

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การประยุกต์ Logic Model เพื่อพัฒนารูปแบบ การดำเนินงานป้องกันและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเยาวชน

ธีระวุธ ธรรมกุล ส.ค.*

ทิพย์รัตน์ ธรรมกุล ส.ม. (ซีวิสถิติ)**

ไพโรจน์ พรหมพันธุ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)**

มะลิ โพธิพิมพ์ ส.ค.***

ทองทิพย์ สลวงษ์ลักษณ์, ศษ.ด.****

นิยม ไกรปุย, สส.ม.*****

อรณิชา เบลล์ วท.บ. (สุขศึกษา)*****

ศรเพชร มหามาศย์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)*****

* สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

** สำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค

*** คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

**** คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

***** สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

บทคัดย่อ การวิจัยนี้เพื่อให้ทราบรูปแบบการดำเนินงานป้องกัน และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนเขตชนบทและเพื่อประเมินความสำเร็จในรูปแบบฯ เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ มี 2 ระยะ ได้แก่ ระยะพัฒนารูปแบบการดำเนินงานฯ ในตำบลสมุด อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ อาสาสมัครถูกคัดเลือกตามคุณสมบัติ 2 กลุ่ม ได้แก่ (1) ทีมพี่เลี้ยง 7 คน และ (2) ทีมสุขภาพตำบล 80 คน และระยะประเมินผล ประเมินความสำเร็จฯ ในอาสาสมัคร 3 กลุ่ม ได้แก่ (1) ทีมสุขภาพตำบล 72 คน (2) เยาวชน 182 คน และ (3) ผู้ประกอบการร้านค้า 34 คน ทำการศึกษาในเดือนกรกฎาคม 2557 - กรกฎาคม 2559 โดยระยะพัฒนารูปแบบ พบว่า การดำเนินงานฯ เป็นรูปแบบ “กลไกทีมสุขภาพประจำตำบล” ซึ่งทีมสุขภาพตำบลเข้ามามีบทบาทหลักใน 4 กิจกรรม ได้แก่ (1) สร้างสื่อประชาสัมพันธ์ (2) รณรงค์สร้างกระแส (3) สร้างความรู้ ความตระหนัก การรับรู้ด้านกฎหมายและกฎระเบียบชุมชน และ (4) ติดตามตรวจเยี่ยม เฝ้าระวังการกระทำผิดกฎระเบียบในรูปแบบคณะกรรมการ ซึ่งทีมพี่เลี้ยงเป็นผู้สนับสนุนด้านวิชาการ ระยะประเมินผลพบว่า ความคงอยู่ของการดำเนินกิจกรรมของทีมสุขภาพอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 62.5 ความรู้เกี่ยวกับมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนอยู่ในระดับดี ร้อยละ 47.8 การรับรู้มาตรการฯ ของผู้ประกอบการร้านค้าในระดับดี ร้อยละ 91.8 ไม่พบการโฆษณาเกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บริเวณร้านค้าร้อยละ 94.1 การทำงานโดยใช้ทีมสุขภาพจึงเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการบังคับใช้กฎหมาย

คำสำคัญ: ทีมสุขภาพ, มาตรการสังคม, พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551, ร้านค้า, องค์การบริหารส่วนตำบล, วิจัยเชิงปฏิบัติการ

บทนำ

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนอายุ 15-24 ปี มีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.6 เป็นร้อยละ 23.7 ในช่วง 10 ปี⁽¹⁾ และพบว่ามีเยาวชนในชนบทที่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 34.5 และเยาวชนที่ยังมีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 17.2 นั้นหมายถึงเยาวชนที่สัมผัสเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมแอลกอฮอล์รวมทั้งสิ้นร้อยละ 51.7⁽²⁾ ซึ่งสูงกว่าผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ^(3,4) แสดงให้เห็นว่ามาตรการทางกฎหมายที่ส่วนกลางได้กำหนดและบังคับใช้เพื่อแก้ไขหรือควบคุมปัญหาด้านสาธารณสุขโดยเฉพาะเรื่องการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้น ยังไม่สามารถใช้ได้ผลกับเขตชนบทได้อย่างแท้จริง

ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขระดับชุมชน จำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพของชุมชน ซึ่งในที่นี้เรียกว่า “ทีมสุขภาพ” ที่ประกอบไปด้วย ผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น (อปท.) กลุ่มแกนนำชุมชนที่หมายรวมถึงกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และตัวแทนของประชาชนหรือผู้นำชุมชน รวมทั้งเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งมีความใกล้ชิดกับชุมชนมากกว่าองค์กรอื่นๆ ภายนอกพื้นที่ ดังเช่นการศึกษาประสิทธิผลการจัดการปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชนของทีมสุขภาพ ที่พบว่าชุมชนที่มีทีมสุขภาพจัดการปัญหาตั้งแต่ปี 2554-2557 มีแนวโน้มของประสิทธิผลด้านการลดอัตราการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปได้ดีกว่าชุมชนที่ไม่มีทีมสุขภาพ โดยในชุมชนที่มีทีมสุขภาพมีอัตราการดื่มสุรา ปี 2554-2557 ที่ร้อยละ 4.0-14.0 ซึ่งต่ำกว่าอัตราการดื่มสุราภาพรวมของประเทศ⁽⁵⁾

อย่างไรก็ตาม การศึกษาหลายงานพบว่าแกนนำชุมชนบางส่วนที่ไม่เห็นด้วยกับมาตรการต่างๆ ในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์⁽⁶⁾ แกนนำชุมชนมีส่วนร่วมในด้านการวางแผน ดำเนินงาน ติดตามประเมินผลอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง โดยเฉพาะการร่วมประเมินผลการ

ดำเนินงานของเครือข่ายลด ละ เลิก เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การจัดเวทีสาธารณะ และการร่วมประเมินผลนโยบายสาธารณะ⁽⁷⁾ มีเพียง 1 ใน 5 แกนนำสุขภาพระดับตำบลที่เคยจัดหรือเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับการจัดการควบคุมการดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่ของตนเอง แสดงให้เห็นว่ายังไม่มีกิจกรรมที่เข้าถึงกลุ่มแกนนำระดับตำบลเท่าที่ควร รวมถึงปัญหาแกนนำระดับตำบลขาดความรู้ในการดำเนินงานด้านควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และมีระดับความรู้เกี่ยวกับการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา การวางยุทธศาสตร์/แผนงาน/โครงการ การแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติส่วนใหญ่ในระดับน้อยถึงปานกลาง⁽⁸⁾

เนื่องจากมาตรการทางชุมชนจะส่งผลต่อการบังคับใช้กฎหมายมีประสิทธิภาพและเกิดผลสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของเยาวชนเขตชนบทมากขึ้นนั้น ผู้วิจัยจึงนำกระบวนการมีชุมชนมีส่วนร่วมซึ่งถูกพัฒนาเป็นชุดความรู้⁽⁹⁾ จากสุรพล เหลี่ยมสูงเนิน และคณะ⁽¹⁰⁾ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 และได้ผลสำเร็จในการแก้ไขพฤติกรรมระดับชุมชนในเรื่องการบริโภคสุรา การบริโภคอาหาร ปัญหาสิ่งแวดล้อม การเกษตร ชยะในชุมชนและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยชุดความรู้ซึ่งมีพื้นฐานแนวคิดจากแบบจำลองแผนงานโครงการ Logic Model ที่แสดงถึงความสัมพันธ์ของกิจกรรมที่วางไว้กับผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการโดยจะเชื่อมโยงทรัพยากร กิจกรรม ผลผลิต และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในโครงการอย่างเป็นระบบ⁽¹¹⁻¹²⁾ นอกจากนี้ ยังเป็นสิ่งที่จะช่วยประเมินการเปลี่ยนแปลงและการพัฒนากระบวนการภายใต้กิจกรรมที่ผู้มีส่วนได้เสียคิดขึ้นมา ตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกจนประสบความสำเร็จ⁽¹³⁻¹⁴⁾

ผู้วิจัยจึงได้มีการต่อยอดชุดความรู้ดังกล่าวโดยการวิจัยประยุกต์ Logic Model เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเยาวชน ซึ่งผู้วิจัยใช้ชื่อตัวย่อภาษาอังกฤษว่า “PABMACY” โดยการวิจัยนี้จะทำให้ทราบรูปแบบการดำเนินงานของชุมชนด้านควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มเยาวชน ที่เกิดจากการ

ส่งเสริมให้พื้นที่ใช้มาตรการทางสังคมด้วยกระบวนการหรือชุดความรู้⁽⁹⁾ ในรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ซึ่งจะช่วยให้ชุมชนพยายามที่จะจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อพฤติกรรมสุขภาพของคนในชุมชน เช่น ร้านค้า/จุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสร้างกฎกติการ่วมกันเพื่อป้องกันไม่ให้เยาวชนเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ง่าย เป็นต้น

ทั้งนี้เพื่อนำไปสู่การลดเยาวชนนักดื่มในชุมชนได้ และรูปแบบที่เหมาะสมในการดำเนินงานในระดับชุมชน เขตชนบทนี้ยังจำเป็นต้องศึกษาหรือวัดความสำเร็จในการดำเนินงาน และความคงอยู่ของการดำเนินกิจกรรมการดำเนินกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชนของทีมสุขภาพตำบล ทั้งในเรื่องการรณรงค์สร้างกระแสให้ความรู้แก่คนในชุมชน การเข้าร่วมประชุม ติดตาม ตรวจสอบ เฝ้าระวังการกระทำผิดกฎระเบียบชุมชน และการยกย่องหรือให้รางวัลบุคคลตัวอย่าง งานบุญ ร้านค้า/ผู้ประกอบการที่ปฏิบัติตามกฎระเบียบ

ผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลที่จะช่วยให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องไปประยุกต์ใช้ได้ตามบริบท ดังนั้นการวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์ เพื่อทราบรูปแบบการดำเนินงานป้องกันและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชน เขตชนบทในพื้นที่ที่ใช้กระบวนการพัฒนาทีมสุขภาพระดับตำบลจากชุดความรู้⁽⁹⁾ ตามแนวคิดลोजิคโมเดล⁽¹¹⁻¹⁴⁾ และเพื่อประเมินความสำเร็จในรูปแบบดังกล่าวร่วมด้วย

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดำเนินการ 2 ระยะ ได้แก่

1. ระยะพัฒนารูปแบบ: โดยการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนเขตชนบทซึ่งสุ่มพื้นที่โดยการจับสลากและพื้นที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัยได้พื้นที่ตำบลสมุด อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ อาสาสมัครถูกคัดเลือกตามคุณสมบัติ 2 กลุ่ม ได้แก่

1) ทีมพี่เลี้ยง (จากนอกพื้นที่) จำนวน 7 คน ซึ่งเป็นนักวิชาการสาธารณสุข/พยาบาลวิชาชีพ/อาจารย์จากมหาวิทยาลัย

2) ทีมสุขภาพตำบล ในตำบลสมุด อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 80 คน ซึ่งเป็นผู้บริหาร/สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล (ส.อบต.) เจ้าหน้าที่องค์การบริหาร ส่วนตำบล (อบต.) เจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. ผู้นำชุมชน และจิตอาสา ซึ่งคัดเลือกตามคุณสมบัติและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

กระบวนการพัฒนารูปแบบฯ ได้แก่

1. พัฒนาศักยภาพทีมพี่เลี้ยง
 2. พัฒนาและปรับปรุงชุดความรู้/หลักสูตรอบรมทีมสุขภาพให้มีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่
 3. ทดลองใช้หลักสูตรอบรมฯในพื้นที่นอกเหนือจากพื้นที่วิจัยและปรับปรุงหลักสูตร
 4. จัดกระบวนการพัฒนากระบวนการคิดผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการระดับตำบลในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค
 5. จัดกระบวนการพัฒนาทักษะงานสร้างเสริมสุขภาพให้กับทีมสุขภาพ 3 ครั้ง โดยใช้กระบวนการที่ประกอบด้วย 9 ชุดความรู้⁽⁹⁾ ได้แก่ การจัดทำข้อมูลด้านสุขภาพ การวิเคราะห์ข้อมูล การจัดทำต้นไม้ปัญหา การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การจัดทำแบบจำลองแผนงาน-โครงการลोजิคโมเดล การวิเคราะห์แรงเสริมแรงต้านการจัดทำแผนที่นำทาง การเขียนโครงการ และการประเมินผล และบริหารจัดการโครงการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน
 6. ทีมสุขภาพตำบลเสนอแผนงาน/โครงการเพื่อขออนุมัติจากแหล่งทุนต่างๆ
 7. ทีมสุขภาพดำเนินงานตามรูปแบบ/แผนงานโครงการ ซึ่งทีมวิจัยและทีมพี่เลี้ยงจะติดตามและให้การชี้แนะ (coaching) 4 ครั้ง
 8. พี่เลี้ยงจัดเวทีสะท้อนกลับ (Reflection) จากผู้มีส่วนสนับสนุนในโครงการ จำนวน 4 ครั้ง
- เพื่อให้ทราบรูปแบบและผลการพัฒนารูปแบบที่ได้รับการพัฒนาในเบื้องต้นนั้น ผู้วิจัยจึงได้มีการเก็บข้อมูล

โดยใช้แบบทดสอบ ประเมินความรู้และทักษะของทีม-สุขภาพระดับตำบล แบบติดตามประเมินผลและสะท้อนกลับ และแบบประเมินความพึงพอใจในรูปแบบ ซึ่งใช้ระยะเวลาการศึกษาในระยะนี้ ตั้งแต่กรกฎาคม 2557 – 30 กันยายน 2558 (15 เดือน) และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย SD, t-test และ multiple linear regression เพื่อใช้ทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้และทักษะระหว่างก่อนและหลังดำเนินการในระยะนี้ โดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา โดยพิจารณาความสัมพันธ์เชิงเหตุเชิงผล งานวิจัยระยะนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมของกรมควบคุมโรค หมายเลข FWA 00013622 รหัส 12/56-642

2. **ระยะประเมินผล:** เป็นการประเมินความสำเร็จในการดำเนินงานฯ ของพื้นที่ ในอาสาสมัคร 3 กลุ่ม ได้แก่

1) ทีมสุขภาพตำบล 72 คน จาก 80 คนในระยะแรก ซึ่งคัดเลือกตามคุณสมบัติและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

2) เยาวชน ซึ่งคัดเลือกจากประชากรที่เป็นเยาวชนที่มีอายุระหว่าง 15 – 24 ปีทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ ต.สมุด อ.ปราสาท จ.สุรินทร์ ทั้งหมด 663 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณของ Wayne WD⁽¹⁵⁾ โดยซอฟต์แวร์ N4Studies⁽¹⁶⁾ ได้ตัวอย่าง 182 คน และใช้การสุ่มแบบมีระบบ โดยสุ่มตามบ้านเลขที่

3) ผู้ประกอบการร้านค้าหรือผู้จำหน่ายสินค้า 34 คน จากร้านค้าทั้งหมด 41 ร้านในตำบลสมุด อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ ซึ่งเป็นร้านที่จ่ายภาษีให้กับทาง อบต. สมุด ในปี 2558 และจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบไม่มีที่นั่งดื่ม ครอบคลุม 3 ประเภทคือ

- 1) ร้านโชห่วยหรือร้านขายของชำ
- 2) ร้านสะดวกซื้อที่มีเครือข่าย (chained convenient store)
- 3) ร้านค้าปลีกขนาดใหญ่

ทำการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม-กรกฎาคม 2559 ด้วยเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 5 ชุด

ได้แก่ (1) แบบสัมภาษณ์ทีมสุขภาพตำบล (2) แบบสำรวจชุมชน (3) แบบสัมภาษณ์ผู้ประกอบการร้านค้า (4) แบบสำรวจร้านค้า และ (5) แบบสอบถามเยาวชน ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย SD โดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา โดยพิจารณาความสัมพันธ์เชิงเหตุเชิงผล โดยการวิจัยระยะนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมของกรมควบคุมโรค หมายเลข FWA 00013622 รหัส 1/59-018

ผลการศึกษา

ระยะพัฒนารูปแบบ

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริการโรคเรื้อรังแอลกอฮอล์ของเยาวชน โดยเริ่มจากอาสาสมัครทีมพี่เลี้ยงที่เข้าร่วมการวิจัย จำนวน 7 คน ที่ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 85.7 ค่ามัธยฐานอายุ 40 ปี (ต่ำสุด 30 ปี และสูงสุด 56 ปี) ค่ามัธยฐานอายุงาน 16 ปี (ต่ำสุด 5 ปี และสูงสุด 30 ปี) จบการศึกษาระดับปริญญาโท ร้อยละ 57.1 อยู่ในตำแหน่งอาจารย์มหาวิทยาลัย ร้อยละ 71.4 หลังการพี่เลี้ยงได้เข้าร่วมพัฒนาศักยภาพ พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้และทักษะในการจัดทำแผนป้องกันควบคุมพฤติกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หลังดำเนินงานเพิ่มขึ้น 11.0 คะแนน (95%CI:8.73-13.27) และมีระดับของการนำความรู้ที่ได้รับไปปรับใช้ อยู่ในระดับมากที่สุดเกือบทุกข้อ

ในกลุ่มอาสาสมัครทีมสุขภาพตำบลที่เข้าร่วมการวิจัย จำนวน 80 คน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 60.0 อายุเฉลี่ย 47 ปี (S.D. = 11.8) ระดับการศึกษาในชั้นประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนปลาย/เทียบเท่า ร้อยละ 26.3 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 52.5 โดยส่วนมากอยู่ในตำแหน่ง ส.อบต./อส.ม./จิตอาสา ร้อยละ 23.8 ภายหลังจากจัดกระบวนการพัฒนาทักษะงานสร้างเสริมสุขภาพให้กับทีมสุขภาพประจำตำบลเป็นระยะเวลา 3 เดือน ทีมสุขภาพตำบลมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้และ

ทักษะในการจัดทำแผนป้องกันควบคุมพฤติกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่างก่อนและหลังดำเนินการเท่ากับ 9.5 คะแนน (95%CI:8.90-10.13) และทีมสุขภาพดำเนินงานตามรูปแบบ/แผนงานโครงการเพื่อป้องกันและควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนในพื้นที่ โดยทีมวิจัยและทีมพี่เลี้ยงมีการติดตามและให้การชี้แนะ (coaching) ทุกๆ 3 เดือน

สำหรับรูปแบบการดำเนินงานป้องกันและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนตำบลสมุด เป็นรูปแบบ “กลไกทีมสุขภาพประจำตำบล” โดยทีมสุขภาพตำบลเข้ามามีบทบาทหลักในการดำเนินงาน ซึ่งทีมสุขภาพจะได้รับการสนับสนุนพัฒนาศักยภาพด้านความรู้และทักษะ และกำกับติดตามประเมินผลจากทีมพี่เลี้ยงและทีมวิจัย โดยการดำเนินงานของทีมสุขภาพประจำตำบลมี 4 ขั้นตอนหลัก ได้แก่

- 1) สร้างสื่อประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างกระแสในชุมชน
 - 2) ผนวกรังสร้างกระแสไม่ดื่มสุราในงานบุญ ประเพณี (สมุดร่วมใจ ลด ละ เลิก เครื่องดื่มแอลกอฮอล์)
 - 3) สร้างความรู้ ความตระหนัก การรับรู้ด้านกฎหมาย และกฎระเบียบชุมชน
 - 4) ติดตาม ตรวจสอบ เฝ้าระวังการกระทำผิดกฎหมายในการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และกฎระเบียบชุมชนในรูปคณะกรรมการ ดังภาพที่ 1
- การดำเนินงานฯ ของพื้นที่ในระยนี้พบว่า ทีมสุขภาพพึงพอใจในรูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมพฤติกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนในพื้นที่ในด้านความคิดสร้างสรรค์ของโครงการร้อยละ 98.0 ด้านการจัดกิจกรรมที่หลากหลาย ร้อยละ 97.4 ด้านการมีส่วนร่วมของหลายหน่วยงาน ร้อยละ 95.3 ด้าน การติดตามประเมินผลร้อยละ 89.7 ด้านการวางแผน ร้อยละ 87.5 และด้านงบประมาณ ร้อยละ 85.2

ระยะประเมินผล

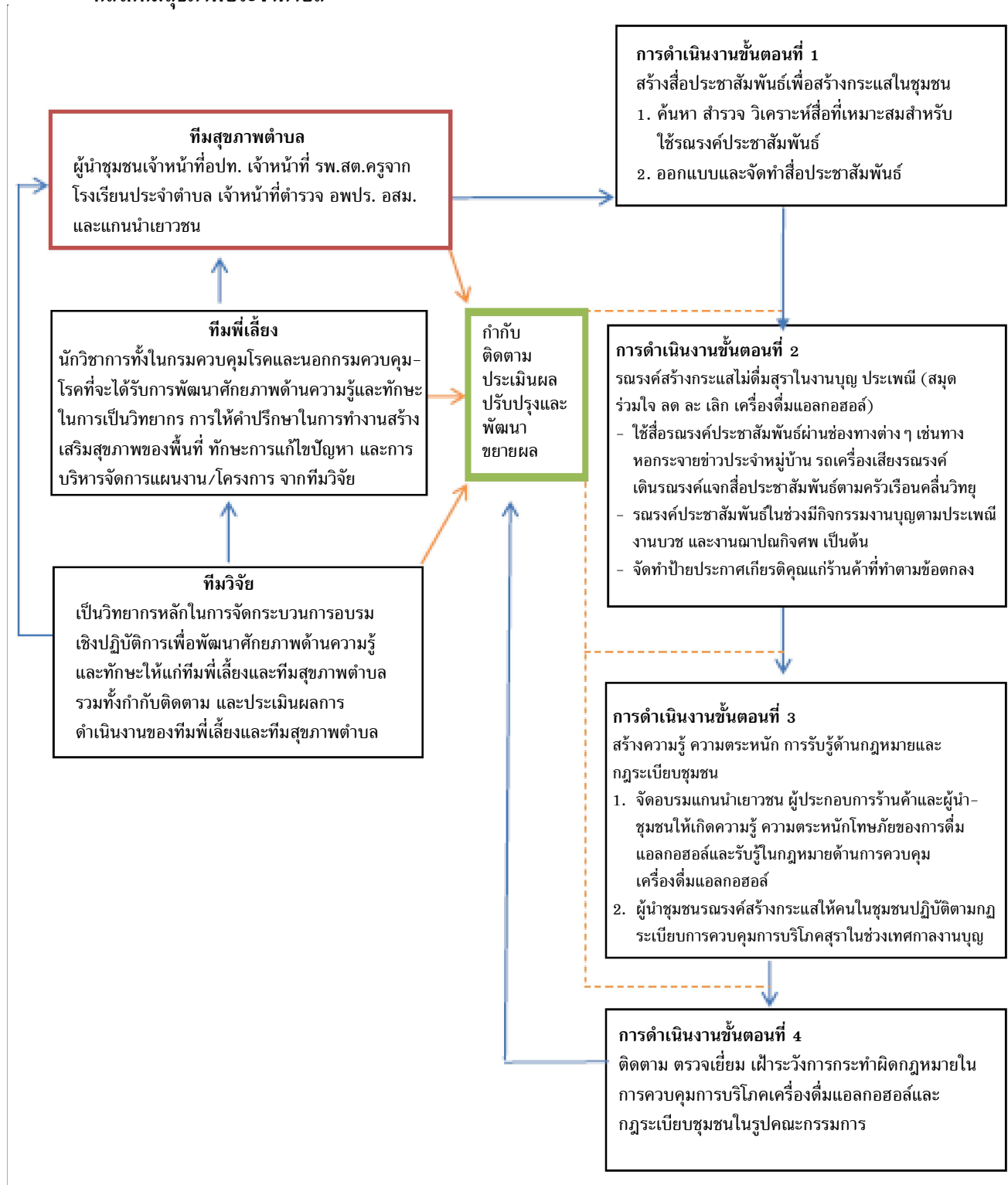
การประเมินความสำเร็จของรูปแบบ “กลไกทีมสุขภาพประจำตำบล” ในการดำเนินงานป้องกันและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนฯ โดยแบ่งตามกลุ่มอาสาสมัครได้ดังนี้

1. ทีมสุขภาพตำบล: จากการประเมินทีมสุขภาพตำบลจำนวน 72 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 54.2 อายุเฉลี่ย 47.0 ปี (SD=12.8) ระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 29.2 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 65.3 เป็น อสม. ร้อยละ 48.6 มีบทบาท/ประสบการณ์ทำงานเกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 100.0 และระยะเวลาทำงานด้านควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉลี่ยเท่ากับ 4.4 ปี (SD=3.0) มีความรู้เกี่ยวกับกฎหมายมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของทีมสุขภาพตำบลในภาพรวมพบว่าระดับดี ร้อยละ 69.4

จากการดำเนินงานของทีมสุขภาพประจำตำบล พบว่าประชาชนมีการรับรู้สื่อ ร้อยละ 85.0 ชุมชนมีการประชาสัมพันธ์ในกิจกรรมงานบุญ ร้อยละ 80.0 แกนนำเยาวชนมีความรู้ ความตระหนักด้านโทษภัยของการดื่มแอลกอฮอล์ในระดับดี ร้อยละ 89.0 และการรับรู้กฎระเบียบในระดับดี ร้อยละ 88.5 ผู้ประกอบการร้านค้าและผู้นำชุมชนมีความตระหนักด้านโทษภัยของการดื่มแอลกอฮอล์ในระดับดี ร้อยละ 85.0 และการรับรู้กฎหมายในระดับดี ร้อยละ 84.5 ร้านค้าและประชาชนให้การตอบรับและให้ความร่วมมือในกฎระเบียบการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน ร้อยละ 73.0 มีร้านค้าที่ได้รับการคุ้มครองหมู่บ้านละ 1 แห่ง รวม 8 แห่ง เข้าข่ายกระทำความผิดตาม พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ครั้งแรก ร้อยละ 37.0 และร้านค้าที่ผ่านเกณฑ์การตรวจประเมิน ร้อยละ 100.0

ปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานของพื้นที่คือ มีทีมสุขภาพประจำตำบล มีผู้นำชุมชนที่เข้มแข็งผู้ใหญ่บ้านเกือบทุกหมู่บ้านเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง ผู้นำชุมชนให้ความ

ภาพที่ 1 รูปแบบการดำเนินงานป้องกันและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนผ่าน “กลไกทีมสุขภาพประจำตำบล”



สำคัญของการดำเนินกิจกรรมเกือบทุกกิจกรรม ประชาชนในหมู่บ้านเข้าใจและเต็มใจเข้าร่วมกิจกรรมของโครงการเยาวชนมีความเคารพผู้ใหญ่ในหมู่บ้าน มีงบประมาณบางส่วนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลที่บูรณาการการดำเนินงาน ได้ทีมพี่เลี้ยงติดตามและให้ข้อเสนอแนะในสิ่งที่มีประโยชน์ต่อการดำเนินงานของทีมสุขภาพตำบล กระบวนการติดตามของพี่เลี้ยงทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนกิจกรรมที่มีแนวโน้มว่าจะไม่สำเร็จให้กลายเป็นกิจกรรมที่สามารถดำเนินการได้อย่างลุล่วง มีนักวิชาการหน่วยงานหลายแห่ง (จากกรมควบคุมโรค และมหาวิทยาลัย) ให้ความสำคัญ และเข้ามาช่วยเหลือ พาคิด พาทำ ทำให้เกิดนวัตกรรมและการจัดการกับปัญหาสุราในชุมชนได้ดี

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน คือ ชาวบ้านบางคนไม่ให้ความร่วมมือ ร้านค้าบางร้านบ่นว่าตำรวจเข้มงวดเกินไป ตำรวจถูกต่อว่าโดยชาวบ้านที่ไปเข้มงวดกับวัฒนธรรมการดื่มกินแบบดั้งเดิม เยาวชนกลุ่มที่ว่างงานเรียนไม่จบมีปัญหาครอบครัว ไม่อยู่กับพ่อแม่แต่อยู่กับญาติมาร่วมกิจกรรมค่อนข้างยาก ค่านิยม/ประเพณีนิยมในการให้สุราเพื่อตอบแทนการช่วยเหลืองาน และผู้บริหาร อบต. กับโรงเรียนในพื้นที่ยังคุยกันน้อยในเรื่องการแก้ปัญหาเยาวชน

ทีมสุขภาพตำบลได้เสนอแนวทางในการดำเนินงานต่อไปได้แก่ ทีมสุขภาพควรมีการสุ่มประเมินการปฏิบัติตามกฎระเบียบของชุมชนอยู่เป็นระยะ ตำรวจควรคืนข้อมูล การตรวจจับหรือคดีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุรา และให้ข้อเสนอแนะในการประชุมของชุมชน ทีมสุขภาพควรกำหนดกิจกรรมให้สอดคล้องและเฉพาะเจาะจงกับเยาวชนกลุ่มต่างๆ เช่น กลุ่มที่ว่างงาน เรียนไม่จบ มีปัญหาครอบครัว ไม่อยู่กับพ่อแม่ เยาวชนในโรงเรียน เป็นต้น ทีมสุขภาพควรจัดเวทีให้ อบต. และโรงเรียนได้อภิปรายหาแนวทางแก้ไขปัญหาด้านเยาวชนในระยะยาวต่อไป และทีมสุขภาพควรผลักดันให้เกิดบุคคลตัวอย่าง ชุมชนตัวอย่าง องค์กรตัวอย่างในชุมชน และส่งเสริมให้เป็นแหล่งเรียนรู้แก่ชุมชนหรือหน่วยงานภายนอกพื้นที่

นอกจากนี้การประเมินความคงอยู่ของการดำเนินกิจกรรม

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชนโดยทีมสุขภาพ ในภาพรวมพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.5 ซึ่งความคงอยู่ของการดำเนินกิจกรรมที่มีคะแนนสูงสุดคือ การบอกกล่าวเยาวชนและประชาชนเรื่องโทษภัยของการดื่มสุราคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.1 (95%CI = 4.0, 4.2) ดังตารางที่ 1

2. เยาวชน: จากการสำรวจเยาวชนจำนวน 182 คน ส่วนมากเป็นเพศชายร้อยละ 62.1 อายุเฉลี่ย 18.8 ปี (S.D.=2.8) ระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.ร้อยละ 45.1 เป็นนักเรียน/นักศึกษาร้อยละ 52.2 สถานภาพสมรสโสดร้อยละ 89.6 เป็นผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จำนวน 93 คน คิดเป็นร้อยละ 51.1 โดยเยาวชนที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้นเริ่มดื่มแอลกอฮอล์เมื่ออายุ 15.8 ปี (S.D. = 1.9) ซึ่งอายุน้อยที่สุดที่เริ่มดื่มคืออายุ 12 ปี เยาวชนส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับบิดาและมารดา ได้รับสื่อรณรงค์เรื่องลด ละ เลิก สุรา จากโทรทัศน์มากที่สุด ร้อยละ 64.8 จากผู้ปกครอง ร้อยละ 42.3 จากครูอาจารย์ ร้อยละ 39.0 และจากผู้นำชุมชน ร้อยละ 33.5 กิจกรรมที่เข้าร่วมต้านการลด ละ เลิก เครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากที่สุดคือการอบรมเรื่องป้องกันหรือลด ละ เลิกการดื่มสุรา

เยาวชนส่วนใหญ่จะมีความรู้เกี่ยวกับมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนภาพรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 47.8 การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชน และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการดื่มฯ ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.0, 49.5 และ 51.1 ตามลำดับ ความคาดหวังในประสิทธิผลของการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ภาพรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 69.8 ความตั้งใจในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชน ภาพรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 52.8 และการสนับสนุนและควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยผู้ปกครองเยาวชน ภาพรวมในระดับปานกลางร้อยละ 54.9

3. ผู้ประกอบการร้านค้า: จากการสำรวจผู้ประกอบการ

ตารางที่ 1 ระดับความคงอยู่ของการดำเนินกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริการโรคเรื้อรังในชุมชนของ ทีมสุขภาพตำบล จำแนกรายข้อ

| ลำดับ | ข้อความ | คะแนนเฉลี่ย | SD | 95% CI | แปลผล |
|-------|---|-------------|-----|----------|--------------|
| 1 | ท่านช่วยรณรงค์สร้างกระแสไม่ดื่มสุรในงานบุญ งานศพงานประเพณี | 4.0 | 0.8 | 3.9-4.1 | ระดับมาก |
| 2 | ท่านช่วยให้ความรู้ด้านกฎหมายและกฎระเบียบชุมชน แก่คนในชุมชน | 3.7 | 0.7 | 3.6, 3.8 | ระดับปานกลาง |
| 3 | ท่านช่วยบอกกล่าวเยาวชน และประชาชนเรื่องโทษภัย ของการดื่มสุรา | 4.1 | 0.7 | 4.0, 4.2 | ระดับมาก |
| 4 | ท่านเข้าร่วมประชุมเพื่อวางแผนหรือทบทวนและ ปรับปรุงการทำงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริการโรคสุรา ในชุมชน | 3.9 | 0.9 | 3.8, 4.0 | ระดับมาก |
| 5 | ท่านติดตาม ตรวจสอบ เฝ้าระวังการกระทำผิดกฎหมาย ในการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และ กฎระเบียบชุมชนตามร้านค้า | 3.6 | 0.9 | 3.5, 3.7 | ระดับปานกลาง |
| 6 | ท่านติดตาม ตรวจสอบ เฝ้าระวังการกระทำผิดกฎหมาย ในการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตามกฎระเบียบชุมชนในสถานที่ราชการ | 3.4 | 1.2 | 3.2, 3.6 | ระดับปานกลาง |
| 7 | ท่านติดตาม ตรวจสอบ เฝ้าระวังการกระทำผิดกฎหมาย ในการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และ ตามกฎระเบียบชุมชนในวัดและที่สาธารณะ | 3.6 | 1.0 | 3.4, 3.7 | ระดับปานกลาง |
| 8 | ท่านช่วยบอกกล่าว ตักเตือน ผู้กระทำผิดกฎระเบียบด้าน การควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน | 4.0 | 0.9 | 3.9, 4.1 | ระดับมาก |
| 9 | ท่านมีการยกย่องหรือให้รางวัลบุคคลตัวอย่างหรือ งานบุญในการลด ละ เลิกหรือไม่เลี้ยงเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ในชุมชนของท่าน | 3.2 | 1.1 | 3.0, 3.4 | ระดับปานกลาง |
| 10 | ท่านมีการยกย่องหรือให้รางวัลร้านค้า/ผู้ประกอบการในการ ปฏิบัติตามกฎหมายการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ | 3.0 | 1.2 | 2.8, 3.2 | ระดับปานกลาง |

การร้านค้า จำนวน 34 คนจาก 34 ร้าน พบว่าส่วนมาก เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ยเท่ากับ 49 ปี (SD=14.3) จบชั้น ประถมศึกษา ร้อยละ 58.8 ระยะเวลาจำหน่ายเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ โดยเฉลี่ย 9.6 ปี (SD=10.7) โดยสูงสุด 40 ปี เป็นร้านค้าประเภทร้านโชห่วย/ร้านขายของชำ ร้อยละ 94.1 สถานะของผู้ประกอบการเป็นเจ้าของร้าน ร้อยละ 76.5 เคยอบรมกฎระเบียบการขายเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ ร้อยละ 67.7 โดยครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง

เคยรับการอบรมฯ 2 ครั้ง การรับรู้ด้านกฎหมายและ มาตรการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ประกอบการร้านค้าภาพรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 91.8 ร้านค้าที่สำรวจส่วนใหญ่มีป้ายกำหนดเวลาขายเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ ร้อยละ 67.7 มีป้ายกำหนดอายุผู้ซื้อเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ ร้อยละ 52.9 ไม่มีป้ายติดเตือนเกี่ยวกับการรณรงค์หรือข้อกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อื่น ๆ ร้อยละ 67.7 และไม่พบการติดป้ายหรือ

อุปกรณ์โฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือแสดงชื่อ เครื่องหมายของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในร้านหรือหน้าร้าน ร้อยละ 94.1 ดังตารางที่ 2

วิจารณ์

จากการที่ตำบลสมุดมีรูปแบบการดำเนินงานป้องกันและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนแบบกลไกที่มสุขภาพประจำตำบลที่เกิดจากการที่ทีมสุขภาพตำบลได้อาสาเข้าร่วมกระบวนการพัฒนาความคิด ความรู้และทักษะการดำเนินงาน ที่ทางผู้วิจัยและทีมพี่เลี้ยงจัดขึ้นในชุมชน ซึ่งกระบวนการได้เน้นการระดมสมองเพื่อจัดการกับปัญหาแบบมีส่วนร่วมของชุมชน และทีมสุขภาพตำบลที่เข้าร่วมอบรมจะไปทำกิจกรรมประชาสัมพันธ์กับชาวบ้านเพื่อให้คนอื่นในชุมชนได้ออกความคิดเห็น เสาะหาและยืนยันข้อมูล มีส่วนร่วมตัดสินใจจากชาวบ้าน จนได้กฎกติกาหรือระเบียบของชุมชนที่เอื้อต่อการบังคับใช้กฎหมาย และร่วมกันจัดการกับปัญหาและดำเนินการด้วยหลากหลายกิจกรรมนั้น ส่งผลให้เกิดผลสำเร็จของการดำเนินงานฯ ของตำบล

ทั้งนี้ ความสำเร็จของพื้นที่เกิดมาจากปัจจัยที่หลากหลาย อาทิ ทีมสุขภาพประจำตำบลมีผู้นำชุมชนที่เข้มแข็ง ผู้นำชุมชน ผู้ใหญ่บ้านเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง ให้ความสำคัญของการดำเนินกิจกรรม ผู้ปกครองและประชาชน

ในหมู่บ้านเข้าใจและเต็มใจเข้าร่วมกิจกรรมของโครงการเยาวชนมีเคารพผู้ใหญ่ในพื้นที่สามารถบูรณาการงบประมาณเพื่อดำเนินงานได้ มีทีมพี่เลี้ยงทางวิชาการคอยติดตามและให้ข้อเสนอแนะ และมีภาคีเกื้อหนุนการดำเนินงาน อย่างไรก็ตาม หากไม่มีกระบวนการทางวิชาการที่นำไปสู่การมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาของชุมชน จุดแข็งหรือปัจจัยต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้นจะไม่ถูกนำมาใช้เป็นประโยชน์ในการดำเนินงานของพื้นที่ ดังนั้นผลการศึกษานี้จึงแสดงให้เห็นผลลัพธ์ที่ค่อนข้างชัดเจนว่าการใช้กระบวนการทางวิชาการที่ประยุกต์ Logic Model ในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนส่งผลให้เกิดการดำเนินงานในรูปแบบ “กลไกที่มสุขภาพประจำตำบล” และเกิดผลการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันควบคุมปัญหาสุขภาพในพื้นที่ตำบลค่อนข้างดี ซึ่งก็ยืนยันให้เห็นถึงประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้ Logic Model เพื่อแก้ปัญหาประเด็นทางสุขภาพหรือสาธารณสุขอื่น ๆ ที่ได้ผลลัพธ์ในเชิงบวกมาก่อน^(5,9-10,17-19)

จากผลประเมินที่พบว่าทีมสุขภาพตำบลและเยาวชนมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับกฎหมายมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตาม พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551⁽¹⁹⁾ ในเกือบทุกประเด็น ซึ่งอาจเกิดจากการที่คนในตำบลสมุดได้รับความรู้ผ่านทางสื่อ

ตารางที่ 2 ผลการประเมินความสำเร็จในรูปแบบ “กลไกที่มสุขภาพประจำตำบล” ในการดำเนินงานป้องกันและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนในพื้นที่ชนบท โดยการสำรวจร้านค้า

| คุณลักษณะ | จำนวน (n=34) | ร้อยละ |
|---|--------------|--------|
| ประเภทร้านค้า | | |
| ร้านโชห่วย/ร้านขายของชำ | 32 | 94.1 |
| มินิมาร์ท/ร้านสะดวกซื้อที่มีเครื่องดื่ม | 1 | 2.9 |
| แบบร้านค้าปลีกขนาดใหญ่ | 1 | 2.9 |
| มีป้ายกำหนดเวลาขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ | 23 | 67.7 |
| มีป้ายกำหนดอายุผู้ซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ | 18 | 52.9 |
| มีป้ายติดเตือนเกี่ยวกับการรณรงค์หรือข้อกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อื่น ๆ | 11 | 32.4 |
| ไม่มีการติดป้ายหรือพบอุปกรณ์โฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือแสดงชื่อเครื่องหมายของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในร้านหรือหน้าร้าน | 32 | 94.1 |

หรือกิจกรรมที่เกิดกระบวนการวิจัยภายใน 3 ปี อย่างต่อเนื่อง โดยส่วนใหญ่มีความรู้ที่อยู่ในระดับที่ดี เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบระหว่างทีมสุขภาพตำบล และเยาวชนในการตอบคำถามความรู้ได้ถูกต้องในอันดับสูงสุด 5 ข้อแรก พบว่ามีการตอบถูกแตกต่างกันในบางเรื่อง อาทิ ทีมสุขภาพรับรู้และเข้าใจเรื่องการห้ามมีการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวันมาฆบูชา วันวิสาขบูชา วันอาสาฬหบูชา วันเข้าพรรษาและวันออกพรรษา และเรื่องสถานที่ขายสุราต้องมีใบอนุญาตขายสุราทุกร้านมากกว่ากลุ่มเยาวชน ในขณะที่กลุ่มเยาวชนรับรู้และเข้าใจในเรื่องห้ามมีการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในสถานที่ราชการทุกแห่ง และห้ามมีการนำสุราขึ้นไปดื่มในอุทยานแห่งชาติมากกว่า จึงอาจชี้ให้เห็นว่าทีมสุขภาพตำบลได้ถูกเน้นให้รับรู้บางประเด็นเพื่อการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ

ส่วนประเด็นความรู้^๒ ของทีมสุขภาพและเยาวชนที่เข้าใจผิดมากที่สุด 5 ลำดับแรกจะคล้ายกัน ยกเว้นเรื่องที่เยาวชนเข้าใจผิดมากกว่า ได้แก่ การโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือแสดงชื่อหรือเครื่องหมายของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ฯ ภายในร้านค้าเป็นสิ่งผิดกฎหมาย แต่ทีมสุขภาพจะเข้าใจผิดเรื่องการห้ามดื่มในเวลาห้ามขายมากกว่าซึ่งผลประเมินดังกล่าวนี้ อาจเป็นประโยชน์ในการออกแบบให้กลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานเกิดความรู้ที่ถูกต้องผ่านทางสื่อหรือกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างเฉพาะเจาะจงมากยิ่งขึ้น และเป็นที่สังเกตว่า ข้อคำถามเชิงลบที่ผู้วิจัยออกแบบไว้นั้น กลุ่มตัวอย่างจะตอบผิดค่อนข้างมาก ดังนั้น หากมีการนำเครื่องมือเก็บข้อมูลเรื่องความรู้^๒นี้ไปใช้ต่อไปอาจต้องระมัดระวัง

ผลการวิจัยก่อนหน้านี้ของทิพย์รัตน์ ธรรมกุล และคณะ^(๒) ซึ่งสำรวจพฤติกรรมเยาวชนในภาพรวมในเขตสุขภาพที่ 9 และตำบลสมุดเป็น 1 ใน 4 ของตำบลที่ถูกสุ่มให้เป็นพื้นที่วิจัย โดยใช้เครื่องมือประเมินเดียวกันในเรื่องการได้รับสื่อรณรงค์เรื่องลด ละ เลิก สุราของเยาวชน ซึ่งระยะประเมินผลพบว่าเยาวชนในตำบลสมุด

ได้รับการ บอกกล่าวจากผู้ปกครองมีสูงถึงร้อยละ 42.3 และจากผู้นำชุมชน ร้อยละ 33.5 ซึ่งสูงกว่าผลการวิจัยก่อนหน้าพบเยาวชนได้รับการบอกกล่าวจากผู้ปกครอง ร้อยละ 37.2 และจากผู้นำชุมชนเพียงร้อยละ 25.0 นอกจากนี้พบว่าเยาวชนในตำบลสมุดมีคะแนนความรู้ การรับรู้และพฤติกรรมเกือบทุกด้านดีกว่าผลการสำรวจในภาพรวมๆ ก่อนหน้านี้อย่างชัดเจน แสดงให้เห็นว่าเยาวชนในพื้นที่วิจัยมีการเข้าถึงสื่อรณรงค์ฯ จากบุคคลที่มีส่วนสำคัญต่อพฤติกรรมของเยาวชนได้สูงกว่าภาพรวมของเยาวชนเขตสุขภาพที่ 9 ที่ถูกสำรวจก่อนหน้านี้ 3 ปี จึงบ่งบอกถึงความสำเร็จของ PABMACY ซึ่งทีมวิจัยได้จัดกระบวนการไม่ต่ำกว่า 2 ปี

สรุป

จากผลลัพธ์ของการประยุกต์ลจจโมเดลในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริการโรคเรื้อรังของเยาวชนผ่านรูปแบบ “กลไกทีมสุขภาพประจำตำบล” ที่ทำให้เกิดมาตรการจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชนอันเป็นประโยชน์ต่อการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งจะส่งผลให้เยาวชนนักดื่มลดลงได้นั้น จึงเป็นสิ่งที่กระทรวงสาธารณสุขควรพิจารณาผลักดันให้มีการใช้หลักสูตร/แนวทางที่สามารถสร้างแกนนำที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของชุมชนเขตชนบทต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ทูสนันสนุนการวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ และกรมควบคุมโรค ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ที่อำนวยความสะดวกในการทำวิจัย และเขียนบทความวิจัยนี้จนเสร็จสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. ทักษพล ธรรมรังสี, บรรณาธิการ. สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบต่อประเทศไทย ปี 2556. นนทบุรี: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา สำนักงานพัฒนา-นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข; 2556.
2. ทิพย์รัตน์ ธรรมกุล, อีระวุธ ธรรมกุล, ไพโรจน์ พรหมพันธุ์, นิยม ไกรปุຍ, อรณิชา เบลล์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนในพื้นที่ชนบท. วารสารวิชาการ สคร 5 2557;20:5-18.
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2554. กรุงเทพมหานคร: เดอะกราฟิโกซิสเต็มส์; 2556.
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. สรุปผลที่สำคัญ การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2557 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 29 ก.พ. 2559]. แหล่งข้อมูล: <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/smokePocket57.pdf>
5. อีระวุธ ธรรมกุล, ทิพย์รัตน์ ธรรมกุล, ไพโรจน์ พรหมพันธุ์, มะลิ โพธิ์พิมพ์, ดวงเดือน จันทะโชติ, ชุตินา วัชรกุล, และคณะ. ประสิทธิภาพการจัดการปัญหาการบริโภคเครื่องดื่ม-แอลกอฮอล์ในชุมชนโดยทีมสุขภาพ. วารสารวิชาการ-สาธารณสุข 2559;25:1003-12.
6. คำมูช อ่อนเหลา. ความรู้และทัศนคติที่มีต่อการดื่มแอลกอฮอล์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบ้านโป่ง และศึกษาแนวทางในการพัฒนาศักยภาพของกลุ่มแกนนำด้านสุขภาพ [ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการปกครองท้องถิ่น]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
7. อุทัย ดีปาละ. การมีส่วนร่วมของผู้นำในชุมชนในการแก้ไขปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชน อำเภอแม่จริม จังหวัดน่าน [ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหา-บัณฑิต]. อุดรดิตต์: มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตต์; 2551.
8. อีระวุธ ธรรมกุล, ทิพย์รัตน์ ธรรมกุล, ไพโรจน์ พรหมพันธุ์, นิยม ไกรปุຍ, สุรางคนา แสงผล, อรณิชา เบลล์. สถาน-การณ์การดำเนินงานป้องกันและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนในพื้นที่ชนบทในเขตพื้นที่เครือข่ายบริการที่ 9. นครราชสีมา: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา; 2557.
9. ไพโรจน์ พรหมพันธุ์, ศรีสุนทร วิริยะวิภาต, มนัสพันธ์ ลิ้มปัทยากุล. รายงานการดำเนินงานฉบับสมบูรณ์ (ส.3) โครงการพัฒนาทักษะด้านการบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพให้แก่บุคลากร/ทีมสร้างเสริมสุขภาพในองค์กรบริหาร-ส่วนตำบล (อบต.) ในพื้นที่ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5, 6 และ 7. นครราชสีมา: สำนักงานป้องกันควบคุม-โรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา; 2556.
10. สุรพล เหลี่ยมสูงเนิน. แบบจำลองการเคลื่อนงานการพัฒนาทักษะการบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพให้แก่ทีมสร้างเสริมสุขภาพท้องถิ่น. เอกสารประกอบการประชุมสรุปบทเรียนการดำเนินงานพัฒนาทักษะทีมสร้างเสริมสุขภาพ อบท. และการประเมินผลด้วยวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ (ARE); 30 มกราคม - 1 กุมภาพันธ์ 2556; ณ โรงแรมโกลด์ (เขาใหญ่) รีสอร์ทแอนด์สปา อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา.
11. United Way. Outcome measurement: what and why?. 1996 [Internet]. [cited 2013 Sep 15]. Available from: <http://national.unitedway.org/outcomes/resources/What/intro.cfm>
12. Wholey JS. Assessing the feasibility and likely usefulness of evaluation. San Francisco, CA: Jossey-Bass Publisher; 1994.
13. Schröter DC, Urschel JL. Logic Modeling methods in program evaluation. Journal of Multidisciplinary Evaluation 2008;5:77-9.
14. Helitzer D, Hollis C, de Hernandez BU, Sanders M, Roybal S, Van Deusen I. Evaluation for community-based programs: the integration of logic models and factor analysis. Eval Program Plann 2010;33:223-33.
15. Wayne WD. Biostatistics: a foundation of analysis in the health sciences, 6th ed. New York: John Wiley & Sons; 1995.
16. Ngamjarus C, Chongsuvivatwong V. n4Studies: sample size and power calculations for android. Songkla: Prince of Songkla University; 2014.
17. ไพโรจน์ พรหมพันธุ์, อีระวุธ ธรรมกุล, ทิพย์รัตน์ ธรรมกุล, พรรณรัตน์ เป็นสุข. ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาทักษะการบริหารงานให้แก่แกนนำระดับอำเภอเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกในเขตพื้นที่เครือข่ายบริการที่ 9. วารสาร-ควบคุมโรค 2556;39:194-203.

18. ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์, อีระวุธ ธรรมกุล, ทิพย์รัตน์ ธรรมกุล. การพัฒนาเครือข่ายด้านสุขภาพของชุมชนในการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. วารสารวิชาการ สคร. 9 2559;22:25-39.
19. สำนักคณะกรรมการการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค. พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551. นนทบุรี: สำนักคณะกรรมการการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค; 2558.

Abstract: Application of Logic Model on Development of Prevention and Behavior Modification Model of Alcohol Consumption among Youth (PABMACY)

Theerawut Thammakun, Dr.P.H. *, Thiphayarat Thammakun, M.P.H.(Biostatistic) , Pairoj Prompunjai, M.Sc. (Public Health)** , Mali Photipim, Dr.P.H.***, Tongtip Slawongluk, Ph.D (Ed. Admin.)****, Niyom kraipui, M.S.W.***** , Onnicha Bell, B.Sc. (Health Education)***** , Sornpet Maharmart, M.Sc. (Public Health)*******

** School of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University; ** Ministry of Public Health Office of Senior Executive Committee, Department of Disease Control; *** Faculty of Public Health, Vongchawalitkun University; **** Faculty of Public Health, Nakhon Ratchasima Rajabhat University; ***** Office of Disease Prevention and Control 9 Nakhon Ratchasima Province, Thailand*

Journal of Health Science 2018;27:420-31.

This research aimed to apply logic model principle in the development of a model for prevention and behavior modification of alcohol consumption among youth (PABMACY) in a rural area, and to evaluate the effectiveness of the model. It was an action research conducted in 2 phases during July 2014 to September 2016. The phase 1 was the development of PABMACY model in Samut sub-district, Prasat district, Surin province. There were 2 volunteer groups: (1) mentor team of 7 persons, and (2) sub-district health team of 80 persons. The phase 2 was the evaluation of the effectiveness of the PABMACY model among 3 groups: (1) health team - 72 persons, (2) the youth - 180 persons, and (3) alcohol retailers - 34 persons. The result of phase 1 demonstrated the mechanism of district health team who implemented 4 core activities: (1) creating the media for campaign, (2) implementing advocacy campaigns, (3) creating knowledge, awareness, as well as educating on the Alcohol Control Act B.E. 2551 and the community rules, and (4) follow up and surveillance activities by health committees and mentor team to detect legal violations. The evaluation in the Phase 2 revealed moderate level of sustainability of the activities of the health team (62.5%); and the good level of knowledge of the youth on alcohol control measures (47.8%). Majority (91.8%) of the alcoholic retailers were aware of alcohol control measures; and no alcohol advertisement observed in 94.1% of alcohol stores. Thus, the work of local health team was very effective in enforcing the law on alcohol control.

Key words: health team, social measures, Alcohol Control Act B.E. 2551, alcoholic retailers, sub-district administrative organization, action research