

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษารุ่นนี้เป็นการศึกษาถึงกระบวนการการมีส่วนร่วมในการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคเสมอมาเพื่อให้เกิดประสิทธิผลสำเร็จ ผู้วิจัยได้ค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับวัณโรค
2. แผนงานการควบคุมวัณโรคแห่งชาติ
3. ชุมชนกับงานวัณโรค
4. แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดการวิจัย

#### ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับวัณโรค

##### 1.1. ความหมายของวัณโรค

วัณโรคเป็นโรคที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรียชนิด Mycobacterium หลายชนิดที่พบบ่อยที่สุดและเป็นปัญหาในประเทศไทยคือ M. Tuberculosis สำหรับ M. Africanum พบได้ในแถบแอฟริกา ส่วน M. Bovis นั้น มักก่อให้เกิดโรคในสัตว์ซึ่งอาจติดต่อมาถึงคนได้โดยการบริโภคนมที่ไม่ได้ผ่านการฆ่าเชื้อ นอกเหนือจากเชื้อ Mycobacterium 3 ชนิดข้างต้นแล้ว เราอาจพบ Mycobacterium ชนิดอื่นๆ ได้ในธรรมชาติซึ่งมักไม่ก่อให้เกิดโรค เชื้อเหล่านี้เดิมมีชื่อเรียกว่า Other Than Tuberculosis (MOTT) ในปัจจุบันเรียกว่า Non Tuberculosis Mycobacterium (NTM) อย่างไรก็ตามหากเชื้อเหล่านี้ก่อให้เกิดโรคแล้ว มักจะเป็นปัญหาในเรื่องการรักษาด้วยยาวัณโรคต่างๆ ไป

##### 1.2. การแพร่กระจายของวัณโรค

วัณโรคจะแพร่กระจายจากปอดผู้ป่วยวัณโรค เมื่อผู้ป่วยไอ จาม หรือบ้วนเสมหะเชื้อเหล่านี้จะเข้าสู่ปอดของบุคคลทั่วไปแล้วไปเกาะกันอยู่ในบริเวณที่เรียกว่า Primary Focus และอาจแพร่ไปสู่ต่อมทอนซิลที่ขั้วปอด ทำให้ต่อมทอนซิลโตขึ้น เรารวมเรียกว่า Primary Focus และต่อมทอนซิลที่โตขึ้นว่า Primary Complex อย่างไรก็ตามมีเพียง 10% ของผู้ติดเชื้อเหล่านี้ที่ป่วยเป็นวัณโรค ซึ่งอาจเกิดภายหลังการติดเชื้อไม่กี่สัปดาห์ หรืออีก 20-30 ปีหลังก็ได้กล่าวโดยสรุปคือ หากผู้ติดเชื้อวัณโรคมีสุขภาพและภูมิคุ้มกันที่ดี ก็จะไม่ป่วยเป็นวัณโรค ในทางตรงกันข้ามหากผู้

ติดเชื่อมีภูมิคุ้มกันที่ลดลง (เช่นภาวะขาดสารอาหาร เบาหวาน) โอกาสป่วยเป็นวัณโรคก็มากขึ้น ในปัจจุบันการติดเชื้อเอชไอวีเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของการป่วยเป็นวัณโรค

### 1.3. ประเภทของวัณโรค

วัณโรคเกิดขึ้นได้กับอวัยวะทุกส่วนของร่างกาย อย่างไรก็ตามกว่า 80 % มักเกิดขึ้นที่ปอด เราแบ่งวัณโรคออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ

#### 1.3.1. วัณโรคปอด (Pulmonary TB)

1.3.1.1. วัณโรคย้อมเสมหะพบเชื้อ (Pulmonary TB, Smear Positive) คือ

- ตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์พบเชื้ออย่างน้อย 2 ครั้ง
- ตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์พบเชื้อ 1 ครั้ง ร่วมกับผลภาพรังสี

ทรวงอกบ่งชี้ว่าเป็นวัณโรค

- ตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์พบเชื้อ 1 ครั้ง ร่วมกับการเพาะเชื้อวัณโรคให้ผลบวก

1.3.1.2. วัณโรคปอดย้อมเสมหะไม่พบเชื้อ (Pulmonary TB Smear Negative)

- ผู้ป่วยที่มีอาการสงสัยวัณโรค และตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์อย่างน้อย 3 ครั้งไม่พบเชื้อ แต่มีผลภาพรังสีทรวงอกเข้าได้กับวัณโรคและแพทย์ตัดสินใจรักษาวัณโรค

- ผู้ป่วยที่มีผลการเพาะเชื้อวัณโรคให้ผลบวกแต่ตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์ไม่พบเชื้อ

#### 1.3.2. วัณโรคนอกปอด (Extra-pulmonary TB)

วัณโรคของอวัยวะอื่นๆ นอกเหนือจากปอด เช่น เยื่อหุ้มปอด ต่อม้ำเหลือง ช่องท้องผิวหนัง กระดูกและข้อ เยื่อหุ้มสมอง ระบบสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะ การวินิจฉัยโดยการตรวจชิ้นเนื้อให้ผลบวกหรือผลการตรวจร่างกาย หรือผลการตรวจร่างกายเข้าได้กับข้อบ่งชี้ชัดเจน และแพทย์ตัดสินใจรักษาวัณโรคพึงระลึกอยู่เสมอว่าวัณโรคปอดย้อมเสมหะพบเชื้อมีโอกาสแพร่โรคมากกว่าวัณโรคปอดย้อมเสมหะไม่พบเชื้อถึง 10 เท่า ในขณะที่วัณโรคนอกปอดแทบไม่มีโอกาสแพร่เชื้อเลยหากผู้ป่วยวัณโรคมีวัณโรคปอดและนอกปอดรวมกันให้วินิจฉัยว่าผู้ป่วยรายนั้นเป็นวัณโรคปอด (เนื่องจากวัณโรคปอดมีความสำคัญทางด้านระบาดวิทยา)

### 1.4. อาการของวัณโรคปอด

อาการที่พบบ่อย คือ อาการไอ ซึ่งมักไอนานกว่า 3 อาทิตย์ อาการอื่นๆ ที่อาจพบได้คือ

- ไข้ มักเป็นตอนบ่าย เย็นหรือตอนกลางคืน

- ไอมีเลือดปน
- น้ำหนักลด เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย
- เจ็บหน้าอก หายใจขัด

สำหรับวัณโรคปอดนั้นอาการจะขึ้นอยู่กับว่าเป็นวัณโรคที่อวัยวะใดตัวอย่างเช่น

- วัณโรคต่อมน้ำเหลือง ต่อมน้ำเหลืองโต ไม่เจ็บ ไม่ร้อน ช่วงแรกค่อนข้างแข็งแรงต่อมาจะนุ่มและอาจแตกเป็นหนองในที่สุด
- วัณโรคของกระดูกและข้อ กระดูกหรือข้ออื่นๆ มักจะปวด เคลื่อนไหวได้น้อยลง บวม ในระยะหลังอาจมีหนองไหลทะลุผิวหนังบริเวณนั้นออกมา วัณโรคกระดูกสันหลังอาจทำให้เกิด Acute Angulated Hypnosis
- วัณโรคเยื่อหุ้มสมอง เริ่มจากมีอาการปวดศีรษะ มีไข้ ต่อมามีอาการคอแข็ง มึนงง สับสน และชัก
- วัณโรคในช่องท้อง ท้องมาน ปวดท้อง มีไข้ อาจถ่ายอุจจาระเหลว หรือท้องผูกในระยะหลังอาจมีก้อนวัณโรคแพร่กระจาย ไข่ อ่อนเพลีย น้ำหนักลด ตับและม้ามโตต่อมน้ำเหลืองโตทั่วตัว
- วัณโรคของกล่องเสียง เสียงแหบแห้ง และปวดบริเวณกล่องเสียง
- วัณโรคของอวัยวะสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะ มักเกิดในผู้หญิงซึ่งมักจะทำให้เกิดการเป็นหมัน

### 1.5. การวินิจฉัยวัณโรค (Diagnosis of Tuberculosis)

ผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่มีอาการ แต่มีจำนวนหนึ่งที่จะไม่รู้สึกว่าตนกำลังไม่สบาย นอกจากนี้ยังมีอีกจำนวนหนึ่งที่ไม่มีอาการเลย อาการวัณโรคอาจเป็นได้ทั้งอาการทั่วไปและ/หรืออาการ อาการแสดงของวัณโรคปอด หรืออาการที่สัมพันธ์กับอวัยวะที่เป็นโรคหรืออาการแทรกซ้อนอื่นๆ

#### 1.5.1. การวินิจฉัยโรคและตรวจร่างกาย

##### 1.5.1.1. การซักประวัติและตรวจร่างกาย

###### อาการทั่วไป

ผู้ป่วยอาจมีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ถ้าเป็นหญิงอาจมีรอบเดือนไม่สม่ำเสมอ ไข้ต่ำๆ ซึ่งมักเป็นตอนบ่ายๆ หรือตอนเย็น เหงื่อออกตอนกลางคืน อาการเหล่านี้อาจเป็นนานสัปดาห์หรือเดือนก่อนผู้ป่วยมาพบแพทย์ ในบางรายอาจพบ Erythema Nodosum อาการไม่จำเพาะเหล่านี้ ร่วมกับอาการไข้ อาจจะเป็นเพียงอาการ อาการแสดงที่ตรวจพบในผู้ป่วยที่มีการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคไปตามกระแสโลหิต การถ่ายภาพรังสีทรวงอกอาจ

ตรวจพบลักษณะของ Diffuse, Fine Nodular, Uniform Infiltration ซึ่งมีลักษณะเป็น Military Pattern นอกจากนี้บางรายอาจตรวจพบ Tubercle ที่บริเวณ Fundi ของจอภาพตา ตับโต ม้ามโต และ/หรือต่อมน้ำเหลืองตามร่างกายโต

### 1.5.1.2. อาการทางปอด

ผู้ป่วยจะมีอาการไอ อาจไอเป็นเลือด ไอเสมหะมีเลือดปน เสมหะมักมีสีเหลือง เขียวและมีกลิ่นเหม็น นอกจากนี้บางรายจะมีอาการเจ็บหน้าอก ในรายที่มีน้ำช่องเยื่อหุ้มปอดมากจะมีอาการเหนื่อยง่ายได้ การตรวจร่างกายอาจพบ Crepitation ที่บริเวณรอยโรค หรือเสียงหายใจลดลงในกรณีที่มีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดอย่างไรก็ดีอาการเหล่านี้ไม่จำเพาะต่อการวินิจฉัยโรคปอด บางรายมีอาการของ Pleuritic Chest Pain บางรายมี Tuberculosis Empyema ที่อาจเห็นโป่งพองเป็นก้อนที่ผนังทรวงอกได้

### 1.5.1.3. อาการที่เกิดกับอวัยวะอื่นๆ

1. Genitourinary Tract อาจมีการอักเสบของระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นๆ หายๆ และมีปัสสาวะขุ่นแต่ตรวจไม่พบ Bacteria (Pyuria Without Bacteriuria) อาจพบลักษณะของ Beaded Vas Deferens มี Draining Scrotal Sinus Epididymitis (โดยเฉพาะที่มีหินปูนเกาะจับด้วย) บางรายอาจมีปัสสาวะเป็น/ปนเลือดได้ในผู้หญิงอาจมีรอบเดือนไม่ปกติ รอบเดือนไม่มา ปวดบริเวณช่องเชิงกราน หรือบางรายมีบุตรยากเป็นหมัน

2. ระบบ Lymphatics อาจพบต่อมน้ำเหลืองที่ขั้วปอดโต ต่อมน้ำเหลืองที่บริเวณ Mediastinum โต ที่บริเวณลำคอเหนือไหปลาร้า (Supraclavicular) พบได้บ่อย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ HIV ร่วมด้วย การวินิจฉัยอาศัยการเจาะดูด (Aspiration) หรือ Excisional Biopsy เพื่อเอาหนองไปตรวจย้อมเชื้อและทำการเพาะเชื้อ

3. กระดูกและข้อ พบได้ประมาณร้อยละ 1 ของผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมด อาจมีอาการปวดบวมเฉพาะที่กดเจ็บ เกือบร้อยละ 50 ของผู้ป่วยเหล่านี้ไม่มีความผิดปกติในภาพรังสีทรวงอก การวินิจฉัยอาศัยการ Aspiration, Excision, Biopsy เพื่อเอาน้ำหรือชิ้นเนื้อไปตรวจหาเชื้อวัณโรคโดยวิธีย้อมเชื้อหรือเพาะเชื้อ

4. เยื่อหุ้มสมอง อาการจะรุนแรงมาก มีโอกาสตายสูงหากได้รับการวินิจฉัยและรักษาช้า อาจมีอาการคอแข็ง ไข้ ปวดศีรษะมาก อาเจียน สับสน พฤติกรรมเปลี่ยน การตรวจน้ำไขสันหลังมักพบลักษณะของ Low Glucose, High Protein การตรวจย้อมหาเชื้อ AFB จากน้ำไขสันหลังโดยวิธี Direct Smear มักไม่พบ ถ้าสงสัยมากการรักษาวัณโรคเยื่อหุ้มสมองไปก่อน มีความจำเป็นจนกว่าจะพิสูจน์เป็นอย่างอื่น

5. เยื่อช่องท้อง มักมีน้ำในช่องท้อง (Ascites) และใช้ ลักษณะท้องเป็นแบบ Doughy Abdomen Ascites จะมี Protein สูง ( $> 3 \text{ gm}\%$ ) การวินิจฉัยอาศัยการเพาะเชื้อ ย้อมหาเชื้อในสารน้ำที่เจาะได้

6. เยื่อหุ้มหัวใจ ผู้ป่วยจะมีอาการของ Cardiac Tamponade, Congestive Heart Failure มักมีภาพรังสีของปอดผิดปกติร่วมด้วย การวินิจฉัยอาศัยการเพาะเชื้อ, ย้อมหาเชื้อจากสารน้ำที่เจาะได้

7. กล่องเสียง (Larynx) บางครั้งผู้ป่วยมาพบแพทย์ด้วยอาการเสียงแหบเป็นเพราะมีวัณโรคที่บริเวณกล่องเสียงมักพบมีภาพ รังสีทรวงอกผิดปกติด้วย

การวินิจฉัยวัณโรคปอดนอกจากจะอาศัย อาการแสดงดังกล่าวข้างต้นเป็นตัวชี้้นำเพื่อการสืบค้นโรคต่อไป การถามประวัติสัมผัสโรคก็มีความสำคัญมาก โดยเฉพาะกรณีที่มีสมาชิกในครอบครัวเคยป่วยหรือกำลังป่วยเป็นวัณโรคปอด

## 1.5.2. การตรวจเสมหะเพื่อวินิจฉัยวัณโรคปอด

### 1.5.2.1. การตรวจเสมหะด้วยวิธีย้อมเชื้อ

การตรวจเสมหะด้วยวิธี Direct Smear มีความไว (Sensitivity) ไม่มากนักแต่มีความจำเพาะ (Specificity) สูงมาก ในประเทศไทยซึ่งมีอัตราชุกของผู้ป่วยวัณโรคค่อนข้างสูง ถ้าตรวจเสมหะพบเชื้อ AFB (Acid Fast Bacilli) เกือบบอกได้ทันทีว่าเป็นวัณโรคและสามารถให้การรักษาได้เลยโดยไม่ต้องรอผลเพาะเชื้อ และการพิสูจน์เชื้อการตรวจเสมหะที่ถูกต้องมีผลต่อการแปลงผล เพื่อเริ่มต้นรักษาหรือติดตามผลรักษา ในกรณีที่ไม่สามารถตรวจเสมหะได้ทันที ต้องเก็บเสมหะในที่เย็นไม่โดนแสงแดดโดยตรง เสมหะไม่ควรเก็บนานเกิน 7 วัน นอกจากนี้เทคนิคการเตรียมการตรึง (Fix Slide) การย้อมสี (Stain) ต้องกระทำอย่างถูกต้อง เช่น สีย้อมต้องไม่เก่าเกินไป ไม่มีตะกอนสี แผ่นสไลด์ไม่มีรอยขีดขูดด้วย กล้องจุลทรรศน์ต้องมีคุณภาพดีเจ้าหน้าที่ชั้นสูงต้องผ่านการอบรมและมีประสบการณ์พอสมควร และที่สำคัญหน่วยชั้นสูงต้องได้รับการนิเทศงานและมีการทำ Quality Assurance อย่างสม่ำเสมอ

### 1.5.2.2. การเพาะเชื้อวัณโรค

เป็นการตรวจที่มีความจำเพาะสูงสุดถือเป็น Gold Standard ของการวินิจฉัยโรคได้ในกรณี ที่ผลตรวจเสมหะเป็นบวก 2 ครั้ง การเพาะเชื้อก็ไม่มีมีความจำเป็น บางครั้งอาจตรวจพบ AFB ในเสมหะแต่เพาะเชื้อไม่ขึ้น ทั้งนี้อาจเกิดจากผู้ป่วยกำลังได้รับยารักษาโรค เสมหะแต่เพาะเชื้อไม่ขึ้น ทั้งนี้อาจเกิดจากผู้ป่วยกำลังได้รับรักษาวัณโรค เสมหะถูกเก็บนาน

เกินไป เสมหะ โคนแสงแดดมากเกินไปทำให้เชื้อวัณโรคตาย หรือขั้นตอนการเพาะเชื้อไม่ดี เช่น มี Contamination, อาการเลี้ยงเชื้อไม่ได้มาตรฐานคุณภาพของ Incubator ไม่ดี

### 1.5.3. การถ่ายภาพรังสีที่ทรวงอก

เนื่องจากพยาธิสภาพส่วนใหญ่ผู้ป่วยวัณโรคมักอยู่ที่ปอด ดังนั้นการถ่ายภาพรังสีทรวงอกเพื่อประกอบการวินิจฉัยจึงเป็นเรื่องจำเป็น ภาพรังสีทรวงอกมีความไว (Sensitivity) ค่อนข้างสูง แต่มีความจำเพาะ (Specificity) ค่อนข้างต่ำ การใช้ภาพรังสีทรวงอกกับอาการเท่านั้นเพื่อการวินิจฉัยวัณโรคปอด โดยไม่มีการตรวจเสมหะ จึงมีโอกาสผิดพลาดได้บ่อย ถึงแม้จะไม่มีลักษณะจำเพาะสำหรับวัณโรคและภาพรังสีทรวงอกที่ผิดปกติก็ไม่สามารถบอกได้ว่า รอยโรคกำลังลุกลาม (Active) หรือไม่ แต่ลักษณะบางอย่างก็ช่วยชี้นำว่าน่าจะเป็นวัณโรคได้ เช่น ลักษณะ Fibronodular ที่บริเวณยอดปอดของ Lower Lobe โดยเฉพาะถ้าพบลักษณะแอ่งโพรง (Cavity) ยิ่งเพิ่มน้ำหนักของความน่าจะเป็นวัณโรคมากขึ้น

### 1.5.4. การทดสอบทางผิวหนัง (Tuberculin Skin Test)

การทดสอบ Tuberculin เป็นการตรวจเพื่อวินิจฉัยว่าผู้นั้นได้รับเชื้อวัณโรคมาแล้วเนื่องจาก ประเทศไทยมีอัตราการครอบคลุมการฉีดวัคซีน BCG ค่อนข้างสูง จึงเป็นการยากอย่างมากที่จะแยกปฏิกิริยา Tuberculin เพื่อวินิจฉัยวัณโรคจึงมีข้อจำกัดอย่างไรก็ดีปฏิกิริยาที่ให้ผลบวกคือปฏิกิริยาที่ให้ตุ่มนูนแข็ง (Indurations) ที่มีเส้นผ่าศูนย์กลางมากกว่า 10 มม. ขึ้นไปการทดสอบนี้ยังมีประโยชน์บ้างในการวินิจฉัยวัณโรคที่ตรวจไม่พบเชื้อ

### 1.5.5. เทคนิคการตรวจหาเชื้อแบบพิเศษ (Advanced in the Diagnosis of Tuberculosis)

1.5.5.1. Antigen Detection โดยใช้ Nucleic Acid Probe เพื่อตรวจหา Specific DNA หรือ RNA Base Sequence เหมาะสำหรับการตรวจ CSF (Cerebrospinal Fluid) ซึ่งมีลักษณะกระจายของเชื้อวัณโรคค่อนข้างสม่ำเสมอ

1.5.5.2. Polymerase Chain Reaction (PCR) เป็นเรื่องของ Molecular Biology สำหรับการวินิจฉัยทางการแพทย์ การทดสอบอาศัย Replication ของ DNA หรือ DNA-DNA Annealing วิธีนี้มี Sensitivity สูงมากและการทดสอบได้เร็วกว่าการเพาะเชื้อด้วยวิธี Convention ในคนที่มีความชำนาญมากสามารถตรวจพบวัณโรคแม้เพียงจำนวนเล็กน้อย (3 ตัว) ใน

Specimen ภายในเวลา 48 ชั่วโมง อย่างไรก็ดี เนื่องจากการทดสอบนี้มีความไวสูงมากทำให้สามารถ Amplified Undergraded DNA ได้ แม้จากเชื้อที่ตายแล้ว จึงไม่เหมาะสำหรับติดตามผลรักษา

1.5.5.3. Biochemical Detection ของ Specific Component ของเชื้อวัณโรค ได้แก่ การตรวจ Tuberculo-steric Acid , Mycolic Acid

1.5.5.4. Enzyme Linked Immunosorbent Assay (ELISA) เป็นการทดสอบหา Immunoglobulin Antibody ด้วย Purified AG ที่จำเพาะต่อเชื้อวัณโรค

1.5.5.5. DNA fingerprint : หรือ RFLP (Restriction Fragment Length Polymorphism): เหมาะสำหรับการศึกษาถึงการแพร่ติดต่อจากเชื้อวัณโรค จากคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่ง ทำให้สามารถบอกแหล่ง (Sources) ของวัณโรคได้ ใช้ในการศึกษาของการระบาด (Outbreak) ของวัณโรคในสถานการณณ์ ต่าง ๆ เช่น ในคุก โรงพยาบาล เป็นต้น ในทางปฏิบัติเราไม่ใช้การทดสอบนี้เพื่อวินิจฉัยโรค

### สรุป

ขณะนี้มีการตรวจเพื่อวินิจฉัยวัณโรคได้หลายวิธี แต่ละวิธีมีข้อดี ข้อเสียแตกต่างกัน ผู้ใช้ต้องมีวิจารณญาณในการเลือกวิธีตรวจที่เหมาะสมที่สุด

## 1.6. การรักษาวัณโรค

วัตถุประสงค์หลักของการรักษาวัณโรคคือ การรักษาผู้ป่วยวัณโรคเสมอหะบวงที่ขึ้นทะเบียนให้หายอย่างน้อย 85% การจะบรรลุวัตถุประสงค์นี้ต้อง

- ให้อาถูกต้องทั้งชนิดและจำนวน
- ขนาดของยาแต่ละชนิดจะต้องเหมาะสมกับผู้ป่วย
- ระยะเวลาของการให้อาต้องยาวเพียงพอ
- ต้องมั่นใจว่าผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

### ยาที่ใช้ในการรักษาวัณโรค

ยาที่สำคัญที่สุดในการรักษาวัณโรคในปัจจุบันคือ

- ไอโซไนอะซิด (Isonizid : H)
- ไรแฟมปีซิน (Rifampicin : R)
- พัยราซิनाไมด์ (Pyrazinamide: Z)
- สเต็ปโตมัซซิน (Streptomycin :S)
- อีแธมบูตอล (Ethambutol : E)

บางครั้งมียาผสมในเม็ดหนึ่งๆ เช่น ไอโซไนอะสิด + ไรแฟมปีซิน (HR) หรือไอโซไนอะซิด+ไรแฟมปีซิน+ พัยราซิनाไมด์ (HRZ) ไม่ควรใช้ยาเหล่านี้โดยเฉพาะ R และ S ในการรักษาโรคอื่นนอกจากโรคที่เกิดจากเชื้อไมโครแบคทีเรียที่มีการใช้ระบบยารักษาวัณโรคในแผนงานวัณโรคแห่งชาติ (National Tuberculosis Program :NTP)

### สรุป

วัณโรค คือ โรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย สามารถติดต่อได้จากคนสู่คน และสามารถเป็นได้กับทุกอวัยวะของร่างกาย และสิ่งที่สำคัญต่อการดำเนินงานด้านการดูแลผู้ป่วยนั้น จำเป็นจะต้องมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรควัณโรค เพื่อจะได้รู้วิธีการป้องกันตนเองจากผู้ป่วย

### แผนงานการควบคุมวัณโรคแห่งชาติ (National Tuberculosis Program: NTP)

(สำนักวัณโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2551)

#### 1. กลยุทธ์ในการควบคุมวัณโรค

ยุทธวิธีในการควบคุมวัณโรค (Expanded DOTS Framework for Effective Tuberculosis Control) เพื่อการควบคุมวัณโรคอย่างมีประสิทธิภาพ ต้องใช้ยุทธวิธี DOT ซึ่งมี 5 องค์ประกอบหลัก

1.1. Sustained Political Commitment พันธะสัญญาจากหน่วยงานทุกระดับตลอดจนพันธมิตร ทุกภาคส่วนในการเพิ่มบุคลากรและงบประมาณเพื่อทำให้การควบคุมวัณโรคเป็นพันธกิจทั่วประเทศ และบูรณาการอยู่ระบบสุขภาพแห่งชาติอย่างยั่งยืน

1.2. Access to Quality – Assured TB Sputum Microscopy การค้นหารายป่วยในผู้ที่มีอาการนำสงสัยเป็นวัณโรค เน้นการตรวจสอบหะด้วยกล้องจุลทรรศน์ โดยหน่วยชั้นสูงที่มีระบบประกันคุณภาพจำเป็นต้องให้ความสำคัญเป็นพิเศษเพื่อค้นหารายป่วยในกลุ่มผู้ติดเชื้อ HIV และกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ เช่น ผู้ต้องโทษในเรือนจำ

1.3. Standardized Short-Course to all Cases of TB Under Proper Case Management Conditions in Cluding Airect Observation of Treatment การรักษาด้วยระบบยามาตรฐานระยะสั้น (6, 8 เดือน) พร้อมระบบการดูแลผู้ป่วย ( Case Management ) ที่เหมาะสมทั้งเชิงเทคนิคและสังคม, แนะนำให้ใช้การรักษาแบบมีพี่เลี้ยง ( Directly Observed Treatment – DOT ) เสมอเมื่อมีการใช้ Rifampicin เพื่อความมั่นใจในคุณภาพของงานวัณโรคเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยให้คงอยู่ในการรักษาและเพื่อป้องกันการดื้อยา

1.4. Uninterrupted Supply of Quality – Assured Drugs การสนับสนุนยาวัณโรคที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่องและไม่ขาดระยะคือเป็นองค์ประกอบสำคัญในการควบคุมวัณโรค, จำเป็นต้อง

มีระบบบริหารจัดการยาที่เชื่อถือได้ผู้ป่วยควรได้รับยาวัณโรคโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายเนื่องจากการรักษาให้ผู้ป่วยหายเป็นประโยชน์ต่อสังคมโดยรวม

1.5. Recording and Reporting System Enabling Outcome Assessment ระบบการบันทึก/ทะเบียน/รายงานที่เป็นมาตรฐาน เพื่อประเมินผลการรักษาของผู้ป่วยแต่ละรายและประเมินผลการปฏิบัติงานวัณโรคโดยรวมกลยุทธ์ DOTS เป็นกลยุทธ์หลักที่องค์การอนามัยโลกได้เสนอแนะให้ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกนำไปดำเนินการควบคุมวัณโรค เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาและเพื่อป้องกันการติดต่อยา ขณะนี้มีประเทศต่าง ๆ นำกลยุทธ์นี้ไปใช้มากกว่า 150 ประเทศทั่วโลกสำหรับประเทศไทยได้นำกลยุทธ์นี้มาใช้ตั้งแต่ พ.ศ. 2539 เริ่มใน 8 อำเภอร่องและขยายจนสามารถครอบคลุมพื้นที่ทั้งประเทศในปี พ.ศ. 2545 ในปี พ.ศ. 2548 องค์การอนามัยโลกได้เสนอกกลยุทธ์และการดำเนินการ ซึ่งมีกรอบแนวคิดขยายกว้างขึ้นและมีเนื้อหาเพิ่มขึ้น ประกอบด้วย

1. Pursue Quality DOTS Expansion and Enhancement ยังยึดถือกลยุทธ์ DOTS เป็นหลักแต่ครอบคลุมรายละเอียดมากขึ้นและกว้างมากยิ่งขึ้น องค์ประกอบทั้ง 5 ได้แก่

- Political Commitment With Increase Sustained Financing เน้นการให้ความสำคัญ โดยมีการจัดหางบประมาณเพิ่มขึ้นและเพียงพอ ในการดำเนินงานควบคุมวัณโรคให้มีประสิทธิภาพ

- Case Detection Through Quality – Assured Bacteriology การค้นหาผู้ป่วยโดยใช้การตรวจหาเชื้อในห้องปฏิบัติการที่มีระบบประกันคุณภาพ โดยการตรวจสอบหะด้วยกล้องจุลทรรศน์ และการเพาะเชื้อในหน่วยงานที่สามารถดำเนินการได้

- Standardized Treatment with Supervision and Patient Support ให้การรักษาผู้ป่วยด้วยระบบยาและการจัดการที่เป็นมาตรฐาน รวมทั้งมีการดูแลและสนับสนุนการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยได้กินยาอย่างต่อเนื่อง ครบกำหนด

- Effective Drug Supply and Management System มีการจัดการอย่างเป็นระบบและสนับสนุนยาที่มีประสิทธิภาพและเพียงพอ

- Monitoring and Evaluation System and Impact Measurement มีการกำกับและติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์เพื่อวัดผลกระทบที่เกิดขึ้น

2. Address TB/HIV, MDR-TB and Other Challenges (การผสมผสานงานวัณโรคและโรคเอดส์ วัณโรคคือยาหลายขนาน และประเด็นท้าทายอื่นๆ)

- การบูรณาการงานวัณโรคและงานโรคเอดส์

- การป้องกันและการควบคุมวัณโรคคือยาหลายขนาน

- การควบคุมวัณโรคในผู้ต้องขัง ผู้อพยพ และกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ

3. Contribute to Health System Strengthening (สนับสนุนระบบสุขภาพให้เข้มแข็ง)

- การให้ความร่วมมือเพื่อผลักดันนโยบายให้เข้มแข็ง การเพิ่มทรัพยากรบุคคล งบประมาณเพื่อพัฒนาการให้บริการ และปรับปรุงระบบข้อมูลข่าวสาร
- เชื่อมโยงงานควบคุมวัณโรคเข้ากับการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอื่นๆ
- ปรับงานวัณโรคเข้าไปในงานสาธารณสุขพื้นฐานอื่นๆ ในชุมชน เช่น งานอนามัยแม่และเด็ก เป็นต้น

4. Engage all Care Providers (ประสานงานกับทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการบริการสุขภาพ)

- ประสานงานระหว่างหน่วยงานของภาครัฐด้วยกัน และระหว่างหน่วยงานของภาครัฐกับเอกชน (Public – Public and Public – Private Mix: PPM)
- มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยวัณโรคระดับสากล (International Standards for TB Care : ISTC) จัดทำขึ้นเป็นแนวทางปฏิบัติในการวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งจะสามารถช่วยส่งเสริมการดูแลสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน

5. Empower People with TB and Communities

- การกระตุ้นให้ความสำคัญการสื่อสารกับชุมชนและสังคม เพื่อให้มีความรู้และเกิดความตระหนักและการมีส่วนร่วมในการควบคุมวัณโรค โดยเฉพาะในผู้ยากไร้ รวมถึงการจัดความเรียงของสังคมต่อผู้ป่วย (Advocacy, Communication and Social Mobilization: ACSCM)
- Community Participation in TB Care ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยได้แก่ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ การให้ความรู้แก่ชุมชน การส่งเสริมอาสาสมัครในการเป็นพี่เลี้ยง

6. Enable and Promote Research (ส่งเสริมการศึกษาวิจัย) ได้แก่ การวิจัยเชิงปฏิบัติการในการดำเนินงานควบคุมวัณโรค การศึกษาวิจัยเพื่อหาวิธีการใหม่ๆ ในการวินิจฉัยยาหรือระบบยาใหม่ และการพัฒนาวัคซีน เป็นต้น

## 2. โครงสร้างของแผนงาน การควบคุมวัณโรคแห่งชาติ

แผนงานการควบคุมวัณโรคแห่งชาติหรือที่นิยมเรียกว่า แผนงานวัณโรคแห่งชาติ (National Tuberculosis Program: NTP) สำหรับประเทศไทยนั้นได้กำหนดขึ้นหลังจากมีการสำรวจวัณโรคด้านระบาดวิทยาเป็นครั้งแรกระหว่างปี พ.ศ. 2503 - 2507 ที่แสดงว่าวัณโรคปอดเป็นโรคติดต่อที่ระบาดแพร่หลาย ทั้งในเขตเมืองและชนบททั่วประเทศ แผนงานวัณโรคแห่งชาตินี้มีหลักการตามแนวทางโดยรายงานของคณะผู้เชี่ยวชาญวัณโรคขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 8 เมื่อปี พ.ศ. 2507 (ค.ศ. 1964) ที่จะต้องขยายงานโดยการบูรณาการงานควบคุมวัณโรคเข้ากับบริการสาธารณสุขพื้นฐานที่มีอยู่แล้ว เพื่อให้ครอบคลุมประชากรได้ทั่วประเทศตั้งแต่เริ่มแรกและเป็นแผนงานที่ถาวร โดยที่วัณโรคนั้นมีอาจใช้วิธีการรณรงค์ชั่วคราวให้ได้ผลดีได้ เพราะผู้ป่วยวัณโรคจะอุบัติขึ้นจากแหล่งประชากรที่ติดเชื้อวัณโรคอยู่แล้วได้ตลอดเวลา และที่สำคัญอีกข้อหนึ่งก็คือ บริการต้องเป็นที่ยอมรับและเข้าถึงตามความต้องการของประชาชนด้วย กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ดำเนินการตามแผนงานวัณโรคแห่งชาติตั้งแต่ปี 2510 ซึ่งปรากฏว่าเป็นผลสำเร็จในการบูรณาการการฉีดวัคซีนบีซีจี โดยหน่วยงานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดต่างๆ ซึ่งได้ผลดีในแง่ความครอบคลุมประชากรเป้าหมายคือ เด็กก่อนเข้าโรงเรียนและต่อมาได้ขยายการบริการครอบคลุมประชากรเด็กแรกเกิดด้วย อีกทั้งเป็นการลดค่าใช้จ่ายจากการใช้หน่วยเคลื่อนที่เฉพาะในอดีตสำหรับการค้นหาผู้ป่วยและการรักษาด้วยยาแบบผู้ป่วยนอกนั้น การเริ่มบูรณาการงานนี้ให้สถานีอนามัยในจังหวัดต่างๆ โดยส่งเจ้าหน้าที่ไปประจำสถานีอนามัยชั้นหนึ่งเพื่อดำเนินการตรวจเสมหะผู้ที่มาขอรับบริการซึ่งมีอาการสงสัยวัณโรคด้วยกล้องจุลทรรศน์ และให้การรักษาด้วยยาแก่ผู้ป่วยที่ตรวจพบเชื้อวัณโรค ซึ่งเป็นระยะแพร่เชื้อแบบผู้ป่วยนอกโดยได้รับการสนับสนุนในด้านวิชาการ การนิเทศงาน วัสดุเวชภัณฑ์จากศูนย์วัณโรคเขตผลการดำเนินงานในระหว่างปี พ.ศ. 2510 - 2519 ยังไม่ได้ผลเป็นที่พอใจ เนื่องจากไม่อาจขยายงานได้ต่อเมื่อกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายแน่วแน่ชัดในการจัดตั้งโรงพยาบาลในระดับอำเภอ (ต่อมาเรียกว่าโรงพยาบาลชุมชน) การค้นหาผู้ป่วยและรักษาวัณโรคก็ได้ประสบความสำเร็จก้าวหน้าในการขยายงาน ทำให้ตรวจพบผู้ป่วยและให้การรักษาผู้ป่วยได้มากขึ้นอีกหลายเท่า โดยโรงพยาบาลชุมชนก็ได้ทำหน้าที่เป็นแกนนำของการตรวจหาผู้ป่วย และการรักษาวัณโรคระดับอำเภออย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบกับการได้รับความร่วมมือจากโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ ดังนั้นความครอบคลุมในการตรวจพบ และการรักษาวัณโรคจึงขยายมากขึ้นเป็นลำดับมากกว่าที่ได้ปฏิบัติมาแล้ว 2 - 3 เท่าในปัจจุบันนี้สถานีอนามัยทั่วประเทศ 9,738 แห่งได้เข้ามามีส่วนร่วมในแผนงานวัณโรคจากการวิเคราะห์กิจกรรมในด้านการค้นหาผู้ป่วยและการรักษาวัณโรคในปี 2547 พบว่าหน่วยบริการภายใต้กรมควบคุมโรค (กลุ่มวัณโรค สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขต) ทำการตรวจเสมหะประมาณ 20% จากจำนวนเสมหะทั้งหมดที่ถูกตรวจทั่วประเทศ ซึ่งสามารถพบผู้ป่วยในระยะแพร่เชื้อได้ถึง 38% จากจำนวนผู้ป่วยในระยะแพร่เชื้อทั้งหมดทั่วประเทศ และยังคงรักษาผู้ป่วยวัณโรคถึงประมาณ 13% จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนรักษาทั่วประเทศ สัดส่วนที่เหลือของกิจกรรมข้างต้นดำเนินงานโดย รพศ./รพท./รพช. ทั่วประเทศ สถานบริการสังกัดกรุงเทพมหานคร, ทบวงมหาวิทยาลัย, กระทรวงกลาโหม, สำนักงานตำรวจแห่งชาติ (รพ.ตำรวจ), กรมราชทัณฑ์, มูลนิธิและภาคเอกชนต่างๆ

### 3. วัตถุประสงค์แผนงานการควบคุมวัณโรคแห่งชาติ

- 3.1. เพื่อรักษาและฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยจะได้ทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ และสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้
- 3.2. เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน ซึ่งจะมีผลทำให้ขนาด ปัญหาและความรุนแรงของวัณโรคลดลงจนไม่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุข

### 4. วิธีการหลักของแผนงานการควบคุมวัณโรคแห่งชาติ

คือ การวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยวัณโรคให้หายขาด โดยเฉพาะผู้ป่วยวัณโรคในระยะแพร่เชื้อเพราะผู้ป่วยเหล่านี้คือ แหล่งในการแพร่กระจายเชื้อผู้ป่วยวัณโรคประมาณร้อยละ 50 จะเสียชีวิตภายใน 2 – 3 ปี หากไม่ได้รับการรักษา อย่างไรก็ตามผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่อยู่ระยะแพร่เชื้อจะต้องได้รับการรักษาเช่นกัน หากมีข้อบ่งชี้ว่าเป็นวัณโรคในระยะลุกลาม (Active TB)

### 5. จุดมุ่งหมายของการดำเนินงานตามแผนงานการควบคุมวัณโรคแห่งชาติ

คือ การลดอัตราการป่วย อัตราตายและการแพร่เชื้อของวัณโรค จนกระทั่งไม่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขของประเทศ

### 6. เป้าหมายการดำเนินงานเพื่อบรรลุจุดมุ่งหมาย

วิธีการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมาย

- 6.1. รักษาผู้ป่วยระยะแพร่เชื้อ โดยให้มีอัตราผลสำเร็จในการรักษา (Success Rate) โดยคิดจากอัตราการรักษาหาย (Cure Rate) และรักษาครบ (Complete Rate) รวมกันไม่น้อยกว่าร้อยละ 85
- 6.2. เพิ่มความครอบคลุม และเร่งรัดการค้นหาผู้ป่วยระยะแพร่เชื้อไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ของจำนวนผู้ป่วยระยะแพร่เชื้อที่คาดว่าจะมีอยู่ในชุมชน

## 7. ยุทธศาสตร์การดำเนินงานภายใต้แผนงานการควบคุมวัณโรคแห่งชาติ

- 7.1. เร่งรัดให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้น ภายใต้กลวิธี DOTS โดยเน้นประสิทธิภาพของการรักษาและป้องกันการดื้อยาวัณโรค ซึ่งมุ่งเน้นการควบคุมกำกับกับการกินยาโดยมีพี่เลี้ยง (DOT) โดยมุ่งเน้น ผู้ป่วยระยะแพร่เชื้อเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน
- 7.2. เร่งรัดการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค โดยเฉพาะระยะแพร่เชื้อ โดยเน้นการสร้างกิจกรรมเชิงรุกในกลุ่มประชากรด้อยโอกาสและเสี่ยงพิเศษ เช่น กลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิด กลุ่มผู้ต้องขัง ชุมชนแออัดเขตเมือง ผู้ติดสารเสพติด ผู้ติดเชื้อ HIV ประชากรย้ายถิ่นตามแนวชายแดน
- 7.3. ขยายงานตามยุทธศาสตร์ผสมผสาน HIV/TB (HIV/TB Collaborative Strategies)
- 7.4. ระดมความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน (Multi Sectors Collaboration) ในการพัฒนารูปแบบและดำเนินการควบคุมวัณโรค รวมทั้งสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกัน และแก้ไขปัญหาวัณโรค (Community Participation)

## 8. กิจกรรมหลักภายใต้แผนงานการควบคุมวัณโรคแห่งชาติ

- 8.1. รักษาผู้ป่วยทุกคนด้วยยาที่มีประสิทธิภาพในช่วงระยะเวลาที่เพียงพอ
- 8.2. วินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรคในระยะแพร่เชื้อแต่เนิ่น ๆ โดยการตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์
- 8.3. จัดตั้งเครือข่ายของการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ และมีระบบการควบคุมคุณภาพ
- 8.4. จัดตั้งหน่วยการรักษาในแต่ละระดับของระบบสาธารณสุข
- 8.5. ให้การสนับสนุนและกำหนดมาตรฐานการรักษาอย่างต่อเนื่องรวมทั้งการติดตามและควบคุมคุณภาพของยา
- 8.6. จัดให้มีระบบบันทึกและรายงานที่เป็นมาตรฐานตามแนวทางองค์การอนามัยโลก
- 8.7. ติดตาม วิเคราะห์ผลของแผนงานฯ โดยการวิเคราะห์ผลการรักษาผู้ป่วย
- 8.8. จัดให้มีการนิเทศและฝึกอบรมสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในทุกระดับอย่างต่อเนื่อง ให้มีการให้ความรู้และสุศึกษาที่ถูกต้องแก่ชุมชนอย่างต่อเนื่อง
- 8.9. ประสาน NTP ทั้งในภาครัฐและหน่วยงานอื่น เช่น โรงพยาบาลเอกชน องค์กรเอกชน ฯลฯ
- 8.10. มีการทำการวิจัยเพื่อพัฒนา NTP อย่างต่อเนื่อง

## 9. ตัวชี้วัดที่ใช้ประเมินผลแผนงานการควบคุมวัณโรคแห่งชาติ

9.1. ผลการรักษาผู้ป่วยใหม่ในระยะแพร่เชื้อ ผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ ผู้ป่วยที่การรักษาล้มเหลวรวมถึงผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดและวัณโรคปอดที่ไม่อยู่ในระยะแพร่เชื้อ

9.2. อัตราเสมหะปราศจากเชื้อ (Conversion Rate) เมื่อสิ้นสุดระยะเข้มข้นของผู้ป่วยใหม่ในระยะแพร่เชื้อผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ และผู้ป่วยที่รักษาล้มเหลว

9.3. ความครอบคลุมของการกินยาผู้ป่วยใหม่ที่พบเชื้อ

9.4. อัตราตรวจพบของผู้ป่วยใหม่เสมหะพบเชื้อ จำแนกตามอายุ และเพศ

9.5. อัตราส่วนของจำนวนผู้ป่วยใหม่เสมหะพบเชื้อต่อผลรวมของจำนวนผู้ป่วยใหม่เสมหะไม่พบเชื้อและผู้ป่วยวัณโรคนอกปอด

9.6. อัตราตรวจพบเชื้อในเสมหะของผู้ที่สงสัยว่าเป็นวัณโรค

### ด้านการรักษา

1. อัตราผลสำเร็จในการ (Success Rate) เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญที่สุดที่ใช้ประเมินแผนงาน ควบคุมวัณโรคโดยคิดจากอัตราการรักษาหาย (Cure Rate) และรักษาครบ (Complete Rate) รวมกันไม่น้อยกว่า 85% หากพื้นที่ใดมีอัตรารักษาหายต่ำกว่า 85% ควรตรวจสอบผลการรักษาอื่นว่ามีปัญหาที่จุดใด

2. อัตราการเปลี่ยนของเสมหะ (Conversion Rate) เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญรองลงมาจากอัตรารักษาหายแต่สามารถบ่งบอกสถานการณ์ได้เร็วกว่าโดยปกติ แล้วอัตราการแปรเปลี่ยนของเสมหะในผู้ป่วยใหม่และกลับเป็นซ้ำควรไม่ต่ำกว่า 85% สำหรับผู้ป่วยประเภทอื่นๆ ไม่ควรต่ำกว่า 80%

3. อัตราการรักษาครบ (Completion Rate)

4. อัตราการขาดยา (Default Rate) ตามเป้าหมายการดำเนินงานวัณโรคแห่งชาติ ต้องน้อยกว่า 5%

5. อัตราล้มเหลว (Failure Rate) โดยปกติอัตราความล้มเหลวในการรักษาผู้ป่วยใหม่เสมหะพบเชื้อไม่ควรเกิน 3%

6. อัตราการตาย (Death Rate)

7. อัตราการโอนออก (Transfer – Out Rate)

### ด้านการค้นหาผู้ป่วย

1. ความครอบคลุมของการค้นหาผู้ป่วย (Coverage of Case-Finding) เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญอีกตัวหนึ่งในแผนงานควบคุมวัณโรค WHO กำหนดว่าหากการรักษามีประสิทธิภาพดีพอแล้ว ความครอบคลุมในการค้นหาผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 70% ของจำนวนผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่คาดว่าจะมีอยู่ในชุมชน
2. อัตราการตรวจพบรายปี (Detection Rate) เป็นตัวชี้วัดที่บ่งบอกถึงแนวโน้มของการรักษาผู้ป่วย เมื่อวิเคราะห์เป็นช่วงเวลา (รายเดือน, รายปี) โดยจะรายงานเป็นอัตรา/100,000 ประชากร
3. อัตราการตรวจพบ จำนวนตามกลุ่มอายุและเพศเป็นตัวชี้วัดที่บ่งบอกถึงแนวโน้มของสถานการณ์วัณโรค โดยที่หากอัตราตรวจพบในกลุ่มประชากรที่อายุไม่มากมีแนวโน้มลดลงจะชี้บ่งถึงการแพร่กระจายเชื้อที่น้อยลง ในขณะที่การลดของอัตราการตรวจพบในประชากรที่สูงอายุจะลดช้ากว่า เพราะประชากรที่สูงอายุส่วนใหญ่จะติดเชื้อมาหลายปีหรือเป็นสิบปีแล้ว ตามปกติแล้วอัตราการตรวจพบในเพศชายและหญิงไม่ควรแตกต่างกันมากนัก หากสัดส่วนเป็นชายมากกว่าหญิงมากๆ ควรตระหนักว่ากิจกรรมการให้บริการในสตรีอาจไม่เข้มแข็งเพียงพอ ตัวชี้วัดในข้อนี้สามารถคำนวณได้จากรายป่วยรอบ 3 เดือน
4. สัดส่วนของผู้ป่วยเสมหะบวกในผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมด ความเป็นจริงแล้วอัตราส่วนในข้อนี้จะประมาณ 1:1 หากมีสัดส่วนที่เสมหะลบมากๆ ควรตระหนักถึงการวินิจฉัยผิดพลาด (Over Diagnosis)
5. คุณภาพของการตรวจเสมหะเป็นการตรวจสอบคุณภาพของงานชั้นสูงตร โดยปกติแล้วการตรวจเสมหะผู้ป่วยที่มีอาการสงสัยวัณโรคควรให้ผลบวกประมาณ 10% (8-12%)

### 10. บทบาทของ รพช./รพท./รพศ./CUP

#### 10.1. ด้านการค้นหาผู้ป่วย

- ค้นหาผู้ป่วยในรายที่มีอาการสงสัยวัณโรคที่มาตรวจที่ รพช./รพท./รพศ.
- ตรวจเสมหะในผู้ป่วยที่มีอาการสงสัยอย่างน้อย 3 ครั้ง
- วินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรคในระยะไม่แพร่เชื้อ (โดยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก)

และวัณโรคนอกปอด

#### 10.2. ด้านการรักษา

- ให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยด้านในอันที่จะมีประโยชน์ต่อการรักษาครบของผู้ป่วย

- บ้าน
- รักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วยระบบยามาตรฐานด้วยวิธี DOT
  - โอนผู้ป่วยในรายชื่อที่เห็นควรไปรับการรักษาที่สถานีนามัยหรือ PCU ใกล้
- ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล
- บันทึกผลการรักษาในบัตรบันทึกผลการรักษา และ DOT Card สำหรับ
  - ตรวจสอบระหว่างการรักษาตามข้อกำหนด
  - ติดตามผู้ป่วยที่ขาดการรักษาให้เร็วที่สุด
  - รักษาผู้ป่วยที่โอนจาก สถานีนามัย หรือ PCU เพราะแพ้ยาหรือมีอาการแทรกซ้อน

10.3. ประสานงานและให้ความร่วมมือในการดำเนินงานควบคุมวัณโรคในระดับอำเภอกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกระดับ

## 11. บทบาทของบุคลากรด้านวัณโรคแต่ละระดับ

### 11.1. บทบาทของผู้ประสานงานวัณโรคระดับจังหวัด (Provincial Tuberculosis Coordinator: PTC)

- 11.1.1. ด้านนิเทศ ควบคุม กำกับแผนการดำเนินงานวัณโรคระดับจังหวัด
- นิเทศ รพช./รพท./รพศ./ CUP สสอ. แต่ละแห่งอย่างน้อยทุก 4 เดือนต่อครั้ง
  - ให้การฝึกสอนบุคลากรสาธารณสุขในขณะทำงาน (On the Job Training)

- 11.1.2. ด้านการประเมินผล บันทึกและรายงาน
- จัดทำทะเบียนวัณโรคระดับจังหวัด
  - จัดทำรายงานรอบ 3 เดือน 4 รายงาน คือ รายงานการค้นหารายผู้ป่วย (แบบฟอร์มรายงาน TB07/1) รายงานผลการรักษา (แบบฟอร์ม TB08) และรายงานการผสมผสานวัณโรคและโรคเอดส์ (TB-HIV01) ของจังหวัดและส่งผู้ประสานงานระดับเขต
  - เฝ้าระวังติดตามสถานการณ์วัณโรควัณโรคระดับจังหวัด

### 11.2. บทบาทของผู้ประสานงานวัณโรคระดับอำเภอ (District Tuberculosis Coordinator: DCT)

- 11.2.1. ด้านนิเทศควบคุมกำกับแผนการดำเนินงานวัณโรคระดับอำเภอ

- ต่อครั้ง
- นิเทศสถานีนอนามัย และ PCU แต่ละแห่งอย่างน้อยทุก 4 เดือน
  - ให้การฝึกสอนบุคลากรสาธารณสุขในขณะนิเทศ (On the Job Training)

#### 11.2.2. ด้านการติดตามประเมินผล บันทึกและรายงานผล

- จัดทำทะเบียนวันโรคระดับจังหวัด
- ร่วมจัดทำรายงานรอบ 3 เดือน 4 รายงาน คือรายงาน การค้นหาผู้ป่วย รายงานผลเสมหะปราศจากเชื้อเมื่อสิ้นสุดระยะเข้มข้น รายงานผลการรักษา และรายงานการดำเนินงานผสมผสานวันโรคและโรคเอดส์ของอำเภอและจัดส่งให้ผู้ประสานงานระดับจังหวัด

#### 11.2.3. เพื่าระวังติดตามสถานการณ์วันโรคระดับอำเภอ

### 11.3. บทบาทของเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย/ PCU

#### 11.3.1. ด้านการค้นหาผู้ป่วย

- ค้นหาผู้ป่วยที่มีอาการสงสัยวัณโรคที่มาสถานีนอนามัย / PCU
- เมื่อพบผู้ป่วยวัณโรคแล้วอาจดำเนินการได้ ดังนี้
  - 1) ส่งผู้ป่วยพร้อมเก็บเสมหะตอนเช้าไปตรวจที่ รพช./ รพท./ รพศ./ CUP
  - 2) ส่งเสมหะไปตรวจ
  - 3) ในกรณีที่มีความพร้อมอาจป้ายสไลด์เสมหะส่งตรวจที่ รพช./

รพท./ รพศ./ CUP

#### 11.3.2. ด้านการรักษา

- ให้การรักษาผู้ป่วยที่วินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคตามระบบยาที่แพทย์แนะนำ
- บันทึกการรักษาและบัตร DOT สำหรับผู้ป่วยในรายที่รักษาที่สถานีนอนามัย/PCU

อนามัย/PCU

- เก็บเสมหะของผู้ป่วยในระหว่างรักษาส่งตรวจ
- ติดตามผู้ป่วยที่ขาดการรักษาสามารถรักษาต่อให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้
- ส่งผู้ป่วยที่มีอาการแพ้ยาไปรับการรักษาต่อที่ รพช./รพท./รพศ.

#### 11.3.3. ด้านการป้องกัน

- ให้ความรู้ประชาชนเกี่ยวกับโรค

- ให้อำนาจวัคซีนบีซีจี แก่เด็กนักเรียน ป.1 ที่ไม่มีแผลเป็น บีซีจี และไม่มีประวัติเคยรับวัคซีนบีซีจี มาก่อน

#### 11.3.4. ด้านสุขภาพศึกษา

- ให้ความรู้เรื่องวัณโรคแก่ผู้ป่วย ญาติ และชุมชน

#### 11.3.5. ด้านการนิเทศและการฝึกอบรม

- นิเทศและฝึกอบรมเรื่องวัณโรคให้แก่ อสม. ผู้นำชุมชน

### 11.4. บทบาทของบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ

#### บทบาทของเภสัชกร

- บริหารคลังเวชภัณฑ์และยาที่ใช้ในการรักษาวัณโรค
- กำหนดมาตรฐานและคุณสมบัติของยาที่ใช้ในการรักษาวัณโรค
- ติดตามเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา
- จัดหา เก็บรักษา และจัดเตรียมยาเป็น Daily Drug Packet
- ให้คำปรึกษาและความรู้เกี่ยวกับยาวัณโรค

#### บทบาทของเจ้าหน้าที่ชันสูตร

- ตรวจสอบไลค์เสมหะอย่างถูกต้องและเที่ยงตรง
- มีการบันทึกรายละเอียดของผู้ป่วยและผลตรวจลงในทะเบียนชันสูตร

(Laboratory Register)

- เก็บสไลด์เสมหะที่ให้ผลบวกและลบทุกแผ่น เพื่อการควบคุมคุณภาพ

ต่อไป

#### บทบาทผู้ให้คำปรึกษา (Counselor) ด้านเอ็ดส์

- ให้คำปรึกษา ข้อมูล ความรู้ เกี่ยวกับการควบคุมป้องกันรักษาวัณโรค
- คัดกรองผู้มีอาการสงสัยวัณโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวี และส่งไปตรวจ

วินิจฉัยเพื่อค้นหา วัณโรค

- ส่งผู้ติดเชื้อ เอชไอวีที่ป่วยเป็นวัณโรคไปขึ้นทะเบียนรักษาที่คลินิกวัณโรค

โรครายได้กลวิธี DOTS ด้านวัณโรค

- ให้คำปรึกษาก่อนตรวจเลือดเป็นรายบุคคลคนหรือรายกลุ่ม
- เสนอแนะการตรวจหาการติดเชื้อ เอช ไอ วี โดยความสมัครใจ
- แจ้งผลการตรวจเลือดและวางแผนการช่วยเหลือที่เหมาะสม

- ส่งผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเชื้อ เอช ไอวีร่วมด้วยไปขอรับบริการที่คลินิก  
เอ็ดส์เพื่อให้มีโอกาสเข้าถึงยาต้านไวรัส

## 12. ความร่วมมือกับหน่วยงานสาธารณสุขอื่น ๆ

- องค์กรควรมีส่วนร่วมในการกำหนดและทบทวนนโยบายของแผนงานการควบคุมวัณโรคแห่งชาติ
- องค์กรควรมีการดำเนินงานตามแนวทางของแผนงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ
- หลักสูตรการสอนการฝึกรวมที่ดำเนินการโดยองค์กรเหล่านี้ ควรเป็นไปตามนโยบายของแผนงานการควบคุมวัณโรคแห่งชาติและควรให้ความสำคัญกับการสอนและฝึกรวมเรื่องวัณโรค
- แผนงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติจะจัดตั้งองค์กรประสานงานระหว่างแผนงานการควบคุมวัณโรคแห่งชาติกับองค์กรเหล่านี้ทั้งในระดับชาติและภูมิภาค

## 13. การใช้วัคซีน บีซีจี ในแผนงานการควบคุมวัณโรคแห่งชาติ

- ให้วัคซีน บี ซี จี แก่ทารกแรกเกิดรวดเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้
- ให้วัคซีน บี ซี จี แก่ทารกแรกเกิดที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อ HIV แต่ทารกยังไม่มีอาการของ AIDS
- ให้วัคซีน บี ซี จี แก่เด็ก ป.1 ที่ไม่มีแผลเป็น บี ซี จี มาก่อนโดยไม่ต้องทดสอบทูเบอร์คูลิน

### สรุป

แผนงานวัณโรค เป็นตัวกำหนดทิศทางการทำงานให้ประสบผลสำเร็จในการควบคุมวัณโรค ซึ่งมีการกำหนดบทบาท แนวทาง และการดำเนินงานต่างๆ ให้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน

### ชุมชนกับงานวัณโรค

สถานีอนามัยเป็นโครงสร้างที่มีอยู่ในทุกตำบล ซึ่งมีความใกล้ชิดกับชุมชนมากที่สุด โดยอยู่ในฐานะที่จะประสานความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่างๆ เพื่อดำเนินงานวัณโรคในชุมชนได้อย่างดียิ่ง สภาพปัญหาวัณโรคตลอด 5 ปีที่ผ่านมา คือการไม่ประสบผลสำเร็จในการดำเนินงานซึ่งผู้เกี่ยวข้องอาจตั้งคำถามตัวเอง "คุณทำอะไรกับปัญหาเหล่านี้บ้าง"

เจ้าหน้าที่สถานีนามัยเป็นแกนหลักในการสร้างความเปลี่ยนแปลงในชุมชนที่รับผิดชอบ  
ทำความเข้าใจถึงอุปสรรคและความสำเร็จ อะไรคือ ปัญหาที่อาจเกิดขึ้น อะไรคือความสำเร็จที่  
ได้รับ

### 1. ลักษณะงานวัณโรคในชุมชน

การสนับสนุนของชุมชนมีความสำคัญมากต่อการควบคุมวัณโรค เนื่องจาก

- ก) คนในชุมชนมีสุขภาพดีหากคนปรับทัศนคติและมีการลงมือปฏิบัติเพื่อต่อต้าน  
สิ่งที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ
- ข) การบริการสุขภาพที่มีอยู่ถูกนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดเมื่อมีการวางแผน  
อย่างเหมาะสม
- ค) สมาชิกในชุมชนสามารถระดมทรัพยากร โดยเฉพาะกำลังคนได้อย่างไม่จำกัด  
ในการสร้างสุขภาพ
- ง) การมีสุขภาพที่ดีเป็นเรื่องของความเท่าเทียมโดยไม่แบ่งแยกเชื้อชาติ เพศ ฐานะ  
การศึกษา และชุมชนจะช่วยกันป้องกันไม่ให้เกิดการละเมิดสิทธิในเรื่องสุขภาพ

#### ลักษณะงานวัณโรคในชุมชน สามารถดำเนินการในกิจกรรมเหล่านี้

- ก) การมีแกนนำชุมชนเป็นผู้ดูแลการกินยาทุกวันให้แก่ผู้ป่วยวัณโรค (DOT) ซึ่ง  
เป็นมาตรฐานของประเทศและสากล ที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในการช่วยผู้ป่วยกินยาจน  
ครบกำหนดการรักษา ซึ่งแกนนำชุมชนอยู่ใกล้บ้านผู้ป่วยมากกว่าเจ้าหน้าที่สถานีนามัย ทำให้  
ผู้ป่วยเกิดความสะดวกระหว่างการรักษา
- ข) การสนับสนุนเรื่องการรักษาแก่ผู้ป่วยโดยชุมชน เนื่องจากผู้ป่วยวัณโรคส่วน  
ใหญ่ต้องรักษาอย่างต่อเนื่องนานอย่างน้อย 6 เดือน ขณะรักษาอาจเกิดความกังวลหลายด้าน เช่น  
เรื่องเศรษฐกิจเนื่องจากทำงานไม่ไหว ตลอดจนค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปโรงพยาบาล เรื่อง การ  
ถูกรังเกียจ ซึ่งผู้ป่วยไม่ได้เล่าให้ใครฟังเพราะกลัวว่าจะเดียดร้อหากเพื่อนบ้านรู้ว่าป่วย ตลอดจน  
การแพ้ยาวัณโรค ซึ่งชุมชนสามารถช่วยกันสนับสนุนเพื่อลดความกังวลเหล่านี้ โดยเฉพาะการ  
ยอมรับผู้ป่วย แสดงความเข้าใจในความกังวลต่างๆ ซึ่งมีตัวอย่างบางชุมชนที่จัดบริการระหว่าง  
บ้านผู้ป่วยและโรงพยาบาลหากผู้ป่วยเดินทางเองไม่ได้ หรือการส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลเพราะ  
ผู้ดูแล พบว่าผู้ป่วยมีอาการแพ้ยาวัณโรค
- ค) การสนับสนุนทั่วไป เนื่องจากผู้ป่วยวัณโรคมีความกังวลสูงมาก สมาชิกใน  
ชุมชนสามารถรับฟังความกังวลต่างๆ บนพื้นฐานในเรื่องการรักษาความลับ ซึ่งส่วนใหญ่ทำให้ผู้ป่วย  
รู้สึกดีขึ้น สิ่งเหล่านี้เป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา

ง) การค้นหาผู้มีอาการสงสัยวัณโรค สมาชิกหรือแกนนำในชุมชน สามารถช่วยกันค้นหาสมาชิกของชุมชนที่มีอาการสงสัยวัณโรค โดยเฉพาะไอติดต่อกันนานเกิน 2 สัปดาห์ โดยมั่นใจว่าผู้มีอาการสงสัยได้รับการตรวจวินิจฉัยจากโรงพยาบาล

จ) การสร้างความตระหนักเรื่องวัณโรคในชุมชน วิธีการสร้างความตระหนักทำได้หลายประการ เช่น การจัดประกวดเรียงความของโรงเรียนต่างๆ การแข่งขันวาดภาพรั้วโรงเรียน รั้วสถานีอนามัย เกี่ยวกับเรื่องของวัณโรค การประกวดทูตวัณโรคประจำชุมชน การมอบรางวัลดีเด่นแก่ผู้ดูแลการกินยาทุกวัน เป็นต้น ซึ่งการสร้างความตระหนักเรื่องวัณโรคจะช่วยการลดความรู้สึกรังเกียจผู้ป่วย สร้างความเห็นใจและยอมรับผู้ป่วย ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา

### แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

“การมีส่วนร่วม” ไม่ว่าจะเป็นของชุมชน หรือของประชาชนเป็นการให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาโดยมีเป้าหมายเพื่อให้ชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้ซึ่งเป็นนโยบายสำคัญของประเทศที่ปรากฏมาตั้งแต่แผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 5 (2525-2529) จนถึงปัจจุบันเป็นแนวคิดการพัฒนาในลักษณะที่มีรากฐานมาจากประชาชน และดำเนินมาจากเบื้องล่าง (นรินทร์ชัย พัฒนพงศา, 2542) ทั้งนี้แนวคิดพื้นฐานของการมีส่วนร่วมยังต้องมีการเชื่อมั่นและเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นคน มีความเชื่อมั่นในศักยภาพของประชาชน เชื่อมั่นในความร่วมมือและยอมรับในความหลากหลายทางความคิด และเชื่อมั่นในแนวทางการพัฒนาที่ยืด “คน” และ “ทรัพยากรธรรมชาติ” เป็นสำคัญรวมทั้งถือได้ว่าการมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ต่อเนื่อง (อรุณี เวียงแสง และคณะ, 2547) ซึ่ง ศาสตราจารย์ประเวศ วะสี กล่าวว่า การที่ประชาชนจะริเริ่มและช่วยเหลือตนเองได้นั้น ประชาชน ต้องมีโอกาสที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาเสียก่อนโดยต้องมีเงื่อนไขอย่างน้อย 3 ประการ คือ ประชาชนต้องมีอิสรภาพ เต็มใจ และต้องสามารถที่จะมีส่วนร่วม นอกจากนี้ความสำเร็จของการมีส่วนร่วมยังขึ้นกับเวลา ค่าใช้จ่าย ความพอใจ การสื่อสาร และต้องไม่รู้สึกกระทบ กระเทือนต่อตำแหน่งหน้าที่ หรือสภาพสังคมด้วย (ประเวศ วะสี, 2546)

#### 1. ความหมายและความสำคัญของการมีส่วนร่วม

แนวคิดการมีส่วนร่วมในปัจจุบันได้รับการยอมรับและใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในงานพัฒนา การมีส่วนร่วมนั้น ไม่ได้ขึ้นอยู่กับการริเริ่มหรือการวางแผนโดยรัฐ แต่ความสำเร็จที่แท้จริงนั้นเกิดจากการที่ประชาชนในชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาอย่างเป็นอิสระ ที่เน้นการทำงานในรูปของกลุ่มหรือองค์กรชุมชนที่มีวัตถุประสงค์อย่างชัดเจน เกิดเป็นพลังกลุ่มซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้งานพัฒนาต่างๆ บรรลุความสำเร็จตามความมุ่งหมาย (จรัญญา วงศ์พรหม, 2536)

ดังนั้น การมีส่วนร่วมจึงเป็นการรับฟังความคิดเห็น และการเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมและขั้นตอนต่างๆ จึงเป็นสิ่งจำเป็น เพราะจะทำให้ลดความขัดแย้งและผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต และสร้างให้เกิดพลังของทุกฝ่ายในการร่วมกันคิด ร่วมกันทำ และร่วมกันรับผิดชอบต่อผลตอบแทนจากการกระทำนั้น ที่จะนำไปสู่การพัฒนาที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

คำว่า “การมีส่วนร่วม” จากการศึกษาพบว่า มีผู้ให้ความหมายที่หลากหลายและแตกต่างกัน ไปตามความเข้าใจและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ซึ่งพอสรุปได้ดังต่อไปนี้

ทวิทอง หงษ์วิวัฒน์ (2527) : ให้คำจำกัดความของการมีส่วนร่วมของประชาชนว่า หมายถึง การที่ประชาชนหรือชุมชนพัฒนาขีดความสามารถของตนเองในการจัดการและควบคุมการใช้และกระจายทรัพยากร และปัจจัยการผลิตที่มีอยู่ในสังคม เพื่อประโยชน์ต่อการดำรงชีพทางเศรษฐกิจและสังคม ตามความจำเป็นอย่างสมศักดิ์ศรีในฐานะสมาชิกสังคม

อภิชัย พันธเสน (2539) : กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน คือ การให้อำนาจในการตัดสินใจที่เน้นเรื่องอำนาจและการควบคุม โดยการมีกิจกรรมร่วมกันของประชาชนที่ไม่เคยมีส่วนเกี่ยวข้องในทางปฏิบัติ คำว่าการมีส่วนร่วมนั้นเป็นผลมาจากการต่อสู้ในทางรูปธรรมและการขัดแย้งทางสังคม หรือโดยความพยายามที่จะปรับความหมายให้ใกล้เคียงกับสภาพของสังคมที่เป็นจริง กระบวนการดังกล่าวจึงมีแนวโน้มไปในลักษณะแนวประชาชน หรือการเรียกร้องในลักษณะที่เป็นประชาธิปไตยและมีการปลดปล่อยให้มีอิสรภาพมากขึ้นจากการทบทวนความหมายของการมีส่วนร่วมข้างต้นสรุปได้ว่า

การมีส่วนร่วมมีความหมายใน 2 ลักษณะคือในลักษณะแรก เป็นการมีส่วนร่วมในลักษณะที่เป็นกระบวนการของการพัฒนา โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดกระบวนการ ซึ่งจะต้องสอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชน ลักษณะที่สองเป็นการมีส่วนร่วมในนัยทางการเมือง คือการมีส่วนร่วมเป็นการส่งเสริมสิทธิ และพลังอำนาจของพลเมืองโดยประชาชนหรือชุมชนพัฒนาขีดความสามารถของตนเองในการจัดการรักษาผลประโยชน์ของกลุ่มและการเปลี่ยนแปลงกลไกการพัฒนาโดยรัฐมาเป็นการพัฒนาที่มีประชาชนเป็นหลัก

นรินทร์ชัย (2546) : กล่าวว่า การมีส่วนร่วม คือการที่ฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดที่ไม่เคยได้เข้าร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ หรือเข้าร่วมการตัดสินใจ หรือเคยเข้าร่วมด้วยเล็กน้อยได้เข้าร่วมด้วยมากขึ้น เป็นไปอย่างมีอิสรภาพ เสมอภาค มิใช่เพียงมีส่วนร่วมอย่างผิวเผินแต่เข้าร่วมด้วยแท้จริงยิ่งขึ้นและการเข้าร่วมนั้นต้องเริ่มตั้งแต่ขั้นแรกจนถึงขั้นสุดท้ายของโครงการองค์การสหประชาชาติ (United Nation, 1985) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการที่เกี่ยวกับการกระทำและเกี่ยวข้องกับมวลชนในระดับต่างๆ คือ เป็นการกระทำโดยสมัครใจเกี่ยวกับจุดประสงค์ทางสังคม

และการจัดสรรทรัพยากรองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1982) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของชุมชนว่าเป็นกระบวนการที่ชุมชนเข้าไปมีบทบาทรับผิดชอบในกิจกรรมการพัฒนาโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนนั้นจะครอบคลุมเรื่องการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน และการมีส่วนร่วมในการควบคุมและประเมินผลหลักการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชน กลุ่มคนหรือองค์กรประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการคิดริเริ่มพิจารณา ตัดสินใจ การร่วมปฏิบัติ ร่วมรับผิดชอบในเรื่องต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของปัจเจกบุคคลหรือของกลุ่มอันมีผลกระทบต่อประชาชนเองรวมทั้งการประเมินผล โครง การและการแบ่งปันผลประโยชน์ ซึ่งกระบวนการที่ชุมชนกระทำออกมาในลักษณะของการทำงานร่วมกัน เพื่อแสดงให้เห็นถึงความต้องการร่วม ความสนใจร่วมและการดำเนินการร่วมกัน เพื่อเพิ่มอำนาจการต่อรองทางการเมืองและเศรษฐกิจ ปรับปรุงสถานภาพทางสังคมในชุมชน โดยร่วมมือกันดำเนินกิจกรรมนั้นให้ลุล่วงไปเพื่อประโยชน์ของชุมชนและช่วยสร้างความรู้สึกรับผิดชอบและความเป็นเจ้าของให้เกิดขึ้นกับประชาชน ทำให้การดำเนินกิจกรรมต่างๆของชุมชนไปสู่จุดหมายปลายทางได้และมีผลให้ประชาชนช่วยตนเองได้ในระยะยาว โดยไม่ต้องคอยพึ่งพาความช่วยเหลือจากภาครัฐ เพื่อให้เกิดการพัฒนาและการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางตามความต้องการของสมาชิกในชุมชน

## 2. หลักการพื้นฐานของการมีส่วนร่วม

มีหลักการพื้นฐานสำคัญ 8 ประการที่ควรคำนึงถึงคือ

1) ต้องคิดว่ามนุษย์มีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าเทคโนโลยีที่จะนำมาใช้ เพราะถ้ามีการใช้เทคโนโลยีโดยที่มนุษย์ไม่มาร่วมคิด ร่วมรับรู้ หรือเข้าใจเพียงพอก็อาจไม่เกิดประโยชน์เท่าที่ควร หรือตรงข้ามกลับใช้เพื่อมนุษย์ด้วยกันเอง หรือสิ่งแวดล้อมได้

2) เชื่อว่ามนุษย์ต่างมีความคิดและมีศักดิ์ศรีเท่าเทียมกัน (อย่าคิดว่าเขาเป็นคนชั้นต่ำไม่มีศักดิ์ศรี)

3) เชื่อว่าทุกคนไม่ได้ชั่วมาตั้งแต่เกิด โดยเหตุที่เขาอาจจนอยู่นั้นมิใช่จากกรรมเก่า

4) เชื่อว่าชาวชุมชนต่าง ๆ มักมีภูมิปัญญาที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต ความเป็นอยู่ของตนในระดับหนึ่ง บางเรื่องที่ชาวชุมชนยึดถือจึงต้องค่อยๆ ให้ปรับตัวผสมผสานกับวิทยาการภายนอก

5) เชื่อว่าตนต่างกับชาวบ้านอยู่ไม่น้อย และชาวบ้านเองก็แตกต่างกันอยู่บ้าง ดังนั้นการจะให้มีส่วนร่วมจะเอาใจเราฝ่ายเดียวไม่ได้

6) ต้องคิดว่ามนุษย์มีความสามารถพัฒนาชีวิต ความเป็นอยู่ของตนให้ดีขึ้น ถ้าได้รับโอกาสที่จะร่วมเข้าใจ และร่วมจัดการ (Active Partner) เทคโนโลยีอย่างเหมาะสม การที่มนุษย์บางกลุ่มปฏิเสธเทคโนโลยีอย่างสิ้นเชิง ก็เป็นไปตามระดับการเข้าใจในเทคโนโลยีนั้นอย่างถูกต้องหรือไม่ และมีกลวิธีปรับความเข้าใจเน้นมาสู่ระดับที่แต่ละฝ่ายยอมรับได้เพียงใด ซึ่งต้องให้ได้รับโอกาสที่จะเข้าใจ และยอมปรับให้เหมาะสมกับตนเองอย่างเหมาะสม

7) อาจใช้การมีส่วนร่วมในหลายรูปแบบ เช่น 1) รูปแบบโดยตรงคือ มีส่วนร่วมโดยตัวบุคคลแต่ละคน หรือ ประชาชนก่อตั้งองค์กรขึ้นมามีส่วนร่วม หรือ ให้มีตัวแทนมีส่วนร่วมโดยอ้อม ซึ่งย่อมขึ้นกับบริบทของแต่ละพื้นที่ เช่นในพื้นที่ที่ประชาชนมีศรัทธาในตัวแทนของเขามาก การให้มีตัวแทนมาร่วมด้วยก็เพียงพอ แต่ก็มักพบว่าแม้ในหมู่บ้านเดียวกันหรือชุมชนเดียวกันมักจะมีประชาชนหลากหลายกลุ่ม จึงควรเลือกผู้แทนของกลุ่มต่าง ๆ หลายภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมเพิ่มเติม นอกจากจะให้ผู้นำทางการมีส่วนร่วมด้วยเพียงคนเดียว

8) การมีส่วนร่วมยังมีเพิ่มขึ้น เมื่อมีสภาพที่เหมาะสมต่อไปนี้

- ประชาชนในท้องถิ่นได้รู้สึกว่าเขาได้ควบคุมโชคชะตาของตนเอง แทนที่จะเป็นบุคคลอื่นที่ “เขาไม่รู้จัก” หรือที่ “เขาไม่ไว้ใจ” ที่อาจบอกว่าจะมาช่วยเขา แต่ เขาเคยพบมาบ่อยครั้งว่าไม่ได้ช่วยจริงจิงพอ

- ผู้ที่จะเข้าร่วมต้องมีอิสรภาพ ได้รับความเสมอภาคและได้รับความจริงใจให้เข้ามีส่วนร่วม ดังนั้นการมีส่วนร่วมจะเกิดอย่างเต็มที่และจริงจิงเมื่อบุคคลนั้นๆ ไม่ถูกบังคับให้จำยอมเข้าร่วม และที่สำคัญคือต้องเข้าร่วมด้วยโดยเท่าเทียมกับผู้มาร่วมทำกิจกรรมด้วยทุกคนอีกทั้งโครงการให้ความจริงใจด้วย

- ผู้ที่จะเข้าร่วมด้วยต้องมีความสามารถพอที่จะมีส่วนร่วมด้วยได้ กิจกรรมหลายเรื่องประชาชนทั่วไปอาจมีส่วนร่วมด้วยได้ แต่บางเรื่องที่เป็นกิจกรรมเฉพาะ เช่นการค้นหาทางระบาดวิทยา เรื่องโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (SARS) การก่อสร้างอาคารสูง การทหาร ฯลฯ หากประชาชนเข้าร่วมด้วย อาจไม่ค่อยได้ผลหรือบางกรณีอาจเกิดความเสียหายได้

- มีการสื่อสาร 2 ทางเพื่อให้ผู้มีส่วนร่วมได้รับข้อมูลอย่างถูกต้องและสมบูรณ์หากผู้มีส่วนได้ – เสียได้รับข้อมูลไม่ถูกต้องและครบถ้วน หรือสื่อสารได้ไม่ดีพอ ก็จะไม่เข้าใจได้ดีพอว่าโครงการจะทำให้เกิด ผลดี – ผลเสีย อย่างไรเพียงใด อาจนำไปสู่การไม่ยอมรับโครงการได้

- ประชาชนมีส่วนร่วมรับทราบ ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจในโครงการตั้งแต่เริ่มต้น จะทำให้ต้องการเข้ามาร่วมกับโครงการมากยิ่งขึ้น การได้ร่วมงานกันตั้งแต่เริ่มต้น จนกระทั่งสิ้นสุดกระบวนการตัดสินใจในโครงการนั้น ๆ ในระยะยาวจะเกิดผลดียิ่งยืนนานกว่า การที่จะให้ร่วมด้วยเพียงบางส่วนหรือเข้าไป

- ประชาชนมีทัศนคติที่ดีต่อเจ้าหน้าที่โครงการและต่อโครงการนั้น ๆ ผลตอบแทนที่เขาประเมินว่าจะได้รับ

- เมื่อเข้ามามีส่วนร่วมแล้ว จะไม่กระทบกระเทือนสถานภาพในหน้าที่การงานหรือทางสังคมให้ลดน้อยลง

- มีกลวิธีการแลกเปลี่ยนข่าวสารระหว่างโครงการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นอย่างดี มีผู้กล่าวถึงการมีส่วนร่วมว่า การมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องกับทางด้านจิตใจและอารมณ์ของบุคคลหนึ่งในสถานการณ์กลุ่ม ซึ่งผลการเกี่ยวข้องดังกล่าวเป็นเหตุเร้าใจให้บุคคลหรือกลุ่มบุคคลกระทำการเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายนั้น เกิดความรู้สึกร่วมรับผิดชอบกับกลุ่ม ซึ่งการมีส่วนร่วมเกิดจากแนวคิด 3 ประการ (ทวิทอง หงษ์วิวัฒน์, 2527) คือ

1) ความสนใจและความห่วงกังวลร่วมกัน ซึ่งเกิดจากความสนใจและความห่วงกังวลของบุคคลที่บังเอิญพ้องต้องกัน กลายเป็นความสนใจและความห่วงกังวลร่วมกันของส่วนรวม

2) ความเดือดร้อน และความไม่พึงพอใจร่วมกันที่มีต่อสถานการณ์ที่เป็นอยู่นั้นลงมือกระทำร่วมกัน

3) การตกลงร่วมใจกันที่จะเปลี่ยนแปลงกลุ่ม หรือชุมชนไปในทิศทางที่ปรารถนา การตัดสินใจร่วมกันนี้จะต้องรุนแรงมากพอที่จะทำให้เกิดความคิดริเริ่มจะกระทำที่สนองตอบต่อความเห็นชอบของคนส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมนั้น

### 3. รูปแบบของการมีส่วนร่วม

จากการทบทวนเอกสารเกี่ยวกับรูปแบบการมีส่วนร่วม พบว่า มีผู้กำหนดรูปแบบของการเข้ามามีส่วนร่วม โดยส่วนใหญ่กำหนดรูปแบบของการมีส่วนร่วม ตามเกณฑ์และลักษณะของการเข้ามามีส่วนร่วมของแต่ละบุคคล โดยมีลักษณะของการเข้ามามีส่วนร่วมดังนี้

United Nations (1981) : ได้รวบรวมรูปแบบของการมีส่วนร่วมไว้ ดังนี้

1) การมีส่วนร่วมแบบเป็นไปเองหรือโดยความสมัครใจ เกิดขึ้นเองโดยมิได้มีการแทรกแซงเป็นลักษณะการร่วมที่ผู้ร่วมเต็มใจ ซึ่งเป็นไปโดยการอาสาสมัครหรือการรวมตัวกันขึ้นเองเพื่อแก้ไขปัญหากลุ่มของตนเอง โดยเน้นการกระทำที่มิได้รับการช่วยเหลือจากภายนอกซึ่งมีรูปแบบที่เป็นเป้าหมาย

2) การมีส่วนร่วมแบบชักนำ/ชักจูง ซึ่งเป็นการเข้าร่วมโดยต้องการความเห็นชอบหรือสนับสนุนโดยรัฐบาล เป็นรูปแบบโดยทั่วไปของประเทศที่กำลังพัฒนา

3) การมีส่วนร่วมแบบบังคับ ซึ่งเป็นผู้มีส่วนร่วมภายใต้การดำเนินนโยบายของรัฐบาล ภายใต้การจัดการโดยเจ้าหน้าที่ของรัฐหรือโดยการบังคับโดยตรง รูปแบบนี้ เป็นรูปแบบที่ ผู้กระทำ ได้รับผลทันทีแต่จะไม่ได้รับผลระยะยาว และจะมีผลเสียคือไม่ได้รับการสนับสนุนจากประชาชน ในที่สุด

จินตนา สุจจันท์ (2549) : แบ่งรูปแบบของการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้เป็น 2 ประเภท ดังนี้

1) การมีส่วนร่วมที่แท้จริง (Genuine Participation) เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชน เข้ามามีส่วนร่วมในโครงการตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งจบโครงการ เริ่มตั้งแต่ร่วมศึกษาปัญหาและความต้องการ ร่วมหาวิธีแก้ปัญหา ร่วมวางแผนนโยบายและแผนงาน ร่วมตัดสินใจการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่และร่วมปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ และร่วมประเมินผลโครงการ

2) การมีส่วนร่วมที่ไม่แท้จริง (Nongenuine Participation) เป็นการมีส่วนร่วมเพียงบางส่วนโดยเฉพาะเข้าร่วมในการปฏิบัติตามโครงการที่ได้มีการกำหนดไว้แล้ว เช่น การเข้าเป็นสมาชิก หรือการร่วมเสียดุลแรงงาน 4. ขั้นตอน ของการมีส่วนร่วม

กระบวนการมีส่วนร่วมจะเกิดขึ้นได้เมื่อประชาชนเหล่านั้น ได้รับโอกาสและเข้าไปมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน ซึ่งกระบวนการมีส่วนร่วมนั้นมีอยู่หลายขั้นตอน การมีส่วนร่วมของประชาชนที่จะนำไปสู่การพัฒนาที่แท้จริงของชุมชนนั้น ประชาชนจำเป็นต้อง เข้ามามีส่วนร่วมในทุกกระบวนการของการมีส่วนร่วม โดยมีนักพัฒนาหรือนักวิชาการ จากภายนอกเป็นผู้ส่งเสริมและสนับสนุนในด้านต่างๆ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับ กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน พบว่า โดยส่วนใหญ่กระบวนการมีส่วนร่วมจะเริ่มจากการ ค้นหาสาเหตุและการวางแผน การดำเนินกิจกรรมแก้ไขปัญหา การปฏิบัติงาน การร่วมรับ ผลประโยชน์และการติดตามประเมินผล (เจมส์ คัดด์ ปิ่นทอง, 2526 และอคิน รพีพัฒน์, 2531) ได้ ศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานพัฒนา ซึ่งมี 4 ประการด้วยกัน

1) การมีส่วนร่วมของประชาชนในการระบุปัญหาและสาเหตุของปัญหา ซึ่งเป็น กระบวนการมีส่วนร่วมที่สำคัญมากที่สุด เพราะถ้าประชาชนไม่มีบทบาทในการระบุปัญหาและความต้องการของเขาแล้วโครงการต่างๆ ที่วางออกมาก็ไร้ประโยชน์ เพราะโครงการที่วางออกมา มิได้ตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของประชาชน อีกทั้งประชาชนจะมองไม่เห็นความสำคัญ ของกิจกรรม และการดำเนินกิจกรรมก็จะไม่ประสบความสำเร็จบรรลุเป้าหมายตามที่วางไว้ ดังนั้น การมีส่วนร่วมของประชาชนซึ่งเข้ามามีส่วนร่วมในการระบุปัญหาวิเคราะห์ปัญหาด้วยตนเอง ทำให้ประชาชนเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ ซึ่งสามารถสนองตอบความต้องการหรือปัญหาของพวกเขาได้

2) การมีส่วนร่วมของประชาชนในการวางแผนการดำเนินกิจกรรม เมื่อประชาชนในชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วม เข้ามามีบทบาทในการระบุปัญหาแล้ว ขั้นตอนต่อไปก็คือ การร่วมกันวางแผนการดำเนินโครงการเพื่อสนองตอบความต้องการหรือแก้ปัญหาของพวกเขาด้วยตัวของเขาเอง แต่อย่างไรก็ตาม นักพัฒนาหรือผู้ที่มีความรู้ในการวางแผนควรมีส่วนร่วมเข้าไปร่วมในการวางแผนด้วย เพื่อคอยให้คำแนะนำประชาชนในการวางแผนกำหนดทางเลือกในการแก้ไขปัญหา แต่มิใช่นักพัฒนาเหล่านั้นจะเป็นผู้วางแผนแนวทางการแก้ไขเสียเอง แต่เป็นเพียงผู้ให้คำแนะนำเท่านั้น

3) การมีส่วนร่วมของประชาชนในการลงทุนและปฏิบัติงาน เมื่อประชาชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของกิจกรรมแล้ว ผลที่ตามมาก็คือ การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมที่วางไว้ นอกจากนั้นแล้วนักพัฒนาควรกระตุ้นให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการลงทุนในรูปแบบของทรัพยากรที่ประชาชนในชุมชนที่มีอยู่ตามกำลังความสามารถแทนที่จะใช้ทรัพยากรหรือปัจจัยจากภายนอกเสียทั้งหมด การกำหนดการดำเนินกิจกรรมร่วมกันนี้เป็นการเสริมสร้างให้ประชาชนรู้จักการทำงานร่วมกัน

4) การมีส่วนร่วมของประชาชนในการติดตามและประเมินผล กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในขั้นตอนนี้ทำให้ประชาชนได้มีการประเมินว่าผลงานที่ตัวเองดำเนินการไปนั้นได้รับผลดีหรือได้รับผลประโยชน์มากน้อยเพียงไรและมีอุปสรรคอะไรบ้างที่เกิดจากการดำเนินงานนั้น การที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการประเมินผลนี้ จึงทำให้ประชาชนรู้แจ้งเห็นจริงว่า กิจกรรมที่พวกเขาทำไปนั้นดีหรือไม่ดีอย่างไรซึ่งพวกเขาจะได้นำไปใช้ในการวางแผนแก้ไขปัญหาในโอกาสต่อไป

เงื่อนไขพื้นฐานของการมีส่วนร่วมมี 3 ประการ คือ

1. ต้องมีอิสรภาพ หมายถึง มีอิสระที่จะเข้าร่วมหรือไม่ก็ได้ การเข้าร่วมต้องเป็นไปด้วยความสมัครใจ การถูกบังคับให้เข้าร่วมไม่ว่าจะในรูปแบบใด ไม่ถือว่าเป็นการมีส่วนร่วม

2. ต้องมีความเสมอภาค บุคคลที่เข้าร่วมในกิจกรรมใดจะต้องมีสิทธิเท่าเทียมกับผู้เข้าร่วมคนอื่นๆ

3. ต้องมีความสามารถ บุคคลหรือกลุ่มเป้าหมายจะต้องมีความสามารถพอที่จะเข้าร่วมในกิจกรรมนั้นๆ หมายความว่า ในบางกิจกรรมแม้จะกำหนดว่าผู้เข้าร่วมมีเสรีภาพและเสมอภาค แต่กิจกรรมที่กำหนดไว้มีความซับซ้อนเกินความสามารถของกลุ่มเป้าหมาย การมีส่วนร่วมย่อมเกิดขึ้นไม่ได้

องค์ประกอบของการมีส่วนร่วมมี 3 ด้าน คือ

1. ต้องมีวัตถุประสงค์หรือจุดมุ่งหมายชัดเจน การให้บุคคลเข้าร่วมในกิจกรรมหนึ่งๆ จะต้องมีความชัดเจนและเป้าหมายที่ชัดเจนว่าเป็นไปเพื่ออะไร ผู้เข้าร่วมจะได้ตัดสินใจว่าควรเข้าร่วมหรือไม่

2. ต้องมีกิจกรรมเป้าหมาย การให้บุคคลเข้ามีส่วนร่วมต้องระบุลักษณะของกิจกรรมว่ามีรูปแบบและลักษณะอย่างไร เพื่อให้บุคคลจะได้ตัดสินใจว่าควรเข้าร่วมหรือไม่

3. ต้องมีบุคคลหรือกลุ่มเป้าหมาย การให้บุคคลเข้ามีส่วนร่วมจะต้องระบุกลุ่มเป้าหมาย อย่างไรก็ตาม โดยทั่วไปกลุ่มบุคคลเป้าหมายมักถูกจำกัดโดยกิจกรรมและวัตถุประสงค์ของการมีส่วนร่วมอยู่แล้วโดยพื้นฐาน

โดยแท้จริงนั้น กระบวนการมีส่วนร่วมอาจจะไม่สามารถกระทำได้ในทุกๆ ประเด็น ดังนั้นจึงมีแนวทางต่างๆ ไปบางประการเกี่ยวกับประเด็นที่ควรใช้กระบวนการมีส่วนร่วมได้แก่

- 1) การตัดสินใจและผลกระทบที่สำคัญ
- 2) การตัดสินใจจะมีผลกระทบต่อบางคนมากกว่าคนอื่น
- 3) การตัดสินใจจะมีผลกระทบต่อผลประโยชน์ของบางคนหรือกลุ่มคนที่มืออยู่เดิม
- 4) การตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่มีความขัดแย้งอยู่ก่อนแล้ว
- 5) ความจำเป็นเพื่อให้มีการสนับสนุนต่อผลการตัดสินใจ

ดังนั้น การมีส่วนร่วมของบุคคลจึงมีอยู่ในเกือบทุกกิจกรรมของสังคม ขึ้นอยู่กับความสนใจและประเด็นในการพิจารณา แต่มีเงื่อนไขพื้นฐานในการมีส่วนร่วมว่าต้องมีอิสรภาพ ความเสมอภาคและความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรม นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมต้องมีวัตถุประสงค์หรือจุดมุ่งหมายต้องมีกิจกรรมเป้าหมาย และต้องมีกลุ่มเป้าหมาย ทั้งนี้ เพื่อให้กระบวนการมีส่วนร่วมดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

การมีส่วนร่วมเป็นการกระจายโอกาสให้บุคคลมีส่วนร่วม และการบริหารเกี่ยวกับการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ รวมทั้งการจัดสรรทรัพยากร ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตและความเป็นอยู่ โดยการให้ข้อมูลแสดงความคิดเห็น ให้คำแนะนำปรึกษา ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ รวมถึงลดจรรยาบรรณการควบคุมโดยตรงจากบุคคล

การมีส่วนร่วมจึงเป็นกระบวนการซึ่งบุคคล หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้มีโอกาสแสดงทัศนะ และเข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆ ที่มีผลต่อชีวิตความเป็นอยู่ รวมทั้งมีการนำความคิดเห็นดังกล่าวไปประกอบการพิจารณากำหนดนโยบายและการตัดสินใจขององค์กร การมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการสื่อสารในระบอบเปิด กล่าวคือ เป็นการสื่อสารสองทาง ทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็น

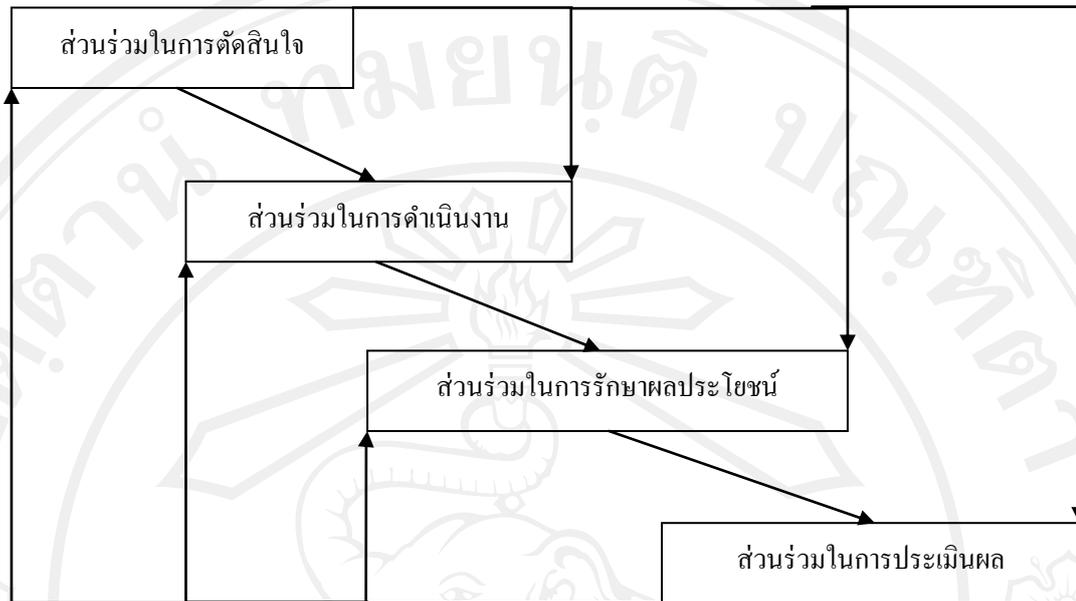
ทางการ ซึ่งประกอบไปด้วย การแบ่งสรรข้อมูลร่วมกันระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และเป็นการเสริมสร้างความสามัคคีในสังคม ทั้งนี้เพราะ การมีส่วนร่วมเป็นการเพิ่มคุณภาพของการตัดสินใจ การลดค่าใช้จ่าย และการสูญเสียเวลา เป็นการสร้างจิตสำนึก และทำให้ง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ อีกทั้งช่วยหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้าใน “กรณีที่น่ากลัวที่สุด” ช่วยให้เกิดความน่าเชื่อถือและความชอบธรรม และช่วยให้ทราบความห่วงกังวลและค่านิยมของสาธารณชน รวมทั้งเป็นการพัฒนาความเชี่ยวชาญและความคิดสร้างสรรค์ของสาธารณชน

การมีส่วนร่วมมีความสำคัญในการสร้างประชาธิปไตยอย่างยั่งยืน และส่งเสริมธรรมาภิบาล ตลอดจนการบริหารงาน หากการมีส่วนร่วมมากขึ้นเพียงใดก็จะช่วยให้มีการตรวจสอบการทำงานของผู้บริหาร และทำให้ผู้บริหารมีความรับผิดชอบต่อสังคมมากยิ่งขึ้น อีกทั้งยังเป็นการป้องกันนักการเมืองจากการกำหนดนโยบายที่ไม่เหมาะสมกับสังคมนั้นๆ นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมยังเป็นการสร้างความมั่นใจว่าเสียงของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจะมีคนรับฟัง อีกทั้งความต้องการหรือความปรารถนาของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียก็จะได้รับการตอบสนอง

Cohen & Uphoff (1980) ได้เสนอกรอบความคิดเบื้องต้นในขอบเขตของการมีส่วนร่วมไว้ 4 ขั้นตอน ได้แก่

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision making) คือ ร่วมในการคิดถึงปัญหา โดยระบุความต้องการของชุมชน จนเกิดการตัดสินใจดำเนินการ โดยองค์กรของชุมชน หรือชาวบ้าน
2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (Implementation) ซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุนด้านทรัพยากรต่างๆ การบริหารงาน การทำกิจกรรม และการประสานงานขอความช่วยเหลือ
3. การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (Benefits) ทางด้านวัตถุ สังคม ของแต่ละบุคคล
4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation)

เพื่อช่วยให้เข้าใจระดับขั้นของการมีส่วนร่วมได้ง่ายขึ้น จึงขอนำเสนอวงจรของการมีส่วนร่วมในรูปแบบต่อไปนี้

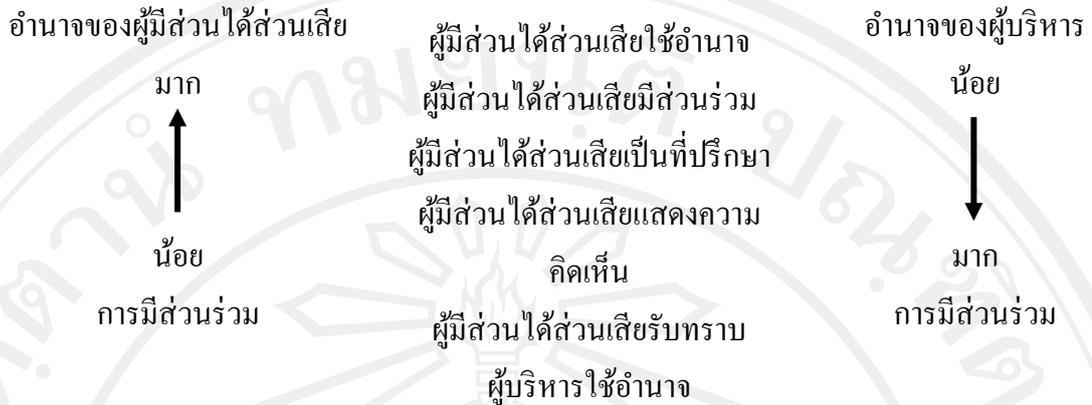


รูปภาพที่ 1 แสดงวงจรการมีส่วนร่วมตามแนวคิดของ Cohen และ Uphoff

ที่มา : Cohen และ Uphoff จาก Concept and Measure for Project Design Implementation and Evaluation

การให้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วมนั้นสามารถทำได้ในหลายระดับ ขึ้นอยู่กับผู้บริหารแต่ละยุคว่าจะให้ความสำคัญต่อของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมากน้อยต่างกัน คือ

1) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นผู้ใช้อำนาจ หมายถึง ให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้าจัดการหรือดำเนินการเอง โดยไม่มีการติดต่อกับผู้บริหารก่อน ซึ่งอาจมีการตอบโต้จากผู้บริหาร เช่น การตั้งศาลเตี้ย การเดินขบวน การเข้ายึดสถานที่ของทางราชการเพื่อเรียกร้องความเป็นธรรม เป็นต้น โดยในรูปภาพที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับอำนาจของผู้บริหาร ซึ่งมีความสัมพันธ์เชิงลบต่อกัน กล่าวคือ ถ้าผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วมมาก ผู้บริหารก็จะมีอำนาจน้อยลงหรือในทางกลับกัน



## รูปภาพที่ 2 การให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วม

ที่มา : ปราณี พันธุมสินชัย การรับฟังความคิดเห็นของประชาชน เอกสารประกอบการสัมมนาการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมของประเทศไทย ครั้งที่ 4

- 2) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้บริหารร่วมกันแก้ปัญหา โดยมีอำนาจเท่าเทียมกัน เช่น โครงการทำความสะอาดหมู่บ้าน การสร้างถนน และขุดบ่อน้ำในหมู่บ้าน เป็นต้น
- 3) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นที่ปรึกษา หมายถึง ผู้บริหารของความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และตั้งใจที่จะกระทำตามความเห็นนั้น แต่ก็ยังมีอำนาจที่จะไม่รับความคิดเห็นนั้นไปปฏิบัติ เช่น การตั้งคณะกรรมการเพื่อการประสานงานระหว่างประชาชนและส่วนราชการ การแต่งตั้งคณะที่ปรึกษา การประชุมกลุ่มย่อยเพื่อรับฟังความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเฉพาะกลุ่ม เป็นต้น
- 4) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแสดงความคิดเห็น ผู้บริหารให้โอกาสผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแสดงความคิดเห็นในบางเรื่อง แต่มักจะไม่นำความเห็นไปปฏิบัติและยังมีอำนาจที่จะไม่รับฟังความคิดเห็นนั้น เช่น การประชุมใหญ่ที่ให้โอกาสผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกคนได้แสดงความคิดเห็น การขอความเห็นในกฎระเบียบที่กำลังจะนำออกมาใช้
- 5) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียรับทราบ เป็นการแถลงข่าวสาร/หรือมติต่างๆ ให้รับทราบ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอาจมีปฏิริยาโต้ตอบหรือไม่ก็ได้ เช่น การแถลงถึงโครงการต่างๆ ที่มีมติให้ดำเนินการ การริเริ่มกฎหมายต่างๆ และการเวนคืนที่ดิน เป็นต้น
- 6) ผู้บริหารใช้อำนาจ กล่าวคือ ผู้บริหารใช้อำนาจจัดการโดยไม่แจ้งให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทราบล่วงหน้า เช่น การสืบสวน จับกุมผู้กระทำความผิดต่างๆ โดยไม่ต้องให้ทราบล่วงหน้า เป็นต้น จากการศึกษาลำดับขั้นของการให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วม นั้น พบว่า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีส่วนร่วมดำเนินการ และมีส่วนร่วมสนับสนุน ซึ่งการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย นั้นมีหลายระดับ ขึ้นอยู่กับการให้ความสำคัญของผู้บริหารด้วย ซึ่งสามารถจัดลำดับ

การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากมากไปหาน้อยได้ดังนี้ คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นผู้ใช้อำนาจ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วม ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นที่ปรึกษา ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแสดงความคิดเห็น ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียรับทราบ และผู้บริหารใช้อำนาจ

วิธีการแบ่งระดับขั้นการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย อาจแบ่งได้หลายวิธี ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์และความละเอียดของการแบ่งเป็นสำคัญ การแบ่งระดับขั้นการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอาจแบ่งได้จากระดับต่ำสุดไปหาระดับสูงสุด ออกเป็น 7 ระดับ และจำนวนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เข้ามามีส่วนร่วมในแต่ละระดับจะเป็นปฏิภาคกับระดับของการมีส่วนร่วม กล่าวคือ ถ้าระดับการมีส่วนร่วมต่ำ จำนวนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เข้ามามีส่วนร่วมจะมาก และยิ่งระดับการมีส่วนร่วมสูงขึ้นเพียงใด จำนวนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เข้ามามีส่วนร่วมก็จะลดลงตามลำดับ ระดับการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเรียงตามลำดับจากต่ำสุดไปหาสูงสุด ได้แก่ (1) ระดับการให้ข้อมูล (2) ระดับการเปิดรับความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (3) ระดับการปรึกษาหารือ (4) ระดับการวางแผนร่วมกันจนถึงร่วมกันตัดสินใจ (5) ระดับการร่วมปฏิบัติ (6) ร่วมติดตามตรวจสอบ และ (7) ระดับการควบคุมโดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

(1) ระดับการให้ข้อมูล เป็นระดับต่ำสุด และเป็นวิธีการที่ง่ายที่สุดของการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้วางแผนโครงการกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อให้ข้อมูลแก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวกับการตัดสินใจของผู้วางแผนโครงการ แต่ไม่เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นหรือเข้ามาเกี่ยวข้องใดๆ วิธีการให้ข้อมูลอาจทำได้หลายวิธี เช่น การแถลงข่าว การแจกจ่าย การแสดงนิทรรศการ และการทำหนังสือพิมพ์ให้ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมต่าง ๆ

(2) ระดับการเปิดรับความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เป็นระดับขั้นที่สูงกว่าระดับแรก กล่าวคือ ผู้วางแผนโครงการเชิญชวนให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแสดงความคิดเห็นเพื่อให้ได้ข้อมูลมากขึ้น และประเด็นในการประเมินข้อดีข้อเสียชัดเจนยิ่งขึ้น เช่น การสำรวจความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวกับการริเริ่มโครงการต่างๆ และการบรรยายให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียฟังเกี่ยวกับโครงการต่างๆ แล้วขอความคิดเห็นจากผู้ฟัง เป็นต้น

(3) ระดับการปรึกษาหารือ เป็นระดับขั้นการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สูงกว่าการเปิดรับความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เป็นการเจรจากันอย่างเป็นทางการ ระหว่างผู้วางแผนโครงการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อประเมินความก้าวหน้าหรือระบุประเด็นหรือข้อสงสัยต่างๆ เช่น การจัดประชุม การจัดสัมมนาเชิงปฏิบัติการ และการเปิดกว้างรับฟังความคิดเห็น เป็นต้น

(4) ระดับการวางแผนร่วมกัน เป็นระดับขั้นที่สูงกว่าการปรึกษาหารือ กล่าวคือ เป็นเรื่องการมีส่วนร่วมที่มีขอบเขตกว้างมากขึ้น มีความรับผิดชอบร่วมกันในการวางแผนเตรียมโครงการ และผลที่จะเกิดขึ้นจากการดำเนินโครงการ เหมาะสมที่จะใช้สำหรับการพิจารณาประเด็นที่มีความ

ยุ่งยากซับซ้อนและมีข้อโต้แย้งมาก เช่น การใช้กลุ่มที่ปรึกษาซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง การใช้อनुญาตตุลาการเพื่อแก้ปัญหาข้อขัดแย้งและการเจรจาเพื่อหาทางประนีประนอมกัน เป็นต้น

(5) ระดับการร่วมปฏิบัติ เป็นระดับขั้นที่สูงถัดไปจากระดับการวางแผนร่วมกัน คือ เป็นระดับที่ผู้รับผิดชอบโครงการกับผู้มีส่วนได้เสียร่วมกันดำเนินโครงการ เป็นขั้นการนำโครงการไปปฏิบัติร่วมกัน เพื่อให้บรรลุผลตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้

(6) ร่วมติดตามตรวจสอบประเมินผล เป็นระดับการมีส่วนร่วมที่มีผู้เข้าร่วมน้อย แต่มีประโยชน์ที่ผู้ที่เกี่ยวข้องหรือได้รับผลกระทบสามารถมาคอยติดตามการดำเนินกิจกรรมนั้นๆ ได้ รูปแบบของการติดตามตรวจสอบ หรือประเมินผล อาจอยู่ในรูปแบบของการจัดตั้งคณะกรรมการติดตามประเมินผลที่มาจากหลายฝ่าย การสอบถามผู้มีส่วนได้เสีย โดยการทำการสำรวจเพื่อให้ผู้มีส่วนได้เสียประเมิน เป็นต้น

(7) ระดับการควบคุมโดยผู้มีส่วนได้เสีย เป็นระดับสูงสุดของผู้มีส่วนได้เสียเพื่อแก้ปัญหาข้อขัดแย้งที่มีอยู่ทั้งหมด เช่น การลงประชามติ เป็นต้น ข้อสังเกตเกี่ยวกับการลงประชามติ มี 2 ประการ คือ ประการแรก การลงประชามติจะสะท้อนถึงความต้องการของผู้มีส่วนได้เสียได้ดีเพียงใด อย่างน้อยขึ้นอยู่กับความชัดเจนของประเด็นที่จะลงประชามติ และการกระจายข่าวสารเกี่ยวกับข้อดีข้อเสียของประเด็นดังกล่าวให้ผู้มีส่วนได้เสียเข้าใจอย่างสมบูรณ์และทั่วถึงเพียงใด และประการที่สอง ในประเทศที่มีการพัฒนาทางการเมืองแล้ว ผลของการลงประชามติจะมีผลบังคับให้รัฐบาลต้องปฏิบัติตาม

#### 4. หลักการและแนวทางการพัฒนาโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ตามหลักการและแนวทางการพัฒนาโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนต้องคำนึงถึงความต้องการและปัญหาประชาชนด้วย การพัฒนาที่มีการเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนจึงต้องยึดหลักการและแนวทางดังต่อไปนี้

1. ต้องยึดหลักความต้องการและปัญหาของประชาชนเป็นจุดเริ่มต้นของกิจกรรม หากกิจกรรมที่จะนำไปให้ประชาชนเป็นเรื่องใหม่ ก็ต้องใช้เวลาในการกระตุ้น เร่งเร้าความสนใจ ให้ความรู้ความเข้าใจ จนประชาชนยอมรับความจำเป็นและเห็นประโยชน์ที่จะจัดกิจกรรมเหล่านั้น

2. กิจกรรมต้องดำเนินในลักษณะกลุ่ม เพื่อสร้างพลังกลุ่มในการรับผิดชอบร่วมกัน สร้างความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มสมาชิกกลุ่ม ปลูกฝังทัศนคติและพฤติกรรมที่เห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวม ทำงานเสียสละเพื่อประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าส่วนตัว

3. แนวทางการพัฒนาในกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน ต้องคำนึงถึงขีดความสามารถของประชาชนที่รับดำเนินการต่อไปได้โดยไม่ต้องพึ่งพาทภายนอก โดยเฉพาะในระยะเริ่มแรกต้องไม่ทุ่มเทในลักษณะการให้เปล่าโดยสิ้นเชิง ต้องทำให้ประชาชนรู้สึกเกิดความสำนึกเป็นเจ้าของกิจกรรม และต้องสามารถทำต่อไปเองได้เมื่อการช่วยเหลือจากภายนอกสิ้นสุดลง การช่วยเหลือตนเองและการพึ่งตนเองเป็นหลักสำคัญที่ต้องเริ่มตั้งแต่ต้น

4. กิจกรรมการพัฒนานำเข้าไปใช้ในชุมชนต้องสอดคล้องกับสภาพแวดล้อม และความพร้อมรับของชุมชน ซึ่งหมายถึงการใช้ทรัพยากรชุมชน ต้องสอดคล้องกับขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมของชุมชน

5. การเริ่มต้นของกิจกรรมต้องอาศัยผู้นำชุมชน ซึ่งหมายรวมถึงผู้นำตามธรรมชาติที่ชาวบ้านเคารพนับถือ ผู้นำทางศาสนา ผู้นำที่ได้รับการเลือกตั้งหรือแต่งตั้งจากทางราชการ

ขั้นตอนการดำเนินงานต่างๆ ต้องให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่ต้น กล่าวคือ ร่วมหาข้อมูล ร่วมหาสาเหตุปัญหา ร่วมปรึกษาหารือในการแก้ปัญหา ร่วมตัดสินใจ ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติงาน ร่วมติดตามผลงานจนถึงขั้นร่วมบำรุงรักษาในระยะยาว (ธีรพงษ์ ธรรมโชติ อ้างใน ไพรัช เศรษฐินทร์, 2527 หน้า 8)

### 5. หลักการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน

หลักการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชนและผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนของสังคมได้เข้ามามีส่วนร่วมกับภาคราชการนั้น International Association for Public Participation ได้แบ่งระดับของการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็น 5 ระดับ ดังนี้ (กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2549)

1. การให้ข้อมูลข่าวสาร ถือเป็นกรมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับต่ำที่สุด แต่เป็นระดับที่สำคัญที่สุด เพราะเป็นก้าวแรกของการที่ภาคราชการจะเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าสู่กระบวนการมีส่วนร่วมในเรื่องต่างๆ วิธีการให้ข้อมูลสามารถใช้ช่องทางต่างๆ เช่น เอกสารสิ่งพิมพ์ การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารผ่านทางสื่อต่างๆ การจัดนิทรรศการ จัดหมายข่าว การจัดงานแถลงข่าว การติดประกาศ และการให้ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ เป็นต้น

2. การรับฟังความคิดเห็น เป็นกระบวนการที่เปิดให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลข้อเท็จจริงและความคิดเห็นเพื่อประกอบการตัดสินใจของหน่วยงานภาครัฐด้วยวิธีต่างๆ เช่น การรับฟังความคิดเห็น การสำรวจความคิดเห็น การจัดเวทีสาธารณะ การแสดงความคิดเห็นผ่านเว็บไซต์ เป็นต้น

3. การเกี่ยวข้อง เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน หรือร่วมเสนอแนะทางที่นำไปสู่การตัดสินใจ เพื่อสร้างความมั่นใจให้ประชาชนว่าข้อมูลความคิดเห็นและความต้องการของประชาชนจะถูกนำไปพิจารณาเป็นทางเลือกในการบริหารงานของภาครัฐ เช่น การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพิจารณาประเด็นนโยบายสาธารณะ ประชาพิจารณ์ การจัดตั้งคณะทำงานเพื่อเสนอแนะประเด็นนโยบาย เป็นต้น

4. ความร่วมมือ เป็นการให้กลุ่มประชาชนผู้แทนภาคสาธารณะมีส่วนร่วม โดยเป็นส่วนร่วมกับภาครัฐในทุกขั้นตอนของการตัดสินใจ และมีการดำเนินกิจกรรมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง เช่น คณะกรรมการที่มีฝ่ายประชาชนร่วมเป็นกรรมการ เป็นต้น

5. การเสริมอำนาจแก่ประชาชน เป็นขั้นที่ให้บทบาทประชาชนในระดับสูงสุด โดยให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจ เช่น การลงประชามติในประเด็นสาธารณะต่างๆ โครงการกองทุนหมู่บ้านที่มอบอำนาจให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจทั้งหมด เป็นต้น

การสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน อาจทำได้หลายระดับและหลายวิธี ซึ่งบางวิธีสามารถทำได้ง่ายๆ แต่บางวิธีก็ต้องใช้เวลา ขึ้นอยู่กับความต้องการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชน ค่าใช้จ่ายและความจำเป็นในการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นเรื่องละเอียดอ่อน จึงต้องมีการพัฒนาความรู้ความเข้าใจในการให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องแก่ประชาชน การรับฟังความคิดเห็น การเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมรวมทั้งพัฒนาทักษะและศักยภาพของข้าราชการทุกระดับควบคู่กันไปด้วย

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ประชาชนมีส่วนร่วมในกลุ่มแกนกลาง ตั้งแต่การคิดค้นปัญหา และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา พร้อมทั้งขยายแนวคิดวิธีการแก้ไขปัญหาไปยังชาวบ้านในชุมชน โดยกลุ่มกิจกรรมจะมีโครงสร้างขนาดใหญ่หรือเล็กในขั้นตอนการวางแผนดำเนินการ กิจกรรมที่ตรงกับความต้องการของชาวบ้าน จะมีจำนวนสมาชิกมาก ในขณะที่กิจกรรมที่ชาวบ้านยังไม่แน่ใจในวิธีดำเนินการแก้ไขปัญหาก็จะมีจำนวนสมาชิกน้อยและชาวบ้านที่อยู่วงรอบนอกจะเพิ่มขึ้นหรือกลุ่มสมาชิกจะลดลง ภายหลังจากที่มีการประเมินผลการดำเนินงาน โดยมีปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วม ได้แก่ สภาพแวดล้อม ความสัมพันธ์ภายในชุมชน แรงผลักดันด้านบุคคล โครงสร้างของกลุ่ม ความถี่และระยะเวลาที่มีความสัมพันธ์ภายในกลุ่ม(ประมาณ ดันทิกุล, 2538) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปฏิบัติในบทบาทการดูแลผู้ป่วยวัณโรค โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า คะแนนในด้านการให้คำปรึกษาแนะนำดูแลด้านการรักษาพยาบาล ด้านจิตใจ และด้านสังคม อยู่ในระดับปานกลาง แต่ในด้านเศรษฐกิจอยู่ใน ระดับดี ดังนั้น สมาชิกครอบครัวควรให้การดูแลผู้ป่วยวัณโรค

ด้านการรักษาพยาบาล รวมทั้งด้านจิตใจและสังคมให้มากขึ้น และไม่ควรละเลยด้านเศรษฐกิจ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพแบบองค์รวม ซึ่งจะส่งผลต่อการเพิ่มอัตราผลการรักษาหายขาด จากวันโรค(จินตนา ทิพย์ทัต, 2543) มีผลการรักษาหายคิดเป็นร้อยละ 44.00 ปัจจัยที่พบว่ามี ความสัมพันธ์กับผลการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ความร่วมมือของผู้ป่วย และการให้ คำกำลังใจของพี่เลี้ยง เมื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยที่พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่ได้ปฏิบัติตามคำแนะนำทุก ขึ้นตอน มีโอกาสหายจากวัน โรคน้อยกว่าผู้ที่ปฏิบัติตามคำแนะนำทุกขึ้นตอน จากผลการศึกษา นี้ให้เห็นว่า ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัน โรคเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการรักษา ดังนั้นควร เน้นการสร้าง ความเข้าใจ และความตระหนักแก่ผู้ป่วยวัน โรคให้เห็นความสำคัญต่อการรักษาแบบ ระบบระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยง เพื่อให้มีการปรับตัวได้อย่างถูกต้องและครบถ้วนตามแผนการรักษา อันจะส่งผลให้อัตราการรักษาหายสูงขึ้น(รัฐประกรณ์ พวงเงินมาก, 2544) คะแนนความร่วมมือใน แผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยวัน โรคปอดหลัง ได้รับการพยาบาลตามทฤษฎี ความสำเร็จตาม จุดมุ่งหมายสูงกว่าก่อน ได้รับการการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคะแนนความร่วมมือใน แผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยวัน โรคปอดในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตาม จุดมุ่งหมายและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่แตกต่างกัน จากผลการ ศึกษาจะเห็นได้ว่าการ พยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย เป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่เจ้าหน้าที่ ทางสุขภาพ สามารถนำมาใช้ในการส่งเสริมผู้ป่วยวัน โรคปอดให้มีความร่วมมือในการดูแลสุขภาพ (สมศรี ธรรมโม, 2544) ลักษณะการมีส่วนร่วมในด้านพื้นฐานการเข้าร่วมของผู้สูงอายุในชมรมด้าน ป่าขาม ส่วนใหญ่จะเข้าร่วมด้วยความสมัครใจและเต็มใจ มีความกระตือรือร้นในการร่วมเป็น สมาชิกของชมรมและในกิจกรรมกลุ่มทุกครั้ง ส่วนรูปแบบในการดำเนินงานผู้สูงอายุจะมีส่วนร่วม โดยตรงในการบริหารจัดการและปฏิบัติตามระเบียบ ข้อบังคับของชมรม และมีส่วนโดยอ้อมใน กิจกรรมที่ทางการจัดขึ้น ส่วนปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของชมรมผู้สูงอายุ คือ ปัจจัยด้านกายภาพ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านสังคม ปัจจัยด้านวัฒนธรรม ปัจจัยด้าน การเมืองการปกครอง และปัจจัยด้านประวัติศาสตร์ ถ้าปัจจัยด้านหนึ่งด้านใดบกพร่อง จะมีผลต่อ การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมได้ นอกจากนั้น การได้รับการสนับสนุนปัจจัยภายนอก ได้แก่ เจ้าหน้าที่ของรัฐที่มาดำเนินงานอยู่ในหมู่บ้าน โดยการให้ความรู้ คำแนะนำ ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับ การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุและปัจจัยภายใน ได้แก่ ความต้องการด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม รวมทั้งองค์กรต่างๆ ในชุมชน(ทรงศักดิ์ มีชัย, 2544) 1.) ปัจจัยที่มีส่วนกำหนดการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของบุคคลในครอบครัวและชุมชน ได้แก่ การศึกษา อาชีพ การบริหาร ส่วนท้องถิ่น สภาพทางเศรษฐกิจ และสังคมวัฒนธรรม ซึ่งเป็นทุนทางสังคมที่มีอยู่ในชุมชนผ่าน กระบวนการเรียนรู้และการขัดเกลาทางสังคม 2.) บริบททางสังคมวัฒนธรรมที่กำหนดการมีส่วนร่วม

ร่วมในการส่งเสริมสุขภาพระดับครอบครัวและชุมชน 2.1.) ระดับครอบครัว การมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพมี 2 ระดับ คือการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงซึ่งเกิดจากความสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลภายในครอบครัว และระดับการมีส่วนร่วมแบบพอเป็นพิธี เกิดจากความสัมพันธ์ในแนวตั้งระหว่างประชาชนของครอบครัว คือ ความเชื่อที่สั่งสมกันมาเป็นระยะเวลาอันยาวนาน และความต้องการความยอมรับจากสังคมภายนอกชุมชน กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่นิยมใช้มากที่สุดในระดับครอบครัว คือ การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลด้านสุขภาพระดับชุมชน การมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพระดับนี้มี 2 ระดับ คือ การมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในการส่งเสริมสุขภาพ และการมีส่วนร่วมแบบพอเป็นพิธี การมีส่วนร่วมที่แท้จริงในการส่งเสริมสุขภาพนั้นเกิดจากความตระหนัก เห็นความสำคัญของปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้น กับสุขภาพ จึงทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของกิจกรรมสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ เงื่อนไขที่กำหนดให้ประชาชนเข้าร่วมในการส่งเสริมสุขภาพในระดับนี้ คือ การเห็นประโยชน์ของการดูแล สร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพทำให้ประชาชนอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดีขึ้น ส่วนการมีส่วนร่วมแบบพอเป็นพิธีนั้น เป็นการมีส่วนร่วมเฉพาะในขั้นดำเนินการ ไม่มีส่วนร่วมในขั้นการค้นหาคำปัญหา ร่วมคิดและตัดสินใจร่วมติดตามและประเมินการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกิจกรรมการเพิ่มความสามารถของชุมชนและการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลด้านสุขภาพเท่านั้น ซึ่งไม่ใช่ความต้องการของภาครัฐในการพัฒนาศักยภาพของประชาชนซึ่งเป็นทุนทางทรัพยากรบุคคลที่มีอยู่ในสังคมให้ดีขึ้น เพื่อให้เกิดความร่วมมือและมีส่วนได้รับประโยชน์ของการพัฒนาสุขภาพของบุคคลในชุมชน เพื่อให้ชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน แต่กระบวนการที่ดำเนินการไม่สามารถทำให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืนได้ เพราะประชาชนถูกจัดแจง ชักนำ และขอความร่วมมือในการบริจาคแรงงานทรัพย์เพื่อดำเนินการต่างๆ แต่ในการบริหารจัดการนั้นเจ้าหน้าที่ของรัฐเป็นผู้กำหนดและตัดสินใจดำเนินการทั้งหมด(อรุณี กาพย์ไชย, 2545) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องส่วนใหญ่พร้อมและต้องการมีส่วนร่วมในเรื่องการประชาสัมพันธ์ให้บุคลากร ได้รับทราบถึงความสำคัญของธรรมนูญโรงเรียน การสนับสนุนให้ครู-อาจารย์ ได้ปฏิบัติงานร่วมกับคณะกรรมการสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน การศึกษาเอกสารอื่นๆ เช่น นโยบายของกรมสามัญศึกษา การวางแผนพัฒนาคุณภาพการศึกษาการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจและเป้าประสงค์ของโรงเรียนในกิจกรรมที่ไม่พร้อมแต่ต้องการมีส่วนร่วมใหญ่ได้แก่การสร้าง ความเข้าใจแก่บุคลากรเกี่ยวกับขั้นตอนและวิธีการจัดทำธรรมนูญโรงเรียน การจัดเตรียมสารสนเทศของโรงเรียนเพื่อการวางแผน ด้านรูปแบบการมีส่วนร่วมเห็นด้วยกับการทำงานเป็นทีม การส่งเสริมความร่วมมือภายในโรงเรียน ตลอดจนการประสานงานเพื่อความเข้าใจในการกิจการจัดทำธรรมนูญโรงเรียนไม่ เห็นด้วยกับรูปแบบการบริหารโรงเรียน โดยมีผู้บริหารเป็นผู้มีบทบาทหลักมีอำนาจในการบริหารจัดการโดยตรงส่วนเงื่อนไขการมีส่วนร่วมเห็นด้วยใน

การกำหนดปฏิทิน การจัดทำธรรมนูญโรงเรียนเพื่อความร่วมมือของทุกฝ่าย ไม่เห็นด้วยในการกำหนดค่าตอบแทนแก่คณะทำงานในการประชุมหรือการปฏิบัติงานแต่ละครั้ง การให้อำนาจในการตัดสินใจทุกระดับปัญหาและข้อเสนอแนะการดำเนินงานควรมีการยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น โดยการอภิปรายร่วมกันเพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ก่อนการตัดสินใจและควรมีการจัดทำข้อมูลสารสนเทศให้ทันสมัยเป็นปัจจุบันเพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแผน(สุพิศ สุตราละ, 2546) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพตามนโยบาย 6 อ. โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ชุมชนมีส่วนร่วมในระดับมากในด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านอารมณ์ ด้านอาหาร และด้านอบายมุข ส่วนด้านการออกกำลังกาย และด้านอโรคยาพบว่าชุมชนมีส่วนร่วมในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าพยาบาลในชุมชนควรมีการดำเนินงานการสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างต่อเนื่องและครอบคลุม โดยเฉพาะอย่างยิ่งควรมีการวางแผนเพิ่มกิจกรรมในด้านการออกกำลังกาย และด้านอโรคยา เพื่อส่งผลต่อการมีสุขภาพดีของประชาชนที่ยั่งยืนต่อไป(สุภางค์ กฤษณ์, 2551) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง โดยรวมทั้ง 3 ยุทธศาสตร์ อยู่ในระดับปานกลาง ประกอบด้วย 1) การรณรงค์เพื่อปลูกจิตสำนึกและสร้างกระแสนิยมที่เอื้อต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหา 2) การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตให้แก่เยาวชนในชุมชน 3) การพัฒนาทักษะชีวิตและเครือข่ายการป้องกันช่วยเหลือ ปัญหาอุปสรรคการมีส่วนร่วมของชุมชนในการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด มีดังนี้ 1) ผู้นำชุมชนและแกนนำไม่เข้มแข็ง ขาดแกนนำและอาสาสมัคร 2) ขาดการประชาสัมพันธ์ สื่อสารและขาดสื่อ การสื่อสารทางเดียว 3) ผู้ปกครองของผู้ป่วยที่เสพยาเสพติดไม่ยอมรับว่าบุตรหลานติดยาและปกปิดข้อมูล 4) ขาดการประสานงานไม่ทราบแหล่งช่วยเหลือและการนำทรัพยากรบุคคลที่มีคุณค่าในชุมชนมาใช้ให้เกิดประโยชน์น้อย 5) ขาดงบประมาณ 6) นโยบายของรัฐบาล มีการส่งเสริมสนับสนุนการผลิตสุราเสรีขึ้นในชุมชน 7) ขาดการบังคับใช้กฎหมาย ขาดการบริหารจัดการที่ต่อเนื่อง มีแหล่งมั่วสุม เช่น ร้านเกมส์(ธีราภรณ์ สายอ้าย, 2551) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของบุคลากรสุขภาพ เพิ่มจาก 13.3 คะแนน เป็น 17.8 คะแนน ภายหลังจากการส่งเสริมการปฏิบัติ ( $p < .001$ ) สำหรับการปฏิบัติของบุคลากรสุขภาพ พบว่าการปฏิบัติของบุคลากรสุขภาพกลุ่มที่ 1 มีสัดส่วนการปฏิบัติที่ถูกต้องในด้านบริหารจัดการ และการจัดการสิ่งแวดล้อมหลังได้รับการส่งเสริมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การปฏิบัติของบุคลากรสุขภาพกลุ่มที่ 2 มีสัดส่วนการปฏิบัติที่ถูกต้องในการใช้อุปกรณ์ป้องกันระบบทางเดินหายใจหลังได้รับการส่งเสริมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ได้ผลในการเพิ่มความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อโรค ของบุคลากรสุขภาพคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลศรีสะเกษ คลินิก

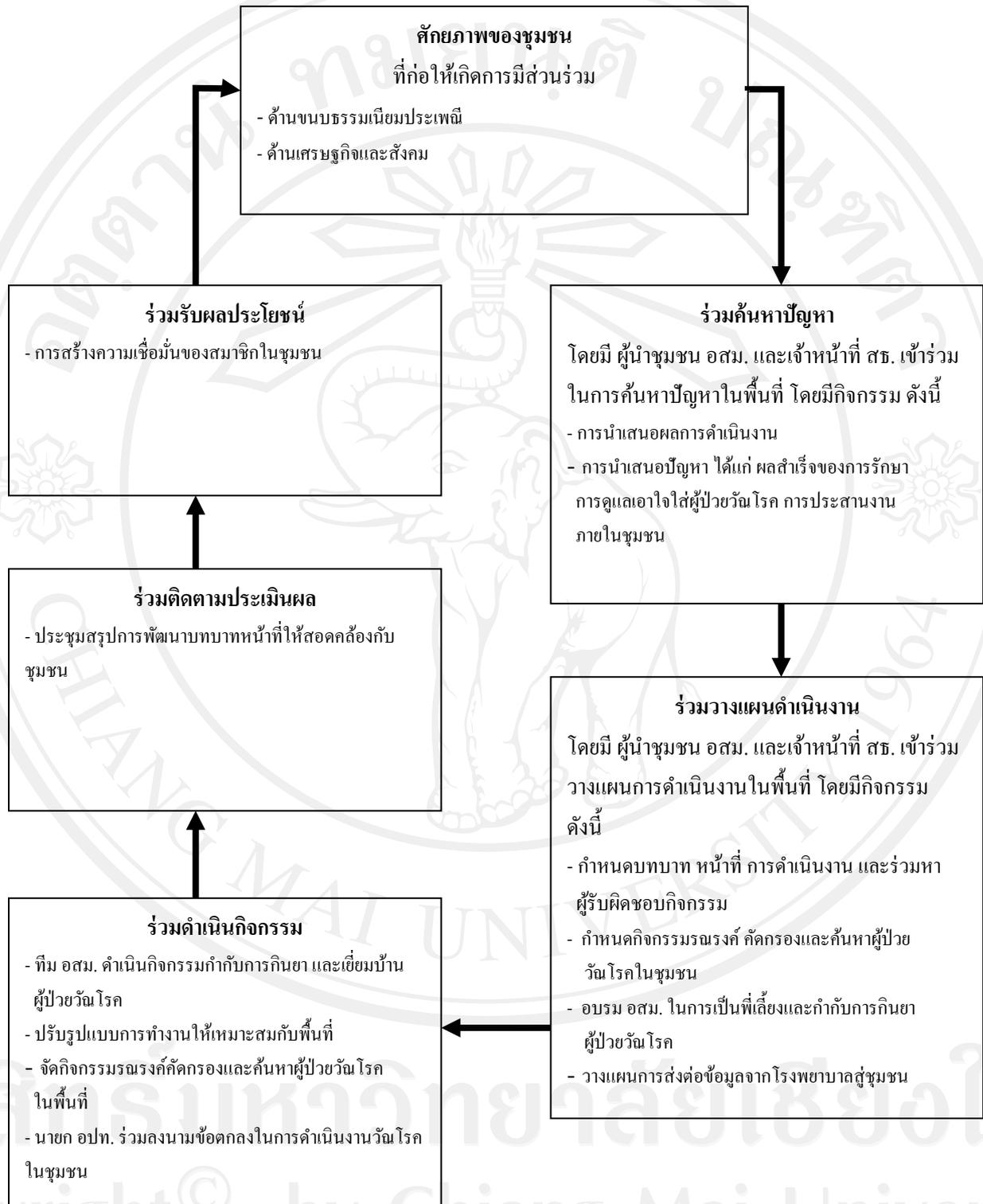
วันโรคแห่งอื่นควรนำแนวทางการส่งเสริมฯ ไปใช้ และควรหากกลยุทธ์อื่นๆ ที่จะส่งเสริมการปฏิบัติ ในกิจกรรมที่ยังไม่มีการเพิ่มขึ้นของการปฏิบัติ(ฉัตรกร พงศ์พีระเดช, 2551)

### สรุป

การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยวัน โรคให้ประสบผลสำเร็จนั้น จำเป็นจะต้องอาศัยความร่วมมือของสมาชิกชุมชนในการร่วมกันดูแลให้กำลังใจ เฝ้าระวังในพื้นที่ เพื่อไม่ให้เกิดการแพร่กระจาย เชื้อวัน โรค ประกอบกับการร่วมกันมองหาปัญหาต่างๆ ทั้งภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาค ประชาชนและชุมชน

### กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ประยุกต์มาจากกระบวนการการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยใช้การมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายในการให้ข้อมูล เพื่อให้ได้มาซึ่งปัญหาที่แท้จริง มีความตระหนัก และเป็นเจ้าของปัญหาเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน เนื่องจากการเน้น การมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำ ไปสู่การปฏิบัติและแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง โดยมีลักษณะที่สำคัญคือการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน แกนนำ/อสม. เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข สมาชิกในชุมชน และผู้ป่วย ในการให้ข้อมูล กระบวนการวิจัยดำเนินไปในลักษณะการนำปัญหาและข้อมูลที่ได้ มาร่วมกัน วิเคราะห์ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น สะท้อนความคิดเห็น ทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันและสร้างแนวทางการปฏิบัติในชุมชน การเป็นเจ้าของปัญหา และเกิดการพัฒนาขึ้นเป็นแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนเหมาะสม โดยมีการจัดทำแผน โครงการ ผู้รับผิดชอบโครงการ และผู้ดำเนินโครงการ การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเสนอเป็นกรอบแนวคิดตามรูปภาพดังต่อไปนี้



**รูปภาพที่ 3** กรอบแนวคิดการวิจัยในการดำเนินงาน กระบวนการมีส่วนร่วม  
ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยวันโรค