

สรุปประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากงานประจำงานวิจัย (R2R) ครั้งที่ 7

“เสริมพลัง สร้างคุณภาพ ผู้สุขภาพะ”

วันที่ 23 - 25 กรกฎาคม 2557

ณ ชั้น 2 อาคารศูนย์การประชุมอิมแพ็ค ฟอรั่ม เมืองทองธานี

แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากผลงาน R2R ดีเด่น เรื่อง “พลังใจ พลังคน สร้างชุมชนผู้สุขภาพะที่ยั่งยืน”

ห้องย่อย Sapphire 205 เวลา 13.00 – 16.00

วันพุธที่ 23 กรกฎาคม 2557

คุณรวีวรรณ ปัญจมนัส

โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ วัดไร่ขิง

โดย คุณวันรพี สมณช่างเผือก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8 อุดรธานี จ.อุดรธานี  
ผู้นำสนทนา ดร.นพ.ไพโรจน์ เสาน่วม สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ  
(สสส.)

ผศ.นิวัต อุณหพันธ์ุ ศูนย์วิจัยและฝึกอบรมบึงบอระเพ็ด มหาวิทยาลัยมหิดล  
วิทยาเขตนครสวรรค์

ผู้ร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงานจากการวิจัยจากงานประจำ

1. คุณอังคณา ว่างทอง รพ.หนองจิก
2. คุณสุมาลี คมขำ รพ.ค้อวัง
3. คุณพนาวรรณ ไม้ตรี รพ.ยุพราชคณาพนม
4. คุณวันรพี สมณช่างเผือก สำนักงานหลักประกันสุขภาพ เขต 8

การมีส่วนร่วมของชมรมในการเสริมพลังในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช อ.หนองจิก จ.ปัตตานี

โดยคุณอังคณา ว่างทอง

เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการเสริมพลังในการดูแลผู้ป่วยจิต  
เภทในชุมชน จำนวน 50 คน ที่เป็นแกนนำในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยเน้นการมีส่วนร่วม ระหว่าง  
ศูนย์เชี่ยวชาญฟื้นฟูสุขภาพจิต ภายภาพบำบัด โรงพยาบาล เทศบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แกน  
นำชุมชน โดยใช้หลักการการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ กับภาคประชาชนในพื้นที่ เสริมพลังสร้าง  
เครือข่าย ดัดอาวุธทางปัญญา กำหนดบทบาทหน้าที่ กำหนดแผนงานการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับ  
เครือข่าย พัฒนาศักยภาพ หากลดไกลทางสังคมในการป้องกัน ส่งเสริม ดูแลรักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพ

ผู้ป่วยจิตเภท เชื่อมโยงระหว่างพื้นที่ กับโรงพยาบาล หรือรพ.สต. มีการทำงานเป็นทีมใช้กลไกการมีส่วนร่วม มีกิจกรรมทั้งหมด 7 กิจกรรม โดยแบ่งออกเป็น 3 วงจร ใช้ two way communication ระหว่างภาครัฐ ภาคประชาชน และผู้คนในพื้นที่ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการ และพิจารณาระบบงานให้เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่

**ผลการศึกษา** มี 2 ส่วน คือข้อมูลทั่วไปส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 25 – 34 ปี นับถือศาสนาอิสลาม สถานภาพสมรส คู่ ระดับการศึกษา มัธยมศึกษา อาชีพรับจ้าง สถานภาพทางสังคม เป็น อสม. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน จาก 7 กิจกรรม สรุปได้เป็น 3 วงจร วงจรที่ 1 เชื่อมโยงสายใย เป็นการถ่ายทอด เจตนคติ ความคิด ความรู้สึก ของแกนนำชุมชน ที่มีต่อผู้ป่วย วงจรที่ 2 ร้อยใจร่วมกัน เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ และการดูแลในชุมชน วงจรที่ 3 ผูกพันต้องใจ เป็นการค้นหาการมีส่วนร่วม โดยชุมชนร่วมคิดร่วมทำ ร่วมเป็นเจ้าของ ผลที่ได้คือ เกิดรูปแบบ เครือข่าย การดูแลแบบสหวิชาชีพ โดยเน้นกิจกรรม Plan Do Check Act แล้วนำมาทำ CQI อย่างต่อเนื่องไม่สิ้นสุด ปรับปรุงเรื่อย ๆ ชุมชนชาวบ้านเกิดความตระหนัก เข้าใจการดูแลสุขภาพของตนเองและผู้อื่น เกิดระบบการขับเคลื่อน การเสริมพลังดูแล การมีส่วนร่วมของเครือข่าย มีการแบ่งบทบาทหน้าที่ มีทั้งหมด 5 ด้าน คือ ด้านสุขภาพ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านอาชีพ ด้านจิตวิญญาณ ความเชื่อ และด้านการศึกษา โดยมีเป้าหมายให้คนไข้ 1 คนได้เข้าถึงระบบนี้ได้ดีที่สุด โดยมอบให้ รพ.สต. เป็น Case manager ประเมินภาวะสุขภาพทั่วไป ประสานงานเครือข่าย ให้ความรู้ในส่วนที่ขาด เติมเต็มในส่วนที่มีอยู่ ประเมินคุณภาพชีวิต ส่วนอสม. ดูแลเรื่องประสานงานกับเครือข่าย ร่วมติดตามเยี่ยมบ้านกับพยาบาล นอกจากนี้ยังช่วยเป็นกระบอกเสียงให้กับทีม ส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีเป้าหมายหลักในการดูแลด้านอาชีพ เนื่องจากเขามีงบประมาณสนับสนุนอยู่ เรื่องสิทธิของผู้ป่วยและครอบครัว ส่งเสริมความมีคุณค่าของผู้ป่วยและครอบครัว จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผู้นำศาสนาดูแลเรื่องความเชื่อ จิตวิญญาณ เนื่องจากคนไข้จิตเภท จะรักษาทางไสยศาสตร์มากกว่าทางวิทยาศาสตร์ จึงต้องนำผู้นำศาสนามามีส่วนร่วมในการสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง เพราะว่า เมื่อไปมัสยิด มีโต๊ะอิหม่ามให้ความรู้ หรือเมื่อไปวัดจะมีพระให้ความรู้ เพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนักในการรักษาผู้ป่วย ส่วนแกนนำครอบครัวจิตอาสา ดูแลเยี่ยมบ้าน เข้าถึงสิทธิ เมื่อพบปัญหาให้ประสานระหว่างภาครัฐ กับภาคประชาชน ด้านความครอบคลุม พบว่า ตั้งแต่ปี 2549 ผู้ป่วยเข้าถึงบริการสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ จนเห็นได้ชัด ปัญหาอุปสรรค คือ จังหวัดปัตตานี ตกอยู่ในสถานการณ์ใต้ ทำให้อำเภอ มี 12 ตำบล 15 รพ.สต. 1 PCU 1 โรงพยาบาลค่าย ทำให้การเข้าถึง หรือการเข้ามามีส่วนร่วมค่อนข้างยาก ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน

**บทเรียนที่ได้รับ** เกิดการมีส่วนร่วมของเครือข่าย เกิดกลไกทางสังคม มีตัวอย่าง 1 Case เป็นผู้ป่วยจิตเภท มีอาการทางจิต และใช้ใบกระท่อม ดมใบกระท่อมในเวลากลางคืน ถึงแม้จะรับประทานยาจิต

เวทอย่างไรก็ไม่ดีขึ้น จึงมีการประสานงานกันหาทางออกร่วมกัน โดย อบต.จ้างมาลาดตระเวนในตอนกลางคืน ร่วมกับผู้อื่นที่ไม่มีอากรทางจิต เป็นการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ จากเหตุการณ์นี้ทำให้มองเห็นว่า พื้นที่ก็มีอะไรดี ๆ ถ้าเราให้เขาได้มีส่วนร่วมก็จะเกิดสิ่งที่ดี มีความยั่งยืน

### การแลกเปลี่ยนในห้องประชุม

1. ประเด็นที่เป็นจุดเด่น คือ การให้ผู้ป่วยจิตเภทมา เป็นผู้ออกลาดตระเวนในหมู่บ้าน
2. การเกิดวงจร 3 วงจร เกิดได้อย่างไร มีอยู่แล้วหรือ เราไปทำ R2R แล้วพบ 3 วงจรพบว่า จากประสบการณ์ของผู้วิจัย ที่ทำงานมา 30 กว่าปี มีการเรียนรู้เรื่อย ๆ พัฒนา และ Review literature จากนั้นนำมาประยุกต์ ใช้กับพื้นที่ เข้ากับศาสนา ซึ่งศาสนาเป็นชนบประเพณีที่ละเอียดอ่อน หากจะใช้ทฤษฎี ต้องเวลาศึกษา ค้นคว้าให้มาก
3. จุดเด่น คือ มีการศึกษา Review literature เยอะมาก ไม่ได้นำทฤษฎีมาใช้เลย มีการปรับให้เหมาะสมกับพื้นที่ แล้วนำมาปรับระบบ
4. ภายใต้อาณัติแบบนั้น สิ่งที่สำคัญกว่านั้นคือ การทำงานย่อมมีความเสี่ยงต่อชีวิต มีวิธีการหรือเทคนิคในการทำงานอย่างไร ให้ปลอดภัย ผู้วิจัยมีคติในการทำงาน คือ รู้เขา รู้เรา รบร้อยครั้ง ชนะร้อยครั้ง ดังนั้น ต้องศึกษาพื้นที่ ก่อนลงเยี่ยมบ้าน ทุกเดือน โดยต้องลงเยี่ยมบ้านให้ครบทั้ง 12 ตำบล โดยเน้นผู้ป่วยจิตเภทที่ซับซ้อน ต้องใช้ความรู้เฉพาะ เนื่องจากแต่ละรพ.สต.มีพยาบาลประจำการอยู่แล้ว ก่อนลงเยี่ยมบ้านต้องประสานพื้นที่ จากประสบการณ์ทำงานในพื้นที่ 10 กว่าปี จะได้รับความไว้วางใจ ในการทำงานต้องใช้หลัก 3 จ. คือ ทำงานจริงจัง จริงใจ และต้องทำงานจริง ๆ ไม่ใช่สั่งอย่างเดียวโดยไม่ทำ เราต้องลงมือทำด้วยจะให้เห็นว่า เราให้ความสำคัญกับชุมชน เมื่อขณะลงเยี่ยมบ้านจริงก็มีความกลัว เนื่องจากขณะเยี่ยมบ้านมีวัยรุ่นขับจักรยานยนต์ผ่านหน้าบ้านของผู้ป่วย และมองว่าเราเข้าไปทำอะไร ถึงแม้ว่าเราจะได้ประสานพื้นที่ ประสานชุมชน ประสานผู้มีอิทธิพลแล้ว ก็ยังมีการระแวง ซึ่งเป็นปกติในคนที่อยู่ในสถานการณได้ จะมีความระแวงรวมถึงเจ้าหน้าที่ด้วย แต่เราก็ยังไม่ทิ้งบทบาทหน้าที่ที่ต้องดูแลผู้ป่วย เนื่องจากเราคิดว่า เราทำดี เราก็ต้องทำดีถึงที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์มากที่สุด เมื่อลงไปที่บ้าน พยายามนั่งหันหน้าให้ประตู โดยให้คนไข้นั่งข้าง ๆ เรา ต้องใช้ทั้งศาสตร์และศิลป์ในการทำงาน คุยว่าวันนี้พื้นที่ที่เราลงเป็นสีแดงหรือไม่ ที่สำคัญที่สุด เราอย่าทำนอก หรือเกินหน้าที่ เช่น เราไปทำหน้าที่ดูแลรักษา ไม่ต้องสอดส่องว่า ในครัวเขามีอะไร ถ้าพบอะไรแปลก ๆ ก็อย่าไปถามถึง เรานึกอย่างเดียวว่า เรามาดูแลสุขภาพ เราไม่ใช่ตำรวจ จะพูดอะไรต้องระวัง ต้องพูดเป็นกลาง ๆ อย่าพูดเหมือนกับว่า เราอยู่ข้างใดข้างหนึ่ง เพราะถ้าเราเลือกฝั่งเราจะทำงานยาก เพราะเราต้องทำงานกับชุมชนค่อนข้างเยอะ
5. ได้หลักการการทำงาน คือ จริงจัง จริงใจ และจริง ๆ

## ผลการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่บ้าน รพ.ค้อวัง โดยคุณสุมาลี คมขำ

จากสถิติผู้ป่วยเบาหวานมีจำนวนเพิ่มขึ้น 371 ล้านคน และพบว่า พ.ศ. 2573 เพิ่มขึ้นเป็น 552 ล้านคน สอดคล้องกับรพ.ค้อวัง ผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้น จากปี พ.ศ. 2555 ถึง 2556 เพิ่มจำนวนขึ้น จาก 1011 เป็น 1141 คน พบภาวะแทรกซ้อนทางไต ตา และเท้า เพิ่มขึ้นโดยลำดับ โดยภาวะแทรกซ้อนทางไต เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7 เป็นร้อยละ 12.5 และพบว่า ภาวะแทรกซ้อนทางตา เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3 เป็นร้อยละ 8 พบปัญหาในผู้สูงอายุ ซึ่งในบริบทสังคมอีสานพบว่า ผู้สูงอายุไม่ได้รับการดูแล ถูกทอดทิ้งไว้เพียงลำพัง นอกจากนี้ยังต้องรับภาระในการเลี้ยงดูหลาน จึงทำให้ขาดนัด ขาดยา ไม่มารพ.ตามนัด ถึงร้อยละ 22.3 ถูกตัดขา ตัดนิ้วร้อยละ 0.3 นอกจากนี้ยังพบว่า มี BMI เกินถึงร้อยละ 43.2 พบว่าออกกำลังกายไม่ถูกต้องร้อยละ 32.5 รพ.ค้อวังรับผิดชอบทั้งหมู่บ้าน มีอาสาสมัครทั้งหมด 125 คน แต่ยังคงขาดการอบรม พัฒนาอาสาสมัคร ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ทั้ง ๆ ที่เป็นปัญหาสำคัญ รพ.จึงประสานกับชุมชน ในการพัฒนารูปแบบอาสาสมัครในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งคำถามการวิจัย ก็คือ ผลการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านเป็นอย่างไร ซึ่งมีวัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อศึกษาผลการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ให้ความรู้เรื่องเบาหวาน การเจาะ DTX. ที่ปลายนิ้ว การตรวจเท้าที่บ้าน การวัดความดันโลหิตที่บ้าน มีวัตถุประสงค์เฉพาะที่จะศึกษาก็คือ ศึกษาว่าผู้ป่วยเบาหวานมีความพึงพอใจหรือไม่ จากที่ได้รับบริการที่บ้าน ความรู้ของอสม.เป็นอย่างไรบ้าง เกิดความพึงพอใจอย่างไรบ้าง จากที่อสม.ลงไปให้บริการที่บ้าน มีผู้ป่วยเบาหวานจากการสำรวจไม่มีผู้ดูแลเป็นหลักในเขต 90 คน มีอสม. 25 คน กลุ่มตัวอย่างใช้แบบสมัครใจ อาสาสมัครมาดูแลผู้ป่วยเบาหวาน 36 คน และผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีผู้ดูแลเป็นหลักเข้าร่วมโครงการ 52 คน เกณฑ์ในการคัดเข้าคือเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีผู้ดูแลเป็นหลัก เป็นเพศชาย หรือหญิง ที่มีสติสัมปชัญญะดี ยินยอมเข้าร่วมโครงการ เกณฑ์ในการคัดออกคือทั้งผู้ป่วยเบาหวานและอาสาสมัคร ที่ไม่มาร่วมกิจกรรมตามนัด 2 ครั้งจะถูกตัดออกจากกลุ่ม ตัวแปรที่ศึกษาคือ รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครเป็นตัวแปรต้น ตัวแปรตามคือ ความรู้ของอาสาสมัคร ความพึงพอใจ การมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยเบาหวาน

### นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแลเป็นหลัก มีน้ำตาลตั้งแต่ 126 mg% ขึ้นไป  
อาสาสมัคร คือ อสม. ที่อาสาเข้าร่วมโครงการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน  
ความพึงพอใจ คือ ความพึงพอใจที่ผู้ป่วยได้รับจากอาสาสมัคร

น้ำตาลปกติ อยู่ระหว่าง 70 – 110 mg%

น้ำตาลในเลือดต่ำ น้อยกว่า 70 mg%

**การตรวจเท้า** เท้าปกติคือ ผิวหนัง เล็บไม่มีบาดแผล เท้าผิดปกติ คือ เท้ามีบาดแผล หรือ การรับความรู้สึกช้า

**รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัคร** ตั้งว่าหมู่บ้านก็จะมิตบพาทในการร่วมกิจกรรม ได้แก่ อสม. ผู้ป่วยเบาหวาน และแกนนำ ร่วมกิจกรรมในการตรวจเลือดโดยใช้ DTX การวัดความดันโลหิต และตรวจเท้า รวมทั้งอบต. ให้การสนับสนุนเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน เช่น น้ำตาลในเลือดต่ำ น้ำตาลในเลือดสูง ก็จะเป็นหน้าที่ของหมู่บ้าน และจะมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ข้อมูลกันทุก 1 เดือน และให้ร่วมกันสำรวจความพึงพอใจทุก 3 เดือน ส่วนโรงพยาบาลในบทบาทสหวิชาชีพ ช่วยกัน Training อสม. ให้มีความรู้ในการเจาะเลือด การตรวจเท้า และการวัดความดันโลหิต โดยเข้า Course ทั้งหมด 7 วัน และมีการนิเทศ ติดตามกำกับ การทำงานของอสม. ในหมู่บ้าน จากนั้นก็มีการสนับสนุนเครื่องมือ อุปกรณ์ ตรวจสอบค่าความแม่นยำ สะท้อนปัญหาในการฝึกอบรมให้ อสม. และประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ข้อมูลกันทุก 1 เดือน กรณีมีปัญหา ก็จะหาข้อสรุปเพื่อใช้ในเดือนถัดไป สรุปความพึงพอใจ ทุก 3 เดือน ซึ่งเป็นวิจัย เชิงปฏิบัติการ โดยใช้วงล้อ PDCA ทดลองใช้รูปแบบพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่บ้าน

**ระยะที่ 1** มีการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยประชุมทุกวันพุธของเดือน โดยใช้วันที่ อสม. มารับเบี้ย โดยมีการประชุม และนำเครื่องมือที่ใช้ คือ DTX มาตรวจสอบค่าความถูกต้อง จากเดือนมกราคม 2556 ถึง เดือนมกราคม 2557 เป็นเวลา 1 ปี มีการจัดประชุม 13 ครั้ง เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล จะใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่าง จะมี ข้อมูลทั่วไปของอสม. และผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 7 ข้อ ความรู้ของอสม. หลังจากที่พัฒนาศักยภาพแล้ว ความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวาน แบบสอบถามความรู้ของอสม. และความพึงพอใจ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงโดยใช้วิธีของ คอนบราคน์ ได้ค่าความเชื่อมั่นที่ 0.8 และ 0.96 เครื่องมือที่ใช้ทำงานในคลินิก มีชุดบันทึกกิจกรรม ตรวจน้ำตาล ตรวจเท้า ตรวจวัดความดันโลหิต และชุดส่งข้อมูลกลับระหว่างหมู่บ้านกับโรงพยาบาล สมุดบันทึกผู้ป่วยเพื่อให้อสม. ลงค่าระดับน้ำตาล ตารางนัดผู้ป่วยเบาหวานประจำเดือน เป็นรายหมู่บ้าน แล้วแบบรายงานค่าวิกฤติ เพื่อให้เทศบาล และอบต. สามารถนำไปปรับส่งได้ ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ คือ การแจกแจงความถี่ และร้อยละ

**ผลการศึกษา** พบว่าผู้ป่วยบางส่วนที่เข้าร่วมโครงการ 52 คน ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงานของ อสม. การประสานในหมู่บ้านไม่ชัดเจน DTX ที่ใช้ตรวจมีค่า Error ทำให้มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมน้อยใน ระยะที่ 1 ส่วนในระยะที่ 2 พบว่า อสม. ยังขาดความรู้ในการจำแนกความดันโลหิตสูง แยกเป็นเขตยัง

ไม่ได้ดี และยังขาดความรู้ในการให้คำแนะนำเรื่องยาในผู้ป่วยเบาหวาน แนวทางแก้ไขคือ ใช้ป้องกัน จรรยา 7 สี มาจำแนก ความดันโลหิตสูง และเพิ่มให้เภสัชกรมาให้ความรู้เรื่องยาเบาหวาน ให้แก่ อสม. ฝึกปฏิบัติงาน อสม.เพิ่มในคลินิกเท้า และคลินิกวัดความดันโลหิต ทุกวันพุธ และมีคู่มือให้จ่ายต่อการปฏิบัติ ผลการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการระยะแรก 30 คน คิดเป็นร้อยละ 50.69 ระยะที่ 2 52 คน ระยะที่ 3 เพิ่มขึ้นเป็น 90 คน ผลความรู้ของอสม. ทุกด้าน ด้านความรู้เรื่อง การเจาะ DTX จากปลายนิ้ว ระยะที่ 1 70.3 เพิ่มขึ้นในระยะที่ 3 เป็น 96.4 ความรู้เรื่องการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ระยะแรก 75.5 เพิ่มขึ้นเป็น 91.2 ในระยะที่ 3 ความรู้เรื่องเท้า ระยะที่ 1 82.45 ระยะที่ 3 เพิ่มขึ้นเป็น 90.3 ความรู้เรื่องการให้ความรู้คนไข้เบาหวานในการมาตรวจตามนัด ระยะแรก 85.4 ระยะที่ 3 สิ้นสุดโครงการอยู่ที่ 93.1 ความพึงพอใจการรับบริการที่บ้านของอสม. มีการเพิ่มขึ้นโดยลำดับ ระยะที่ 1 80.52 ระยะที่ 3 96.86 อัตราขาดนัดของผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนดำเนินโครงการร้อยละ 13 มีแนวโน้มลดลงเรื่อย ๆ เมื่อสิ้นสุดโครงการอัตราขาดนัด เหลือร้อยละ 2

**การนำผลการวิจัยไปใช้** จะเห็นว่า การที่ อสม. ช่วยตรวจน้ำตาล วัดความดันโลหิต ตรวจเท้า ที่บ้านจะช่วยลดการแออัดในรพ. ผู้ป่วยได้รับบริการที่ใกล้บ้านใกล้ใจ ผู้สูงอายุที่ต้องเลี้ยงลูกหลาน ก็ไม่เสียเวลามารอที่รพ. ช่วงเช้าไปส่งลูกหลานได้ ช่วงบ่ายจึงมารับยาที่รพ. ระยะเวลาที่อดอาหารสั้นลงอย่างมีคุณค่าไม่ต้องมารอคิวยาวที่รพ. และเป็นบริการที่ต่อเนื่อง

**บทเรียนที่ได้รับ** สำหรับผู้วิจัย อาสาสมัครสามารถทำงานให้มีศักยภาพได้ ด้วยการเรียนรู้ การประสานงานกับชุมชน ข้อมูลต่าง ๆ ทำให้เกิดความยั่งยืนกับการบริการ และเป็นทางเลือกหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

**ปัจจัยความสำเร็จ** อสม. ได้รับการพัฒนาตนเอง มีจิตใจที่เอื้ออาทรต่อผู้อื่น พร้อมจะช่วยเหลือผู้อื่นเพื่อนร่วมงานสนับสนุน จากที่ได้ทำงานร่วมกับ อสม. มา 1 ปี มีบททดลองให้กับทุกท่าน เพื่อเป็นกำลังใจ สำหรับ อสม.

บนเส้นทาง จิตอาสา พาสรรค์สร้าง	เป็นแบบอย่าง สุขภาพดี ช่วยชี้ใจ
ทั้งร่วมทำ ร่วมเรียนรู้ แลกเปลี่ยนไป	เพื่อหวังให้ เบาหวานดี วิถีชุมชน
ทั้งเจาะเลือด คอยประสาน จัดการสุขภาพ ให้รัฐสร้าง นโยบาย ไม่ขัดสน	
วัดความดัน ตรวจเท้าให้ได้แบบย่น	ผลิตผล คือสุขภาพดี ที่ยั่งยืน
ด้วยสมอง สองมือ ถือปฏิบัติ	พร้อมยื่นหยัด ผู้ด้วยใจ ไม่ขัดฉิ่น
บ่มเพาะพันธ์ สุขภาวะ ทุกคำคืน	ให้กลมกลืน เป็นหนึ่งในใจชุมชน

**การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในห้องประชุม**

1. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ อสม.และเพื่อนร่วมงาน แต่อีกปัจจัย หนึ่งก็คือ ตัวผู้วิจัย ที่ทำงานแบบเกาะติด เพราะใคร ๆ ก็รู้ว่า ปัญหาเบาหวาน มีผู้ป่วยจำนวนมากที่ OPD เป็นปัญหาชุมชน ผู้วิจัยไม่ได้ปล่อย พยายามวิเคราะห์ปัญหาและหาวิธีแก้ แก้โดยฝั่งระบบและแก้ลงไปในชุมชน

2. อยากให้เล่าว่าคิดอย่างไร ถึงต้องลงไปชุมชน ถ้าจะปล่อยให้รักษาไป เจาะเลือดไปก็ได้ ผู้วิจัยเล่าว่า เมื่ออยู่คลินิกเบาหวาน ทำคนเดียว และเมื่อทำไปพบว่า มีคนไข้เยอะ มีแต่ผู้สูงอายุ บางคนขาดนัด เมื่อไปสอบถามบอกว่า ต้องดูแลหลาน เพราะพ่อออกไปทำงานตั้งแต่เช้า แล้วค่ารถที่มารพ.ก็แพง ซึ่งเงิน 200 บาทใช้เป็นการจักษยานยนต์ไปกลับ แต่เงิน 200 บาทสามารถใช้เลี้ยงหลานได้เป็นอาทิตย์ จึงเป็นเหตุให้ผู้ป่วยไม่สามารถมาตามนัดได้ จึงคิดว่า อสม. สามารถดูแลตรงนี้ได้ อยากให้มี รพ.ใกล้บ้านใกล้ใจ จึงควร พัฒนาอสม.ขึ้นมา เพื่อให้การดูแลส่งเสริมให้ คนในครอบครัวของผู้ป่วย สามารถออกไปทำงานได้ ผู้ป่วย สามารถเลี้ยงหลานได้ตามปกติ ดังนั้นการพัฒนาอสม. ให้ดูแลได้ มีความคุ้มค่าที่จะพัฒนา

**ยาใจ ถึงใจ สานสายใย ถึงครอบครัว**

**โดย คุณพนาวรรณ ไม้ตรี รพ.สมเด็จพระยุพราชธาตุพนม**

ที่มาของโครงการ จากการทำงานที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่ดูแลเยอะขึ้นเรื่อย ๆ มีแนวโน้มมากขึ้นเรื่อย ๆ ในปี 2556 และ 2557 ร้อยละ 27 และร้อยละ 31 ผู้ป่วยขาดยา และไม่สามารถควบคุมอาการได้ ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน จึงมาทบทวนหาสาเหตุของการขาดยาพบว่า ผู้ป่วยไม่มาตรวจตามนัด บ้านอยู่ไกล ไม่มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับยา หรือบางคนไม่มีผู้ดูแล โดยปกติผู้ป่วยจิตเวชถ้าอาการไม่ดีจริง จะไม่มารับยา ที่ผ่านมามีครอบครัว และชุมชน มีส่วนร่วมในการดูแลน้อย

**วัตถุประสงค์** ต้องการให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับยา และการดูแลอย่างต่อเนื่อง ลดอัตราการกำเริบซ้ำ ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับยา ให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลมากขึ้น เพิ่มความพึงพอใจ

**ระเบียบวิธีวิจัย** เป็นการศึกษาทั้งทดลอง กับผู้ป่วยจิตเวชที่มารับยาที่ศูนย์สุขภาพใจ ใกล้บ้าน 9 ศูนย์ จำนวน 319 ราย ในระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 55 - 30 กันยายน 56 โดยใช้เครื่องมือ ทะเบียนผู้มารับบริการรายเดือน แบบรายงานสถิติผู้มีอาการกำเริบจากสาเหตุการขาดยา แบบประเมินความพึงพอใจ มีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ซึ่งเป็นสิ่งที่ทุกคนเก็บเหมือนกัน แต่ไม่มีใครคิดว่า จะมาเข้าสู่เวที R2R ได้

**วิธีดำเนินงาน** ทบทวนกระบวนการดูแลว่า ปัญหาที่พบในกระบวนการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมาตั้งแต่ปี 2544 พบว่า มีอาการกำเริบซ้ำๆ ขาดนัด จึงจัดประชุมคณะทำงาน จัดเวทีประชาคมเพื่อวางแผนในการดำเนินงาน จัดอบรมให้ความรู้ ระดมสมอง ออกแบบระบบบริการ จัดตั้งศูนย์สุขภาพใจ ไกล่บ้าน จัดกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยนวัตกรรม 12 เดือน 12 กิจกรรม รวบรวมค่าใช้จ่ายต่อครั้งในการมารับบริการ ตอบแบบสอบถามความพึงพอใจ สร้างภาคีเครือข่ายในการดำเนินงาน ซึ่งใช้หลักการของการมีส่วนร่วม โดยยึดศูนย์สุขภาพใจ ไกล่บ้าน ที่ตั้งไว้ที่ รพ.สต. ใช้ห้องตามที่ รพ.สต.จะจัดสรรให้ได้ ใช้ตรงนั้นเป็นศูนย์กลางและมาแบ่งกันว่า จะมีแผนงาน โครงการอย่างไร จะจัดโครงการแบบไหน จะดำเนินการต่อเนื่องในชุมชนอย่างไร สร้างเพื่อนบ้าน เพื่อนใจ อสม.คู่ใจ คล้ายๆ กับ รวมพล รวมคน ลงงาน การจัดศูนย์สุขภาพใจไกล่บ้าน ในอำเภอหาดุพนมมี 16 รพ.สต. จัดศูนย์สุขภาพใจไกล่บ้านได้ 9 รพ.สต. ครอบคลุมการให้บริการ 14 รพ.สต. อีก 2 รพ.สต. อยู่ใกล้รพ. จึงสามารถมารับยาที่รพ.ได้ง่ายกว่า วันที่เปิด มีกิจกรรมบ่ายศรีสู่ขวัญ มีการผูกแขน คั้นคนไข้จิตเวช ลงสู่ชุมชน มีการให้กำลังใจกัน เมื่อจัดตั้งศูนย์แล้วการที่จะเอาผู้ป่วยลงสู่ชุมชนได้ ต้องเป็นผู้ป่วยที่มีอาการสงบแล้วอย่างน้อย 6 เดือน ที่สามารถนำเข้าไปได้ 319 คนจากผู้ป่วยเกือบ 1,000 คน แต่ที่เอาลงชุมชนได้ 319 คน เพราะผู้ป่วยมีอาการสงบ 319 คน เปิดให้บริการเดือนละ 1 ครั้ง ในการตรวจรักษา จ่ายยา และให้ Counseling แต่ละศูนย์จะมีพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเวชปฏิบัติ และนักวิชาการสาธารณสุข แล้วแต่รพ.สต. โดยมีพยาบาลจิตเวชที่เข้าไปดูแลกิจกรรมและการดำเนินการ เจ้าหน้าที่และแกนนำ อสม. จำนวน 250 คน ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ทำให้มีความมั่นใจในการดูแลมากขึ้น

**รายละเอียดนวัตกรรมการเรียนรู้ 12 เดือน 12 กิจกรรม** ซึ่งกิจกรรมในแต่ละกิจกรรมจะทำในเดือนไหนก็ได้ เริ่มกิจกรรมไหนก่อนก็ได้ เดือนที่ 1 อาจไปทำเดือนที่ 10 ก็ได้

1. **กิจกรรมจิตบำบัด ประคับประคองใจ** กลุ่มจิตบำบัด Supportive group ในชุมชน ซึ่ง Supportive group เป็นกลุ่มพูดคุย ซึ่งระหว่างพูดคุยแลกเปลี่ยนเราจะได้ประสบการณ์ จะรู้ปัญหาจากความผิดปกติ จากสายตาที่เราดูแลคนไข้
2. **กิจกรรมกลุ่มยาใจ** เป็นกิจกรรมสร้างคุณค่าในตัวเองให้กับผู้ป่วยจิตเวช พยาบาลจิตเวชเป็นผู้ limit จากรพ. เกตซ์กรเป็นผู้ pack ให้ Run number ให้ ผู้ป่วยจิตเวชเป็นผู้จ่ายยาให้เพื่อน
3. **กิจกรรมเพื่อนใจ** เพื่อนช่วยคิด ช่วยย้ำเตือนความจำ บ้านใกล้กันชวนกันไปรับยา มีต้นแบบการปฏิบัติที่ดี ผู้ป่วยที่มีอาการดีมีการชม เพื่อให้เขารู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
4. **กิจกรรมกลุ่มสงบใจ** เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่ใช้สมาธิในการปฏิบัติ
5. **กิจกรรมมีวนอีก มีวนใจ** เป็นกิจกรรมร้องรำทำเพลง ผู้ป่วยจิตเวชชอบสนุกสนาน ชอบเสียงเพลง



6. กิจกรรมยืดกาย ยืดใจ ใช้คำยืดกาย ยืดใจ แทนออกกำลังกาย เพราะผู้ป่วยจิตเวชไม่ยอมมาถ้าบอก ว่าครั้งหน้าทีการออกกำลังกาย ใช้พนักงานนวดแผนไทย มานำออกกำลังกาย 10 – 15 นาที
7. กิจกรรมพบหมอ ซ่อมใจ ให้พบจิตแพทย์ ทุก 6 เดือน แรก ๆ ทำได้ตอนนี้ทำได้บ้างไม่ได้บ้าง แต่ ทั้งนี้พยาบาลทำภายใต้การควบคุมกำกับของจิตแพทย์ที่ รพ.มีอะไรปรึกษาได้ตลอด
8. กิจกรรมปลูกผัก ปลูกใจ ให้ผู้ป่วยจิตเวชปลูกผัก และเก็บมารับประทาน ให้ปลูกอะไรก็ได้ 1 ต้น ขึ้นไป แล้วไปให้กำลังใจ ประเมินอาการว่าดีขึ้นหรือไม่ ถ้าอาการดีขึ้นผู้ป่วยจะปลูกผักได้
9. กิจกรรมอสม. เพื่อนใจ อสม. 1 คน รับผิชอบคนไข้จิตเวชกลับบ้านตัวเอง 1 คน คอยไปเดือน คอยดูแลการมารับยา มีการจัดทำทะเบียน อสม.คู่ใจ
10. กิจกรรมคุณค่า ต้องใจ ประเมินญาติผู้ป่วย ผู้ป่วย อสม.
11. กิจกรรมเพื่อนบ้าน เพื่อนใจ มีคนไข้ที่ไม่มีผู้ดูแล 12 ราย มีเพื่อนบ้านคอยดูแลให้มารับยาต่อเนื่อง ได้
12. กิจกรรมเยี่ยมบ้าน เยี่ยมใจ มีการเยี่ยมบ้านด้วยกัน โดย อสม. พยาบาล อบต.

ผลการศึกษา บรรลุวัตถุประสงค์ ในปีพ.ศ. 2555 เมื่อเทียบกับ ปี 2556 ผู้ป่วยจิตเวชได้รับยาและการดูแลต่อเนื่องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 66.31 เป็นร้อยละ 97.7 ส่งผลให้อัตราการเจ็บซ้ำลดลง จากร้อยละ 33.69 ในปี 2555 เหลือ ร้อยละ 1.88 ในปี 2556 ค่าใช้จ่าย 178 บาท/ราย/ครั้ง เหลือ 22 บาท/ราย/ครั้ง ครอบครัวและชุมชนเมื่อก่อนมีส่วนร่วมประมาณร้อยละ 59.1 ตอนนี้เพิ่มมากขึ้นเป็น 95.61 ความพึงพอใจสูงขึ้น เป็น 92.94 แสดงให้เห็นว่าสิ่งที่ตั้งเป้าไว้ บรรลุหมดทุกข้อ

การนำไปใช้ประโยชน์ ผู้ป่วยและญาติจะได้รับระบบการดูแลที่ครบหมด ได้แก่ ได้รับยาต่อเนื่อง อาการไม่กำเริบ ลดค่าใช้จ่าย ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล ผู้ให้บริการได้ระบบการดูแลที่เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่

บทเรียนที่ได้รับ ทำงานเข้ากับชุมชนได้ดี จะทำให้ได้อะไรเพิ่มอีกหลายอย่าง ทำให้เขาเรียนรู้ว่าเป็นปัญหาของเขา แล้วเขาจะใส่ใจมากขึ้น การมีเพื่อนบ้าน เพื่อนใจ มีอสม.คู่ใจ ทำให้ทำงานง่ายขึ้น

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ มีภาคีที่เข้มแข็ง มีผู้บริหารที่เห็นความสำคัญ

ประเด็นแลกเปลี่ยนเรียนรู้

1. ปัญหาใหญ่ที่สุดของผู้ป่วยจิตเวช คือ ปัญหาการมารับยา เป็นการยากมากที่จะทำให้ผู้ป่วยจิตเวชมารับยาตามนัด แต่ในโครงการนี้ สามารถแก้ปัญหาได้ครบทุกด้าน ได้ตั้งแต่ การอบรม อสม. ญาติ ให้ผู้ป่วยด้วยตนเอง จัดอสม.เข้าไปดู นอกจากนี้ยังมีการจัดเพื่อนบ้านเข้าไปช่วยดูแล ซึ่งสามารถแก้ไขปัญหาก็ครบทุกด้าน

2. กิจกรรมเพื่อนใจ เชื่อได้อย่างไร ว่าผู้ป่วยจิตเวชจะทำได้

ตอบ กิจกรรมนี้เป็นการเสริมแรงบวก จากการดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มนี้มาตั้งแต่ ปี 2544 เมื่อเห็นผู้ป่วยจะจำได้ ส่วนหนึ่งเป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน เมื่อผู้ป่วยเข้ากลุ่ม Supportive พยาบาลจะรู้ว่าผู้ป่วยรายไหนดี ที่จะสามารถฝากผีฝากไข้ เพื่อนข้างบ้านได้ ชวนกันมารับยา และใช้เสริมแรงว่า อาการเดือนนี้ดีขึ้นมาก ชมว่าดีมาก จะให้ผู้ป่วยจิตเวชมีความสุขมาก ซึ่งการเสริมแรงทางบวกกับผู้ป่วยจิตเวช ก็คือ หนึ่งในแนวทางการรักษา

3. ทำอย่างไรให้อสม. ไปช่วยดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้ เพราะบางรายแม้แต่ญาติ ยังไม่ดูแลผู้ป่วย

ตอบ อสม.ที่ให้อสม.ที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เป็น อสม.ที่มีจิตอาสา จึงให้ไปดูแลผู้ป่วยจิตเวช

4. 12 กิจกรรม ได้มาจากไหน

ตอบ ส่วนหนึ่งนำมาจาก วิชาการว่าผู้ป่วยจิตเวชต้องใช้อะไรดูแลบ้าง บวกกับความคิดของตัวเอง เรียกชื่อให้น่าสนใจ เปรียบเสมือนการทำงาน ก็คือ การทำ Packaging ให้ดูดี

### **รูปแบบการสร้างผู้ประสานงานหลักประกันสุขภาพตำบล กลไกใหม่เพื่อการคุ้มครองสิทธิ**

**และประชาสัมพันธ์ระบบหลักประกันสุขภาพ โดยประชาชน**

**โดย คุณวันรพี สมณช้างเผือก**

ที่มา เขต 8 เป็นพื้นที่อีสานตอนบน รับผิดชอบ 7 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเลย หนองบัวลำภู หนองคาย อุดรธานี สกลนคร นครพนม บึงกาฬ ร่วมกันทำงานในทีม 6-7 เดือน ประชากรโดยรวม 5.6 ล้านคน โดยเป็นประชากรใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพประมาณ 4.3 ล้านคน ประมาณร้อยละ 78 ในความรับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพกำหนดไว้ว่า จะต้องทำในเรื่องของการคุ้มครองสิทธิผู้ให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพ เป็นช่องทางที่ใช้ในการคุ้มครองสิทธิ ช่องทางแรก ถูกกำหนดโดยกฎหมายว่าจะต้องมี ไม่มีไม่ได้ คือ สายด่วนบัตรทอง 1330 ให้บริการตลอด 24 ชม. สอบถามเรื่องสิทธิ คุ้มครองสิทธิ แก้ไขปัญหา รับเรื่องร้องเรียน ร้องทุกข์ เหม่าจ่ายครั้งละ 3 บาท ระดับเขต จะเป็นระดับสปสข. เขต 8 อุดรธานี ต่อมาอยู่ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้ง 7 จังหวัด เป็นหน่วยรับเรื่อง และก็จะมีส่วนรับเรื่องร้องเรียนอิสระ เป็นศูนย์ ของภาคประชาชน ยกกระดับขึ้นมา และได้รับการรับรองถูกต้องตามกฎหมาย ช่องทางที่ 2 เขตก็จะมีศูนย์หลักประกันสุขภาพในหน่วยบริการมีเกือบทุกโรงพยาบาล ในภาพของ 13 เขต จะมีศูนย์ตรงนี้อยู่ บางที่จะตั้งว่า ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนในหน่วยบริการ แต่ชื่ออย่างเป็นทางการก็คือ ศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพในหน่วยบริการ ซึ่งในเขต 8 ใน 7 จังหวัดมีเกือบครบทุกแห่ง ซึ่งเป็นศูนย์ที่อยู่ในโรงพยาบาล และมีศูนย์ของภาคประชาชน เรียกว่า ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนจังหวัด มีทั้งหมด 14 แห่ง อันนี้เป็นกลไก ที่ทำอยู่ในระบบ หลักการคุ้มครองสิทธิมีหลักการว่า จะต้องสร้างให้ประชาชน

รับรู้เรื่องสิทธิตัวเอง เมื่อรับรู้เรื่องสิทธิแล้ว เขาจะเข้าสู่บริการสาธารณสุข เมื่อเขาไปรับบริการสาธารณสุขแล้ว เขาประสบปัญหาเขาต้องได้รับการช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาคืออันนี้เป็นแนวคิดในการคุ้มครองสิทธิ และการดำเนินการ สถานการณ์ปัญหาคือ ประชาชนในพื้นที่รับรู้เรื่องสิทธิในหลักประกันสุขภาพค่อนข้างน้อย มีการสำรวจของเขต 8 ในปี 2556 พบว่า สิทธิประโยชน์ที่เป็นโรคค่าใช้จ่ายสูง ไม่ว่าจะเป็นโรคผ่าตัดสมอง ผ่าตัดหัวใจ โรคปลูกถ่ายหัวใจ ซึ่งถ้าไม่ทราบสิทธิประโยชน์ตรงนี้ จะนำมาสู่ค่าใช้จ่ายในครอบครัวที่สูง ซึ่งประชาชนในพื้นที่จริง ๆ ยังไม่ค่อยรู้ว่าระบบหลักประกันสุขภาพมีตรงนี้ให้แล้ว นอกจากนี้พบว่า การไปใช้บริการต่าง ๆ การรับรู้เรื่องสิทธิ เช่น เมื่อเข้าไปรับบริการแล้วได้รับความเสียหาย เขาจะได้รับการช่วยเหลือเยียวยาตามมาตรา 41 และช่องทาง 1330 ที่ให้การช่วยเหลือก็ยังไม่รับรู้กันน้อย เวลาย้ายไปอยู่ที่ต่าง ๆ โดยเฉพาะคนภาคอีสานกระจายอยู่เต็มทั้ง 4 ภาค ก็สามารถเปลี่ยนหน่วยบริการ ย้ายหน่วยบริการได้ปีละ 4 ครั้ง ซึ่งสิทธิประโยชน์ตรงนี้ยังเป็นสิทธิประโยชน์จริง ซึ่งการสื่อสารตรงนี้ยังไม่ถึงประชาชน เมื่อเกิดปัญหาการรับรู้ประเด็นสำคัญแบบนี้ค่อนข้างน้อย จึงไปช่องทางให้ประชาชนได้รับสื่อ รับข้อมูล ข่าวสาร และสื่อบุคคล ก็หนีไม่พ้น อสม. ซึ่งก็ยังคงเป็นสื่อที่เข้าถึงและใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด และจากการสำรวจ พบว่า ประชาชนรับรู้ข่าวสารต่าง ๆ ด้านสาธารณสุขจากอสม. ค่อนข้างสูง รองมาคือบุคลากรทางการแพทย์ ต่อมาคือผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ดังนั้นจึงคิดว่า ถ้าจะทำในเรื่องการสร้างผู้ประสานงานหลักประกันสุขภาพระดับตำบล ระดับเครือข่าย จึงแนวคิดที่มาของ งาน R2R ครั้งนี้

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษารูปแบบการสร้างผู้ประสานงานหลักประกันสุขภาพตำบล ให้ทำหน้าที่คุ้มครองสิทธิ ควบคู่กับการทำงานประชาสัมพันธ์ วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาคน เพิ่มศักยภาพคน เพื่อเข้าไปทำงานในพื้นที่ ซึ่งเป็นการวิจัยแบบมีส่วนร่วม

**กลุ่มเป้าหมาย** ถ้าจะทำให้คนไปทำหน้าที่เป็นนักสื่อสาร นักคุ้มครองสิทธิ ถ้าทำเล็ก ๆ จะสร้างการมีส่วนร่วมได้น้อย จึงตั้งเป้า 7 จังหวัด 640 ตำบล ทุกตำบลในพื้นที่ 7 จังหวัด ทำตั้งแต่ 1 กรกฎาคม จนถึง 31 มีนาคม 2557 โดยคัดเลือกมาตำบลละ 2 คน เกณฑ์การพิจารณา เลือกระดับผู้นำชุมชน ที่มีประสบการณ์ด้านการทำงานเกี่ยวกับสาธารณสุข ซึ่งอสม.แน่นอน แล้วพัฒนาให้ความรู้เกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพ นอกจากนี้ มีกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เป็นนักสื่อสารในที่ประชุมประจำเดือน ผู้นำเอกชน กลุ่มองค์กรต่าง ๆ ที่อาศัยอยู่ในตำบล และสร้างการทำงานแบบจิตอาสา ไม่มีค่าตอบแทน อบรม 9 รุ่น รุ่นละ 2 วัน ให้ความรู้เรื่อง แนวคิดและความเป็นมาของหลักประกันสุขภาพ การทำงานโดยการประสานงาน ภาคประชาชน บทบาทหน้าที่ในการทำงานของศูนย์ภาคประชาชนในหมู่บ้าน ศูนย์หลักประกันสุขภาพในโรงพยาบาล เรื่องหลักประกันสุขภาพตำบล การเจรจาไกล่เกลี่ยและการฝึกปฏิบัติ มีการทำ Pretest และ Posttest ทดสอบความรู้ เกณฑ์ของผู้ที่จะ

ออกไปทำงานได้คือ จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับ สิทธิประโยชน์ในหลักประกันสุขภาพ ไม่ต่ำกว่า 80% ผลการอบรมพบว่า 3 รุ่นแรกทำอย่างไรก็ไม่ผ่าน เนื่องจากอายุ มีผู้สูงอายุมากอาสาทำงาน จึงนำมา วิเคราะห์ปรับกระบวนการสอนและการสอบพบว่า ข้อสอบยากเกินไป ภาษาที่ใช้ไม่เหมาะสมกับ ชาวบ้าน จึงได้มีการปรับกระบวนการใหม่ ในที่สุด ได้อาสาสมัครผ่านการทำสอบมา 522 ตำบลจาก ทั้งหมด 640 ตำบล คิดเป็น 81% มีจำนวน 1,088 คน ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่ จากการติดตามมีการ ปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนดให้

### การแลกเปลี่ยนเรียนรู้

1. เป็นสิ่งที่ดีมากที่ทำให้ประชาชนได้รับรู้เรื่องสิทธิ และมีการวิเคราะห์การสอนว่าไม่ ผ่านเพราะอะไร แล้วนำมาวิเคราะห์ว่าที่ไม่ผ่านเพราะอะไร

### ความประทับใจของผู้ทำงาน

1. ข้อคิดจากคุณวันรพี เมื่อก่อนกลัวคำว่า R2R แต่จริง ๆ เมื่อเราทำไม่ได้ยาก และ ไม่ได้เกินความสามารถของเรา ซึ่งจริง ๆ เราก็อายุแล้ว เพียงแต่เรานำมาจัด ให้เข้ากระบวนการ ทุก งานเป็นงานวิจัย ทุกท่านที่อยู่ในห้องนี้ก็ทำงานวิจัยกันทุกคน แต่เพียงแต่ว่าเราจะ ดึงออกมาสู่ รูปแบบของงานวิจัย แล้วนำมาแลกเปลี่ยนแบบนี้หรือไม่ ตอนแรกก็กลัวงานวิจัย แต่ตอนนี้รู้สึกว่ ไม่ยาก เพียงแต่เรามุ่งมั่นและตั้งใจทำ ความพยายามอยู่ที่ไหน ความสำเร็จอยู่ที่นั่น

2. ข้อคิดจากคุณ พนาวรรณ ผู้ที่นั่งอยู่ในห้องเป็นมืออาชีพทั้งนั้น ขนาดผู้วิจัยที่เป็นมว ยวัดแบบนี้ยังมานั่ง Share ได้ ดังนั้นกลับไปทุกคนน่าจะทำได้ ซึ่งการทำงานคนเดียวย่อมไม่ประสบ ความสำเร็จ ดังคำที่ว่า

1 คน 1 งาน ล้าความคิด	หนึ่งชีวิตช่วยลิขิต ให้สร้างสรรค์
หนึ่งเสียงจากหัวใจที่ผูกพัน	ช่วยแบ่งปัน ผู้เส้นทาง การเปลี่ยนแปลง

3. ข้อคิดจากคุณสุมาลี มองจากสายตา ทุกท่านมีความมุ่งมั่น ขอเป็นกำลังใจให้ อย่าลื มว่า ทุกสิ่งเป็นใหญ่ ใจเป็นประธาน ทุกสิ่งสำเร็จได้ด้วยใจ อย่าลืมหสทสาวิชาชีพ มองผู้ปวยอย่าง มีคุณค่า ทุกคนที่อยู่เคียงข้างเรามีสิ่งที่ดี การที่เราได้พบกันเป็นสิ่งที่ดี ทุกคนมีสิ่งที่ดี ต้องมีการ แลกเปลี่ยน เรียนรู้ เอาใจเขามาใส่ใจเรา เราก็จะสร้างผลงานให้แก่เพื่อนร่วมทีมหรือองค์กรของเรา ได้

4. ข้อคิดจากคุณอังคณา งาน R2R เริ่มต้นที่ร้อยละ ความถี่ แต่ก็ลองส่งมา ตอนแรกก็ กลัวว่า ร้อยละแบบนี้จะผ่าน R2R มั้ย แต่ก็ผ่าน ตอนปี 55 ก็พัฒนาไปเป็น Stat ที่ยากนิดนึง อยากรจะ บอกทุกท่านว่า อย่างกลัวทุกอย่างเป็นความฝันของเรา ถ้าเราคิดจะทำ

**ผู้นำเสนอ**     ดร.นพ.ไพโรจน์ เสาน่วม   สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ  
(สสส.)

**การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อลดการดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนตำบล  
สะเนียน อำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน  
โดย คุณนิภาพร พอใจ**

งานครั้งนี้จะสำเร็จไม่ได้เลยถ้าไม่มีทีมงานที่มีความมุ่งมั่น มีความตั้งใจในการทำงาน ทুমเทพลังกาย และแรงใจ เป็นผู้ขับเคลื่อนที่ทำให้งานชิ้นนี้ประสบความสำเร็จ

**ที่มา** จากสถานการณ์ปัญหาการดื่มสุรา ของจังหวัดน่าน ประเทศไทยมีปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์สูงเป็นอันดับ 40 ของโลก การดื่มสุราของจังหวัดน่าน ปี 2547 สูงเป็นอันดับ 1 ปี 2550 สูงเป็นอันดับ 4 และสูงเป็นอันดับ 5 ในปี 2554 จะเห็นได้ว่า เยาวชนของจังหวัดน่าน เป็นนักดื่มอันดับ 7 ของประเทศในปี 2554 เป็นจังหวัดที่เมาแล้วขับสูงเป็นอันดับที่ 9 จังหวัดน่านเป็นจังหวัดที่ดื่มสุรานอกระบบภาษี เป็นอันดับ 2 ของประเทศ ตำบลสะเนียนเช่นเดียวกัน มีประชาชนทั้งหมด 7 ชนเผ่า และสามารถเข้าถึงการดื่มแอลกอฮอล์ได้ง่าย จากข้อมูล จปฐ ปี 2554 ตำบลสะเนียน คริวเรือนร้อยละ 60 มีการดื่มแอลกอฮอล์ มีการรณรงค์ลด ละ เลิกมาตั้งแต่ปี 2550 มีคำขวัญว่า เมาแล้วหลับ ไม่ให้จับกุญแจรถ แต่ก็ยังไม่ได้ผล ในปี 2552 จัดรณรงค์ ลด ละ เลิกเหล้า ปี 2553 มีการรณรงค์สงกรานต์ปลอดภัย ก็ยังพบว่ามิสาเหตุการตายจากเมาแล้วขับในสถิติที่สูง จึงมาคิดถึงรูปแบบพัฒนาในเรื่องของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อแนวทางในการลดการดื่มแอลกอฮอล์ โดยใช้ผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ร่วมบรรยาย โดยใช้สื่อที่เป็นเหตุการณ์จริง จะมีการเจาะ Liver enzyme เปรียบเทียบ ก่อนหลังดำเนินการ

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** เป็นผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ ดื่มติดต่อกันนานเกิน 6 เดือนขึ้นไป เข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เปรียบเทียบระดับ Liver enzyme ในเลือดก่อนและหลังดำเนินโครงการ โดยมีหลักคิดในการทำงาน คือใช้หลักการเดิมที่ไม่ได้ผล แล้วมาปรับโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน แล้วมีภาคีเครือข่ายในชุมชน เข้ามามีส่วนร่วม เริ่มตั้งแต่ในการทำประชาคม มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ชุมชน ของ 16 หมู่บ้าน มีประชากรทั้งหมด 13,000 กว่าคน มีกระบวนการในการนำผลในการคืนข้อมูลทางด้านสุขภาพ โดยเอาผลจากการ Audit ตามแบบประเมินปัญหาการดื่มสุราคืนให้กับชุมชน ปรากฏว่าชุมชนได้เห็นความสำคัญ และได้อนุมัติงบประมาณในเรื่องการจัดกระบวนการ ได้ทำประชาคมในทุกหมู่บ้านทั้ง 16 หมู่บ้าน มีการกระตุ้นให้ใช้มาตรการทางสังคมเกิดขึ้น มีเวทีเลิกเหล้าเลิกงานในชุมชนทั้ง 16 หมู่บ้าน จากนั้น

ใช้ผู้นำชุมชนซึ่งเป็นแกนนำด้านสุขภาพ และอสม. และผู้มีจิตอาสาในชุมชนนั้นเข้ามาไปเป็นคนค้นหา คัดกรองผู้ที่เป็กลุ่มเสี่ยงที่จะเข้าร่วมโครงการด้วย จากนั้นจะดำเนินการตรวจ Liver enzyme เพื่อนำสู่กระบวนการบำบัด และคุณหมอก็จัดเวทีให้ความรู้ จัดเวทีสนทนาธรรม ทำในทุกหมู่บ้าน หลังจากนั้น เมื่อทราบผลครั้งที่ 1 แพทย์จะแจ้งผลเป็นรายบุคคล จากนั้นมีกระบวนการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีพันธสัญญาร่วมกันเกิดขึ้น มีการติดตามเยี่ยมบ้านด้วย เพื่อเป็นการกระตุ้นในการลด ละ เลิกอย่างต่อเนื่อง หลังจากนั้นอีก 12 สัปดาห์ก็มีการเจาะ Liver enzyme ครั้งที่ 2 แล้วก็เข้าสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ แล้วอีก 2 สัปดาห์จะเจาะเลือดครั้งที่ 3 เปรียบเทียบครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 ครั้งที่ 3 ให้เขาเห็นและตระหนักในเรื่องวิกฤติสุขภาพของตนเอง ผลค้นพบ ที่เกิดขึ้นในชุมชน ซึ่งเป็นสิ่งที่คาดคิดไม่ถึง เป็นชุมชนที่กว้าง มีประชากรเยอะมาก 13,000 กว่าคน เกิดมาตรการทางสังคมของชุมชนเกิดขึ้น เลิกดื่มแอลกอฮอล์ครบทั้ง 16 หมู่บ้าน โดยมีมาตรการในการงดการดื่ม ในงานมหกรรม งานศพ พิธีกรรม งานศพ งดเครื่องดื่มในสถานที่ราชการ ที่สำคัญผลพลอยได้ คือมาตรการทางด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ร่วมด้วย คอยตรวจสอบ มีสารวัตรอาหารในการตรวจสอบการปรุงอาหารด้วย ในด้านของความรู้ มีการทดสอบก่อนและหลังพบว่า คะแนนความรู้เพิ่มขึ้นกว่าก่อนที่จะดำเนินโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และ Liver enzyme ดีขึ้น จากที่มีค่าผิดปกติที่ร้อยละ 32.7 อีก 2 สัปดาห์เจาะ ลดลงมาที่ 13.45 ครั้งที่ 3 เจาะหลังมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อีกครั้งพบว่า ลดลงมาที่ 5.77 ซึ่งลดลงอย่างต่อเนื่องเห็นได้ชัดเจน มีคุณหมอมารให้ความรู้ในเวทีต่างๆ และแยกรายสถานบริการทั้ง 3 แห่งเข้าไปประเมินความรู้ และจัดเวทีสนทนาอีก 3 ครั้ง จากผล Audit มาเปรียบเทียบ ก่อนดำเนินการพบว่า มีผู้ดื่มแบบเสี่ยงพบเป็นส่วนใหญ่ หลังจากที่เราดำเนินการไปแล้ว ก็นำไป Audit อีกครั้ง พบว่าเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่ำมีมากขึ้น กลุ่มที่เสี่ยงและเสี่ยงอันตรายไม่เจอ พฤติกรรมการดื่ม จะเห็นว่าหลังจากเสร็จสิ้นโครงการ คนดื่มที่ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ แล้วเลิกการดื่มสูงถึงร้อยละ 86 วิธีการใหม่ได้ผลเพราะมีการประยุกต์แนวคิดในการกำกับตนเอง และมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้มาบรรยาย ยกตัวอย่างของจริง และเริ่มต้นด้วยการให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่ต้น โดยให้ชุมชนทำประชาคมและสร้างมาตรการทางชุมชนเอง โดยเขากำหนดขึ้นมาเองนั่นคือ การสร้างความยั่งยืนในชุมชน มีการตรวจหา Liver enzyme ในเลือดพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความตระหนัก รู้วิธีกำกับตนเอง ค่าผิดปกติของตับจะลดลงเรื่อย ๆ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่บอกความสำเร็จของงานที่สามารถพิสูจน์ได้ด้วยกระบวนการวิทยาศาสตร์ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังจากเสร็จสิ้นโครงการมีการเชื่อมประสาน มีการรณรงค์ทางสังคม มีการขยายเครือข่ายในการเฝ้าระวังมากขึ้น มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีการขับเคลื่อนในเรื่องของงานและกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน เกิดมาตรการทางสังคมของพื้นที่ตำบลสะเนียง มีการสนับสนุน และมีส่วนร่วมจาก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ช่วยกันขับเคลื่อนทำให้มีกำลังใจในการทำงาน มี

การขยายผลไปยังกลุ่มนักเรียน กลุ่มเยาวชน และขยายผลไปยังตำบลอื่น ๆ ด้วย เป็นเวทีในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ที่ภาคภูมิใจคือ ได้มีโอกาสต้อนรับ คณะครูจากนักศึกษา คณะเจ้าหน้าที่จากชุมชนจังหวัดลำปาง นักศึกษาปริญญาโท คณะอาจารย์จากสถาบันบรมราชชนก มาดูงานและชื่นชมงานครั้งนี้ ที่ได้ดำเนินงานตั้งแต่ปี 2554 ถึงปัจจุบัน ท้ายนี้ขอขอบพระคุณ คุณหมอมือที่ให้ความกรุณา และผู้ที่มีส่วนร่วมทุก ๆ ท่าน รวมทั้งผู้บริหารที่ให้ความสำคัญในการดำเนินงานครั้งนี้

### ประเด็นในห้วงประชุม

1. ประเด็นเรื่อง สุราเป็นเรื่องสำคัญ บางคนคิดว่า ในสังคมไทยต้องดื่ม แต่จริงถ้าดูประวัติศาสตร์เพิ่งจะมาดื่มกันมากเมื่อไม่นานมานี้เอง คนในสมัยก่อนดื่มแค่เป็นประเพณีจริง ๆ ดื่มเล็กน้อยไม่มาก ต่อมา 10 – 20 ปีที่ผ่านมาดื่มกันมาก ต่อมา มี สสส. เข้าจัดการรณรงค์ให้ลดการดื่มเหล้า ลดการสูบบุหรี่ แต่เป็นเรื่องที่ยาก เพราะต้องเริ่มมาจาก ระดับนโยบาย สร้างกระแสสังคม การดื่มสุราไม่ใช่มีผลแค่ตัวผู้ดื่มเท่านั้น แต่มีผลกับผู้อื่นด้วย เช่น ดื่มแล้วขับ มีผลกระทบต่อเสียหายนมาก จังหวัดน่าน เป็น Model ที่ดี ทั้งเชิงระบบ การใช้มาตรการของระบบกวดขัน ผลสุดท้ายผู้ดื่มมีการปรับพฤติกรรมลดดื่ม มาตรการทางสังคม เช่น เข้าร้านอาหารยกขึ้น กำหนดเวลา การไปงานต่าง ๆ ก็ไม่มีการเลี้ยงสุรา งานแต่งงานปลอดเหล้า งานศพปลอดเหล้า ต่อมา มีมาตรการงดเหล้าครบพรรษา ซึ่งพบว่า ถ้าคนงดดื่มสุราครบพรรษา มีโอกาสที่จะเลิกได้สูงมาก

2. Model จังหวัดน่าน เป็น Model ที่ดี การจัดทำโครงการเลิกดื่ม ไม่จำเป็นต้องเจาะเลือดเป็นตัววัดเสมอไป เนื่องจากถ้าจะเจาะเลือดต้องมีข้อพิจารณาด้านจริยธรรมวิจัย ในโครงการนี้คิดว่า เมื่อทำแล้วต้องวัดผลได้แท้จริง ๆ แล้วมีข้อมูลเชิงคุณภาพทั้งหมดที่กล่าวมาเชื่อถือได้ ขอคำอธิบายเพิ่มจากผู้ทำวิจัยในประเด็น การเจาะเลือด ผู้วิจัยเล่าว่า คุณหมอบอกว่า การที่เขาดื่มสุราต้องสร้างความตระหนักในตัวผู้ดื่มให้เขาเห็นและตระหนักด้วยตนเอง นายแพทย์พงศ์เทพ วงศ์วัชรไพบูลย์ เป็นรองผู้อำนวยการรพ.น่าน ให้ข้อคิดว่า ในการที่จะทำเขาต้องรู้ว่า สุขภาพของเขาเป็นอย่างไรในขณะนี้ เพราะฉะนั้นสิ่งที่เราจะต้องบอกอย่างเดียวไม่พอ เราต้องมีข้อมูลที่น่าเชื่อถือ ที่เป็นผลทางวิทยาศาสตร์ยืนยัน จึงต้องเจาะ Liver enzyme โดยดูค่า AST, ALT มีการเปรียบเทียบเป็นค่าเสี่ยงต่ำ เสี่ยงสูง และค่าอันตราย โดยแพทย์เป็นผู้อธิบายจนเข้าใจ และแจ้งว่าของผู้เข้าร่วมโครงการอยู่ระดับไหน เมื่อได้รับทราบจะตกใจมาก และอธิบายเพิ่มว่า ถ้าดื่มน้อย ๆ ดื่มน้อย จะเป็นมะเร็งตับ ถ้าดื่มเยอะ ๆ จะเป็นตับแข็ง แต่ถ้าไม่ดื่มจะไม่มีอะไรเลย และให้ย้อนคิดว่า ตอนนี้เป็นแบบนี้ จะเลือกแบบไหน ทุกคนจะตอบว่า ขอไม่ดื่ม ในโครงการนี้ หลักประกันสุขภาพระดับตำบลเป็นผู้สนับสนุนค่าใช้จ่ายให้ ในการทำงานอยู่ภายใต้การควบคุมของแพทย์ การเจาะเลือดมีคำสั่งของแพทย์

3. จากการนำเสนอเป็นการจัดสิ่งแวดล้อม มีการตรวจผลการทำงานของตับให้เห็นชัดเจน ในส่วนของผู้เข้ารับการวิจัย ที่ปรับเปลี่ยนเพราะว่า กลัวในเรื่องของ ค่าการทำงานของตับ หรือเปล่า ผู้วิจัยเล่าว่า อันดับแรกแพทย์จะนำมาเข้ากลุ่ม ผู้ดำเนิน โครงการทั้งหมดเป็นผู้เข้ากลุ่มทำหน้าที่ Counselor แล้วแพทย์จึงแจ้งผลให้เขาทราบ แล้วจึงใช้กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยการแนะนำให้เกิดความล้มเหลว ซึ่งใจ และตัดสินใจในการเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดี เนื่องจากทุกคนกลัวตาย ที่สำคัญแพทย์จะบรรยาย โดยใช้สื่อที่เกิดจากภาพจริง มีสถิติที่เห็นได้ชัดเจน ทำให้เกิดความตระหนักในเรื่องสุขภาพ มีผู้เข้าร่วมฟังแสดงความคิดเห็นว่า ผลตรงนี้ ผู้เข้าร่วม โครงการอาจคิดว่า ช่วงนี้ยังไม่ดี อีก 2 – 3 ปีค่อยดีมี พฤติกรรมเหมือนกับการควบคุมอาหารก่อนเจาะ FBS ในที่สุดเราต้องใช้ HbA1C ซึ่งทำให้เรารู้ถึงพฤติกรรมย้อนหลังได้ 3 เดือน ผู้วิจัยแสดงความขอบคุณและจะนำไปเป็นการต่อยอดงานวิจัยกับ สสส. ต่อไป ถ้ามีงบประมาณสนับสนุน อาจจะทำวิจัยต่ออีก ที่เป็นเชิงเปรียบเทียบเจาะ Liver enzyme ในผู้ที่ไม่ดื่มกับผู้ที่ดื่มว่ามีผลแตกต่างกันอย่างไร เพื่อพิสูจน์ว่า Alcohol มีผลต่อ Liver enzyme จริงหรือไม่ ผู้ดำเนินการอภิปรายเสนอแนวคิดว่า อาจไม่ต้องเปรียบเทียบ Liver enzyme ก็ได้ อาจเปรียบเทียบพฤติกรรมอย่างเดียวก็ได้ เพราะผลของ สุราและบุหรี่ มี Study มากมาย มีข้อมูลเพียงพอที่จะทำงานลดพฤติกรรม เช่น สุราที่มีผลต่อตับหรือไม่ มีการทำวิจัยมาเรียบร้อยแล้ว ฉะนั้นเรา Apply science มาทำงานได้เลย ปัญหา คือเราจะนำองค์ความรู้นั้นมาลงอย่างไร ให้เหมาะกับท้องถิ่น โดยเฉพาะที่น่านได้หรือไม่ น่าจะเป็นสิ่งที่ทำหาย เนื่องจากในสภาพจริง Intervention เดียวอาจไม่ได้ผล ต้องนำหลาย Intervention มีผสมผสานกัน จึงอยากให้ทุกภาคส่วนมาร่วมกันทำ ซึ่งน่านเป็น Model ที่แสดงให้เห็นว่าทำงานจริงเป็นอย่างไร

### การพัฒนาแนวทางการแก้ไขปัญหาลิ้นในเด็กเล็กแบบมีส่วนร่วม

งานทันตกรรม รพ.ลับแล อ.ลับแล จ.อุตรดิตถ์

ทันตแพทย์หญิงอนงค์ เอกกา

ที่มา จากการสำรวจภาวะทันตสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อ.ลับแล พบว่า เด็กมีฟันผุถึงร้อยละ 54.42 ขึ้นสูงกว่าการสำรวจภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 7 พบว่า เด็กอายุ 3 ปีมีความชุกของโรคฟันผุร้อยละ 51.7 ปัญหาฟันผุจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของเด็ก เช่น ความเจ็บปวด การออกเสี้ยว บุคลิกภาพ ความมั่นใจ มีกลิ่นปาก ความสวยงาม รวมถึงถ้าเด็กรับประทานอาหารได้น้อย จะทำให้ขาดสารอาหาร ทำให้การเจริญเติบโต ของใบหน้าและขากรรไกรลดลง การเจริญเติบโตของร่างกาย และพัฒนาการลดลง นอกจากนี้ยังเป็นแหล่งที่ติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่น ๆ ทำให้อันตรายต่อชีวิตได้ ปัญหาคือ เด็กมีฟันผุเพิ่มขึ้น ในอดีตผู้แก้ไขปัญหาคือทันตบุคลากร เมื่อมีฟันผุ



มาแก้ไขโดยการอุดฟัน แต่เมื่ออุดไปแล้วกลับมาผุอีกได้ในซี่เดิมที่เดิม ทำให้เกิดความไม่ยั่งยืนในการแก้ไขปัญหา ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะหาแนวทางการแก้ไขปัญหาฟันผุแบบมีส่วนร่วม เพื่อความยั่งยืนในการแก้ไขปัญหาคต่อไป

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาสภาวะฟันผุของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กน้ำใส-ห้องสูง และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสภาวะฟันผุในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กน้ำใส-ห้องสูง เพื่อหาแนวทางการแก้ไขปัญหาแบบมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็ก

**ระเบียบวิธีวิจัย** เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ เครื่องมือที่ใช้ ได้มาจากรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ชุด ส่วนแรกเป็นแบบสอบถามสำหรับครูและผู้ปกครอง ประกอบด้วย 4 ตอน ตอนแรกเป็นข้อมูลส่วนบุคคล ตอนที่ 2 วัดความรู้เกี่ยวกับฟันผุ ตอนที่ 3 วัดทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ตอนที่ 4 วิธีการดูแลสุขภาพช่องปาก ชุดที่ 2 เป็นแบบสำรวจสภาวะทันตสุขภาพของกองทันตสาธารณสุข ชุดที่ 3 เป็นแบบสัมภาษณ์แนวทางแก้ไข ปรับปรุงอย่างมีส่วนร่วมของครูและผู้ปกครอง

**ผลการศึกษา** เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีสภาวะฟันผุร้อยละ 73.5 ซึ่งสูงกว่าสภาวะฟันผุของประเทศ และสาเหตุของฟันผุ เกิดจากการรับประทานอาหาร และเครื่องดื่มของเด็ก โดยที่เด็กเลือกขนมได้เองตามใจชอบ เด็กอยากได้อะไรก็ให้ ผู้ปกครองจ้างให้เด็กไปโรงเรียนโดยการซื้อขนมให้เด็กเลือกขวดนม ซึ่งสำคัญมาก เด็กอมขวดนมตลอดเวลาและน้ำที่อยู่ในขวดนมเป็นน้ำหวาน ทำให้เด็กติดหวานและเป็นโรคอ้วนตามมา ผู้ปกครองไม่แปรงฟันน้ำให้เด็ก โดยให้เด็กแปรงฟันเองไม่ได้ แปรงน้ำให้ เนื่องจากกลัวเด็กเจ็บ เมื่อแปรงแล้วเด็กร้องไห้ หรือบางครั้งแปรงแล้วมีเลือดไหล เด็กตื่นขณะแปรงฟัน ไม่ได้พาเด็กไปตรวจสุขภาพฟัน จะพาไปเมื่อเด็กมีอาการปวดเท่านั้น เมื่อไปแพทย์ก็ต้องทำอะไรที่มีความเจ็บปวด ทำให้เด็กกลัว แนวทางการแก้ไขปัญหาฟันผุ ต้องดูแลเรื่องอาหารและเครื่องดื่มของเด็ก เน้นผลไม้และผัก ฝึกให้เด็กแปรงฟัน เช้า กลางวัน เย็น โดยผู้ปกครองแปรงน้ำให้ทุกครั้ง มีการตรวจสุขภาพช่องปากเด็กทุกวัน ถ้าพบว่าเป็นจุดสีดำพาไปพบแพทย์ จัดกิจกรรมให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพฟันของเด็ก แก่ครู ผู้ปกครอง ส่วนเด็ก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจะจัดกิจกรรมให้ความรู้และพัฒนาการดูแลสุขภาพฟัน เช่น กิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน การร้องเพลง การเต้นประกอบการแปรงฟัน กิจกรรม Good bye ขวดนม ฝึกให้เด็กรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ เช่นผลไม้ ดขนมกรูบกรอบ ห้ามนำขวดนม ขนมถุง Chocolate มาโรงเรียน และจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการแปรงฟัน เช่น อ่างล้างน้ำ แปรงสีฟัน ยาสีฟัน

**การนำผลงานวิจัยไปใช้ในงานประจำ** นำไปแก้ไขปัญหาคฟันผุในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เป็นแนวทางในการส่งเสริมพัฒนาทักษะ ความรู้ของครูและผู้ปกครองในการตรวจ และดูแลสุขภาพช่องปากให้แก่เด็ก

**บทเรียนที่ได้รับ** ผู้ปกครองไม่ได้ให้ความสำคัญต่อฟันน้ำนม เพราะคิดว่าเมื่อฟันน้ำนมหลุดไป แล้วฟันแท้ก็ขึ้น รอฟันแท้เลยดีกว่า ดังนั้นจึงต้องให้ความรู้ถึงความสำคัญของฟันน้ำนม ซึ่งจะนำมาซึ่งทัศนคติและพฤติกรรม ในการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีต่อไป ปัจจุบันมีการแก้ไขปัญหาลักษณะรับอย่างเดียว คือ ฟันผุมากี่จุด ต่อไปควรมีการแก้ปัญหาลักษณะรับ โดยการปรับกลวิธีภายใต้ความร่วมมือของทุกภาคส่วน นำมาซึ่งการแก้ไขปัญหายั่งยืนต่อไป

**ปัจจัยแห่งความสำเร็จ** การรวบรวมข้อมูล และการปรับปรุงข้อมูล และการแก้ไขปัญหาลักษณะรับมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน การสนับสนุนจากผู้บริหารหน่วยงาน สนับสนุนการเรียนรู้ สนับสนุนการใช้ข้อมูล จากการวิจัยไปสู่การพัฒนา จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทำให้เกิดการพัฒนายั่งยืน

#### **ประเด็นจากในห้องประชุม**

1. ประเด็นที่ได้จากการฟัง ได้ความรู้ ผู้ที่มีบุตรปฏิบัติตามที่ผู้วิจัยบอกจะได้ประโยชน์ เมื่อทำแล้วผลลดลง ดูจากพ่อแม่ผู้ปกครองพาเด็กมาพบทันตแพทย์มากขึ้น และให้นำผู้ปกครองของเด็กมาฟังคำแนะนำจากทันตแพทย์ร่วมด้วย จากเมื่อก่อนแนะนำแต่ครูอย่างเดียว มีการมองเชิงรุกกว่าจะมีการป้องกันอย่างไร เริ่มตั้งแต่การเลือกอาหาร ถ้าเลือกอาหารหวานก็จะเสี่ยงต่อฟันผุมาก

2. จากการปฏิบัติงาน รู้สึกอย่างไร จึงออกไปปฏิบัติในอกรพ. ผู้วิจัยเล่าว่า จากประสบการณ์ในการทำงานพบผู้ป่วยฟันผุเยอะมาก เมื่อพบผู้ป่วย คิดว่า อิกแล้วเหอ ทำไม่ยอมลด จึงต้องลงพื้นที่เอง ผู้ดำเนินการอภิปรายสรุปว่า R2R ก็คือปัญหาที่เราเจออยู่ทุกวัน เรารู้สึกว่าทนไม่ได้ ต้องออกมาแก้ ต้องทำงานเชิงรุก ต้องขยายผลได้ ในเรื่องจึงควรสรุปเสนอเป็นนโยบาย

#### **การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน**

**รพ.คลองท่อม จังหวัดกระบี่**

**โดยคุณอุดมพร รักเถาว์**

ก่อนอื่นต้องขอแนะนำก่อนว่า งานนี้ไม่ได้ทำคนเดียวมีผู้ร่วมโครงการด้วย ได้แก่ คุณจรรยาธรรม วงษ์เวช ซึ่งเป็นคู่กันมาตลอด ซึ่งวิธีการจะคล้ายกับของทันตแพทย์หญิงอนงค์ มากเลย แต่ต่างกันนิดเดียว คือ ไปดูนโยบายของศูนย์เด็กเล็ก คือ อาหารที่มีประโยชน์ และผลไม้ อาหารมีน้กโภชนาการมาดูแล มีนโยบายต่อขอควบคุมด้วย แต่โรคฟันผุก็ยังมียูเรื้อย ๆ ไม่ลดเลย เจ้าหน้าที่ก็ให้บริการตรวจฟันอย่างสม่ำเสมอ มีการทำตัวชี้วัดปีละ 1 ครั้ง ข้อมูลก็ออกมาเหมือนกัน คือ ขึ้นพอ ๆ กัน เมื่อเปรียบเทียบกับสถานะทันตสุขภาพก็ยังห่างไกลกันมาก จึงรู้สึกว่า นโยบายที่มีอยู่ไม่สามารถตอบตรงนี้ได้ จึงนำข้อมูลแบบการตรวจมาวิเคราะห์ แล้วก็ไปตามกิจกรรมของการแปรงฟันในศูนย์

พัฒนาเด็กเล็ก ก็มีการแปร่งฟัน แต่ก็ให้เด็กแปร่งไปอย่างนั้น ดูเรื่องอาหาร ขวคนม บางศูนย์จะเป็น เรื่องที่ยากมากที่จะเป็นศูนย์ปลอดขวคนม บางศูนย์ก็ยังไม่ได้ ซึ่งเป็นความภาคภูมิใจมากที่ทำให้ เป็นศูนย์ปลอดขวคนม และเขาก็รู้สึกว่ายากเป็นศูนย์ที่ปลอดขวคนมจริง ๆ แต่ก็มีความอึดอัดที่ จะไปบอกผู้ปกครองว่า ไม่ให้กินขวคนมมา จึงเกิดเป็น โครงการและเล่าให้คุณจากรุวรรณ ทราบจึงมา ร่วมกันแก้ไขปัญหา จึงดึงงบประมาณมาได้ 30,000 บาท และให้ทำเป็นวิจัย จึงตกใจ และคิดว่ามัน ยากมากเลยที่จะทำวิจัย ทำไม่เป็น จึง ไปให้พี่จากรุวรรณช่วยดูเรื่องงานวิจัย ผู้วิจัยเอง ไปจัดทำกิจกรรม การมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ใช้กระบวนการของ EAP เป็นกระบวนการ 6 ขั้นตอน โดยเอาปัญหา ของผู้ปกครอง เรื่อง อาหารการกินที่เขาปฏิบัติในชีวิตประจำวันคืออะไร ปัญหาของเขาคืออะไร ใช้ เป็นบัตรคำให้เขาเขียนเป็นบัตรคำขึ้นมา แล้วนำมาจัดเป็นหมวดหมู่ ตอนแรกไม่ได้มีทฤษฎี แต่ตอน หลังเป็นไปตามทฤษฎีเองเลย เขาเขียนคำออกมาให้เรา เช่น ลูกไม่ยอมแปร่งฟัน ขอกินลูกอม กิน ขนม จึงได้จัดเป็นกลุ่ม ๆ ในเรื่องของอาหาร การแปร่งฟัน อาหารก็พบว่า เด็กจะทานขนมถ้าไม่ซื้อ ให้เด็กไม่ยอม ผู้ปกครองจะใจอ่อนให้เด็กทาน บางคนก็มีวิธีการจะเล่าให้ฟังว่าทำอะไรที่จะไม่ให้ เด็กทานขนม บางคนก็บอกว่าให้ทานได้ แต่ทานแล้วทำอะไรไม่ให้ฟันผุ ซึ่งจะเกิดการเรียนรู้ใน กระบวนการนี้ ซึ่งในกระบวนการนี้จะมีเทศบาล กองสาธารณสุข กองสุศึกษาเข้ามามีส่วนร่วม ก่อนทำการประชุมทีมงานกันก่อนแบ่งหน้าที่กันว่า ใครจะทำหน้าที่อะไร มีการประชุม ประสานกันตลอดทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เนื่องจากภาระงานมาก มีโอกาสที่จะเจอกัน น้อย จึงใช้วิธีโทรศัพท์ประสานกันตลอดให้ความร่วมมือกันดีมากตลอด กิจกรรมที่ให้คือ เข้าไปให้ ผู้ปกครองรับรู้ ข้อมูลที่ได้จากการตรวจฟันในศูนย์ มีการประเมินความรู้ ทักษะคิด การปฏิบัติ แล้วนำ ผลมา Share ให้ผู้ปกครองทราบ หลังจากนั้น ให้ Empower กับผู้ปกครอง โดยให้ผู้ปกครองประกาศ ตัวเองว่า จะต้องไม่ให้ลูกกินนมขวดแล้ว จะทำให้ห่างขึ้น เนื่องจากจะให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบอกจะ ยากกว่า จึงเป็นจุดเริ่มของพันธสัญญาระหว่างผู้ปกครองกับศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในระหว่างทำ กิจกรรมให้ผู้ปกครองมาเล่าเรื่องซึ่งมีเรื่องเล่ามากมายถึงวิธีการดูแลเด็กไม่ให้ฟันผุ เมื่อประสบ ความสำเร็จนำเสนอให้กับนายกเทศบาลได้รับทราบ เมื่อทำกิจกรรมเสร็จตามเยี่ยมบ้านกลุ่มที่เข้า ร่วมโครงการ พบความหลากหลายของครอบครัว เช่นมีครอบครัวที่เป็นร้านขายของชำ แต่พบว่า บุตรฟันดี อีกครอบครัวพบว่า บุตรคนที่ 1 มีปัญหาฟันผุ จึงได้เรียนรู้จากบุตรคนที่ 1 มาดูแลบุตรคน ที่ 2 ไม่ให้ฟันผุ ครอบครัวที่ 3 พ่อแม่ไปทำงานนอกพื้นที่ ให้บุตรอยู่ในความดูแลของยาย ลักษณะ บ้านมีร้านค้าอยู่ใกล้ ๆ ส่วนครอบครัวอื่น ๆ พบว่ามีความรู้เพิ่มขึ้น การมาอุดฟันน้อยลง การแก้ไข ปัญหาที่สำคัญในกลุ่มคือ เมื่อพบว่าเด็ก ไม่ยอมแปร่งฟัน ในกลุ่มช่วยกันหาวิธีการให้เด็กแปร่งฟัน คุรตรวจสภาพฟันได้ถูกต้องมากขึ้น เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่าง ครู ผู้ปกครอง องค์กรท้องถิ่น

**ปัจจัยแห่งความสำเร็จ** ความร่วมมือของผู้ปกครอง

**บทเรียนที่ได้รับ** เรื่องสุขภาพพืชน่าจะมาจากเรื่องของการเลี้ยงดู

**ประเด็นจากห้องประชุม**

1. เสนอแก่เทศบาล ให้มีการจัดให้มีอ่างล้างหน้า ล้างมือ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรม การแปรงฟัน จึงมีการปรับปรุงให้มีอ่างสำหรับล้างหน้าแปรงฟัน และมีเครือข่ายพยาบาลชุมชนลงไปดูงานภายหลังการพัฒนา

2. งานวิจัยนี้มีจุดเด่นหลายอย่าง ได้แก่ การทำวิจัยไม่จำเป็นต้องใช้สถิติที่หรุหร่าหรือยาก แต่ให้ดูที่รูปแบบนั้นสามารถนำมาใช้ได้จริง ผลที่ได้นำไปใช้ได้จริง การเปรียบเทียบก่อนกับหลังทำมีตัวเลขแสดงให้เห็นว่าต่างกันชัดเจน แต่ในระหว่างดำเนินการ มีการเลือกมา 5 ครอบครัว เพื่อศึกษารายละเอียดข้อมูลในเชิงคุณภาพ เพื่อให้ผลชัดเจนขึ้น ในเรื่อง รายละเอียดของ ความรู้สึกถึงแวดล้อม มีข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพที่เห็นได้ชัดเจน มีตัวเลขเปรียบเทียบก่อนหลัง

3. ทพญ.อนงค์ Share บุคคลที่สำคัญที่สุดในการป้องกันฟันผุ คือผู้ปกครอง และต้องมีการแปรงฟันซ้ำให้เด็กจะดีมาก ๆ และหลังรับประทานอาหารให้เด็กบ้วนปากเลย งานวิจัยต่อไป ลองดูว่า ถ้าจับเรื่องแปรงฟันอย่างเดียวจะช่วยลดฟันผุได้หรือไม่

4. ผู้เข้าร่วมฟัง Share จริง ๆ อยากคิดต่อในเรื่อง ลูกเจ้าของร้านฟันไม่ผุ แต่ลูกของคนที่อยู่รอบ ๆ ร้านทำไมฟันผุ ผู้วิจัยเล่าว่า จากการลงเยี่ยม เจ้าของร้านให้ลูกตัวเองกินขนม แต่มีวิธีการป้องกันไม่ให้ฟันผุ ซึ่งเป็นหัวข้อที่ผู้วิจัยจะทำการศึกษาต่อไป ซึ่งขณะนี้เขียนเป็น โครงร่างไว้แล้วที่จะทำวิจัยต่อไป

**ผลของการทดลองใช้รูปแบบ “กุมภวาปีโมเดล” ต่อการสภาพการดื่มสุราไม่พึงประสงค์ในชุมชน:**

**กรณีศึกษาพื้นที่บ้านสร้างทราย อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี**

**รพ.ส่งเสริมสุขภาพตำบลปทุม อ.เมือง จ.อุบลราชธานี**

**โดยคุณดำรง พูลทอง**

**ความเป็นมา** ในฐานะที่เป็นพยาบาลดูแลอยู่ในชุมชน ระวังผู้ป่วยทุกวัน ออกเยี่ยมบ้าน ก็จะเห็นสภาพผู้ที่ดื่มสุราในชุมชน ตอนเย็นก็จะนั่งท้ายรถยนต์ ทำงานก่อสร้างเสร็จก็จะซื้อเหล้าขามากินเป็นปกติ ต่อมาเห็นคนติดเหล้า แล้วเริ่มมาก่อวณในชุมชน ประกอบกับมีคนติดเหล้าแล้วผูกคอตาย จึงต้องชี้ประเด็นนี้ให้ชุมชนรับรู้ว่า เราจะช่วยกันอย่างไร ไม่ให้คนในพื้นที่ของเราเป็นแบบนี้ แล้วลงเอยด้วยการผูกคอตาย คุยกันหลายที่ว่า ช่วยกันทำหน่อย มีโอกาสไปเห็นในจ.นครพนม มีป้ายเสนอ งานศพปลอดเหล้า จึงคิดว่าสภาพที่เป็นชนบททำได้ แต่ในเมืองคงไม่มีหวังว่าจะทำได้ แต่เห็นป้ายเขียนว่า “ขออภัยงานนี้ไม่มีเหล้าเบียร์ เพราะญาติเสียไม่ได้ฉลอง” จึงคิดว่าป้ายนี้ดี จะนำไป

แขวนในงานศพจึงนำมาค้นหา Volunteer ได้มา 1 หมู่บ้าน จาก 12 หมู่บ้านที่เป็นชุมชนเขตเมือง จริงแล้วเหมือนเป็น Area เดียวกันแต่แบ่งซอยเท่านั้น เริ่มที่ 1 หมู่บ้าน คุยกับกรรมการว่าจะเอาแบบไหนจึง สร้างแบบสอบถามไปถามชุมชน ถึงสภาพการดื่ม ค่าเสียหาย ถ้าจะทำแบบนี้จะร่วมด้วยหรือไม่ พบว่าได้รับการตอบรับ เห็นด้วย จึงมาสรุปคืนข้อมูลให้ชุมชน ทำเวทีประชาคม ทำประชาคมติว่าจะทำงานศพปลอดเหล้า มีการตอบรับจึงทำป้ายให้โดยใช้ข้อความเดิม มีการขอบคุณคนที่มาร่วมงานด้วย เมื่อมีงานก็เอาป้ายไปแขวน ไม่มีใครกล้าถาม คนที่ถามคือคนที่ดื่มกันในชุมชน เป็นกลุ่มที่ติดสุราดื่มกันทุกวันในชุมชนมาก่อความเจ็บปวด เจ็บใจจึงชี้แจงให้รับทราบ จากนั้นมีการประชุมทีมว่ามีการประหยัดค่าใช้จ่ายเท่าใด หมู่ที่ 1 จะทำทุกงานศพ จากนั้นให้อีกหมู่บ้านมาเรียนรู้ ก็เห็นว่าดีอยากจะทำต่อ แต่พบปัญหาเกี่ยวกับกลุ่มติดสุรา จึงได้ไปทบทวนงานวิจัยรวมถึงของจังหวัดนำด้วยพบว่าน่าสนใจ เนื่องจากตำบลปทุม เป็นแหล่งผลิตเหล้า ดื่มสุราสมัยเก่าเมื่อพื้นที่ขยายจึงต้องย้ายออกไปอยู่อีกอำเภอ จึงคิดว่าทำแก่งานศพปลอดเหล้าคงไม่ครอบคลุม จึงไปได้ “กุมภวาปีโมเดล” มาใช้และดูว่าการจัดทำให้ประสบผลสำเร็จต้องประกอบไปด้วยขั้นตอนอะไรบ้าง โดยเริ่มต้นที่คัดเลือกหมู่บ้านที่สนใจ Model นี้มีการทำงานทั้ง 4 ระดับคือ ส่งเสริม พี่นุญ คู่แผลผู้ที่มีปัญหาเฉพาะราย คัดเลือกกรรมการ โดยดำเนินภายใต้คณะกรรมการ กรรมการคัดเลือกมาจากตัวแทน อสม. ตัวแทนผู้ใหญ่บ้าน ตัวแทนผู้สูงอายุ ตัวแทนครอบครัวที่ติดสุรา ตัวแทนร้านค้า เข้ามาทำงาน อบรมให้ความรู้กับคณะกรรมการ จากนั้นกรรมการจะออกแบบระดับ ว่า 4 พื้นที่ของตำบลปทุม จะออกแบบรูปแบบไหนให้เหมาะกับพื้นที่ คือระดับที่ 1 ต้องล้อมรั้วเรื่องสุราไม่ให้เข้ามาใกล้ จะดื่มได้ต้องดื่มแบบพึงประสงค์ ซึ่งได้แนวคิดจากการตั้งครกไม่พึงประสงค์ ให้เขาร่วมกันคิดว่า ดื่มแบบพึงประสงค์เป็นอย่างไร ไม่พึงประสงค์คืออะไร เราจะไม่ห้ามว่า ห้ามดื่ม เราจะบอกว่า คุณดื่มได้แต่คุณดื่มแบบพึงประสงค์ คือดื่มอย่างไรไม่ให้เป็นอันตรายต่อตัวเอง ซึ่งจะวัดโดยใช้แบบ Audit ดังนั้น

**ระดับที่ 1** เริ่มจากประชาคมทำกฎระเบียบในการดื่ม ต่อไปจะได้ งานศพปลอดเหล้าทุกงาน งานบุญ งานกฐิน ให้ขยายเป็นเวลา เพื่อให้ผู้ที่รักการดื่มมีวันหยุดดื่มบ้าง โดยวันพระจะไม่ขยาย จากนั้นจะกลายเป็นกฎระเบียบในหมู่บ้าน จากนั้นจะ Integrate กฎระเบียบเรื่องการทะเลาะวิวาท เรื่องสุขภาพ เรื่องอื่น ๆ เข้าไปด้วย จากนั้นจะรณรงค์ หาแกนนำ ใช้วิธีประชาคม เมื่อผ่านกรรมการแล้วจะร่างเป็นประชาคมติ ให้อสม.แจกทุกหลังคาเรือน แล้วให้ลงนามมาว่า เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย แล้วมีการจัดเก็บข้อมูลประกาศให้เห็นว่า อีก 11 หมู่บ้านก็จะขยายผลเช่นเดียวกัน โดยทำพร้อมกันกับหมู่ที่ 2 ตอนนี้มีแบบตอบรับ มากกว่าร้อยละ 90 ที่เห็นด้วย จึงประกาศเป็นตำบลปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ วันที่ประกาศมีการรณรงค์ทั่วทุกหมู่บ้าน โดยให้แต่ละหมู่บ้านคิดรูปแบบของตัวเอง ออกมาว่าจะสื่ออย่างไรให้ชุมชนระวังเรื่องสุรา สุรามีผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายอย่างไร โดยแต่

ละหมู่บ้านเดินออกมารวมกันที่ถนนเส้นกลางแล้วมาประกาศให้ประชาชนได้รับรู้ จากนั้นจะปิดป้ายประกาศหน้าทางเข้าทั้ง 2 ทาง ให้รู้ว่าตำบลนี้เป็นตำบลปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

**การดูแลระดับที่ 2** คือ ทำอย่างไรให้คนในหมู่บ้านรู้ว่าอยู่ในระดับเสี่ยง จึงสอนอสม.ในการใช้แบบ Audit แล้วให้หาคนที่สมัครใจเข้ารับการ Audit ได้มา 76 คนก็จะมีวัดก่อนและหลังการทำโครงการผลออกมาชัดเจนว่า คะแนนจากแบบ Audit ลดลง หลังจากนั้นหลังคาเรือนไหนที่มีภาวะเสี่ยง คณะกรรมการก็จะลงไปให้ความรู้ให้คำแนะนำ คนที่มีปัญหาติดสุราพบมี 5 ครอบครัว และอีก 1 คนเจ็บป่วยด้วยพิษสุราเรื้อรังถึงขนาด Readmit บ่อยมากจนพอกับแม่บอกว่า ทำอะไรไม่ได้อีกแล้วกับลูกคนนี้ พอไป Admit ที่โรงพยาบาลบอกว่า มาอีกแล้ว พ่อบอกว่ารู้สึกมีความละเอียดใจมากที่ได้ยินคำนี้ เหมือนกับเลี้ยงลูกไม่ดีทำให้ลูกติดเหล้า ทำอย่างไรก็เลิกไม่ได้ จึงได้เข้าไปดูแล 5 ครอบครัวนี้ จนกระทั่งลูกชายเลิกเหล้าได้ 1 ปี พ่อแม่ชื่นชม ดีใจมาก หลังจากนั้นมีการวัดผลเฉพาะหมู่บ้านนี้ เป็นข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ เชิงคุณภาพก็จะดูสภาพการณ์ที่เปลี่ยนไปจากเดิมที่ไม่มีโครงการ สภาพการณ์ที่เปลี่ยนไปคือ ร้านค้า ชุมชน เข้าร่วมโครงการ 18 ร้านจาก 75 ร้าน แต่จาก 18 ร้านเป็นร้านที่ผู้ดื่มมีหุ้น อย่งไรก็ตามเขาต้องซื้อจาก 18 ร้านที่เขามีหุ้นอยู่ เป็นร้านขายส่ง ร้าน Lotus, Seven ก็จะปฏิบัติตามกฎระเบียบของกฎหมายอยู่แล้ว ส่วนร้านขายส่งใหญ่ในชุมชน วันพระใหญ่ 4 วันที่จะปิดร้านไม่ขาย พอไปถามร้านค้าว่ามีโครงการนี้แล้ว มีผลกระทบต่อยอดขายหรือไม่ ได้รับคำตอบว่า แรก ๆ ก็กระทบกับยอดขายจริง แต่พอดู ๆ แล้วสภาพของคนที่มาซื้อก็เห็นสภาพอยู่จึงคิดว่า โครงการนี้มีผลประโยชน์ต่อชุมชน ไม่มีผลกระทบต่อรายได้ เพราะว่าเขาไม่ซื้อเหล้า เขาก็ซื้ออย่างอื่น ทำให้รู้สึกว่า เหมือนได้ทำบุญที่ได้ช่วยเหลือสังคม สภาพที่เปลี่ยนไปในชุมชนคือ ไม่มีเหล้าในงานศพ คนที่มาร่วมงานก็จะมีการแลกเปลี่ยนกัน จึงมีการขยายผลทั้ง 12 หมู่บ้าน แล้ววัดความรู้ของคณะกรรมการก่อนและหลังอบรม และหลังการดำเนินงาน ความรู้ในเรื่องสุราเพิ่มขึ้น ทศนคติดีขึ้น คะแนนแบบ Audit หลังดำเนินการลดลงอย่างชัดเจน จากนั้นมีการถอดบทเรียนหลังทำ Intervention ได้ข้อสรุปว่า กุมภาพันธ์โมเดล ต้องทำตามขั้นตอน 8 ขั้นตอน คือ

**สร้างเจ้าถิ่น** คือ มีคนที่รับผิดชอบ

**อินกระแส** คือ ไม่ใช่แค่การรณรงค์ แต่ต้องอยู่ในสมองตลอด มีเวทีไหนต้องเข้าไปชี้แจงได้แก่ เวทีงานบ้าน ชาวบ้านมีประเด็นอะไรต้องเข้าไปสอดแทรก อสม.ประชุมประจำเดือนทุกเดือน เมื่อมีงานศพ อสม.ที่นำป้ายไปติดต้องมีการชี้แจงแยกด้วย

**แผ่ความคิด** คือ ขยายไปเรื่อย ๆ ขยายในกลุ่มแกนนำต่าง ๆ มีการออกกำลังกาย มีทำประจำในการออกกำลังกาย

**เกาะติดรณรงค์** คือ มีเวทีไหนที่รณรงค์ตลอด โดยวันที่ 26 มิถุนายน ของทุกปีเป็นวันรณรงค์ใหญ่ของชุมชน ไม่มีงบประมาณ ถึงเวลา นักเรียน ผู้นำชุมชนจะมาเดิน

**ส่งหน่วยเฝ้าระวัง** คือ มีคนเข้าไปดูแลในครอบครัว คือกรรมการ และอสม. เมื่อ Audit แล้วมีปัญหาสามารถให้คำแนะนำได้ ก่อนหน้านั้นเรื่องสุรา เป็นเรื่องปกติ ไม่กล้าเข้าไป ตอนนี้ กรรมการมีความรู้ ก็จะกล้าเข้าไปบอก โดยเฉพาะผู้หญิงที่ดื่มมีผลเสียมากกว่าผู้ชาย เมื่อมาแล้วมี โอกาสที่โดนกระทำรุนแรง หรือเสี่ยงต่ออุบัติเหตุสูง

**เคียงข้าง พี่นุญ** คือ ใครมีปัญหาต้องดูแล ต้องรักษากระแสตลอดเวลา จะยั่งยืนได้ ต้องรักษากระแสตลอด คือมีเวทีไหนต้องเข้าไปแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และทำไปประกาศให้กับ ครอบครัวงานศพตลอดเหล่า มอบให้หน่วยงานตอนที่ ฌาปนกิจ

ซึ่ง 8 ขั้นตอนได้จากการถอดบทเรียนครั้งที่ 1 ช่วงนี้เป็นการถอดบทเรียนครั้งที่ 2 กิจกรรมดำเนินไปเรื่อย ๆ ชุมชนอื่นเข้ามาแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่อย ๆ มีการนำเสนอ ไปคู่อื่น แล้ว นำมาดัดแปลงให้เหมาะกับบริบทอย่างต่อเนื่องเพื่อให้โครงการนี้ยั่งยืน การถอดบทเรียนครั้งที่ 2 เป็นสำนักงานหลักประกันสุขภาพ กับประกันสังคมจังหวัดเข้ามาถอดบทเรียน เพื่อที่จะนำเสนอ และตีพิมพ์เป็นนโยบายสาธารณะ ในเรื่องตำบลปลอดภัย โดยได้เขียนเป็นเรื่องเล่า ที่ผู้วิจัยเป็นผู้เขียน เป็น 1 ใน 20 ตำบลในจังหวัดอุบลราชธานีที่ดำเนินนโยบายสาธารณะ ซึ่งมาหลายเรื่องส่วน หนึ่งจะมีเรื่องเล่านี้ด้วย โดยจะเล่าทั้งหมดเพื่อให้คนอ่านรู้ว่า ทำอะไรสามารถนำไปทำต่อได้ ในปีนี้ ขยายผลโดยนำ Model ไปทำต่อเรื่องอื่น ซึ่งประเด็นที่ทำจะไปตรงกับจ.นครพนม แล้วจะไปศึกษา ของเขาต่อ นำประเด็นที่น่าสนใจมาพัฒนา ตอนนี้จากคณะกรรมการสุรา ก็แต่งตั้งเป็นทั้ง สุราและ บุหรี่ และมีกองทุนตำบลปลอดภัยแอลกอฮอล์และบุหรี่ เงินกองทุนมาจากอสม.หากันเอง ในงานมีการ จัดร่วางชาวบ้าน มีกองทุนนำเงินที่ได้ไปจัดกิจกรรมรณรงค์ให้เป็นขวัญกำลังใจสำหรับคนที่งดสุรา และบุหรี่ได้ วันที่ 12 สิงหาคม จะมอบป้าย Version 1 ให้กับทุกหมู่บ้าน ทั้งหมดเป็นกระบวนการ ทำงานที่ไม่ได้เริ่มคิดว่า จะทำวิจัย แต่เริ่มจากปัญหาที่คิดว่า ต้องแก้ไขอย่างต่อเนื่อง การวัดผลก็วัด ให้เห็นว่าเกิดขึ้นจริงตามสภาพ เอาข้อมูลจริงไปยืนยันว่า เกิดขึ้นจริง จะทำให้เรามีกำลังใจทำงานต่อ ดังคำที่ว่า “จริงจัง จริงใจ และจริง ๆ”

### **ประเด็นจากห้องประชุม**

1. ขอให้สรุป กุมภวาปีโมเดล ว่าคืออะไร กุมภวาปีโมเดล สร้างจาก 3 Concepts คือ ต้องมีทุนทางสังคม ต้องมีทุนทางสังคมที่ดีจึงทำได้ เพราะต้องเริ่มจากการเอาแกนนำทางสังคม มาร่วม สองต้องอาศัยความร่วมมือ เพราะเขาต้องเป็นคนคิดรูปแบบเอง เราอาจ Guide ให้เล็กน้อย สามใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในครอบครัว จะใช้กรณีที่เราลงไปประเมินความเสี่ยงต่อการดื่ม การ ดูแลเฉพาะราย ให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการกำหนดสิ่งแวดล้อม เมื่อทำแล้ววัดผลอย่างไร จะวัด 2 แบบคือ ข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ คุณภาพดูสภาพที่เปลี่ยนไปจริง วัดผลเชิงปริมาณวัด ความรู้ของกรรมการ ก่อนและหลังการอบรม การวัดการมีส่วนร่วมก็ดูว่ามีส่วนร่วมร้อยละเท่าใด

การวัดคนดีมีใช้แบบ Audit จากนั้นขยายผลทั้งตำบล นำไปเสนอให้ผู้บริหารรับทราบเพื่อขยายผล ทั้งอำเภอ ในภาพของจังหวัดนำไปเป็น KPI ของจังหวัด สิ่งที่ได้จากงานวิจัยคือ คลินิกลดเลิกสุรา ได้ระบบการส่งต่อ

2. ปัญหาเมื่อไปทำในชุมชน จะได้ผลเฉพาะหมู่บ้านที่ผู้นำ Work พอไปอีกหมู่บ้านก็จะ Fail ดังนั้นการทำให้ไม่ควรมองเป็นปัญหาหรืออุปสรรค แต่ควรมองว่าเป็นสิ่งที่ท้าทาย อ.ประเวศบอกว่า เราต้องอาศัย 3 หลัก คือ องค์ความรู้หนักแน่น นโยบายต้องสนับสนุน ต้องป่วนกระแส สร้างกระแส สังคมให้กดดัน ถ้าผู้นำไม่รู้กระแสสังคมกดดัน ต้องรู้เรื่อง และต้องผสมผสานหลายกระบวนการเข้าด้วยกันเพื่อให้สำเร็จ ซึ่งเราพบว่า บางครั้ง Key man อาจไม่ใช่ผู้นำก็ได้ จึงควรดึง Key man เข้ามามีส่วนร่วมด้วย ซึ่ง Key man เป็นผู้ที่พูดแล้วทุกคนฟัง เช่น ผู้อาวุโส ครู ก็ได้ มีบางหมู่บ้านใช้สม. พระช่วย เนื่องจากพบว่า กำนัน ผู้ใหญ่บ้านบางคนอาจกลัวคะแนนเสียงตกจึงไม่กล้าทำ

3. สรุปประเด็นคนละ 10 นาทีเพื่อให้ผู้ฟังอยากทำงาน R2R

- คุณนิภาพร พอใจ งานประจำที่ทำอยู่มีปัญหาเกิดขึ้น เป็นจุดเริ่มของการนำงานประจำสู่งานวิจัย ข้อค้นพบจะเป็นสิ่งที่ทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี นั่นคือ สิ่งที่มีความภาคภูมิใจในการทำงานจากการปรับปรุงที่เกิดขึ้น จึงอยากเชิญชวนให้ทุกคนทำ ไม่ได้ยากเลย ให้ช่วยกันเป็นพลังที่สำคัญการทำงาน R2R ทำคนเดียวไม่สำเร็จต้องทำเป็นทีม เพราะทีมงานคือกลไกในการขับเคลื่อน ทำให้ทำงานมีคุณค่า และทำงานได้สำเร็จเป็นที่ภาคภูมิใจ

- ทันตแพทย์หญิงอนงค์ เอกกา เป็นการทำให้วิจัยครั้งแรก ถือว่าเป็นมือใหม่จริง ๆ น้องทำได้ ดังนั้นพี่ ๆ และเพื่อน ๆ ก็ต้องทำได้เช่นเดียวกัน

- คุณอุดมพร รักเถาว์ งานที่ทำอยู่ก็เป็นสิ่งที่ทำอยู่เป็นประจำในชีวิตประจำวัน ก็อยากให้เราสร้างชุมชนของเราให้มีความสุข แล้วเราก็จะมีความสุข

- คุณสำราญ พูลทอง ในการทำงานวิจัย หรืองานอะไรสักอย่าง อย่าหวังที่รางวัล หรือทำเพื่อที่จะปรับตำแหน่ง แต่ก็ให้เราทำจากปัญหาที่เราเจอ เมื่อถึงจุดอิ่มตัวแล้ว ดอกผลก็จะมาเอง แล้วมันจะมีคุณค่าในตัวของมันเอง



