

## รายงานฉบับสมบูรณ์

แนวทางการป้องกันและควบคุมโรคด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของ  
ประชาชน บ้านดู่ บ้านมะพริก และบ้านโพนสิม ตำบลทุ่งมน  
อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร ระยะที่ 2

โดย

ทีมวิจัย

|                       |            |                |
|-----------------------|------------|----------------|
| 1. นายบุญถม           | จันทสิทธิ์ | หัวหน้าโครงการ |
| 2. นางงามใจ           | เสียงใส    | ทีมวิจัย       |
| 3. นายปกรณ์ชัย        | สีอ่อน     | ทีมวิจัย       |
| 4. นางบังอร           | ไถยราช     | ทีมวิจัย       |
| 5. นางอังคณา          | สายคำวงษ์  | ทีมวิจัย       |
| 6. นายไพรัตน์         | สิงห์ครุฑ  | ทีมวิจัย       |
| 7. นางบุญเสียง        | สิงห์ครุฑ  | ทีมวิจัย       |
| 8. นางดวงจันทร์       | สีอ่อน     | ทีมวิจัย       |
| 9. นางวาสนา           | หาสุข      | ทีมวิจัย       |
| 10. นายเสน่ห์         | สิงห์ครุฑ  | ทีมวิจัย       |
| 11. นางดวงสุดา        | ตะวัน      | ทีมวิจัย       |
| 12. นางทิมา           | สุพร       | ทีมวิจัย       |
| 13. นางสาวอริศรา      | ขยันทำ     | ทีมวิจัย       |
| 14. นางพิมพ์พา        | สงศรี      | ทีมวิจัย       |
| 15. นายบัณฑิตฐ        | สร้อยจักร  | ทีมวิจัย       |
| 16. นางสาวกาญจนา      | ไชยมาตร    | ทีมวิจัย       |
| 17. ว่าที่ ร.ต.ทวีชัย | คำชาย      | ทีมวิจัย       |

### คณะที่ปรึกษาโครงการ

|             |             |                                         |
|-------------|-------------|-----------------------------------------|
| 1. นายอุดม  | พิจารณา     | นายกองค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งมน         |
| 2. นายสุนทร | วิริยะพันธ์ | นายก.สาธารณสุขชำนาญการ สสอ.คำเขื่อนแก้ว |
| 3. นายสำนวน | ยวนยี่      | ผู้ใหญ่บ้านบ้านดู่ หมู่ 6               |

## บทคัดย่อ

การวิจัย เรื่อง แนวทางการป้องกันและควบคุมโรคด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน บ้านดู่ บ้านมะพริก และบ้านโพนสิม ตำบลทุ่งมน อำเภอคำชะอี จังหวัดยโสธร ระยะที่ 2 ซึ่งได้มีการดำเนินงานมาตามขั้นตอน ได้แก่ การประชุมทีมวิจัย การประชุมชี้แจงโครงการต่อชุมชน การสร้างหลักสูตรเนื้อหาเพื่อการสื่อสารโรค ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วย นำเสนอผลการศึกษาต่อชุมชน สรุปและถอดบทเรียนการดำเนินงาน สรุปผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

### 1. ปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านดู่ บ้านมะพริก และบ้านโพนสิมที่เหมาะสมกับวิถีชุมชน

ปฏิบัติการที่ทีมวิจัยใช้ในการป้องกันและควบคุมโรคในชุมชน มี 5 ปฏิบัติการหลักๆ ดังนี้ คือ 1) เวทีคืนข้อมูลชุมชน 2) ตั้งกลุ่ม “ไทฮักปอด” 3) ออกแบบการ์ดเชิญชวนให้คนไปตรวจหาโรค 4) ออกแบบป้ายรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรค 5) ออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับบริบทชุมชน

### 2. สรุปผลการปฏิบัติการ และวิเคราะห์เงื่อนไข ปัจจัยที่ส่งผลต่อการป้องกันและควบคุมโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านดู่ บ้านมะพริก และบ้านโพนสิมที่เหมาะสมกับวิถีชุมชน

#### 2.1 สรุปผลการปฏิบัติการ

ทีมวิจัยได้รณรงค์ป้องกันและรักษาโรคโควิด-19 มีการทำการรณรงค์เชิญชวนไปยังชาวบ้าน โดยใช้ชื่อกลุ่มในการรณรงค์ว่า “ไทฮักปอด” แปลว่า ชาวบ้านที่รักสุขภาพออกมาดูแลรักษาปอดของตัวเอง ซึ่งทีมวิจัยยังพัฒนาวัฒนธรรมการพูด คือการรณรงค์โดยใช้ภาษาพื้นบ้าน ทำให้อุปสรรคการสื่อสารการป้องกันโรคลดลงกว่าเดิม

นอกจากนี้ยังมีการขยายผลการดำเนินงาน การเผยแพร่ข้อมูลการรณรงค์การดูแล รักษา ป้องกันโรค ต่ออีก 3 ตำบล ได้แก่ ทุ่งมน โพนสิม ย่อ ดงเจริญ

ผลจากการวิจัย ทำให้เกิดทีมงานที่ถือเป็นกำลังสำคัญในการดำเนินงานเรื่องอื่นๆ และทีมวิจัยกลายเป็นแรงหนุนเสริมการป้องกัน และการสร้างความเข้าใจต่อโรคโควิด-19 มากขึ้น ชาวบ้านมีทัศนคติที่ดีต่อการตรวจหาโรค รวมทั้งทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยโรคด้วย

#### 2.2 วิเคราะห์เงื่อนไข ปัจจัยที่ส่งผลต่อการป้องกันและควบคุมโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านดู่ บ้านมะพริก และบ้านโพนสิมที่เหมาะสมกับวิถีชุมชน

จากการวิเคราะห์ถึงเงื่อนไขปัจจัยของความสำเร็จดังกล่าวข้างต้น ทีมวิจัยมองว่ามีหลายปัจจัย ได้แก่

(1) เกิดจากการดำเนินงานภายใต้บริบทชุมชน กล่าวคือชุมชนนี้นับถือพ่อปู่ จึงมีการใช้ความเชื่อนั้นมาเป็นการทำสัญญาใจกับปู่ตาให้คนป่วยกินยาครบ 6 เดือน

(2) การจัดเวทีคืนข้อมูลชุมชน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลผู้ป่วยโรค ถือเป็นจุดสำคัญอีกประการหนึ่งที่ทำให้ชาวบ้านเริ่มให้ความสนใจและให้ความร่วมมือในการดำเนินดังกล่าวอย่างจริงจัง

(3) การจัดกิจกรรมรณรงค์ป้องกันและรักษาโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนทำให้คนในชุมชนมีความรู้ความเข้าใจในการป้องกันและรักษาโรคอย่างถูกต้อง

(4) การออกแบบการ์ดเชิญประชาชนเข้าร่วมงาน สร้างความสนใจ และความร่วมมือจากประชาชนได้มากเนื่องจากการได้รับการ์ดเชิญทำให้ชาวบ้านรู้สึกว่าได้รับเกียรติและเป็นส่วนหนึ่งของงาน

(5) การมีส่วนร่วมของทีมวิจัยและชาวบ้านถือเป็นหัวใจสำคัญของปัจจัยแห่งความสำเร็จทำให้เกิดทีมไทยกบอดซึ่งถือว่าตัวเองเป็นเจ้าของเรื่องวัณโรค ไม่ใช่เป็นเรื่องของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแต่เพียงฝ่ายเดียวอีกต่อไป

(6) ทีมทีมวิจัยมีความเข้มแข็ง ทำงานอย่างต่อเนื่อง

(7) ทีมวิจัยวัณโรคและชุมชนมีจุดมุ่งหมายเดียวกัน คือทำให้วัณโรคหมดไปจากชุมชน

(8) ชุมชนมีความเข้าใจในความรุนแรงของโรควัณโรค ทำให้ชุมชนมีการตื่นตัวในการป้องกันและรักษาวัณโรค

## สารบัญ

|                                                                                                                                                                                      | หน้า |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| บทคัดย่อ.....                                                                                                                                                                        | ก    |
| สารบัญ.....                                                                                                                                                                          | ข    |
| <b>บทที่ 1 บทนำ</b>                                                                                                                                                                  |      |
| ความเป็นมา.....                                                                                                                                                                      | 1    |
| คำถามการวิจัย.....                                                                                                                                                                   | 4    |
| วัตถุประสงค์การวิจัย.....                                                                                                                                                            | 4    |
| นิยามศัพท์เฉพาะ.....                                                                                                                                                                 | 4    |
| ผลที่คาดว่าจะได้รับ.....                                                                                                                                                             | 5    |
| <b>บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง</b>                                                                                                                              |      |
| วัณโรค.....                                                                                                                                                                          | 6    |
| การรักษาวัณโรค.....                                                                                                                                                                  | 8    |
| การสื่อสารเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม.....                                                                                                                                           | 12   |
| การมีส่วนร่วม.....                                                                                                                                                                   | 19   |
| งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....                                                                                                                                                           | 24   |
| กรอบแนวคิดในการวิจัย.....                                                                                                                                                            | 28   |
| <b>บทที่ 3 กระบวนการวิจัย</b>                                                                                                                                                        |      |
| ขอบเขตการวิจัย.....                                                                                                                                                                  | 29   |
| วิธีเก็บข้อมูล.....                                                                                                                                                                  | 29   |
| วิธีดำเนินการวิจัย.....                                                                                                                                                              | 29   |
| การวิเคราะห์ข้อมูล.....                                                                                                                                                              | 32   |
| <b>บทที่ 4 ผลการวิจัย</b>                                                                                                                                                            |      |
| 1.เพื่อปฏิบัติการป้องกันและควบคุมวัณโรค โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านดู่<br>บ้านมะพริกและบ้านโพนสิมที่เหมาะสมกับวิถีชุมชน.....                                                        | 33   |
| 2.เพื่อสรุปผลการปฏิบัติการ และวิเคราะห์เงื่อนไข ปัจจัยที่ส่งผลต่อการป้องกันและ<br>ควบคุมวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านดู่ บ้านมะพริกและบ้านโพนสิมที่เหมาะสม<br>กับวิถีชุมชน..... | 47   |
| <b>บทที่ 5 แผนการดำเนินงาน.....</b>                                                                                                                                                  | 48   |
| 5.1 สรุปผลตามวัตถุประสงค์.....                                                                                                                                                       | 48   |
| 5.2 ผลกระทบจากการวิจัย.....                                                                                                                                                          | 49   |
| <b>บรรณานุกรม.....</b>                                                                                                                                                               | 51   |
| <b>ภาคผนวก</b>                                                                                                                                                                       |      |
| ประวัติทีมวิจัย                                                                                                                                                                      |      |

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมา

โครงการแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน บ้านคู บ้านมะพริก และบ้านโพนสิม ภายใต้วิถีสวนชุมชน ระยะที่ 1 ดำเนินการโดยมีคำถามของการศึกษา คือ แนวทางการป้องกันและควบคุมโรคด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนบ้านคูบ้านมะพริก บ้านโพนสิม ภายใต้วิถีสวนชุมชนควรเป็นอย่างไร ทั้งนี้มีวัตถุประสงค์ของโครงการ 4 ข้อคือ 1) บริบทชุมชน และวิถีสวนชุมชนตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน ที่มีผลต่อการป้องกันและควบคุมโรคด้วยโรคเป็นอย่างไร 2) สถานการณ์ของโรคด้วยโรค / ความรู้ความเข้าใจ/สาเหตุ/ ผลกระทบของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน เป็นอย่างไร 3) บทบาทต่อการป้องกันและควบคุมโรคของกลุ่มผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างไร 4) องค์ความรู้และภูมิปัญญาในการป้องกันและควบคุมโรคของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนเป็นอย่างไร

จากปัญหาโรคเป็นโรคติดต่อเป็นปัญหาสาธารณสุข ในปี 2552 พบว่า ประเทศไทยมีอัตราความชุกของโรคประมาณ 130,000 ราย (189 ต่อแสนประชากร) อุบัติการณ์ของผู้ป่วยโรคประมาณ 93,000 ราย (137 ต่อแสนประชากร) และจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตปีละ 12,000 ราย (18 ต่อแสนประชากร) นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกยังได้รายงานอัตราการตรวจพบผู้ป่วยของประเทศไทยว่าอยู่ที่ร้อยละ 70 ซึ่งเท่ากับเป้าหมายของประเทศคือร้อยละ 70 สำหรับแนวโน้มอัตราความสำเร็จของการรักษาของผู้ป่วยโรคใหม่เสมอพบเชื้อ ระหว่างปีงบประมาณ 2546 - 2552 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งในปี 2552 อัตราความสำเร็จของการรักษาอยู่ที่ร้อยละ 85 ซึ่งเท่ากับเป้าหมายของประเทศ (ร้อยละ 85) ส่วนอัตราการขาดยาอยู่ที่ร้อยละ 4 และอัตราการตายอยู่ที่ร้อยละ 8 สถานการณ์โรคของประเทศไทยที่กรมควบคุมโรครวบรวมจากสถานพยาบาลผ่านทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 1 - 12 ในไตรมาสที่ 1- 4 ปีงบประมาณ 2553 พบว่า ผู้ป่วยรายใหม่เสมอพบเชื้อมีจำนวน 37,108 ราย ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำจำนวน 2,079 ราย ผู้ป่วยรายใหม่เสมอพบเชื้อจำนวน 24,259 รายและผู้ป่วยโรคเอดส์นอกปอดจำนวน 11,450 ราย คิดรวมเป็นผู้ป่วยทุกประเภทจำนวน 74,896 ราย (สำนักโรค กระทรวงสาธารณสุข : 2554) ผลการรักษาผู้ป่วยโรคเสมอพบเชื้อขึ้นทะเบียนรักษาใน ปี 2553 พบว่า มีผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรักษา 5,307 ราย จำนวนผู้ป่วยรักษาหายและรักษาครบ 4,493 ราย คิดเป็นอัตราความสำเร็จของการรักษาร้อยละ 85 มีผู้ป่วยที่ขาดยา 184 ราย และผู้ป่วยเสียชีวิต 405 ราย (สำนักโรค กระทรวงสาธารณสุข : 2554) ผู้ป่วยกินยาไม่ต่อเนื่องขาดผู้ดูแลในการกำกับกินยาทำให้อัตราการรักษาต่ำส่งผลทำให้ผู้ป่วยโรคเอดส์รักษายากมากขึ้นและสามารถแพร่เชื้อให้กับคนอื่นได้

การดำเนินงานโครงการในระยะเวลา 6 เดือนได้ดำเนินโครงการเก็บข้อมูลในกลุ่มเป้าหมายหลัก มี 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้ป่วย และผู้ดูแลในครอบครัว จำนวน 22 ครอบครัว แบ่งเป็น ผู้ป่วยที่พบเสมอพบเชื้อบวก (M+) จำนวน 15 ราย และผู้ป่วยที่พบเสมอพบเชื้อลบ (M-) จำนวน 7 ราย 2) กลุ่มชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน (ส.อบต. อสม. ผู้ใหญ่บ้าน) 3.) หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ รพ.สต. อบต. มีขั้นตอนการ

ดำเนินงาน โดยสรุปคือ 1) ประชุมทีมวิจัย 2) ประชุมเพื่อชี้แจงโครงการต่อชุมชน 3) ประชุมเพื่อออกแบบการเก็บข้อมูลพื้นฐาน และออกแบบเครื่องมือ 4) เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ข้อมูลบริบทชุมชนและวิถีชุมชนตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน ที่มีผลต่อการป้องกันและควบคุมโรคโควิด โรค ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยโรค (การศึกษา/สังคม/เศรษฐกิจ) โดยใช้แบบสอบถามหรือแบบสัมภาษณ์กับบุคคลที่เกี่ยวข้อง 5) จัดเวทีศึกษาข้อมูล ได้แก่ เวทีระดม สถานการณ์ของโรคโควิด/ความรู้ความเข้าใจ/สาเหตุ/ผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน จัดเวทีระดมบทบาทของการป้องกันและควบคุมโรคโควิดของกลุ่มผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จัดเวทีค้นหาองค์ความรู้และภูมิปัญญาในการป้องกันและควบคุมโรคโควิดของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน สุดท้ายนำข้อมูลมารวบรวมและวิเคราะห์ข้อค้นและสรุปผลการศึกษาดังต่อไปนี้

ด้านวิถีชุมชน บ้านดู่ บ้านมะพริกและบ้านโพนสิม จากจำนวน 489 หลังคาเรือน ประชากร 2,348 คน นับถือศาสนาพุทธทุกหลังคาเรือน วิถีชาวบ้านทำงานการเกษตรปลูกข้าว ทำไร่น้ำ ทำงานตั้งแต่เช้า เย็นกลับบ้าน นิยมดื่มเครื่องดื่มชูกำลังและสุราขาวเพื่อคลายกล้ามเนื้อจากการทำงานช่วงเย็น เป็นชุมชนที่มั่นใจบ้านใกล้เคียงไปมาหาสู่กันเชื่อถือผู้สูงอายุ ยึดประเพณีวัฒนธรรมดั้งเดิมเป็นเครื่องเหนี่ยวจิตใจ มีวัดเป็นศูนย์การพัฒนาและการระดมทุนของการพัฒนา เช่นการก่อสร้างสถานีนอนามัยประจำอาสารบ้านโพนสิมในรูปการระดมทุนจัดทำผ้าป่า การพัฒนาโรงเรียนบ้านมะพริกดูโพนสิมโดยผ้าป่าสามัคคี มีการยึดถือสิ่งลี้ลับการบูชาปู่ตาบ้านโพนสิมทั้ง 4 หมู่บ้านนับถือร่วมกันโดยเฉพาจำในแต่ละหมู่บ้านเป็นแกนนำในการประกอบพิธีกรรมทำให้เชื่อว่าจะมีสุขภาพพลามัยดีไม่เจ็บไม่ป่วย ถ้ามีใครหลบหลุมอื่นเป็นไป ผู้นำชุมชนที่เป็นทางการ ผู้ใหญ่บ้าน นายก อบต.ทุ่งมนเป็นผู้นำในการพัฒนา มีอาสาสมัครสาธารณสุขดีเด่นด้านการควบคุมป้องกันโรคระดับภาค มีความเข้มแข็งในงานสาธารณสุขภาคประชาชนภายใต้ความร่วมมือของอาสาสมัครสาธารณสุขจำนวน 46 คน

ตั้งแต่ ปี 2549-2555 บ้านดู่ บ้านมะพริก และบ้านโพนสิม ตำบลทุ่งมน อำเภอคำชะอี จังหวัดยโสธร พบ ผู้ป่วยโรคจำนวน 22 ราย ในแต่ละปีมีผู้ป่วย จำนวน 4,3,4,7,1,2,1 ตามลำดับ มีผู้ป่วยเสมหะเขียว (M+) จำนวน 15 ราย (สามารถแพร่และกระจายเชื้อให้ผู้อื่นได้) แยกผู้ป่วยเสมหะเขียว (M+) รายปีจำนวนดังนี้ 3,2,3,4,0,2,1 ตามลำดับ มีผู้ป่วยเสมหะลบ (M-) จำนวน 7 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 14 คน (ร้อยละ 63.6) และเป็นผู้ป่วยโรคส่วนใหญ่เป็นสูงอายุ จำนวน 16 ราย (ร้อยละ 72.7) และอายุน้อยที่สุด 19 ปี จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 4.5) ผู้ดูแลกำกับการกินยาส่วนใหญ่ร้อยละ 80 เป็น อสม. รองลงมาเป็นเจ้าของหน้าี่สาธารณสุขร้อยละ 15 มีเพียงร้อยละ 5 เป็นญาติ ระหว่างรักษาผู้ป่วยเสียชีวิต จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.7 จากผู้ป่วยโรคที่ศึกษามีผู้ป่วยโรคกลับเป็นซ้ำในจำนวน 1 ราย ป่วยเป็นโรค 3 ครั้งภายในเวลา 6 ปี ทุกคนรับยาครบทุกครั้ง แต่มีพฤติกรรมดื่มสุราระหว่างกินยา กลุ่มเสี่ยงของผู้ป่วยโรคในครอบครัวมีจำนวน 65 คน เฉลี่ยผู้ป่วย 1 คน ต่อ 3 คน จากประวัติในครอบครัวร้อยละ 45 มีบุคคลมีในบ้านเคยป่วยเป็นโรคมาก่อน เริ่มด้วยอาการ ไอเรื้อรังเกิน 15 วัน มีไข้ร่วมด้วย และเบื่ออาหารและน้ำหนักลดเป็นส่วนใหญ่

ทีมวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคไม่รู้ตัวตนเองป่วยแต่ไปพบแพทย์ด้วยสาเหตุอื่นดังคนไข้ที่ให้ข้อมูลว่า “เมื่อยหลายว่าสไปฉิดยาบำรุง หมอบอกว่าปอดติดเชื้อ และเป็นโรค เค้นให้ไปเอกซเรย์ ไรบาสและกินยา” ทำให้ชุมชนเป็นแหล่งรังโรค และที่สำคัญเวลาป่วยแล้วไม่กล้าบอกคนอื่น ทำให้การป้องกันการแพร่กระจายโรคไม่ดีในชุมชนดังผู้ป่วยรายหนึ่งที่บอกว่า “แม่ย่านเข้าฮั่วว่าเป็นโรคปอด กะ

อยู่แต่ในเรือนของเจ้าของ บ่ออกไปคูนนำหมู่ ย่านเขาซี้เดียวเฮนั่นแล้ว” และที่สำคัญประชาชนยังไม่มี ความรู้ที่ถูกต้องในเรื่องวัณโรค เช่น ถ้ารู้ว่าป่วยเป็นวัณโรคจะไม่กล้าไปเยี่ยมคนไข้ในบ้าน รวมถึงไม่รู้ถึง วิธีป้องกันวัณโรค ดังความพูดที่ว่า “ได้ยินแต่เขาว่าเล่าป่วย ก็เลยมาเยี่ยมปู้ว่าเพิ่นเป็นอิหยังบอกแต่ว่า เป็นปอดบ่ดี อันฮู้ว่าเป็นวัณโรคก็ตื่นๆอยู่แล้ว” ความรู้ความเข้าใจโรควัณโรคในผู้ป่วยจำนวน 22 ราย ผู้ป่วยมีความรู้วัณโรคไม่ถูกต้องร้อยละ 68.2 ทราบเพียงอาการสำคัญที่สงสัยเป็นวัณโรค ดังคำตอบที่ว่า “พ่สงสัยว่าลิเป็นโรคปอด ก็เพราะว่า พ่มีอาการไอมาโดน 2-3 อาทิตย์ บ่อยากข้าว จ้อยลง แล้วกะ เมื่อยนำ” และไม่มีความรู้ในสาเหตุการติดต่อ เช่นผู้ป่วยรายหนึ่งมีกลับเป็นซ้ำ 3 ครั้งภายในเวลา 6 ปี ยังเข้าใจว่าติดจากฝุ่นละอองดังคำตอบที่ว่า “พ่คิดว่ามันคงติดจากฝุ่นละออง” ผลกระทบของผู้ป่วยวัณ โรค ทำให้ไม่สามารถทำงานช่วยครอบครัวได้ และไม่กล้าไปพูดคุยกับเพื่อนบ้านถูกแยกจากสังคม ด้าน บุคคลในครอบครัว ทำให้บุคคลในครอบครัวต้องเสียเวลาในการประกอบอาชีพต้องใช้เวลาคูแลผู้ป่วยไม่ สามารถไปประกอบอาชีพได้เต็มที่

ความรู้และภูมิปัญญาในการป้องกันและควบคุมวัณโรคของผู้ป่วยใช้การรักษาแบบพื้นบ้าน ก่อนเช่น คนสูงวัยมีอาการไอใช้ยาสมุนไพรเปลือกแค เปลือกลิ้นไม่มาต้มกิน ใช้น้ำมันาวใส่เกลือกิน บรรเทาการไอ พร้อมซื้อยาตามร้านค้ามากินแก้ไอ เพื่อย่อยอ่อนเพลียจะรักษาโดยหมอแผนปัจจุบัน ร่วมกับหมอธรรมช่วย ขอมาที่ปล่องกิน ซึ่งเชื่อในเรื่องผีไร้ผีนามาทำให้ไม่สบายต้องใช้หมอธรรมรักษา สุดท้ายไปตรวจรักษากับหมอที่โรงพยาบาลจึงได้ทราบว่าป่วยเป็นวัณโรค

บทบาทการป้องกันและควบคุมวัณโรคของผู้ป่วยเพศหญิงทุกรายจะรับประทานยา ตามการ รักษาของแพทย์ แต่ในเพศชายจะขาดยา และการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเกือบทุกรายคือ นิยมดื่มสุราร่วม รับประทานยาวัณโรคเนื่องจากวิถีชาวบ้านทำงานเกษตรกรรมแล้วต้องดื่มสุราเพื่อคลายกล้ามเนื้อจาก การเหน็ดเหนื่อยการทำงาน ญาติมีบทบาทสำคัญต่อการกินยาและผลการรักษาหาย ผู้ป่วยที่สูงวัยเมื่อ รับประทานยาและเหนื่อยญาติสงสารก็ไม่ให้ผู้ป่วยกินยาต่อเนื่อง การดำเนินงานส่วนใหญ่ จะอยู่ที่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ อสม. องค์การบริหารส่วนตำบลยัง ไม่มีบทบาทในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรค ผู้นำชุมชน ยังบทบาทไม่ ชัดเจนในการควบคุมป้องกันวัณโรค และไม่ทราบข้อมูลสถานการณ์วัณโรคในชุมชน

จากการศึกษาในการทำงานวิจัยในครั้งนี้ ตัวผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และประชาชนในพื้นที่ ยังมีความเข้าใจ และการปฏิบัติตนในเรื่องวัณโรคไม่ถูกต้อง ทำให้บ้านคุ้มมะพริกโพนสมัยเป็นพื้นที่เสี่ยง ต่อการเกิดโรคเนื่องจากมีผู้ป่วยวัณโรคทุกปี และผู้ป่วยวัณโรคเป็นในกลุ่มผู้สูงอายุ และผู้ป่วยวัณโรค กลับเป็นซ้ำเนื่องจากพฤติกรรมไม่ถูกต้อง และทำให้เสียชีวิต และที่สำคัญผู้ป่วยส่วนใหญ่มีบุคคลใน ครอบครัวป่วยเป็นวัณโรคมามาก่อน และมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องในเรื่องวัณโรค ไม่กล้าบอกคนอื่น ทำให้การ ป้องกันการแพร่กระจายโรคไม่ดีในชุมชน มีวิถีชาวบ้านในการไปเยี่ยมเยียนพูดคุยกันในคุ้มบ้านเรือน ของคนสูงวัย ทำให้มีความเสี่ยงของโรคเนื่องจากไม่รู้เรื่องโรคไม่ถูกต้อง จึงจำเป็นต้องมีการการพัฒนา รูปแบบการสื่อสารวัณโรคของภาษาท้องถิ่นชาวบ้าน รวมทั้งการแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อความ เข้าใจในการป้องกันและควบคุมวัณโรคในชุมชน จะทำให้ประชาชนมีความเข้าใจวัณโรคยิ่งขึ้น ส่งผล การ ดำเนินงานควบคุมและป้องกันวัณโรคไม่เป็นปัญหาในพื้นที่ รวมทั้งการทบทวนบทบาทของคนในบ้าน ให้ประชาชนทราบพร้อมกำหนดบทบาทหน้าที่ต่อการป้องกันและควบคุมวัณโรคของประชาชนบ้านคุ้ม บ้านมะพริกและบ้านโพนสมัย ตำบลทุ่งมน อำเภอคำชะโนด จังหวัดยโสธร และมีการจัดกิจกรรมสร้าง

พลังบทบาทชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคโดยการระดมทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนเพื่อให้ลดอุบัติการณ์ของโรค

### คำถามวิจัย

1. ปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านดู่ บ้านมะพริก และบ้านโพนสิมที่เหมาะสมกับวิถีชุมชนเป็นอย่างไร
2. มีเงื่อนไข ปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลต่อการป้องกันและควบคุมโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านดู่ บ้านมะพริก และบ้านโพนสิมที่เหมาะสมกับวิถีชุมชน

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านดู่ บ้านมะพริก และบ้านโพนสิมที่เหมาะสมกับวิถีชุมชน
2. เพื่อสรุปผลการปฏิบัติการ และวิเคราะห์เงื่อนไข ปัจจัยที่ส่งผลต่อการป้องกันและควบคุมโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านดู่ บ้านมะพริก และบ้านโพนสิมที่เหมาะสมกับวิถีชุมชน

### พื้นที่ดำเนินการ

ดำเนินการในพื้นที่เป้าหมาย คือ บ้านดู่ หมู่ 6 บ้านมะพริก หมู่ 5,9 และบ้านโพนสิม หมู่ 4 ตำบลทุ่งมน อำเภอคำชะอี จังหวัดยโสธร

### นิยามศัพท์เฉพาะ

**แนวทางทางการป้องกันและควบคุม** หมายถึง วิธีการหรือมาตรการที่นำมาใช้เพื่อช่วยไม่ให้เกิดโรคขึ้น และลดอัตราการเกิดและอัตราการตายจากโรค ด้วยมาตรการ แทรกแซงต่างๆ เพื่อหยุดยั้งอุบัติการณ์ของอุบัติการณ์ของโรคไม่ว่าจะด้วยสาเหตุใดก็ตาม รวมทั้งการหยุดยั้ง กระบวนการที่จะเกิดตามมา

**โรคติดต่อ** คือ โรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรียชนิดหนึ่ง ติดต่อโดยการสูดอากาศที่มีตัวเชื้อนี้เข้าไป ซึ่งเชื้อโรคชนิดนี้มีคุณสมบัติพิเศษคือ มีความคงทนต่ออากาศแห้ง ความเย็น ความร้อน สารเคมี และอยู่ในอากาศได้นาน ยกเว้นไม่ทนทานต่อแสงแดด โดยโรคนี้เป็นได้กับอวัยวะทุกส่วนของร่างกาย เช่น ที่ต่อมน้ำเหลือง กระดูก เยื่อหุ้มสมอง ปอด แต่โรคที่เป็นกันมากและเป็นปัญหาทางสาธารณสุขคือ วัณโรคปอด

**ผู้ป่วยที่มีเสมหะเชื้อมวก (M+)** หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรค ที่ตรวจพบเชื้อจากการตรวจเสมหะ และเอกซเรย์ปอดเข้าได้กับอาการคลินิกวัณโรคแพทย์วินิจฉัยว่าป่วยเป็นวัณโรคสามารถแพร่กระจายเชื้อให้กับบุคคลอื่น โดยเฉลี่ย 20 คน จึงต้องค้นหาและรักษาให้อย่างรวดเร็ว เพื่อควบคุมการแพร่เชื้อ

- **ผู้ป่วยที่มีเสมหะเชื้อลบ (M-)** หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่ตรวจไม่พบเชื้อจากการตรวจเสมหะ แต่เอกซเรย์ปอดเข้าได้กับอาการคลินิกวัณโรคแพทย์วินิจฉัยว่าป่วยเป็นวัณโรค ที่ไม่สามารถแพร่กระจายเชื้อต่อบุคคลอื่น แต่มีผลต่อคนไข้

**กระบวนการมีส่วนร่วม** หมายถึง การร่วมกันทำงานหรือการกระทำใด ๆ รวมทั้งเปิดโอกาสให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายได้ ร่วมคิดร่วมทำ ร่วมวิเคราะห์ ร่วมสรุป การดำเนินงานทุกขั้นตอน

**ชุมชน** หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรค ชาวบ้าน แกนนำชุมชน บ้านดู่ หมู่ 6 บ้านมะพริก หมู่ 5,9 และบ้านโพนสิม หมู่ 4 ตำบลทุ่งมน อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.โพนสิม) และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.ทุ่งมน)

**วิถีชุมชน** หมายถึง วิถีปฏิบัติและการดำเนินชีวิตของชาวบ้านดู่มะพริกโพนสิมที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัว และได้ยึดถือปฏิบัติและถ่ายทอดแบบแผนหรือแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับวิธีการรักษา ภูมิปัญญา ที่มีผลต่อการป้องกันและควบคุมโรควัณโรคในชุมชน สืบต่อกันมา

**ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษา**

1 ปี 6 เดือน (1 กรกฎาคม 2556 – 31 ธันวาคม 2557)

**ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

**ผลเชิงวิจัย**

1. เกิดกระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคของประชาชนบ้านดู่ บ้านมะพริก และโพนสิม ภายใต้วิถีชุมชน
2. เกิดการพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการแก้ปัญหาเริ่มจากเก็บข้อมูลสู่การวิเคราะห์และแก้ปัญหาในชุมชน

**ผลเชิงพัฒนา**

ประชาชนบ้านดู่ บ้านมะพริก และบ้านโพนสิมได้รับบทบาทหน้าที่ของแต่ละองค์กรต่อการป้องกันและควบคุมโรค ส่งเสริมให้ประชาชนป้องกันตนเองจากวัณโรค การใช้ทุนในชุมชน และทรัพยากรสุขภาพของชุมชนตนเอง มาจัดการปัญหาสุขภาพ เกิดประโยชน์สูงสุด ทั้งเป็นการส่งเสริมให้ชุมชนได้เกิดการเรียนรู้ ทักษะการแก้ปัญหา และมีบทบาทในการดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนต่างๆ ร่วมกัน นอกจากนี้ผลจากการวิจัยจะเป็นแนวทางในการป้องกันและควบคุมโรคที่เป็นปัญหาสุขภาพของคนในชุมชน เป็นการแก้ปัญหาที่ยั่งยืนต่อไป

## บทที่ 2

### ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้ศึกษาได้ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. วัณโรค
2. การรักษาวัณโรค
3. การสื่อสารเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
4. การมีส่วนร่วม
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

#### 1. วัณโรค

##### ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค

วัณโรคเป็นโรคที่ทำให้มนุษย์ป่วยและล้มตายเป็นจำนวนมากมาตั้งแต่สมัยก่อนประวัติศาสตร์ โดยผู้ที่ค้นพบสาเหตุของวัณโรคคือ โรเบิร์ต คอช (Robert Koch) แพทย์ชาวเยอรมัน สำหรับประเทศไทยสมเด็จพระมหิตลาธิเบศรยติยธรรมาธิราชชนกในรัชกาลที่ 8 ได้ทรงเห็นว่าวัณโรคเป็นโรคระบาดที่ค่อยเป็นค่อยไปกว่าที่ผู้ป่วยจะรู้ตัวโรคก็ได้ลุกลามไปมากแล้ว เป็นอันตรายต่อสุขภาพอนามัยและชีวิตของประชาชน รวมทั้งส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัวและประเทศโดยรวม พระองค์จึงได้ทรงนิพนธ์เรื่อง ทูเบอร์ คูลิซิส ในปี พ.ศ. 2463 โดยมีข้อแนะนำหลายตอนในเรื่องวัณโรค ซึ่งยังเป็นพื้นฐานของหลักการป้องกันและรักษาที่ยังยึดถือปฏิบัติกันอยู่ในปัจจุบัน จึงนับว่าพระองค์เป็นผู้ริเริ่มการควบคุมวัณโรคในประเทศไทย

##### สาเหตุของการเกิดโรค

วัณโรคเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย คือ Mycobacterium Tuberculosis ซึ่งค้นพบเมื่อปี พ.ศ. 2425 โดย โรเบิร์ต คอช ลักษณะของเชื้อวัณโรคคือท่อนกรด (Acid Fast Bacilli) ติดสีแดงในการย้อมสี (Carbon Fuchin) ไม่มีแคปซูล ไม่สร้างสปอร์ ไม่เคลื่อนไหว โครงสร้างเซลล์มีลักษณะเช่นเดียวกับที่พบในบักเตรีทั่วไป ต้องการออกซิเจนในการหายใจ (Aerobe) ถ้าขาดออกซิเจนเชื้อจะไม่เพิ่มจำนวน หากมีออกซิเจนน้อยเชื้อก็จะน้อย ซึ่งจะเห็นได้จากจำนวนเชื้อที่รอยโรค Closa lesion Nodul จะมีเชื่อน้อย แต่ในรอยแผลที่เป็นโพรง จะมีเชื้อมาก เพราะมีออกซิเจน อุณหภูมิ (37 องศาเซลเซียส) และสภาพกรดต่ำ (pH 6.0-7.6) ที่เหมาะสมเชื้อจะตายอย่างรวดเร็ว ในพื้นที่ๆที่มีแสงแดด โดยพบว่าเสมหะแห้งเชื้อจะตายภายใน 2 ชั่วโมง แต่ถ้าเสมหะเปียกเชื้อจะอยู่ได้ 20-30 ชั่วโมง และเชื้อจากเสมหะแห้งซึ่งเป็นละอองปลิวอยู่ในอากาศที่แสงแดดส่องไม่ถึงเชื้อจะอยู่ได้นาน 8-10 วัน ความร้อนจะสามารถฆ่าเชื้อวัณโรคได้ดีมาก การแช่แข็งและความแห้งไม่สามารถทำลายเชื้อได้ (ชัยเวช นุชประยูร:2542:162)

ระยะฟักตัวของเชื้อวัณโดยทั่วไปประมาณ 2-8 สัปดาห์หลังจากที่ได้รับเชื้อและระยะเวลาตั้งแต่ได้รับเชื้อครั้งแรกจนเกิดเป็นวัณโรคปอดชนิดเรื้อรังอาจนานถึง 20 ปี ระยะเวลาเฉลี่ย

5 ปี (ประมวล สุนากร:2535:17) ผู้ที่ติดเชื้อมีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคภายหลังได้รับเชื้อร้อยละ 5 อีกร้อยละ 5 ป่วยเป็นวัณโรคหลัง 5 ปีแรกโดยเฉพาะในระหว่างที่ร่างกายอ่อนแอขาดสารอาหาร หรือรับประทานยากดภูมิคุ้มกัน(สุชัย เจริญรัตนกุลและกิตติพงษ์ มณีโชติสุวรรณ:2542:430)

#### การติดต่อเชื้อมีวัณโรค

เชื้อมีวัณโรคสามารถเข้าสู่ร่างกายทางอวัยวะต่างๆได้หลายทาง (ประมวล สุนากร:2535:5) ได้แก่ระบบทางเดินหายใจ ผู้ป่วยวัณโรคเกือบทั้งหมดจะได้รับเชื้อในระบบทางเดิน

หายใจ แหล่งแพร่เชื้อที่สำคัญคือ ผู้ป่วยวัณโรค เมื่อผู้ป่วย ไอ จาม พุด หัวเราะหรือร้องเพลง จะมีอนุภาคละอองเสมหะถูกขับออกทางปากและจมูก การติดต่อโดยการสูดเอาละอองเสมหะขนาดเล็ก 1-10 ไมครอน ที่ลอยกระจายอยู่ในอากาศเข้าสู่หลอดลมฝอยส่วนปลายหรือถุงลมทำให้โอกาสติดเชื้อมีได้ ในคนปกติจะหายใจเอาอากาศปริมาตร 10 ลูกบาศก์เมตรเข้าไปในร่างกายใช้เวลา 45 นาที ซึ่งในเวลา 45 นาที คนปกติจะได้รับละอองเชื้อโรค(Earnest and Sbarbaro :1995:498) โดยที่ความเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อมีวัณโรคขึ้นอยู่กับความถี่ในการไอของผู้ป่วย เมื่อมีการไอบ่อยโอกาสจะแพร่เชื้อให้กับผู้อื่นก็มากขึ้น ความใกล้ชิดของผู้ป่วยและผู้รับเชื้อ ผู้ที่อยู่อาศัยร่วมกันกับผู้ป่วยที่แพร่เชื้อบ่อยมีโอกาสได้รับเชื้อสูงกว่าผู้ที่ไปมาหาสู่เป็นประจำหรือผู้ที่ทำงานที่เดียวกันกับผู้ป่วย นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับปริมาณเชื้อมีวัณโรคในแผลที่ปอดและปริมาณเชื้อที่ตรวจพบในเสมหะของผู้ป่วยวัณโรคปอด(กองวัณโรค :2531:3-4)

ระบบทางเดินอาหาร โดยการรับประทานนมวัวที่มีเชื้อมีวัณโรค หรืออาจเกิดจากเด็กรับประทานอาหารที่มีเชื้อมีวัณโรคจำนวนมาก ๆ เข้าไปซึ่งโอกาสพบได้น้อยมาก

ทางผิวหนัง จะต้องมียาบาดแผลอยู่ก่อนแล้วไปสัมผัสเชื้อมีวัณโรค เช่น บุคลากรที่ทำงานในห้องปฏิบัติการทางวัณโรค ในห้องชันสูตรศพ หรือในเด็กที่มีแผลถลอก เชื้อมีวัณโรคอาจเข้าทางรอยแผลนั้นแล้วเดินทางไปสู่ต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง หรือวัณโรคผิวหนังอาจเป็นหลังวัณโรคปอดโดยเชื้อเข้าสู่เลือดและน้ำเหลืองโดยตรง

4. ทางรก เชื้อโรคจากแม่ผ่านไปสู่บุตรในครรภ์ทางรก แม่อาจจะเป็นวัณโรคที่มดลูก หรือเป็นวัณโรคชนิดแพร่กระจายในระยะตั้งครรภ์บุตรจะเป็นวัณโรคชนิดเป็นแต่กำเนิดซึ่งพบได้น้อยมาก

#### อาการและอาการแสดง

วัณโรคโดยทั่วไปมักมีอาการมักจะดำเนินไปอย่างช้า ๆ ในระยะเริ่มแรกมักมีอาการไม่ชัดเจน โดยเริ่มจากเป็นไข้ ตัวร้อน เป็นหวัด ไอเรื้อรังมีเสมหะเป็นๆหายๆ ในระยะเวลานาน ซึ่งผู้ป่วยไม่ค่อยสังเกตอาการที่ผิดปกติที่เกิดขึ้น จนกระทั่งอยู่ในระยะที่เป็นมากผู้ป่วยจึงมาพบแพทย์เพื่อทำการตรวจรักษา สำหรับอาการและอาการแสดงของวัณโรคปอด มีดังนี้(พระราชนิพนธ์สมเด็จพระมหิตลาธิเบศรอดุลยเดชวิกรม อ่างในกองวัณโรค: 2542: 2-4)

การไอพบได้บ่อยโดยเริ่มจากไอบ่อย ๆ ไอแห้ง ๆ เมื่อมีอาการมากขึ้นจะมีเสมหะออกมาด้วย ทำให้ไอมีเสียงดังขึ้น เวลาไอมักเจ็บชายโครง ผู้ป่วยที่มีอาการมาเสมหะจะมีสีเหนียวข้น และมีสีเขียวมึนกลืนเหม็น และเมื่อไอบ่อย ๆ จะมีเลือดปนออกมาด้วย ทำให้เสมหะมีสีน้ำตาล หรือมีสีแดงเป็นเลือดสด ถ้ามีเลือดออกมากจะทำให้เกิดอันตรายถึงเสียชีวิตได้

มีไข้พบได้ตั้งแต่เริ่มป่วย โดยมากผู้ป่วยมักไม่ได้สังเกตอาการตัวร้อนที่มีอาการเล็กน้อย อาการไข้ในผู้ป่วยวัณโรคจะมีอาการไข้ต่ำ มักเป็นในเวลาตอนเย็น

อ่อนเพลีย ผู้ป่วยรู้สึกไม่มีแรงแต่ยังสามารถทำงานได้ตามปกติในระยะแรกของอาการไม่สบาย ระยะต่อมาเมื่อมีอาการอ่อนเพลียมากขึ้นจนกระทั่งผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้

ผอมน้ำหนักลด ในระยะแรกน้ำหนักลดลงเล็กน้อย ผู้ป่วยไม่รู้สีกว่าผอม เนื่องจากผู้ป่วยเป็นโรคนี้นักผอมอยู่แล้ว แต่เมื่อมีอาการไข้และไอ ผู้ป่วยจะผอมลงอย่างรวดเร็ว

ผิวหนังมักซีดลง มีสีเหลืองใสบาง ผู้ป่วยวัณโรคมักมีอาการเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย การหายใจได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ และจากการไอมีเลือดออกทำให้เกิดภาวะซีด

เหงื่อออกในเวลากลางคืน มักมีไข้ต่ำ ๆ ตอนหัวค่ำ ตอนดึกมีอาการคล้ายสร้างไข้และมีเหงื่อออกมากจนเปียกเสื้อผ้าทำให้ออนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ

อาการเลือดออก เนื่องจากมีพยาธิสภาพที่หลอดเลือดในปอด ทำให้มีเลือดออก มักจะปรากฏเมื่อผู้ป่วยต้องออกกำลังกายมากทำให้มีเลือดออก ซึ่งมี 3 ลักษณะ คือ

เมื่อมีอาการมาก เวลาผู้ป่วยไอจะเป็นเลือดสด ๆ ปนออกมามาก หรือหากเสมหะมีเลือดสด ๆ ปนออกมา

ผู้ป่วยบางรายไม่มีเลือดออกในเวลาไอ แต่กระอักเลือดออกมาเป็นลิ่มในเวลาเช้า หรือเป็นน้ำออกมาประมาณ 1 ถ้วยตวง

เลือดออกมาทางปากโดยการอาเจียนออกมาเป็นเลือดสด ๆ อาการเลือดออกเป็นอาการที่น่ากลัวสำหรับผู้ป่วย และมักเป็นอาการนำที่ให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์

อาการที่สำคัญที่ควรสงสัยว่าป่วยเป็นวัณโรคปอด คือ ไอเรื้อรังติดต่อกันนานเกิน 3 สัปดาห์ และ หรือไอมีเลือดออก อาจมีอาการอื่นร่วมด้วยเช่น เจ็บหน้าอก เหนื่อยง่าย หายใจหอบอ่อนเพลีย มีไข้ต่ำ ๆ ในตอนบ่าย มีเหงื่อออกในเวลากลางคืน (กระทรวงสาธารณสุข, 2541: 18)

## 2. การรักษาวัณโรค

การรักษาวัณโรคในปัจจุบันมีวิวัฒนาการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมเนื่องจากมียาหลายชนิดที่ใช้รักษาได้ดี ประสิทธิภาพของยาสูงมาก ซึ่งสามารถรักษาผู้ป่วยให้หายได้เกือบ 100 เปอร์เซ็นต์ ถ้าผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาจนครบกำหนด การใช้ยาในการรักษาที่ถูกต้องทำให้โอกาสในการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่นได้น้อยลง เพราะเชื้อในเสมหะจะถูกทำลายในระยะเวลา 2-3 สัปดาห์(บัญญัติ ปริชญานนท์, 2542, หน้า 346)

จุดมุ่งหมายของการรักษาวัณโรค มีดังนี้

- เพื่อรักษาผู้ป่วยวัณโรค ป้องกันการตายหรือพิการจากวัณโรค ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ลดการแพร่เชื้อวัณโรคไปสู่บุคคลอื่น และยังเป็นการป้องกันการเกิดเชื้อวัณโรคดื้อยาในผู้ป่วย(กระทรวงสาธารณสุข, 2541, หน้า 17) วิธีการรักษาโดยมีเป้าหมายป้องกันการตายหรือความพิการจากวัณโรคและเป็นการป้องกันการเกิดเชื้อวัณโรคดื้อยานั้นสามารถทำได้ดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2541, หน้า 24)

ให้ยาถูกต้องทั้งระบบและจำนวนยา ซึ่งยาบางชนิดมีฤทธิ์ในการฆ่าเชื้อบางชนิดยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อ ดังนั้นการรักษาวัณโรคต้องให้ยาเป็นระบบไม่ใช่ยาเพียงตัวเดียว

ให้ยาถูกขนาด การรักษาจะได้ผลดีถ้าได้ยาถูกต้องตามขนาด การได้ยาในขนาดที่ต่ำเกินไป เชื่อจะไม่ตายผู้ป่วยสามารถแพร่เชื้อไปยังบุคคลอื่นได้ ก่อให้เกิดปัญหาเชื้อดื้อยาและถ้าหากใช้ในขนาดที่สูงเกินไปก่อให้เกิดการแพ้ยาซึ่งผลข้างเคียงดังกล่าวเป็นอันตรายต่อร่างกาย

ให้ยาระยะยาวเพียงพอ การรักษาในระบบยาระยะสั้นมีระบบยาที่แตกต่างกันไปตามประเภทของผู้ป่วยวัณโรค สิ่งสำคัญคือการให้ยาจนครบ เพื่อให้เชื้อวัณโรคถูกฆ่าตายจนหมดไม่มีเชื้อในเสมหะและไม่กลับมาเป็นวัณโรคอีก

ความต่อเนื่องในการรักษา หากรักษาไม่ต่อเนื่องเชื้อวัณโรคจะไม่ตายทั้งหมด ทำให้การรักษาไม่หายและอาจเกิดเชื้อดื้อยาได้ การรักษาในระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยงสังเกตการณ์โดยตรงหรือดอทส (DOTS) ควรมีการให้ความรู้และให้พี่เลี้ยงดูแลกำกับระบบยาที่ใช้ในการรักษาวัณโรคนั้น กลยุทธ์อันหนึ่งที่ถูกนำมาใช้ในการจัดการดำเนินงานควบคุมวัณโรค คือ การรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยง (DOTS : Directly Observed Treatment, Short Course) เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรคได้รับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ครบถ้วนและหายตามเป้าหมายของการควบคุมวัณโรคที่กำหนดให้มีการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกที่ค้นพบใหม่ให้หายอย่างน้อยร้อยละ 85 (ศูนย์เอกสารองค์การอนามัยโลก, 2541, หน้า 6)

ยาที่สำคัญที่สุดในการรักษาวัณโรคในปัจจุบันคือ

- ไอโซไนอะไซด์ (Isoniazid : H)
- ริแฟมปีซิน (Rifapicin : R)
- พัยราซิनाไมด์ (Pyrazinamide : Z)
- สเตรีพโตมัยซิน (Streptomycin : S)
- อีธามบูตอล (Ethambutal : E)

ประเภทการขึ้นทะเบียนผู้ป่วย (สำนักวัณโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2548: 6)

New (ใหม่) หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยเป็นวัณโรคมาก่อนหรือผู้ป่วยที่รับยาวัณโรคไม่เกิน 1 เดือน

Relapse (กลับเป็นซ้ำ) หมายถึง ผู้ป่วยที่เคยรักษาวัณโรคและได้รับการวินิจฉัยว่าหายแล้วหรือรักษาครบแล้วต่อมากลับเป็นโรคอีกโดยมีผลตรวจเสมหะเป็นบวก

Failure (ล้มเหลว) หมายถึง

ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะบวก (M+) ได้รับการรักษาแต่ผลตรวจเสมหะเดือนที่ 5 หรือหลังจากนั้นยังเป็น บวก หรือกลับเป็นบวก

ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะลบ (M-) หรือผู้ป่วยวัณโรคคนนอกปอด ได้รับการรักษาแต่ผลตรวจเสมหะเมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 2 เป็นบวก

Treatment After Default หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคกลับมารักษารักษาอีกหลังขาดยาอย่างย้อย 2 เดือนติดต่อกัน

Transfer in หมายถึง ผู้ป่วยที่รับโอนจากสถานพยาบาลอื่น โดยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนแล้วและได้รับยาเป็นระยะเวลาหนึ่ง

Other หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่สามารถจัดเข้ากลุ่มในผู้ป่วยข้างต้นได้ เช่น

- ผู้ป่วยที่รับยาวัณโรคจากคลินิกเอกชนมากกว่า 1 เดือน โดยยังไม่ได้ขึ้นทะเบียนรักษาที่ใด
- Chronic case ได้แก่ ผู้ป่วยที่เมื่อสิ้นสุดการรักษาซ้ำแล้วเสมหะยังคงพบเชื้อ

สูตรสำหรับการรักษาวัณโรคระบบหายใจระยะสั้นตามมาตรฐานองค์การอนามัยโลกที่ใช้รักษาผู้ป่วย มีดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2539, หน้า 8 – 10) คือ

ระบบที่ 1 : Category 1 : 2 HRZE / 4 HR สูตรยา ระบบที่ 1 นี้เป็นการใช้ยาในการรักษาในระยะแรกจำนวน 4 ชนิด คือ ไอโซไนอาซิด ไรแฟมปีซิน พัยราซิनाไมด์และอีแธมบูทอลหรือ สเตร็ปโตมัยซินรับประทานเป็นเวลา 2 เดือนและการรักษาในระยะต่อเนื่องใช้ยารักษาจำนวน 2 ตัว คือ ไอโซไนอาซิดและ ไรแฟมปีซิน รับประทานเป็นเวลา 4 เดือน รวมระยะเวลาการรักษา 6 เดือน ใช้ในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมหะตรวจพบเชื้อวัณโรคด้วยกล้องจุลทรรศน์ ผู้ป่วยวัณโรคที่ตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคด้วยกล้องจุลทรรศน์ มีรอยโรคในปอดมาก และผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดชนิดรุนแรงรายใหม่ เช่น ผู้ป่วยวัณโรคเยื่อหุ้มสมอง

ระบบที่ 2 : Category 2 : 2 SHRZE/1 HRZE-5 HRE สูตรยา ระบบที่ 2 ใช้เวลาการรักษา 8 เดือน การรักษาในช่วงแรก 3 เดือน โดย 2 เดือนแรกชนิดยา 1 ชนิด คือ สเตร็ปโตมัยซินรับประทานยาจำนวน 4 ชนิด คือ ไอโซไนอาซิด ไรแฟมปีซิน พัยราซิनाไมด์และอีแธมบูทอล ต่อมา รับประทานยา 4 ชนิด คือ ไอโซไนอาซิด ไรแฟมปีซิน พัยราซิनाไมด์และอีแธมบูทอล เป็นเวลา 1 เดือน การรักษาในระยะต่อเนื่องรับประทานยาจำนวน 3 ชนิด คือ ไอโซไนอาซิด ไรแฟมปีซิน และอีแธมบูทอล เป็นเวลา 5 เดือนใช้กับผู้ป่วยวัณโรคที่เคยรักษาครั้งแรกล้มเหลว

ระบบที่ 3 : Category 3 : 2 HRZ / 4 HR สูตรยา ระบบที่ 3 ใช้เวลาการรักษา 6 เดือน การรักษาในช่วงแรก 2 เดือน โดย รับประทานยาจำนวน 3 ชนิด คือ ไอโซไนอาซิด ไรแฟมปีซิน และพัยราซิनाไมด์การรักษาในระยะต่อเนื่องรับประทานยาจำนวน 2 ชนิด คือ ไอโซไนอาซิดและ ไรแฟมปีซิน เป็นเวลา 4 เดือน ใช้ในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมหะตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคด้วยกล้องจุลทรรศน์ ภาพรังสีทรวงอกผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค หรือ ผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดชนิดไม่รุนแรงรายใหม่ เช่น ผู้ป่วยวัณโรคต่อมน้ำเหลือง

ระบบที่ 4 : Category 4 : Second Line drug สูตรยา ระบบที่ 4 ให้การรักษาด้วยยาไอโซไนอาซิดชนิดเดียว หรือยาสำรองที่ผู้ป่วยไม่เคยใช้มาก่อนอย่างน้อย 3 ชนิด เช่น กานามัยซิน (kanamycin) ออฟลอกซาซิน (ofloxacin) ซัยโครเซอรีน (cycloserine) ใช้สำหรับผู้ป่วยเรื้อรังที่ได้รับการรักษาล้มเหลว โดยเฉพาะล้มเหลวจากการรักษาโดยใช้ยาสูตรที่ 2

การจำแนกผลของการรักษา

สามารถจำแนกผลของการรักษาได้ตามสาเหตุที่ผู้ป่วยหยุดยา ดังนี้

(1) รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีเสมหะบวกในตอนแรกซึ่งเมื่อรักษาครบแล้ว มีผลเสมหะเป็นลบอย่างน้อย 2 ครั้ง โดยที่ผลเสมหะเมื่อสิ้นสุดการรักษาต้องเป็นลบด้วย

(2) รักษาครบ (Completed) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีเสมหะบวกในตอนแรก และมีผลเสมหะเป็นลบ เมื่อรักษาครบในระยะเข้มข้นแต่ไม่มีผลเสมหะเมื่อสิ้นสุดการรักษา หรือ ผู้ป่วยที่มีเสมหะลบเมื่อเริ่มรักษาครบ

(3) ผลการรักษาล้มเหลว (Failure) หมายถึง ผู้ป่วยเสมหะบวกในตอนแรกที่มีผลเสมหะยังคงหรือกลับเป็นบวกในเดือนที่ 5 ของการรักษา หรือ หลังจากนั้น ผู้ป่วยเสมหะลบในตอนแรกแต่กลับมีผลเสมหะเป็นบวกหลังจากรักษาได้ 2 เดือน

(4) ขาดการรักษา (Default) หมายถึง ผู้ป่วยที่ขาดยานานเกิน 2 เดือนติดต่อกัน

(5) ตาย (Died) หมายถึง ผู้ป่วยที่ตายขณะที่ยังคงรักษาวัณโรค (ไม่คำนึงถึงสาเหตุของการตาย)

(6) โอนออก (Transfer out) หมายถึง ผู้ป่วยที่โอนไปรักษาที่อื่นโดยที่ไม่ทราบผลของการรักษา

#### การให้ยาป้องกันวัณโรคในเด็ก

แนวปฏิบัติด้านการให้ยาในเด็ก ยาที่ใช้ในการป้องกันวัณโรคในเด็ก(Management: 2548: 25-27) คือ ยาไอโซไนอาซิด (Isoniazid) ขนาด 10 มิลลิกรัม/กิโลกรัม/วัน(ไม่เกินวันละ 300 มิลลิกรัม) เป็นเวลา 6 – 9 เดือน เด็กที่ควรได้รับยาป้องกันวัณโรค ได้แก่

กลุ่มที่สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เสมหะบวก

กลุ่มเสี่ยงอื่นที่ปฏิกิริยาทูเบอร์คูลินเป็นบวก

วิธีปฏิบัติ

เด็กที่สัมผัสกับวัณโรคปอดเสมหะบวก เป็นกลุ่มใหญ่ที่สุด เด็กจะถูกนำมาตรวจที่สถานพยาบาล จะต้องทำการตรวจร่างกาย ชักประวัติ ถ่ายภาพรังสีปอด (เด็กอายุ มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี ถ่ายภาพรังสีในด้านหน้าและด้านหลัง) ทำการทดสอบทูเบอร์คูลิน

- ถ้าเป็นผู้ป่วยวัณโรค จะต้องทำการรักษา ในรายรุนแรง เช่น เป็นวัณโรคเยื่อหุ้มสมอง แนะนำให้ใช้สูตรยา 2HRZE/4HR (ในเด็กโตใช้ E แทน S ได้)

- เด็กแรกเกิดที่มารดา หรือผู้ใหญ่ในบ้านเป็นวัณโรคปอดเสมหะบวก แนะนำให้เด็กกินยา

ไอโซไนอาซิด(Isoniazid) เป็นเวลา 3 เดือนแล้วทดสอบปฏิกิริยาทูเบอร์คูลิน ถ้าผลออกมา มากกว่าหรือเท่ากับ 5 มิลลิเมตร ให้กินยาครบ 6 เดือน ถ้าปฏิกิริยาเป็นลบแสดงว่าสัมผัสโรคแต่ยังไม่ติดเชื้อ ให้หยุดยาและฉีดวัคซีน บีซีจี หรือในรายที่ไม่สามารถทดสอบทูเบอร์คูลิน และมาอ่านผลตามนัดไม่ได้ แนะนำให้กินยาไอโซไนอาซิด(Isoniazid) เป็นเวลา 6 เดือน และฉีดวัคซีน บีซีจี พร้อมกัน รายที่มารดาเป็นวัณโรคชนิดแพร่กระจายให้เฝ้าระวังอาการวัณโรคเด็กแต่กำเนิดด้วย ซึ่งมักมีอาการเมื่ออายุเกิน 2 สัปดาห์และจะต้องรับรักษา

- เด็กทารกหรือเด็กเล็กที่สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เสมหะบวก ให้กินยาไอโซไนอาซิด

(Isoniazid) เป็นเวลา 6 เดือน ในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปีทุกราย ในเด็กอายุตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป ที่ปฏิกิริยาทูเบอร์คูลินเป็นบวก

- เด็กติดเชื้อ HIV ทุกอายุ(ให้กินยา 9 เดือน) เด็กที่ไม่เคยฉีดวัคซีนบีซีจีมาก่อน และที่ปฏิกิริยาทูเบอร์คูลินเป็นลบ แสดงว่าสัมผัสโรคแต่ยังไม่ติดเชื้อ ให้ฉีดวัคซีน บีซีจี ให้ด้วย

รักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นมาตรฐานภายใต้การสังเกตโดยตรง (Directly Observed Treatment, Short Course)

#### 1.1. เป้าหมายและกลยุทธ์สากลเพื่อการควบคุมวัณโรค

เป้าหมายของการควบคุมการระบาดของวัณโรค จะต้องดำเนินการดังนี้

1. ทำให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่รักษาหายอย่างน้อยร้อยละ 85
2. ตรวจพบและให้การรักษาแก่ผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวก อย่างน้อยร้อยละ 70
3. ผู้ป่วยวัณโรคปอดขาดการรักษาไม่เกินร้อยละ 5

#### 4. เชื้อวัณโรคดื้อยาไม่เกินร้อยละ 2

กลยุทธ์หนึ่งที่ใช้ในการดำเนินการให้ได้ตามเป้าหมาย ซึ่งองค์การอนามัยโลก สหพันธ์ปราบวัณโรคนานาชาติ รวมทั้งธนาคารโลก เชื่อว่ามีประสิทธิภาพสูงสุด และคุ้มค่าทาง

เศรษฐศาสตร์ที่สุด คือ DOTS (Directly Observed Treatment Shortcourse)

DOTS คือ ระบบการรักษาผู้ป่วยวัณโรคภายใต้การสังเกตโดยตรง ซึ่งประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ

1. ต้องมีพันธสัญญาจากผู้บริหารเพื่อสนับสนุนอย่างจริงจัง ทั้งด้านงบประมาณและนโยบาย เพื่อให้เกิดองค์ประกอบการควบคุมโรคจนครบถ้วน
2. ต้องมีการวินิจฉัยและประเมินการรักษาวัณโรคด้วยกล้องจุลทรรศน์
3. ต้องมีการรักษาวัณโรค และมีระบบการสนับสนุนยาที่ดี เพื่อไม่ให้ขาดแคลนยาและไม่มีค่าใช้จ่ายหมดอายุ หรือยาไม่ได้คุณภาพ
4. ต้องมีระบบการบันทึก เพื่อสามารถติดตามประเมินผลการรักษา
5. ต้องมีพี่เลี้ยงดูแลการกินยาทุกขนาน (Directly Observed Treatment – DOT) พี่เลี้ยงอาจจะเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัคร หรือคนในครอบครัวซึ่งได้รับการอบรม

### 3. การสื่อสารเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

#### 3.1 ความหมายของการติดต่อสื่อสาร

การติดต่อสื่อสารได้มีนักวิชาการหลายท่านให้ความหมายไว้ในหลายแง่มุม เช่น

**อาคม วัตธอง :** กระบวนการถ่ายทอดข่าวสารจากบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่ง หรือจากกลุ่มหนึ่งไปยังอีกกลุ่มหนึ่ง ซึ่งการถ่ายทอดอาจใช้ภาษาพูด ภาษาเขียน หรือสัญลักษณ์อื่นๆ ที่สามารถทำให้เข้าใจข่าวสารได้ตรงกัน ซึ่งสามารถสรุปให้เข้าใจได้ง่าย ๆ คือ การถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารจากบุคคลฝ่ายหนึ่งเรียกว่าผู้ส่งสารไปยังยังบุคคลอีกฝ่ายหนึ่งเรียกว่าผู้รับสารโดยผ่านช่องทางในการสื่อสาร

#### 3.2 ความสำคัญของการติดต่อสื่อสาร

การติดต่อสื่อสารมีความสำคัญและเป็นประโยชน์ในการบริหารงาน ดังนี้

- 1) ทำให้บุคลากรทราบนโยบาย พันธกิจ วิสัยทัศน์ วัตถุประสงค์ และมาตรฐานของงาน เพราะผู้บริหารต้องถ่ายทอดสิ่งเหล่านี้ให้บุคลากรเข้าใจ เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย
- 2) ทำให้บุคลากรทราบบทบาทและหน้าที่ของตน โดยผู้บริหารจะต้องมอบหมายงานให้บุคลากรอย่างชัดเจน
- 3) ทำให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายหลักได้ เพราะผู้บริหารจะต้องสอนและแนะนำวิธีการทำงานให้บุคลากรแต่ละคนได้เข้าใจการปฏิบัติงานในหน้าที่ของตน
- 4) ช่วยเสริมสร้างขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานของบุคลากร เพราะผู้บริหารจะคอยกระตุ้นใจด้วยการยกย่องชมเชย และเผยแพร่ผลการปฏิบัติงานของบุคลากรอยู่เสมอ
- 5) ช่วยให้ผู้บริหารได้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของผู้ใต้บังคับบัญชา ทั้งในส่วนที่ก้าวหน้าและที่เป็นปัญหา ทำให้ผู้บริหารโครงการนำมาปรับปรุงการบริหารงานของตนได้
- 6) ช่วยให้เกิดการร่วมมือร่วมใจกับชุมชนในการจัดการศึกษา

7) สร้างบรรยากาศแห่งความอบอุ่น เป็นมิตร เป็นกันเอง เกิดความสามัคคีร่วมมือ ร่วมใจกันปฏิบัติงาน

8) ทำให้บุคลากรในระดับเดียวกัน ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการทำงานของแต่ละคนหรือของแต่ละฝ่าย ทำให้ทราบวิธีการทำงานและปัญหาของกันและกัน ก่อให้เกิดผลทางสังคมวิทยา และทางจิตวิทยา

9) ทำให้บุคลากรยึดเป้าหมายเป็นหลักในการทำงาน

10) ส่งเสริมกระบวนการทำงานเป็นทีม

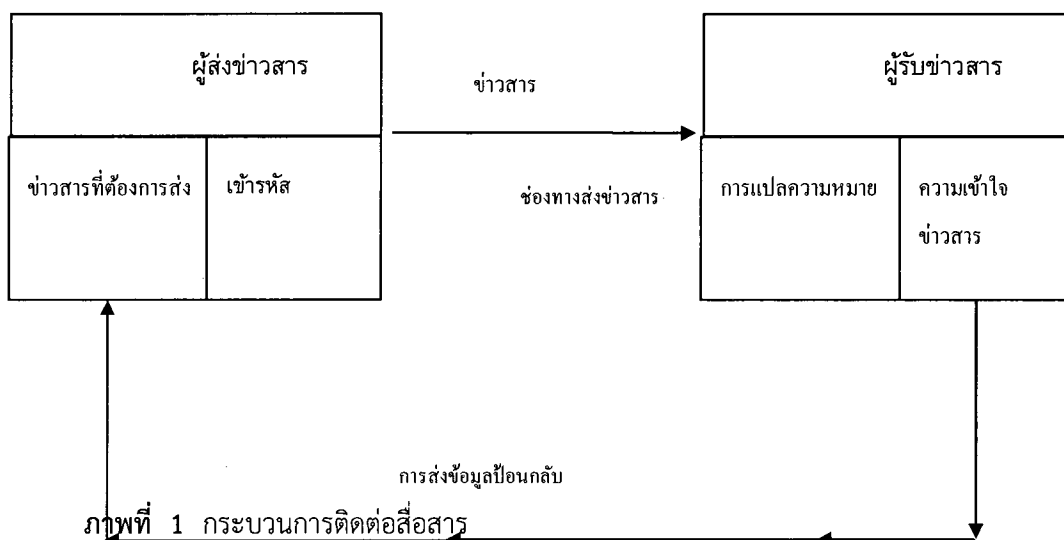
11) ทำให้สามารถเจรจาต่อรองกับฝ่ายต่างๆ และองค์กรภายนอกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

12) ทำให้ประหยัดทรัพยากรในการบริหาร

### 3.3 กระบวนการติดต่อสื่อสาร

โรบบินส์ และคูลตาร์ (Robbins and Coulter. 1996 : 611-613) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบกระบวนการติดต่อสื่อสารไว้ 7 องค์ประกอบ คือ 1) ผู้ส่งข่าวสาร (sender) 2) ข่าวสาร (message) 3) การเข้ารหัส (encodes) 4) ช่องทางส่งข่าวสาร (channel) 5) การแปลความหมายหรือการถอดรหัส (decodes) 6) ผู้รับข่าวสาร (receiver) และ 7) การส่งข้อมูลป้อนกลับ (feedback) ดังแสดงในภาพที่ 1

ภาพที่ 1



จากภาพที่ 1 สามารถอธิบายได้ ดังนี้

1) **ผู้ส่งข่าวสาร** ผู้ส่งข่าวสารอาจเป็นคนหนึ่งหรือกลุ่มที่ต้องการสื่อสารไปยังผู้อื่น เช่น การถ่ายทอดนโยบาย การแนะนำ การสอนงาน หรือการกระตุ้นจูงใจให้ทำงาน ผู้ส่งข่าวสารจะต้องมีเป้าหมายชัดเจนว่าตนจะสื่อสารอะไร ไปให้ใคร เพื่อเป้าหมายใด และใช้ช่องทางการสื่อสารแบบใด

2) **ข่าวสาร** ข่าวสารได้แก่ สิ่งที่ผู้ส่งข่าวสารต้องการถ่ายทอดให้ผู้รับข่าวสารรับรู้ อาจเป็นนโยบาย การแนะนำ การสอนงาน การกระตุ้นจิตใจ หรืออื่น ๆ

3) **การเข้ารหัส** การเข้ารหัสหรือการแปลความหมายของข่าวสารที่จะส่ง ผู้บริหาร จะต้องแปลความคิดของตนให้เป็นสัญลักษณ์ที่มีความหมายและให้ผู้รับเข้าใจ ซึ่งอาจเป็นการพูด การเขียน หรืออย่างอื่น ที่ไม่ใช่การพูดหรืออาจใช้ผสมผสานกัน ข่าวสารที่แปลความหมายจะต้องกะทัดรัด ชัดเจน มีสาระและถูกต้อง หลังจากนั้นผู้ส่งข่าวสารจะต้องเลือกช่องทางส่งข่าวสารให้เหมาะสม

4) **ช่องทางส่งข่าวสาร** หลักจากผู้ส่งข่าวสารได้เตรียมข่าวสารดีแล้วก็ต้องเลือกช่องทางให้เหมาะสมกับจุดประสงค์หรือชนิดของข่าวสาร รวมทั้งพิจารณาสภาพแวดล้อมอื่น ๆ ประกอบ ผู้บริหารโครงการต้องใช้ช่องทางการสื่อสารหลายทางผสมผสานกันไป เช่น การประชุมแบบเผชิญหน้า จดหมายข่าว บันทึกรายงาน คำสั่ง อีเมล แฟกซ์ โทรศัพท์ หรืออื่นๆ การเลือกช่องทางการส่งข่าวสารมีความสำคัญต่อผลการส่งข่าวสารอย่างยิ่ง ผู้บริหารโครงการจะส่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับนโยบาย วิสัยทัศน์ ก็อาจใช้การประชุม ถ้าต้องการกระตุ้นการทำงานก็อาจเดินตรวจเยี่ยม เป็นต้น

5) **การแปลความหมายหรือถอดรหัส** ผู้รับข่าวสารจะต้องแปลความหมายของข่าวสารที่ส่งมา ซึ่งผู้รับข่าวสารจะต้องอาศัยความรู้ ประสบการณ์ ทักษะและความสัมพันธ์ของเขากับผู้ส่งข่าวด้วย นอกจากนี้ การแปลความหมายของข่าวสารอาจจะได้รับอิทธิพลจากเพื่อน หรือผู้บังคับบัญชาบางคน

6) **ผู้รับข่าวสาร** ซึ่งได้แก่ ผู้ฟัง ผู้อ่าน หรือผู้รับสัญญาณต่าง ๆ ผู้รับข่าวสารอาจจะเป็นคนเดียวหรือกลุ่มก็ได้ ผู้บริหารจะต้องเข้าใจลักษณะของผู้รับข่าวสารแต่ละคน หรือลักษณะของกลุ่ม ไม่ว่าจะเป็นความรู้ ความสามารถ นิสัยใจคอ วัฒนธรรมหรือความคาดหวัง เพื่อจะได้สื่อสารให้ผู้รับข่าวสารเข้าใจได้

7) **การส่งข้อมูลป้อนกลับ** สิ่งที่ผู้รับข่าวสารระมัดระวังหรือกังวลใจในการรับส่งข่าวสารก็คือช่องว่างระหว่างความเข้าใจของผู้รับกับผู้ส่งข่าว เพื่อแก้ไขให้เข้าใจข่าวสารตรงกันก็โดยอาศัยการให้ข้อมูลป้อนกลับโดยผู้รับข่าวสารซึ่งเป็นเครื่องมือที่จะทำให้การสื่อสารมีคุณภาพ แต่อย่างไรก็ตามผู้บริหารโครงการจะต้องมีจิตใจเป็นประชาธิปไตย พร้อมทั้งรับฟังข้อท้วงติงจากผู้ใต้บังคับบัญชาด้วยความสุภาพ ปราศจากการใช้อารมณ์ เพื่อที่จะปรับปรุงการติดต่อสื่อสารของโครงการให้มีประสิทธิภาพ

### 3.4 รูปแบบการติดต่อสื่อสาร

การจำแนกรูปแบบของการติดต่อสื่อสาร แบ่งได้หลายลักษณะ ดังนี้

#### 1) การติดต่อสื่อสารแบบเป็นทางการ และแบบไม่เป็นทางการ

1.1 การติดต่อสื่อสารแบบเป็นทางการ (formal communication) เป็นการติดต่อสื่อสารที่กระทำผ่านสายบังคับบัญชาตามลำดับขั้นตอน ซึ่งการติดต่อสื่อสารแบบนี้ผู้มีอำนาจตามตำแหน่งสามารถสั่งการผู้ใต้บังคับบัญชาตามขอบเขตอำนาจที่เขามีอยู่ การติดต่อสื่อสารแบบทางการจะใช้แจ้งนโยบาย วิธีการดำเนินงาน และระเบียบข้อบังคับต่างๆ ไปยังผู้ใต้บังคับบัญชา

1.2 การติดต่อสื่อสารแบบไม่เป็นทางการ (informal communication) เป็นการติดต่อสื่อสารที่ไม่อยู่ในสายบังคับบัญชาตามลำดับขั้นตอน การติดต่อสื่อสารแบบนี้จะมีอยู่ทุกองค์การซึ่งมีความจำเป็นต้องใช้เพื่อเสริมการสื่อสารแบบเป็นทางการ ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น การติดต่อสื่อสารอย่าง

ไม่เป็นทางการจะใช้ความสัมพันธ์ส่วนตัวหรือใช้ความสัมพันธ์ส่วนตัวในการติดต่อประสานกันก่อนที่จะตามด้วยการติดต่ออย่างเป็นทางการ การติดต่อสื่อสารอย่างไม่เป็นทางการช่วยให้การบริหารองค์การมีประสิทธิภาพ ดังที่ ปีเตอร์ และวอเตอร์แมน (Peters and Waterman, 1983 : 122) กล่าวว่าไว้ว่า องค์การที่ประสบความสำเร็จในการดำเนินการคือองค์การที่ใช้การติดต่อสื่อสารอย่างไม่เป็นทางการ มีจุดอ่อนตรงที่ข้อมูลที่เป็นส่วนตัวจะถูกกระจายอย่างรวดเร็วก็อาจเกิดผลกระทบต่องค์การ ดังนั้นผู้บริหารคงต้องระมัดระวังจุดอ่อนนี้ด้วย

## 2) การติดต่อสื่อสารแบบ 3 ทาง

2.1 การติดต่อสื่อสารจากบนลงมาล่าง (downward communication) เป็นแบบการติดต่อสื่อสารที่นิยมใช้กันในองค์การมานาน การติดต่อสื่อสารแบบนี้เป็นการถ่ายทอดนโยบายวัตถุประสงค์ ยุทธศาสตร์การทำงาน แนวทางปฏิบัติงาน กฎระเบียบ ข้อบังคับ คำสั่ง วิธีการทำงาน รายงานประจำปี และข้อมูลย้อนกลับ เพื่อให้ผู้ใต้บังคับบัญชาทราบ ถือเป็นการติดต่อสื่อสารที่มีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในองค์การ

การติดต่อสื่อสารจากบนลงมาล่างจะต้องอาศัยช่องทางการติดต่อสื่อสารหลายทางผสมผสานกัน เช่นจัดทำคู่มือปฏิบัติงาน จดหมายข่าว ป้ายประกาศ รายงานประจำปี เสียงตามสาย สิ่งพิมพ์ต่าง ๆ การแจ้งด้วยปากเปล่า เช่น คำสั่ง คำชี้แจง การกล่าวสุนทรพจน์ การประชุม โทรศัพท์ วงจรปิด โทรศัพท์หรือโทรศัพท์ เป็นต้น นอกจากนี้ยังต้องใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ เช่น แฟกซ์ อีเมล ซึ่งจะต้องเลือกใช้ให้เหมาะสมกับสภาพของตน

เนื่องจากการติดต่อสื่อสารแบบลงมาล่างเป็นแบบที่ผู้บริหารจะใช้ตามแบบผู้นำของตน ถ้าเป็นผู้นำแบบประชาธิปไตย ก็ไม่มีปัญหา ถ้าหากผู้บริหารเป็นผู้นำแบบอัตตาธิปไตย การติดต่อสื่อสารแบบนี้จะมีจุดอ่อนทันที ดังนั้นผู้บริหารควรปรับปรุงการสื่อสารแบบนี้ให้เกิดประสิทธิภาพ ดังที่ โรเบิร์ตส์ (Roberts, 197: 368-371) เสนอไว้ ดังนี้ 1) ต้องทำให้ผู้รับข่าวสารแต่ละระดับมีการต่อต้านน้อย 2) ข่าวสารที่จะถ่ายทอดไปต้องสอดคล้องกับความเชื่อและคุณค่าของผู้รับ 3) ควรระมัดระวังในการถ่ายทอดข่าวสารที่ขัดต่อค่านิยมของผู้รับ 4) ต้องเป็นข่าวสารที่สนองความต้องการของผู้รับ 5) ถ้าเกิดการเปลี่ยนแปลงในองค์การ สมาชิกจะเปิดใจกว้างในการรับข่าวสาร และ 6) ข้อมูลข่าวสารที่มีผลทางบวกในสถานการณ์หนึ่งอาจไม่มีผลทางบวกในอีกสถานการณ์หนึ่ง ผู้บริหารโครงการจึงต้องใช้ความคิดพิจารณาเป็นเรื่องๆไป

2.2 การติดต่อสื่อสารจากล่างขึ้นบน (upward communication) การติดต่อสื่อสารแบบนี้ก็มีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในองค์การเช่นเดียวกับการติดต่อสื่อสารแบบบนลงมาล่าง การติดต่อสื่อสารแบบล่างขึ้นบนมีจุดประสงค์หลายอย่าง ได้แก่ การออกความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ การปรับปรุงการทำงาน การร้องทุกข์เกี่ยวกับปัญหาต่างๆ การแสดงความรู้สึกต่องค์การ และงานที่ทำ การบอกกล่าวความต้องการ การซักถามต่างๆ และการรายงานการปฏิบัติงาน เป็นต้น

การติดต่อสื่อสารแบบล่างขึ้นบนเป็นประโยชน์ต่อผู้บริหารโครงการอย่างมากที่จะได้ข้อมูลจากบุคลากรทั้งในโครงการและชุมชน เพื่อนำมาปรับปรุงการบริหารงานของตน ผู้บริหารโครงการต้องเปิดใจกว้างรับฟังข้อมูลทุกอย่างจากทุกฝ่าย โดยต้องยึดหลักการบริหารแบบมีส่วนร่วม ซึ่งจะมีผลต่อความร่วมมือร่วมใจของบุคลากรและชุมชน

ลูธานส์ (Luthans, 1995 : 431) ได้เสนอแนะการปรับปรุงการติดต่อสื่อสารแบบล่างขึ้นบนให้มีประสิทธิภาพไว้ ดังนี้ 1) จัดให้มีกระบวนการร้องทุกข์ โดยให้ผู้ใต้บังคับบัญชาเข้ามามี

ส่วนร่วมเป็นกรรมการ 2) ใช้นโยบายเปิดกว้าง โดยเปิดโอกาสให้บุคลากรพบได้ทุกโอกาส หรือไม่ก็เชิญมาพูดคุยถึงปัญหาต่างๆ แต่ทั้งนี้ผู้บริหารจะต้องทำด้วยความจริงใจ 3) จัดให้มีการพบปะให้คำปรึกษา ชักถาม หรือสัมภาษณ์ 4) ให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ มีตู้รับปัญหา หรือระบบ Q.C. และ 5) จัดให้มีเจ้าหน้าที่รับเรื่องร้องทุกข์

2.3 การติดต่อสื่อสารตามแนวนอน (horizontal communication) การติดต่อสื่อสารแบบนี้ เป็นการสื่อสารระหว่างบุคคลระดับเดียวกัน เช่น การติดต่อสื่อสารระหว่างชาวบ้านกับชาวบ้าน หัวหน้าสายกับหัวหน้าสาย หรือหัวหน้าฝ่ายกับหัวหน้าฝ่าย การติดต่อสื่อสารก็เป็นเรื่องปรึกษาหารือ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหา ความต้องการ ข้อเสนอแนะ หรือข้อมูลป้อนกลับ องค์การโดยทั่วไปจะให้ความสำคัญเฉพาะการติดต่อสื่อสารตามแนวตั้ง อย่างไรก็ตามยังมีนักทฤษฎีบางคนเห็นความสำคัญการติดต่อสื่อสารตามแนวนอนโดยนำไปใช้ส่งเสริมสนับสนุนการสื่อสารตามแนวตั้ง อย่างเช่น ฟาโยล์ ได้ใช้หลัก Gangplank เพื่อให้บุคคลระดับเดียวกันได้ติดต่อสื่อสารกันตามแนวนอน (Luthans. 1995 : 433) ซึ่งการติดต่อสื่อสารลักษณะนี้ มีความจำเป็นต่อการประสานงานในองค์การ เพื่อให้การทำงานบรรลุเป้าหมาย โดยเฉพาะองค์การขนาดใหญ่มีความสลับซับซ้อน เช่น โครงการขนาดใหญ่และขนาดกลาง

#### 4.5 วิธีการติดต่อสื่อสาร

โรบบินส์และคูลตาร์ (Robbins and Coulter. 1996 : 613-615) ได้กล่าวถึงวิธีการติดต่อสื่อสารไว้ 4 วิธี

1) การติดต่อสื่อสารโดยใช้คำพูด (oral communication) เป็นการติดต่อสื่อสารที่คนทั่วไปนิยมใช้กัน ซึ่งรูปแบบการใช้คำพูดที่นิยมกัน เช่น การกล่าวสุนทรพจน์ การพูดคุยกันตัวต่อตัว การอภิปรายกลุ่ม การอภิปรายอย่างไม่เป็นทางการ หรือการส่งข่าวลือ เป็นต้น การใช้คำพูดในการติดต่อสื่อสารมีทั้งข้อดี และข้อจำกัด ดังนี้

ข้อดีของการติดต่อสื่อสารโดยใช้คำพูด ได้แก่

- 1) ถ่ายทอดข่าวสารได้อย่างรวดเร็ว ประหยัดเวลา
- 2) ใช้ข้อมูลป้อนกลับได้รวดเร็ว
- 3) ถ้าการติดต่อสื่อสารไม่เข้าใจ ผู้ส่งข่าวสารทบทวนได้
- 4) มีประสิทธิภาพสามารถใช้สีหน้าท่าทางและอารมณ์ประกอบ

ข้อจำกัดของการติดต่อสื่อสารโดยใช้คำพูด ได้แก่

- 1) ข้อมูลข่าวสารถูกดัดแปลงได้ง่ายในกรณีถ่ายทอดไปยังหลายคนหลายกลุ่ม
- 2) ไม่เหมาะที่จะใช้กับเรื่องสำคัญ
- 3) ไม่เหมาะที่จะใช้กับเรื่องสลับซับซ้อนและมีรายละเอียดมาก
- 4) ไม่เหมาะที่จะส่งข่าวสารไปยังผู้อยู่ห่างไกล
- 5) ไม่มีเวลาพินิจพิจารณาข่าวสาร

2) การติดต่อสื่อสารโดยใช้ภาษาเขียน (written communication) เป็นการสื่อสารโดยใช้จดหมาย บันทึกข้อความ จารึกของหน่วยงาน ป้ายประกาศ คำสั่งและอื่นๆ ที่จำเป็นต้องเขียนเป็นลายลักษณ์อักษร การสื่อสารแบบนี้มีทั้งข้อดีและข้อจำกัด ดังนี้

ข้อดีของการติดต่อสื่อสารโดยใช้ภาษาเขียน ได้แก่

- 1) มีความมั่นคงเก็บได้นาน
- 2) ใช้อ้างอิงและสามารถตรวจสอบได้
- 3) ผู้ส่งข่าวสารมีเวลาพิจารณาข้อมูลข่าวสารได้ถี่ถ้วน
- 4) เหมาะกับเรื่องสลับซับซ้อนมีรายละเอียดมาก
- 5) เป็นการสื่อสารความคิดที่ดีแล้ว มีเหตุผลและชัดเจน
- 6) เหมาะสมกับการติดต่อสื่อสารกับคนหลายคนที่อยู่ไกล

ข้อจำกัดของการติดต่อสื่อสารโดยใช้ภาษาเขียน ได้แก่

- 1) เสียเวลามาก
- 2) ขาดข้อมูลป้อนกลับ ไม่ทราบความเข้าใจของผู้รับ
- 3) ขาดแรงสนับสนุนทางด้านสังคมวิทยาและจิตวิทยา

3) การติดต่อสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูด (nonverbal communication) เป็นการติดต่อสื่อสารที่มีความหมายมากอีกวิธีหนึ่ง เช่น ถ้าเราได้ยินเสียงไซเรนส์ เรารู้ว่าอะไรเกิดขึ้นโดยไม่ต้องพูด หรือเสื้อผ้าที่เขาสวมใส่ก็สามารถบ่งบอกสถานะของเขาได้ การติดต่อสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูดรู้จักกันดีคือ ภาษากาย (body language) และน้ำเสียงการพูด (verbal intonation)

ภาษากาย (body language) หมายถึง การแสดงลักษณะต่าง ๆ เช่น การแสดงสีหน้าหรือการแสดงท่าทางส่วนอื่นของร่างกาย ตัวอย่างเช่น การทำหน้านัย ยิ้ม การเคลื่อนไหวมือหรือการแสดงสีหน้าอื่น ๆ จะบ่งบอกถึงความรู้สึก อารมณ์ อย่างเช่น ความก้าวร้าว กลัว อาย หึง มีความสุข และโกรธ

น้ำเสียงการพูด (verbal intonation) หมายถึงการเน้นเสียงการพูดบางคำ หรือบางวลีคนจะมีปฏิกิริยาตอบกับน้ำเสียง พูดแตกต่างกัน ถ้าผู้พูดมีเสียงเรียบ สภาคนฟังมีอารมณ์หนึ่ง แต่ถ้าพูดมีเสียงห้าว คนฟังจะเกิดอีกอารมณ์ เป็นความจริงอย่างหนึ่ง การติดต่อสื่อสารโดยใช้ภาษาพูดจะต้องมีที่ไม่ใช่ภาษาพูดปนอยู่ด้วยเสมอจากรายงานการวิจัยเรื่องหนึ่ง พบว่าการติดต่อสื่อสารด้วยภาษาพูดครั้งหนึ่ง จะเกิดการสื่อสารภาษากายและสีหน้าถึง 55 เปอร์เซ็นต์ เกิดจากน้ำเสียง 38 เปอร์เซ็นต์ และเป็นภาษาจากคำพูดจริงๆ เพียง 7 เปอร์เซ็นต์

ดังนั้นการติดต่อสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูด จึงมีความสำคัญต่อผู้บริหาร ผู้บริหารควรฝึกปฏิบัติในการติดต่อสื่อสาร โดยไม่ใช้คำพูดให้เป็นนิสัยเพื่อจะช่วยให้เหมาะสมกับงานและสถานการณ์ แต่อย่างไรก็ตามการติดต่อสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูด ก็มีทั้งข้อดีและข้อจำกัดดังนี้

ข้อดี ได้แก่ สามารถสื่อความหมายได้ดี สามารถสร้างอิทธิพลให้กับผู้ส่งสาร ไม่เสียเวลา  
ข้อจำกัด ได้แก่ อาจแปลความหมายผิด จึงต้องอาศัยความชำนาญทั้งผู้ส่งและผู้รับ

4) การติดต่อสื่อสารผ่านอิเล็กทรอนิกส์ (electronic media communication) ปัจจุบันเราต้องติดต่อสื่อสารด้วยสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ที่มีความซับซ้อน ไม่ว่าจะเป็นโทรศัพท์ โทรทัศน์ วิทยุ โทรทัศน์ คอมพิวเตอร์หรือแฟกซ์ และการติดต่อสื่อสารด้วยสื่อประเภทนี้ ที่ถือว่าสื่อได้เร็วที่สุดคือ อีเมล (electronic mail) ซึ่งสามารถส่งข่าวสารไปยังบุคคลหลาย ๆ คนในเวลาเดียวกัน

ดังนั้นผู้บริหารยุคใหม่จะต้องฝึกและเรียนรู้การใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ เหล่านี้ให้มีประสิทธิภาพ แต่อย่างไรก็ตาม การใช้การติดต่อสื่อสารด้วยวิธีนี้มีทั้งข้อดีและข้อจำกัด ดังนี้

ข้อดีของการติดต่อสื่อสารผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่

- 1) สื่อสารได้รวดเร็ว
- 2) ค่าใช้จ่ายน้อย
- 3) มีความคงทนถาวร เก็บได้นาน
- 4) สามารถใช้อ้างอิง
- 5) ตรวจสอบได้

ข้อจำกัดของการติดต่อสื่อสารผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่

- 1) ใช้เวลาในการเตรียมการ
- 2) บางชนิดขาดการป้อนกลับ
- 3) ขาดการส่งเสริมทางด้านสังคมวิทยาและจิตวิทยา

#### 4.6 อุปสรรคของกระบวนการติดต่อสื่อสาร

กอร์ดัน (Gorton. 1972 : 282-287) ได้กล่าวถึง อุปสรรคของการติดต่อสื่อสารไว้ ดังนี้

1) **ด้านผู้รับข้างสาร** ข่าวสารทุกข่าวที่ผู้บริหารส่งออกไปจะถูกแปลความหมายโดยผู้รับข้างสาร ซึ่งการแปลความหมายจะตรงกับผู้ส่งข่าวสารหรือไม่ขึ้นอยู่กับสภาพและลักษณะเฉพาะตัวของผู้รับข้างสาร ดังนี้

1.1 การขาดความสนใจ อาจเป็นเพราะทัศนคติที่มีต่อผู้ส่งข่าวสาร เนื้อหาข้างสารและประโยชน์ของข้างสาร

1.2 ขาดความรู้ ข้างสารทุกข่าวจะมีความมุ่งหมายและคำที่ใช้เฉพาะ ดังนั้นผู้รับข้างสารจะต้องมีพื้นฐานความรู้ในเรื่องนั้นเพียงพอ

1.3 ความลำเอียงของผู้รับข้างสาร อันเกิดจากทัศนคติและค่านิยม ซึ่งทำให้การแปลความหมายของข้างสารผิดพลาด

1.4 อุปสรรคด้านสังคม ผู้รับมีพื้นฐานทางสังคมแตกต่างกันจะแปลความหมายของข่าวสารแตกต่างกัน พื้นฐานทางสังคม เช่น อายุ เพศ ตำแหน่ง และวัฒนธรรม ตัวอย่างเช่น ข้างสารอาจถูกแปลความหมายต่างกันระหว่างบุคคลที่มีประสบการณ์แตกต่างกัน เป็นต้น

1.5 สถานการณ์ สถานการณ์ที่เป็นอุปสรรคต่อการติดต่อสื่อสาร เช่น มีสิ่งรบกวนใจ ไม่มีเวลาเพียงพอที่จะอ่านข่าวสารอย่างละเอียด หรือมีข่าวสารมากเกินไป

2) **ด้านตัวผู้ส่งข่าวสาร** อุปสรรคที่ขัดขวางการติดต่อสื่อสารที่เกิดจากผู้ส่งข่าวสาร ได้แก่

- 2.1 ขาดความรู้ความเชี่ยวชาญในข่าวสารที่จะส่ง
- 2.2 ขาดความเชื่อถือศรัทธาในตำแหน่ง
- 2.3 การเลือกวิธีการติดต่อสื่อสารไม่เหมาะสม
- 2.4 ใช้อารมณ์
- 2.5 ใช้คำไม่เหมาะสมกับผู้รับข่าวสาร
- 2.6 ขาดความตั้งใจในการติดต่อสื่อสาร
- 2.7 ขาดการลำดับเนื้อหาข้อมูลข่าวสารที่เหมาะสม
- 2.8 ขาดการวิเคราะห์ธรรมชาติของผู้รับข่าวสาร

### 3.7 การปรับปรุงการติดต่อสื่อสารให้มีประสิทธิภาพ

เพื่อให้การบริหารประสบความสำเร็จบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์การและวัตถุประสงค์ของบุคลากร ผู้บริหารโครงการจะต้องปรับปรุงการติดต่อสื่อสารของตน ดังนี้

- 1) สื่อสารสิ่งที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ขององค์การและวัตถุประสงค์ของครู
- 2) ใช้ภาษาในการติดต่อสื่อสารให้เหมาะสมกับครูหรือบุคลากรแต่ละคน ผู้บริหารโครงการจึงต้องเข้าใจพื้นฐานของครูหรือบุคลากรทุกคนหรือบุคลากร
- 3) ต้องคำนึงถึงความเชื่อและค่านิยมของครูหรือบุคลากร
- 4) ต้องฝึกฝนการติดต่อสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูด ให้มีประสิทธิภาพ เช่น การแสดงสีหน้า ท่าทาง หรือสายตา
- 5) พยายามใช้ระดับเสียงที่แตกต่างกันให้เกิดประโยชน์
- 6) ควรใช้ภาษาง่ายๆที่คนทุกคนเข้าใจได้
- 7) สร้างบรรยากาศที่ดีให้เอื้อต่อการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น
- 8) เปิดโอกาสให้ผู้รับข่าวสารซักถามได้
- 9) ผู้บริหารโครงการต้องเป็นผู้รับฟังที่ดี ฟังด้วยความตั้งใจ เพื่อจะได้เข้าใจบุคลากรแต่ละคน ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อผู้บริหาร นำไปใช้ประกอบการตัดสินใจในการบริหารงาน
- 10) การสื่อสารด้วยภาษาเขียนจะต้องเตรียมและตรวจสอบเป็นอย่างดีก่อนจะถ่ายทอดออกไป
- 11) ต้องควบคุมอารมณ์ให้อยู่ในสภาวะปกติทุกครั้ง ที่มีการติดต่อสื่อสาร
- 12) พยายามให้การติดต่อสื่อสารใช้คำพูดและไม่ใช้คำพูดมีความหมายสอดคล้องกัน
- 13) ถ้าการสื่อสารครั้งใดผู้ฟังไม่เข้าใจควรถามซ้ำ
- 14) ต้องนำการติดต่อสื่อสารแบบไม่เป็นทางการมาใช้บ้างกรณี

### 4. การมีส่วนร่วมของชุมชน

การมีส่วนร่วมของชุมชน (สุธี วรประดิษฐ์, เว็บไซต์ :2554) แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน (People's Participation) ได้เข้ามามีบทบาทสำคัญในการพัฒนาชนบท ทั้งนี้ ตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 ที่มุ่งเน้นคนเป็นสำคัญมากกว่าการเติบโตทางเศรษฐกิจ ได้พยายามเปลี่ยนแปลงแนวทางการพัฒนาจากระดับบนลงล่าง (Top - down) มาเป็นจากระดับล่างขึ้นบน (Bottom - up) แนวทางดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของ โอคเลย์ (Oakley, 1984 : 17) ได้กล่าวว่า แนวทางจากระดับล่างขึ้นบนนี้ เกี่ยวข้องอย่างยิ่งกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งเป็นสิ่งที่ขาดหาย (Missing ingredient) ในกระบวนการพัฒนา การมีส่วนร่วมของชุมชนนั้น มีนักวิชาการได้อธิบายและให้ความหมาย บ้างก็ยก ขั้นตอนการมีส่วนร่วมของชุมชน รูปแบบของชุมชนต่อการมีส่วนร่วมในการจัดการศึกษาไว้มากมาย ซึ่งผู้วิจัยได้นำมากล่าวไว้เท่าที่จำเป็นและสอดคล้องกับแนวทางการศึกษา ดังนี้

#### ความหมายของการมีส่วนร่วมของชุมชน

การมีส่วนร่วมของชุมชนนั้นนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายไว้ดังนี้

โคเฮนและอัฟฮอฟ (Cohen and Uphoff. 1981 : 6) ได้ให้ความหมาย การมีส่วนร่วมของชุมชนว่า สมาชิกของชุมชนต้องเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องใน 4 มิติ ได้แก่

1. การมีส่วนร่วมการตัดสินใจว่าควรทำอะไรและทำอย่างไร
2. การมีส่วนร่วมเสียสละในการพัฒนา รวมทั้งลงมือปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ
3. การมีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน
4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผลโครงการ

โดยสร้างโอกาสให้สมาชิกทุกคนของชุมชน ได้เข้ามามีส่วนร่วมช่วยเหลือและเข้ามามีอิทธิพลต่อกระบวนการดำเนินกิจกรรมในการพัฒนา รวมถึงได้รับผลประโยชน์จากการพัฒนานั้นอย่างเสมอภาค องค์การสหประชาชาติ (United Nation. 1981 : 5) และ รีเดอร์ (Reeder. 1974 : 39) ได้ให้ความหมายเจาะจงถึงการมีส่วนร่วม ว่าการมีส่วนร่วมเป็นการปะทะสังสรรค์ทางสังคม ทั้งในลักษณะการมีส่วนร่วมของปัจเจกบุคคล และการมีส่วนร่วมของกลุ่ม

นอกจากนี้ สุชาติ จักรพิสุทธิ์ (2547:เว็บไซต์) ศึกษาเรื่องชุมชนกับการมีส่วนร่วมจัดการศึกษา สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน แบ่งได้ออกเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่

1. ลักษณะการมีส่วนร่วมจากความเกี่ยวข้องทางด้านเหตุผล โดยการเปิดโอกาสให้สังคมองค์กรต่างๆ ในชุมชน ประชาชนมีบทบาทหลักตามสิทธิ หน้าที่ในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ตั้งแต่การคิดริเริ่ม การพิจารณาตัดสินใจ วางแผน การร่วมปฏิบัติและการรับผิดชอบในผลกระทบที่เกิดขึ้น รวมทั้งส่งเสริม ชักนำ สนับสนุนให้การดำเนินงานเกิดผลประโยชน์ต่อชุมชนตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดด้วยความสมัครใจ

2. ลักษณะการมีส่วนร่วมจากความเกี่ยวข้องทางด้านจิตใจ เป็นการมีส่วนร่วมของชุมชน

ที่เกี่ยวข้องทางด้านจิตใจ อารมณ์ รวมทั้ง ค่านิยมของประชาชนเป็นเครื่องชี้นำตนเองให้เข้ามามีส่วนร่วม แสดงความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การกระทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ทำให้ผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วม เกิดความผูกพัน มีความรู้สึกรับผิดชอบต่อกิจกรรมที่ดำเนินงานด้วยความสมัครใจ

เข้มเพชร แก่นสา (2543 : 39) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมว่า การพัฒนา

หรือ ประกอบกิจการใด ๆ ควรให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมนั้น ๆ โดยให้เป็นไปตามหลัก ประชาธิปไตย โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมรับรู้ในขั้นตอนของกิจกรรม นับตั้งแต่การศึกษาสภาพปัญหา กำหนดจุดประสงค์ วางแผน ร่วมปฏิบัติงาน จนถึงขั้นประเมินผล พยายามสร้างจิตสำนึกให้ประชาชน ว่ากิจกรรมที่กระทำอยู่นั้น เป็นผลงานที่พวกเขาต้องรับผิดชอบต่อกรณีที่กิจกรรมมีกลุ่มผลประโยชน์หลายกลุ่มเข้ามาเกี่ยวข้อง ต้องพยายามดึงตัวแทนของกลุ่มให้มาปฏิบัติงานร่วมกันเพื่อให้ทุกฝ่ายยอมรับผลที่ตามมาของกิจกรรมนั้น

จากแนวคิดและทัศนะที่ได้กล่าวมาข้างต้นทั้งหมด สามารถแยกประเด็นสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนเกิดขึ้นจาก เป้าหมายที่ต้องการ ค่านิยม ความเชื่อ วัฒนธรรมประเพณี ความผูกพัน การเสริมแรง โอกาส ความสามารถ การสนับสนุน ความคาดหวังในสิ่งที่ต้องการโดยมีพื้นฐานของการมีส่วนร่วม ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมบนพื้นฐานของเหตุผล
2. การมีส่วนร่วมบนพื้นฐานของค่านิยม
3. การมีส่วนร่วมบนพื้นฐานของประเพณี

#### 4. การมีส่วนร่วมบนพื้นฐานของความผูกพัน ความสนใจ

โดยสรุป การมีส่วนร่วมของชุมชนนั้น เกิดจากจิตใจที่ต้องการเข้าร่วมในกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง เพื่อให้บรรลุถึงวัตถุประสงค์ของกลุ่มคนที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตทางสังคม ซึ่งการเราให้คนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมนั้น ผู้ดำเนินงานจะต้องมีความเข้าใจในวิถีการดำเนินชีวิต ค่านิยม ประเพณี ทัศนคติของบุคคล เพื่อให้เกิดความสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม

##### ปัจจัยที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วม

การที่ชุมชนจะเข้ามามีส่วนร่วมนั้น มีปัจจัยที่ส่งผลให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งมีนักวิชาการได้เสนอแนวคิด ดังนี้

คูฟแมน (Koufman. 1949 : 7) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาชุมชนในชนบท พบว่า อายุ เพศ การศึกษา ขนาดของครอบครัว อาชีพ รายได้และระยะเวลาการอยู่อาศัยในท้องถิ่น มีความสัมพันธ์กับระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน

นอกจากนี้ ประยูร ศรีประสาธน์ (2542 : 5) ได้นำเสนอปัจจัยของการมีส่วนร่วม ว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วม มีด้วยกัน 3 ปัจจัย คือ

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ
  2. ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ การศึกษา อาชีพ รายได้ และการเป็นสมาชิกกลุ่ม
  3. ปัจจัยด้านการสื่อสาร ได้แก่ การรับข่าวสารจากสื่อมวลชนและสื่อบุคคล
- จากแนวคิดที่กล่าวมาข้างต้น สามารถสรุปปัจจัยต่อการมีส่วนร่วมทำกิจกรรมได้ ดังนี้
1. ลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ต่างๆ
  2. ลักษณะทางเศรษฐกิจ ได้แก่ อาชีพ รายได้
  3. การได้รับข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ ความถี่ในการรับรู้ข่าวสาร และแหล่งที่มาของข่าวสาร

##### ขั้นตอนการมีส่วนร่วมของชุมชน

การเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนเพื่อการกระทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งให้เกิดประโยชน์ต่อชุมชนนั้น มีนักวิชาการได้เสนอแนวคิดถึงขั้นตอนการมีส่วนร่วมของชุมชน ดังนี้

ฟอร์นารอฟ (Fornaroff. 1980 : 104) เสนอว่ากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน มีขั้นตอนการมีส่วนร่วม ดังนี้

1. การวางแผน รวมถึงการตัดสินใจในการกำหนดเป้าหมาย กลวิธี ทรัพยากรที่ต้องใช้ ตลอดจนการติดตามประเมินผล
2. การดำเนินงาน
3. การใช้บริการจากโครงการ
4. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์

นอกจากนี้ อภิญา กังสนารักษ์ (2544 : 14 - 15) ได้นำเสนอขั้นตอนการมีส่วนร่วมของชุมชนว่า ชุมชนต้องมีส่วนร่วมใน 4 ขั้นตอน คือ

1. การมีส่วนร่วมในการริเริ่มโครงการ ร่วมค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาภายในชุมชน ร่วมตัดสินใจกำหนดความต้องการและร่วมลำดับความสำคัญของความต้องการ
2. การมีส่วนร่วมในขั้นการวางแผน กำหนดวัตถุประสงค์ วิธีการ แนวทางการดำเนินงาน รวมถึงทรัพยากรและแหล่งวิทยาการที่จะใช้ในโครงการ

3. การมีส่วนร่วมในขั้นตอนการดำเนินโครงการ ทำประโยชน์ให้แก่โครงการ โดยร่วมช่วยเหลือด้านทุนทรัพย์ วัสดุอุปกรณ์ และแรงงาน

4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผลโครงการ เพื่อให้รู้ว่าผลจากการดำเนินงานบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ โดยสามารถกำหนดการประเมินผลเป็นระยะต่อเนื่องหรือประเมินผลรวมทั้งโครงการในคราวเดียวก็ได้

ส่วน อคิน รพีพัฒน์ (2547 : 49) ได้แบ่งขั้นตอนการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 ขั้นตอน คือ

1. การกำหนดปัญหา สาเหตุของปัญหา ตลอดจนแนวทางแก้ไข
2. การตัดสินใจเลือกแนวทาง และวางแผนพัฒนา แก้ไขปัญหา
3. การปฏิบัติงานในกิจกรรมการพัฒนาตามแผน
4. การประเมินผลงานกิจกรรมการพัฒนา

ขั้นตอนการเข้ามามีส่วนร่วมของชุมชน วิรัช วิรัชนิภาวรรณ (ออนไลน์. 2547) ได้สรุปและนำเสนอขั้นตอนการมีส่วนร่วมใน 2 ลักษณะ ได้แก่

ลักษณะที่ 1 มีขั้นตอน ดังนี้

1. การคิด
2. การตัดสินใจ
3. การวางแผน
4. การลงมือปฏิบัติ

ลักษณะที่ 2 มีขั้นตอน ดังนี้

1. การกำหนดปัญหา
2. การวางแผน
3. การดำเนินงาน
4. การประเมินผล
5. การบำรุงรักษา และพัฒนาให้คงไว้

จากแนวคิดเกี่ยวกับขั้นตอนการมีส่วนร่วมของชุมชนทั้งหมดสรุปได้ว่า ขั้นตอนของการเข้ามามีส่วนร่วมของชุมชนนั้นมี 6 ขั้นตอน ได้แก่

1. การค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหา และแนวทางแก้ไข
2. ตัดสินใจกำหนดความต้องการ
3. ลำดับความสำคัญ
- 4.วางแผน กำหนดวัตถุประสงค์ วิธีการ แนวทางการดำเนินงาน ทรัพยากร
5. ดำเนินงานตามโครงการ และ/หรือ สนับสนุนการดำเนินงาน
6. ประเมินผล

#### การมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมวัณโรค

การสนับสนุนของชุมชนมีความสำคัญมากต่อการควบคุมวัณโรค เนื่องจาก

- ก) คนในชุมชนมีสุขภาพดีหากคนปรับทัศนคติและมีการลงมือปฏิบัติเพื่อต่อต้านสิ่งที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ
- ข) การบริการสุขภาพที่มีอยู่ถูกนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดเมื่อมีการวางแผนอย่างเหมาะสม
- ค) สมาชิกในชุมชนสามารถระดมทรัพยากร โดยเฉพาะกำลังคนได้อย่างไม่จำกัดในการสร้างสุขภาพ
- ง) การมีสุขภาพดีเป็นเรื่องของความเท่าเทียมโดยไม่แบ่งแยกเชื้อชาติ เพศ ฐานะ การศึกษา และชุมชนจะช่วยกันปกป้องไม่ให้เกิดการละเมิดสิทธิในเรื่องสุขภาพ

#### ลักษณะงานวัณโรคในชุมชน สามารถดำเนินการในกิจกรรมเหล่านี้

- ก) การมีแกนนำชุมชนเป็นผู้ดูแลการกินยาทุกวันให้แก่ผู้ป่วยวัณโรค (DOT) ซึ่งเป็นมาตรฐานของประเทศและสากล ที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในการช่วยให้ผู้ป่วยกินยาจนครบกำหนดการรักษา ซึ่งแกนนำชุมชนอยู่ใกล้บ้านผู้ป่วยมากกว่า เจ้าหน้าที่สถานีนามัยทำให้ผู้ป่วยเกิดความสะดวกระหว่างรักษาวัณโรค
- ข) การสนับสนุนเรื่องการรักษาแก่ผู้ป่วยโดยชุมชน เนื่องจากผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่ต้องรักษาต่อเนื่องนานอย่างน้อย 6 เดือน ขณะรักษาอาจเกิดความกังวลหลายด้าน เช่น เรื่องเศรษฐกิจเนื่องจากทำงานไม่ไหว ตลอดจนค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปโรงพยาบาล เรื่องการถูกรังเกียจ ซึ่งผู้ป่วยไม่ได้เล่าให้ใครฟังเพราะกลัวว่าจะเดือดร้อนถ้าเพื่อนบ้านรู้ว่าป่วย ตลอดจนการแพ้ยาวัณโรค ซึ่งชุมชนสามารถช่วยกันสนับสนุนเพื่อลดความกังวลเหล่านี้ โดยเฉพาะการยอมรับผู้ป่วย แสดงความเข้าใจในความกังวลต่างๆ ซึ่งมีตัวอย่างหลายชุมชนที่จัดรถบริการระหว่างบ้านผู้ป่วยและโรงพยาบาลหากผู้ป่วยเดินทางเองไม่ได้ หรือการส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลเพราะผู้ดูแล เพราะผู้ป่วยมีอาการแพ้ยาวัณโรค
- ค) การสนับสนุนทั่วไป เนื่องจากผู้ป่วยวัณโรคมีความกังวลสูงมาก สมาชิกในชุมชนสามารถรับฟังความกังวลต่างๆ บนพื้นฐานในเรื่องการรักษาความลับ ซึ่งส่วนใหญ่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้น สิ่งเหล่านี้เป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา
- ง) การค้นหาผู้มีอาการสงสัยวัณโรค สมาชิกหรือแกนนำในชุมชน สามารถช่วยกันค้นหาสมาชิกของสมาชิกที่มีอาการสงสัยวัณโรคโดยเฉพาะไอติดต่อกันนานเกิน 2 สัปดาห์ โดยมั่นใจว่าผู้มีอาการสงสัยได้รับการตรวจวินิจฉัยจากโรงพยาบาล
- จ) การสร้างความตระหนักเรื่องวัณโรคในชุมชน วิธีการสร้างความตระหนักทำได้หลายประการ เช่น การจัดประกวดเรียงความของโรงเรียนต่างๆ การแข่งขันภาพวาดรั้วโรงเรียน รั้วสถานีนามัยเกี่ยวกับเรื่องวัณโรค การประกวดทูตวัณโรคประจำชุมชน การมองรางวัลดีเด่นแก่ผู้ดูแลการกินยาทุกวัน เป็นต้น ซึ่งการสร้างความตระหนักเรื่องวัณโรคจะช่วยลดความรู้สึก รังเกียจผู้ป่วย สร้างความเห็นใจและยอมรับผู้ป่วย ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา

## 5.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาวัณโรคแบบมีที่เลี้ยง

อรรถพล ชีพสัตยกร และ เรืองรอง ชีพสัตยากร (2552) ทำการศึกษาผลการควบคุมวัณโรคในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูงพิเศษต่อการเป็นวัณโรคในภาคเหนือของประเทศไทย พบว่า ผลการควบคุมวัณโรคในกลุ่มประชากรที่ทำการศึกษาแสดงให้เห็นว่าแผนกำหนดการควบคุมวัณโรคในพื้นที่ที่ไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ อัตราร้อยละการพบผู้ป่วยวัณโรคชนิดที่ดื้อยาหลายขนานและอัตราการพบผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ยังสูงอยู่ ส่วนการตรวจพบวัณโรคในเด็กยังต่ำกว่าที่ควรจะเป็นอยู่มากเนื่องจากการวินิจฉัยวินิจฉัยทางเวชกรรม และทางห้องปฏิบัติการ รวมทั้งอัตราการความสำเร็จของการรักษาที่ยังต่ำกว่าเป้าหมาย การเน้นใช้บุคลากรทางสาธารณสุขเพื่อสังเกตการณ์กินยาผู้ป่วยวัณโรคนั้นถ้าสถานพยาบาลไม่สามารถทำได้และจำเป็นต้องใช้บุคคลอื่นแทน และประเมินการกินยาด้านวัณโรคของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

อดิภา กมลวัฒน์และคณะ (2549) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสำเร็จในการรักษาวัณโรคของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้น (Directly Observed Treatment) ผลการศึกษาพบว่าผลตรวจเชื้อเมื่อสิ้นสุดระยะเข้มข้นในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอย่างสม่ำเสมอมีความแตกต่างจากผู้ที่ไม่ได้รับการรักษาอย่างสม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} = 0.01$ ) นอกจากนี้ปัจจัยด้านความพึงพอใจในระบบการบริการของศูนย์สาธิตบริการ ได้แก่ความเบื่อหน่ายต่อขั้นตอนในการรักษาและความเบื่อหน่ายต่อการเดินทางมารับการรักษารวมทั้งความเอาใจใส่ของเจ้าหน้าที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการมารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน ( $p\text{-value} = 0.004$   $0.01$  และ  $0.01$  ตามลำดับ)

วันเพ็ญ วัฒนอมรเกียรติ(2546) ได้ศึกษาการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคเสมหะบวกรายใหม่ในจังหวัดอุบลราชธานี พบว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ในจังหวัดอุบลราชธานี มีอัตราการตายสูง โดยเฉพาะในระหว่างการรักษาในระยะเข้มข้น โดยผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเอชไอวีร่วม และผู้ป่วยสูงอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป เป็นกลุ่มที่มีอัตราการตายสูง เพื่อลดอัตราการตาย และเพิ่มผลสำเร็จของการรักษาวัณโรค โรงพยาบาลทุกแห่ง จำเป็นจะต้องพัฒนารูปแบบการดำเนินงานควบคุมวัณโรค (DOTS) โดยเร่งรัดจัดระบบการดำเนินงานผสมผสานงานวัณโรคและงานโรคเอดส์ อย่างเป็นรูปธรรม และเพิ่มความเข้มแข็งให้ระบบการคัดเลือกที่เลี้ยงเพื่อดูแล กำกับการกินยา และการรักษาของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดสม่ำเสมอ โดยเฉพาะในระยะเข้มข้นของการรักษา

นักขัต เสาร์ทอง และนุศราพร เกษสมบูรณ์(2544) ได้ทำการศึกษาด้านทุน ประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคแบบมีที่เลี้ยงในชุมชนกับแบบในโรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย พบว่าต้นทุนการรักษาแบบมีที่เลี้ยงในชุมชนสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายได้ร้อยละ 30 เมื่อเทียบกับกลุ่มดูแลที่โรงพยาบาล และได้เสนอแนะว่า รูปแบบการมีที่เลี้ยงดูแลในชุมชนเป็นทางเลือกในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ และมีส่วนสำคัญต่อการจัดตั้งหน่วยรักษาวัณโรคภายใต้ข้อจำกัดของทรัพยากรในโรงพยาบาลแม่สาย

รัฐประกรณ์ พวงเงินมาก (2544 : 60 – 67) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยงในผู้ป่วยวัณโรค ในผู้ป่วยอำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยวัณโรคที่เข้ารับการรักษาในคลินิกวัณโรค ระหว่างเดือน ตุลาคม 2541 – พฤษภาคม 2543) จำนวน 50 ราย พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ได้แก่ ความร่วมมือของผู้ป่วย สัมพันธภาพในครอบครัวและการให้กำลังใจของพี่เลี้ยง

ดารณี วิริยกิจจาและคณะ (2544) ได้ทำการวิจัยและพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแล วัฒนธรรมแบบมีที่เลี้ยง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถที่พัฒนาชุมชนให้ เป็นที่เลี้ยงกำกับการกินยาให้กับผู้ป่วยโรคแทนบุคลากรสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเหมาะ กับสภาพและสังคมในประเทศไทย

#### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

ณัฐดนัย จันทา (2553) ได้ศึกษาผลของการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการป้องกัน และควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสในชุมชน อำเภอป่าเลี้ยวจังหวัด ศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่าง เป็นตัวแทน คริวเรือน จำนวน 92 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 46 คนกลุ่มเปรียบเทียบ 46 คน ซึ่งเลือกมาแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม -กรกฎาคม 2553 โดยใช้แบบสัมภาษณ์ วัดการรับรู้ พฤติกรรมการป้องกันโรค และการมีส่วนร่วมต่อการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส ก่อนการ ทดลอง และหลังการทดลอง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน และ t-testผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพโดยรวม และ รายด้าน 3 ด้าน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค มีพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส และมีส่วนร่วม ต่อการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสโดยรวม และรายด้าน 5 ด้าน คือด้านการวิเคราะห์ปัญหา ด้านการวางแผน ด้านการดำเนินงาน ด้านการรับผลประโยชน์ และด้านการประเมินผล เพิ่มขึ้นจากก่อน การทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

วรินทร์ จรุงโรจน์สกุล (2548 : บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมี ส่วนร่วมต่อความรู้และพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรอำเภอหางดง จังหวัด เชียงใหม่ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม แบบสังเกต พฤติกรรมของเกษตรกรผู้ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและแบบสัมภาษณ์ผลการวิจัยพบว่าเกษตรกรที่ได้รับ โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีความรู้ มีพฤติกรรมการใช้สารเคมีมีความรู้ และมีพฤติกรรมการใช้ สารเคมีกำจัดศัตรูพืชดีกว่าก่อนการทดลอง

พิมภาวรรณ ปันดอนตอง (2548 : บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาการส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ แบบมีส่วนร่วมจากการทำงานเอดส์ในชุมชน จังหวัดเชียงราย ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการ ดำเนินงานของโครงการส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ทำให้คนทำงานเกิดการเรียนรู้ ได้วิธีคิดและ วิธีการทำงาน เทคนิค กระบวนการ นำไปสู่การกำหนดวิสัยทัศน์และการจัดกิจกรรมแก้ไขปัญหาร่วมกัน กระบวนการเรียนรู้ทำให้เกิดการส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีแนวทางและการวางแผนการทำงาน ตลอดจนการสรุปบทเรียนที่ได้จากการทำงานร่วมกันตั้งแต่ระดับชุมชนถึงระดับจังหวัดและระดับชาติ

ถนิมนันท์ อรุณกิจ (2547) ศึกษาผลของการจัดกิจกรรมแบบมีส่วนร่วมของญาติต่อภาวะ สุขภาพของผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกในสมองจำนวน 50 ราย โดยใช้กระบวนการกลุ่มและการจัดการเรียน การสอนแบบมีส่วนร่วมกับกลุ่มทดลองจำนวน 25 ราย และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 25 ราย ให้ได้รับ การพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญด้านภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ภายหลังการทดลอง และหลังการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มระดับการประเมินสุขภาพของกลุ่มทดลองมี คะแนนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ประจวบ แหลมหลัก (2547) ได้ทำการวิจัย การพัฒนากระบวนการเรียนรู้ทางการศึกษานอกระบบโรงเรียนโดยใช้แนวคิดการเรียนรู้จากการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยวิเคราะห์ปัญหาในการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และพัฒนากระบวนการเรียนทางการศึกษานอกระบบโรงเรียนเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติงานของ อสม. ตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้จากการปฏิบัติ และศึกษาปัญหาของการดำเนินการตามกระบวนการเรียนรู้ทางการศึกษานอกระบบโรงเรียนที่ได้พัฒนาขึ้น ประชากรในการศึกษาคั้งนี้คือ อสม. ที่ปฏิบัติงานอยู่ใน 9 จังหวัดภาคเหนือตอนล่าง ขั้นตอนการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ระยะแรกเป็นการศึกษาปัญหาการปฏิบัติงานของ อสม. โดยใช้แบบสอบถามเก็บรวบรวมข้อมูลจาก อสม. จำนวน 400 คน และสัมภาษณ์กลุ่มผู้ที่มีส่วนได้เสียจากการปฏิบัติงานของ อสม. จำนวน 5 กลุ่ม ระยะที่สองเป็นการพัฒนากระบวนการเรียนรู้ โดยเริ่มตั้งแต่ นำปัญหามาใส่เป็นเนื้อหากิจกรรมตามขั้นตอนของกระบวนการเรียนรู้ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ตรวจสอบกระบวนการเรียนรู้โดยผู้เชี่ยวชาญ ทดลองใช้กระบวนการเรียนรู้ใน อสม. จำนวน 40 คน และสรุปขั้นตอนของกระบวนการเรียนรู้ ระยะที่สามเป็นการศึกษาปัญหาการดำเนินการตามขั้นตอนของกระบวนการเรียนรู้ โดยใช้แบบสอบถาม การประชุมกลุ่มร่วมกันระหว่างผู้วิจัยกับ ผู้อำนวยการความสะอาดประจำกลุ่ม และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย และการอภิปรายกลุ่มของตัวแทนผู้เข้าร่วมทดลองใช้กระบวนการเรียนรู้ทุกกลุ่ม ผลการวิจัย 1. งานตามบทบาทหน้าที่ที่ อสม. มองว่าเป็นปัญหาคือ การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และเมื่อสัมภาษณ์กลุ่มผู้มีส่วนได้เสียจากการปฏิบัติงานของ อสม. พบว่า ต้องการให้ อสม. มีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงอย่างถูกต้อง ระบุกลุ่มที่สอง คัดกรอง และส่งต่อผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบของตนเองได้ถูกต้องและครอบคลุม ผลิตยาขึ้นพื้นฐานสำหรับการรักษาโรคได้ และบอกวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อลดความดันได้ถูกต้อง 2. เมื่อนำปัญหามาใส่เป็นเนื้อหากิจกรรมตามขั้นตอนของกระบวนการเรียนรู้ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและส่งผลให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเหมาะสมแล้ว พบว่า กระบวนการเรียนรู้แบ่งเป็น 8 ขั้นตอนหลักคือ การเตรียมความพร้อม การปฐมพยาบาล การระบุปัญหาที่แท้จริง การค้นหาสาเหตุของปัญหา การค้นหาและตัดสินใจทางเลือกในการแก้ปัญหา การจัดทำแผนปฏิบัติการ การดำเนินการตามแผน และการนำเสนอผลการปฏิบัติงาน ระหว่างการดำเนินการแต่ละขั้นตอนผู้วิจัย ผู้อำนวยการความสะอาดประจำกลุ่ม และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย จะเป็นผู้สนับสนุนการดำเนินการจน อสม. เกิดเรียนรู้และปฏิบัติงานได้ตามเป้าหมาย หลังการทดลองแล้ว อสม. มีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง มีทักษะในการคัดกรองและดูแลผู้ป่วย และสามารถคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3. ปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างดำเนินการแบ่งออกเป็น 3 ด้านคือ ด้านผู้จัด ด้านกิจกรรม และด้านอื่น ๆ สำหรับปัญหา ด้านผู้จัดคือผู้ดำเนินการรายการสรุปผลของการดำเนินการไม่ชัดเจน การมีส่วนร่วมในกลุ่มของผู้อำนวยความสะดวกประจำกลุ่ม อสม. มีพฤติกรรมครอบงำความคิดผู้อื่น การติดภารกิจส่วนตัวระหว่างร่วมกระบวนการเรียนรู้ และการใช้เวลาเกินกว่ากำหนด ปัญหาด้านกิจกรรม คือ แผนการดำเนินการขาดความยืดหยุ่น ไม่สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของ อสม. และปัญหาอื่น ๆ คือ ข้อจำกัดของการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยและองค์กรส่วนท้องถิ่น

จุฬารัตน์ สุวรรณเมฆ (2546 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก เจตคติ และความตั้งใจในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่แต่งงานแล้ว เครื่องมือที่ใช้เป็นโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมผลการวิจัยพบว่าสตรีที่

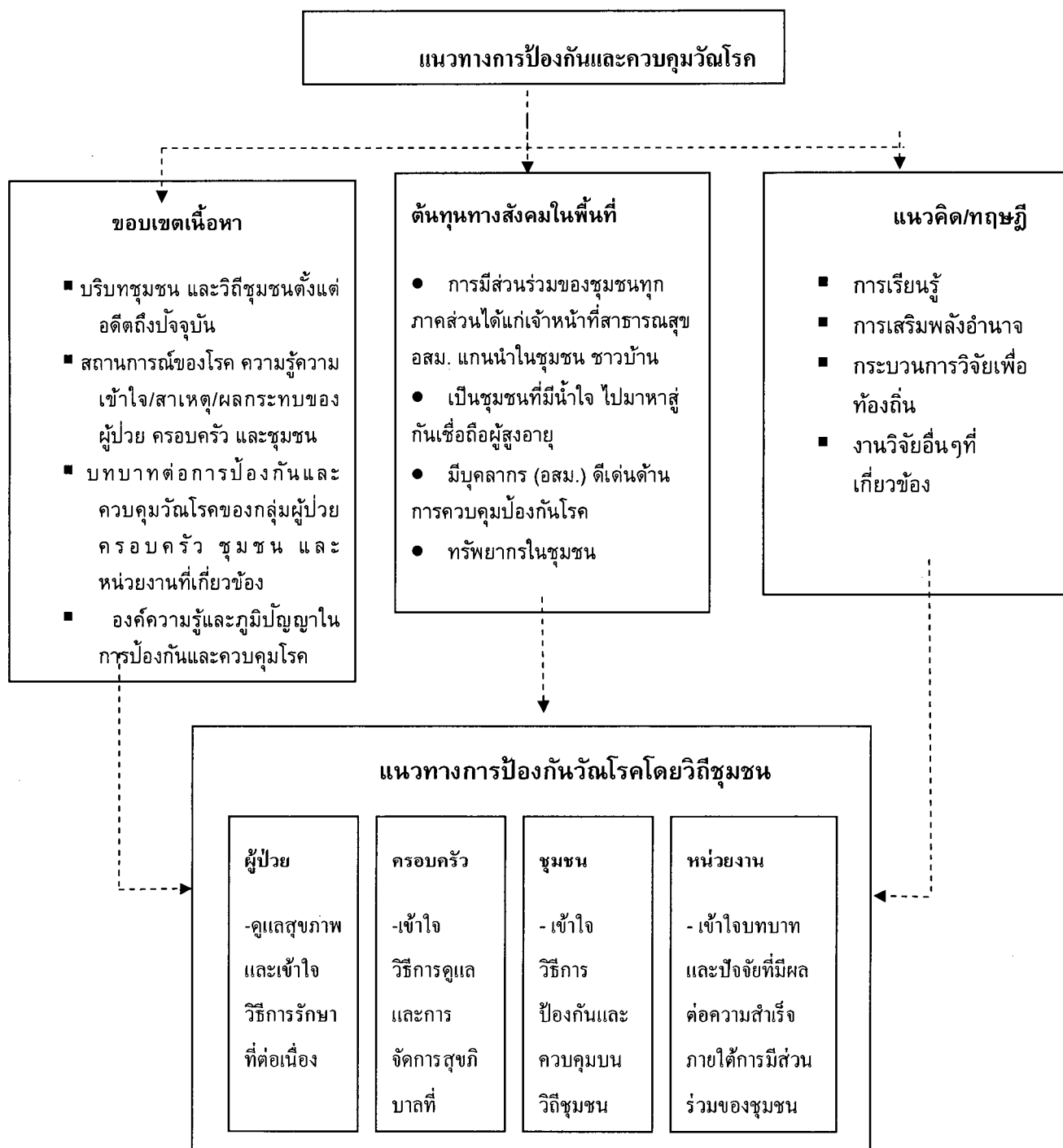
ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีความรู้ เจตคติ และความตั้งใจในการรับการตรวจมะเร็งปากมดลูก ดีกว่าก่อนการทดลอง และมีความรู้ เจตคติ และความตั้งใจในการรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มควบคุม

#### งานวิจัยในต่างประเทศ

El – Sadr และคณะ (1996 : 86 อ้างถึงใน รายงานการประมวลองค์ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค ฯ 2542: 52) ได้ศึกษาการใช้กลยุทธ์ DOTS รักษาผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 145 ราย ที่โรงพยาบาลเลียม รัฐ New York สหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ.1993 พบว่าอัตราการรักษาหายขาด ( Cure rate) สูงมากถึงร้อยละ 91.1 และอัตราการขาดการติดตามรักษา ( loss Follow-up เพียงร้อยละ 10

## 6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง กับแนวคิดต่างๆ เพื่อนำมาปรับเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ได้ดังนี้



### บทที่ 3

#### กระบวนการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์คือ 1) เพื่อปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านดู่ บ้านมะพริก และบ้านโพนสิมที่เหมาะสมกับวิถีชุมชน 2) เพื่อสรุปผลการปฏิบัติการ และวิเคราะห์เงื่อนไข ปัจจัยที่ส่งผลต่อการป้องกันและควบคุมโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านดู่ บ้านมะพริก และบ้านโพนสิมที่เหมาะสมกับวิถีชุมชน เสนอกระบวนการวิจัยตามลำดับดังนี้

1. ขอบเขตของการวิจัย
2. วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล
3. วิธีดำเนินการวิจัย
4. การวิเคราะห์ข้อมูล

#### 1. ขอบเขตของการวิจัย

- 1) ขอบเขตด้านพื้นที่ บ้านดู่ หมู่ 6 บ้านมะพริก หมู่ 5,9 และบ้านโพนสิม หมู่ 4 ตำบลทุ่งมน อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร
- 2) ขอบเขตด้านเนื้อหา ศึกษาปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรค โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
- 3) ขอบเขตด้านกลุ่มเป้าหมาย มี 3 กลุ่ม
  - (1) กลุ่มผู้ป่วย และผู้ดูแลในครอบครัว จำนวน 22 ครอบครัว แบ่งเป็น ผู้ป่วยที่พบเสมหะเขียวขาว (M+) จำนวน 15 ราย และผู้ป่วยที่พบเสมหะสีขาว (M-) จำนวน 7 ราย
  - (2) กลุ่มคนในชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน (ส.อบต. อสม. ผู้ใหญ่บ้าน) และประชากรกลุ่มเสี่ยงโรค (3 หมู่บ้าน) จำนวน 600 ราย
  - (3) หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ รพ.สต. อบต.

#### 2. วิธีการเก็บข้อมูล

วิธีการเก็บข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ มีดังนี้

- 2.1 การสังเกตและจดบันทึก การบันทึกภาพ จากกิจกรรมต่างๆ
- 2.2 การสัมภาษณ์ทีมวิจัย และกลุ่มเป้าหมาย
- 2.3 การสนทนากลุ่ม ใช้ถอดบทเรียนทีมวิจัย และผู้เกี่ยวข้อง

#### 3. วิธีดำเนินการวิจัย

3.1 กิจกรรมการทำความเข้าใจของทีมงานวิจัยในพื้นที่ โดยการจัดประชุมทีมวิจัย 2 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 วันที่ 13 พฤศจิกายน 2556 ผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วยหัวหน้าโครงการและคณะกรรมการ เพื่อแจ้งผลการศึกษาระยะที่ 1 ทราบและการที่จะดำเนินการในระยะที่ 2 โดยระยะแรก

ที่พบได้แก่ประเด็น การสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่กับชาวบ้านให้เข้าใจโรควัณโรค ข้อมูลข่าวสารวัณโรค บทบาทของแต่ละคนในชุมชน การนำภูมิปัญญา “การไปยามเหื่อนยามชาน” ในการรักษาวัณโรค เพื่อส่งเสริมการให้กำลังใจผู้ป่วยกินยาครบและหายขาด

ครั้งที่ 2 วันที่ 28 พฤศจิกายน 2556 ผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วยหัวหน้าโครงการและ คณะกรรมการ มีประเด็นเนื้อหาการประชุม คือการวางแผนการประชุมเพื่อชี้แจงต่อชุมชน การประชุมสร้าง หลักสูตรเนื้อหาเพื่อการสื่อสารวัณโรค และการจัดกิจกรรมปฏิบัติการเพื่อป้องกันและควบคุมวัณโรค การนำเสนอผลศึกษาต่อชุมชน ผลการจัดประชุมสรุปผลได้ดังนี้ วันที่ 13 ธันวาคม 2556 ประชุมชี้แจง โครงการต่อชุมชน วันที่ 28 ธันวาคม 2556 ประชุมสร้างหลักสูตรเนื้อหาเพื่อการสื่อสารวัณโรค วันที่ 23 มกราคม 2557 การจัดกิจกรรมปฏิบัติการเพื่อป้องกันและควบคุมวัณโรค วันที่ 29 มกราคม 2557 และ 6 กุมภาพันธ์ 2557 กิจกรรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลและรักษาผู้ป่วย และ 24 กุมภาพันธ์ 2557 นำเสนอผลการศึกษาต่อชุมชน

ทีมวิจัยหลักมี 18 คน โดยแบ่งบทบาทหน้าที่หลักๆ ดังนี้

นายบุญถม จันทสิทธิ์ เป็นหัวหน้าโครงการ เป็นประธานในที่ประชุมทีมวิจัย เบิกจ่าย งบประมาณ ให้ความเห็นต่อที่ประชุม นำเสนอผลงานวิจัยในเวทีต่างๆ

นางพิมพ์ ส่องศรี และนายทวีชัย คำชาย ทำหน้าที่การเงิน สรุปค่าใช้จ่ายต่อที่ประชุม เบิกถอน เงิน รวบรวมและสรุปเอกสารการเงิน

นางสาวบังอร ไกยราช ทำหน้าที่บันทึกการประชุม สรุปให้ทีมฟัง

ที่เหลือช่วยกันเก็บข้อมูล ประสานงาน เตรียมงาน จัดเวที ประชาสัมพันธ์งาน ร่วมวิเคราะห์ และวางแผนงาน สรุปงานร่วมกัน

### 3.2 ประชุมชี้แจงโครงการต่อชุมชน

ในวันที่ 13 ธ.ค. 2556 ณ ศาลาการเปรียญวัดบ้านมะพริก มีประชาชนจาก 4 หมู่บ้าน ประมาณ 200 คน เข้าร่วมประชุม ทีมวิจัยได้ค้นข้อมูลเกี่ยวกับวัณโรคที่ศึกษามาได้ มีสถานการณ์โรค วัณโรค ปัญหาการดำเนินงาน รวมทั้งมีการให้ความรู้เรื่องการป้องกันวัณโรคในที่ประชุมด้วย

มีการชี้แจงโครงการ ความจำเป็นในการทำวิจัย รวมทั้งแนะนำทีมวิจัยให้ผู้ที่มาประชุมได้รู้จัก ชาวบ้านที่มาประชุมเห็นด้วยถึงความจำเป็นในการดำเนินงาน และยินดีที่จะให้ความร่วมมือในการ ดำเนินงานทุกอย่าง

ในที่ประชุม มีผู้ป่วยวัณโรค และญาติ จำนวน 10 คน มาร่วมให้ข้อมูลด้านวัณโรคแก่ที่ประชุม ด้วย โดยเล่าประสบการณ์การเจ็บป่วยที่ครั้งแรกไม่รู้ว่าเป็นวัณโรค แต่มีอาการเด่นๆคือไอ ไข้ต่ำๆ เบื่อ อาหาร น้ำหนักลด และเหนื่อย มีการตรวจรักษาตามคลินิก ดูหมอ ใช้สมุนไพรโดยมีคนแนะนำ เช่น ให้ กินเปลือกต้นลิ้นฟ้า (เพกา) มาปิ้งไฟแช่น้ำจิบ จะหายไอ เป็นต้น รากตำแยต้มกินน้ำแก้อไอ แต่ไม่ได้ผล อาการไอตอนเย็นไม่หายพาลให้นึกไปว่าอาจมีผีมาทำให้เป็นไปจึงไปรดน้ำมนต์ เสียดเคราะห์ (สะเดาะ เคราะห์) เว้าผีไฮผีนา (ทำพิธีขอขมาผีไร้ผีนา เจ้าที่เจ้าทางต่างๆ) บางรายไปหาหมอธรรมถึง 4 คน ก็มี โดยส่วนใหญ่ใช้เวลาในการตรวจรักษาอยู่เป็นเดือน หรือ 2 เดือน จนร่างกายทุบโทรม ไอเป็นเลือด เมื่อหมดทางรักษาเยียวยาตนเอง จึงเข้าไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล

ปรากฏการณ์ดังกล่าวสะท้อนว่าชาวบ้านยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการรักษา วัณโรคอยู่มาก ทำให้ได้เรียนรู้ร่วมกันในเวทีแรกว่าอาการไอ มีไข้ต่ำๆตอนเย็น เบื่ออาหาร น้ำหนักลด และ

เหนื่อย เป็นอาการที่ควรได้รับการตรวจหาวัณโรคอย่างรวดเร็ว เพื่อจะได้รักษาอย่างถูกต้องและทันทั่วทั้งที่ เพราะในระหว่างที่ตระเวนไปรักษาอยู่นั้น ในช่วง 1-2 เดือน เป็นระยะที่สามารถแพร่เชื้อได้ โดยขาดการป้องกันที่ถูกต้อง เพราะโดยบริบทของคนในชุมชนนี้มีการกินข้าวร่วมกันในละแวกบ้านคุ่มเดียวกัน เพราะกินข้าวเป็นหมู่คณะจะทำให้กินได้ร่อยขึ้น เป็นการดูแลกันในยามเบิ้ออาหาร

การที่มีผู้ป่วยและญาติร่วมให้ข้อมูล เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงในชุมชน ทำให้เป็นที่สนใจของผู้เข้าร่วมประชุม

### 3.3 ประชุมจัดสร้างหลักสูตรพัฒนาการสื่อสารเพื่อความเข้าใจในการป้องกันและควบคุมวัณโรคในชุมชน

วันที่ 28 ธันวาคม 2556 ทีมวิจัยได้นำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในระยะที่ 1 และจากเวที มาปรึกษาหารือเพื่อจัดทำสื่อในการสื่อสารสร้างความเข้าใจกับชุมชนในประเด็นการป้องกันโรควัณโรค

ด้วยความตระหนักว่าคนในชุมชนขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนเมื่อป่วยเป็น วัณโรค จึงหาทางสื่อสารให้ชาวบ้านเข้าใจ โดยใช้ภาษาพื้นบ้านที่เข้าใจง่าย และตรงกัน

ทีมแบ่งงานหลักๆเป็น 2 ส่วน ได้แก่ เนื้อหาในการสื่อสาร คือใช้ข้อมูลในทางวิชาการที่ถูกต้อง และเป็นสากล ในขณะที่เดียวกันก็ปรับภาษาให้เป็นภาษาถิ่นเพื่อง่ายต่อการทำความเข้าใจ และวิธีการจัดกิจกรรมในชุมชน

โดยทีมวิจัยได้ก่อตั้งทีม “ไต่ฮักปอด” ขึ้น

วิธีจัดกิจกรรมได้ใช้บริบทของชุมชนเป็นหลัก ได้แก่

- การเล่า (เชิญ) เพราะชาวบ้านให้ความสำคัญกับการได้รับเชิญมาก
- สื่อสารวัณโรคในงานเลี้ยงปุดา โดย พ่อใหญ่จำ
- รมรงค์สร้างกระแสการป้องกันและรักษาวัณโรค
- บันทึกความร่วมมือระหว่างกลุ่มไต่ฮักปอดกับผู้นำชุมชน
- ให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าว
- ใช้สื่อบุคคลบอกต่อ

### 3.4 ปฏิบัติตามกิจกรรมที่วางแผนร่วมกัน ได้แก่

3.4.1 การสร้างสื่อที่มีประสิทธิภาพ จัดทำการ์ดเชิญไปตรวจคัดกรอง จำนวน 350 ใบ และทำป้ายรณรงค์โดยใช้ภาษาถิ่น จำนวน 12 ข้อความ

3.4.2 รมรงค์สร้างกระแสการป้องกันและรักษาวัณโรค

วันที่ 23 ม.ค. 2557 จัดงานรณรงค์ “วัณโรคคลัดได้ด้วยตัวเรา ใครเสี่ยงบอกต่อ” มีกลองยาวแห่ มีนักเรียน คณะครู จากโรงเรียนมะพรักดูโพนสิม เข้าร่วมรณรงค์ นอกจากนั้นยังมีผู้นำชุมชน อสม. และกลุ่มไต่ฮักปอด ร่วมเดินรณรงค์ มีการแจกการ์ดให้ไปตรวจหาวัณโรค คนเข้าร่วมเดินรณรงค์ ผ่านเส้นทางทั้ง 4 หมู่บ้าน เป็นระยะทางประมาณ 3 กิโลเมตร คนเข้าร่วมขบวน จำนวน ประมาณ 300 คน

3.4.3 บันทึกความร่วมมือระหว่างกลุ่มไต่ฮักปอดกับผู้นำชุมชน

3.4.4 ให้ความรู้ทางหอกระจายข่าว

3.4.5 ประชุมติดตาม และถอดบทเรียน

3.5 จัดเวทีสรุปและประเมินผลการดำเนินงานวิจัย

3.6 จัดทำรายงานความก้าวหน้า และรายงานฉบับสมบูรณ์

#### 4. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (Descriptive analysis) และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

โครงการแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน บ้านดู่ บ้านมะพริก และบ้านโพนสิม อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร ภายใต้วิถีชุมชน ระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านดู่ บ้านมะพริก และบ้านโพนสิมที่เหมาะสมกับวิถีชุมชน
2. เพื่อสรุปผลการปฏิบัติการ และวิเคราะห์เงื่อนไข ปัจจัยที่ส่งผลต่อการป้องกันและควบคุมโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านดู่ บ้านมะพริก และบ้านโพนสิมที่เหมาะสมกับวิถีชุมชน รายละเอียดแต่ละส่วน มีดังนี้

#### 1. ปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านดู่ บ้านมะพริก และบ้านโพนสิมที่เหมาะสมกับวิถีชุมชน

โครงการนี้มีเป้าหมายในการดำเนินงานเกี่ยวกับการเสริมสร้างสุขภาวะและการควบคุมโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ดำเนินงานในพื้นที่ชุมชนบ้านดู่ หมู่ 6 บ้านมะพริก หมู่ 5,9 และบ้านโพนสิม หมู่ 4 ตำบลทุ่งมน อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร ซึ่งเป็นชุมชนที่มีสถานการณ์ปัญหาการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ชุมชนยังมีโอกาสเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อไวรัสโควิด-19 เนื่องจากยังมีผู้ป่วยตลอด และประชาชนในหมู่บ้านยังไม่ใส่ใจที่จะมาตรวจคัดกรองทำให้เกิดความยากลำบากในการจัดการโดยปัญหาโรคที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ ดังนั้น แนวทางที่จะประสบผลสำเร็จในการแก้ไขปัญหา คือ การขับเคลื่อนภายใต้การบริหารจัดการของชุมชนเองภายใต้วิถีชุมชนอย่างมีส่วนร่วมในการค้นหาแนวทางการป้องกันและควบคุมโรค เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรง โดยได้ดำเนินการศึกษาข้อมูลในการศึกษาระยะที่ 1 มาแล้ว ผลการศึกษาในระยะที่ 1 โดยสรุป เป็นดังนี้

##### บริบทชุมชน วิถีชุมชนต่อการป้องกัน และควบคุมโรค

บ้านดู่มะพริกโพนสิมก่อตั้งเมื่อประมาณกว่า 200 ปีที่ผ่านมาอพยพมาจาก ชุมชนบ้านใหญ่สงเปือย ผู้มีอาชีพจับช้างคล้องช้างป่ามาเลี้ยงเพื่อใช้งาน เป็นพาหนะ ได้นำโคลงช้างมาเลี้ยง บริเวณดงสูง (บ้านโสง) พื้นที่กว้างขวาง ป่าดงไม้หนาทึบ กลางป่า มีหนองน้ำ ลำห้วย ริมป่ามีชายทุ่ง พื้นที่เป็นที่ราบ ที่ลุ่ม ที่ดอนเป็นสันยาวแนวภูดิน น้ำชุม ดินดำ น้ำล้น น้ำจืด (น้ำซับใต้ผิวดิน) ป่าแห่งนี้จึงมีน้ำผิวดินตลอดปีจึงได้มาตั้งถิ่นฐาน มีผู้นำคนแรกที่มาตั้งถิ่นฐานคือ พ่อใหญ่สิงห์ และพ่อใหญ่ครุฑ จนกลายเป็นต้นตระกูลสิงห์ครุฑ

บ้านดู่มะพริกโพนสิมมีจำนวน 489 หลังคาเรือน ประชากร 2,348 คน ผู้นำชุมชนมีบทบาทที่สำคัญในการพัฒนาและอาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งเป็นผู้นำสุขภาพภาคประชาชนมี อสม.ดีเด่นด้านการควบคุมป้องกันโรคระดับภาค และ อสม.ดีเด่นระดับเขตมีความเข้มแข็งในงานสาธารณสุขภาคประชาชน ประชากรประกอบอาชีพเกษตรกรรมทำนาปี หลังเก็บเกี่ยวทำไร่มันสำปะหลัง และทำนาปรัง ยึดถือขนบธรรมเนียมแบบดั้งเดิมอย่างแน่นแฟ้นยังยึดถือสิ่งลี้ลับการบูชาปู่ตาบ้านโพนสิมซึ่งทั้ง 4 หมู่บ้านนับถือร่วมกันโดย “เผ่าจ๊า” (เสมียนผี) ในการประกอบพิธีกรรมเพื่อให้บุคคลในหมู่บ้านมีสุขภาพพลามัยดีไม่

เจ็บไม่ป่วย ซึ่งทุกคนต้องเชื่อถือถ้ามีใครหลบหลุมอื่นเป็นไปนับเป็นจุดแข็งในการดำเนินงานที่ทุกคนต้องปฏิบัติตาม โดยมีการเลี้ยงปูตาปีละ 2 ครั้งในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ (เลี้ยงบ้าน) และเดือนพฤษภาคม (ก่อนลงทำนา) ของทุกปี เมื่อมีการเจ็บป่วยขึ้นจึงนิยมไปรักษา กับหมอธรรม หรือเฒ่าจ้ำในการปิดเป่า ก่อนตามความเชื่อเพื่อความสบายใจ หลังจากนั้นถึงจะไปรักษากับหมอแผนปัจจุบัน และด้วยความเชื่อคนเฒ่าคนแก่ ชุมชนจึงนับถือผู้สูงอายุโดยเรียกว่า “แม่เฒ่า” หรือ “พ่อเฒ่า” ในคนสูงวัย เมื่อเจ็บป่วยจะพากันไปเยี่ยมที่บ้าน

#### สถานการณ์โรคฉี่หนู ความรู้ความเข้าใจโรค

ตั้งแต่ ปี 2549-2555 บ้านดู่ บ้านมะพริก และบ้านโพธิ์สนิม ตำบลทุ่งมน อำเภอดำรงวิทยารัษฎานุบำรุง จังหวัดตรัง พบ ผู้ป่วยโรคฉี่หนูจำนวน 22 ราย ในแต่ละปีมีผู้ป่วย จำนวน 4,3,4,7,1,2,1 ตามลำดับ มีผู้ป่วยเสมอมาเรื่อยๆ (M+) จำนวน 15 ราย (สามารถแพร่และกระจายเชื้อให้ผู้อื่นได้) แยกผู้ป่วยเสมอมาเรื่อยๆ (M+) รายปีจำนวนดังนี้ 3,2,3,4,0,2,1 ตามลำดับ มีผู้ป่วยเสมอมาเรื่อยๆ (M-) จำนวน 7 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 14 คน (ร้อยละ 63.6) และเป็นผู้ป่วยโรคฉี่หนูส่วนใหญ่เป็นสูงอายุ จำนวน 16 ราย (ร้อยละ 72.7) และอายุน้อยที่สุด 19 ปี จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 4.5) ผู้ดูแลกำกับการกินยาส่วนใหญ่ร้อยละ 80 เป็น อสม. รองลงมาเป็นเจ้าของบ้านที่สาธารณสุขร้อยละ 15 มีเพียงร้อยละ 5 เป็นญาติ ระหว่างรักษาผู้ป่วยเสียชีวิต จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.7 จากผู้ป่วยโรคฉี่หนูที่ศึกษาผู้ป่วยโรคฉี่หนูกลับเป็นซ้ำในจำนวน 1 ราย ป่วยเป็นโรค 3 ครั้งภายในเวลา 6 ปี ทุกครั้งรับยาครบทุกครั้ง แต่มีพฤติกรรมดื่มสุราระหว่างกินยา กลุ่มเสี่ยงของผู้ป่วยโรคฉี่หนูในครอบครัวมีจำนวน 65 คน และผู้ป่วย 1 คน ต่อ 3 คน จากประวัติในครอบครัวร้อยละ 45 มีบุคคลมีในบ้านเคยป่วยเป็นโรคมาก่อน เริ่มด้วยอาการ ไอเรื้อรังเกิน 15 วัน มีไข้ร่วมด้วย และเบื่ออาหารและน้ำหนักลด ผู้ป่วย โรคฉี่หนูมีความรู้เรื่องโรคผู้ป่วยจะมีความรู้เข้าใจโรคถูกต้องร้อยละ 63.6 ผู้ป่วยจะไม่ทราบสาเหตุของการติดโรคจากอะไร แม้รักษาหายแล้วยังให้คำตอบว่า “พ่อคิดว่ามันคงติดจากฝุ่นละออง” ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ป่วยเป็นโรคฉี่หนูกลับเป็นซ้ำถึง 2 ครั้ง สถานที่ไปรักษาแรกส่วนใหญ่ที่ คลินิกเอกชน ผลกระทบของผู้ป่วยโรคฉี่หนู ทำให้ไม่สามารถทำงานช่วยครอบครัวได้เต็มที่ และต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่

ครอบครัวผู้ป่วยโรคฉี่หนูส่วนใหญ่มีความรู้และความเข้าใจในจากโรคฉี่หนูในระดับถูกต้อง ร้อยละ 86.4 ด้านผลกระทบต่อครอบครัวพบว่า ทำให้บุคคลในครอบครัวต้องเสียเวลาในการประกอบอาชีพเพราะต้องใช้เวลาคูแ่ผู้ป่วยไม่สามารถไปประกอบอาชีพได้เต็มที่ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคฉี่หนู ถ้ามีครอบครัวในชุมชนป่วยเป็นโรคฉี่หนูกลุ่มวงเสวนาที่เคยมีในบ้านหลังนั้นจะหายไป วงพูดคุยจะเหลือเพียงผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วย

#### บทบาทของการป้องกันและควบคุมโรคของกลุ่มผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และหน่วยงาน

บทบาทการป้องกันและควบคุมโรคของผู้ป่วยทุกรายจะรับประทานยา ตามการรักษาของแพทย์ แต่ในเพศชายจะขาดยา และการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องคือ นิยมดื่มสุราร่วมรับประทานยาโรคฉี่หนูเนื่องจากวิถีชาวบ้านทำงานเกษตรกรรมแล้วต้องดื่มสุราเพื่อคลายกล้ามเนื้อจากการเหน็ดเหนื่อยการทำงาน ญาติมีบทบาทสำคัญต่อการกินยาและผลการรักษาหาย ผู้ป่วยที่สูงวัยเมื่อรับประทานยาและเหนื่อยญาติสงสารก็ไม่ให้ผู้ป่วยกินยาต่อเนื่อง การดำเนินงานส่วนใหญ่ จะอยู่ที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ อสม. องค์การบริหารส่วนตำบลยังไม่มีบทบาทในการ

เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรค ผู้นำชุมชน ยังบทบาทไม่ชัดเจนในการควบคุมป้องกันโรค และไม่ทราบข้อมูลสถานการณ์โรคในชุมชน

#### องค์ความรู้และภูมิปัญญาในการป้องกันและควบคุมโรคของกลุ่มผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน

องค์ความรู้ภูมิปัญญาของชาวบ้านบ้านดู่ บ้านมะพริกบ้านโพนสิม เพื่อสร้างเสริมขวัญกำลังใจให้แก่คนป่วยภายในบ้าน ให้หายเจ็บป่วย ในการป้องกันและควบคุมโรคของผู้ป่วยใช้การรักษาแบบพื้นบ้านก่อนเช่น คนสูงวัยมีอาการไอ ไข้ยาสมุนไพรเปลือกแค เปลือกลิ้นฟ้า (เปลือกเพกา) มาต้มกิน ใช้น้ำมันขาวใส่เกลือกินบรรเทาอาการไอ พร้อมซื้อยาตามร้านค้ามากินแก้ไอ เหนื่อยอ่อนเพลียจะรักษาโดยหมอแผนปัจจุบันร่วมกับหมอธรรมช่วย ขอขมาที่ปล่องเก็น ซึ่งเชื่อในเรื่องผีโรผีนามาทำให้ไม่สบายต้องใช้หมอธรรมรักษา สุดท้ายไปตรวจรักษากับหมอที่โรงพยาบาลจึงได้ทราบว่าป่วยเป็นโรค ไข้หวัดใหญ่พื้นฐานดั้งเดิมคือการ น้บถือคนเฒ่า คนแก่ หรือที่เรียกว่า “พ่อเฒ่า แม่เฒ่า” เมื่อทราบข่าวว่า “พ่อเฒ่า แม่เฒ่า” นั้นป่วย ลูกหลานจะไปเยี่ยมและถามข่าว ที่ชาวบ้านจะเรียกว่า “ไปยามเยือนยามชาน” เวลาคนป่วยกับมาบ้าน และมีการแต่งเสียเคราะห์กัน นับเป็นองค์ความรู้ภูมิปัญญาของชาวบ้านบ้านดู่ บ้านมะพริกบ้านโพนสิม เพื่อสร้างเสริมขวัญกำลังใจให้แก่คนป่วยภายในบ้าน ให้หายเจ็บป่วย สามารถนำไปส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในระยาวได้

โดยสรุป ผลการดำเนินงานของโครงการในระยะที่ 1 คือ ได้ข้อมูลสถานการณ์ พฤติกรรม ความเชื่อ และความรู้ในการดูแลรักษาโรคของชาวบ้าน กล่าวคือ ตัวผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และประชาชนในพื้นที่ยังมีความเข้าใจ และการปฏิบัติตนในเรื่องโรคไม่ถูกต้อง เช่นผู้ป่วยและคนในครอบครัวไม่กล้าบอกคนอื่น และวิถีชาวบ้านในการไปเยี่ยมพูดคุยกันในคุ้มบ้านโดยไม่ทราบว่าผู้ป่วยโรค เป็นต้น ซึ่งทำให้เกิดการแพร่กระจายของโรคในหมู่บ้าน และผู้ป่วยโรคบางรายป่วยเป็นโรคซ้ำอีก ทำให้หมู่บ้านเป้าหมายของโครงการมีผู้ป่วยโรคทุกปี

ทั้งนี้ข้อมูลสถานการณ์และบริบทชุมชน ระบุว่าบ้านดู่มะพริกโพนสิมทั้ง 4 หมู่บ้านเป็นสังคมเกษตรกรรม พื้นฐานทางสังคมยึดถือขนบธรรมเนียมแบบดั้งเดิมอย่างแน่นแฟ้นนับถือสิ่งลี้ลับมีการบูชาปูตาบ้านโพนสิมโดยผ่าน “เฒ่าจ้ำ” (เสมียนผี) มีผู้นำชุมชนที่เข้มแข็งประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน นายก อบต.ทุ่งมน และสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้นำสุขภาพภาคประชาชนเคยได้รับ อสม.ดีเด่นด้านการควบคุมป้องกันโรคระดับภาค และ อสม.ดีเด่นระดับเขต เป็นพื้นที่ที่พบผู้ป่วยโรคมาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี 2549-2555

โครงการในระยะที่ 2 นี้ อยาการศึกษาการปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านดู่ บ้านมะพริก และบ้านโพนสิมที่เหมาะสมกับวิถีชุมชน และผลของปฏิบัติการดังกล่าว รวมทั้งปัจจัย เงื่อนไขแห่งความสำเร็จ

#### ปฏิบัติการที่ทีมวิจัยใช้ในการป้องกันและควบคุมโรคในชุมชน มีดังต่อไปนี้

##### 1.1 เวทีคืนข้อมูลชุมชน

ในการคืนข้อมูลชุมชน ทีมวิจัยให้ผู้ป่วยโรค และญาติ เล่าประสบการณ์การเจ็บป่วยที่ครั้งแรกที่ไม่รู้ว่าเป็นโรค แต่มีอาการเด่นๆคือไอ ไข้ต่ำๆ เบื่ออาหารน้ำหนักลด และเหนื่อย มีการตระเวนรักษาตามคลินิก ดูกุมอ ใช้สมุนไพรโดยมีคนแนะนำ เช่น ให้กินเปลือกต้นลิ้นฟ้า (เพกา) มาบั้งไฟ

แขน้าจับ จะหายไธ เป็นตัน รากตำแยมกนน้ำแกไธ แต่ไม่ได้ผล อาการไธตอนเย็นไม่หายพาลให้หนักไป ว่าอาจมีฝีมาทำให้เป็นไปจึงไปรดน้ำมนต์ เสียเคราะห์ (สะเดาะเคราะห์) เว้าฝีไธผีนา (ทำพิธีขอขมาฝีไธผีนา เจ้าที่เจ้าทางต่างๆ) บางรายไปหาหมอธรรมถึง 4 คน ก็มี โดยส่วนใหญ่ใช้เวลาในการตระเวนรักษา อยู่เป็นเดือน หรือ 2 เดือน จนร่างกายทุตรม ไธเป็นเลือด เมื่อหมดทางรักษาเยียวยาตนเอง จึงเข้าไป รับการรักษาที่โรงพยาบาล

ปรากฏการณ์ดังกล่าวสะท้อนว่าชาวบ้านยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการรักษา วัณโรคอยู่มาก ทำให้ได้เรียนรู้ร่วมกันในเวทีแรกว่าอาการไธ มีไธต่างๆตอนเย็น เบื่ออาหาร น้ำหนักลด และเหนื่อย เป็นอาการที่ควรได้รับการตรวจหาวัณโรคอย่างรวดเร็ว เพื่อจะได้รักษาอย่าง ถูกต้องและทันท่วงที เพราะในระหว่างที่ตระเวนไปรักษาอยู่นั้น ในช่วง 1-2 เดือน เป็นระยะที่สามารถ แพร่เชื้อได้โดยขาดการป้องกันที่ถูกต้อง เพราะโดยบริบทของคนในชุมชนนี้มีการกินข้าวร่วมกันในละแวก บ้านคุ่มเดียวกัน เพราะกินข้าวเป็นหมู่คณะจะทำให้กินไธร่อยขึ้น เป็นการดูแลกันในยามเบื่ออาหาร

การที่มีผู้ป่วยและญาติร่วมให้ข้อมูล เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงในชุมชน ทำให้เป็นที่สนใจของ ชาวบ้าน ภาษาไธเป็นภาษาเดียวกันเข้าใจง่าย กล้าซักถาม บรรยายภาคเป็นกันเอง ทำให้ชาวบ้านซึ่งส่วน ใหญ่ไม่เคยรับรู้เกี่ยวกับวัณโรคไธรู้เรื่องและตระหนักว่าที่ผ่านมามีตัวเองก็เป็นกลุ่มเสี่ยงเช่นกัน สืบเนื่อง จากวิถีวัฒนธรรมชุมชนที่มักกินข้าวร่วมกัน คลุกคลีกันเป็นปกติ หากมีผู้ที่ป่วยเป็นวัณโรคไธทำให้ติดต่อสู่ ผู้อื่นได้ก็ง่ายต่อการแพร่เชื้อเป็นอย่างยิ่ง

เวทีคินข้อมูลในครั้งแรกนี้ จึงนับเป็นก้าวแรกของการสร้างความเข้าใจและตระหนักต่อ ความรุนแรง และความเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรคของคนในชุมชนแห่งนี้

## 1.2 ตั้ง “กลุ่มไธฮักปอด” เป็นทีมหลักในการรณรงค์ในชุมชน

เป็นครั้งแรกของชุมชนที่มีกลุ่มคนซึ่งเป็นชาวบ้าน มาทำหน้าที่ให้ความรู้ บอกกล่าวถึง ความสำคัญของการตรวจหาวัณโรค ป้องกันและรักษาวัณโรคอย่างเป็นรูปธรรม กลุ่มนี้เป็นทีมงานวิจัย ซึ่งได้ทำการศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาวัณโรคของชุมชนตนเอง จนเกิดความรู้และเข้าใจว่าวัณ โรคหากไม่รู้ ไม่ป้องกัน โรคก็แพร่กระจายได้ ดังเช่นที่ทีมวิจัยตระหนักว่า ชุมชนแห่งนี้มีผู้ป่วยจำนวน มากกว่าชุมชนอื่นๆ ทั้งที่เป็นโรคที่ป้องกันได้ จึงได้มีความคิดที่จะตั้งกลุ่มขึ้น โดยชื่อ “ไธ” แปลว่าเป็น พรรคเป็นพวกเดียวกัน ไธสูงกว่าคำว่า “กลุ่ม” ใครจะเข้ามาไธได้ ถือว่าเป็นพวกเดียวกัน เมื่อเป็นพวก เดียวกันแล้วก็จะให้ความร่วมมือกัน ทำอะไรก็สำเร็จ

ไธฮักปอด จึงเป็นเสมือนกลไกของชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค วัณ โรค เป็นรูปธรรมของการมีส่วนร่วมของชุมชนที่เริ่มตั้งแต่ร่วมศึกษาวิเคราะห์ปัญหา ร่วมวางแผน ร่วม ปฏิบัติการ และร่วมประเมินผล

## 1.3 ออกแบบ การ์ดเชิญชวนให้คนไปตรวจหาวัณโรค

ออกแบบ การ์ดเชิญ โดยใช้ภูมิความรู้ที่เป็นสากล ใช้ภาษาสื่อสารท้องถิ่น “กลุ่มไธฮัก ปอด บ้านมะพริก ตู โพนสิม มีความยินดีขอเรียนเชิญท่าน หากมีอาการ ไธเกิน 14 มื้อ ชักเยอบน เลือด เจ็บอก เบื่ออาหาร เหนื่อยง่าย จ้อยผอมลง ยามแล้งไธต่างๆ หายใจลำบาก ไปตรวจหาเชื้อวัณโรค

ปอด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสิม หรือ โรงพยาบาลทุกแห่ง ด้วยความปรารถนาดีจาก “กลุ่มไธยกปอด” สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)”



ออกแบบ บัตรเชิญ ให้เป็นภาษาถิ่น สื่อสารเข้าใจง่าย เป็นหัวใจในการรณรงค์ เพราะเชื่อว่า หากได้รับเชิญ เสมือนว่าได้รับความเอาใจใส่ ได้รับความสำคัญ

#### 1.4 ออกแบบป้ายรณรงค์

ออกแบบป้ายรณรงค์ที่ใช้สื่อสารในการรณรงค์ให้ใช้ภาษาถิ่น เข้าใจง่าย สีสันน่าสนใจ มี 6 ข้อความ ดังนี้

“ผู้ทันวัณโรค พ่อก่อนรักษาหาย บแพร่กระจายให้ผู้อื่น”

“ไอเกิน 14 มีด้าม ชีกระเทอบนเลือด เจ็บอก เบื่ออาหาร เหนื่อยง่าย ฟาวไปตรวจหาเชื้อวัณโรคปอดเด้อ”

“จ่อยผอมลง ยามแฉ่งไข้ต่ำๆ หายใจลำบาก ฟาวไปตรวจหาเชื้อวัณโรคปอดเด้อ”

“วัณโรคคันให้พบ จบด้วยหาย”

“เริ่มที่ตัวเรา.....เราปลอดวัณโรค ชุมชนปลอดวัณโรค”

“ให้วัณโรคหมด ในยุคเฮา สมัยเฮา”



กลุ่ม “ไทฮักปอด” จัดทำป้ายรณรงค์หลากหลาย สีสดใส สวยงาม ชวนให้น่าสนใจ

### 1.5 ออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชน

#### (1) บอกข้อมูลผ่านเฒ่าจ้ำ

บอกกล่าวให้ปู่ตาช่วยปกป้องรักษา ในชุมชนมะพริก ตู โพนสิม มีความเคารพ และให้ความสำคัญกับผีปู่ตา ซึ่งดอนปู่ตาจะอยู่ทางเข้าชุมชน การติดต่อสักการะผ่านบุคคลที่ชาวชุมชนเรียกว่า “พ่อจ้ำ” ที่ผ่านการสืบทอดกันมา รุ่นต่อรุ่น บอกกล่าวเป็นสองกรณีคือ กรณีแรกที่ไม่มีผู้ป่วย บอกผ่านให้ปู่ตาช่วยปกป้องรักษาให้ชุมชนปลอดภัย กรณีที่มีผู้ป่วย ขอความร่วมมือให้ผู้ป่วยและญาติร่วมในกิจกรรมเลี้ยงปู่ตา ขอคำสัญญาให้ปฏิบัติตัวควบคุมป้องกันการระบาด เช่น สัญญาการกินยาให้ครบตามแผนการรักษา บ้วนปากกลั้วน้ำลายในภาชนะกำจัดขยะด้วยการเผาไฟ ใช้ผ้าปิดหน้า ตรวจสอบหะตามนัด เป็นต้น



นำโครงการรณรงค์ฯ วัคซีนไปพร้อมกับประเพณีการเลี้ยงปูตา ที่ทุกคนให้ความสำคัญ

## (2) ชาวบ้านเป็นเจ้าของงาน

ทำบันทึกความร่วมมือ ระหว่าง “ไทฮักปอด” กับ ผู้นำชุมชน ในการรณรงค์ในชุมชนอย่างต่อเนื่องโดยการให้ผู้นำชุมชนรณรงค์ให้ความรู้วัคซีนโรค ผ่านทางหอกระจายข่าวสัปดาห์ละครั้งเป็นอย่างน้อย



ทำบันทึกความร่วมมือ ระหว่าง ไทฮักปอด กับ ผู้นำชุมชน ในการร่วมกันทำงานวัคซีนโรค



ทำบันทึกความร่วมมือ ระหว่าง ไทฮักปอด กับ ผู้นำชุมชน ในการร่วมกันทำงานวันโรคในชุมชน  
ต่อเนื่อง

### (3) เอาบุญลดวันโรค

เสียงกลองยาวอันเร้าใจที่ชาวบ้านชื่นชอบ ช่วยเรียกความสนใจในงานรณรงค์ “วันโรคลดได้ด้วยตัวเรา ใครเสี่ยงบอกต่อ” มีลูกๆนักเรียน คณะครู จากโรงเรียนมะพร้าดโพธิ์สนิม เข้าร่วมเดินรณรงค์ นอกจากนั้นยังมีผู้นำชุมชน อสม. และกลุ่มไทฮักปอด ร่วมเดินรณรงค์ มีการแจกการ์ดให้ไปตรวจหาวันโรค คนเข้าร่วมเดินรณรงค์ ผ่านเส้นทางทั้ง 4 หมู่บ้าน เป็นระยะทางประมาณ 3 กิโลเมตร คนเข้าร่วมขบวน จำนวนประมาณ 300 คน

ในงานนอกจากมีการถือป้ายรณรงค์ให้ไปตรวจหาวันโรค การป้องกันตนเองจากวันโรค การร่วมมือกันกวาดล้างวันโรคให้หมดไปจากชุมชนแล้ว ยังมีการกระจายเสียงให้ความรู้ และยิ่งกว่านั้น การ์ดเชิญได้ถูกส่งต่อให้ชาวบ้าน ซึ่งสร้างความสนใจและตื่นตัวกับงานครั้งนี้เป็นอย่างมาก บางคนนึกว่าการ์ดเชิญทำบุญ ถึงกับออกปากว่าจะให้เงินมาร่วมทำบุญก็มี

งานบุญวันนี้จึงเป็นที่กล่าวขานและจดจำทั้งในทีมวิจัย และชาวบ้านไปอีกนาน



เดินรณรงค์ นำบัตรเชิญที่ออกแบบ ไปเชิญ ไปเชิญ ประชาชน สร้างกระแสการมีส่วนร่วมในชุมชน



ในระหว่างการเดินรณรงค์ นำบัตรเชิญที่ออกแบบ ไปเชิญ ไปเชิญ ประชาชนที่มีอาการเสี่ยงได้รับ การตรวจรักษาวัณโรค



เดินรณรงค์ นำบัตรเชิญ ไปเชิญ ไปเชิญ ทุกตรอก ซอก ซอย



เดินรณรงค์ นำบัตรเชิญ ไปเชิญ ไปเชิญ ทุกตรอก ซอก ซอย

## 2. สรุปผลการปฏิบัติการ และวิเคราะห์เงื่อนไข ปัจจัยที่ส่งผลต่อการป้องกันและควบคุมวัณโรคโดย การมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านดู่ บ้านมะพริก และบ้านโพนสิมที่เหมาะสมกับวิถีชุมชน

### 2.1 สรุปผลการปฏิบัติการ

ทีมวิจัยได้รณรงค์ป้องกันและรักษาโรควัณโรค มีการทำการรณรงค์เชิญไปยังชาวบ้าน โดยใช้ชื่อ กลุ่มในการรณรงค์ว่า “ไทฮักปอด” แปลว่า ชาวบ้านที่รักสุขภาพออกมาดูแลรักษาปอดของตนเอง จาก กลุ่ม“ไทฮักปอด” ใครเสี่ยงบอกต่อ ซึ่งได้แนะนำวิธีการป้องกันโรค เช่น วิธีการป้องกันโรคโดยใช้ผ้า ปิดปากปิดจมูก แนะนำว่าควรใช้ทั้งผู้ป่วยและผู้ไม่ป่วย สร้างความเข้าใจว่าวัณโรคไม่ใช่สิ่งน่ากลัวหาก รู้จักวิธีการป้องกันให้ถูกต้อง และสามารถรักษาหายได้ ถ้าหมั่นดูแลสุขภาพ กินยาตามที่หมอสั่ง ผู้ที่เป็น ญาติ หรือผู้อยู่บริเวณใกล้เคียง สามารถเข้าไปเยี่ยมยามให้กำลังใจได้ แครู้จักป้องกันตนเอง จาก กิจกรรมนี้นำไปสู่การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่จะปลอดภัย บางครอบครัวปรับปรุงภูมิทัศน์รอบๆบ้านให้มี ความปลอดภัย เน้นความสะอาดมากขึ้น มีการใช้ผ้าปิดปากปิดจมูกมากขึ้น มีความเข้าใจเกี่ยวกับวัณ โรคมากขึ้น กล้าที่จะเข้ามารักษา และมีการไปเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อสร้างกำลังใจมากขึ้น

นอกจากนี้ทีมวิจัยยังพัฒนานวัตกรรมการพูด คือการรณรงค์โดยใช้ภาษาพื้นบ้าน เช่น

“จั่งมาเล่า ให้เจ้าไปตรวจซี่กระเทอ คั้นเจ้ามีอาการไอ ไข้ตอนแลง แฉ้งแล้วน้ำหนักลด ไป ตรวจหาเชื้อวัณโรค อย่าได้นิ่งนอนใจ ฟ่าวไปตรวจไวๆ”

“จักมาเล่าให้เจ้าไปตรวจซี่กระเทอ คั้นเจ้ามีอาการไอ ไข้ตอนแลง เบ็งแฉ้งไปแล้วน้ำหนัก ลด อย่าสือดให้ฟ่าวพากันไปตรวจหาเชื้อปอด ให้เจ้ารอดปลอดภัย กะยังดี เต๋อพี่น้องเอ๋ย”

“คั้นเจ้าดูแลผู้เป็นโรควัณโรคนั้น อย่าได้พึ่งนิ่งนอนใจ ให้ฟ่าวไปไวๆ กลุ่มไทฮักปอด เฮา รอยุ เต๋อพี่น้องเอ๋ย”

เมื่อใช้ภาษาพื้นบ้าน ทำให้ชาวบ้านในพื้นที่เข้าใจมากขึ้น เมื่อมีอาการที่กล่าวมานั้นจะมา ตรวจโดยทันทีจะไม่ปล่อยให้ตนเองป่วยแล้วค่อยมา ทำให้อุปสรรคการสื่อสารการป้องกันวัณโรคลด ช่องว่างได้มากกว่าเดิม

นอกจากนี้ยังมีการขยายผลการดำเนินงาน การเผยแพร่ข้อมูลการรณรงค์การดูแล รักษา ป้องกันโรค ต่อยัง 3 ตำบล ได้แก่ หุ่นมน โพนสิม ย่อ ดงเจริญ

ผลจากการวิจัย ทำให้เกิดทีมงานที่ถือเป็นกำลังสำคัญในการดำเนินงานเรื่องอื่นๆ และทีม วิจัยกลายเป็นแรงหนุนเสริมการป้องกัน และการสร้างความเข้าใจต่อโรควัณโรคมากขึ้น ชาวบ้านมี ทศนคติที่ดีต่อการตรวจหาวัณโรค รวมทั้งทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยวัณโรคด้วย ดังเช่น

คุณทิมา บอกว่า “ภูมิใจที่เป็นผู้ให้ความรู้แก่ชาวบ้าน และทำให้เขาสามารถปรับเปลี่ยน แนวคิดเดิมได้ นอกจากนี้ตนเองยังมีความรู้ที่จะบอกต่อ ถึงการป้องกัน ที่ถูกต้องได้”

ผู้ใหญ่บ้าน บอกว่า “ชาวบ้านในพื้นที่มีความกล้าที่จะพูดคุยเรื่องอาการป่วยของวัณโรค จนทำให้เข้ารับการรักษาได้ทันทีและไม่เกิดการแพร่กระจายของเชื้อ ผู้ป่วยมีแนวคิดใหม่ คือหา ทางแก้ไข มากกว่าวิงหนปัญหาเหมือนเช่นเคย”

คุณงามใจ เสียใจ เล่าว่า “แต่เดิมชาวบ้านยังไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวัณโรค เมื่อมี อาการป่วยและรักษาไม่หายจะหันหน้าไปพึ่งไสยศาสตร์ ทำให้อาการป่วยมีความรุนแรงมากขึ้น แต่ หลังจากมีโครงการนี้เข้ามา เริ่มดำเนินการตามที่วางแผนไว้ ชาวบ้านรับรู้ และเข้าใจ จึงหาทางรักษาได้ ถูกต้องและหายป่วยในที่สุด”

ทีมวิจัยยังเล่าว่าเมื่อการดำเนินงานไปแล้วในระยะหนึ่ง ความกังวลของทีมวิจัยก็ลดลง เพราะเมื่อก่อนกลัวว่าชาวบ้านจะปิดบังข้อเท็จจริงในเรื่องอาการป่วย แต่กระบวนการสร้างความเข้าใจที่โครงการจัดก็ได้รับผลตอบแทนอย่างดี ชาวบ้านยอมรับได้ ผลดีอีกอย่างก็คือชาวบ้านเรียนรู้ที่จะป้องกันการเกิดโรค และกล้าที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วยมากขึ้น เนื่องจากโรคแต่เดิมเป็นโรคที่น่ารังเกียจ ต่อคนในชุมชนทำให้ผู้ที่ป่วยไม่กล้าบอก เล่า ถึงอาการป่วยและไม่เข้ามารักษาในสถานพยาบาล เมื่อมีอาการจะเก็บตัวอยู่บ้าน ทำให้กำลังใจถดถอย สภาพจิตใจแย่ อาการป่วยยิ่งกำเริบจนทำให้เสียชีวิตในที่สุด ผู้ป่วยบางคนไม่ยอมกินยาเพราะยารักษามีผลข้างเคียงที่อาจจะทำให้เหนียว ปวดเมื่อยบาง เพราะความไม่เข้าใจจึงหยุดยาเองและทำให้โรคมีอาการรุนแรง เมื่อรู้ว่าใครที่เป็นผู้ป่วยและมีพฤติกรรมดังกล่าว จะต้องนั่งเฝ้า เพื่อให้รู้แน่ชัดว่ากินยาแล้ว จากที่พบเจอปัญหาดังกล่าวทำให้ได้นำเอา ความเชื่อในการนับถือปู่ตาเข้ามาช่วยในการกินยา เพราะถ้าได้ให้คำมั่นต่อปู่ตาแล้วจะทำให้ผู้ป่วยมีความเกรง กลัวที่จะกินยามากขึ้น ที่สำคัญชาวบ้านมีความตื่นตัว ปรับปรุงบ้านเรือนให้สะอาด รู้จักอาการ และดูแลรักษาตนเองก่อนเกิดโรค

## 2.2 วิเคราะห์เงื่อนไข ปัจจัยที่ส่งผลต่อการป้องกันและควบคุมโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านดู่ บ้านมะพริก และบ้านโพนสิมที่เหมาะสมกับวิถีชุมชน

### 1) ความสำเร็จของโครงการ

ทีมวิจัยเล่าว่าการดำเนินงานมีผลสำเร็จที่น่าพอใจพอสมควร ความสำเร็จที่ทีมวิจัยมองเห็นร่วมกัน มีอย่างน้อย 7 ประการ ได้แก่

- (1) โรคลดลง ไม่มีรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์ใหม่ ในปี 2556-2557 ปี 2558 มี 1 ราย
- (2) สภาพแวดล้อมของชุมชนสะอาดขึ้น มีการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในครัวเรือน โดยการจัดบ้านเรือนให้เป็นระเบียบ มีความสะอาด มีการคัดแยกขยะในครัวเรือน การกำจัดขยะก่อนการปล่อยน้ำทิ้งจากครัวเรือน ทำให้ชุมชนโดยรวมมีสะอาดขึ้นมากกว่าก่อนดำเนินโครงการอย่างเห็นได้ชัด
- (3) ชาวบ้านมีความตระหนักต่อการตรวจหาโรคมากกว่าก่อนการดำเนินโครงการ จะเห็นได้จากยอดการมาคัดกรองโรคเพิ่มขึ้น เมื่อก่อนไม่ค่อยมีใครมาตรวจคัดก่อน
- (4) ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับโรคมากขึ้น
- (5) ประชาชนยอมรับและไม่รังเกียจผู้ป่วยโรคเหมือนเมื่อก่อน อีกทั้งมีความเข้าใจและป้องกันการติดต่อจากโรคมากขึ้น สืบเนื่องจากการไปเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อให้กำลังใจกัน และใส่หน้ากากอนามัยเพื่อป้องกันตัวเองได้อย่างถูกต้อง
- (6) กลุ่มไต้ฮักปอด ถือเป็นความสำเร็จอีกประการหนึ่งเพราะเป็นชาวบ้านที่รวมกลุ่มกันทำงานป้องกันควบคุมโรคโดยไม่มีค่าตอบแทน เป็นแกนนำในการรณรงค์ป้องกันโรค นอกจากนั้นกลุ่มนี้ก็ยังทำงานสาธารณะเรื่องอื่นๆอีก

(7) การต่อยอดไปสู่การดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านในประเด็นอื่นๆ โดยมีการต่อยอดพัฒนาคน และการกำจัดขยะในชุมชน โดยการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) ถึง 2 ปี คือ ปี 2557-2558 และมีแนวโน้มที่จะได้รับทุนต่อเนื่องในปี 2559

### 2) ปัจจัยแห่งความสำเร็จของโครงการ

จากการวิเคราะห์ถึงเงื่อนไขปัจจัยของความสำเร็จดังกล่าวข้างต้น ทีมวิจัยมองว่ามีหลายปัจจัย ได้แก่

(1) เกิดจากการดำเนินงานภายใต้บริบทชุมชน กล่าวคือชุมชนนี้นับถือพ่อบุ จึงมีการใช้ความเชื่อนั้นมาเป็นการทำสัญญาใจกับปู่ตาให้คนป่วยกินยาครบ 6 เดือน

(2) การจัดเวทีคืนข้อมูลชุมชน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ถือเป็นจุดสำคัญอีกประการหนึ่งที่ทำให้ชาวบ้านเริ่มให้ความสนใจและให้ความร่วมมือในการดำเนินดังกล่าวอย่างจริงจัง

(3) การจัดกิจกรรมรณรงค์ป้องกันและรักษาวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนทำให้คนในชุมชนมีความรู้ความเข้าใจในการป้องกันและรักษาโรควัณโรคอย่างถูกต้อง

(4) การออกแบบการรณรงค์เชิญประชาชนเข้าร่วมงาน สร้างความสนใจ และความร่วมมือจากประชาชนได้มากเนื่องจากการได้รับการรณรงค์ทำให้ชาวบ้านรู้สึกว่าได้รับผิดชอบและเป็นส่วนหนึ่งของงาน

(5) การมีส่วนร่วมของทีมวิจัยและชาวบ้านถือเป็นหัวใจสำคัญของปัจจัยแห่งความสำเร็จทำให้เกิดทีมไต่ห้อยกอดซึ่งถือว่าตัวเองเป็นเจ้าของเรื่องวัณโรค ไม่ใช่เป็นเรื่องของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแต่เพียงฝ่ายเดียวอีกต่อไป

(6) ทีมทีมวิจัยมีความเข้มแข็ง ทำงานอย่างต่อเนื่อง

(7) ทีมวิจัยวัณโรคและชุมชนมีจุดมุ่งหมายเดียวกัน คือทำให้วัณโรคหมดไปจากชุมชน

(8) ชุมชนมีความเข้าใจในความรุนแรงของโรควัณโรค ทำให้ชุมชนมีการตื่นตัวในการป้องกันและรักษาวัณโรค

### การขยายผลการดำเนินงาน

กิจกรรมต่อยอดการดำเนินงานโครงการโครงการแนวทางการป้องกันและควบคุมวัณโรค ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน บ้านดู่ บ้านมะพริก และบ้านโพนสิม อำเภอคำชะอี จังหวัดยโสธร ภายใต้วิถีชุมชน ระยะที่ 2 นี้ มีหลักๆ 2 ประการ ได้แก่ ขยายผลไปดำเนินงานในพื้นที่อื่นอีก 3 ตำบล และการทำโครงการร่วมสร้างชุมชนน่าอยู่ โดยการสนับสนุนงบประมาณจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) รายละเอียดแต่ละกิจกรรม เป็นดังนี้

### การเผยแพร่ข้อมูลการรณรงค์การดูแล รักษา ป้องกันโรค ต่อยัง 3 ตำบล

ในวันจัดมหกรรมวัณโรคตลอดด้วยตัวเรา ใครเสี่ยงบอกต่อ ของไต่ห้อยกอด ได้มีการเผยแพร่การดำเนินงาน และเชิญภาคีเครือข่ายมาร่วม ได้แก่ ครู อบต. สาธารณสุข ท้องถิ่น ท้องที่ ทั้งในตำบลเอง รวมทั้งตำบลใกล้เคียง ได้แก่ ตำบลย้อย ดงเจริญ และเหล่าไฮ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอำเภอคำชะอีได้รับทราบข้อมูลจาก line กลุ่มสาธารณสุขอำเภอคำชะอี กลุ่มเป้าหมายที่มาร่วมงานมี 2 ลักษณะ คือ กลุ่มเป้าหมายที่ต้องการให้มาร่วมงานชัดเจน เช่น กลุ่มผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่วนกลุ่มเป้าหมายทั่วไป ได้แก่ประชาชนต่างๆทั้งในและนอกตำบล ได้มีการบอกกล่าวเชิญชวนให้มาร่วมงานตามความสมัครใจ

เมื่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้ามาร่วมงานงาน ทำให้เกิดความสนใจ จึงได้เชิญว่าที่ ร.ต.ทวีชัย คำชาย 1 ในทีมวิจัยที่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไปเป็นวิทยากรอบรมให้ความรู้อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) ใน 3 ตำบล ได้แก่ ตำบลย้อย ดงเจริญ และเหล่าไฮ รวมทั้งสิ้น 252

คน โดยได้นำเรื่องราวการดำเนินงานของโพนสิม ไปร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อให้ทั้ง 3 ตำบล ได้นำไป ประยุกต์ใช้ในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด ต่อไป

#### การต่อยอดโครงการขอสันับสนุนงบประมาณจาก สสส.

1 ใน ปฏิบัติการเพื่อกำจัดเชื้อวัณโรคในชุมชน คือการจัดการสิ่งแวดล้อมในระดับครัวเรือน เป็นการปรับเปลี่ยนทิศทางลมและแสง เพื่อให้มีการถ่ายเทอากาศและมีแสงเข้าไปในบ้าน เพื่อฆ่าเชื้อโรค ไม่ให้เชื้อวัณโรคอยู่ในบ้านเรือน ในการปฏิบัติภารกิจดังกล่าวมีการกำจัดขยะในครัวเรือนไปด้วย ทำให้ ทีมวิจัยพบว่า มีขยะบางประเภทที่สามารถนำมาขายได้ปะปนอยู่ในกองขยะ ทีมวิจัยจึงเกิดแรงบันดาลใจที่จะจัดการสิ่งแวดล้อมให้ถูกสุขลักษณะและสามารถสร้างรายได้ไปในคราวเดียวกัน จากการทำวิจัยเรื่องนี้ทำให้ทีมวิจัยเห็นว่าการจัดการสิ่งแวดล้อมในครัวเรือนสามารถทำได้เลยและเห็นผลทันที โดยใช้รายได้จากการจัดการขยะมาเป็นแรงจูงใจ อย่างไรก็ตามการจัดการขยะเป็นเพียงกิจกรรมเล็กๆที่ทีมวิจัยและชาวบ้านเห็นพ้องต้องกันว่าสามารถทำได้ไม่ยากเนื่องจากการเรียนรู้จากงานวิจัยเพื่อท้องถิ่น นอกจากนั้นงานวิจัยยังให้บทเรียนเรื่องผู้นำ ซึ่งเป็นการพัฒนาคน จึงเห็นช่องทางต่อยอดการพัฒนาคน เพื่อนำไปสู่การพัฒนาในด้านอื่นๆของหมู่บ้านต่อไป ซึ่งหลักการดังกล่าวนำไปสู่การจัดทำโครงการเพื่อขอสันับสนุนงบประมาณจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ หรือ สสส. เป็นจำนวน 4 โครงการ ดังนี้

ปี 2557 จำนวน 2 โครงการ ได้แก่

1. โครงการร่วมสร้างชุมชนและท้องถิ่นให้น่าอยู่ “โพนสิมหมู่บ้านสะอาด ประชาราษฎร์ร่วมใจพัฒนา” อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร

ได้รับงบประมาณจาก สสส. จำนวน 197,430 บาท

ทั้งนี้โครงการดังกล่าวมีหลักการ แนวคิดชุมชนน่าอยู่เป็นแนวทางที่จะมีการบริหารจัดการ โดยชุมชน เพื่อชุมชน ที่ส่งผลให้เกิดการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนอย่างแท้จริงในการจัดการปัญหาด้วยชุมชนและเพื่อชุมชนได้อย่างต่อเนื่องจนส่งผลให้การบริหารจัดการโครงการมีระบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน การพัฒนาคนไปสู่การเป็นผู้นำที่มีคุณภาพและเป็นการส่งเสริมการรวมกลุ่มของชุมชน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนให้น่าอยู่อย่างพอเพียง เพิ่มรายได้ ลดรายจ่ายที่ไม่จำเป็น ตลอดจนการส่งเสริมและปรับใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เหมาะสม เพื่อนำมาปรับใช้กับวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยมุ่งปรับทัศนคติและเสริมสร้างพลังความสามัคคี ลดความขัดแย้งในชุมชน ตลอดจนชุมชนมองเห็นโอกาสและอุปสรรคต่อการพัฒนา เพื่อเป็นโอกาสในการเรียนรู้และการเข้าถึงองค์ความรู้ของชุมชนโดยชุมชนเพื่อชุมชนที่น่าอยู่น่าอาศัย เกิดความภาคภูมิใจในชุมชนตัวเอง

2. โครงการร่วมสร้างชุมชนและท้องถิ่นให้น่าอยู่ “บ้านมะพริก ตำบลทุ่งมน ชุมชนเข้มแข็ง” อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร

ได้รับงบประมาณจาก สสส. จำนวน 158,070 บาท

ทั้ง 2 โครงการนี้ใช้หลักการเดียวกัน และสามารถนำแนวคิดการวิจัยเพื่อท้องถิ่นไป ประยุกต์ใช้ได้ทั้ง 2 โครงการ และมีแนวโน้มว่าจะได้รับทุนต่อเนื่องในปี 2559 ด้วย

ปี 2558 จำนวน 2 โครงการ เป็นประเด็นการจัดการขยะได้แก่

1. โครงการจัดการขยะในชุมชนบ้านมะพริก หมู่ 5 ตำบลทุ่งมน อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร

ได้รับงบประมาณจาก สสส. จำนวน 63,000 บาท

2. โครงการจัดการขยะในชุมชนบ้านคูตำบลทุ่งมน อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร

ได้รับงบประมาณจาก สสส. จำนวน 63,000 บาท

#### ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากทีมวิจัย

1. การนำวิจัยไปประยุกต์ใช้ต้องคำนึงถึงบริบทของชุมชน
2. ให้ความสำคัญต่อการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด คือภาคีเครือข่ายต่างๆ ได้แก่
3. ให้ความสำคัญต่อการรักษาความลับของผู้ป่วย การนำข้อมูลมาเปิดเผยสู่สาธารณะต้องได้รับการอนุญาตจากผู้ป่วยก่อน เป็นการรักษาสีทธิของผู้ป่วย

## บทที่ 5

### สรุปผลการดำเนินงาน

การวิจัย เรื่อง แนวทางการป้องกันและควบคุมโรคด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน บ้านดู่ บ้านมะพริก และบ้านโพนสิม ตำบลทุ่งมน อำเภอคำชะอี จังหวัดยโสธร ระยะที่ 2 ซึ่งได้มีการดำเนินงานมาตามขั้นตอน ได้แก่ การประชุมทีมวิจัย การประชุมชี้แจงโครงการต่อชุมชน การสร้างหลักสูตรเนื้อหาเพื่อการสื่อสารโรค ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วย นำเสนอผลการศึกษาต่อชุมชน สรุปและถอดบทเรียนการดำเนินงาน สรุปผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

#### 1. ปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านดู่ บ้านมะพริก และบ้านโพนสิมที่เหมาะสมกับวิถีชุมชน

ปฏิบัติการที่ทีมวิจัยใช้ในการป้องกันและควบคุมโรคในชุมชน มี 5 ปฏิบัติการหลักๆ ดังนี้ คือ 1) เวทีคืนข้อมูลชุมชน 2) ตั้งกลุ่ม “ไทฮักปอด” 3) ออกแบบการ์ดเชิญชวนให้คนไปตรวจหาโรค 4) ออกแบบป้ายรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคโควิด 5) ออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับบริบทชุมชน

#### 2. สรุปผลการปฏิบัติการ และวิเคราะห์เงื่อนไข ปัจจัยที่ส่งผลต่อการป้องกันและควบคุมโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านดู่ บ้านมะพริก และบ้านโพนสิมที่เหมาะสมกับวิถีชุมชน

##### 2.1 สรุปผลการปฏิบัติการ

ทีมวิจัยได้รณรงค์ป้องกันและรักษาโรคโควิด มีการทำการ์ดเชิญไปยังชาวบ้าน โดยใช้ชื่อกลุ่มในการรณรงค์ว่า “ไทฮักปอด” แปลว่า ชาวบ้านที่รักสุขภาพออกมาดูแลรักษาปอดของตัวเอง ซึ่งทีมวิจัยยังพัฒนานวัตกรรมการพูด คือการรณรงค์โดยใช้ภาษาพื้นบ้าน ทำให้อุปสรรคการสื่อสารการป้องกันโรคลดลงช่องว่างได้มากกว่าเดิม

นอกจากนี้ยังมีการขยายผลการดำเนินงาน การเผยแพร่ข้อมูลการรณรงค์การดูแล รักษา ป้องกันโรค ต่อยัง 3 ตำบล ได้แก่ ทุ่งมน โพนสิม ย่อ ดงเจริญ

ผลจากการวิจัย ทำให้เกิดทีมงานที่ถือเป็นกำลังสำคัญในการดำเนินงานเรื่องอื่นๆ และทีมวิจัยกลายเป็นแรงหนุนเสริมการป้องกัน และการสร้างความเข้าใจต่อโรคโควิดมากขึ้น ชาวบ้านมีทัศนคติที่ดีต่อการตรวจหาโรค รวมทั้งทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยโรคด้วย

##### 2.2 วิเคราะห์เงื่อนไข ปัจจัยที่ส่งผลต่อการป้องกันและควบคุมโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านดู่ บ้านมะพริก และบ้านโพนสิมที่เหมาะสมกับวิถีชุมชน

จากการวิเคราะห์ถึงเงื่อนไขปัจจัยของความสำเร็จดังกล่าวข้างต้น ทีมวิจัยมองว่ามีหลายปัจจัย ได้แก่

(1) เกิดจากการดำเนินงานภายใต้บริบทชุมชน กล่าวคือชุมชนนี้นับถือพ่อบุญ จึงมีการใช้ความเชื่ออันมาเป็นการทำสัญญาใจกับปู่ตาให้คนป่วยกินยาครบ 6 เดือน

(2) การจัดเวทีคืนข้อมูลชุมชน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ถือเป็นจุดสำคัญอีกประการหนึ่งที่ทำให้ชาวบ้านเริ่มให้ความสนใจและให้ความร่วมมือในการดำเนินดังกล่าวอย่างจริงจัง

(3) การจัดกิจกรรมรณรงค์ป้องกันและรักษาวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนทำให้คนในชุมชนมีความรู้ความเข้าใจในการป้องกันและรักษาโรควัณโรคอย่างถูกต้อง

(4) การออกแบบการ์ดเชิญประชาชนเข้าร่วมงาน สร้างความสนใจ และความร่วมมือจากประชาชนได้มากเนื่องจากการได้รับการเชิญทำให้ชาวบ้านรู้สึกว่าได้รับเกียรติและเป็นส่วนหนึ่งของงาน

(5) การมีส่วนร่วมของทีมวิจัยและชาวบ้านถือเป็นหัวใจสำคัญของปัจจัยแห่งความสำเร็จทำให้เกิดทีมไทรักปอดซึ่งถือว่าตัวเองเป็นเจ้าของเรื่องวัณโรค ไม่ใช่เป็นเรื่องของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแต่เพียงฝ่ายเดียวอีกต่อไป

(6) ทีมทีมวิจัยมีความเข้มแข็ง ทำงานอย่างต่อเนื่อง

(7) ทีมวิจัยวัณโรคและชุมชนมีจุดมุ่งหมายเดียวกัน คือทำให้วัณโรคหมดไปจากชุมชน

(8) ชุมชนมีความเข้าใจในความรุนแรงของโรควัณโรค ทำให้ชุมชนมีการตื่นตัวในการป้องกันและรักษาวัณโรค

#### ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากทีมวิจัย

1. การนำวิจัยไปประยุกต์ใช้ต้องคำนึงถึงบริบทของชุมชน
2. ให้ความสำคัญต่อการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด คือภาคีเครือข่ายต่างๆ ได้แก่
3. ให้ความสำคัญต่อการรักษาความลับของผู้ป่วย การนำข้อมูลมาเปิดเผยสู่สาธารณะต้องได้รับการอนุญาตจากผู้ป่วยก่อน เป็นการรักษาสีติของผู้ป่วย

#### ผลกระทบที่ได้จากการวิจัย

ทีมวิจัยเล่าว่าการดำเนินงานมีผลสำเร็จที่น่าพอใจพอสมควร ความสำเร็จที่ทีมวิจัยมองเห็นร่วมกัน มีอย่างน้อย 7 ประการ ได้แก่

- (1) วัณโรคลดลง ไม่มีรายงานผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ในปี 2556-2557 ปี 2558 มี 1 ราย
- (2) สภาพแวดล้อมของชุมชนสะอาดขึ้น มีการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในครัวเรือน โดยการจัดบ้านเรือนให้เป็นระเบียบ มีความสะอาด มีการคัดแยกขยะในครัวเรือน การกำจัดขยะก่อนการปล่อยน้ำทิ้งจากครัวเรือน ทำให้ชุมชนโดยรวมมีสะอาดขึ้นมากกว่าก่อนดำเนินโครงการอย่างเห็นได้ชัด
- (3) ชาวบ้านมีความตระหนักต่อการตรวจหาวัณโรคมากกว่าก่อนการดำเนินโครงการ จะเห็นได้จากยอดการมาคัดกรองวัณโรคเพิ่มขึ้น เมื่อก่อนไม่ค่อยมีใครมาตรวจคัดก่อน
- (4) ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับวัณโรคมากขึ้น
- (5) ประชาชนยอมรับและไม่รังเกียจผู้ป่วยวัณโรคเหมือนเมื่อก่อน อีกทั้งมีความเข้าใจและป้องกันการติดต่อจากวัณโรคมากขึ้น สังเกตจากการไปเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อให้กำลังใจกัน และใส่หน้ากากอนามัยเพื่อป้องกันตัวเองได้อย่างถูกต้อง

(6) กลุ่มไทฮักปอด ถือเป็นความสำเร็จอีกประการหนึ่งเพราะเป็นชาวบ้านที่รวมกลุ่มกันทำงานป้องกันควบคุมโรคโดยไม่มีค่าตอบแทน เป็นแกนนำในการรณรงค์ป้องกันโรค นอกจากนั้นกลุ่มนี้ก็ยังทำงานสาธารณะเรื่องอื่นๆอีก

(7) การต่อยอดไปสู่การดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านในประเด็นอื่นๆ โดยมีการต่อยอดพัฒนาคน และการกำจัดขยะในชุมชน โดยการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ถึง 2 ปี คือ ปี 2557-2558 และมีแนวโน้มที่จะได้รับทุนต่อเนื่องในปี 2559

## เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2548). แนวทางการดำเนินงานควบคุมโรคติดต่อแห่งชาติ.

กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพุทธศาสนาแห่งชาติ.

กระทรวงสาธารณสุข สำนักวิชาการสาธารณสุข ศูนย์เอกสารองค์การอนามัยโลก.(2542).

การรักษาโรคติดต่อแนวทางสำหรับแผนงานระดับชาติ. กรุงเทพฯ : พรอโทกราฟฟิค ดีไซน์.

กลุ่มโรคติดต่อ สำนักโรคติดต่อและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวง

สาธารณสุข.(2548).แนวทางการดำเนินงานควบคุมโรคติดต่อแห่งชาติ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.

เข็มเพชร แก่นสา. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารโรงเรียนประถมศึกษาสังกัดสำนักงานการ  
ประถมศึกษาจังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. ปทุมธานี :

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2543.

จุฬารัตน์ สุวรรณเมฆ.ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก  
เจตคติและความตั้งใจในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสตรีที่แต่งงานแล้ว.

วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ณัฐดนัย จันทา(2553). ผลของการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไป  
โรซิสในชุมชน อำเภอป่าเลี้ยวจังหวัด ศรีสะเกษ.วิทยานิพนธ์

ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

ดารณี วิริยกิจจาและคณะ(2544).การวิจัยและพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลโรคเบาหวานมี  
ผลเสีย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. ม.ป.ท., 2545.

นันทิต เสาร์ทอง และนุศราพร เกษสมบูรณ์(2544). ต้นทุน ประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยโรค  
เบาหวานที่มีผลเสียในชุมชนกับแบบในโรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย.

วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ปี 2553, January-March ปีที่: 5 ฉบับที่ 1 หน้า 47-57

ประจวบ แผลมหลัก.(2547).การพัฒนากระบวนการเรียนรู้ทางการศึกษานอกระบบโรงเรียนโดยใช้  
แนวคิดการเรียนรู้จากการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ  
หมู่บ้าน.กรุงเทพฯ:คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ประยูร ศรีประสาธน์. รายงานการวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วม ในการดำเนินงานของ  
คณะกรรมการการศึกษาประจำโรงเรียนประถมศึกษา. ปทุมธานี :

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2542.

รัฐประกรณ์ พวงเงินมาก. ปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีผลเสีย

ใน ผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2544

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสิม. เอกสารสรุปผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุขปีงบประมาณ 2555. อุดรธานี

วันเพ็ญ วัฒนอมรเกียรติ(2546).การเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคเสมหะบวกรายใหม่ในจังหวัด อุบลราชธานี .วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

สุชาดา จักรพิสุทธิ์. “การศึกษาทางเลือกของชุมชน” วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 27 (4) : 18 – 23 ; มิถุนายน – สิงหาคม 2547.

สุธี วรประดิษฐ์. (ผู้รวบรวม) การมีส่วนร่วมของชุมชน. 2554.

[http://trat.nfe.go.th/trat/topic5\\_old.php?page=5](http://trat.nfe.go.th/trat/topic5_old.php?page=5) 3 กันยายน 2555.

สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2551).รายงานผลการดำเนินงานควบคุมวัณโรค ของประเทศไทย ปีงบประมาณ 2549-2550.กรุงเทพฯ : องค์การรับส่งสินค้า และวัสดุภัณฑ์.

สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2554).รายงานผลการดำเนินงานควบคุมวัณโรค ของประเทศไทย ปีงบประมาณ 2550-2553.กรุงเทพฯ : องค์การรับส่งสินค้า และวัสดุภัณฑ์.

อดิน รพีพัฒน์. การมีส่วนร่วมของประชาชนในงานพัฒนา. กรุงเทพฯ : ศูนย์การศึกษานโยบาย สาธารณสุข, 2547.

อดิภา กมลวัฒน์และคณะ (2549) .ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสม่ำเสมอในการรักษาวัณโรคของ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้น (Directly Observed Treatment) วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา ปีที่ 13 ฉบับที่ 1

อภิญญา กังสนารักษ์. รูปแบบการบริหารแบบมีส่วนร่วมในองค์กรที่มีประสิทธิภาพระดับคณะของ สถาบันอุดมศึกษา. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.

อรรถพล ชีพสัตยกร และ เรืองรอง ชีพสัตยกร (2552) .การศึกษาผลการควบคุมวัณโรคในกลุ่มประชากรที่ มีความเสี่ยงสูงพิเศษต่อการเป็นวัณโรคในภาคเหนือของประเทศไทย

อาคม วัดโสง. (2549). หน้าที่ผู้นำในการบริหารการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. สงขลา : การกิจเอกสารตำรา กลุ่มงานบริการการศึกษา มหาวิทยาลัยทักษิณ.

Cohen , J.M. and Uphoff , N.T. *Rural Development Participation : Concept and Measures for*

*Project Design Implementation and Evaluation*. Rural Development Committee Center for International Studies, Cornell University , 1981.

EL-Sadr W and other. “DOT for Tuberculin : The Harlem Hospital Experience 1993”,*Am J Public Health*. 86 (August 1996) : 1146 -1149.

Fornaroff, A. *Community involvement in Health System for Primary Health Care*. Geneva :

World Health Organization, 1980.

Koufman , H.F. "Participation Organized Activities in Selected Kentucky Localities"  
*Agricultural Experiment Station Bulletins*. March, 1949.

Lunenburg, Fred C. and Ornstein, Allan. C. (2000). *Educational Administration :  
Concept and Practices*. 3<sup>rd</sup> ed. Belmont : Wadsworth.

Luthans, Fred. (1995). *Organizational Behavior*. 7<sup>th</sup> ed. Singapore : McGraw-Hill.

Reeder , W.W. *Some Aspects of The Information Social Participation of Farm Families  
in*

*New York State*. New York : Unpublished Ph.D Dissertation, Cornell University,  
1974.

Robbins, Stephen P. and Coulter, Mary. (1996). *Management*. 5<sup>th</sup> ed. New Jersey :  
Prentice-Hall.

Roberts, Donald F. (1971). "The Nature of Communication Effects," *The Process of  
Effects of Mass Communication*. Chicago : University of Illinois Press.

United Nation Department of International Economic and Social Affairs. *Popular  
Participation as*

*a Strategy for Promoting Community Level Action and National  
Development*. Report

*of The Meeting for The Adhoc Group of Experts*. New York : United Nations, 1981.

## ทีมวิจัย

1.ชื่อ นายบุญถม จันทสิทธิ์  
เกิด วันที่ 18 มกราคม 2500  
ที่อยู่ 65 หมู่ 5 ตำบลทุ่งมน อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร  
วุฒิการศึกษา มัธยมศึกษาปีที่ 3  
สถานะภาพ สมรส  
อาชีพ เกษตรกร  
ตำแหน่ง ประธานอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ 5  
เบอร์โทร 088-095-945-9

2.ชื่อ นางงามใจ เสี่ยงใส  
เกิด วันที่ 22 สิงหาคม 2520  
ที่อยู่ 169 หมู่ 4 ตำบลทุ่งมน อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร  
วุฒิการศึกษา มัธยมศึกษาปีที่ 3  
สถานะภาพ สมรส  
อาชีพ เกษตรกร  
ตำแหน่ง อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน  
เบอร์โทร 088-465-195-0

3.ชื่อ นายปรณชัย สื่อนอน  
เกิด วันที่ 25 มีนาคม 2519  
ที่อยู่ 1/2 หมู่ 4 ตำบลทุ่งมน อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร  
วุฒิการศึกษา มัธยมศึกษาปีที่ 6  
สถานะภาพ สมรส  
อาชีพ เกษตรกร  
ตำแหน่ง ผู้ใหญ่บ้าน บ้านโพนสิม หมู่ที่ 4  
เบอร์โทร 088-505-351-5

4.ชื่อ นางบังอร ไกยราช  
เกิด วันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2523  
ที่อยู่ 206 หมู่ 9 ตำบลทุ่งมน อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร  
วุฒิการศึกษา มัธยมศึกษาปีที่ 6  
สถานะภาพ สมรส  
อาชีพ เกษตรกร  
ตำแหน่ง ประธาน อ.ส.ม. หมู่ที่ 9  
เบอร์โทร 082-155-531-1

5.ชื่อ นางอังคณา สายคำวงศ์  
เกิด วันที่ 17 ตุลาคม 2518  
ที่อยู่ 93 หมู่ 4 ตำบลทุ่งมน อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร  
วุฒิการศึกษา มัธยมศึกษาปีที่ 3  
สถานะภาพ สมรส  
อาชีพ เกษตรกร  
ตำแหน่ง อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน  
เบอร์โทร 088-362-178-2

6.ชื่อ นายไพรัตน์ สิงห์ครุฑ  
เกิด วันที่ 7 สิงหาคม 2512  
ที่อยู่ 126 หมู่ 4 ตำบลทุ่งมน อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร  
วุฒิการศึกษา การศึกษานอกโรงเรียน มัธยมศึกษาปีที่ 3  
สถานะภาพ สมรส  
อาชีพ เกษตรกร  
ตำแหน่ง สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล  
เบอร์โทร 086-637-787-6

7.ชื่อ นางบุญเสียง สิงห์ครุฑ  
เกิด วันที่ 1 สิงหาคม 2500  
ที่อยู่ 145 หมู่ 5 ตำบลทุ่งมน อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร  
วุฒิการศึกษา ประถมศึกษาปีที่ 6  
สถานะภาพ สมรส  
อาชีพ เกษตรกร  
ตำแหน่ง -  
เบอร์โทร -

8.ชื่อ นางดวงจันทร์ สีส่อน  
เกิด วันที่ 29 มิถุนายน 2501  
ที่อยู่ 121 หมู่ 4 ตำบลทุ่งมน อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร  
วุฒิการศึกษา ประถมศึกษาปีที่ 6  
สถานะภาพ สมรส  
อาชีพ เกษตรกร  
ตำแหน่ง อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน  
เบอร์โทร 080-459-883-5

9.ชื่อ นางवासนา หาสุข  
เกิด วันที่ 15 เมษายน 2516  
ที่อยู่ 72 หมู่ 5 ตำบลทุ่งมน อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร

วุฒิการศึกษา การศึกษานอกโรงเรียน มัธยมศึกษาปีที่ 3  
สถานะภาพ สมรส  
อาชีพ เกษตรกร  
ตำแหน่ง อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน  
เบอร์โทร 086-029-042-6

10.ชื่อ นายเสน่ห์ สิงห์ครุฑ  
เกิด วันที่ 31 พฤษภาคม 2522  
ที่อยู่ 111 หมู่ 9 ตำบลทุ่งมน อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร  
วุฒิการศึกษา การศึกษานอกโรงเรียน มัธยมศึกษาปีที่ 3  
สถานะภาพ สมรส  
อาชีพ เกษตรกร  
ตำแหน่ง สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล  
เบอร์โทร -

11.ชื่อ นางดวงสุดา ตะวัน  
เกิด วันที่ 5 มิถุนายน 2519  
ที่อยู่ 57/6 หมู่ 6 ตำบลทุ่งมน อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร  
วุฒิการศึกษา มัธยมศึกษาปีที่ 3  
สถานะภาพ สมรส  
อาชีพ เกษตรกร  
ตำแหน่ง อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน  
เบอร์โทร 080-155-025-9

12.ชื่อ นางทิมา สุพร  
เกิด วันที่ 19 พฤศจิกายน 2518  
ที่อยู่ 189 หมู่ ตำบลทุ่งมน อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร  
วุฒิการศึกษา มัธยมศึกษาปีที่ 6  
สถานะภาพ สมรส  
อาชีพ เกษตรกร  
ตำแหน่ง อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน  
เบอร์โทร 087-830-376-5

13.ชื่อ นางสาวอริศรา ขยันทำ  
เกิด วันที่ 6 ธันวาคม 2526  
ที่อยู่ 215 หมู่ 9 ตำบลทุ่งมน อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร  
วุฒิการศึกษา ปวช.3  
สถานะภาพ สมรส  
อาชีพ เกษตรกร  
ตำแหน่ง อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน  
เบอร์โทร 085-481-657-7

14.ชื่อ นางพิมพ์ ส่องศรี  
เกิด วันที่ 12 มกราคม 2511  
ที่อยู่ 131 หมู่ 4 ตำบลทุ่งมน อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร  
วุฒิการศึกษา การศึกษานอกโรงเรียน มัธยมศึกษาปีที่ 6  
สถานะภาพ สมรส  
อาชีพ เกษตรกร - ค้าขาย  
ตำแหน่ง ประธาน อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ 4  
เบอร์โทร 087-961-171-6 , 090-836-600-8

15.ชื่อ นายบัณฑิตฐ สร้อยจักร  
เกิด วันที่ 13 กันยายน 2513  
ที่อยู่ 40 หมู่ 7 ตำบลนาแก อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร  
วุฒิการศึกษา ปริญญาโท  
สถานะภาพ สมรส  
อาชีพ รับราชการ  
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์สนิม  
เบอร์โทร 089-580-881-5

16.ชื่อ นางสาวกาญจนา ไชยมาตร  
เกิด วันที่ 18 สิงหาคม 2501  
ที่อยู่ 52 หมู่ 5 ตำบลเชียงเพ็ง อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร  
วุฒิการศึกษา ป.ตรี  
สถานะภาพ สมรส  
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข  
เบอร์โทร 087-451-543-8

17.ชื่อ ว่าที่ ร.ต.ทวีชัย คำชาย  
เกิด วันที่ 23 เมษายน 2519  
ที่อยู่ 151 ม.8 ต.ย่อ อ.คำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร  
วุฒิการศึกษา พยบ.

|          |               |
|----------|---------------|
| สถานะภาพ | โสด           |
| อาชีพ    | รับราชการ     |
| ตำแหน่ง  | พยาบาลวิชาชีพ |
| เบอร์โทร | 08-7869-2037  |

**คณะที่ปรึกษาโครงการ**

- |                         |                                         |
|-------------------------|-----------------------------------------|
| 1. นายอุดม พิจารณ์      | นายกองค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งมน         |
| 2. นายสุนทร วิริยะพันธ์ | นายก.สาธารณสุขชำนาญการ สสอ.คำเขื่อนแก้ว |
| 3. นายสำนวน ยวนยี่      | ผู้ใหญ่บ้านบ้านดู่ หมู่ 6               |