต่ำสุด 1,000 บาทต่อเดือน) มีมัธยฐานของหนี้สิน 35,000 บาท (หนี้สินสูงสุด 100,000 บาท หนี้สินต่ำสุด 15,000 บาท) เคยมีประสบการณ์การได้รับผลกระทบจากการดื่ม เช่น อุบัติเหตุ บาดเจ็บ เจ็บป่วย การทะเลาะวิวาท ร้อยละ 42.7 มีมีมัธยฐานของการได้รับผลกระทบจากการดื่ม เช่น อุบัติเหตุ บาดเจ็บ เจ็บป่วย การทะเลาะวิวาท 4 ครั้ง (จำนวนครั้งสูงสุด 9 ครั้ง จำนวนครั้งต่ำสุด 2 ครั้ง) กลุ่มตัวอย่างดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 36.7 โดยส่วนใหญ่ดื่มทุกสัปดาห์ ร้อยละ 54.5 ตามลำดับ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนตำบลไร่น้อย อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานีมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งสิ้น 13 ปัจจัย พบปัจจัยที่ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนตำบลไร่น้อย อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 4 ตัว คือ สัมพันธภาพในครอบครัว (X_{25}) แรงสนับสนุนทางสังคม (X_{27}) ทัศนคติเกี่ยวกับเครื่องดื่ม (X_{23}) และเพศชาย (X_{2}) โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนตำบลไร่น้อย อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานีได้ร้อยละ

60.20 (R2=0.602, R=0.776, SEest=4.406, F=123.826, p<0.001) การแก้ไขปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนตำบลไร่น้อย จึงควรให้ความสนใจเรื่องสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนจากเพื่อนและครอบครัว การปรับทัศนคติให้เป็นไปในทิศทางที่ถูกต้องเหมาะสม รวมไปถึงการวางแผนการจัดการการดื่มในผู้ชายให้มากขึ้นเพื่อแก้ปัญหาพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนตำบลไร่น้อย อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานีให้เกิดประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: พฤติกรรม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ABSTRACT

The cross-sectional analytical study aimed to quantify the factors influencing alcohol drinking behavior of the people in Rainoi sub-district, Meuang district, Ubon Ratchathani. The samples of this study were 390 people who live in Rainoi sub-district. The questionnaire was developed by the researcher and was used to collect the data during October to December, 2015. Descriptive analysis was performed as frequency, percentage, mean and standard deviation. The relationship of factors and alcohol drinking behavior were analyzed using Stepwise Multiple Regression Analysis (MRA). The results of this study were as followed: Majority of the samples were male (50.3 percent), the mean age of samples was 36.77 years with 2.14 years of standard deviation. Thirty six percent of samples were employees, the highest education level of samples was primary level (46.7 percent). Median of their incomes was 3,500 baht per month (highest income was 15,000 baht per month and lowest income was 1,000 baht per month). Median of their debts was 35,000 baht (highest debt was 100,000 baht and lowest income was 15,000 baht). Forty-two percent of the sample had effects on alcohol consumption such as accident, injury, illness, and quarrel. The median number of effects on alcohol consumption was 4 times (maximum number was 9 times and minimum number was 2 times). The result presented that 36.7% of sample consume alcoholic beverages. Most of them (54.5 percent) consumed alcoholic beverages every week. There were 13 factors influencing alcohol drinking behavior of the people in Rainoi sub-district. The results of Stepwise Multiple Regression Analysis (MRA) showed that 4 predictors of alcohol consumption were family relationship, social support, attitude on alcoholic beverages, and male. The percentage of prediction was 60.2 percent (R^2=0.602, R=0.776, SE_{est}=4.406 F= 123.826, p<0.001). It is concluded that troubleshooting of alcohol drinking behavior should consider about

family relationship, family and friend should support alcohol drinkers to stop drinking. The attitude on alcohol drinking should be amended and it would have measures focus on male alcohol drinkers in order to improve alcohol drinking behavior of the people in Rainoi sub-district, Muang district, Ubon Ratchathani.

Keywords: behavior, alcohol drinking

บทนำ

อัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนไทยยังคงสูงเมื่อเทียบกับประชาคมโลก จากรายงานการบริโภคสุราต่อหัวประชากร (per capita consumption) ขององค์การอนามัยโลก[1] พบว่าในปี 2548 ปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปเมื่อเทียบเป็นแอลกอฮอล์บริสุทธิ์คิดเป็น 7.08 ลิตรต่อคนต่อปี ซึ่งถูกจุดเป็นอันดับที่ 77 ของสถิติโลกของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และจากการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ 5 ครั้งตั้งแต่ปี พ.ศ.2539 ถึง 2550 พบว่า ความชุกของผู้ดื่มแบบประจำของประชากรในทุกกลุ่มอายุโดยเฉลี่ย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกๆปี จาก ร้อยละ 16.8 ในปี 2539 เป็นร้อยละ 20.2 ในปี 2550 โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเยาวชนไทยอายุ 15 - 19 ปีมีสัดส่วนของผู้ที่ดื่มเป็นประจำเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 70ในระยะเวลา 11 ปีจากร้อยละ 4.7 เป็นร้อยละ 8.0[2] ในด้านอุปสงค์พบว่า การผลิตและการจำหน่ายสุราเริ่มขยายตัวมาตั้งแต่ปี 2530 คู่ขนานไปกับการขยายตัวทางเศรษฐกิจ ในปัจจุบันการผลิตและการจำหน่ายสุราเพิ่มมากขึ้นจากนโยบายระดับชาติ คือนโยบายการเปิดเสรีการผลิตและจำหน่ายสุราหลังจากสัมปทานสุราสิ้นสุดลงในวันที่ 31 ธันวาคม 2542 และนโยบายส่งเสริมการผลิตภัณฑ์ประจำตำบลที่สนับสนุนอุตสาหกรรมเหล้าพื้นบ้าน การเพิ่มขึ้นทั้งในด้านอุปสงค์และอุปทานในการดื่มสุราย่อมทำให้เกิดผลกระทบสูงตามมา การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กลายเป็นสาเหตุหลักของปัญหาทางสาธารณสุขและสังคมในประเทศไทย ปัญหาการดื่มสุราอาจเกิดขึ้นได้หลังจากการดื่มเพียงครั้งเดียว หลายครั้ง หรือในผู้ที่ติดแอลกอฮอล์เรื้อรังก็ได้ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีผลต่อสุขภาพของผู้ที่ดื่มโดยตรง เช่น ทำให้เป็นโรคตับหรือโรคในระบบทางเดินอาหาร โรคเกี่ยวกับประสาทสมอง และเป็นปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งของอวัยวะต่างๆ นอกจากนั้นยังเกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุต่างๆ เช่น อุบัติเหตุบนท้องถนน อุบัติเหตุในที่ทำงาน เป็นต้น จากการศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เป็นสาเหตุของภาวะโรคและการบาดเจ็บของปี 2552 ของสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ[3]พบว่าปัจจัยเสี่ยงอันดับ 1 ของการสูญเสียปีสุขภาวะในเพศชายมาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 15.7 ซึ่งทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะที่ปรับด้วยความพิการ (Disability adjusted life years, DALYs) ถึงประมาณ 506,000 DALYs จึงเป็นความเร่งด่วนของประเทศในการหามาตรการป้องกันและแก้ปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยข้อมูลความชุก พฤติกรรมการดื่ม ผลการคัดกรองระดับความเสี่ยงของการดื่มเป็นข้อมูลที่สำคัญยิ่งในการวางแผนแก้ไขปัญหาในชุมชนต่อไป

โรงพยาบาล 50 พรรษามหาวชิราลงกรณ เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่ตั้งอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ตั้งอยู่ที่ 300 หมู่ 3 ตำบลไร่น้อย อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี รับผิดชอบให้การดูแลประชากรในอำเภอเมืองนอกเขตเทศบาลพันธกิจในการดูแลประชากรทั้งพระภิกษุและฆราวาส แบบเป็นองค์รวมและเน้นการแก้ไขปัญหาที่สำคัญในพื้นที่ บูรณาการงานรักษาส่งเสริมป้องกัน และฟื้นฟูสภาพ และเน้นการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายวัดชุมชน จากการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง 3 ปี (2552-2554) พบว่าโรงพยาบาลมีการรับผู้ป่วยในด้วยโรคที่เกี่ยวเนื่องกับการดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้นในทุกปี[4]นอกจากนี้ยังพบว่าจำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับการรักษาด้วยอุบัติเหตุ โรคหรืออาการที่เกี่ยวเนื่องกับการดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้นทุกปี ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ดื่มสุราหรือติดสุรามีมูลค่าสูงคิดเป็นหลายแสนบาทต่อปี โดยเฉพาะประชากรในพื้นที่ตำบลไร่น้อยที่เป็นที่ตั้งของโรงพยาบาล ผู้วิจัยซึ่งเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีหน้าที่ดูแลรักษาและส่งเสริมสุขภาพประชาชนในเขตรับผิดชอบได้มีการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของพินทุอร วิรุฬห์ตั้งตระกูล[7] ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของนิสิตนักศึกษาระดับปริญญาตรี ที่ศึกษาในมหาวิทยาลัย เขตกรุงเทพมหานคร พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่างคือ เพศ ลักษณะการอยู่อาศัย การใช้เวลาว่าง ค่านิยมการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว อิทธิพลของเพื่อน และอิทธิพลของสื่อโฆษณา แต่ยังไม่มีงานวิจัยที่ศึกษาพฤติกรรมการดื่มสุราในประชาชนตำบลไร่น้อย จังหวัดอุบลราชธานี ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนตำบลไร่น้อย อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อเป็นการประเมินสถานการณ์และทำการคืนข้อมูลให้แก่ชุมชนเพื่อวางแผนหาทางลดและแก้ไขปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนตำบลไร่น้อย อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ การศึกษา รายได้ครอบครัว ภาระหนี้สิน ประสบการณ์การได้รับผลกระทบจากการดื่ม ความถี่ในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนตำบลไร่น้อย อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

2.2 เพื่อศึกษาปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทัศนคติเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว เศรษฐานะในครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนตำบลไร่น้อย อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

กรอบแนวคิดของการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (A Cross-sectional analytical study)

ประชากรศึกษาหมายถึงประชาชนตำบลไร่น้อย อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ที่อาศัยอยู่ในทั้ง 19 หมู่ ของตำบลไร่น้อย อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 18,547 คน ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป คำนวณขนาดตัวอย่างใช้ขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณความแม่นยำในการประมาณค่าพารามิเตอร์ (Accuracy Parameter Estimated: AIPE) Kelly & Maxwell (2003)[5]จำนวน 195 คน ผู้วิจัยคิดค่าความน่าจะเป็นที่จะเกิดความคลาดเคลื่อน (Design Effect) เท่ากับ 2 จะได้ขนาดตัวอย่าง 390 คน ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาจากประชาชนตำบลไร่น้อย อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 390 คน

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นแบบสอบถามและตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วย 8 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานด้านปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ การศึกษา รายได้ครอบครัว ภาระหนี้สิน ประสบการณ์การได้รับผลกระทบจากการดื่ม ความถี่ในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับสมรรถนะแห่งตนในการควบคุมตนเอง ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัว ส่วนที่ 6 แบบสอบถามเกี่ยวกับเศรษฐานะในครอบครัว ส่วนที่ 7 แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม และส่วนที่ 8 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ซึ่งได้แก่การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ข้อมูลต่อเนื่องขึ้นไปใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมานได้แก่ หาความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment coefficient) และวิเคราะห์ถดถอยพหุเชิงชั้น (Stepwise Multiple Linear Regression) ในการทดสอบสมมติฐานทางสถิติกำหนดระดับนัยสำคัญ(α) ที่ 0.05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 50.3 มีอายุเฉลี่ย 36.77 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.14 ปี) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30-44 ปี ร้อยละ 31.0 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 36.0 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 46.7 มีมัธยฐานของรายได้ 3,500 บาทต่อเดือน (รายได้สูงสุด 15,000 บาทต่อเดือน รายได้ต่ำสุด 1,000 บาทต่อเดือน) มีมัธยฐานของหนี้สิน 35,000 บาท (หนี้สินสูงสุด 100,000 บาท หนี้สินต่ำสุด 15,000 บาท) เคยมีประสบการณ์การได้รับผลกระทบจากการดื่ม เช่น อุบัติเหตุ บาดเจ็บ เจ็บป่วย การทะเลาะวิวาท ร้อยละ 42.7 มีมัธยฐานของการได้รับผลกระทบจากการดื่ม เช่น อุบัติเหตุ

บาดเจ็บ เจ็บป่วย การทะเลาะวิวาท 4 ครั้ง (จำนวนครั้งสูงสุด 9 ครั้ง จำนวนครั้งต่ำสุด 2 ครั้ง) กลุ่มตัวอย่างดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 36.7 โดยส่วนใหญ่ดื่มทุกสัปดาห์ ร้อยละ 54.5 ตามลำดับ

1.2 ด้านความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ประชาชนตำบลไร่น้อย อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี มีความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ตอบถูกต้องมากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ ห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้แก่ผู้ที่มีอายุไม่ครบ 18 ปี บริบูรณ์ (ร้อยละ 90.4) การดื่มสุราเป็นสาเหตุทำให้เกิดความบกพร่องทางระบบประสาท (ร้อยละ 60.7) และการดื่มสุราเป็นสาเหตุทำให้เกิดหลายโรคโดยเฉพาะมะเร็งที่อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย (ร้อยละ 55.6) ความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ตอบผิดมากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ โทษของการดื่มสุราและขับขี่คือคดีอาญา (ร้อยละ 66.2) บ้านพัก/ที่พักส่วนบุคคลในสถานที่ราชการสามารถดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ (ร้อยละ 65.3) และวันสำคัญทางศาสนา เช่น วันมาฆบูชา วันวิสาขบูชา วันอาสาฬหบูชา วันเข้าพรรษา ประเทศไทยให้งดขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 62.4) ตามลำดับ

1.3 ด้านทัศนคติเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ประชาชนตำบลไร่น้อย อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี มีทัศนคติเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เห็นด้วยมากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ การดื่มสุราเป็นอันตรายต่อสุขภาพ (ร้อยละ 92.6) การดื่มสุราเป็นเรื่องปกติของคนธรรมดาทั่วไป (ร้อยละ 90.4) และการดื่มสุรามีทั้งอันตรายและผลเสียมากกว่าผลดี (ร้อยละ 89.0) มีทัศนคติเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่เห็นด้วยมากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ การเลิกดื่มสุราเป็นการทำลายบุคลิกภาพของตนเอง (ร้อยละ 66.7) สังคมมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในการดื่มสุราของบุคคล (ร้อยละ 48.5) และการดื่มทำให้รัฐต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากกว่ารายรับที่ได้จากภาษีสุรา (ร้อยละ 40.4) ตามลำดับ

1.4 ด้านสมรรถนะแห่งตนในการควบคุมตนเอง พบว่า ประชาชนตำบลไร่น้อย อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี มีสมรรถนะแห่งตนในการควบคุมตนเองแน่ใจว่าจะดื่มมากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ ขณะที่ฉันอยู่คนเดียว (ร้อยละ 87.4) ขณะที่ไปเที่ยวสถานบันเทิง (ร้อยละ 83.2) ขณะที่ฉันวิตกกังวล (ร้อยละ 72.8) และการดื่มสุรามีทั้งอันตรายและผลเสียมากกว่าผลดี (ร้อยละ 89.0) มีสมรรถนะแห่งตนในการควบคุมตนเองแน่ใจว่าจะไม่ดื่มมากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ ขณะที่ฉันดูโทรทัศน์ (ร้อยละ 73.8) เมื่อเดินทางจากต่างถิ่นกลับบ้าน (ร้อยละ 20.6) และเมื่อมีคนยื่นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้ (ร้อยละ 15.9) ตามลำดับ

1.5 ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว พบว่า ประชาชนตำบลไร่น้อย อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี มีสัมพันธภาพในครอบครัวเห็นด้วยมากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ คนในครอบครัวมีความสามัคคีปรองดองกัน เช่น มีกิจกรรมที่ทำร่วมกัน (ร้อยละ 95.3) สามารถพูดคุยกับพ่อแม่ได้ทุกเรื่อง (ร้อยละ 88.5) และพ่อแม่/ผู้ปกครองเป็นที่พึ่งหลักเมื่อเจอปัญหา (ร้อยละ 88.3) มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่เห็นด้วยมากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ รู้สึกประหม่าถ้าต้องพูดกับพ่อแม่ (ร้อยละ 47.7) รู้สึกเครียดเมื่อต้องเล่าเรื่องราวความรู้สึกของตนเองกับพ่อแม่ (ร้อยละ 46.6) และเมื่อมีข้อ

ขัดแย้งในครอบครัวจะตกลงกันได้ด้วยเหตุผล (ร้อยละ 12.7) ตามลำดับ

1.6 ด้านเศรษฐานะในครอบครัว พบว่า ประชาชนตำบลไร่น้อย อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี มีเศรษฐานะในครอบครัวเห็นด้วยมากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ ใช้รถส่วนตัวในการเดินทางในแต่ละวัน (ร้อยละ 94.6) รับประทานอาหารนอกบ้านเป็นประจำ (ร้อยละ 42.3) และเดินห้างสรรพสินค้า (ร้อยละ 34.3) มีเศรษฐานะในครอบครัวไม่เห็นด้วยมากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ ซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากต่างประเทศ (ร้อยละ 81.2) เลือกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีราคาแพง (ร้อยละ 66.4) และรับประทานอาหารร้านหรู (ร้อยละ 65.3) ตามลำดับ

1.7 ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า ประชาชนตำบลไร่น้อย อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี มีแรงสนับสนุนทางสังคมสนับสนุนเป็นประจำมากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ เจ้าหน้าที่ให้ความรู้เรื่องโทษของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 48.7) คนในครอบครัวของท่านเปิดโอกาสให้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 41.6) และคนในครอบครัวของท่าน แนะนำอธิบายเมื่อมีความผิดปกติหลังดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 26.9) มีแรงสนับสนุนทางสังคมสนับสนุนไม่เคยสนับสนุนมากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ ได้รับข้อมูลข่าวสารในการรณรงค์ให้ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากสื่อโทรทัศน์ (ร้อยละ 86.3) คนในครอบครัวของท่านแสดงความห่วงใยให้ระมัดระวังดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และคนในครอบครัวของท่านให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 71.6) ตามลำดับ

1.8 พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ประชาชนตำบลไร่น้อย อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี มีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ เมื่อออกหักหรือเศร้าใจท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 86.3) ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เมื่ออยู่ในงานเลี้ยง (ร้อยละ 71.6) และเมื่อเจอเพื่อนเก่าท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 71.6) มีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ไม่เคยปฏิบัติมากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อแสดงความเป็นลูกผู้ชาย (ร้อยละ 78.7) ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อให้เกิดภาวะผู้นำ (ร้อยละ 41.6) และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อประสานงาน (ร้อยละ 70.0) ตามลำดับ

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนตำบลไร่น้อย อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เบื้องต้นกับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนตำบลไร่น้อย อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จำนวน 13 ตัวแปรคือ เพศชาย (r=0.393, p-value <0.001) อายุ (r=0.124, p-value 0.024) อาชีพเกษตรกร (r=-0.183, p-value 0.001) อาชีพรับจ้าง (r=0.150, p-value 0.006) มัธยมศึกษา/ปวช. (r=-0.137, p-value 0.012) มีภาระหนี้สิน (r=0.413, p-value <0.001) จำนวนหนี้สินเฉลี่ย (r=0.692, p-value <0.001) เคยได้รับผลกระทบจากการดื่ม (r=0.277, p-value 0.003) จำนวนครั้งของได้รับผลกระทบจากการดื่ม

(r=0.187, p-value 0.027) ทัศนคติเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (r=0.345, p-value <0.001) สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมตนเอง (r=0.211, p-value 0.004) สัมพันธภาพในครอบครัว (r=0.712, p-value <0.001) และแรงสนับสนุนทางสังคม (r<0.001, p-value 0.002) ตามลำดับ รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตาราง 1 แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนตำบลไร่น้อย อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี (n=390คน)

ปัจจัย	ระดับความสัมพันธ์ (r)	p-value
เพศหญิง (X_1)	-0.093	0.435
เพศชาย (X_2)	0.393	<0.001**
อายุ (X_3)	0.124	0.024*
อาชีพเกษตรกร (X_4)	-0.183	0.001**
อาชีพรับจ้าง (X_5)	0.150	0.006**
อาชีพค้าขาย (X_6)	0.058	0.294
อาชีพข้าราชการ (X_7)	0.009	0.871
อาชีพพนักงานรัฐวิสาหกิจ (X_8)	0.007	0.258
อาชีพนักเรียน/นักศึกษา (X_9)	-0.089	0.104
ประถมศึกษา (X_{10})	-0.011	0.842
มัธยมศึกษา/ปวช. (X_{11})	-0.137	0.012*
อนุปริญญา (X_{12})	-0.059	0.284
ปริญญาตรี (X_{13})	-0.050	0.234
สูงกว่าปริญญาตรี(X_{14})	0.011	0.840
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (X_{15})	0.056	0.308
มีภาระหนี้สิน (X_{16})	0.413	<0.001**
ไม่มีภาระหนี้สิน (X_{17})	0.057	0.321
จำนวนหนี้สินเฉลี่ย (X_{18})	0.692	<0.001**
เคยได้รับผลกระทบจากการดื่ม (X_{19})	0.277	0.003**

ปัจจัย	ระดับความสัมพันธ์ (r)	p-value
ไม่เคยได้รับผลกระทบจากการดื่ม (X_{20})	0.035	0.257
จำนวนครั้งของได้รับผลกระทบจากการดื่ม (X_{21})	0.187	0.027*
ความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (X_{22})	0.003	0.456
ทัศนคติเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (X_{23})	0.345	<0.001**
สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมตนเอง (X_{24})	0.211	0.004**
สัมพันธภาพในครอบครัว (X_{25})	0.712	<0.001**
เศรษฐานะในครอบครัว (X_{26})	0.021	0.702
แรงสนับสนุนทางสังคม (X_{27})	0.253	0.002**

**Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

*Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)

3. ปัจจัยที่สามารถพยากรณ์พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนตำบลไร่น้อย อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าตัวแปรพยากรณ์ที่ดีต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนตำบลไร่น้อย อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี มีทั้งหมด 4 ตัวแปรคือ สัมพันธภาพในครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม ทัศนคติเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และเพศชาย โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนตำบลไร่น้อย อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ได้ร้อยละ 60.20 (R^2=0.602, SEest=4.406, F= 123.826, p<0.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนตำบลไร่น้อย อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี (n=390 คน)

ตัวแปรพยากรณ์	R^2	R^2_{adj}	Sr^2	R^2 change	P
สัมพันธภาพในครอบครัว (X_{25})	0.479	0.478	5.015	0.479	<.001
แรงสนับสนุนทางสังคม(X_{27})	0.555	0.553	4.641	0.076	<.001
ทัศนคติเกี่ยวกับเครื่องดื่ม (X_{23})	0.585	0.581	4.492	0.029	<.001
เพศชาย (X_2)	0.602	0.597	4.406	0.017	<.001
Constant = 6.165, R=0.776, R^2=0.602, SE_{est}=4.406, F= 123.826, p<0.001					

จากผลการวิเคราะห์ความถดถอยพหุเชิงเส้นพบว่าพบตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เชิงเส้นกับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนตำบลไร่น้อย อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 4 ตัวแปร คือ สัมพันธภาพในครอบครัว (X_{25}) แรงสนับสนุนทางสังคม(X_{27}) ทัศนคติเกี่ยวกับเครื่องดื่ม (X_{23}) และ เพศชาย (X_2) มีความสัมพันธ์เชิงเส้นกับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนตำบลไร่น้อย อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเท่ากับ 0.602 แสดงว่า ตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 4 ร่วมกันสามารถอธิบายความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนตำบลไร่น้อย อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ได้ร้อยละ 60.2(R^2=0.602, SEest=4.406, F= 123.826, p<0.001) โดยตัวแปรที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนตำบลไร่น้อย อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เรียงลำดับ คือ สัมพันธภาพในครอบครัว (X_{25}) (β=0.394) แรงสนับสนุนทางสังคม(X_{27}) (β=0.286) ทัศนคติเกี่ยวกับเครื่องดื่ม (X_{23})(β=-0.213) และเพศชาย (X_2)(β=-0.131) ตามลำดับ รายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณตัวแปรพยากรณ์ที่ดีเมื่อใช้พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ของประชาชนตำบลไร่น้อย อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานีเป็นตัวแปรเกณฑ์

ตัวแปรพยากรณ์	b	β	t	P
สัมพันธภาพในครอบครัว (X_{25})	0.840	0.394	-4.727	<.001
แรงสนับสนุนทางสังคม (X_{27})	0.565	0.286	2.539	<.001
ทัศนคติเกี่ยวกับเครื่องดื่ม (X_{23})	-0.529	-0.213	-2.746	<.001
เพศชาย (X_2)	-1.824	-0.131	-2.828	<.001
Constant = 6.165, R=0.776, R^2=0.602, SE_{est}=4.406, F= 123.826, p<0.001				

จากผลการวิเคราะห์ พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม ทัศนคติเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และเพศชายส่งผลต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนตำบลไร่น้อย อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานีสามารถสร้างสมการทำนายพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนตำบลไร่น้อย อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานีได้ดังนี้

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ คือ

$Y = 6.165 + 0.840(X_{25}) + 0.565(X_{27}) - 0.529(X_{23}) - 1.824(X_2)$

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน คือ คือ $Z = 0.394Z_{x25} + 0.286Z_{X27} - 0.213Z_{X23} - 0.131_{X2}$

อภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนตำบลไร่น้อย อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี พบตัวแปรพยากรณ์ที่ดีต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนตำบลไร่น้อย อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี มีทั้งหมด 4 ตัวแปรคือ สัมพันธภาพในครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม ทัศนคติเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และเพศชาย

1. สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนตำบลไร่น้อย อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานีซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่า จากการวิจัยพบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยทำนายที่ดีสุดในการกำหนดพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนตำบลไร่น้อย อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ได้ร้อยละ 47.90 ซึ่งในสังคมไทยเป็นครอบครัวใหญ่มีการนับถือญาติเป็นเสมือนคนในครอบครัวที่ต้องให้ความเคารพและดูแล การมีสัมพันธภาพในครอบครัวดีส่งผลให้เกิดการดูแลกันของคนในครอบครัวให้รอดพ้นจากเข้าไปสัมผัสกับเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ได้ดีในระดับหนึ่ง ซึ่งก็ต้องประกอบด้วยปัจจัยอื่น ๆ ด้วย ดังนั้นการศึกษาในครั้งนี้ จึงส่งผลให้สัมพันธภาพในครอบครัวมีความ

สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนตำบลไร่น้อย อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานีสอดคล้องกับการศึกษาของพรวิมล ประภาสิริพันธ์[6](2556) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา พบว่าความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา (OR=0.70 95% CI: 0.53-0.92)และสอดคล้องกับการศึกษาของพินทุอรวิรุฬห์ตั้งตระกูล[7] (2550) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของนิสิตนักศึกษาระดับปริญญาตรี ที่ศึกษาในมหาวิทยาลัย เขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 400 คน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นิยมบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ประเภทสุรามากที่สุด ร้อยละ 50.5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ เพศ ลักษณะการอยู่อาศัย การใช้เวลาว่าง ค่านิยมการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว อิทธิพลของเพื่อน และอิทธิพลของสื่อโฆษณา

2.แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนตำบลไร่น้อย อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานีซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยทั้งนี้เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยเอื้อที่มีความสำคัญต่อการตัดสินใจดื่มโดยเฉพาะเพื่อนและครอบครัวที่มีผลอย่างมากในการตัดสินใจดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สอดคล้องกับการศึกษาของอุทัยทิพย์ จันทร์เพ็ญ (2554) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบผิดปกติของวัยรุ่นในจังหวัดขอนแก่นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบผิดปกติของทั้งวัยรุ่นหญิงและชายในจังหวัดขอนแก่นคือ การแสวงหาความท้าทาย ความโน้มเอียงที่จะดื่ม บรรทัดฐานทางสังคมด้านการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ค่านิยมด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบผิดปกติของวัย รุ่นชายและหญิงแตกต่างกันคือความกังวลในการเข้าสังคม และทัศนคติต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีอิทธิพลเฉพาะต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบผิดปกติของวัยรุ่นชาย ความรู้ด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การคาดหวังผลในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทางที่ดี การมีเพื่อนดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีอิทธิพลเฉพาะต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบผิดปกติของวัยรุ่นหญิงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดื่มแบบผิดปกติของวัยรุ่นชายและหญิงไม่เหมือนกัน คือในกลุ่มวัยรุ่นชายพบ ความกังวลในการเข้าสังคม และทัศนคติต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีอิทธิพล ในกลุ่มวัยรุ่นหญิงพบ การมีเพื่อนดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความรู้ด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮฮล์ และการคาดหวังผลในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในทางที่ดีมีอิทธิพลต่อการดื่มแบบผิดปกติ จากผลการศึกษาดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า ความกังวลในการเข้าสังคม และทัศนคติต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญที่ควร นึกถึงในการสร้าง

เกราะป้องกันการดื่มแบบผิดปกติในวัยรุ่น การป้องกันในระยะแรกๆอาจต้องมีการเสริมสร้างทักษะการเข้าสังคม และสอดคล้องกับการศึกษาของอนงค์ ดิษฐสังข์ (2550) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นโรงเรียนมัธยมประชานิเวศน์ เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร พบว่าปัจจัยเสริมคือ การควบคุมและการสนับสนุนการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากครอบครัว แรงสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน แรงสนับสนุนจากสื่อ การดื่มของเพื่อนบ้าน สามารถร่วมทำนายการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ร้อยละ 41.2

3.ทัศนคติเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนตำบลไร่น้อย อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานีซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐาน ทั้งนี้การมีภาระหนี้สินเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงระดับความคล่องตัวและราบรื่น ความสะดวกสบาย และความลำบากในการดำเนินชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของอุทัยทิพย์ จันทร์เพ็ญ (2554) ศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบผิดปกติของวัยรุ่น ในจังหวัดขอนแก่น ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบผิดปกติของวัยรุ่นชายและหญิงแตกต่างกันคือ ความกังวลในการเข้าสังคม และทัศนคติต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีอิทธิพลเฉพาะต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบผิดปกติของวัยรุ่นชาย ความรู้ด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การคาดหวังผลในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทางที่ดี การมีเพื่อนดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีอิทธิพลเฉพาะต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบผิดปกติของวัยรุ่นหญิง การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการดื่มแบบผิดปกติของวัยรุ่นชายและหญิงในจังหวัดขอนแก่นได้รับอิทธิพลจากปัจจัยทั้งเหมือนและแตกต่างกัน ดังนั้นการจัดการเพื่อลดการดื่มของวัยรุ่นและการป้องกันวัยรุ่นดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบผิดปกติจึงควรมีรูปแบบที่เฉพาะของแต่ละเพศ โดยครอบคลุมปัจจัยที่มีอิทธิพลดังที่ได้กล่าวมาแล้ว นอกจากนี้ปัจจัยที่พบดังกล่าวมิได้มาจากอิทธิพลจากภายในตัวบุคคลเพียงอย่างเดียว บางส่วนมาจากอิทธิพลของสังคมและวัฒนธรรม การจัดการเพื่อลดและป้องกันปัญหานี้จึงต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ใหญ่ในสังคมทุกภาคส่วนมิใช่บุคลากรทางสุขภาพเพียงกลุ่มเดียว

4.เพศชายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนตำบลไร่น้อย อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานีซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยทั้งนี้เนื่องจากการมีอาชีพรับจ้างเป็นอาชีพที่รายได้ไม่แน่นอน ขึ้นกับสถานการณ์หลายอย่างทั้งนายจ้างและสภาวะเศรษฐกิจทั่วไปของประเทศ จึงส่งผลต่อสภาวะจิตใจและความเครียดส่งผลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สอดคล้องกับการศึกษาของอุทัยทิพย์ จันทร์เพ็ญ (2554) ศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบผิดปกติของวัยรุ่น ในจังหวัดขอนแก่น ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบผิดปกติของทั้งวัยรุ่นหญิงและชายในจังหวัดขอนแก่น คือ การแสวงหาความท้าทาย ความโน้มเอียงที่จะดื่ม บรรทัดฐานทางสังคมด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ค่านิยมด้านการดื่มเครื่องดื่ม

แอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบผิดปกติของวัยรุ่นชายและหญิงแตกต่างกันคือ ความกังวลในการเข้าสังคม และทัศนคติต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีอิทธิพลเฉพาะต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบผิดปกติของวัยรุ่นชาย ความรู้ด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การคาดหวังผลในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทางที่ดี การมีเพื่อนดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีอิทธิพลเฉพาะต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบผิดปกติของวัยรุ่นหญิง การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการดื่มแบบผิดปกติของวัยรุ่นชายและหญิงในจังหวัดขอนแก่นได้รับอิทธิพลจากปัจจัยทั้งเหมือนและแตกต่างกัน ดังนั้นการจัดการเพื่อลดการดื่มของวัยรุ่นและการป้องกันวัยรุ่นดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบผิดปกติจึงควรมีรูปแบบที่เฉพาะของแต่ละเพศ โดยครอบคลุมปัจจัยที่มีอิทธิพลดังที่ได้กล่าวมาแล้ว นอกจากนี้ปัจจัยที่พบดังกล่าวมิได้มาจากอิทธิพลจากภายในตัวบุคคลเพียงอย่างเดียว บางส่วนมาจากอิทธิพลของสังคมและวัฒนธรรม การจัดการเพื่อลดและป้องกันปัญหานี้จึงต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ใหญ่ในสังคมทุกภาคส่วนมิใช่บุคลากรทางสุขภาพเพียงกลุ่มเดียว และสอดคล้องกับการวิจัยของประณต เค้าฉิม และดวงเดือน แซ่ตัง (2552) ศึกษาหาปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนิสิตมหาวิทยาลัย ผลการศึกษา พบว่า เพศ สถานที่เรียน และประสบการณ์จูงใจต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ร้อยละ 27.4 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 โดยพบว่าความน่าจะเป็นที่นิสิตชายจะดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็น 2.98 เท่าของนิสิตหญิง นิสิตที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีประสบการณ์จูงใจต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่านิสิตที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

1.1 สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนตำบลไร่น้อย อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานีการลดอัตราการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่น่าจะประสบผลสำเร็จ คือ การสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว สร้างครอบครัวที่อบอุ่น

1.2 แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนตำบลไร่น้อย อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี โดยเฉพาะเพื่อนและบุคคลในครอบครัว ควรให้แนวคิดในการคบเพื่อน และส่งเสริมสนับสนุนให้ครอบครัวเข้ามามีบทบาทมากขึ้นในการดูแลคนในครอบครัว

1.3 ทัศนคติเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนตำบลไร่น้อย อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ควรทำความเข้าใจและปรับเปลี่ยนทัศนคติของคนในชุมชนให้เป็นไปในทิศทางที่ถูกต้องเหมาะสม

1.4 เพศชายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนตำบลไร่น้อย อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี การป้องกันการดื่มอาจเน้นหนักไปที่ประชาชนชาย

ให้มากขึ้น เนื่องจากผู้ชายมีอัตราการดื่มมากกว่าผู้หญิง และมีทัศนคติที่ไม่ได้ให้ความสนใจกับผลดีผลเสียที่จะตามมา

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1ควรทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มเฉพาะ เช่น วัยรุ่น หรือตามช่วงวัยเพื่อจะได้รู้ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มต่าง ๆ ที่มีความจำเพาะตามกลุ่มนั้น ๆ ซึ่งจะใกล้เคียงความเป็นจริงมากที่สุด

2.2 ควรศึกษาแนวทางการแก้ปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบองค์รวม ที่มีความร่วมมือจากหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้แนวทางหรือรูปแบบในการแก้ไขปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ตรงกับปัญหาของชุมชนที่แท้จริงของชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณท่านรองนายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี อาจารย์ศิริวิทย์ หลิ่มโตประเสริฐกุล ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะหัวข้องานวิจัย ท่านอาจารย์พรเจริญ เจียมบุญศรี ท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาล ๕๐ พรรษามหาวชิราลงกรณ ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะพื้นที่งานวิจัย และเป็น ดร.อารี บุตรสอน อาจารย์วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ที่ปรึกษางานวิจัยที่ให้คำปรึกษาการใช้สถิติในงานวิจัย เจ้าหน้าที่ในศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาล ๕๐ พรรษามหาวชิราลงกรณ เจ้าหน้าที่ในรพ.สต.ดงแสนสุข รพ.สต.ตำแย และ รพ.สต.ยางลุ่ม ที่อำนวยความสะดวกในช่วงเก็บข้อมูลงานวิจัยและท้ายสุดขอขอบคุณประชาชนในพื้นที่ตำบลไร่น้อยทุกท่านที่ให้ข้อมูลในงานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global Status Report on Alcohol and Health ,2011 (เข้าถึงเมื่อวันที่ 10 มิถุนายน 2559) เข้าถึงได้จาก http://www.who.int/substance_abuse/publications/ global_alcohol_report/en/
2. บัณฑิตศร ไพศาล, จุฑาภรณ์ แก้วมุงคุณ, กมลา วัฒนพร, โสภิต นาสืบ, แววดาว พิมพ์พันธ์ ดี, กัณณพนต์ ภักดีเศรษฐกุล. รายงานสถานการณ์สุราประจำปี 2551. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดีการพิมพ์; 2551.
3. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาดัชนีประเมินภาระโรคและสุขภาพประชากรไทย. แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาดัชนีประเมินภาระโรคและสุขภาพของประชากรไทย. การนำเสนอผลการศึกษาสัมมนาภาระโรคและสุขภาพของประชากรไทย. BOD NEWs 2012; 1(9): 3. สืบค้นจาก: http://www.thaibod.net/about.html
4. งานยุทธศาสตร์. สรุปผลการปฏิบัติงานและสถานการณ์ประจำปี 2558. โรงพยาบาล ๕๐ พรรษามหาวชิราลงกรณ ; 2558

5. Kelley K, Maxwell SE. Sample size for multiple regression: obtaining regression coefficients that are accurate, not simply significant. Psychol. Methods8(3):305–21; 2003.
6. พรวิมล ประภาสิริพันธ์.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาตรมหา บัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา; 2556.
7. พินทุอร วิรุฬห์ตั้งตระกูล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ต่อการตัดสินใจบริโภคเครื่องที่มีแอลกอฮอล์ของนิสิตนักศึกษาระดับปริญญาตรีที่ศึกษาในมหาวิทยาลัย เขตกรุงเทพมหานคร. ปริญญานิพนธ์เศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเศรษฐศาสตร์การจัดการ. กรุงเทพ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ; 2550.
8. อุทัยทิพย์ จันทร์เพ็ญ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบ ผิดปกติของวัยรุ่น ในจังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎี บัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2554.
9. อนงค์ ดิษฐสังข์.ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นโรงเรียนมัธยมประชานิเวศน์ เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา) สาขาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2550.
10. ประณต เค้าฉิม และดวงเดือน แซ่ตัง. ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนิสิตมหาวิทยาลัย:กรณีศึกษามหาวิทยาลัยรัฐแห่งหนึ่ง.รายงานการวิจัย ; 2552.

การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดอุตรดิตถ์

The development a network to promote healthy aging, Uttaradit Province

มาลี โชคเกิด (ส.บ.)
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์
เลิศชาย น้อยทรัพย์
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์

Malee Chokekerd (B.P.H)
Uttaradit provincial health office
(ส.บ.) Lertchai Noisub (B.P.H)
Tron District Health Office, Uttaradit Province

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหา ความต้องการ และแนวทางในการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดอุตรดิตถ์ กลุ่มตัวอย่างคือ คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุระดับอำเภอ อำเภอตรอน อำเภอน้ำปาด และอำเภอบ้านโคก จำนวน 48 คน เก็บข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม การจัดเวทีระดมความคิดเห็นทำ SWOT ANALYSIS การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยค่าร้อยละและข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า สภาพปัญหาการดำเนินงานของเครือข่ายการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีความต้องการในด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่ต้องดูแลผู้สูงอายุ เช่นญาติ ทีมสหวิชาชีพ แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ตลอดจนพัฒนาระบบให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง และพัฒนารูปแบบการออกกำลังกายให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ สำหรับการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีกระบวนการพัฒนา 4 กระบวนการ ได้แก่ 1) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร โดยใช้กระบวนการการจัดการความรู้ 2) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมโดยการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ การสร้างแกนนำสร้างทีมติดตามในชุมชน 3) พัฒนาระบบการดำเนินงาน จัดทำระบบฐานข้อมูลพัฒนาระบบคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ ระบบการส่งต่อ ช่องทางการสื่อสาร และพัฒนาระบบการติดตามเยี่ยมบ้าน 4) สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

Abstract

This action research was aims to study the problems, needs and ways to develop a network to promote healthy aging in uttaradit province. The sample of elderly Tron , Nampad and Baankok district 48 persons. Data was collected by using focus group, brainstorm, SWOT analysis, participant observation, questionnaire and statistic quantitative percentage analysis and qualitative content analysis.

The study found that the operation of the network to promote healthy aging. There is a need to develop the

potential of staff to take care of elderly relatives, as a multidisciplinary team led family health. As well as development consultant to the health problems of the elderly group home beds and attached a form of exercise in accordance with the way of life of the elderly. There are 4 methods of old people health promotion system potential development were concluded as follows: 1) Development of Personal Potential using knowledge management 2) Participant supporting using a strategic route map, promoting backbone and teams 3) Development of working process by inventing database system, developing old people's health screening system, developing forwarding system and developing home visiting system 4) Create Health care supporting environment.

บทนำ

วัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายจิตใจและสังคมในทางที่เสื่อมลงนำมาซึ่งภาวะเสี่ยงและปัญหาสุขภาพ ปัญหาทางสุขภาพของผู้สูงอายุอาจมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมวิถีการดำเนินชีวิตตั้งแต่วัยเด็กและกรรมพันธุ์โครงสร้างประชากรไทยพบว่าปัจจุบันสังคมไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยมีแนวโน้มที่จำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆและจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางอายุของประชากรนั้นเกิดจากสัดส่วนของประชากรในวัยต่างๆเมื่อจำแนกประชากรออกเป็นกลุ่มอายุ 3 กลุ่มใหญ่ๆ คือประชากรวัยเด็ก (อายุน้อยกว่า 15 ปี) วัยแรงงาน (อายุ 15-59 ปี) และวัยสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) พบว่า ในระหว่างปีพ.ศ. 2553-พ.ศ. 2558 สัดส่วนของประชากรวัยเด็กและวัยแรงงานมีแนวโน้มลดลงในขณะที่สัดส่วนของประชากรสูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 13.2 ในปีพ.ศ.2553 เป็นร้อยละ 32.1 ในปีพ.ศ. 2558[1] และที่น่าสังเกตคือในปีพ.ศ. 2560 จะเป็นปีที่คาดว่าสัดส่วนของประชากรวัยเด็กจะเท่ากันกับสัดส่วนของประชากรวัยสูงอายุอันเป็นผลจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุข

จังหวัดอุตรดิตถ์เป็นอีกหนึ่งจังหวัดที่มีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้น จากข้อมูลผู้สูงอายุของจังหวัดอุตรดิตถ์ 5 ปี พบว่า ในปี 2554 – ปี 2558[1] มีจำนวนผู้สูงอายุ ร้อยละ 13.23 , 12.55, 15.72, 16.89 และ 19.11 ตามลำดับ และปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในปี 2558 ที่พบมากที่สุด คือ ปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 33.62 รองมาคือ ปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 18.06 ปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคไตวาย ร้อยละ 5.26 เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งหมด ร้อยละ 56.97 ซึ่งปัญหาสุขภาพเหล่านี้เป็นปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เมื่อแยกข้อมูลรายอำเภอพบว่า อำเภอที่มีประชากรผู้สูงอายุมากที่สุดในจังหวัดอุตรดิตถ์เมื่อเทียบกับประชากรทั้งหมดในอำเภอและมีอัตราประชากรผู้สูงอายุมากกว่าอัตราผู้สูงอายุทั้งจังหวัด คือ อำเภอตรอน มีประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 21.03 มีผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วย

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ร้อยละ 58.01 รองมาคืออำเภอน้ำปาด มีประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 20.91 มีผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ร้อยละ 53.63 และอำเภอบ้านโคก มีประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 19.45 มีผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ร้อยละ40.46[2] ซึ่งทั้ง 3 อำเภอนี้กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่งมีการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งเกิดจากพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง หากไม่มีการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสมจะส่งผลให้อัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกิดจากพฤติกรรมเพิ่มขึ้น คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจะแย่ลง เป็นภาระของคนในครอบครัวและสังคม การพัฒนาเครือข่ายการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจึงเป็นกระบวนการที่สำคัญที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมสุขภาพให้เหมาะสม ลดการเจ็บป่วยจากโรคที่สามารถป้องกันได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่อย่างมีคุณค่า และตายอย่างสมศักดิ์ศรี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหา ความต้องการ การดำเนินงานเครือข่ายการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดอุตรดิตถ์
2. เพื่อพัฒนาศักยภาพเครือข่ายการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดอุตรดิตถ์

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุระดับอำเภอ อำเภอตรอน อำเภอน้ำปาด และอำเภอบ้านโคก จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 48 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ คือ คำถามสำหรับการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับสภาพการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การจัดเวทีระดมความคิดเห็นทำ SWOT ANALYSIS เพื่อศึกษาจุดอ่อนจุดแข็งโอกาสและอุปสรรคของคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุระดับอำเภอ และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม โดยการสังเกตการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุระดับอำเภอ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยใช้การตรวจสอบทางกายภาพ ตรวจสอบความชัดเจนของเนื้อหา ความตรงของเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษา ตรวจสอบการใช้ภาษาให้มีความรัดกุมเหมาะสมกับผู้ให้ข้อมูลโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และนำเครื่องมือทดลองสัมภาษณ์กับคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุระดับอำเภอ อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้กระบวนการจัดการความรู้ (Knowledge Management Process) [3] ซึ่งเป็นกระบวนการแบบหนึ่งที่จะช่วยให้องค์กรเข้าใจถึงขั้นตอนที่ทำให้เกิดกระบวนการจัดการความรู้หรือพัฒนาการของความรู้ที่จะเกิดขึ้นภายในองค์กร ประกอบด้วย 7 ขั้นตอนคือ 1) การบ่งชี้ความรู้ 2) การสร้างและแสวงหาความรู้ 3) การจดความรู้ให้เป็นระบบ 4) การประมวลและกลั่นกรองความรู้ 5) การเข้าถึงความรู้ 6) การแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้ 7) การเรียนรู้ แบ่งเป็น 2 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานการแสวงหาความรู้เดิมและส่วนขาดที่ควรได้

รับการพัฒนามีทั้งหมด 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยหลักศึกษา วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลจากแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 2 จัดประชุมร่วมระหว่างผู้วิจัยหลักและกลุ่มผู้ร่วมวิจัย เพื่อทำความเข้าใจและเสนอแนวความคิดในการวิจัย

ขั้นตอนที่ 3 ศึกษาสภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุระดับอำเภอ โดยการใช้ SWOT ANALYSIS สนทนากลุ่มเพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคสภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการ

ขั้นตอนที่ 4 ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลในประเด็นต่างๆโดยการเชิญผู้ให้ข้อมูลหลักร่วมวิเคราะห์ข้อมูลและเพิ่มเติมข้อมูลให้สมบูรณ์

ระยะที่ 2 การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดอุตรดิตถ์ โดยการจัดเวทีเพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลรวมจำนวน 48 คนโดยการจัดเวทีย่อยในแต่ละอำเภออำเภอละ 4 ครั้ง จัดเวทีประชาคมในระดับจังหวัด 1 ครั้ง จำนวน 20 คน ผู้เข้าร่วมประชาคมประกอบด้วย ตัวแทนคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุระดับอำเภอๆละ 5 คน และผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพระดับจังหวัด และระดับอำเภอ จำนวน 5 คน โดยใช้เครื่องมือการสนทนากลุ่มการถอดบทเรียนการจัดทำแผนสร้างอนาคตร่วมกัน (Future Search Conference)

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์และนำเสนอโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)โดยการวิเคราะห์เนื้อหาทำไปพร้อมกับการเก็บข้อมูลเป็นระยะๆเมื่อเก็บข้อมูลจากการสนทนากลุ่มการสัมภาษณ์เชิงลึกการสังเกตแบบมีส่วนร่วมด้วยการบันทึกภาคสนามการบันทึกเทปนำข้อมูลมาจำแนกเป็นหมวดหมู่ตามวัตถุประสงค์และที่แนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษาแล้วจึงวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยแบ่งผลการวิจัยออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

1. การวิเคราะห์สภาพการดำเนินงานเครือข่ายการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดอุตรดิตถ์

จากผลการศึกษา พบว่า สภาพปัญหาของการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของเครือข่ายคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุระดับอำเภอ มีการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบและการดูแลสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ และด้านจัดการกับความเครียด โดยมีสภาพการดำเนินงานดังนี้

1) ด้านความรับผิดชอบและการดูแลสุขภาพเป็นพฤติกรรมที่บุคคลสนใจเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเองโดยการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง เครือข่ายการส่งเสริมสุขภาพของจังหวัดอุตรดิตถ์มีการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุเกี่ยวกับการใส่ใจและสังเกตความผิดปกติของสุขภาพตนเองการสังเกตการเปลี่ยนแปลงและความผิดปกติของร่างกาย มีช่องทางการให้คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุในการปรึกษาปัญหาสุขภาพ โดยมีกิจกรรมหมอครอบครัวในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน สนับสนุนคู่มือการดูแล

สุขภาพผู้สูงอายุให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชน มีการตรวจคัดกรองสุขภาพประจำปีเบื้องต้นที่จำเป็นแก่ผู้สูงอายุได้แก่ ตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคสมองเสื่อม โรคข้อเข่าเสื่อมโรคซึมเศร้า โรคตาต้อกระจก คัดกรองการพลัดตกหกล้มแบบประเมินADL การจำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living :ADL) มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมชมรมเพื่อเพิ่มโอกาสในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์

2) ด้านการออกกำลังกาย เป็นการเคลื่อนไหวของร่างกายโดยอาศัยการทำหน้าที่ของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ มีการเผาผลาญพลังงานและใช้ออกซิเจนในร่างกายเพิ่มขึ้นและเป็นการเคลื่อนไหวที่ก่อให้เกิดประโยชน์กับร่างกายเครือข่ายการส่งเสริมสุขภาพของจังหวัดอุตรดิตถ์ มีการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านการออกกำลังกาย โดยมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายด้วยการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการออกกำลังกาย มีสถานที่ออกกำลังกายในชุมชน มีแกนนำการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ส่งเสริมการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการออกกำลังกาย เช่น การรำวงย้อนยุค การเล่นสะบ้า การเล่นรอกกะลา เป็นต้น ผู้สูงอายุมีการรวมกลุ่มออกกำลังกายร่วมกัน เครือข่ายส่งเสริมสุขภาพมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายด้วยการจัดกิจกรรมฝึกอบรมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ

3) ด้านโภชนาการ จะเกี่ยวข้องกับความรู้ในการเลือกและการบริโภคอาหารที่จำเป็นต่อการยังชีพและสุขภาพเครือข่ายการส่งเสริมสุขภาพของจังหวัดอุตรดิตถ์ มีการให้ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารแก่ผู้สูงอายุ ผ่านการทำกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ มีการจัดทำโครงการเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านโภชนาการ มีการจัดอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อดูแลด้านโภชนาการในผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารพื้นบ้านที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ การรับประทานสมุนไพรพื้นบ้านต้านโรค มีระบบเฝ้าระวังและติดตามด้านโภชนาการผู้สูงอายุในชุมชน ด้วยการติดตามเยี่ยมบ้าน มีการสร้างเครือข่ายติดตามดูแลผู้สูงอายุเพื่อแนะนำการการบริโภคอาหาร

4) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นความรู้สึกนึกคิดที่ดีระหว่างบุคคลมีการยอมรับพฤติกรรมของบุคคลอื่นและมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันเครือข่ายการส่งเสริมสุขภาพของจังหวัดอุตรดิตถ์ยังไม่มีกิจกรรมที่ส่งเสริมการดำรงสัมพันธภาพอันดีระหว่างบุคคลในครอบครัวและเพื่อนบ้านที่ชัดเจน มีเพียงการสนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ บุคคลในครอบครัวและเพื่อนบ้านยังมีส่วนร่วมในการสร้างความสัมพันธ์น้อย ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะสร้างความมั่นคงทางสังคมให้แก่ผู้สูงอายุ การพูดคุยและพบปะกับครอบครัวและเพื่อนๆ อย่างสม่ำเสมอจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกอบอุ่นและใกล้ชิดกับบุคคลรอบข้าง

5) ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ เป็นความสามารถในการพัฒนาศักยภาพทางด้านจิตวิญญาณ ซึ่งประเมินได้จากความเชื่อความรู้สึกเกี่ยวกับความหมายของชีวิตความรักความหวังการให้อภัยและชีวิตหลังการตายเครือข่ายการส่งเสริมสุขภาพของจังหวัดอุตรดิตถ์ มีการจัดทำโครงการ

ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเน้นกิจกรรมให้ผู้สูงอายุได้สำรวจตัวเอง รับรู้การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ สามารถยอมรับความเป็นตัวตนในปัจจุบันและยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นรวมถึงสามารถใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างกระฉับกระเฉง มีการส่งเสริมผู้สูงอายุให้เป็นผู้สูงอายุต้นแบบ จัดตั้งกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อถ่ายทอดภูมิปัญญาพื้นบ้านสู่ลูกหลาน สร้างคุณค่าให้กับผู้สูงอายุ

6) ด้านจัดการกับความเครียด เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงการจัดการกับความเครียดของบุคคล เช่นการแสดงออกที่เหมาะสม การพักผ่อน การนอนหลับ การผ่อนคลาย การทำกิจกรรมที่คลายเครียด หรือการทำกิจกรรมที่ป้องกันการอ่อนล้าของร่างกาย เครือข่ายการส่งเสริมสุขภาพของจังหวัดอุตรดิตถ์มีการส่งเสริมกิจกรรมการจัดการความเครียดแก่ผู้สูงอายุในชุมชนที่หลากหลาย เช่น การละเล่นเพื่อสร้างความสนุกสนาน รำวง กีฬา การจัดกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ของผู้สูงอายุ การจัดกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุที่เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้พบปะ พูดคุย แลกเปลี่ยนกัน การจัดให้มีบริการให้คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุ ส่งเสริมการจัดสิ่งแวดล้อมในบ้าน ในชุมชนให้ผ่อนคลาย ส่งเสริมการเข้าวัดฟังธรรม และการนั่งสมาธิ

2. สภาพปัญหาและความต้องการในการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของเครือข่ายส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดอุตรดิตถ์

จากผลการศึกษา พบว่า สภาพปัญหาของการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของเครือข่ายส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดอุตรดิตถ์ มีการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบและการดูแลสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ และด้านจัดการกับความเครียด โดยมีสภาพปัญหาและความต้องการจากการดำเนินงานดังนี้

1) ด้านความรับผิดชอบและการดูแลสุขภาพ สภาพปัญหาการดำเนินงาน พบว่า การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุเกี่ยวกับการใส่ใจสุขภาพยังไม่ทั่วถึง ช่องทางการให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพที่มีเป็นการให้คำปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์ และการให้คำปรึกษาในสถานบริการและนอกสถานบริการจากการเยี่ยมบ้าน ผู้สูงอายุบางส่วนยังไม่สามารถเข้าถึงการให้คำปรึกษาได้ คู่มือส่งเสริมสุขภาพที่เครือข่ายสนับสนุนให้กับผู้สูงอายุยังไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกคน ตัวหนังสือในคู่มือมีขนาดเล็กยากต่อการมองเห็นของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านการอ่านบางส่วนอ่านหนังสือไม่ได้จึงไม่สามารถใช้ประโยชน์จากคู่มือได้ การเข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมเป็นสมาชิกและร่วมทำกิจกรรมของชมรมยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ บางหมู่บ้านยังไม่มีการจัดกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ เช่นบ้านท่าอวน ตำบลวังแดง อำเภอตรอน และบ้านฝาย ตำบลบ้านฝาย อำเภอน้ำปาด เป็นต้น

ความต้องการในการพัฒนาการดำเนินงาน พบว่า เครือข่ายการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุต้องการพัฒนาระบบให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพ การให้ข้อมูลด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าถึงบริการให้คำปรึกษาได้อย่างทั่วถึง ควรมีการพัฒนาคู่มือการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้เข้าใจง่าย ตัวหนังสือชัดเจน เนื้อหาไม่ยุ่งยาก ผู้สูงอายุสามารถใช้ได้จริง และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมทำกิจกรรมกับชมรมผู้สูงอายุ

2) ด้านการออกกำลังกาย สภาพปัญหาการดำเนินงาน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนเมืองที่มีความพร้อมทางสังคม ส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนชนบทมีเพียงส่วนน้อยที่มีการออกกำลังกาย เพราะผู้สูงอายุในชุมชนส่วนใหญ่ต้องรับภาระดูแลหลาน ประกอบอาชีพรับจ้าง ทำการเกษตรเพื่อหารายได้เลี้ยงครอบครัว

ความต้องการในการพัฒนาการดำเนินงาน พบว่า การพัฒนารูปแบบการออกกำลังกายให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเน้นให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางกายทุกๆวัน ได้แก่ การเดิน การทำสวน การขึ้นลงบันได และกิจกรรมที่ควรทำเพื่อเป็นการออกกำลังกายให้ร่างกายมีความแข็งแรงมากขึ้น ได้แก่ การเดินเร็ว ขี่จักรยาน การทำกิจกรรมบันเทิง เช่น รำวง เล่นกีฬาพื้นบ้าน เน้นให้มีความต่อเนื่อง พัฒนาบุคคลต้นแบบด้านการออกกำลังกาย สร้างแกนนำด้านการออกกำลังกาย

3) ด้านโภชนา สภาพปัญหาการดำเนินงาน พบว่า การจัดทำกิจกรรมส่งเสริมด้านโภชนาการของผู้สูงอายุยังไม่ครอบคลุมกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง เพราะไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมอบรมตามโครงการหรือกิจกรรมของชมรมได้ ผู้สูงอายุบางส่วนได้รับปริมาณอาหารไม่เพียงพอ ฐานะยากจน ถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง

ความต้องการในการพัฒนาการดำเนินงาน พบว่า การพัฒนาเครือข่ายการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อติดตามให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง

4) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สภาพปัญหาการดำเนินงาน พบว่า ผู้สูงอายุบางรายมีข้อจำกัดทางร่างกายการได้ยินลดลงทำให้การติดต่อและการสื่อสารกับผู้อื่นลดลง การที่ผู้สูงอายุต้องอยู่คนเดียวและยังพบกับข้อจำกัดอื่นๆเนื่องจากภาวะสุขภาพและการสูญเสียในหลายๆด้านจากความสูงอายุทำให้เกิดความรู้สึกอ้างว้างว้าเหว่และขาดที่พึ่ง ไม่ได้อยู่บ้านกับบุตรหลาน ถูกแยกให้อยู่ตามลำพัง ขาดการสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวและเพื่อนบ้าน

ความต้องการในการพัฒนาการดำเนินงาน พบว่า การสนับสนุนให้มีกิจกรรมที่สร้างความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้ทุกครอบครัวมีวันครอบครัว เพื่อให้เป็นวันที่สมาชิกในครอบครัวได้ทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น รับประทานอาหารร่วมกัน ทำความสะอาดบ้าน พัฒนาศักยภาพทีมหมอครอบครัวในด้านการเยี่ยมบ้านเพื่อเสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนบ้าน สร้างเครือข่ายสานสายสัมพันธ์เพื่อนบ้าน

5) ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ สภาพปัญหาการดำเนินงาน พบว่า การทำกิจกรรมให้ผู้สูงอายุได้สำรวจตัวเอง รับรู้การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ครอบคลุมเฉพาะผู้สูงอายุที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ ผู้สูงอายุที่มีภาระเลี้ยงหลาน ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งให้อยู่คนเดียวไม่สามารถเดินทางเข้าร่วมกิจกรรมได้เนื่องจากไม่มีลูกหลานมาส่ง กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ ซึ่งผู้สูงอายุเหล่านี้ขาดความมั่นคงทางจิตใจ ขาดที่พึ่ง

ความต้องการในการพัฒนาการดำเนินงาน พบว่า การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง และกลุ่มที่มีภาระเลี้ยงหลานให้สามารถเข้าร่วม

การทำกิจกรรมให้ผู้สูงอายุได้สำรวจตัวเอง รับรู้การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถยอมรับความเป็นตัวตนในปัจจุบัน เข้าใจการเปลี่ยนแปลง มีความหวัง ชักชวนให้ผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าวได้ออกมาทำกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุคนอื่นๆเพื่อให้ได้พบกับสิ่งแปลกใหม่

6) ด้านจัดการกับความเครียด สภาพปัญหาการดำเนินงาน พบว่า กิจกรรมผ่อนคลายความเครียดในกลุ่มผู้สูงอายุเป็นกิจกรรมที่ดำเนินการในกลุ่มผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่ คนในครอบครัวมีส่วนร่วมน้อยในการรับรู้ความเครียดของผู้สูงอายุ และมีส่วนร่วมน้อยในการจัดการความเครียดของผู้สูงอายุ ครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อความเครียดของผู้สูงอายุ

ความต้องการในการพัฒนาการดำเนินงาน พบว่า การสนับสนุนให้คนในครอบครัวเข้าใจ เห็นใจ มีส่วนร่วมในการผ่อนคลายความเครียดของผู้สูงอายุ พัฒนาเครือข่ายการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยเน้นให้ผู้อาศัยร่วมบ้านและเพื่อนบ้านมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ

จากผลการศึกษาพอจะสรุปได้ว่าเครือข่ายการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ต้องการพัฒนาในด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่ต้องดูแลผู้สูงอายุ เช่นญาติ ทีมสหวิชาชีพ แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ตลอดจนพัฒนาระบบให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง และพัฒนารูปแบบการออกกำลังกายให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ พัฒนาบุคคลต้นแบบด้านการออกกำลังกายและสร้างความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับผู้สูงอายุ

3. การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดอุตรดิตถ์

จากการวิเคราะห์ SWOT ANALYSIS เพื่อหาจุดแข็งจุดอ่อนโอกาสในการพัฒนา ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของเครือข่ายส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สรุปกระบวนการในการพัฒนาคือ

กระบวนการที่ 1 การพัฒนาศักยภาพบุคลากรมีกระบวนการพัฒนาที่สำคัญคือ 1) ค้นหาความรู้เดิมที่มีอยู่โดยการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับกระบวนการทำงานที่ผ่านมาค้นหาความรู้ที่ต้องการพัฒนา 2) สร้างและแสวงหาความรู้โดยจัดอบรมให้ความรู้เชิงปฏิบัติการส่วนที่ขาดโดยผู้เชี่ยวชาญ 3) จัดทำมาตรฐานคู่มือการดำเนินงานที่ชัดเจนเป็นมาตรฐานเดียวกัน 4) จัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างภาคีเครือข่าย 5) ส่งเสริมการทำวิจัยและคิดค้นนวัตกรรมใหม่ๆในการดำเนินงาน

กระบวนการที่ 2 ส่งเสริมการมีส่วนร่วมโดย 1) การจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับตำบล อำเภอ จังหวัด 2) การสร้างแกนนำส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน 3) การสร้างทีมติดตามการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมจากทุกเครือข่าย

กระบวนการที่ 3 พัฒนาระบบการดำเนินงาน คือ 1) จัดทำระบบฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่เป็นฐานข้อมูลตัวเดียวกันทั้งจังหวัด แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุจากการคัดกรองที่ชัดเจน ปรับฐานข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน 2) จัดทำแนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุแยกตามกลุ่มการดูแลโดยการมีส่วนร่วม

ของเครือข่าย 3) พัฒนาระบบคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนให้มีศักยภาพ 4) พัฒนาระบบการส่งต่อผู้สูงอายุเข้ารับการรักษากรณีที่พบปัญหาสุขภาพ 5) พัฒนาช่องทางการสื่อสารระหว่างผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนกับบุคลากรสาธารณสุข 6) พัฒนาระบบการติดตามเยี่ยมบ้านที่เน้นการมีส่วนร่วมจากสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนบ้าน

กระบวนการที่ 4 สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ คือ1) ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนผ่านช่องทางต่างๆโดยผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข 2) สร้างสิ่งแวดล้อมในชุมชนให้เอื้อต่อการดูแลสุขภาพได้แก่ค้นหาสถานที่ออกกำลังกายในชุมชน 3) ประกวดผู้สูงอายุต้นแบบ 80 ปียังแจ๋ว 4) ส่งเสริมการใช้ภูมิปัญญาและนวัตกรรมชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

สรุปและวิจารณ์

สภาพปัญหาของการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของเครือข่ายส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดอุตรดิตถ์ มีการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบและการดูแลสุขภาพ ด้านการออกกำลังกายด้านโภชนาการ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ และด้านจัดการกับความเครียด โดยมีสภาพการดำเนินงาน คือ ด้านความรับผิดชอบและการดูแลสุขภาพ มีการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุเกี่ยวกับการใส่ใจและสังเกตความผิดปกติของสุขภาพตนเอง มีช่องทางการให้คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุผ่านกิจกรรมหมอครอบครัว ผู้สูงอายุได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพประจำปีเบื้องต้นที่จำเป็น จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุเพิ่มโอกาสในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารสารทางด้านสุขภาพส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านการออกกำลังกาย โดยมีการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการออกกำลังกาย มีสถานที่ออกกำลังกายในชุมชน มีแกนนำการออกกำลังกายโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ มีการให้ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร จัดทำโครงการเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านโภชนาการ ส่งเสริมการรับประทานอาหารพื้นบ้าน มีระบบเฝ้าระวังและติดตามด้านโภชนาการผู้สูงอายุในชุมชน ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ยังไม่มีกิจกรรมที่ส่งเสริมการดำรงสัมพันธภาพอันดีระหว่างบุคคลในครอบครัวและเพื่อนบ้านที่ชัดเจน ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ มีการจัดทำโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเน้นกิจกรรมให้ผู้สูงอายุได้สำรวจตัวเอง รับรู้การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ สามารถยอมรับความเป็นตัวตนในปัจจุบัน จัดตั้งกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อถ่ายทอดภูมิปัญญาพื้นบ้านสู่ลูกหลาน สร้างคุณค่าให้กับผู้สูงอายุ ด้านจัดการกับความเครียด มีการส่งเสริมกิจกรรมการจัดการความเครียดแก่ผู้สูงอายุในชุมชนที่หลากหลาย ส่งเสริมการจัดสิ่งแวดล้อมให้ผ่อนคลาย ส่งเสริมการเข้าวัดฟังธรรม และการนั่งสมาธิ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของขวัญดาว กล่ำรัตน์ [4] ที่ศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมของผู้สูงอายุในเขตภูมิภาคตะวันตกของประเทศไทย พบว่า การร่วมกิจกรรมทางสังคม ความเชื่อวัฒนธรรมท้องถิ่น การเข้าถึงแหล่งเรียนรู้ และการชี้นำตนเองของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ความรู้การดูแล

สุขภาพ ความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อประสิทธิภาพแห่งตน และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูง

สภาพปัญหาและความต้องการในการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของเครือข่ายส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดอุตรดิตถ์ จากผลการศึกษาพบว่า การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุเกี่ยวกับการใส่ใจสุขภาพยังไม่ทั่วถึง คู่มือส่งเสริมสุขภาพที่เครือข่ายสนับสนุนให้กับผู้สูงอายุยังไม่ครอบคลุม ใช้งานยาก บางหมู่บ้านยังไม่มีการจัดกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนชนบทมีการออกกำลังกายค่อนข้างน้อย ผู้สูงอายุบางรายมีข้อจำกัดทางร่างกาย การได้ยินลดลง ทำให้การติดต่อและการสื่อสารกับผู้อื่นลดลง ถูกแยกให้อยู่ตามลำพัง ขาดการสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวและเพื่อนบ้าน คนในครอบครัวมีส่วนร่วมน้อยในการรับรู้ความเครียดของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุทธิพงศ์ บุญผดุง [5] ที่ศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในท้องถิ่นโดยใช้โรงเรียนเป็นฐานตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง (ระยะที่ 1) พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน โดยมีพฤติกรรมรับประทานอาหารเป็นพฤติกรรมที่ดีที่สุด รองมาคือการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย การจัดการความเครียด มีพฤติกรรมการออกกำลังกายแย่ที่สุด แต่แตกต่างกับการศึกษาของวิภาพร สิทธิสาตร์ และสุชาดา สวนนุ่ม [6] ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน เขตความรับผิดชอบของสถานีอนามัยบ้านเสาหิน ตำบลวัดพริก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของกลุ่มตัวอย่างพบว่าพฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุดคือมีคนในครอบครัวดูแลและช่วยเหลือค่าเฉลี่ย 3.58

ความต้องการในการพัฒนาการดำเนินงาน พบว่า เครือข่ายการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุต้องการพัฒนาระบบให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพ การให้ข้อมูลด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ พัฒนาคู่มือการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้เข้าใจง่าย การพัฒนารูปแบบการออกกำลังกายให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเน้นให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางกายทุกๆวัน พัฒนาเครือข่ายการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน พัฒนาศักยภาพทีมหมอครอบครัวในด้านการเยี่ยมบ้าน

การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดอุตรดิตถ์ มีกระบวนการพัฒนา 4 กระบวนการ ได้แก่ 1) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร โดยใช้กระบวนการการจัดการความรู้ 2) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมโดย การจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ การสร้างแกนนำส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน สร้างทีมติดตามการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน 3) พัฒนาระบบการดำเนินงาน จัดทำระบบฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่ทำแนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุ พัฒนาระบบคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ พัฒนาระบบการส่งต่อ พัฒนาช่องทางการสื่อสาร และพัฒนาระบบการติดตามเยี่ยมบ้านที่เน้นการมีส่วนร่วมจากสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนบ้าน 4) สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพค้นหาสถานที่ออกกำลังกายในชุมชนประกวดผู้สูงอายุต้นแบบส่งเสริมการใช้ภูมิปัญญาและนวัตกรรมชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์ และยุวดี รอดจากภัย [7] ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของ

ชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในภาคตะวันออกของประเทศไทย พบว่า กระบวนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนนั้นจะต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยและกระบวนการอื่นๆที่เกี่ยวข้องต่อเนื่องกันเพื่อดูและสุขภาพประชาชน ซึ่งเป็นกระบวนการที่สำคัญในการส่งเสริมความเข้มแข็งให้ชุมชนพัฒนาศักยภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเอง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีบทบาทในการสนับสนุนการดำเนินงานของเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้งด้านบุคลากรและงบประมาณ

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ ควรมีการขยายการดำเนินงานพัฒนาศักยภาพเครือข่ายการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไปสู่อำเภออื่นๆ เนื่องจากกระบวนการพัฒนาศักยภาพสามารถสร้างความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองแก่เครือข่าย เกิดการเรียนรู้ที่จะพัฒนาวิธีการทำงานใหม่เพื่อให้ประสบความสำเร็จเป็นการเรียนรู้และยอมรับร่วมกันซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่พัฒนาบุคลากรได้เป็นอย่างดี

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาการพัฒนาศักยภาพของชุมชนร่วมกับการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เนื่องจากชุมชนเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยเสริมให้การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุประสบความสำเร็จ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุอำเภอตรอน น้ำปาดและบ้านโคกทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม และขอขอบคุณท่านผู้เชี่ยวชาญที่ให้คำชี้แนะและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2558. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2558.

2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์. รายงานประจำปี 2558. อุตรดิตถ์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์; 2558.

3 สำนักงาน ก.พ.ร.. คู่มือการจัดการความรู้. กรุงเทพฯ: สำนักงาน ก.พ.ร.. 2548.

4 ขวัญดาว กล่ำรัตน์. ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภูมิภาคตะวันตก ของประเทศไทย. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรดุษฎีบัณฑิต). ภาควิชาศึกษาศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, นครปฐม : มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2554.

5 สุทธิพงศ์ บุญผดุง. การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในท้องถิ่นโดยใช้โรงเรียนเป็นฐานตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง (ระยะที่ 1). (วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรดุษฎีบัณฑิต). ภาควิชาศึกษาศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา; 2557.

6 วิภาพร สิทธิสาตร์และสุชาดา สวนนุ่ม. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน เขตความรับผิดชอบของสถานีอนามัยบ้านเสาหินตำบลวัดพริก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก.วารสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพุทธชินราช. 2550

7 ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์และยุวดี รอดจากภัย. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในภาคตะวันออกของประเทศไทย. วารสารการสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา. 2557; 9: 2.

แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง ตำบลบ้านฝาย อำเภอน้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์

Quality of life development framework for cancer patients at Banfai, Nam pat in Uttaradit province

ฐิติวัฒน์ ขัตติ (ส.ม.) สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัยรามคำแหง
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฝาย อำเภอน้ำปาด
จังหวัดอุตรดิตถ์

ThitiwatKatti (M.P.H) Master of public health,
Ramkhumhang University
Banfaitambol health promotion hospital,
Nam pat, Uttradit

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งและหาแนวทางในการดำเนินงานดูแลพัฒนาคุณภาพ ชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งในพื้นที่ตำบลบ้านฝายมีวิธีการรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก เก็บข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม การสังเกต

ผลการวิจัยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งจากการศึกษาแบ่งเป็น 6 ด้านดังนี้ 1.ร่างกาย สภาพร่างกายผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป จากอวัยวะที่ปกติกลับกลายเป็นอวัยวะที่ผิดปกติ เกิดความไม่สะดวกและกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย 2.จิตใจ การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจทำให้เกิดความกังวลส่งผลกระทบต่อจิตใจ หงุดหงิดง่าย 3. ครอบครัว ปัจจัยทางด้านครอบครัว นอกจากชีวิตของผู้ป่วยแล้ว ยังมีชีวิตครอบครัวมาเกี่ยวข้องด้วย ส่งผลให้บุคคลในครอบครัวพยายามปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินชีวิต เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละครอบครัว ต้องร่วมเผชิญปัญหาที่มีนั้นไปด้วยกัน โดยอาศัยกำลังใจ ความรัก และความปรารถนาดีที่มีให้กัน 4.ภาระในการดูแล การเปลี่ยนแปลงไปในแต่ละระยะของการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตั้งแต่ระยะแรกที่ได้รับการวินิจฉัย จนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต ภาระในการดูแลเป็นของญาติผู้ดูแล 5. สังคม ผู้ป่วยยังคงต้องดิ้นรนดำเนินชีวิต เพื่อให้สามารถมีชีวิตอยู่ในสังคมของตนได้อย่างเหมาะสมเท่าที่จะสามารถทำได้ 6.การเงิน ปัญหาการเงินที่รายได้น้อยลงแต่รายจ่ายเพิ่มขึ้นอันสืบเนื่องจากการป่วยเป็นมะเร็ง ดังนั้น ผู้ป่วยจึงหาวิธีหาเงินที่แตกต่างกันไปตามบริบทของแต่ละบุคคล บางรายมีอาชีพจักสาน ตัดเสื้อผ้า แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งผู้ป่วยมะเร็ง ควรมีการรวมกลุ่ม เพื่อมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันระหว่างผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อประสานงานด้านความช่วยเหลือและสวัสดิการที่ควร

คำสำคัญ แนวทางพัฒนา, คุณภาพชีวิต, ผู้ป่วยมะเร็ง

Abstract

This qualitative research was aimed to study cancer patients life quality and explore method of cancer patients life quality development in Banfai area which

all effective data were collected by In-depth interview, Focus group interview and observation.

The research resulted that cancer patient's life quality divided to 6 factors: 1) Physical factor, degenerative physical changes from normal to abnormal effected on the inconvenient of patient living, 2) Psychological Factor, psychological changes effected the anxiety which affected patient's mind to be more moody, 3) Family factor, not only cancer patients affected on life quality but family also had impact on patient living which participated and adjusted the way of life to harmonize with their family context by sharing love, spirit and goodwill. 4) Caregiver burden factor, the changes in every survival stage of pateint from first diagnostic stage until the end of life stage is family duty, 5) Social factor, patients were still struggle for living in their own society as appropriately as they can, 6) Financial factor, decreasing income during increasing outcome affected on cancer patients which patients explore their own way to earn more money such as handicraft and tailor. Group discussion between cancer patients are proper way to share their experiences and easier way to coordinate for suitable welfare.

Keywords: Development framework, life quality, Cancer patient

บทนำ

โดยสถิติการเสียชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งในปัจจุบันสูงเป็นอันดับหนึ่งของประเทศและมีแนวโน้มว่าจำนวนผู้ป่วยด้วยมะเร็งเพิ่มขึ้นอย่างมาก จากข้อมูลล่าสุดในปี 2556 ประเทศไทยมีผู้ป่วยจากมะเร็ง 22,134 รายโดยในผู้ชายพบมะเร็งปอดมากที่สุด รองลงมาคือมะเร็งตับ ส่วนผู้หญิงพบมะเร็งเต้านมมากที่สุด รองลงมาคือ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งปอด ก่อให้เกิดการสูญเสียชีวิต เกิดความพิการจากการเจ็บป่วยส่งผลไปถึงเพิ่มรายจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือน สังคมตลอดจนเป็นภาระค่าใช้จ่ายโดยรวมของประเทศ[1]

ตำบลบ้านฝายเป็นตำบลหนึ่งในอำเภอน้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์ แบ่งพื้นที่ออกเป็น 9 หมู่บ้านมีประชากร 7,259 คน[2] มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในตำบล 2 แห่ง คือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าโพธิ์รับผิดชอบ จำนวน 1 หมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฝายรับผิดชอบ จำนวน 8 หมู่บ้าน ข้อมูลจากสถิติชีพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฝาย อัตราการตาย ปี 2558 ของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฝาย มีสาเหตุจากมะเร็งคิดเป็นร้อยละ 30 และมีผู้ป่วยมะเร็งที่ยังมีชีวิตอยู่ในพื้นที่อีกจำนวน 25 คนจากการออกเยี่ยมผู้ป่วยมะเร็งในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฝายพบว่า ปัจจุบันผู้ป่วยมะเร็งไม่ได้รับการดูแลและถูกทอดทิ้งจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ต้องอยู่อาศัยโดยพึ่งพิงสมาชิกในครอบครัวเป็นหลัก รวมถึงการเข้ารับบริการจากหน่วยงานสาธารณสุขที่ลำบากสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งมีคุณภาพชีวิตที่ไม่เท่าเทียมกับบุคคลอื่น

จากข้อมูลข้างต้นเป็นแรงบันดาลใจให้ผู้ศึกษาศึกษาแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งในเขตตำบลบ้านฝาย ให้มีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น มีความสุขในชีวิตตามศักยภาพของผู้ป่วยมะเร็ง แต่จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าการให้ความช่วยเหลือยังขาดการเชื่อมโยงของหน่วยงานต่างๆ ซึ่งการแก้ไขปัญหาต้องให้ทุกภาคส่วนได้เข้ามามีส่วนร่วมและเข้าใจในปัญหาอย่างจริงจัง ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาถึงบริบทผู้ป่วยมะเร็ง ปัจจัยที่จะสนับสนุน และหาแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นหรือมีคุณภาพชีวิตที่เท่าเทียมคนทั่วไปในสังคมและนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของ ผู้ป่วยมะเร็งในเขตตำบลบ้านฝาย

2. เพื่อหาแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของ ผู้ป่วยมะเร็งในเขตรับผิดชอบของตำบลบ้านฝาย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ประชากรในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกประเภทในตำบลบ้านฝายทั้งหมด 25 คน ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ มีจำนวน 18 คน จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 25 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบบุคคล แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม และ แบบจดบันทึกการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ทำการเก็บข้อมูล 4 แบบ คือ 1) การเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก ในการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สัมภาษณ์ได้ออกติดตามเยี่ยมบ้านสัมภาษณ์ผู้ป่วยมะเร็งโดยใช้สถานที่สัมภาษณ์แตกต่างกันไปตามความสะดวกของผู้ถูกสัมภาษณ์รวมทั้งมีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล 2) การสนทนากลุ่ม (fogus grope discussion : FGD) 3) การสังเกต (observation) และ 4) ทบทวนจากสิ่งบันทึก โดยมีระยะเวลาที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเดือนมีนาคม 2559– กรกฎาคม 2559 ทำการการตรวจสอบข้อมูล แบบสามเส้า (Triangulation Methods) ตรวจสอบข้อมูลจากแหล่งข้อมูลจากบุคคลในครอบครัวตรวจสอบข้อมูลโดยสถานที่ต่างกันการตรวจสอบข้อมูลในเวลาที่ต่างกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลตามการออกแบบประเด็นสัมภาษณ์ ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) การวิจัยในครั้งนี้ผ่านจริยธรรมวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยสาธารณสุขอำเภอน้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์ กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล และแจ้งสิทธิของกลุ่มตัวอย่างใน การเข้าร่วมวิจัยเป็นไปโดยสมัครใจ

สรุปผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็ง

ข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งประกอบด้วย เพศผู้ป่วยมะเร็ง ส่วนใหญ่ ร้อยละ 80 เป็นหญิง มีอายุระหว่าง 35 – 45 ปี สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่ จบการศึกษา ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ระยะเวลาที่ป่วยส่วนใหญ่ป่วยเป็นมะเร็งเป็นเวลา 3-5 ปี ชนิดของมะเร็ง ป่วยด้วยมะเร็งปากมดลูกมากที่สุด รองลงมาได้แก่มะเร็งเต้านม ระยะ

การแสดงอาการป่วยมะเร็งส่วนใหญ่ป่วยเป็นมะเร็งระยะที่ 2 รองลงมาป่วยเป็นมะเร็งระยะที่ 3

ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง 6 ด้าน ปัญหา และแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิต

1. ปัจจัยทางด้านร่างกาย(Physical) ผลต่อร่างกายของผู้ป่วยมะเร็ง เกิดจากสภาพร่างกายผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป จากอวัยวะที่ปกติ สามารถทำหน้าที่ได้ครบถ้วน กลับกลายเป็นอวัยวะที่ผิดปกติ เช่น อวัยวะนั้นขาดหายไป มีอาการเจ็บปวด มีบาดแผล มีเลือดออก มีสภาพผิวดำคล้ำไม่น่าดู ส่งผลให้อวัยวะนั้นๆ ไม่สามารถทำหน้าที่เดิมได้เป็นปกติ และวิธีการรักษามะเร็ง ทั้งการผ่าตัด การให้เคมีบำบัด การฉายรังสี และการฝังแร่ ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นวิกฤตครั้งหนึ่งของชีวิต โดยบางรายหลังการรักษาจะรู้สึกเจ็บปวดทรมานมาก เกิดความไม่สะดวกและกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย วิธีรักษามะเร็งแต่ละวิธี มักมีผลข้างเคียงที่รุนแรง เช่น เจ็บปวดทรมาน ผมร่วง มีรอยไหม้พอง เป็นแผล อ่อนเพลียรับประทานอาหารไม่ได้ อาเจียน ซึ่งผู้ป่วยต้องใช้ความอดทนกับผลที่เกิดขึ้นและมีแนวทางบรรเทาทุกข์ที่เผชิญอยู่รวมถึงวิธีการแสวงหาวิธีการรักษาอื่น เช่น ยาหม้อ ยาสมุนไพร ปั่นจักรยาน เต้นแอโรบิค เพื่อช่วยลดความเจ็บปวดของตนเอง ความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย มีระดับความรุนแรงแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับเงื่อนไข 3 ด้านหลัก คือ ด้านแรกขึ้นอยู่กับชนิดของมะเร็ง เนื่องจาก มะเร็งแต่ละชนิดจะมีความรุนแรงต่างกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยทรมานต่างกัน ด้านที่ 2 วิธีการรักษา ซึ่งการรักษาด้วยการผ่าตัด การให้เคมีบำบัด การฉายรังสี และการฝังแร่ส่งผลให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานต่างกัน และด้านที่ 3 ขึ้นอยู่กับ ระยะของมะเร็ง เนื่องจาก มะเร็งในระยะแรกๆ ยังไม่ส่งผลรุนแรงนัก ผู้ป่วยอาจยังไม่มีอาการเจ็บปวด ทรมาน แต่มะเร็งในระยะท้ายๆ อาการและความรุนแรงจะมากขึ้น ผู้ป่วยจะได้รับความทรมานมาก

ผลกระทบต่อร่างกายจากผลของการรักษาวิธีทั้งการผ่าตัด การให้เคมีบำบัด การฉายรังสี และการฝังแร่ ได้ผลดังนี้ 1) ผลกระทบด้านร่างกายจากการรักษาด้วยการผ่าตัดการรักษาด้วยการผ่าตัดส่งผลทำให้ร่างการของผู้ป่วยขาดสมดุลไปเช่น ผู้ป่วยที่ตัดเต้านม ทำให้เกิดความกลัวไม่สวย ตัดแล้วจะหายขาดหรือเปล่า 2) ผลกระทบด้านร่างกายจากการรักษาด้วยการให้เคมีบำบัดการให้เคมีบำบัดผู้ป่วยจำมีอาการจะมีอาการแพ้ ทรมานอย่างมาก ปวดแทบทนไม่ไหว อาเจียน ในความแพ้นั้นจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับระยะของโรคและชนิดของมะเร็ง เราได้รับรู้ว่าหลังการให้เคมีบำบัดจะมีอาการแพ้ อาเจียน แต่ไม่รู้ว่าในความแพ้นั้นมากน้อยและทรมานร่างกายผู้ป่วยเพียงใด ซึ่งผู้ป่วยต้องพยายามหาวิธีการเพื่อคลายทุกข์ในช่วงเวลานั้นๆ 3) ผลกระทบด้านร่างกายจากการรักษาด้วยการฉายรังสีของผู้ป่วยมีความทรมานมากในแต่ละครั้งที่ฉายแสง และผู้ป่วยก็ต้องทนทรมานจนครบตามแผนการรักษา รวมถึงยังต้องกังวลกับผลหลังการรักษาที่จะตามมา 4) ผลกระทบด้านร่างกายจากการรักษาด้วยการรักษาด้วยวิธีการฝังแร่ บ่งบอกถึงระดับความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยมะเร็งได้รับจากมีแต่มากและ มากที่สุด

ปัญหา คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วย

แนวทางพัฒนา 1) การให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งแก่ญาติผู้ดูแล 2) การติดตามเยี่ยมบ้านด้วยทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง กำหนด

แผนการเยี่ยมที่ชัดเจนตามลักษณะความรุนแรงของผู้ป่วย

2.ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological) นอกจากมีความเปลี่ยนแปลงทางร่างกายแล้ว ผู้ป่วยมะเร็งยังมีความเปลี่ยนแปลง ทางด้านจิตใจด้วย ที่สำคัญคือ ทุกข์ด้านจิตใจที่เกิดขึ้นตลอดช่วงเวลาของการรักษา ซึ่งทั้งหมดเป็นทุกข์ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญและหาวิธีเพื่อให้ผ่านทุกข์นั้นไปได้

จากการศึกษา พบว่ามะเร็ง เป็นโรคซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านจิตใจทำให้เกิดความกังวลส่งผลกระทบต่อจิตใจ หงุดหงิดง่าย ความทุกข์จากตัวมะเร็งที่มีผลต่อจิตใจ ผู้ป่วยทุกรายมีความทุกข์ทางใจตั้งแต่แรกรับรู้ว่าเป็นมะเร็ง บางรายมีความทุกข์ใจไม่ได้รุนแรงมาก ส่งผลให้คิดมากความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นมากเนื่องจาก ไม่ได้เตรียมความพร้อมด้านจิตใจเพื่อรับข้อมูลหรือข่าวสารมาก่อน แต่เมื่อมีโอกาสรับรู้ข้อมูลที่ชัดเจน พร้อมกับการเตรียมใจให้เข้มแข็งขึ้น ความทุกข์ที่มีจึงค่อยๆ คลายลง แต่บางรายแรกรับรู้ว่าเป็นมะเร็งมีความทุกข์ใจไม่ได้รุนแรงมากนัก เนื่องจากมีการตระเตรียมจิตใจมีข้อมูลเพื่อตอบข้อสงสัยมาก่อนรับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง แต่บางรายระดับความทุกข์ทางจิตใจกลับเพิ่มสูงขึ้นเมื่อต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงของโรคที่มีอาการรุนแรงมากขึ้น แม้จะพยายามแก้ไข หรือลดความทุกข์เหล่านั้นด้วยวิธีต่างๆ เท่าที่จะหามาบำบัด ตามวิถีทางของแต่ละนอกจากวิธีรักษาจะมีผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นกับร่างกายผู้ป่วยแล้ว ยังพบว่าผู้ป่วยมีความทุกข์ด้านจิตใจอันเกิดจากมะเร็ง ทั้งภาพลักษณ์ที่แตกต่างไปจากคนปกติ เช่น การมีผมร่วงหลังได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด หรือสูญเสียภาพลักษณ์จากการรักษาด้วยการผ่าตัดเต้านมออกไป แนวทางแก้ไขความไม่สบายใจความทุกข์เกิดขึ้นในทุกช่วงของการรักษา วิธีจัดการกับความทุกข์ขึ้นอยู่กับทุกข์ของแต่ละคนที่แตกต่างกันไป บางคนเรียนรู้โดยศึกษาจากหนังสือ จากคำบอกเล่าของเพื่อนบ้าน โดยเอาสมุนไพรมาต้มน้ำกิน หลายรายพบว่าใช้ศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ ในการช่วยให้เผชิญและผ่านความทุกข์นั้นไปได้ ผู้ป่วยทุกคนนับถือศาสนาพุทธ บางรายจึงใช้วิธีทางธรรมะ ทำจิตใจให้สงบ

ปัญหา คือ ภาวะเครียดของผู้ป่วยที่เกิดจากความวิตกกังวลกับการเจ็บป่วยของตนเอง ท้อแท้ในการรักษา และแสวงหาแนวทางการรักษาในทางที่ไม่เหมาะสม

แนวทางพัฒนา 1) ส่งเสริมการทำกิจกรรมจิตบำบัดในผู้ป่วยมะเร็ง โดยผู้ป่วยเอง เช่น การส่งเสริมการอ่านหนังสือธรรมะ การฝึกการทำสมาธิ การผ่อนคลายด้วยเสียงเพลง โดยให้ผู้ป่วยได้เลือกตามที่ผู้ป่วยชื่นชอบ 2) ให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมจิตบำบัดกับผู้ป่วยโรคมะเร็ง เช่น การอ่านหนังสือให้ผู้ป่วยฟัง 3) ส่งเสริมให้ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านร่วมติดตามเยี่ยมบ้านให้กำลังใจผู้ป่วยรับฟังปัญหาและหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน

3. ปัจจัยทางด้านครอบครัว (family) จะเห็นได้ว่าครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างมากกับการที่ต้องมีภาระในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง แต่ชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งไม่ได้ให้ความสำคัญเฉพาะกับมะเร็งเท่านั้น แต่ผู้ป่วยต้องอยู่กับครอบครัว ต้องอยู่กับปัญหาที่มีอยู่เดิมหรือปัญหาเดิมที่เพิ่มขึ้นอันสืบเนื่องจากการป่วยเป็นมะเร็ง ส่งผลต่อการตัดสินใจในการเลือกวิธีปฏิบัติหรือไม่เลือกวิธีปฏิบัติใดๆ ดังนั้น ผลจากการดำรงชีวิตที่

เกิดขึ้นกับครอบครัวและคนใกล้ชิดผู้ป่วย เมื่อเกิดการเจ็บป่วย นอกจากตัวผู้ป่วยจะต้องแสวงหาวิธีลดความเจ็บปวดแล้ว ครอบครัวก็เป็นอีกบทบาทหนึ่งซึ่งเป็นทั้งกำลังใจและแรงสนับสนุนสำคัญ ที่ช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับทุกข์นั้นไปได้ แต่ผลที่ตามมาคือครอบครัวต้องเป็นทุกข์ไปด้วย เช่น คนในครอบครัวต้องหยุดงานหรือออกจากงานเพื่อพาผู้ป่วยไปรักษา จะพบว่านอกจากชีวิตของผู้ป่วยแล้ว ยังมีชีวิตครอบครัวมาเกี่ยวข้องด้วย ส่งผลให้บุคคลในครอบครัวพยายามปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินชีวิต เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละคน

บางครอบครัวต้องปรับเปลี่ยนอาชีพและวิธีการหารายได้เพื่อพาผู้ป่วยไปรับการรักษา บุคคลในชุมชนที่ใกล้ชิดกับครอบครัว ก็เป็นอีกส่วนประกอบหนึ่งที่มีผลโดยตรงต่อผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยต้องใช้ชีวิตอยู่ในสังคม ชุมชน ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการแก้ปัญหา บางกรณีก็ช่วยแนะนำสถานที่ในการรักษาพยาบาล มีการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น ก็จะส่งผลกระทบทั้งตัวผู้ป่วย คนในครอบครัวและคนใกล้ชิดนอกครอบครัว ซึ่งทุกส่วนมีความเชื่อมโยงกันอย่างแบ่งแยกไม่ได้ และต้องร่วมเผชิญทุกข์ที่มีนั้นไปด้วยกัน โดยอาศัยกำลังใจ ความรัก และความปรารถนาดีที่มีให้กัน

ปัญหา คือ ญาติมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยไม่ถูกต้อง ไม่เข้าใจการเปลี่ยนแปลงของโรคส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยไม่ดีเท่าที่ควร

แนวทางพัฒนา 1) สนับสนุนให้ผู้ป่วยมะเร็งและสมาชิกในครอบครัวเข้าใจซึ่งกันและกัน ร่วมเลือกวิธีในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน 2) ส่งเสริมให้ความรู้แก่สมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง การเปลี่ยนแปลงและความรุนแรงของโรคเพื่อเตรียมการดูแลได้อย่างเหมาะสม

4.ปัจจัยด้านภาระในการดูแล (Caregiver burden) การเปลี่ยนแปลงไปในแต่ละระยะของการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตั้งแต่ระยะแรกที่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต ภาระในการดูแลเป็นของญาติผู้ดูแล ซึ่งการทำหน้าที่ตามบทบาทดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลมะเร็งไม่ได้เป็นเพียงการวินิจฉัยโรคในผู้ป่วย แต่เป็นภาระในการดูแลของครอบครัว ปัจจุบันผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่จะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากญาติผู้ดูแลที่อยู่ที่บ้าน จึงอาจส่งผลทำให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งกลายเป็นบุคคลกลุ่มเสี่ยงที่อาจเกิดปัญหาสุขภาพจากการดูแลผู้ป่วยได้

ปัญหา คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยต้องดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และใช้ระยะเวลาในการดูแลนาน ส่งผลให้เกิดภาวะเครียด ให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพตนเองน้อยเนื่องจากให้ความสำคัญกับผู้ป่วยมากกว่า และในช่วงเวลาที่ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งไปประกอบอาชีพ ขาดบุคคลอื่นที่จะมาดูแลแทน

แนวทางพัฒนา 1) ส่งเสริมให้มีกิจกรรมให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพ และการผ่อนคลายความเครียดแก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วย 2) สร้างจิตอาสาดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งในชุมชน เพื่อช่วยดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งแทนญาติในกรณีที่ญาติผู้ป่วยไม่สามารถอยู่ดูแลผู้ป่วยได้

5.ปัจจัยด้านสังคม (social) จากการศึกษาพบว่าชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งนั้น ผู้ป่วยยังคงต้องดิ้นรนดำเนินชีวิตและเผชิญทั้งทุกข์และสุข ทุกๆด้าน เพื่อให้สามารถมีชีวิตอยู่ในสังคมของตนได้อย่างเหมาะสมเท่าที่จะสามารถทำได้การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลันทำให้เกิดการปรับตัวอย่างมากของ

การรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตั้งแต่ระยะแรกที่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต

ปัญหา คือ ผู้ป่วยต้องตัดขาดจากการทำกิจกรรมทางสังคมเนื่องจากความเจ็บป่วยส่งผลให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนได้

แนวทางพัฒนา 1) ส่งเสริมให้ชุมชนมีการจัดตั้งทีมเสริมสร้างกำลังใจให้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งในชุมชนโดยการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย 2) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน เช่น การร่วมทำบุญตักบาตรที่วัด การร่วมงานประเพณีต่างๆในชุมชน

6.การเงิน (financial) ปัญหาการเงินที่รายได้น้อยลงแต่รายจ่ายเพิ่มขึ้นอันสืบเนื่องจากการป่วยเป็นมะเร็ง ดังนั้น จากการศึกษา พบว่าชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งนั้น ผู้ป่วยมะเร็งจะมีความเป็นอยู่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับหน้าที่ของผู้ป่วย ลักษณะของสมาชิกและเศรษฐกิจฐานะของครอบครัว มีผลต่อการตัดสินใจ ที่แตกต่างกัน ชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็ง ต้องอยู่กับปัญหาเศรษฐกิจที่รายได้น้อยลงแต่รายจ่ายเพิ่มขึ้นอันสืบเนื่องจากการป่วยเป็นมะเร็ง ค่าใช้จ่ายแต่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรักษาที่แพงมากดังนั้นผู้ป่วยจึงหาวิธีหาเงินที่แตกต่างกันไปตามบริบทของแต่ละบุคคล บางรายมีอาชีพจักสาน ตัดเสื้อผ้า

ปัญหา คือ ปัญหาด้านการเงินที่รายได้น้อยลงแต่รายจ่ายเพิ่มขึ้นจากการรักษาผู้ป่วย

แนวทางพัฒนา 1) สนับสนุนการจัดตั้งกองทุนเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งในชุมชนโดยชุมชน 2) เสนอแผนการช่วยเหลือด้านการการส่งเสริมอาชีพให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งและครัวครัวต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานพัฒนาความมั่นคงของมนุษย์ เป็นต้น เพื่อฝึกอาชีพที่สามารถทำได้เองที่บ้านให้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติ

จากการสนทนากลุ่มร่วมกัน ได้แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งโดยชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีส่วนร่วม 3 โครงการ คือ 1.โครงการจัดสรรเงินช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งทางองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านฝายร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฝายเป็นผู้ดำเนินโครงการโดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลบ้านฝาย 2.โครงการพัฒนาผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฝาย เป็นผู้ดำเนินการโดยงบประมาณจากเงินบำรุงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฝาย 3.โครงการจัดตั้งชมรมผู้ป่วยมะเร็งตำบลบ้านฝาย โดยทางองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านฝายร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฝาย เป็นผู้ดำเนินโครงการ

การอภิปรายผลการวิจัย

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง คุณภาพชีวิตมี 6 ด้าน ดังนี้คุณภาพชีวิตด้านร่างกายวิธีการรักษามะเร็ง วิธีรักษามะเร็งแต่ละวิธี มักมีผลข้างเคียงที่รุนแรง เช่น เจ็บปวดทรมาน ผมร่วง มีรอยไหม้พอง เป็นแผลอ่อนเพลียรับประทานอาหารไม่ได้ อาเจียน ซึ่งผู้ป่วยต้องใช้ความอดทนกับผลที่เกิดขึ้นและหาวิธีบรรเทาทุกข์ที่เผชิญอยู่ จากสภาพร่างกายผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป จากอวัยวะที่ปกติสามารถทำหน้าที่ได้ครบถ้วน กลับกลายเป็นอวัยวะที่ผิดปกติ เช่น อวัยวะนั้นขาดหายไป มีอาการเจ็บปวด มีบาดแผล มีเลือดออก มีสภาพผิวดำคล้ำไม่น่าดู ส่งผลให้อวัยวะนั้นๆ ไม่สามารถทำ

หน้าที่เดิมได้เป็น สอดคล้องกับการศึกษาของYoung & Longman (1983)[3]ศึกษาถึงคุณภาพชีวิตในระดับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเมลาโนมา (Melanoma) 23 รายพบว่าอาการต่างๆที่รบกวนผู้ป่วย และการที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นหรือสังคมของผู้ป่วยนั้น มีความสัมพันธ์ในทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ นิยา สออารีย์(2554)[4] ที่ศึกษาถึงคุณภาพชีวิตและผลกระทบจากความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็ง มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายและอภิปรายถึงคุณภาพชีวิตและผลกระทบจากความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งโดยศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่มีความเจ็บปวดที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 16 ราย เป็นผู้ป่วยในจำนวน 14 รายและเป็นผู้ป่วยนอกจำนวน 2 ราย ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ปรากฏให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามโครงสร้างของคุณภาพชีวิต ด้านการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย เช่น รับรู้ว่าชีวิตมีแต่ทรุดลง เจ็บปวดเคี้ยวกลืนลำบาก การเคลื่อนไหวลดลง ขับถ่ายลำบาก นอนไม่หลับหรือหลับในช่วงสั้นๆ ความคิดช้าลงลืมง่าย

คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ นอกจากมีความเปลี่ยนแปลงทางร่างกายแล้ว ผู้ป่วยมะเร็งยังมีความเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจด้วย ที่สำคัญคือทุกข์ด้านจิตใจที่เกิดขึ้นตลอดช่วงเวลาของการรักษา ซึ่งทั้งหมดเป็นทุกข์ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญมะเร็งจึงเป็นโรคที่ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจทำให้เกิดความกังวลส่งผลกระทบต่อจิตใจ หงุดหงิดง่าย ความทุกข์จากตัวมะเร็งที่มีผลต่อจิตใจ ผู้ป่วยทุกคนนับถือศาสนาพุทธ บางรายจึงใช้วิธีทางธรรมะ ทำจิตใจให้สงบ จะเห็นได้ว่าเมื่อได้หาวิธีคลายทุกข์โดยการฟังธรรมะ สวดมนต์เรียกขวัญ ทำให้ผู้ป่วยคลายความทุกข์ใจลง แต่เมื่อวิธีการรักษาทางการแพทย์ทำให้เกิดผลข้างเคียงหรือส่งผลกระทบกับการดำเนินชีวิต ผู้ป่วยจึงแสวงหาวิธีการรักษาอื่นๆอีก เช่น การกินยาหม้อหรือการใช้ยาสมุนไพรสอดคล้องกับผลการศึกษาของ นิยา สออารีย์(2554)[4] ที่ศึกษาถึงคุณภาพชีวิตและผลกระทบจากความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็ง มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายและอภิปรายถึงคุณภาพชีวิตและผลกระทบจากความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งโดยศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่มีความเจ็บปวดที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 16 ราย เป็นผู้ป่วยในจำนวน 14 รายและเป็นผู้ป่วยนอกจำนวน 2 ราย ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ปรากฏให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามโครงสร้างของคุณภาพชีวิตการเปลี่ยนแปลงด้านจิตอารมณ์เช่น ไม่มีสมาธิหงุดหงิดง่าย

ด้านครอบครัวจะเห็นได้ว่า ชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งไม่ได้จดจ่อหรือให้ความสำคัญเฉพาะกับมะเร็งเท่านั้น แต่ผู้ป่วยต้องอยู่กับครอบครัว ต้องอยู่กับปัญหาที่มีอยู่เดิมหรือปัญหาเดิมที่เพิ่มขึ้นอันสืบเนื่องจากการป่วยเป็นมะเร็ง ส่งผลต่อการตัดสินใจในการเลือกวิธีปฏิบัติหรือไม่เลือกวิธีปฏิบัติ ใดๆ ดังนั้น ผู้ให้บริการด้านสุขภาพจึงควรให้โอกาสรับฟังความทุกข์เกี่ยวกับเรื่องอื่นๆ ไม่ใช่รับฟังเฉพาะทุกข์จากอาการป่วยเท่านั้น เพื่อให้บริการที่ตอบสนองความต้องการแท้จริงของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม จะพบว่านอกจากชีวิตของผู้ป่วยแล้ว ยังมีชีวิตครอบครัวมาเกี่ยวข้องด้วย ส่งผลให้บุคคลในครอบครัวพยายามปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินชีวิต เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละคนบางครอบครัวต้องปรับเปลี่ยนอาชีพและวิธีการ

หารายได้เพื่อพาผู้ป่วยไปรับการรักษา บุคคลในชุมชนที่ใกล้ชิดกับครอบครัว ก็เป็นอีกส่วนประกอบหนึ่งที่มีผลโดยตรงต่อผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยต้องใช้ชีวิตอยู่ในสังคม ชุมชน ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการแก้ปัญหา บางกรณีก็ช่วยแนะนำสถานที่ในการรักษาพยาบาล มีการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ทุกข์ที่มีของผู้ป่วยจึงเป็นทุกข์ร่วมของบุคคลใกล้ชิดนอกครอบครัวด้วยเช่นกัน บุคคลในชุมชนที่ใกล้ชิดกับครอบครัว มักมีบทบาทต่อการตัดสินใจในการเลือกรับบริการรักษาของผู้ป่วยมาก คุณภาพชีวิตด้านการเงินและสังคมชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งนั้น ผู้ป่วยต้อง ดำเนินชีวิตและเผชิญทั้งทุกข์และสุข ทุกๆด้าน เพื่อให้สามารถมีชีวิตอยู่ในสังคมของตนได้อย่างเหมาะสมเท่าที่จะสามารถทำได้ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งจะมีความเป็นอยู่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับหน้าที่ของผู้ป่วย ลักษณะของสมาชิกและเศรษฐกิจฐานะของครอบครัว มีผลต่อการตัดสินใจ และแตกต่างกันสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศุภกานต์ เตชะพงศธร และคณะ[5] ที่ศึกษาถึงคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม ระยะที่ 1-3 ที่เข้ารับการตรวจติดตามผลการรักษาที่คลินิกมะเร็งเต้านมวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2553 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2554 จำนวน 105 คน ผลการวิจัย : ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตรวมของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 87.8 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.6 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปานกลางเมื่อนำมาวิเคราะห์ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตพบว่าปัจจัยทางด้านการศึกษา และด้านรายได้มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value< 0.05)

ผู้ป่วยต้องอยู่กับครอบครัว ต้องอยู่กับปัญหาเศรษฐกิจที่รายได้น้อยลงแต่รายจ่ายเพิ่มขึ้นอันสืบเนื่องจากการป่วยเป็นมะเร็ง ส่งผลต่อการตัดสินใจในการเลือกวิธีปฏิบัติหรือไม่เลือกวิธีปฏิบัติใดๆ ดังนั้น ผู้ให้บริการด้านสุขภาพจึงควรให้โอกาสรับฟังความทุกข์เกี่ยวกับเรื่องอื่นๆ ไม่ใช่รับฟังเฉพาะทุกข์จากอาการป่วยเท่านั้น เพื่อให้บริการที่ตอบสนองความต้องการแท้จริงของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

สอดคล้องกับการวิจัยของ จันทร์จรัสจันทร์จารุพงศ์ (2554)[6]ศึกษาเรื่องการเจ็บป่วยจากมะเร็งเต้านมและการรักษาโดยเคมีบำบัดผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมากก่อให้เกิดผลกระทบต่อองค์ประกอบด้านต่างๆ ตามโครงสร้างของคุณภาพชีวิตทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณ สังคมและสิ่งแวดล้อม หรือความเป็น “องค์รวม”ของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีพฤติกรรมในการแสวงหาวิธีการดูแลรักษาตนเองเพื่อที่จะเยียวยารักษาตนเองให้หายจากโรคโดยมีแนวโน้มที่จะหันไปพึ่งความช่วยเหลือของการแพทย์ทางเลือกเสริมร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบันวิธีการดูแลรักษาจึงเป็นไปในรูปแบบของการผสมผสานการแพทย์ระบบต่างๆเพื่อเสริมหรือชดเชยส่วนที่ระบบการแพทย์อื่นขาดไปหรือไม่สมบูรณ์โดยเฉพาะการแพทย์ทางเลือกซึ่งเป็นวิธีการรักษาแบบองค์รวมให้ความสำคัญกับการพัฒนาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณและปัจจัยที่สัมพันธ์กับตัวมนุษย์มีหลักการว่าทุกส่วนของร่างกายล้วนสัมพันธ์เชื่อมโยงกันถือว่าสุขภาพจะดีได้ต่อเมื่อมีภาวะสมดุลในร่างกาย และระหว่างร่างกายกับจิตใจซึ่งในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

ข้อเสนอแนะ

1.ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 จากผลการวิจัยที่ได้ พบว่าญาติมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยไม่ถูกต้อง ไม่เข้าใจการเปลี่ยนแปลงของโรคส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยไม่ดีเท่าที่ควร หน่วยงานด้านสาธารณสุขทุกระดับควรมีการฝึกอบรมให้ความรู้เชิงลึกเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งและญาติผู้ดูแล

1.2 จากการวิจัย พบว่า การทำกิจกรรมทางสังคมของผู้ป่วยโรคมะเร็งลดลงหลังเกิดอาการเจ็บป่วย ชุมชนควรมีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมในชุมชน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมเพื่อสังคมผ่อนคลายความเครียด

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการวิจัยถึงกระบวนการพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการสนับสนุนคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาของ ผศ.ดร.นิลวรรณ อยู่ภักดี และ ดร.ศุภวรรณ พงศ์พัฒนาวุฒิ ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำตรวจสอบแบบสอบถามและแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆพร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์จนกระทั่งงานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดีผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณเพื่อนร่วมงานทุกท่านที่ให้การช่วยเหลือในการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลข้อมูลและให้กำลังใจในการวิจัยฉบับนี้ในการศึกษาครั้งนี้จะสำเร็จลงมิได้หากขาดผู้ให้ข้อมูลทุกท่านผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวิจัยมะเร็งแห่งชาติ.2556.
2. ทะเบียนราษฎร์. 2558.ที่ว่าการอำเภอน้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์.
3. Young &Longman คุณภาพชีวิตในระดับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเมลาโนมา. 1983.
4. นิยา สออารีย์. คุณภาพชีวิตและผลกระทบจากความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็ง.2555.
5. ศุภกานต์ เตชะพงศธร, ศุภดา เตชะพงศธร, วิศิษฐ์ เกษตรเสริมวิริยะ, สาธิต ศรีมันหยามาศ, วศิน โชติวานิช. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านม.2558.
6. จันทร์จรัสจันทร์ จารุพงศ์.การเจ็บป่วยจากมะเร็งเต้านมและการรักษาโดยเคมีบำบัด. 2553.

รูปแบบการส่งเสริมความร่วมมือเครือข่ายในการดำเนินงานขับเคลื่อนอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอตรอน จังหวัดหวัดอุตรดิตถ์

Model of Promoting Net work Collaboration to Implement for Driving the Sustainable Strengthening of District Disease Control under Tron District Health System in Uttaradit Province.

มาลี โชคเกิด (ส.บ.)
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์
ประภาพร มโนรัตน์ (ส.ด.)
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์

Malee Chokekerd (B.P.H)
Uttaradit Provincial Health Office
Prapaporn Manorath (Dr.PH.)
Boromarajonani College of Nursing,Uttaradit

บทคัดย่อ

การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความร่วมมือในการดำเนินงานขับเคลื่อนอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนภายใต้ระบบสุขภาพอำเภออำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์ กลุ่มตัวอย่างคือคณะกรรมการอำนวยการและคณะทำงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนภายใต้ระบบสุขภาพอำเภออำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 115 คน เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม แบบสอบถามการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และการจัดประชุมเวทีระดมความคิดเห็น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ระยะก่อนการพัฒนารูปแบบฯอำเภอตรอนเริ่มดำเนินงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอตรอนจังหวัดอุตรดิตถ์โดยการขับเคลื่อนของคณะกรรมการอำนวยการ คณะทำงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งตั้งแต่ปี 2554 เป็นต้นมาโดยดำเนินการตามแนวปฏิบัติการดำเนินงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งฯ ได้แก่ มีคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ มีระบบระบาดวิทยาในระดับอำเภอ มีการวางแผน กำกับติดตามและประเมินผลการป้องกันควบคุมโรคที่สำคัญ แต่การประสานความร่วมมือกันในลักษณะของเครือข่ายมีน้อย เนื่องจากหน่วยงานภาคีเครือข่ายขาดความตระหนักและไม่เห็นความสำคัญของความร่วมมือในการดำเนินงาน ยังคิดว่าเป็นงานของหน่วยงานสาธารณสุข อีกทั้งยังขาดแรงจูงใจในการเข้าไปทำงานร่วมกันเนื่องจากมีความสัมพันธ์ในกลุ่มและระหว่างกลุ่มระดับอำเภอน้อย และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการทำงานและเครือข่ายน้อย

รูปแบบการส่งเสริมความร่วมมือเครือข่ายในการดำเนินงานขับเคลื่อนอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนฯประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การสร้างศักยภาพเครือข่ายความร่วมมือ 2) การกำหนดนโยบายความร่วมมือ 3) การดำเนินงาน

อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน 4) การประเมินผลการดำเนินงาน ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบภายหลังการใช้ในพื้นที่เป็นระยะเวลา1ปีพบว่า คณะทำงานเครือข่ายส่วนใหญ่มีความพึงพอใจรูปแบบและผลการประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนผ่านเกณฑ์ทั้งด้านกระบวนการและผลลัพธ์การดำเนินงาน

Abstract

This Participatory Action Research aimed to create and develop promotion steering cooperation model of Disease Control Competent District under Distract Health System (DCCD/DHS) in Tron district, Uttaradit province. The population of this study was 115 persons. Data was collected by using Focus group interview and perceptive evaluation form group discussion. Analysis of the data by method of content analysis.

The result showed that before development model , Tron District has started working on DDC under TDHS since 2001 following DDC implementation process, including district committees of DC and health hazards, epidemiology system, district planning , monitoring and evaluation of prevention and control of major diseases. But district network collaboration was lack because of lack of motivation and awareness of network of DDC. Moreover, perception of some network of stakeholders were as not their role,it was role of public health officers. They also lack the incentive to work together because of lack of their relationship and loss information. Therefore, it is also driven by the health authorities and volunteers as well. Even the results of working was touched key performance last year, the diseases still occurred. So, the results do not reflect the effectiveness of disease control and health hazards clearly and not as effective as they could be .The disease still occurred.

Model of promoting collaboration to implement for driving the sustainable strengthening of DDC under TDHS were 4 components: 1) building collaboration network 2). building network policy 3) implementation the sustainable strengthening of DDC under TDHS. 4) evaluation of implementation. The results of the model using ,all networks satisfaction with the model and activities.

บทนำ

กระแสการเปลี่ยนแปลงของโลกส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิต สังคม สิ่งแวดล้อมและสุขภาพคนในสังคม เกิดโรคคุกคามสุขภาพมากขึ้นทั้งโรคที่ติดต่อและไม่ติดต่อเรื้อรัง อันเป็นผลมาจากปัจจัยทั้งทางด้านตัวบุคคลที่พร่องความรู้ ขาดความตระหนัก

เรื่องสุขภาพ และมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และปัจจัยด้านเชื้อโรคหรือเหตุให้เกิดโรคที่สามารถขยายและแพร่กระจายได้มากขึ้น ตลอดจนปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้เกิด แหล่งเชื้อโรคมากขึ้น ทั้งการเคลื่อนย้ายของประชากรสู่เมืองใหญ่ สังคมแออัด ที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อม ขยะมูลฝอยสิ่งปฏิกูลเพิ่มมากขึ้นอีกทั้งประเทศไทยถูกกำหนดให้เป็นศูนย์กลางการบินและการท่องเที่ยว จะทำให้มีการเดินทาง การติดต่อสื่อสาร การเคลื่อนย้ายแรงงานมากขึ้น [1] อาจทำให้โรคติดต่อหลายโรคแพร่ระบาดขยายวงกว้างไปในอีกหลายพื้นที่หรือไปยังอีกประเทศหนึ่ง นอกจากนี้โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และโรคมะเร็งก็เกิดการคุกคามสุขภาพมากขึ้นขยายวงกว้างไปในหลายพื้นที่จากประชาชนมีพฤติกรรมเสี่ยงอันเป็นผลกระทบจากวิถีชีวิต สังคมยุคใหม่ที่มุ่งการสร้างความมั่นคงทางวัตถุมากกว่าการสร้างสุขภาพตนเอง องค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญกับการสร้างระบบสุขภาพที่สร้างความเข้มแข็งให้กับสังคมและคนในสังคมโดยกำหนดกรอบแนวคิดระบบสุขภาพโดยระบุผลลัพธ์ของระบบสุขภาพที่สำคัญคือ การเข้าถึง ความครอบคลุม คุณภาพ ความปลอดภัยและผลสัมฤทธิ์ นอกจากจะทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้นแล้ว ยังต้องมีประสิทธิภาพ สร้างความเป็นธรรม ปกป้องคุ้มครองความเสี่ยงและตอบสนองความต้องการของประชาชนได้[2]

ประเทศไทย โดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้ตระหนักถึงความสำคัญของเครือข่ายการทำงานของอำเภอซึ่งมีผลต่อความสำเร็จหรือความล้มเหลวในการป้องกันและควบคุมโรค จึงได้กำหนดแนวทางการพัฒนากลไกในการป้องกันควบคุมโรคระดับอำเภอขึ้นและประกาศเป็นนโยบายอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2552 เป็นต้นมา อันเป็นการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันควบคุมโรคระดับอำเภอและตำบลครอบคลุมทุกพื้นที่ของอำเภอนั้น ต่อมาในปี พ.ศ.2557 กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศนโยบายการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอขึ้น (District Health System :DHS) ซึ่งเป็นการพัฒนาระบบสุขภาพที่ผสมผสานครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ เน้นการทำงานร่วมกันของภาคี เครือข่ายในระดับอำเภอ โดยมีเป้าหมายให้เกิดอำเภอสุขภาวะ กล่าวคือ สถานะสุขภาพของประชาชนดีขึ้น ประชาชนมีความสามารถประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพ และจัดการด้านสุขภาพ ตลอดจนดูแลตนเองได้ และการมีทีมสุขภาพที่ปฏิบัติงานร่วมกันอย่างเข้มแข็ง พร้อมรับมือปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป โดยมีกรอบการพัฒนาผ่านบันได 5 ขั้น ใน 6 ประเด็น (UC-CARE) ดังนี้ 1) มีคณะกรรมการจากทุกภาคส่วนและเครือข่ายที่สามารถดำเนินงานได้อย่างเป็นรูปธรรม (Unity District Health Team) 2) การมุ่งเน้นผู้รับ บริการหรือประชาชนเป็นสำคัญ (Customer Focus) 3) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน (Community participation) 4)การทำงานจนเกิดคุณค่า ทั้งกับผู้รับบริการ และตัวผู้ให้บริการเอง (Appreciation) 5)การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร (Resource sharing and human development) และ 6) การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential care) ดังนั้นใน

ปีพ.ศ.2558 กรมควบคุมโรคได้ปรับการดำเนินงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนบูรณาการไปกับการดำเนินงานภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) ผลการดำเนินงานที่ผ่านมามีผลการประเมินในภาพรวมผ่านเกณฑ์เป็นส่วนใหญ่ แต่อำเภอส่วนใหญ่ที่ผ่านเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนยังมีอุบัติการณ์การเกิดโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรายใหม่ขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผลการวิเคราะห์พบว่าบริบทของประเทศไทยมีปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ภูมิประเทศเอื้อให้เกิดโรคติดต่อเช่น ไข้เลือดออก เป็นต้น อีกทั้งปัจจัยด้านตัวก่อโรคหรือเชื้อโรคก็ขยายพันธุ์ได้ดี รวมถึงปัจจัยด้านบุคคลขาดความตระหนักเรื่องของการปกป้องดูแลสุขภาพตนเองและบุคคลในครอบครัว ชุมชนของตน มีพฤติกรรมเสี่ยงเป็นปัจจัยเสริมให้เกิดการเจ็บป่วยเป็นโรค แม้จะได้ดำเนินงานในหลายมาตรการ ผลการดำเนินงานดีขึ้นบ้างแต่ปัญหาโรคติดต่อและไม่ติดต่อเรื้อรังยังคงเป็นปัญหาของประเทศ [2]

สำหรับการดำเนินงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนของจังหวัดอุตรดิตถ์มีผลการดำเนินงานสอดคล้องกับภาพรวมของประเทศ [3] ดังผลการดำเนินงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนของอำเภอตรอนในหลายปีที่ผ่านรวมถึงปีงบประมาณ 2557 พบว่าผ่านเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนแต่ยังมีอุบัติการณ์การเกิดโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรายใหม่ขึ้นอย่างต่อเนื่อง กล่าวคือพบการระบาดของโรคติดต่อในพื้นที่ อาทิเช่น โรคไข้เลือดออก โรคมือเท้าปาก โรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ โดยเฉพาะในช่วงสิบปีหลังที่ผ่านมา ประชาชนอำเภอตรอนประสบปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกโดยพบผู้ป่วยทุกปี และบางปี พบการแพร่ระบาดโดยเฉพาะใน ปี 2549 และ2551 ที่พบอัตราป่วยมากกว่า 200 ต่อแสนประชากร และในช่วงระหว่างปี 2553 ถึงปี 2556 พบว่าอัตราป่วยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทำให้ภาครัฐต้องสูญเสียงบประมาณจำนวนมาก ทั้งนี้สาเหตุสืบเนื่องจากการรวมตัวเป็นเครือข่ายอำเภอเพื่อขับเคลื่อนงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์ มีน้อย เป็นเพียงการขับเคลื่อนโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอและพื้นที่ทำงานร่วมกับอาสาสมครสาธารณสุข(อสม.)เป็นส่วนใหญ่ ประชาชนยังขาดความตระหนักในเรื่องสุขภาพ ไม่ให้ความร่วมมือในการปกป้องตนเอง ครอบครัวและชุมชนและพบว่าในบางพื้นที่ที่ภาคีเครือข่ายทำงานร่วมกันได้ดีสามารถควบคุมโรคได้ดีกว่าพื้นในหลายพื้นที่ยังไม่ประสานความร่วมมือกันอย่างจริงจัง แม้ว่าจะมีการขับเคลื่อนกันในภาพรวมระดับอำเภอก็ตาม [4]

จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ภาคีเครือข่ายมีบทบาทสำคัญในการร่วมกันขับเคลื่อนการดำเนินงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน หากได้มีการส่งเสริมความร่วมมือในการดำเนินงานขับเคลื่อนอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์อย่างเป็นระบบทั้งระดับนโยบายและระดับผู้ปฏิบัติจะส่งผลให้เกิดการขับเคลื่อนบรรลุเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเรื่องรูปแบบการส่งเสริมความร่วมมือในการดำเนินงานขับเคลื่อนอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ อำเภอตรอน จังหวัด

อุตรดิตถ์ เพื่อให้ได้รูปแบบส่งเสริมความร่วมมือในการดำเนินงานขับเคลื่อนอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนใช้ในการดำเนินงานในพื้นที่อย่างต่อเนื่องและขยายผลในการดำเนินงานในพื้นที่อื่นๆ ต่อไป

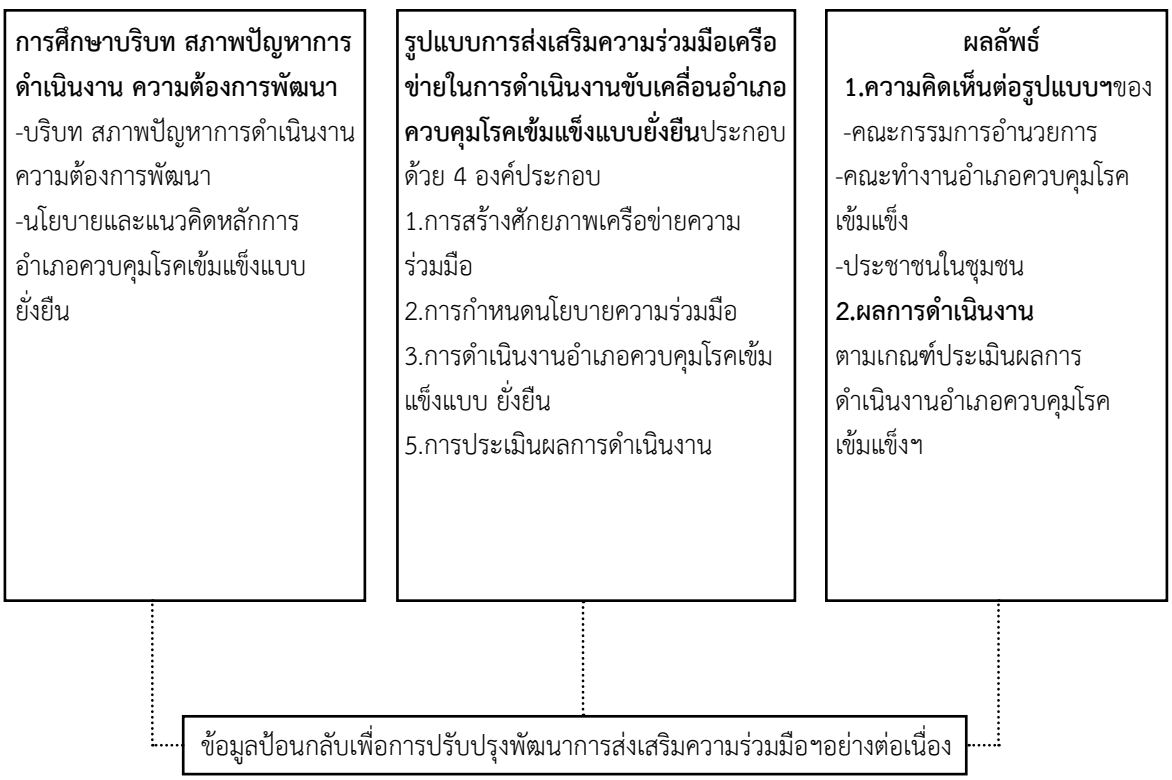
วัตถุประสงค์ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. ศึกษาบริบท สภาพปัญหาการดำเนินงานความต้องการพัฒนาการขับเคลื่อนอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ อำเภอตรอน จังหวัดหวัดอุตรดิตถ์

2. ศึกษาการใช้รูปแบบการส่งเสริมความร่วมมือเครือข่ายในการดำเนินงานขับเคลื่อนอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ อำเภอตรอน จังหวัดหวัดอุตรดิตถ์

3. ประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมความร่วมมือในการดำเนินงานขับเคลื่อนอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ อำเภอตรอน จังหวัดหวัดอุตรดิตถ์

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ดำเนินการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) คณะผู้วิจัยเลือกพื้นที่พื้นที่เป้าหมายในการวิจัยปีงบประมาณ 2558 คือ อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์ เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์การเกิดโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทุกปี และนายอำเภอตรอน และสาธารณสุขอำเภอตรอน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลตรอน มีความเต็มใจเข้าร่วมโครงการวิจัยและอาสาสมัครเป็นนักวิจัยในพื้นที่ในกระบวนการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม และมีบริบทพื้นที่คล้ายคลึงกันทั้งอำเภอ การคมนาคมสะดวก แบ่งการปกครองเป็น 5 ตำบลได้แก่ ตำบลบ้านแก่ง ตำบลข่อยสูง ตำบลวังแดง ตำบลหาดสองแคว ตำบลน้ำอ่าง รวม 47 หมู่บ้าน มีองค์การบริหารส่วนตำบล 5 แห่ง และเทศบาลตำบล 2 แห่ง

วิธีดำเนินการวิจัย เป็นการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

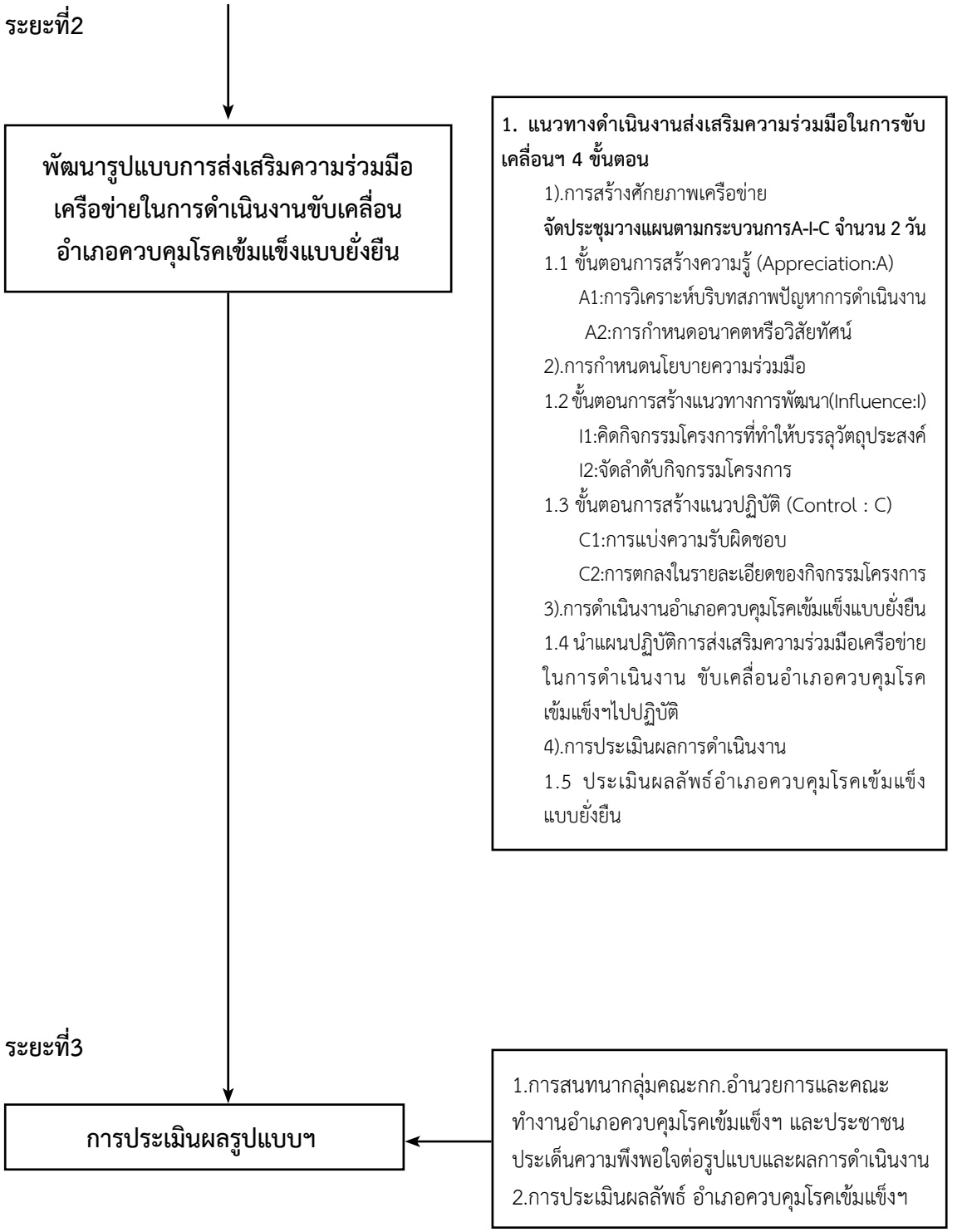
ระยะที่1

การศึกษาบริบท สภาพปัญหาการดำเนินงานความต้องการพัฒนาอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์

1.การตั้งทีมวิจัยและผู้ช่วยทีมวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่ประกอบด้วยคณะกก.อำนวยการและคณะทำงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งฯ

2.การศึกษาบริบท สภาพปัญหาการดำเนินงานความต้องการพัฒนาโดยใช้วิธีการสนทนากลุ่มและใช้แบบสอบถามการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งฯ

3.การนำเสนอผลการศึกษาระยะที่1แก่คณะกก.อำนวยการและคณะทำงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งฯโดยการจัดประชุมหารือสู่การวางแผนพัฒนาร่วมกัน



ภาพที่ 2 ระยะการวิจัย

ประชากร คือ คณะกรรมการอำนวยการ คณะทำงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 115 คน ประชาชนอายุ 20 ปีขึ้นไป อ่านออกเขียนได้ใน 5 ตำบลในอำเภอ ตรอนจังหวัดอุตรดิตถ์จำนวน 20 คน และทำการ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงคุณสมบัติดังนี้

กลุ่มตัวอย่างระยะที่ 1 ประกอบด้วย 1) กลุ่มตัวอย่างในการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับบริบท สภาพปัญหาการดำเนินงาน ความต้องการพัฒนา จำนวน 24 คน โดยสนทนากลุ่มในคณะกรรมการอำนวยการ จำนวน 12 คน 1 ครั้งและสนทนากลุ่มในคณะทำงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนฯ จำนวน 12 คน 1 ครั้ง 2) กลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามการรับรู้ข้อมูลข่าวสารอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งฯคือคณะทำงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 115 คน

กลุ่มตัวอย่างระยะที่ 2 ประกอบด้วยคณะกรรมการอำนวยการและคณะทำงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนฯ จำนวน 115 คน เพื่อเข้าประชุมเวทีระดมความคิดเห็นการสร้างและพัฒนารูปแบบฯโดยใช้กระบวนการAIC และใช้รูปแบบความร่วมมือในการดำเนินงานขับเคลื่อนอำเภอเข้มแข็งฯในปีงบประมาณ 2558

กลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 3 ประกอบด้วย 1) กลุ่มตัวอย่างในการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อรูปแบบฯจำนวน 36 คน โดยสนทนากลุ่มในคณะกรรมการอำนวยการ จำนวน 12 คน 1 ครั้ง สนทนากลุ่มในคณะทำงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนฯจำนวน 12 คน 1 ครั้ง และสนทนากลุ่มในประชาชน จำนวน 20 คน 1 ครั้ง 2) กลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบประเมินผลการดำเนินงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งฯจำนวน 5 คน ได้แก่ คณะทำงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งฯ

เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 3 ชุด ได้แก่

1. เครื่องมือในระยะที่ 1 คือ 1) แนวคำถามในการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับบริบท สภาพปัญหาการดำเนินงาน ความต้องการพัฒนา 2) แบบสอบถามการรับรู้ข้อมูลข่าวสารอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งฯคือคณะทำงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์

2. เครื่องมือในระยะที่ 2 คือ 1) ประเด็นการจัดประชุมเวทีระดมความคิดเห็น 2) แบบสังเกตกระบวนการกลุ่มของคณะกรรมการอำนวยการและคณะทำงานในระหว่างการใช้รูปแบบฯ

3. เครื่องมือในระยะที่ 3 คือ1) แนวคำถามในการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อรูปแบบการส่งเสริมความร่วมมือในการดำเนินงานขับเคลื่อนอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนฯ 2) แบบประเมินการดำเนินงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งฯ โดยแนวคำถามสนทนากลุ่มและประเด็นการจัดประชุมเวทีระดมความคิดเห็นและแบบสังเกตทดสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ผ่านเกณฑ์ คณะทีมผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย

1.ผลการศึกษาบริบท สภาพปัญหาการดำเนินงาน ความต้องการพัฒนาอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์

พบว่า อำเภอตรอนเป็นพื้นที่ราบลุ่มแม่น้ำน่านชาวบ้านส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรมปลูกข้าวเป็นส่วนใหญ่ และอาศัยอยู่รวมกันในลักษณะเครือญาติ การคมนาคมไปมาในอำเภอและเข้าตัวเมืองจังหวัดอุตรดิตถ์สะดวก การดำเนินงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์ เริ่มโดยการขับเคลื่อนของคณะกรรมการอำนวยการ คณะทำงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งตั้งแต่ปี 2554 เป็นต้นมาโดยดำเนินการตามแนวปฏิบัติการดำเนินงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งฯ ได้แก่ มีคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ มีระบบระบาดวิทยาในระดับอำเภอ มีการวางแผนกำกับติดตามและประเมินผลการป้องกันควบคุมโรคที่สำคัญ แต่การประสานความร่วมมือกันในลักษณะของเครือข่ายมีน้อยแม้ว่านายอำเภอจะให้ความสำคัญถือเป็นภารกิจสำคัญที่ต้องส่งเสริมให้ดำเนินการ แต่เนื่องจากหน่วยงานภาคีเครือข่ายต่างมีงานหลักที่หนักจึงไม่ได้ประสานงานให้เกิดผลตามเป้าหมายเท่าที่ควร รู้จักกันผิวเผิน มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการทำงานและเครือข่ายน้อย จึงขาดความตระหนักและไม่เห็นความสำคัญของความร่วมมือในการดำเนินงาน ยังคิดว่าเป็นงานของหน่วยงานสาธารณสุข อีกทั้งยังขาดแรงจูงใจในการเข้าไปทำงานร่วมกันเนื่องจากมีความสัมพันธ์ในกลุ่มและระหว่างกลุ่มระดับอำเภอน้อย ดังนั้นจึงยังเป็นการขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยหน่วยงานสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่ และประชาชนยังคงขาดความตระหนักในการปกป้องตนเองจากโรคและภัยสุขภาพ ให้ความร่วมมือในการดำเนินงานน้อย ดังนั้นแม้ว่าผลการดำเนินงานโดยการประเมินตนเองในแต่ละปีที่ผ่านมาพบว่าผ่านเกณฑ์การเป็นอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งฯก็ตาม แต่ผลการประเมินยังไม่สะท้อนประสิทธิผลการควบคุมโรคและภัยสุขภาพได้อย่างชัดเจนและไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควรเนื่องจากยังคงมีการระบาดของโรคติดต่อเช่น ไข้เลือดออก และมีผู้ป่วยรายใหม่โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้นทุกปี คณะทำงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งฯและคณะกรรมการอำนวยการมีความเห็นสอดคล้องกันคือต้องการให้มีการร่วมกันทำงานอย่างที่เชื่อมโยงสานสัมพันธ์กันใกล้ชิดมากกว่าที่เป็นอยู่มีเป้าหมายร่วมกันอย่างแท้จริง และมีการทำงานใกล้ชิดกันทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติและให้คุณค่ากันและกันตามวิถีของคนไทย ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่เป็นกรรมการอำนวยการชายอายุ 53 ปี ท่านหนึ่งว่า “ทีมทำงานมันหลวมๆ เจอกันก็คุยแต่งานแล้วแยกย้ายไป .....อยากให้ได้จูนงานจูนความคิดกันก่อนให้มั่นเหมาะ...แล้วค่อยพากันทำงานให้ได้ พบปะสังสรรค์กันบ้างก็จะดี..”

2.รูปแบบการส่งเสริมความร่วมมือเครือข่ายในการดำเนินงานขับเคลื่อนอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์

คณะผู้วิจัยใช้ข้อมูลจากการศึกษาระยะที่ 1 จากการวิเคราะห์ปัญหาที่ศึกษาจากบริบทอำเภอตรอน สภาพปัญหาการดำเนินงาน ความต้องการพัฒนา ร่วมกับการทบทวนเอกสารสู่การสร้าง และพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความร่วมมือในการดำเนินงานขับเคลื่อนอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งที่เกิดขึ้นจากกระบวนการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เครือข่ายอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งฯ ได้แก่คณะกรรมการอำนวยการ คณะทำงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งฯ ซึ่งเป็นเครือข่ายร่วมกันทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ ภาคท้องถิ่น และภาคประชาชน และทีมวิจัยพัฒนารูปแบบการดำเนินงานที่มีอยู่เดิมภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอตรอน ให้มีการเสริมสร้างพลังอำนาจของเครือข่ายอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนโดยให้เกิดความร่วมมือในการดำเนินงานขับเคลื่อนอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งมากขึ้นใน“โครงการอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ” แนวทางการส่งเสริมความร่วมมือในการดำเนินงานขับเคลื่อนอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน 4 องค์ประกอบดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 การสร้างศักยภาพเครือข่ายความร่วมมือโดยการสร้างการมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจของคณะกรรมการอำนวยการและคณะทำงานให้มีการประสานความร่วมมือเพื่อขับเคลื่อนงานอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล มีการวิเคราะห์บริบท สภาพปัญหาการดำเนินงานร่วมกัน มีการกำหนดอนาคตหรือวิสัยทัศน์ร่วมกัน และมีการประชุมปรึกษาหารือเพื่อให้เกิดเครือข่ายเข้มแข็ง

องค์ประกอบที่ 2 การกำหนดนโยบายความร่วมมือโดยการประสานจุดมุ่งหมาย มีแผนการปฏิบัติงานแบบมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนของคณะกรรมการอำนวยการและคณะทำงานให้มีการคิดกิจกรรมโครงการที่ทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ร่วมกัน มีการจัดลำดับกิจกรรมโครงการ มีการกำหนดขั้นตอนการสร้างแนวปฏิบัติ มีการแบ่งความรับผิดชอบ มีการตกลงในรายละเอียดของกิจกรรมโครงการและมีแผนปฏิบัติการร่วมกัน เพื่อให้ภาคีเครือข่ายมีนโยบายและแผนร่วมกันเป็นรูปธรรม

องค์ประกอบที่ 3 การดำเนินงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอโดยการดำเนินงานแบบความร่วมมือร่วมใจของคณะกรรมการอำนวยการขับเคลื่อนงานอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยมีการดำเนินงานตามแผนที่ได้กำหนดไว้ร่วมกันเพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามแผนและอย่างมีระบบ/มีการควบคุมกำกับติดตามต่อเนื่อง

องค์ประกอบที่ 4 การประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานโดยการประเมินแบบมีส่วนร่วมมีผลลัพธ์การดำเนินงานผ่านเกณฑ์ เครือข่ายมีความร่วมมือกัน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การดำเนินงานผ่านเกณฑ์และเครือข่ายพึงพอใจผลลัพธ์และกระบวนการดำเนินงาน

ทั้งนี้กระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในลักษณะการเป็นภาคีเครือข่ายองค์ประกอบที่1) เกิดจากกระบวนการวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม โดยมีการเสริมพลังเครือข่ายอำเภอ

ควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอตรอนที่มีนายอำเภอตรอนเป็นประธานเครือข่ายประกาศเป็นผู้นำการขับเคลื่อน มีบทบาทกระตุ้น ติดตาม กำกับ ให้คำปรึกษาเครือข่ายงานฯทุกระดับที่เป็นกรรมการอำนวยการและคณะดำเนินงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งซึ่งประกอบด้วยหัวหน้าส่วนและผู้แทนส่วนงานในที่ว่าการอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตรอน โรงพยาบาลอำเภอตรอน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หัวหน้าส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง เทศบาลตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล กำนันผู้ใหญ่บ้าน โรงเรียน วัด แกนนำชมรม/องค์กรในชุมชน และเป็นต้นแบบนักจัดการระบบและนักจัดการสุขภาพจัดเวทีเสริมสร้างพลังอำนาจระดมความสมองโดยระบบการมีส่วนร่วมวิเคราะห์สภาพปัญหาการดำเนินงานเทียบกับเป้าหมายที่ควรไปถึงสู่ องค์ประกอบที่2) การกำหนดนโยบายความร่วมมือ เพื่อก้าวข้ามอุปสรรคไปให้ถึงเป้าหมายที่ควรจะเป็นหรือตามที่เครือข่ายต้องการให้เกิดและร่วมทำบันทึกข้อตกลงการทำงานร่วมกันซึ่งเป็นการส่งเสริมความร่วมมือของเครือข่ายให้ได้แสดงออกถึงการมีส่วนร่วมคิดวิเคราะห์สภาพการดำเนินงาน เทียบกับเป้าหมายที่ต้องการ นำสู่การการกำหนดนโยบายความร่วมมือในการขับเคลื่อนงาน ซึ่งเป็นกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมที่คณะวิจัยให้ความสำคัญเพื่อให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมที่มากขึ้นและเกิดแรงผลักดันขับเคลื่อนงานจากจิตสำนึกภายในระดับบุคคล ชุมชน และอำเภอ ใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control:AIC) เปิดโอกาสให้สมาชิกได้มีโอกาสสื่อสารแลกเปลี่ยนประสบการณ์ มีการระดมสมองในเชิงสร้างสรรค์ทำให้เกิดความเข้าใจในปัญหาค้นหาวิธีแก้ วางแผนร่วมกัน และทำกิจกรรมตามแผนที่วางไว้ และในที่สุดเครือข่ายฯเกิดศักยภาพขับเคลื่อนงานตามแนวปฏิบัติของอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง องค์ประกอบที่ 3) การดำเนินงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอใน 5 องค์ประกอบคือ มีคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพ มีระบบระบาดวิทยาที่ดีในระดับอำเภอ มีการวางแผนกำกับติดตามและประเมินผลการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ มีการระดมทรัพยากรหรือการสนับสนุนงบประมาณ มีผลสำเร็จของการป้องกันควบคุมโรคที่สำคัญตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและโรคที่เป็นปัญหาพื้นที่อย่างน้อย 5 โรคขึ้นไป ซึ่งในขั้นตอนนี้มีการดำเนินงานกันอย่างเข้มแข็งโดยเครือข่ายอำเภอเข้มแข็งฯ นายอำเภอตรอนเป็นบุคคลสำคัญในการขับเคลื่อน มีบทบาทกระตุ้น ติดตาม กำกับ ให้คำปรึกษาเครือข่ายงานฯทุกระดับที่เป็นกรรมการอำนวยการและคณะดำเนินงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งซึ่งประกอบด้วยหัวหน้าส่วนและผู้แทนส่วนงานในที่ว่าการอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตรอน โรงพยาบาลอำเภอตรอน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หัวหน้าส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง เทศบาลตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล กำนันผู้ใหญ่บ้าน โรงเรียน วัด แกนนำชมรม/องค์กรในชุมชน โดยได้ดำเนินการอย่างจริงจังตลอดปีงบประมาณ 2558 สู่องค์ประกอบที่ 4) การประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานซึ่งเกิดผลสำเร็จตามเกณฑ์พัฒนาอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน

3. ผลการนำรูปแบบไปทดลองใช้ส่งเสริมความร่วมมือเครือข่ายในการดำเนินงานขับเคลื่อนอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์

ผลการประเมินภายหลังทดลองใช้รูปแบบระหว่างวันที่ 1ตุลาคม 2557– 30 กันยายน 2558 พบว่า

1) คณะทำงานเครือข่ายทั้งคณะกรรมการอำนวยการและคณะทำงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งฯและทีมวิจัยในพื้นที่มีความคิดเห็นสอดคล้องในทางเดียวกันคือมีความพึงพอใจรูปแบบทั้งด้านกระบวนการกิจกรรมการดำเนินงานและผลลัพธ์ของการดำเนินงาน

2) ผลการดำเนินงานบรรลุเกณฑ์ของการดำเนินงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนภาพใต้ระบบสุขภาพอำเภอ โดยมีคะแนนผลการประเมินครั้งที่ 1 ร้อยละ 89 ประเมินครั้งที่ 2 ร้อยละ 95 มีผลการดำเนินงานดีเด่นในระดับเขตสุขภาพที่ 2, อำเภอควบคุมโรคไข้เลือดออกดีเด่นระดับเขตสุขภาพที่ 2 และทีมเครือข่ายสุขภาพอำเภอดีเด่นระดับเขตสุขภาพที่ 2

3) ความพึงพอใจ พบว่า เครือข่ายการทำงานที่ประกอบด้วยคณะกรรมการอำนวยการ คณะทำงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง ซึ่งเป็นบุคลากรระดับนโยบายและผู้ปฏิบัติของภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการส่งเสริมความร่วมมือในการดำเนินงานขับเคลื่อนอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนฯ และมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่า รูปแบบส่งเสริมความร่วมมือฯนั้นทำให้เกิดศักยภาพการทำงานของเครือข่ายในการดำเนินงานขับเคลื่อนอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนฯ มีการประสานความร่วมมือกันของทุกเครือข่ายย่อยเป็นเอกภาพทั้งระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการรวมถึงผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานขับเคลื่อนอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งฯมี ทำงานกันอย่างเป็นระบบระหว่างเครือข่ายองค์กรภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน ทั้งในระดับแนวตั้งคือจากเครือข่ายระดับอำเภอสู่ระดับตำบลและหมู่บ้านและแนวนอนคือระหว่างเครือข่ายองค์กรภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชนทุกระดับโดยยึดเป้าหมายเป็นสำคัญ และเห็นสอดคล้องกันอีกว่า เกิดการทำงานเป็นเครือข่ายที่มีจุดมุ่งหมายร่วมกันมากขึ้น มีการให้คุณค่ากันและกัน ภายใต้วัฒนธรรมวิถีความเป็นอยู่ บริบทของคนในอำเภอตรอน เกิดการสานสัมพันธ์กันต่อเนื่อง

ดังคำกล่าวผู้ให้ข้อมูลที่เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชาย อายุ 51ปีท่านหนึ่งว่า *“ ผมพอใจกับการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นอย่างมากนี้..เราไม่ได้มาพบกันร่วมประชุมกันเพียงเพราะหน้าที่ที่ได้รับแต่งตั้ง แต่มันมากกว่านั้นคือเรามีเป้าหมายงานร่วมกันอยากมาเจอกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อให้งานเราเดินไปพร้อมๆกัน..ต่างคนต่างเห็นคุณค่ากันและกัน..แบ่งปันแนวคิดและสิ่งต่างๆที่เราจะให้หยิบยืมหรือช่วยกันได้..จะได้ไม่มีอุปสรรคในงานของเรา.. เราก็ใช้ใจเรานี่แหละต่อใจกันและกัน คุยกันทำงานกันตามประสาคนบ้านเดียวกัน อำเภอบ้านเราที่เราและลูกหลานเราอาศัยอยู่...”*

ผลลัพธ์ของการดำเนินงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งฯผ่านเกณฑ์ทั้งประสิทธิผลและประสิทธิภาพ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่เป็น

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหญิงปฏิบัติงานในรพ.สต. แห่งหนึ่ง ในระดับตำบล อายุ 48 ปี ท่านหนึ่งว่า *“ ผลงานปีนี้ดีกว่าปีที่แล้วอย่างเห็นได้ชัด แทนที่จะมาลุยๆทำอย่างเดียว เรามาหยุดคิดร่วมกันนอกรอบก่อนจะลุย ได้ร่วมตัวสร้างแนวร่วมการทำงานกันก่อน เหมือนชาร์ทแบตให้เต็มก่อนใช้น่ะ”* และผู้ให้ข้อมูลที่เป็นประธานอสม.ในตำบลแห่งหนึ่งเพศหญิงอายุ 42 ปี ท่านหนึ่งกล่าวว่า *“เมื่อก่อนรวมพลังก็ดูแกนๆ มันไม่ได้รู้จักกันจริงๆ มาฟังเขาพูดเราพูดนิดหน่อย แล้วก็แยกย้ายไป..ปีนี้ตั้งใจกันมาก นายอำเภอ และหมอสาธารณสุข โรงพยาบาล เขาจริงจัง ให้เราได้พูดได้คุย ได้ถามออกความเห็นและออกแบบงานของพวกเราได้ ..เครือข่ายมันเข้าใจกัน มีจุดหมายร่วมกัน ทุกคนทุกเครือข่ายได้รับประโยชน์จากการทำงานนี้ทั้งนั้น คือคนอำเภอเราสุขภาพดี มีเวลาทำมาหากิน มีเงินใช้ อันเป็นเป้าหมายของในทุกเครือข่ายที่มารวมตัวกันเพื่อคนทั้งอำเภอ..”*

โดยสรุป จะเห็นว่ารูปแบบการส่งเสริมความร่วมมือในการดำเนินงานขับเคลื่อนอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนภายใต้ระบบสุขภาพอำเภออำเภอตรอนนี้มีประสิทธิภาพคือความประหยัด คือประหยัดต้นทุน/ทรัพยากร ในการดำเนินกิจกรรมป้องกันควบคุมโรค รวมทั้งมีความทันเวลาในการดำเนินกิจกรรม และมีประสิทธิผลคือการดำเนินงานบรรลุตามวัตถุประสงค์/เป้าหมายที่ได้คาดหวังไว้ โดยเฉพาะข้อค้นพบจากการสนทนากลุ่มดังกล่าวข้างต้นสามารถกล่าวได้ว่าความสำเร็จของรูปแบบนี้เป็นผลมาจากการการผสานจุดมุ่งหมายของงานเข้าด้วยกัน การให้คุณค่ากันและกัน บนพื้นฐานของวิถีชุมชนตามบริบทสังคมอำเภอ ตรอน

สรุปและอภิปรายผล

1.ผลการศึกษาบริบท สภาพปัญหาการดำเนินงาน ความต้องการพัฒนาอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนภายใต้ระบบสุขภาพอำเภออำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์

จากการศึกษาพบว่าบริบทอำเภอตรอนเป็นอำเภอใหญ่มีพื้นที่ราบลุ่มแม่น้ำน่านชาวบ้านส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม อยู่รวมกันในลักษณะเครือญาติ มีการสืบสานประเพณีวัฒนธรรมท้องถิ่นดั้งเดิมของตนเอง การคมนาคมไปมาในอำเภอและเข้าตัวเมืองจังหวัดอุตรดิตถ์สะดวก และอำเภอตรอนเริ่มดำเนินงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์โดยการขับเคลื่อนของคณะกรรมการอำนวยการ คณะทำงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งตั้งแต่ปี 2554 เป็นต้นมาโดยดำเนินการตามแนวปฏิบัติการดำเนินงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งฯ แต่การประสานความร่วมมือกันในลักษณะของเครือข่ายมีน้อยเนื่องจากหน่วยงานภาคีเครือข่ายขาดความตระหนักและไม่เห็นความสำคัญของความร่วมมือในการดำเนินงาน ยังคิดว่าเป็นงานของหน่วยงานสาธารณสุข อีกทั้งยังขาดแรงจูงใจในการเข้าไปทำงานร่วมกันเนื่องจากมีความสัมพันธ์ในกลุ่มและระหว่างกลุ่มระดับอำเภอน้อย ดังนั้นจึงยังเป็นการขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยหน่วยงานสาธารณสุขและอาสาสมัคร แต่ผลการประเมินยังไม่สะท้อนประสิทธิผลการควบคุมโรคและภัยสุขภาพได้อย่างชัดเจนและไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควรเนื่องจากยังคงมีการระบาดของโรคติดต่อเช่น ไข้เลือดออก และมีผู้ป่วยรายใหม่โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้นทุกปี เครือข่าย

อำเภอควบคุมโรคฯต้องการให้มีการหนุนเสริมการทำงานร่วมกันให้มากขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องจากการรวมตัวกันทำงานทั้งอำเภอเป็นเครือข่ายใหญ่นั้น การทำงานร่วมกันยังประสานกันได้ไม่ทั่วถึงและต่อเนื่องเลยส่งผลให้การทำงานเกิดการแยกส่วนปฏิบัติ ไม่เกิดพลังเครือข่ายในการขับเคลื่อนงานอย่างเต็มที่ นอกจากนี้อาจเนื่องจากบริบทของอำเภอตรอนเป็นที่ราบลุ่มแม่น้ำเหมาะกับการทำการเกษตรประกอบกับฝนตกชุกในหน้าฝนจึงเกิดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงง่ายส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกได้ ซึ่งกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้ให้ความสำคัญถึงพลังเครือข่ายการทำงานของอำเภอว่ามีผลต่อความสำเร็จหรือความล้มเหลวในการป้องกันและควบคุมโรค ดังนั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายให้เกิดศักยภาพหรือความร่วมมือในการขับเคลื่อนงานของเครือข่ายให้สำเร็จจึงเป็นสิ่งสำคัญ

2. ผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความร่วมมือเครือข่ายมือในการดำเนินงานขับเคลื่อนอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์ และนำรูปแบบไปสู่การปฏิบัติ

รูปแบบการส่งเสริมความร่วมมือเครือข่ายในการดำเนินงานขับเคลื่อนอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนฯประกอบด้วยปัจจัยความสำเร็จ 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การผสานจุดร่วม 2) การให้คุณค่ากันและกัน 3) การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น 4) การสานสัมพันธ์ และแนวทางการส่งเสริมความร่วมมือในการดำเนินงานขับเคลื่อนฯ 4 ระยะได้แก่ 1) การสร้างศักยภาพเครือข่ายความร่วมมือ 2) การกำหนดนโยบายความร่วมมือ 3) การดำเนินงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนฯ 4) การประเมินผลการดำเนินงาน เป็นรูปแบบการส่งเสริมความร่วมมือในการดำเนินงานขับเคลื่อนอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการใช้ข้อมูลจากการศึกษาระยะที่ 1 จากการวิเคราะห์ปัญหาที่ศึกษาจากบริบทอำเภอตรอน สภาพปัญหาการดำเนินงาน ความต้องการพัฒนา ร่วมกับการทบทวนเอกสารสู่การสร้างและพัฒนารูปแบบกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมและนำเข้าสู่เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control:AIC) ให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมที่มากขึ้นและเกิดแรงผลักดันขับเคลื่อนงานจากจิตสำนึกภายในซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเรื่องเทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) ซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้มีโอกาสสื่อสารแลกเปลี่ยนประสบการณ์ มีการระดมสมองในเชิงสร้างสรรค์ ทำให้เกิดความเข้าใจในปัญหาค้นหาวิธีแก้ วางแผนร่วมกัน และทำกิจกรรมตามแผนที่วางไว้ สอดคล้องกับผลการวิจัยของวิทูลย์ สุธรรมมา [5] ที่ทำการประเมินโครงการอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน จังหวัดมุกดาหาร พบว่า การดำเนินงานโครงการอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน ทำให้อัตราป่วยด้วยโรคติดต่อที่สำคัญลดลง ประชาชนในหมู่บ้านชุมชน มีความรู้ ความเข้าใจในการควบคุมและป้องกันโรคมากขึ้น ทีม SRRT สามารถควบคุมโรคได้ทันเวลา ไม่เกิดการแพร่ระบาด จึงเป็นโครงการที่ดีเป็นการแก้ไขปัญหาที่ยั่งยืนจึงควรดำเนินโครงการนี้ต่อไป และเป็นการทำงานเป็นขั้นเป็นตอน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี

ตามที่ตั้งไว้ และเกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนได้ (ชัยวัฒน์ รัตนวงค์และคณะ) [6] ซึ่งได้แนวปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจของเครือข่ายอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนลงสู่การปฏิบัติจริงในปีงบประมาณ 2558 ใน “โครงการอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ” เกิดความร่วมมือในการขับเคลื่อนงานร่วมกันอย่างเป็นระบบและสอดคล้องกับบริบทของอำเภอตรอนที่มีการรวมตัวกันในวิถีของชุมชนเดิมและความต้องการการพัฒนาของเครือข่ายอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์

3. ผลการประเมินรูปแบบการส่งเสริมความร่วมมือเครือข่ายในการดำเนินงานขับเคลื่อนอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์ ผลการประเมินรูปแบบภายหลังการใช้ในพื้นที่เป็นระยะเวลา1ปีพบว่า 1) คณะทำงานเครือข่ายทั้งคณะกรรมการอำนวยการและคณะทำงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งฯและทีมวิจัยในพื้นที่มีความคิดเห็นสอดคล้องในทางเดียวกันคือมีความพึงพอใจรูปแบบทั้งด้านกระบวนการกิจกรรมการดำเนินงานและผลลัพธ์ของการดำเนินงาน และ 2) ผลการดำเนินงานบรรลุเกณฑ์ของการดำเนินงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน 3) ประชาชนพึงพอใจในการดำเนินงานและมีส่วนร่วมในการควบคุมโรคมากขึ้น ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า รูปแบบมีทั้งประสิทธิภาพและประสิทธิผลคือ งานการขับเคลื่อนอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอตรอนในครั้งนี้ได้รับการกระตุ้นเสริมพลังอำนาจให้เกิดความร่วมมือในการขับเคลื่อนงานมากขึ้นโดยเน้นการสร้างพลังเครือข่ายความร่วมมือ ปลูกจิตสำนึกของคณะเครือข่ายการทำงานในทุกระดับร่วมกัน เกิดการสร้างศักยภาพอย่างต่อเนื่องจนงานบรรลุจุดมุ่งหมาย ดังจะเห็นได้จากผู้บริหารระดับสูงในระดับอำเภอคือนายอำเภอตรอนให้ความสำคัญเป็นผู้นำการขับเคลื่อนงาน กระตุ้นหนุนเสริมให้ภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ องค์กรปกครองปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาชนทำงานอย่างเต็มศักยภาพ ในทุกขั้นตอนของการทำงานโดยเน้นการผสานจุดมุ่งหมายหรือประโยชน์ร่วมกัน การให้คุณค่ากันและกัน การทำงานตามแบบวิถีคนไทย การสานสัมพันธ์แลกเปลี่ยนเรียนรู้อันเป็นการพัฒนาศักยภาพการขับเคลื่อนงานให้เกิดผลสำเร็จ อีกทั้งยังเป็นต้นแบบของการมีสุขภาพดี และให้ความสำคัญกับการประสานนโยบายอำเภอสุขภาพดีทั้งในระดับเขตบริการสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์สู่การขับเคลื่อนอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอด้วยสอดคล้องกับผลการถอดบทเรียนแนวปฏิบัติที่ดีของการดำเนินงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งอำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ที่พบว่าความสำเร็จของการขับเคลื่อนอำเภอเข้มแข็งเกิดจากการสร้างทีมให้เป็นเครือข่ายที่เข้มแข็งมีศักยภาพสูงในการทำงานประกอบกับภาวะผู้นำของนายอำเภอประธานเครือข่ายขับเคลื่อนงานจะสร้างพลังให้งานสำเร็จ” (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข) [7] และสอดคล้องกับที่ไฮกาส และชูเมคเกอร์ (Hyrkas K, Shoemaker M.) [8] กล่าวว่าการสนับสนุนจากภาคีเครือข่าย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะทำให้บุคคลอุทิศตนเพื่อการมีส่วนร่วม

ที่ดี และยังสอดคล้องอุทัยวรรณ กาญจนกามล [9] ที่กล่าวไว้ว่า การสร้างชุมชนให้เข้มแข็งต้องเสริมสร้างจากข้างในด้วยมุมมองที่สดใสและสินทรัพย์ของชุมชน ดังนั้นการส่งเสริมความร่วมมือระหว่างหน่วยงานหลักและภาคีเครือข่ายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับนโยบายและปฏิบัติการในการดำเนินการขับเคลื่อนการดำเนินงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนให้สำเร็จนั้นจึงเป็นสิ่งสำคัญและเป็นการบูรณาการงานเชิงพื้นที่ที่ส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์ที่เกิดประโยชน์ต่อประชาชนและชุมชนอย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะต่อการนำรูปแบบไปใช้

1.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ควรส่งเสริมสนับสนุนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอตรอนและเครือข่ายในการใช้รูปแบบการส่งเสริมความร่วมมือในการดำเนินงานขับเคลื่อนอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์อย่างต่อเนื่อง

2.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ควรนำรูปแบบไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อำเภออื่นในจังหวัดอุตรดิตถ์ที่มีสภาพปัญหาคล้ายคลึงกัน

3.กรมควบคุมโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรได้ขยายผลโดยส่งเสริมให้นำรูปแบบไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นๆเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนภายใต้ระบบสุขภาพอำเภออย่างมีประสิทธิผลและประสิทธิภาพในพื้นที่อื่นๆต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1 ชุติกาญน์ หฤทัยและอุไรพร จันทะอุ่มเม้า. ทิศทางบริการพยาบาลไทยเพื่อก้าวสู่ประชาคมอาเซียน: 2555.

2 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก. คู่มือการพัฒนาองค์กรที่มีสมรรถนะสูงในการ ป้องกันควบคุมโรคและ ภัยสุขภาพระดับจังหวัด. พิษณุโลก: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก;2558.

3 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์. รายงานสรุปผลการดำเนินงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง แบบยั่งยืนจังหวัดอุตรดิตถ์. อุตรดิตถ์ : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์; 2557.

4 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตรอน. รายงานสรุปผลการดำเนินงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนอำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์.อุตรดิตถ์: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์; 2557.

5 วิทูลย์ สุธรรมมา. การประเมินโครงการอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน จังหวัดมุกดาหาร. ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต.บัณฑิตวิทยาลัย. อุบลราชธานี : มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี; 2557.

6 ชัยวัฒน์ รัตนวงค์และคณะ. รูปแบบการจัดกิจกรรมสิ่งแวดล้อมสร้างสรรค์เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตผู้ต้องขังสูงอายุ : กรณีศึกษาเรือนจำจังหวัดอุตรดิตถ์.

ปริญญาปรัชญาดุษฎี บัณฑิตสาขาสิ่งแวดล้อมศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย. อุตรดิตถ์: มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์; 2558.

7 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. วารสารผลงานเด่นของอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนปี 2557-2558. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2559.

8 Hyrkas K, Shoemaker M. Changes in the preceptor role: re-visiting preceptors'perceptions of bene fits, reward, support and commit ment to the role. Journal of Advance Nursing.2007;60(5): 513-24.

9 อุทัยวรรณ กาญจนกามล. การใช้ชุมชนเป็นฐานการพัฒนา. เอกสารประกอบการนำเสนอผลงานวิชาการในการประชุมวิชาการส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 20 ศูนย์ประชุมพีท พัทยา. 2556.

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องลงพิมพ์

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี ยินดีรับบทความวิชาการหรือรายงานผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับงานป้องกันควบคุมโรค โดยเรื่องที่ส่งมาต้องไม่เคยตีพิมพ์ หรือกำลังรอพิมพ์ในวารสารอื่น ทั้งนี้ ขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานแก้ไข และพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง มีคำแนะนำดังนี้

1. บทความที่ส่งลงพิมพ์ความยาวไม่เกิน 12 หน้า

นิพนธ์ต้นฉบับ	การเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับดังนี้ “บทคัดย่อ บทนำ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิจารณ์ กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง”
รายงานผลการปฏิบัติงาน	ประกอบด้วย “บทคัดย่อ บทนำ วิธีการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน วิจารณ์ กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง”
บทความฟื้นฟูวิชาการ	ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสิ่งที่ตรวจพบใหม่ หรือเรื่องที่น่าสนใจที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทวิเคราะห์สถานการณ์โรค ประกอบด้วย “บทคัดย่อ บทนำ ความรู้ /ข้อมูลที่นำมาเขียน วิจารณ์ หรือวิเคราะห์สรุป เอกสารอ้างอิงที่ทันสมัย”
ย่อเอกสาร	ย่อบทความภาษาต่างประเทศหรือภาษาไทยที่ตีพิมพ์ไม่เกิน 2 ปี

2. การเตรียมบทความเพื่อลงตีพิมพ์

2.1 ชื่อเรื่อง ควรสั้นกะทัดรัดได้ใจความครอบคลุมและตรงกับวัตถุประสงค์ และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.2 ชื่อผู้เขียน มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช้คำย่อ) พร้อมทั้งอภิปรายต่อท้ายชื่อและสถาบันที่ทำงานอยู่ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.3 เนื้อเรื่อง ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และภาษาที่เข้าใจง่าย สั้นกะทัดรัด และชัดเจน หากใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน

2.4 บทคัดย่อ การย่อเนื้อหาสำคัญ เอาเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุม เป็นประโยคสมบูรณ์และเป็นร้อยแก้ว ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด และมีส่วนประกอบคือ วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา และวิจารณ์หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิง บทคัดย่อมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.5 บทนำ อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัยศึกษา ค้นคว้าของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.6 วิธีการศึกษา อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกสุ่มตัวอย่างและการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล หรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์

2.7 ผลการศึกษา อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์, ให้เขียนคำอธิบายไว้บนตารางแสดงผล

2.8 วิจารณ์ ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือผลการดำเนินงานของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

2.9 สรุป (ถ้ามี) ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับการวิจัย (สรุปให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.10 เอกสารอ้างอิง

1) ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ Vancouver 2003

2) การอ้างอิงเอกสารใด ให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถยกเป็นหมายเลข โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อตามลำดับ แต่ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม

3) เอกสารอ้างอิงหากเป็นวารสารภาษาอังกฤษให้ใช้ชื่อย่อวารสารตามหนังสือ Index Medicus การใช้เอกสารอ้างอิงไม่ถูกแบบจะทำให้เรื่องที่ส่งมาเกิดความล่าช้าในการพิมพ์ เพราะต้องมีการติดต่อผู้เขียนเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมครบตามหลักเกณฑ์

3. รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์นี้ได้รวบรวมรูปแบบการอ้างอิงเอกสารระบบ Vancouver 2003 ทั้งหมด 5 ประเภท และตัวอย่าง ดังนี้

1. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวารสาร

1.1 การอ้างอิงจากวารสารที่ได้มาตรฐานทั่วไป

รูปแบบพื้นฐาน: ชื่อผู้นิพนธ์ (Author). ชื่อเรื่อง (Title). ชื่อย่อวารสาร (Title of Journal) ปีที่ตีพิมพ์ (Year); ปีที่วารสาร (Volume) เล่มที่ (Issue number): หน้า (Pages).

ตัวอย่าง Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. N Engl J Med. 2002; 347(4):284-7.

นภา วงษ์ศิลป์. ลักษณะทางระบาดวิทยาและแนวโน้มของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ป่วยด้วยวัณโรคในประเทศไทย. วารสารควบคุมโรค. 2547; 30: 363-71.

1.2 กรณีที่ผู้นิพนธ์เป็นหน่วยงานหรือคณะบุคคล

ตัวอย่าง Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. Hypertension. 2002; 40(5):679-86.

1.3 กรณีที่ไม่มีชื่อผู้นิพนธ์

ตัวอย่าง World Health Organization. Global Tuberculosis control: Surveillance, planning inancing: WHO Report 2006. Geneva: WHO; 2006

ข้อสังเกต

- การอ้างอิงเป็นภาษาไทย ให้ใส่ชื่อผู้นิพนธ์ก่อนนามสกุล
- ชื่อเฉพาะอักษรตัวแรกให้ใช้ตัวพิมพ์ใหญ่
- ชื่อวารสารที่เป็นชื่อย่อ ต้องเป็นไปตามที่กำหนดไว้ใน Index Medicus สามารถค้นจาก http://www.nlm.nih.gov
- วารสารภาษาไทยนิยมใช้ชื่อเต็มของวารสาร
- เลขหน้าการอ้างอิงใช้ตัวเต็มสำหรับหน้าแรกและตัวย่อสำหรับหน้าสุดท้าย เช่น 548-52

2. เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือ

2.1 การอ้างอิงจากหนังสือ

รูปแบบพื้นฐาน: ชื่อสกุลผู้นิพนธ์ อักษรย่อชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อหนังสือ. พิมพ์ครั้งที่. ชื่อเมือง: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง Murray PR. Medical microbiology. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.

Finney JD. Probit Analysis. 3rd ed. Cambridge. The University Press. 1971.

เกษม วัฒนชัย. การดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูง (Clinical management of essential hypertension). กรุงเทพ: พัฒนาศึกษา; 2532.

ข้อสังเกต

- กรณีที่มีผู้นิพนธ์ร่วมมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก ตามด้วย et al. หรือ และคณะ
- การอ้างอิงเป็นภาษาไทย ให้ใส่ชื่อผู้นิพนธ์ก่อนนามสกุล

2.2 หนังสือที่ผู้เขียนเป็นบรรณาธิการผู้รวบรวม หรือประธาน

ตัวอย่าง Gilstrap LC, Cunningham FG, VanDorsten JP, editors. Operative obstetrics. 2nd ed. NewYork: McGraw-Hill; 2002.

ชิษณุ พันธ์เจริญ, ทวี โชติพิทยสุนนท์, อุษา ทิสยากร, บรรณาธิการ.โรคเอดส์ในเด็ก. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: 2545. หน้า 349-66.

2.3 หนังสือที่มีผู้นิพนธ์เป็นหน่วยงานและเป็นผู้พิมพ์

ตัวอย่าง Institute of Medicine (US). Looking at the future of the Medicaid program. Washington: The Institute; 1992.

กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ เด็กและผู้ใหญ่ในประเทศไทยปี พ.ศ.2545. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์การศาสนา; 2545.

2.4 เอกสารอ้างอิงเป็นบทหนึ่งในหนังสือ

ตัวอย่าง Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

อนุพงศ์ ชิตวรากร. Sexually Transmitted Diseases.ใน: ปรียา กุลละวณิชย์ และประวิตร พิศาลบุตร, บรรณาธิการ. Dermatology 2000. กรุงเทพมหานคร: บริษัทโฮลิสติกพับลิชชิ่งจำกัด; 2543. หน้า 361 - 4.

2.5 เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม (Conference process)

ตัวอย่าง ทองกร ยัณรังสี, ราตรี ศิริศรีตรีรักษ์, ลีซ่า กันธมาลา, พรทิพย์ ยุกตานนท์, ศิริวรรณ สร้อยทรัพย์, ศิริกุล ลพสุนทร, สุพัตรา อารมณ์สวะ, บรรณาธิการ. นโยบายและการดำเนินการดูแลหญิงหลังคลอดและครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวี. การสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 9: 7-9 กรกฎาคม 2546; ณ อิมแพ็ค เมืองทองธานี จ.นนทบุรี. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์การศาสนา; 2546.

Sophie treleaven. Importance and epidemiology of Haemophilus influenzae type b. เอกสารประกอบการสัมมนาวิชาการสรุปผลโครงการศึกษาสถานการณ์การติดเชื้อ Hib. ณ โรงแรม เวลคัมพัทยา จังหวัดชลบุรี. 22 มีนาคม 2545.

Watanaveeradej V, Tovanabutra S, Carr JK, Benenson MW, et al. Full genome sequences of five different HIV-1 recombinants between subtype B and CRFO1_AE from Southeast Asia. The 1st IAS Conference on HIV Pathogenesis and treatment. Buesnos Aires, Argentina. July 8-11, 2001. (Abstract No 146).

3. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์

รูปแบบพื้นฐาน : ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง [วิทยานิพนธ์]. ชื่อเมือง. ชื่อมหาวิทยาลัย; ปี.

ตัวอย่าง Silpakit C. A study of common mental disorders in primary care in Thailand [Ph.D. thesis]. London: University of London; 1998.

จิตต์ลัดดา สุภานันท์. การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการเกิดแผลฝ่าเท้าของผู้ป่วยโรคเรื้อนสถานสงเคราะห์โรคเรื้อนพระประแดง จ.สมุทรปราการ. [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต] สาธารณสุขศาสตร์ สาขาสุขศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล; 2539.

4. การอ้างอิงจากสื่ออิเลคทรอนิกส์

4.1 วารสารในรูปแบบอิเลคทรอนิกส์

รูปแบบพื้นฐาน: ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร ปี; ปีที่วารสาร: [จำนวน screens หรือ จำนวนย่อหน้า] [ประเภทของวัสดุ]. ที่มา: แหล่งสารสนเทศ [วันเดือนปีที่ค้นเอกสาร].

ตัวอย่าง CDC. Update: Outbreak of Severe Acute Respiratory Syndrome - Worldwide, 2003 [online]. MMWR 2003; 52: 241-8. Available from: http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5212a1.htm

World Health Organization. Yellow Fever Fact Sheet, WHO Fact Sheets, No.100. August 1999 [online]. Available from: http://www.health.fgov.be/WHI3/krant/krantarch2001/kranttekstdec1/011217m02who.htm [2003 Sep 10]

4.2 วารสารจากซีดีรอม (CD-ROM)

รูปแบบพื้นฐาน: ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อย่อวารสาร[serial on CD-ROM]. ปี; ปีที่วารสาร: หน้า.

ตัวอย่าง สำนักโรคไข้หวัดใหญ่ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ชุด CD คู่มือการฝึกซ้อมแผนชนิดบนโต๊ะ Tabletop Exercise) เพื่อเตรียมความพร้อมรับการระบาดใหญ่ของโรคไข้หวัดใหญ่ ระดับจังหวัด. [serial on CD-ROM]. 2549.

5. เอกสารอ้างอิงในรูปแบบอื่น

5.1 บทความจากหนังสือพิมพ์

รูปแบบพื้นฐาน: ชื่อผู้เขียน. ชื่อบทความ. ชื่อหนังสือพิมพ์ ปีที่พิมพ์ วัน เดือน ปี; section (ถ้ามี): (คอลัมน์).

ตัวอย่าง Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. The Washington Post 1996 Jun 21; Sect. A: 3 (col.5).

5.2 เอกสารอ้างอิงจากสื่อโสตทัศน์

รูปแบบพื้นฐาน: ผู้จัดทำ, หน้าที่รับผิดชอบ. ชื่อเรื่อง [ชนิดสื่อ]. ชื่อเมือง: แหล่งผลิตหรือผู้เผยแพร่; ปีที่ผลิต.

ตัวอย่าง พจน์ สารสิน, ผู้พูด. ความอยู่รอดของเศรษฐกิจไทย [บทวิทยุ]. กรุงเทพมหานคร: สถานีวิทยุกระจายเสียงแห่งประเทศไทย; 13 เมษายน 2520.

6. การส่งต้นฉบับ

การส่งเรื่องตีพิมพ์ให้ส่งต้นฉบับ 2 ชุด โดยใช้กระดาษขนาด A4 และแผ่น CD พร้อมระบุชื่อ File ถึงกลุ่มพัฒนาวิชาการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จ.อุบลราชธานี หรือที่ E-mail address: salt_dpc7@hotmail.com และแจ้งการส่งต้นฉบับทางโทรศัพท์หมายเลข 0 4524 2226