

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญการดูแลสุขภาพเกษตรกรในชุมชน

ปัญหาความเสี่ยงทางสุขภาพ (Health Risk) จากผลกระทบของการสัมผัสสารเคมีของเกษตรกรและแรงงานรับจ้าง เป็นปัญหาสำคัญที่ชุมชนควรให้ความตระหนัก เนื่องจากระบบเกษตรกรรมในประเทศไทยมีการใช้สารเคมีเป็นจำนวนมาก โดยพบว่าในปี 2554 มีการนำเข้าสารเคมีกำจัดแมลง (Insecticide) สูงถึง 34,672 ตัน และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และจากฐานข้อมูลของระบบหลักประกันสุขภาพ พบว่า ในปี 2550 มีผู้ป่วยด้วยโรคจากพิษของสารกำจัดศัตรูพืช อัตราร้อยละ 7.5 ของประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC)

สุขภาพของเกษตรกรมีความสำคัญอย่างยิ่งเนื่องจากเป็นกลุ่มแรงงานนอกระบบกลุ่มใหญ่ของประเทศ เป็นกลุ่มแรงงานที่สำคัญและมีปัญหาในด้านการใช้สารเคมีทางการเกษตรสูง ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาระบบเฝ้าระวังสุขภาพของเกษตรกรและสิ่งแวดล้อม โดยมีการตรวจคัดกรองสุขภาพ กลุ่มเกษตรกรที่มีการใช้สารกำจัดศัตรูพืชกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตและคาร์บาเมตด้วยกระดาษทดสอบพิเศษ (Reactive Paper) เพื่อตรวจหาระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสในร่างกายของผู้สัมผัสสารเคมี โดยมอบให้ห้องปฏิบัติการเป็น ผู้ผลิตและจำหน่าย มีการขยายงานให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนำไปใช้ในการตรวจคัดกรองสุขภาพให้แก่เกษตรกร มีการรายงานผลการดำเนินงานจากจังหวัดส่งรายงานเข้ามาให้สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ระหว่างปี พ.ศ. 2535 – 2550 พบว่า สัดส่วนผู้ที่มีความเสี่ยงและไม่ปลอดภัยสูงขึ้นจากเดิม ร้อยละ 20.41 เป็นร้อยละ 38.52 รวมทั้งมีการรายงานการเจ็บป่วยจากโรคพิษสารเคมีกำจัดแมลงของสำนักโรคพิษวิทยา มีอัตราป่วยอยู่ระหว่าง 2 – 6 ต่อประชากร 100,000 คน

กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายสนับสนุนให้หน่วยบริการปฐมภูมิ โดยเฉพาะ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ดำเนินการดูแลสุขภาพเกษตรกร ภายใต้โครงการเกษตรปลอดโรค ผู้บริโภคปลอดภัย สมุนไพรล้างพิษ กายจิตผ่องใส มีกิจกรรมที่สำคัญ ได้แก่ การประเมินความเสี่ยงในการทำงานอย่างง่ายโดยการใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับประวัติการทำงาน การสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช (แบบ นบก.1) การตรวจคัดกรองสุขภาพโดยการเจาะเลือดตรวจระดับ Cholinesterase ให้แก่ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อสิ่งคุกคามสุขภาพด้านสารเคมีที่ใช้ในกำจัดแมลงในกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตหรือกลุ่มคาร์บาเมต หากพบว่าเกษตรกรมีระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสต่ำ จะมีความเสี่ยงและไม่ปลอดภัยให้เกษตรกรเข้ารับการรักษาพยาบาลเบื้องต้น คือ ให้นำรายจิตไปดื่มดื่มน้ำรับประทานอย่างน้อย 7 วัน ไม่เกิน 30 วัน พร้อมให้คำแนะนำการใช้สารเคมีอย่างปลอดภัย รวมถึงการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิตด้วย จากนั้นให้ตรวจคัดกรองสุขภาพด้วยการเจาะเลือดหาระดับ Cholinesterase ซ้ำ ว่าปลอดภัยหรือไม่ หากพบว่าระดับ Cholinesterase ยังเสี่ยงและไม่ปลอดภัย ควรแนะนำให้หยุดการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชและปรับเปลี่ยนการทำเกษตรกรรมแบบเกษตรทางเลือก ซึ่งจะช่วยให้การดูแลสุขภาพของเกษตรกรที่ได้รับผลกระทบจากการใช้สารเคมีลดลงและช่วยลดความเสี่ยงทางสุขภาพจากการเกิดโรค เช่น มะเร็ง โรคเรื้อรังและการแพ้สารเคมีแบบเฉียบพลัน

จากผลการประเมินเฝ้าระวังความเสี่ยงสุขภาพของเกษตรกรของตำบลบ้านน้อย โดยการเฝ้าระวังสารเคมีตกค้างในกระแสเลือด พบว่า ปี 2556 ผลการเจาะเลือดตรวจหาสารเคมีตกค้างในกระแสเลือดของเกษตรกร ทั้งหมด 226 คน พบภาวะเสี่ยงและไม่ปลอดภัย รวมกัน 160 คน คิดเป็นร้อยละ 70.79 ผลการเจาะเลือดตรวจหาสารเคมีตกค้างในกระแสเลือดของเกษตรกร ปี 2557 ทั้งหมด 243 คน พบภาวะเสี่ยงและไม่ปลอดภัย รวมกัน 169 คน คิดเป็นร้อยละ 69.54 ซึ่งปัญหาสารเคมีตกค้างในกระแสเลือดลดลงเล็กน้อย แต่

ยังถือว่าอยู่ในระดับที่สูง โดยเฉพาะในกลุ่มเกษตรกร รวมไปถึงตำบลบ้านน้อยยังขาดระบบการจัดการปัญหาความเสี่ยงจากการใช้สารเคมีในด้านการเกษตร

เป็นความจำเป็นที่ตำบลบ้านน้อยต้องดำเนินการพัฒนารูปแบบการจัดการคลินิกเกษตรปลอดภัยแบบมีส่วนร่วม เพื่อลดความเสี่ยงจากการใช้สารเคมีของกลุ่มเกษตรกรต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเสริมสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการคลินิกเกษตรปลอดภัยเพื่อลดความเสี่ยงจากการใช้สารเคมีของกลุ่มเกษตรกร
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการคลินิกเกษตรปลอดภัยเพื่อลดความเสี่ยงจากการใช้สารเคมีของกลุ่มเกษตรกร
3. เพื่อประเมินรูปแบบจัดการคลินิกเกษตรปลอดภัยเพื่อลดความเสี่ยงจากการใช้สารเคมีของกลุ่มเกษตรกร

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ มุ่งเน้นการพัฒนารูปแบบการจัดการคลินิกเกษตรปลอดภัยระดับตำบลในการลดความเสี่ยงการใช้สารเคมี โดยเป้าหมายเฉพาะกลุ่มเกษตรกร เป็นการพัฒนาระบบการ กิจกรรม รูปแบบการจัดการ และผลการดำเนินงาน ช่วงระหว่าง 1 ตุลาคม พ.ศ. 2557 ถึง 31 มกราคม พ.ศ. 2559 ระยะเวลา 1 ปี 4 เดือน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

4. ได้แผนพัฒนารูปแบบการจัดการคลินิกเกษตรเพื่อลดความเสี่ยงจากการใช้สารเคมีในกลุ่มเกษตรกรแบบมีส่วนร่วม
5. ได้รูปแบบการจัดการคลินิกเพื่อลดความเสี่ยงจากการใช้สารเคมีในกลุ่มเกษตรกรแบบมีส่วนร่วมของชุมชน
6. ได้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงพัฒนารูปแบบการจัดการคลินิกเพื่อลดความเสี่ยงจากการใช้สารเคมีในกลุ่มเกษตรกรแบบมีส่วนร่วมของชุมชน

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาแนวคิดที่เกี่ยวข้องนี้เพื่อเป็นข้อมูลและแนวทางในการดำเนินการศึกษา “รูปแบบการจัดการคลินิกเกษตรปลอดโรคแบบมีส่วนร่วม เพื่อลดความเสี่ยงจากการใช้สารเคมีของกลุ่มเกษตรกร” ตำบลบ้านน้อย อำเภอโพทะเล จังหวัดพิจิตร โดยมีแนวคิดสำคัญดังต่อไปนี้

1. แนวคิดการจัดการระบบสุขภาพชุมชน
2. แนวคิดการจัดการความเสี่ยงทางสุขภาพ
3. แนวคิดการมีส่วนร่วม
4. แนวคิดการจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกร

1. แนวคิดการจัดการระบบสุขภาพชุมชน (Community Health Management)

จากสภาวะปัญหาที่เกิดขึ้นมีผลต่อการปรับโฉมหน้าของงานสาธารณสุขมูลฐาน ทั้งในการปรับขยายแนวคิดและวิธีทำงานให้เหมาะกับยุคสมัยและสถานการณ์ของประเทศ ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ด้วยการจัดระบบการจัดการของชุมชน ในสิ่งที่มีอยู่ในชุมชน ซึ่งเป็นผลพวงของการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานให้เกื้อกูลกัน เกิดประโยชน์ที่ดีต่อสุขภาพ อันได้แก่ ความร่วมมือร่วมใจของคนในชุมชน (อสม. ผู้นำ กลุ่มต่างๆ และประชาชน) ศูนย์ปฏิบัติการให้บริการสุขภาพเบื้องต้นและความรู้ข่าวสารด้านสุขภาพในชุมชนและทุนในการดำเนินกิจกรรมสุขภาพในชุมชน

การจัดการระบบสุขภาพชุมชน มีความหมายกว้างและเชื่อมโยงขยายครอบคลุมไปถึงระบบร่วมของความเป็นสาธารณสุขและความเป็นชุมชน ที่ต้องร่วมกันสร้างสังคมให้มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพะมีสังคมที่เกื้อกูลกันและมีสุขภาพทางจิตวิญญาณที่หนุนเสริมซึ่งกันและกัน ซึ่งจะมากกว่าการปลอดภัยจากโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ การรักษาโรคเมื่อเจ็บป่วย การจัดการสุขภาพ การมีโรงพยาบาลใกล้บ้าน การมีบุคลากรไม่เพียงพอ ฯลฯ เท่านั้น และระบบสุขภาพชุมชนหรือสุขภาพะชุมชน มิอาจเกิดขึ้นได้เฉพาะบุคคลและครอบครัว แต่ต้องเกิดเป็นสุขภาพะร่วมของชุมชน หรือสังคมโดยรวมจึงจะยั่งยืนได้ เพื่อพัฒนานโยบายและวาระร่วมระดับชาติ (National agenda) ในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนให้เข้มแข็ง เมืองไทยแข็งแรง เพื่อขับเคลื่อนกลไกและเครือข่ายความร่วมมือของทุกองค์กร ทั้งในและนอกชุมชนท้องถิ่นในการร่วมบริหารจัดการระบบสุขภาพ ชุมชนแบบบูรณาการ โดยมีชุมชนเป็นศูนย์กลาง เพื่อเชื่อมโยงและสร้างการมีส่วนร่วมในการจัดการใหม่ (New management) กิจกรรมและกระบวนการพัฒนาต่างๆในชุมชน โดยชุมชนให้หนุนเสริมซึ่งกันและกันเป็นองค์รวม (Holistic approach) ตามบริบทของแต่ละพื้นที่ โดยมีเป้าหมายของการพัฒนาคือประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้า โดยมุ่งหมายให้เกิดการพัฒนาที่สำคัญในระดับชุมชน ซึ่งจุดเคลื่อนการพัฒนาที่จะนำไปสู่ความสำเร็จได้นั้น จะขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละพื้นที่โดยให้ “ทุกชุมชนเป็นศูนย์กลางการเชื่อมโยงและบูรณาการ” ที่สามารถแสดงบทบาทในการจัดระบบสุขภาพของตนเอง ครอบครัว ชุมชน สภาพแวดล้อมและสังคมในมิติต่างๆโดยรวม ได้อย่างเข้มแข็งและยั่งยืน และนำไปสู่การสร้างระบบสุขภาพชุมชนและคุณภาพชีวิตที่ดี สร้างรายได้จากการพึ่งพาตนเองและการออมในชุมชน

การจัดการสุขภาพระบบสุขภาพชุมชน หมายถึง 1) การที่ชุมชน/หมู่บ้าน มีกระบวนการที่ดำเนินการร่วมกันในเรื่องการวางแผนด้านสุขภาพ 2) การจัดการงบประมาณเพื่อใช้ในการพัฒนาด้านสุขภาพ 3) การจัดการกิจกรรมด้านสุขภาพ และ 4) การสรุปประเมินผลการจัดการด้านสุขภาพ

ระบบสุขภาพชุมชนจึงมีจุดมุ่งหมายเพื่อการพัฒนาสุขภาพของคนในชุมชน ด้วยการส่งเสริมผลักดันให้ประชาชนตระหนักในการดูแลสุขภาพ และถือเป็นหน้าที่ของตนเอง มีใช้ผลกระทบบให้กับคนอื่น และพัฒนาองค์กร อาสาสมัครและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว มีส่วนร่วมได้พัฒนาขีดความสามารถและทักษะในการ

จัดการงานบริการส่งเสริม สุขภาพด้านต่างๆของ กรม กอง ในกระทรวงสาธารณสุขให้สามารถเป็นระบบและเกิดผลที่ประจักษ์ชัด สามารถตรวจวัดได้ในระดับชุมชนนั้นเป็นสิ่งที่ต้องมุ่งมั่นดำเนินการให้สำเร็จ ตลอดจนการสร้างกระแสผลักดันให้ประชาชนในชุมชนต่างๆ ได้หันมามีบทบาทส่วนร่วมรับผิดชอบการดูแลสุขภาพและสุขภาพพื้นฐานได้โดยตนเอง ซึ่งมีความสำคัญต่อการพัฒนาสุขภาพของคนไทย

คน เป็นองค์ประกอบหลักที่สำคัญในการพัฒนาใดๆ ก็ตามจะต้องมีคนที่อยู่ในชุมชนรวมตัวกัน ร่วมกันคิด ร่วมกันทำ อาจเริ่มจากคนกลุ่มหนึ่งอาจจะมากหรือน้อยก็ตามซึ่งมีความแตกต่างหลากหลายต่างกลุ่ม ต่างอาชีพ ต่างฐานะ ต่างความคิด ต่างเพศ ต่างวัย แต่มีจิตใจเดียวกันเพื่อส่วนรวม และมีเป้าหมายร่วมกัน มีการขยายแนวร่วมออกไปเรื่อยๆ

องค์ความรู้ ในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน จำเป็นต้องมี องค์ความรู้ วิธีการ เทคโนโลยี ภูมิปัญญา และประสบการณ์ จะทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ การถ่ายทอดและการกระจายความรู้ข้อมูลข่าวสารในชุมชน

ทุน เพื่อการพัฒนาสุขภาพ การดำเนินงานพัฒนาสุขภาพ จำเป็นต้องอาศัยทุนที่เป็นตัวเงินและทุนที่ไม่ใช่ตัวเงินหรือทุนทางสังคมและทรัพยากรธรรมชาติ ซึ่งทุนที่เป็นตัวเงินจะมีความหมายในลักษณะการเงิน การคลังด้านสุขภาพและการพัฒนาต่างๆ เพื่อจัดบริการให้กับคนในชุมชนอย่างคุ้มค่า คุ้มเวลาที่ทำงาน และประชาชนได้รับประโยชน์สูงสุด ซึ่งแต่ละชุมชน สามารถแสวงหาแหล่งทุนได้ทั้งภายในและภายนอกชุมชน และนำมาบริหารจัดการให้เกิดผลกำไร แล้วนำดอกผลนั้นมาใช้ในการพัฒนาต่อไป

การจัดการ เพื่อให้ประชาชนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ซึ่งการจัดการในที่นี้ คือ การปฏิบัติการประสานให้เกิดความสมดุล เพื่อการเคลื่อนไหวของปัจจัย คน องค์ความรู้หรือวิธีการทำงาน และทุนเพื่อการพัฒนาสุขภาพ ให้เกิดการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาสุขภาพ เพื่อสนองต่อความต้องการของคนในชุมชนป้องกันและแก้ปัญหสุขภาพของคนในชุมชน

โดยสรุปหมู่บ้านจัดการสุขภาพ คือ หมู่บ้านที่มีความเข้มแข็ง องค์กรชุมชนมีความสามารถในการบริหารจัดการกลุ่มองค์กรต่างๆที่มีอยู่ในหมู่บ้าน (ทั้งกลุ่มออม.และกลุ่มแกนนำชุมชนอื่นๆ) มีการระดมทุนและจัดการทุน มีการใช้องค์ความรู้หรือภูมิปัญญาท้องถิ่น เกิดคุณค่ามากกว่าเดิม(ทำให้เกิดมูลค่าเพิ่ม) ด้วยการจัดกระบวนการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ ทั้งภายในและภายนอกชุมชน เช่น ประชุมหารือ หรือทำประชาคมของกลุ่มองค์กรต่างๆ รวมทั้งประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม เพื่อร่วมกันศึกษาสภาพความเป็นอยู่ของคนในชุมชน ร่วมกันวางแผน ร่วมกันดำเนินการตามแผน โดยมีเจ้าหน้าที่ภาครัฐ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้การสนับสนุน และมีการเชื่อมโยงการทำงานกับหน่วยงานหรือองค์กรภายนอกหมู่บ้าน เช่น ที่ ศสมช. มีระบบส่งต่อข้อมูลและผู้ป่วยกับศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) หรือหมู่บ้านทำแผนงานโครงการเสนอของบประมาณจากแหล่งทุนภายนอกชุมชนทั้งภาครัฐและเอกชน เป็นต้น

ชุมชนจัดการสุขภาพถือเป็นรากฐานสำคัญของการพัฒนาให้เกิด “หมู่บ้าน และสังคมไทยแข็งแรง” ที่ยั่งยืน เพราะในกระบวนการพัฒนาหมู่บ้านจัดสรรสุขภาพนั้น มิได้มุ่งเน้นที่ผลผลิต(End) แต่เพียงอย่างเดียว หากแต่เรามุ่งเน้นที่กระบวนการ (Mean) ที่มุ่งสร้างให้คนในชุมชนได้มีการเรียนรู้ร่วมกัน ฝึกคิด ฝึกทำจากประสบการณ์ตรง และจากความรู้ในเชิงวิชาการจากเจ้าหน้าที่ผู้เป็นที่เล็ง และเป็นผู้อำนวยความสะดวก (Facilitator) กระบวนการเหล่านี้ช่วยสร้างให้องค์กรชุมชนเติบโตทางปัญญา และมีศักยภาพเพียงพอที่จะจัดการตนเองได้ ไม่เฉพาะเรื่องสุขภาพเท่านั้น แต่ยังเป็นฐานการพัฒนาสู่ด้านอื่นๆด้วย

2. แนวคิดการจัดการความเสี่ยงทางสุขภาพ (Health Risk Management)

การประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพ (Health Risk Assessment; HRA) หมายถึงการศึกษา “โอกาส” หรือ “ความน่าจะเป็น” ของผลกระทบจากสิ่งแวดล้อมต่อสุขภาพของมนุษย์ ซึ่งสิ่งแวดล้อมในที่นี้ก็หมายถึงสิ่งคุกคาม (Hazard) นั่นเอง การประเมินความเสี่ยงจัดเป็น “กระบวนการ” ของความคิด ที่ทำเพื่อจะให้ได้รู้ถึงความเสี่ยงนั้นมากน้อยเพียงใด เนื้อหาในส่วนต่อไปนี้จะได้กล่าวถึงกระบวนการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพ ว่ามีหลักการอย่างไรบ้าง

หากจะกล่าวไปแล้ว การประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment) นั้น จัดเป็นกระบวนการย่อยหนึ่งของการวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk Analysis) ซึ่งจะประกอบไปด้วยกระบวนการย่อย 3 กระบวนการ ได้แก่ (1)การประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment) คือการที่จะบอกให้ได้ว่าความเสี่ยงนั้นมีมากหรือน้อย ทั้งในแง่ของโอกาสที่จะเกิด และความรุนแรงหากเกิดผลกระทบขึ้น (2) การจัดการความเสี่ยง (Risk Management) คือการพิจารณา เลือกวิธีการที่เหมาะสม และดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยง (3) การสื่อสารความเสี่ยง (Risk Communication) คือการให้ข้อมูลต่อสาธารณะ ว่าความเสี่ยงนั้นรุนแรงมากน้อยเพียงใด ต้องให้ความสำคัญหรือไม่จำเป็นต้องตื่นตระหนก โดยการให้ข้อมูลที่ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง

กระบวนการในการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพ มี 4 ขั้นตอน คือ

1. การบ่งชี้สิ่งคุกคาม (Hazard identification) คือกระบวนการในการบ่งชี้ว่าสิ่งใดหรือภาวะใดเป็นปัจจัยคุกคาม นั่นคือ หากมนุษย์สัมผัสสิ่งนั้นหรือภาวะนั้นอาจก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพขึ้นได้ การบ่งชี้สิ่งคุกคาม เป็นการตอบคำถามว่า ในสถานที่แห่งหนึ่ง หรือสภาพการณ์หนึ่งนั้น มีสิ่งคุกคามอยู่จริงหรือไม่ หรืออะไรบ้างที่เป็นสิ่งคุกคาม เครื่องมือสำคัญอย่างหนึ่งของแพทยอาชีวเวชศาสตร์ ในการบ่งชี้สิ่งคุกคามในสถานที่ทำงานก็คือ การเดินสำรวจสถานที่ทำงาน(Walkthrough Survey)

2. การประเมินการสัมผัส (Exposure assessment)คือการประเมินระดับการสัมผัสที่แต่ละบุคคล ประชากร หรือระบบนิเวศน์ ได้รับว่ามากน้อยเพียงใด โดยคำนึงถึงขนาดการสัมผัส (dose) ระยะเวลาที่สัมผัส (duration) และช่องทางการสัมผัส (routes of exposure) รวมถึงเส้นทางการฟุ้งกระจายของสิ่งคุกคามจากในสิ่งแวดล้อมผ่านตัวกลาง (medias) มาสู่คนด้วย

3. การประเมินขนาดสัมผัสกับผลกระทบที่เกิดขึ้น(Dose-response assessment)เป็นการประเมินว่าขนาดของการสัมผัสระดับใดจะเป็นอันตรายต่อสุขภาพมากน้อยเท่าใด ซึ่งกระบวนการนี้จะทำให้สามารถแบ่งระดับการสัมผัส เป็น ระดับปลอดภัย กับระดับที่ทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ ตัวอย่างที่ชัดเจน เช่น การประเมินการตอบสนองต่อสารเคมีในวิชาพิษวิทยา สารพิษชนิดเดียวกันแต่มี “ปริมาณการสัมผัส” ต่างกัน จะทำให้ร่างกายตอบสนองต่างกัน สำหรับสิ่งคุกคามประเภทอื่น ทั้งสิ่งคุกคามทาง กายภาพ ชีวภาพ และการยศาสตร์ ระดับการสัมผัสที่ต่างกันนั้นก็ทำให้ร่างกายมนุษย์เกิดผลตอบสนองต่างกันด้วย เช่นเดียวกัน

4. การอธิบายลักษณะของความเสี่ยง (Risk characterization) คือการวิเคราะห์ข้อมูลจากทั้ง 3 ขั้นตอนก่อนหน้าเพื่อนำมาประเมินว่า การสัมผัสสิ่งคุกคามในสภาพที่เป็นอยู่นั้น ถือเป็นความเสี่ยงต่อสุขภาพหรือไม่ ในที่ทำงานหรือสถานประกอบการแห่งหนึ่ง คนทำ งานแต่ละคน หรือแผนกงานแต่ละแผนก ย่อมจะมีความเสี่ยงต่อสุขภาพที่แตกต่างกันไปตามสิ่งคุกคามที่สัมผัส รายละเอียดที่ต้องพิจารณาในขั้นตอนนี้คือ ต้องบอกให้ได้ว่าความเสี่ยงต่อปัจจัยคุกคามที่สนใจนั้น ระดับของความเสี่ยงมีมากน้อยแค่ไหน มีความเสี่ยงอย่างไร ใครเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงสูงสุด ลักษณะงานหรือกิจกรรมแบบใดที่ทำให้เกิดความเสี่ยงสูงสุด ดังนี้ เป็นต้น

รายละเอียดกระบวนการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพทั้งหมดนั้น ประกอบด้วยการรวบรวมข้อมูลงานวิจัยทั้งในสัตว์ทดลองและการศึกษาในมนุษย์ การวิเคราะห์ทางสถิติ การใช้สมการทำนายผลเพื่อคาดการณ์หาระดับของความเสี่ยง ซึ่งต้องใช้การคำนวณทางคณิตศาสตร์เข้ามาเกี่ยวข้องด้วยอีกอย่างมาก หากกล่าวถึงในรายละเอียดทั้งหมดอาจทำให้เกิดความสับสนแก่ผู้เริ่มเรียนรู้ที่ยังไม่มีพื้นฐานของวิชาสถิติได้ ผู้เรียบเรียงจึงไม่ขอกล่าวถึงในรายละเอียด ณ ที่นี้ ผู้ที่สนใจสามารถศึกษาความรู้เพิ่มเติมได้จากหนังสืออ้างอิงที่ระบุไว้ท้ายบท

เมื่อมีการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพแล้ว สิ่งสำคัญต่อมาคือการจัดการความเสี่ยง (Risk Management) ผู้ที่มีอำนาจตัดสินใจในการดำเนินการจัดการความเสี่ยงนั้นมักเป็นผู้นำชุมชนหรือผู้บริหารขององค์กร กระบวนการจัดการความเสี่ยงที่ดีจะต้องเลือกวิธีการจัดการความเสี่ยงที่เหมาะสม และดำเนินการในช่วงเวลาที่เหมาะสมด้วย

อีกกระบวนการหนึ่งที่ต้องกระทำไปควบคู่กับการจัดการความเสี่ยง คือการสื่อสารความเสี่ยง (Risk Communication) เป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเสี่ยงนั้นมากขึ้น บุคคลสำคัญที่จำเป็นต้องทำการสื่อสารความเสี่ยงให้เข้าใจเป็นอันดับแรกก็คือผู้นำชุมชนหรือผู้บริหารที่มีอำนาจตัดสินใจในการจัดการความเสี่ยงนั้นได้ นอกจากนี้ ยังอาจต้องสื่อสารความเสี่ยงไปยังสาธารณะชน หรือคนที่ได้รับความเสี่ยงนั้นด้วย การนำเสนอข้อมูลเพื่อสื่อสารความเสี่ยงนั้นเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ ข้อมูลวิชาการที่สื่อสารต้องตรงกับความเป็นจริง ต้องทำให้เกิดความตระหนักรู้ในอันตรายที่อาจเกิดจากความเสี่ยงนั้น แต่ก็ต้องไม่ทำให้เกิดความตื่นตระหนกจนเกินไป และต้องทำให้ผู้ที่ได้รับความเสี่ยงนั้นมีความรู้ สามารถดูแลตัวเองรับมือกับความเสี่ยงนั้นได้

3. แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน (Citizen Participation)

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

ความหมายของการมีส่วนร่วมของชุมชน

การมีส่วนร่วมของชุมชนนั้นนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายไว้ดังนี้

เคเฮนและอัฟออฟ (Cohen and Uphoff, 1981 :6) ได้ให้ความหมาย การมีส่วนร่วมของชุมชนว่า สมาชิกของชุมชนต้องเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องใน 4 มิติ ได้แก่

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

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

นอกจากนี้ สุชาติ จักรพิสุทธิ์ (ออนไลน์.2547) ศึกษาเรื่องชุมชนกับการมีส่วนร่วมจัดการศึกษา สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน แบ่งได้ออกเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่

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

2. ลักษณะการมีส่วนร่วมจากความเกี่ยวข้องทางด้านจิตใจ เป็นการมีส่วนร่วมของชุมชนที่เกี่ยวข้องทางด้านจิตใจ อารมณ์ รวมทั้ง ค่านิยมของประชาชนเป็นเครื่องชี้นำตนเองให้เข้ามามีส่วนร่วมแสดงความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การกระทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ทำให้ผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วม เกิดความผูกพัน มีความรู้สึกรับผิดชอบต่อกิจกรรมที่ดำเนินงานด้วยความสมัครใจ

จากแนวคิดและทัศนะที่ได้กล่าวมาข้างต้นทั้งหมด สามารถแยกประเด็นสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนเกิดขึ้นจาก เป้าหมายที่ต้องการ ค่านิยม ความเชื่อ วัฒนธรรมประเพณี ความผูกพัน การเสริมแรง โอกาส ความสามารถ ความคาดหวังในสิ่งที่ต้องการ โดยมีพื้นฐานของการมีส่วนร่วม ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมบนพื้นฐานของเหตุผล
2. การมีส่วนร่วมบนพื้นฐานของค่านิยม
3. การมีส่วนร่วมบนพื้นฐานของประเพณี
4. การมีส่วนร่วมบนพื้นฐานของความผูกพัน ความสนใจ

โดยสรุป การมีส่วนร่วมของชุมชนนั้นเกิดจากจิตใจที่ต้องการเข้าร่วมในกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง เพื่อให้บรรลุถึงวัตถุประสงค์ของกลุ่มคนที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตทางสังคม ซึ่งการจะทำให้คนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมนั้น ผู้ดำเนินงานจะต้องมีความเข้าใจในวิถีการดำเนินชีวิต ค่านิยม ประเพณี ทัศนคติของบุคคลเพื่อให้เกิดความสมัครใจในการเข้าร่วมกิจกรรม

ขั้นตอนการมีส่วนร่วมของชุมชน

การเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน เพื่อการกระทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งให้เกิดประโยชน์ต่อชุมชนนั้น มีนักวิชาการได้เสนอแนวคิดถึงขั้นตอนการมีส่วนร่วมของชุมชน ดังนี้

ฟอร์นารอฟ (Formaroff. 1980 : 104) เสนอกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน มีขั้นตอนการมีส่วนร่วม ดังนี้

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

4. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์

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

1. การมีส่วนร่วมในการริเริ่มโครงการ ร่วมค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาภายในชุมชน ร่วมตัดสินใจกำหนดความต้องการและร่วมลำดับความสำคัญของความต้องการ
2. การมีส่วนร่วมในขั้นการวางแผน กำหนดวัตถุประสงค์ วิธีการ แนวทางการดำเนินงาน รวมถึงทรัพยากรและแหล่งวิทยาการที่จะใช้ในโครงการ
3. การมีส่วนร่วมในขั้นตอนการดำเนินโครงการ ทำประโยชน์ให้แก่โครงการ โดยร่วมช่วยเหลือด้านทุนทรัพย์ วัสดุอุปกรณ์ และแรงงาน
4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผลโครงการ เพื่อให้รู้ว่าผลจากการดำเนินงานบรรลุ วัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ โดยสามารถกำหนดการประเมินเป็นระยะต่อเนื่องหรือ ประเมินผลรวมทั้งโครงการในคราวเดียวกันได้

ส่วน อคินรพีพัฒน์ (2547 : 49) ได้แบ่งขั้นตอนการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 ขั้นตอน คือ

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

ขั้นตอนการเข้ามามีส่วนร่วมของชุมชน วิรัช วิรัชนิภาวรรณ (ออนไลน์.2547) ได้สรุปและนำเสนอ ขั้นตอนการมีส่วนร่วมใน 2 ลักษณะ ได้แก่

ลักษณะที่ 1 มีขั้นตอน ดังนี้

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

ลักษณะที่ 2 มีขั้นตอน ดังนี้

1. การกำหนดปัญหา
2. การวางแผน
3. การดำเนินงาน
4. การประเมินผล

4. แนวคิดการจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกร

เป็นกลยุทธ์หนึ่งของกรมควบคุมโรคที่ต้องการให้หน่วยบริการปฐมภูมิ มีการดูแล สุขภาพให้แก่กลุ่มผู้ ประกอบอาชีพในชุมชน หรือแรงงานในชุมชนอย่างต่อเนื่องและเป็นองค์รวม กลุ่มเป้าหมายที่ดูแลในระยะแรก คือกลุ่มเกษตรกร ซึ่งเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ที่อาศัยอยู่ใน พื้นที่และมีความสำคัญต่อระบบเศรษฐกิจของประเทศ เป็นผู้ที่ไม่แสวงหาสวัสดิการประกันสังคม แต่มีสิทธิในการรักษาพยาบาลตามสิทธิของสำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทั้งนี้ในอนาคตหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีความพร้อมด้านองค์ความรู้ ทีมงาน ก็

สามารถขยายการจัดบริการอาชีพออกมาไปยังกลุ่มอาชีพอื่นๆ ได้อีก เช่น กลุ่มวิสาหกิจชุมชน กลุ่มเสริมสวย กลุ่มก่อสร้าง เป็นต้น

องค์ประกอบของคลินิกสุขภาพเกษตรกร

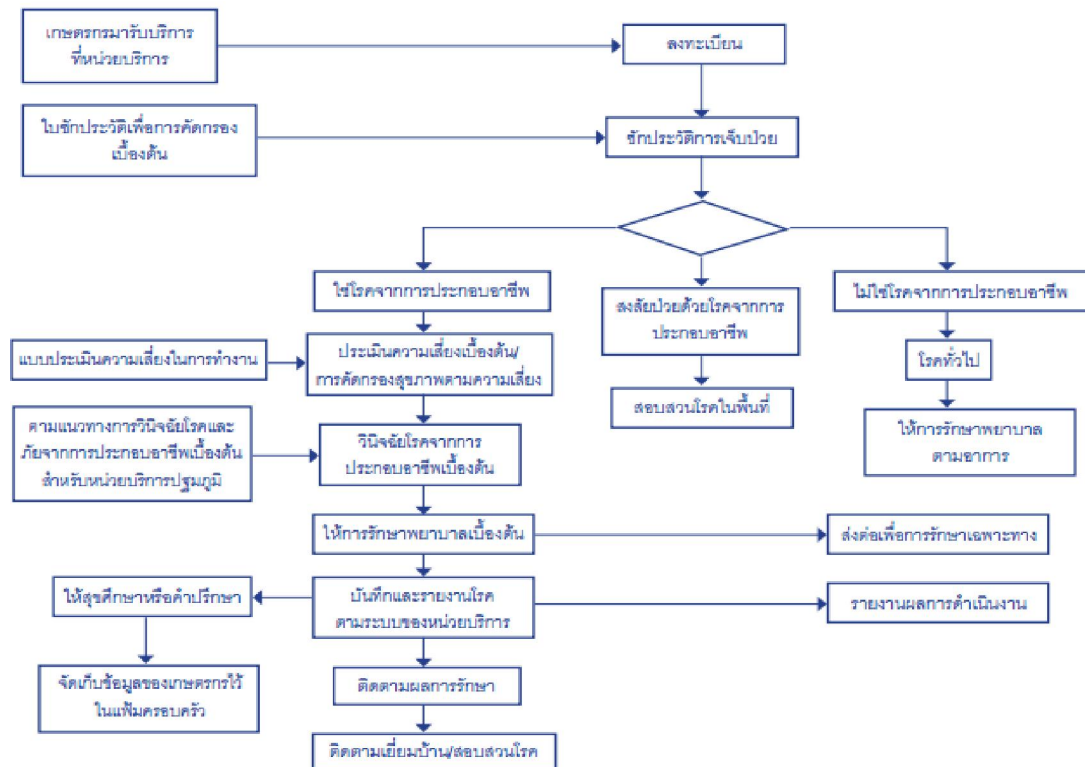
ในหน่วยบริการปฐมภูมิประกอบด้วย

1. มีสถานที่ หรือมีป้ายชื่อคลินิก โลโก้หรือสัญลักษณ์ เพื่อการประชาสัมพันธ์ให้ ผู้มารับบริการได้รับทราบ
2. มีการจัดกิจกรรมบริการสุขภาพให้แก่เกษตรกรอย่างสม่ำเสมอ ความถี่สัปดาห์ละ 1 วันหรือเดือนละ 1 ครั้ง ขึ้นกับบริบทของรพ.สต. อาจบูรณาการกับคลินิกสุขภาพอื่นๆหรือจะแยกต่างหากก็ได้
3. กิจกรรมเชิงรับในคลินิกสุขภาพเกษตรกร
 - ชักประวัติการทำงาน
 - ประเมินความเสี่ยงในการทำงานโดยใช้แบบประเมินอย่างง่าย เช่น แบบ นบก.1-56, แบบประเมินความเสี่ยงอาการผิดปกติของระบบโครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อ (MSDs-ENVOCC-56)
 - ตรวจคัดกรองสุขภาพให้เกษตรกรที่ทำงานสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช กลุ่มออร์กาโนฟอสเฟต (organophosphate) หรือกลุ่มคาร์บาเมต (carbamate) โดยใช้กระดาษคัดกรองพิเศษ (Reactive paper) มากกว่า ร้อยละ 10 ของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่
 - วินิจฉัยโรคและการบาดเจ็บจากการทำงานเบื้องต้น เช่น โรคผิวหนังจากการทำงาน โรคพิษสารกำจัดศัตรูพืช โรคระบบโครงร่าง กระดูกและกล้ามเนื้อ เป็นต้น
 - รักษาพยาบาลเบื้องต้น
 - ส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยโรคเพิ่มเติมหรือการรักษาพยาบาลเฉพาะทางที่สูงขึ้น
 - บันทึกข้อมูลการเจ็บป่วยโรคและการบาดเจ็บจากการทำงานและการรายงานโรค
 - การรายงานผลการดำเนินงานให้ สสจ.อย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง
4. จัดมุมให้ความรู้การป้องกันโรคและภัยจากการทำงาน นิทรรศการ เอกสาร แผ่นพับ วิชาการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเกษตรกร
5. กิจกรรมบริการเชิงรุกในพื้นที่
 - ประสานความร่วมมือชุมชน อบต. ในการดูแลสุขภาพแรงงานในชุมชนและการสนับสนุนการปรับปรุงสภาพการทำงานให้ปลอดภัย
 - พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขด้านอาชีพอนามัย (อ.ส.อ.ช.) หรือ อสม. โดยการอบรมตามหลักสูตรที่สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมกำหนดหรือหลักสูตรอื่นที่เกี่ยวข้อง
 - การสื่อสารความเสี่ยงให้แก่แรงงานในชุมชนและผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพแรงงานในชุมชน
 - สอบสวนโรคและภัยจากการประกอบอาชีพในพื้นที่ ในกรณีที่มีการป่วยด้วยโรคจากการทำงานหรือในรายที่สงสัยแต่มีข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัยโรคไม่เพียงพอหรือมีผลการตรวจคัดกรองสุขภาพเกษตรกรที่สัมผัสสารเคมีกำจัดแมลงโดยใช้กระดาษคัดกรองพิเศษ (Reactive paper) พบกลุ่มเสี่ยงและไม่ปลอดภัยรวมกันมากกว่าร้อยละ 30 ของผลการตรวจคัดกรองทั้งหมด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการค้นหาสาเหตุและ/หรือสำรวจสภาพแวดล้อมในการทำงาน นำข้อมูลมาวางแผนการป้องกันควบคุมโรคต่อไป
 - การรณรงค์ประชาสัมพันธ์การป้องกัน ควบคุมโรคและภัยจากการประกอบอาชีพ

แนวทางการจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกร

การให้บริการอาชีวอนามัยในคลินิกบริการสุขภาพเกษตรกรประกอบด้วย กิจกรรมการให้บริการ
เชิงรับและเชิงรุก

แผนภูมิที่ 1 การจัดการอาชีวอนามัยเชิงรับในคลินิกสุขภาพเกษตรกร ขั้นตอนการจัดการอาชีวอนามัย
เชิงรับในหน่วยบริการปฐมภูมิ



1. เกษตรกรมารับบริการที่หน่วยบริการสุขภาพ เมื่อเกษตรกรหรือแรงงานในชุมชนมารับบริการที่หน่วยบริการสุขภาพด้วยอาการ เจ็บป่วยหรือบาดเจ็บหรือต้องการตรวจสุขภาพเพื่อคัดกรองโรค เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรลงทะเบียนการเข้ารับบริการ เพื่อประโยชน์ในการคัดแยกการเจ็บป่วย โดยอาจจัดทำสมุดทะเบียนแยกต่างหาก หรือใช้ตารางง่ามลงในใบ OPD ระบุอาชีพและลักษณะงานให้ชัดเจน เพื่อใช้ประกอบการตรวจและวินิจฉัยโรค

2. ซักประวัติการเจ็บป่วยและลักษณะการทำงานนอกจากการเจ็บป่วยด้วยโรคทั่วไปของเกษตรกร บางครั้งการเจ็บป่วยอาจมีปัญหสุขภาพที่เกิดจากการทำงานก็ได้ ดังนั้นการซักประวัตินอกจากการถามถึงอาการเจ็บป่วย ควรให้ความสำคัญของการซักประวัติการทำงาน ลักษณะการทำงาน ประวัติการสัมผัส สิ่งคุกคามสุขภาพ อายุงานที่ทำงานในอาชีพ รวมถึงการถามถึงอาชีพเสริมและประวัติการทำงานในอดีตร่วมด้วยทุกครั้ง เพื่อเป็นข้อมูลประกอบในการวินิจฉัยโรคเบื้องต้นหรือการวินิจฉัยอาการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บของผู้มารับบริการได้แม่นยำและทราบถึงต้นเหตุของการเจ็บป่วยแต่ละครั้งได้

ซักประวัติถึงอาการ การเจ็บป่วยของเกษตรกรที่มารับบริการสุขภาพ ด้วยชุดคำถาม คือ

- ท่านทำงานอะไร? ทำอย่างไร? (โดยระบุถึงลักษณะของการทำงานของผู้ป่วย)
- ระยะเวลาที่ทำงานในอาชีพนี้
- อาการเจ็บป่วยของท่านครั้งนี้เป็นผลจากการทำงานหรือไม่
- ในที่ทำงานของท่าน เคยมีเพื่อนร่วมงานเจ็บป่วยหรือมีอาการเดียวกันนี้หรือไม่
- ในขณะที่ทำงานท่านมีหรือเคยมีการสัมผัสสิ่งนี้อาจเกิดอันตรายต่อสุขภาพ เช่น สารเคมี เสียงดังหรือฝุ่นหรือไม่ หรือสิ่งก่อโรคอื่นๆหรือไม่
- กิจกรรมที่ท่านทำก่อนเกิดอาการ/ป่วย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษา รูปแบบการจัดการคลินิกเกษตรปลอดภัยแบบมีส่วนร่วม เพื่อลดความเสี่ยงจากการใช้สารเคมีของกลุ่มเกษตรกร ตำบลบ้านน้อย อำเภอโพทะเล จังหวัดพิจิตร เป็นการศึกษากระบวนการพัฒนา และรูปแบบการจัดการคลินิกเกษตรปลอดภัย โดยใช้การถอดบทเรียนและการประเมินผลเป็นกรอบในการดำเนินงานศึกษา ดังนี้

รูปแบบการศึกษา

การศึกษาคครั้งนี้เป็นการศึกษาโดยการถอดบทเรียนเชิงประเมิน (Evaluative Approach)

ประชากรและหน่วยวิเคราะห์

1. ประชากร

ประชากรที่ศึกษาคครั้งนี้ เป็นเกษตรกรที่ได้รับผลกระทบจากการใช้สารเคมีการเกษตร จำนวน 208 คน แกนนำชุมชนและองค์กรที่เกี่ยวข้อง จำนวน 45 คน รวมประชากรเป้าหมายทั้งสิ้น 253 คน

2. หน่วยวิเคราะห์

2.1 เกษตรกรผู้ได้รับผลกระทบ

2.2 คณะกรรมการคลินิกเกษตรปลอดภัย และเครือข่ายในชุมชนที่เกี่ยวข้อง

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

การเก็บข้อมูลในการศึกษาคครั้งนี้ ใช้เครื่องมือที่หลากหลาย ประกอบด้วย

1. แบบบัญชีการตรวจสอบสุขภาพเกษตรกร
2. แบบสอบถามการใช้สารเคมีของเกษตรกร
3. เอกสารการบันทึกผลการประชุมระดมความคิด การถอดบทเรียนแบบมีส่วนร่วม
4. รายงานการเฝ้าระวังทางสุขภาพของหน่วยงาน
5. แนวคำถามการประชุมระดมความคิดของแกนนำกลุ่ม องค์กร เครือข่าย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลการสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ
2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

บทที่ 4

ผลการดำเนินงาน

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการจัดการคลินิกเกษตรปลอดโรคแบบมีส่วนร่วม เพื่อลดความเสี่ยงจากการใช้สารเคมีของกลุ่มเกษตรกร ในพื้นที่ตำบลบ้านน้อย อำเภอโพทะเล จังหวัดพิจิตร การวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

1. กระบวนการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมในการจัดการคลินิกเกษตรปลอดโรค

กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมในการจัดการคลินิกเกษตรปลอดโรค ประกอบด้วย กระบวนการหลักได้แก่

1.1 การคืนข้อมูลการวิเคราะห์และประเมินสภาพปัญหาโดยชุมชนมีส่วนร่วม

1.1.1 จัดกิจกรรมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อวิเคราะห์ปัญหา โดยรูปแบบการวิเคราะห์สภาพปัญหาผลกระทบจากการใช้สารเคมีของเกษตรกรและสภาพปัญหาด้านอื่นๆ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้อย ดำเนินการประชุมระดมความคิด ระหว่าง ผู้นำเกษตรกร เกษตรกรผู้ได้รับผลกระทบ แรงงานรับจ้างด้านการเกษตร อสม. ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่า สถานการณ์ปัญหาด้านสุขภาพของเกษตรกรที่พบโรคและอาการผิดปกติเนื่องจากการประกอบอาชีพมีมากขึ้น เช่น อาการปวดกล้ามเนื้อจากการทำงานในภาคเกษตรกรรม โรคแพ้สารเคมี หรือแม้กระทั่งอุบัติเหตุจากการประกอบอาชีพ ตกจากรถไถคอยาว มีบาดแผลจากเครื่องมือที่ใช้ ซึ่งพบเป็นประจำทุกปีปัญหาที่พบมากในเขตตำบลบ้านน้อย ได้แก่

1) เกษตรกรขาดการจัดการเวลาอย่างเหมาะสม ส่วนใหญ่จะให้เวลาของงานมากกว่าเวลาของครอบครัว อยู่ที่ไร่นาตั้งแต่เช้าจนค่ำ มีเวลาให้กับครอบครัวเพียงเล็กน้อย ที่จะพร้อมหน้าพร้อมตากัน ก่อให้เกิดความไม่อบอุ่นภายในครอบครัวตามมา ไม่มีเวลาให้บุตรหลานและคนในครอบครัว

2) เกษตรกรดื่มสุร่าเป็นประจำโดยเฉพาะในฤดูกาลทำนา จะมีการจัดเตรียมสุร่าไว้สำหรับเกษตรกรที่ถูกว่าจ้าง อย่างเต็มที่ เน้นเรื่องสุร่าและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากเกินไปจนความจำเป็น จนทำให้เกิดปัญหาสุขภาพอื่นๆตามมา เช่น อุบัติเหตุ หรือ การอ่อนเพลีย นอนไม่หลับ วิตกกังวล เป็นต้น

3) เกษตรกรมีภาวะเครียดสูงจากการไม่ได้รับเงิน-รายได้ ในช่วงเวลาที่เหมาะสม เนื่องจากเกษตรกรส่วนใหญ่มีหนี้สินเป็นส่วนประกอบหนึ่งของชีวิต ถือว่าเป็นทุนเริ่มต้นในการประกอบอาชีพ แต่แต่ละครั้ง ค่าปุ๋ย ค่าไถ ค่าเกี่ยว ต้องใช้เงินทุกช่วงเวลา หากไม่ได้เงินตามเวลาที่ควรจะเป็นเกษตรกรจะค่อนข้างเครียดมาก พบ อาการนอนไม่หลับ กินอาหารไม่ค่อยได้ บางรายหันไปพึ่งสุร่าเพื่อลดความเครียด

4) โรคเรื้อรังในวิถีชีวิต ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคมะเร็ง ในตำบลบ้านน้อย มีเกษตรกรที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นจำนวนมาก จากสาเหตุของโรคเรื้อรังที่มีหลายปัจจัย ดังนั้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ คำแนะนำที่ถูกต้อง ลงพื้นที่เยี่ยมชุมชนอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง เกษตรกรจะสามารถเข้าถึงบริการคัดกรองโรค และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ทันทีเมื่อพบความเสี่ยง ซึ่งต้องให้ความสำคัญ เพราะเป็นกลุ่มวัยแรงงานที่มีความสำคัญต่อครอบครัวและต่อชุมชน

5) อาการแพ้สารเคมี มักพบบ่อยตลอดทั้งปี เพราะอาชีพในพื้นที่เป็นอาชีพเกษตรกรรม จึงมีกลุ่มเกษตรกรและผู้ใช้แรงงานในภาคการเกษตรและมารับบริการที่ รพ.สต.บ้านน้อยด้วยอาการวิงเวียน คลื่นไส้ มีผื่นคันตามร่างกาย ออกร้อนตามผิวหนัง

6) อุบัติเหตุจากการทำงาน มีพบเป็นประจำทุกปี ส่วนใหญ่เกิดจากความประมาทและเมาสุร่า ซึ่งปัจจุบัน รพ.สต.บ้านน้อย ร่วมกับโรงพยาบาลโพทะเล สภากาชาดชุมชนตำบลบ้านน้อย กำลัง

ให้ความสำคัญในการชักชวนเกษตรกรผู้ติดสุราในชุมชนลด ละ เลิก สุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลงให้ได้ เพื่อให้มีความปลอดภัยในชีวิต คุณภาพชีวิต คุณภาพครอบครัวของเกษตรกร

1.1.2 การเยี่ยมสำรวจพื้นที่และครัวเรือนเกษตรกร จากการลงพื้นที่สำรวจการใช้สารเคมีตามแบบประเมิน โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. แกนนำเกษตรกรและผู้นำชุมชน พบว่า เกษตรกรบางรายไม่มีความเสี่ยงต่อการพบสารเคมีในเลือดแต่ไปพบในกลุ่มผู้รับจ้างเก็บผลผลิต ซึ่งเป็นแรงงานเกษตร เพื่อความเข้าใจเชิงลึกและนำไปสู่การออกแบบกลยุทธ์การแก้ปัญหาที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน

1.2 การวางแผนดำเนินงานร่วมกับชุมชน

เวทีคืนข้อมูลผลการสำรวจพื้นที่ การตรวจสอบสุขภาพเกษตรกร การวิเคราะห์และประเมินสภาพปัญหา และการทบทวนแนวคิด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้อยจัดกิจกรรมวางแผนการดำเนินงานและการจัดการงบประมาณ โดยมีแผนการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2558 ดังนี้

กิจกรรมการพัฒนา	เป้าหมายการดำเนินงาน
1) อบรมแกนนำเกษตรกรและพัฒนาเกษตรกรต้นแบบ	จำนวน 30 คน
2) สัมมนาเครือข่ายแกนนำเกษตรกร	จำนวน 60 คน
3) เจาะเลือดตรวจหาสารเคมีตกค้างและอบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง	จำนวน 195 คน
4) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาเครือข่ายตำบลบ้านน้อย ส่งเสริมการใช้ปุ๋ยชีวภาพทดแทนสารเคมีกำจัดศัตรูพืช	จำนวน 60 คน
5) พัฒนาศูนย์เรียนรู้และคลินิกสุขภาพเกษตรกร	จำนวน 2 แห่ง
6) เวทีสรุปบทเรียน	จำนวน 30 คน





การประชุมวิเคราะห์ปัญหาและจัดทำแผนการจัดการคลินิกเกษตรปลอดโรค



การเยี่ยมชมเกษตรกรในโครงการเพื่อศึกษาปัญหา

1.3 แผนการดำเนินงานคลินิกเกษตรปลอดภัย

กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านน้อย อำเภอโพทะเล จังหวัดพิจิตร ปีงบประมาณ 2558

ตารางที่ 1 ตารางแสดงแผนงานโครงการดำเนินงานคลินิกเกษตรปลอดภัย ตำบลบ้านน้อย อำเภอโพทะเล จังหวัดพิจิตร

แผนงาน/ โครงการ	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	พื้นที่ ดำเนินการ	ตัวชี้วัด(KPI)	กิจกรรม	ระยะเวลา ดำเนินการ	งบประมาณ	หน่วยงานที่ รับผิดชอบ
2.3 โครงการ บ้านน้อย นำอยู่ หมู่บ้าน ปลอดภัย ผู้บริโภคร ปลอดภัย	1. เพื่อให้กลุ่มเกษตรกรมีความรู้และเข้าใจการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีทางการเกษตร 2. เพื่อส่งเสริมให้มีการขยายเครือข่ายกลุ่มเกษตรกรปลอดภัยสารพิษ	1. พื้นที่ตำบลบ้านน้อย หมู่ 1- 6 2. กลุ่มเกษตรกร 100 คน ผู้บริโภค 100 คน รวม 200 คน 3. กลุ่มเกษตรกรปลอดภัยสารพิษ จำนวน 50 คน	- ตำบลบ้านน้อย	1. เกษตรกรมีความรู้อยู่ในระดับดี อย่างน้อยร้อยละ 80 2. ระดับสารเคมีตกค้างในเกษตรกรลดลง อย่างน้อยร้อยละ 50	1. ประสานงานกับสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านน้อย /อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้นำชุมชน 2. จัดทำโครงการเพื่อเสนอขออนุมัติ 3. จัดทำตารางการอบรม และประสานงานวิทยากร 4. จัดอบรมให้ความรู้แก่เกษตรกร และผู้บริโภครทั่วไป และเจาะโลหิต เพื่อตรวจหาสารพิษตกค้างใน ร่างกาย 5. สัมมนาเชิงปฏิบัติการให้ความรู้กลุ่มเกษตรกรปลอดภัยสารพิษ เจาะโลหิต ตรวจหาสารพิษตกค้างในกระแสเลือด พร้อมทั้งแจ้งผลให้ทราบ 6. ให้ความรู้และสาธิตการใช้ปุ๋ยชีวภาพแทนสารเคมีกำจัดศัตรูพืช	ม.ค. 58 – ก.ย. 58	- ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่มในการประชุมเรื่องเกษตรปลอดภัยเกษตรกร จำนวน 150 คนคนละ 100 บาท รวมเป็นเงิน 15,000.- บาท	ชมรมคุ้มครองผู้บริโภค ตำบลบ้านน้อย

แผนงาน/ โครงการ	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	พื้นที่ ดำเนินการ	ตัวชี้วัด(KPI)	กิจกรรม	ระยะเวลา ดำเนินการ	งบประมาณ	หน่วยงานที่ รับผิดชอบ
					7. ประชุมติดตามผลการดำเนินงาน กลุ่มเกษตรกรปลอดสารพิษ รับทราบ ปัญหา และหาแนวทางแก้ไขปัญหา จำนวน 1 ครั้ง 8. ส่งเสริมการขยายเครือข่ายเกษตรกร ปลอดสารพิษ 9. สรุปรวบรวมรายงานและประเมินผล โครงการ			
						รวม	15,000.- บาท	

2. รูปแบบการดำเนินงานคลินิกเกษตรปลอดภัยแบบมีส่วนร่วม

2.1 จัดตั้งและดำเนินการคลินิกสุขภาพเกษตร

2.1.1 การประเมินตนเอง

ภายหลังจากการออกแบบ และดำเนินการตามแนวทางปฏิบัติจากรูปแบบที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้อยได้ดำเนินการประเมินศักยภาพตนเองเพื่อเตรียมรับการตรวจประเมินมาตรฐาน ผลการประเมิน ดังนี้

ตารางที่ 2 แสดงผลการประเมินตนเองการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกสุขภาพเกษตร

กิจกรรมการบริการ	ผลการดำเนินการ	
	มี	ไม่มี
1. การเปิดคลินิกบริการสุขภาพเกษตรกร 1 วันต่อสัปดาห์	/	
2. ข้อมูลกลุ่มอาชีพในฐานะข้อมูลของหน่วยบริการ	/	
3. ผลการประเมินความเสี่ยงในการทำงานของเกษตรกรแรงงานในชุมชน	/	
4. ผลการคัดกรองสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงานและความเสี่ยงมิติอื่นๆ	/	
5. รายงานผลการดำเนินงานให้หน่วยงาน/ผู้เกี่ยวข้อง	/	
6. กิจกรรมการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพแก่ผู้ประกอบการอาชีพอย่างน้อย 1 กิจกรรม	/	
7. การวินิจฉัยโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพ	/	
8. การพัฒนาเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขด้านอาชีวอนามัยในการดูแลสุขภาพเกษตรกร/แรงงานเกษตรในชุมชน อย่างน้อย 1 เครือข่าย		
9. คั้นข้อมูลให้แก่เกษตรกร ชุมชน และ อปท. อย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง	/	
10. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในพื้นที่/ชุมชนเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขด้านอาชีวอนามัย กลุ่มอาชีพ	/	
11. มีแผนงาน/โครงการการดูแลสุขภาพเกษตรกรและแรงงานเกษตรในชุมชน	/	
12. การสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบลในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยจากการทำงานสำหรับผู้ประกอบการอาชีพในชุมชน	/	
13. โครงการหรือกิจกรรมในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการทำงาน	/	

2.1.2 ผลการดำเนินงานคลินิกเกษตรปลอดภัย

ผลการดำเนินงานประจำปี 2558 สรุปผลดังนี้

ตารางที่ 3 แสดงผลการดำเนินการคลินิกเกษตรปลอดภัย

ลำดับ	ข้อมูล	หน่วยนับ	ผลงาน
1.	สถานะของหน่วยบริการในการจัดบริการอาชีวอนามัย 1) แรงงานในชุมชน / เริ่มดำเนินการ ปี 2558 2) เกษตรกร (เฝ้าระวังเชิงรุกการสัมผัสสารกำจัดศัตรูพืช) / ดำเนินการ ต่อเนื่อง > 10 ปี 3) จัดบริการ	คน	1,709
2.	จำนวนแรงงานในชุมชนภาคเกษตรกรรม ทั้งหมดในพื้นที่	คน	734
3.	จำนวนแรงงานในชุมชนกลุ่มอาชีพอื่นๆ <u>ที่ไม่ใช่เกษตรกร</u> ในพื้นที่	คน	975
4.	จำนวนเกษตรกรที่เพาะปลูกแบบเกษตรอินทรีย์ เกษตรทางเลือกที่มีอยู่เดิม	คน	122
	จำนวนเกษตรกรที่เพาะปลูกแบบเกษตรอินทรีย์ เกษตรทางเลือก (รายใหม่ ปี 2558)	คน	24
5.	จำนวนเกษตรกรที่ได้รับการประเมินความเสี่ยงในการทำงานของเกษตรกรจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชด้วยแบบประเมินความเสี่ยง (นบก 1-56)	คน	112
	ผลการประเมินความเสี่ยงในการทำงานด้วยแบบ นบก 1-56 มีผลความเสี่ยงค่อนข้างสูง ถึง สูงมาก รวม	คน	24
6.	จำนวนเกษตรกรที่ได้รับการเจาะเลือดตรวจคัดกรองโดยใช้กระดาษ reactive paper รวมเท่ากับ	คน	226
	ผลการตรวจ พบว่ามีความเสี่ยงและไม่ปลอดภัย รวมเท่ากับ	คน	152
7.	จำนวนเกษตรกรที่มีอาการของโรคพิษสารกำจัดศัตรูพืช และได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้น	คน	4
8.	จำนวนเกษตรกรที่มีอาการของโรคพิษสารกำจัดศัตรูพืชรุนแรงได้ส่งต่อเพื่อรับการรักษา รวมเท่ากับ	คน	-
9.	จำนวนเกษตรกรได้รับการประเมินอาการผิดปกติของระบบโครงกระดูกและกล้ามเนื้อ (แบบประเมิน MSDs-ENVOCC-56)	คน	-
10.	จำนวนผู้รับการประเมินมีอาการผิดปกติของระบบโครงกระดูกและกล้ามเนื้อ	คน	-
11.	จำนวนผู้รับการประเมินแจ้งว่ามีอาการป่วยของระบบโครงกระดูกและกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องจากการทำงาน	คน	12

ลำดับ	ข้อมูล	หน่วยนับ	ผลงาน
12.	จำนวนเกษตรกรที่ได้รับการวินิจฉัยโรคที่เกิดจากการบาดเจ็บหรือมีอาการปวดระบบโครงร่าง กระดูกและกล้ามเนื้อจากการประกอบอาชีพ	คน	3
13.	จำนวนเกษตรกรที่ได้รับคำแนะนำเรื่องการป้องกันอันตรายจากการใช้สารกำจัดศัตรูพืช / การใช้และเก็บสารเคมีให้ปลอดภัย / การทำงานให้ปลอดภัย	คน	226
14.	จำนวนผู้รับบริการประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการผิดปกติของระบบโครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อ	คน	12
15.	จำนวนครั้งการออกดำเนินการสอบสวนโรคในกลุ่มเกษตรกรรวมในรอบ 1 ปี	คน	-
16.	จำนวนเกษตรกรที่ได้รับการคัดกรองโรคหวน	คน	646
	จำนวนเกษตรกรที่มีผลการคัดกรองมีความเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวาน	คน	108
	จำนวนเกษตรกรที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน	คน	86
	จำนวนเกษตรกรที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน (รายใหม่)	คน	2
17.	จำนวนเกษตรกรที่ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง	คน	503
	จำนวนเกษตรกรที่มีผลการคัดกรองมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง	คน	344
	จำนวนเกษตรกรที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง	คน	212
	จำนวนเกษตรกรที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (รายใหม่)	คน	9

2.1.3 ผลการตรวจประเมินรับรองมาตรฐาน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้อย ได้รับการตรวจรับรองมาตรฐาน โดยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพทะเล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ ผลการประเมินผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับดีมาก จากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์



2.2 พัฒนาพื้นที่และเครือข่ายเกษตรปลอดภัยเพื่อสนับสนุนงาน

การพัฒนาพื้นที่และเครือข่าย ดำเนินกิจกรรมใน 2 รูปแบบ คือ การพัฒนาศูนย์การเรียนรู้เกษตรกรรมธรรมชาติ ร่วมกับภาคีเครือข่าย และการพัฒนาแกนนำเครือข่ายการรู้เกษตรปลอดภัย เพื่อให้แกนนำสามารถนำไปพัฒนาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ขยายเครือข่ายให้เกิดความเข้มแข็ง

2.3 สรุปผลการเรียนรู้และถอดบทเรียนการดำเนินงานคลินิกเพื่อค้นหารูปแบบที่เหมาะสม

จากการดำเนินงานพัฒนา “คลินิกเกษตรปลอดภัย ผู้บริโภคปลอดภัย” ในปี 2558 และได้รับการรับรองมาตรฐาน จากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า เงื่อนไขความสำเร็จเกิดจาก

1. มีแผนงานยุทธศาสตร์ชัดเจน
2. ภาคีเครือข่าย มีความเข้มแข็ง ให้ความร่วมมือในการดำเนินการให้บริการคลินิกเกษตรปลอดภัย ผู้บริโภคปลอดภัย เป็นอย่างดี
3. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ และมีส่วนร่วมขับเคลื่อนในกิจกรรมดังกล่าว ทำให้มีการดำเนินการไปอย่างราบรื่น
4. มีศูนย์เรียนรู้ด้านเศรษฐกิจพอเพียงและเกษตรปลอดภัย หมู่ที่ 5 บ้านหนองแวม
5. ทีมเจ้าหน้าที่มีความรู้ด้านวิชาการและมีความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ให้เกษตรกรเข้าใจได้ง่าย และสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง
6. ประชาชนเห็นความสำคัญของปัญหาสุขภาพด้านการใช้สารเคมี
7. มีปราชญ์ชาวบ้านระดับจังหวัด ด้านเศรษฐกิจพอเพียงและเกษตรอินทรีย์

2.4 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

1. ข้อจำกัดในเรื่องของเวลาการจัดบริการ เป็นช่วงเวลาที่กลุ่มเกษตรกรต้องออกไปทำงาน จึงทำให้มีผู้มารับบริการในคลินิกเกษตรจำนวนน้อย
2. ความเชื่อของเกษตรกรที่เชื่อว่า ถ้าใช้สารเคมีจะทำให้มีผลผลิตทางการเกษตรเพิ่มมากขึ้น และต้านทานต่อโรคได้ดีกว่าการใช้สารชีวภาพ
3. กลุ่มเกษตรกรไม่เห็นความสำคัญของการเกิดปัญหาสุขภาพด้านการใช้สารเคมี เนื่องจากโรคที่เกิดจากสารเคมีเป็นปัญหาระยะยาว มีส่วนน้อยที่เกิดจากการได้รับพิษจากสารเคมีแบบเฉียบพลัน

2.5 แนวทางการพัฒนาต่อเนื่อง

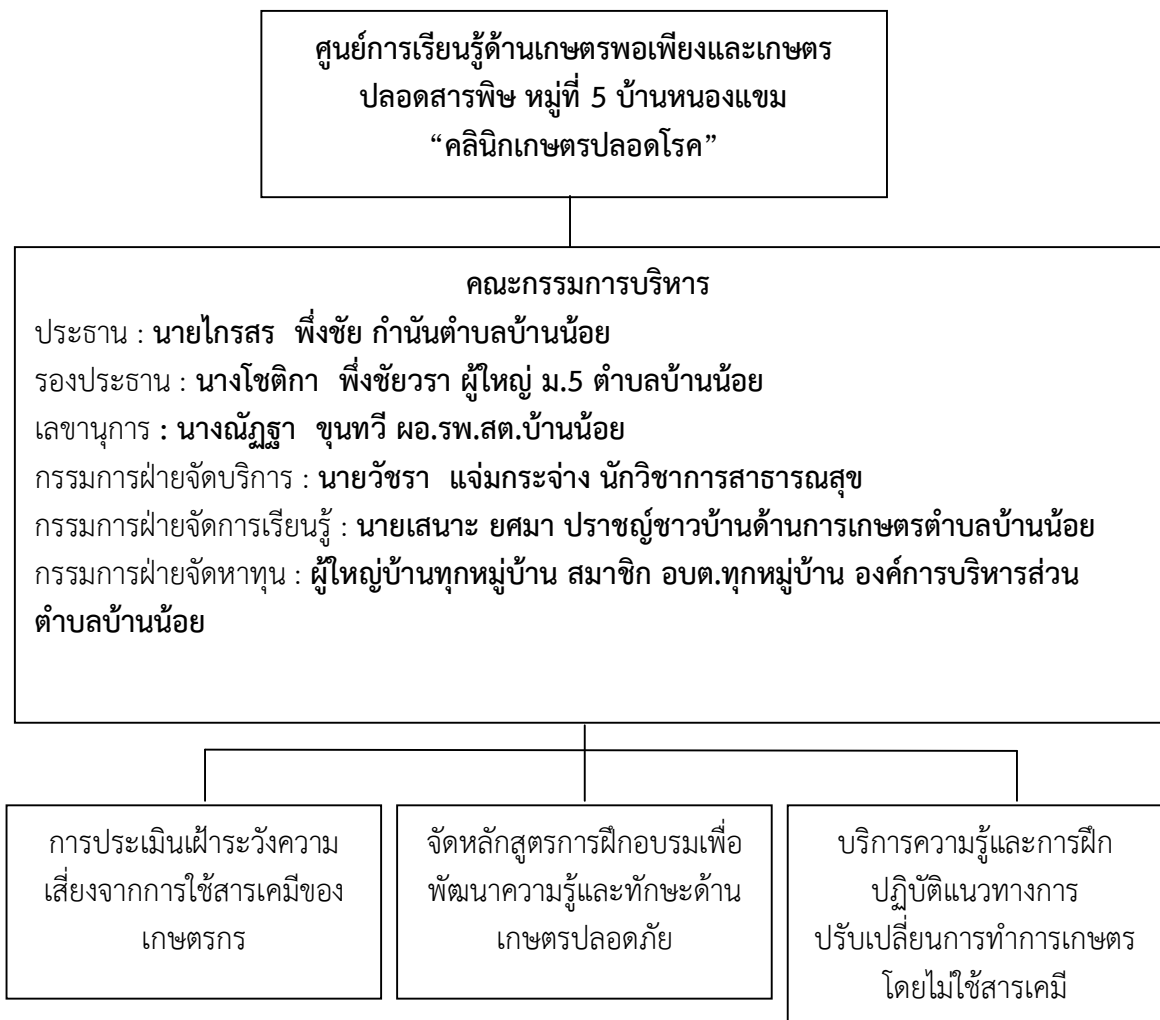
1. ขยายการให้บริการคลินิกสุขภาพเกษตรกร ในทุกหมู่บ้าน ในตำบลบ้านน้อย
2. ขยายเวลาการให้บริการ เป็นนอกเวลาราชการ เพื่อให้กลุ่มเกษตรกรที่เสร็จสิ้นจากการทำงานได้มารับบริการในคลินิกเกษตร
3. ให้คณะกรรมการดำเนินการให้บริการสุขภาพเกษตรกรได้เอง โดยไม่พึ่งเจ้าหน้าที่
4. ภาคีเครือข่ายร่วมผลักดันศูนย์เรียนรู้บ้านหนองแวม ให้เป็นศูนย์การเรียนรู้เกษตรปลอดภัย และเกษตรพอเพียง ในระดับอำเภอต่อไป

2.6 รูปแบบการดำเนินงานคลินิกเกษตรปลอดโรค

2.6.1 สถานที่ตั้ง

คลินิกเกษตรปลอดโรค ถูกจัดอยู่ภายใต้การดำเนินงานของศูนย์การเรียนรู้ด้านเกษตรพอเพียงและเกษตรปลอดสารพิษ หมู่ที่ 5 บ้านหนองแวม โดยจัดบริการในชุมชนเชื่อมโยงกับคลิกรการตรวจวินิจฉัยปัญหาการเจ็บป่วย การเฝ้าระวังความเสี่ยงในกลุ่มเกษตรกร กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2.6.2 โครงสร้างการบริหารจัดการคลินิกเกษตรปลอดโรค



2.6.3 การจัดบริการ

- 1) การบริการตรวจคัดกรองความเสี่ยงสุขภาพ กลุ่มเกษตรกร ปีละ 2 ครั้ง
- 2) การประเมินความรู้และพฤติกรรมเสี่ยงกลุ่มเกษตรกร ปีละ 2 ครั้ง
- 3) การอบรมให้ความรู้ในกลุ่มเกษตรกรและประชาชนทั่วไป 3 เดือนครั้ง
- 4) การจัดกิจกรรมเรียนรู้ การฝึกปฏิบัติด้านการเกษตร เดือนละ 1 ครั้ง
- 5) การตรวจเยี่ยมกลุ่มเกษตรกรกลุ่มเป้าหมาย เดือนละ 1 ครั้ง





คลินิกเกษตรปลอดโรคและศูนย์เรียนรู้เกษตรกรพอเพียงและเกษตรปลอดสารพิษ ตำบลบ้านน้อย

2.6.4 รูปแบบกิจกรรม



อบรมการบริโภคที่ปลอดภัย



อบรมเกษตรกรด้านการเกษตรปลอดสารพิษ



อบรมเกษตรกรด้านการเกษตรปลอดสารพิษ

3. การประเมินผลและผลกระทบการดำเนินงานคลินิกเกษตรปลอดโรค

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของเกษตรกรกลุ่มเป้าหมาย

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	89	42.79
หญิง	119	57.21
อายุ		
อายุ 15 - 24 ปี	8	3.85
อายุ 25 - 34 ปี	25	12.02
อายุ 35 - 44 ปี	59	28.37
อายุ 45 - 54 ปี	87	41.83
อายุ 55 - 64 ปี	18	8.65
อายุ 65 - 74 ปี	11	5.29
อาชีพหลัก		
เพาะปลูก/เจ้าของ	178	85.58
เพาะปลูก/ลูกจ้าง	21	10.10
รับจ้างฉีดพ่น	6	2.88
รับจ้างอื่นๆ	3	1.44
ความเกี่ยวข้องกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช		
เป็นผู้ผสมสารเคมี	62	29.81
เป็นผู้ฉีดพ่นเอง	79	37.98
อยู่ในบริเวณที่มีการฉีดพ่น หรือสัมผัสผักผลไม้ที่ฉีดพ่น เช่น เก็บเกี่ยว มัดกำ ห่อ บรรจุ	67	32.21
รวม	208	100

จากตารางที่ 4 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามและผลจากการวิเคราะห์ พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามมีลักษณะดังนี้ ผู้ตอบแบบสอบถามเป็น ชายร้อยละ 42.79 และหญิงร้อยละ 57.21 ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 45 - 54 ปี ร้อยละ 41.83 อาชีพหลักของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนใหญ่ร้อยละ 85.58 มีอาชีพเพาะปลูกเป็นเจ้าของพื้นที่เอง ความเกี่ยวข้องในการสัมผัสสารเคมีส่วนใหญ่เป็นผู้ฉีดพ่นเอง ร้อยละ 37.98

ตอนที่ 2 ข้อมูลการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และการปฏิบัติตัวในขณะทำงาน

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละของการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และการปฏิบัติตัวในขณะทำงาน

การปฏิบัติตัวในขณะทำงาน/การสัมผัสสารเคมี	ไม่ใช้				ใช้เป็นบางครั้ง				ใช้ทุกครั้ง			
	ก่อน		หลัง		ก่อน		หลัง		ก่อน		หลัง	
	จำนวน คน	ร้อยละ	จำนวน คน	ร้อยละ	จำนวน คน	ร้อยละ	จำนวน คน	ร้อยละ	จำนวน คน	ร้อยละ	จำนวน คน	ร้อยละ
1. ท่านใช้สารเคมีกำจัดแมลงในการฉีดพ่น หรือไม่	15	7.21	38	18.27	101	48.56	158	75.96	92	44.23	12	5.77
2. ท่านใช้สารเคมีกำจัดวัชพืชในการฉีดพ่นหรือไม่	15	7.21	38	18.27	97	46.63	158	75.96	96	46.15	12	5.77
3. ท่านใช้ถังบรรจุสารเคมีที่รั่วซึมในการฉีดพ่นหรือไม่	202	97.12	206	99.04	6	2.88	2	0.96	0	0.00	0	0.00
4. ขณะทำงานท่านสูบบุหรี่/ยาเส้น หรือไม่	64	30.77	178	85.58	66	31.73	23	11.06	78	37.50	7	3.37
5. ท่านรับประทานอาหาร/ดื่มน้ำในบริเวณที่ทำงาน หรือไม่	9	4.33	27	12.98	92	44.23	84	40.38	107	51.44	97	46.63
6. ท่านดื่มเหล้า/เบียร์/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในบริเวณที่ทำงาน หรือไม่	44	21.15	77	37.02	115	55.29	113	54.33	49	23.56	18	8.65
7. ก่อนการใช้สารเคมีขวดใหม่ ท่านอ่านฉลากที่ภาชนะบรรจุ หรือไม่	31	14.90	12	5.77	126	60.58	100	48.08	51	24.52	96	46.15
8. ขณะทำงานกับสารเคมีท่านสวมถุงมืออย่างป้องกันสารเคมี หรือไม่	48	23.08	11	5.29	118	56.73	112	53.85	42	20.19	85	40.87

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละของการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และการปฏิบัติตัวในขณะทำงาน (ต่อ)

การปฏิบัติตัวในขณะทำงาน/การสัมผัสสารเคมี	ไม่ใช่				ใช่เป็นบางครั้ง				ใช่ทุกครั้ง			
	ก่อน		หลัง		ก่อน		หลัง		ก่อน		หลัง	
	จำนวน คน	ร้อยละ	จำนวน คน	ร้อยละ	จำนวน คน	ร้อยละ	จำนวน คน	ร้อยละ	จำนวน คน	ร้อยละ	จำนวน คน	ร้อยละ
9. ท่านสวมใส่รองเท้าบูตหรือรองเท้าที่ปิดมิดชิดกันสารเคมี หรือไม่	86	41.35	16	7.69	84	40.38	91	43.75	38	18.27	101	48.56
10. เมื่อเสื่อผ้าเปียกชุ่มสารเคมี ท่านอาบน้ำหรือล้างผิวหนังที่สัมผัสสารเคมีทันทีทุกครั้งหรือไม่	5	2.40	0	0.00	76	36.54	51	24.52	127	61.06	157	75.48
11. ท่านล้างมือทุกครั้งก่อนพักทานอาหารหรือดื่มน้ำ หรือไม่	2	0.96	0	0.00	7	3.37	4	1.92	199	95.67	204	98.08
12. ท่านล้างผักหรือผลไม้ทุกครั้งก่อนรับประทานหรือไม่	0	0.00	0	0.00	4	1.92	2	0.96	204	98.08	206	99.04
13. หลังเลิกการฉีดพ่นท่านเปลี่ยนเสื้อผ้าที่เปื้อนสารเคมีทันที หรือไม่	0	0.00	0	0.00	2	0.96	1	0.48	206	99.04	208	100.00
14. ท่านอาบน้ำทำความสะอาดร่างกายหลังเลิกงานทันที หรือไม่	8	3.85	3	1.44	22	10.58	7	3.37	178	85.58	198	95.19

จากตารางที่ 5 แสดงข้อมูลการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และการปฏิบัติตัวในขณะที่ทำงานพบว่า ก่อนเข้าร่วมโครงการกลุ่มเกษตรกรส่วนใหญ่ ร้อยละ 48.56 ใช้สารเคมีกำจัดแมลงในการฉีดพ่นเป็นบางครั้ง ร้อยละ 46.63 ใช้สารเคมีกำจัดวัชพืชในการฉีดพ่นเป็นบางครั้ง ร้อยละ 97.12 ไม่ใช้ถังบรรจุสารเคมีที่รั่วซึมในการฉีดพ่น ร้อยละ 37.50 สูบปุ๋ย/ยาเส้นขณะทำงานทุกครั้ง ร้อยละ 51.44 รับประทานอาหาร/ดื่มน้ำในบริเวณที่ทำงานทุกครั้ง ร้อยละ 55.29 ดื่มเหล้า/เบียร์/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในบริเวณที่ทำงานเป็นบางครั้ง ร้อยละ 60.58 อ่านฉลากที่ภาชนะบรรจุก่อนใช้สารเคมีชนิดใหม่เป็นบางครั้ง ร้อยละ 56.73 สวมถุงมือป้องกันสารเคมีขณะทำงานเป็นบางครั้ง ร้อยละ 41.35 ไม่สวมใส่รองเท้าบูตหรือรองเท้าที่ปิดมิดชิดกันสารเคมี ร้อยละ 61.06 อาบน้ำหรือล้างผิวหนังที่สัมผัสสารเคมีทันทีทุกครั้ง ร้อยละ 95.67 ล้างมือทุกครั้งก่อนรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำทุกครั้ง ร้อยละ 98.08 ล้างผักหรือผลไม้ทุกครั้งก่อนรับประทานทุกครั้ง ร้อยละ 99.04 เปลี่ยนเสื้อผ้าที่เปื้อนสารเคมีทันที หลังเลิกฉีดพ่นทุกครั้ง ร้อยละ 85.58 อาบน้ำทำความสะอาดร่างกายหลังเลิกงานทันทีทุกครั้ง หลังเข้าร่วมโครงการกลุ่มเกษตรกรส่วนใหญ่ ร้อยละ 75.96 ใช้สารเคมีกำจัดแมลงในการฉีดพ่นเป็นบางครั้ง ร้อยละ 75.96 ใช้สารเคมีกำจัดวัชพืชในการฉีดพ่นเป็นบางครั้ง ร้อยละ 99.04 ไม่ใช้ถังบรรจุสารเคมีที่รั่วซึมในการฉีดพ่น ร้อยละ 85.58 ไม่สูบบุหรี่/ยาเส้นขณะทำงาน ร้อยละ 46.63 รับประทานอาหาร/ดื่มน้ำในบริเวณที่ทำงานทุกครั้ง ร้อยละ 54.33 ดื่มเหล้า/เบียร์/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในบริเวณที่ทำงานเป็นบางครั้ง ร้อยละ 48.08 อ่านฉลากที่ภาชนะบรรจุก่อนใช้สารเคมีชนิดใหม่เป็นบางครั้ง ร้อยละ 53.85 สวมถุงมือป้องกันสารเคมีขณะทำงานเป็นบางครั้ง ร้อยละ 48.56 สวมใส่รองเท้าบูตหรือรองเท้าที่ปิดมิดชิดกันสารเคมีทุกครั้ง ร้อยละ 75.48 อาบน้ำหรือล้างผิวหนังที่สัมผัสสารเคมีทันทีทุกครั้ง ร้อยละ 98.08 ล้างมือทุกครั้งก่อนรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำทุกครั้ง ร้อยละ 99.04 ล้างผักหรือผลไม้ทุกครั้งก่อนรับประทานทุกครั้ง ร้อยเปอร์เซ็นต์เปลี่ยนเสื้อผ้าที่เปื้อนสารเคมีทันที หลังเลิกฉีดพ่นทุกครั้ง ร้อยละ 95.19 อาบน้ำทำความสะอาดร่างกายหลังเลิกงานทันทีทุกครั้ง

ตอนที่ 3 ระดับความรู้ความเข้าใจเรื่องวิธีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และการปฏิบัติตัวขณะทำงาน
ตารางที่ 6 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบทดสอบได้ถูกต้อง

ความรู้เรื่องการจัดการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช	ก่อนทำโครงการ		หลังทำโครงการ	
	N=208	ร้อยละ	N=208	ร้อยละ
1. สารเคมีกำจัดศัตรูพืชสามารถเข้าสู่ร่างกายได้ทางช่องทางใดบ้าง	128	61.54	202	97.12
2. ข้อใด คือ การแสดงอาการจากการได้รับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช	116	55.77	198	95.19
3. “เมื่อสารเคมีกำจัดศัตรูพืชถูกชะล้างจนปนเปื้อนในแหล่งน้ำ สารเคมีดังกล่าวสามารถสะสมในมนุษย์ได้ เมื่อมนุษย์นำปลาที่อยู่ในแหล่งน้ำนั้นมาบริโภคเป็นอาหาร” จากข้อความดังกล่าวถือเป็นผลกระทบในข้อใด	55	26.44	188	90.38
4. ฉลากติดภาชนะบรรจุสารเคมีกำจัดศัตรูพืชมีสีแดง หมายถึง สารเคมีกำจัดศัตรูพืชชนิดนั้นมีลักษณะตามข้อใด	76	36.54	166	79.81
5. ถ้าต้องการทราบอันตรายของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ต้องดูรายละเอียดข้อใดในฉลากที่ติดภาชนะบรรจุสารเคมีกำจัดศัตรูพืช	109	52.40	179	86.06
6. ข้อใด กล่าวถูกต้อง ปฏิบัติขณะทำการฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช	158	75.96	208	100
7. ขณะฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ถ้าหัวฉีดอุดตัน ควรวิธีแก้อย่างไร	84	40.38	204	98.08
8. หลังฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเสร็จแล้ว เราควรปฏิบัติตามข้อใด	52	25	208	100
9. ข้อใด จัดเก็บสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ไม่ถูกต้อง	28	13.46	208	100
10. ภาชนะบรรจุสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ใช้แล้ว ควรดำเนินการอย่างไร	67	32.21	207	99.52

จากตารางที่ 6 แสดงข้อมูลการวัดระดับความรู้ของผู้ตอบแบบสอบถามและผลจากการวิเคราะห์พบว่า ก่อนการทำโครงการผู้ร่วมโครงการส่วนใหญ่ร้อยละ 75.96 มีระดับความรู้ความเข้าใจในเรื่องการปฏิบัติตัวขณะทำการฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช รองลงมา ร้อยละ 61.54 มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องช่องทางที่สารเคมีกำจัดศัตรูพืชสามารถเข้าสู่ร่างกายและหลังทำโครงการพบว่าผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่ ร้อยละ 100 มีระดับความรู้ความเข้าใจในเรื่องการปฏิบัติตัวขณะทำการฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การปฏิบัติตัวหลังฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเสร็จและการจัดเก็บสารเคมีที่ไม่ถูกต้อง รองลงมา ร้อยละ 99.52 มีระดับความรู้ความเข้าใจในเรื่องการจัดการภาชนะบรรจุสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ใช้แล้ว

ตารางที่ 7 ระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและการปฏิบัติตัวในขณะทำงาน

ความรู้	ก่อนทำโครงการ		หลังทำโครงการ	
	N=208	ร้อยละ	N=208	ร้อยละ
มากกว่าหรือเท่ากับ 80 %	22	10.58	169	81.25
60 – 79 %	65	31.25	35	16.83
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 60 %	121	58.17	4	1.92
รวม	208	100	208	100

จากตารางที่ 7 พบว่าจากการประเมินระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ก่อนการทำโครงการผู้ร่วมโครงการส่วนใหญ่ ร้อยละ 58.17 มีระดับความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับกลางได้คะแนน 60 – 79 % ของจำนวนคะแนนทั้งหมด และจากการประเมินระดับความรู้ความเข้าใจหลังทำโครงการพบว่าผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่ ร้อยละ 81.25 มีระดับความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับสูงได้มากกว่าหรือเท่ากับ 80 % ของจำนวนคะแนนทั้งหมด

ตอนที่ 4 ข้อมูลแสดงการเจ็บป่วย หรืออาการผิดปกติหลังการใช้หรือสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช
ตารางที่ 8 แสดงจำนวนและร้อยละการเจ็บป่วยหรืออาการผิดปกติที่เกิดขึ้นหลังการใช้หรือสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

อาการเจ็บป่วย หรืออาการผิดปกติ	ก่อนทำโครงการ		หลังทำโครงการ	
	N=208	ร้อยละ	N=208	ร้อยละ
อาการเล็กน้อย (ความเสี่ยงปานกลาง)	62	29.81	161	77.40
อาการปานกลาง (ความเสี่ยงสูง)	98	47.11	41	19.71
อาการรุนแรง (ความเสี่ยงสูงมาก)	48	23.08	6	2.89
รวม	208	100	208	100

จากตารางที่ 8 พบว่าจากการสำรวจข้อมูลการเจ็บป่วยหรืออาการผิดปกติที่เกิดขึ้นหลังการใช้หรือสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ก่อนการทำโครงการผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่ร้อยละ 47.11 จะมีอาการเจ็บป่วยปานกลาง รองลงมาร้อยละ 29.81 มีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย และร้อยละ 23.08 มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง และหลังการทำโครงการผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่ร้อยละ 77.40 จะมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย รองลงมาร้อยละ 19.71 มีอาการเจ็บป่วยปานกลาง และร้อยละ 2.89 มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง

ตอนที่ 5 ข้อมูลแสดงระดับความเสี่ยงสารเคมีตกค้างในกระแสเลือด

ตารางที่ 9 ระดับความเสี่ยงสารเคมีตกค้างในกระแสเลือด ก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง

ระดับความเสี่ยง	ก่อนทำโครงการ		หลังทำโครงการ	
	N=208	ร้อยละ	N=208	ร้อยละ
ปกติ	12	5.77	26	12.50
ปลอดภัย	32	15.38	56	26.92
เสี่ยง	90	43.27	77	37.02
ไม่ปลอดภัย	74	35.58	49	23.56
รวม	208	100	208	100

จากตารางที่ 9 ระดับความเสี่ยงสารเคมีตกค้างในเลือด ก่อนทำโครงการและหลังทำโครงการพบว่า ก่อนการทำโครงการผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่ ร้อยละ 43.27 มีสารเคมีตกค้างในกระแสเลือดอยู่ในระดับเสี่ยง รองลงมา ร้อยละ 35.58 มีสารเคมีตกค้างในกระแสเลือดอยู่ในระดับไม่ปลอดภัย และหลังการทำโครงการผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่ ร้อยละ 37.02 มีสารเคมีตกค้างในกระแสเลือดอยู่ในระดับเสี่ยง รองลงมา ร้อยละ 26.92 มีสารเคมีตกค้างในกระแสเลือดอยู่ในระดับปลอดภัย

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

กระบวนการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการคลินิกเกษตรปลอดโรค

กระบวนการดำเนินงานคลินิกเกษตรปลอดโรค เริ่มดำเนินการในพื้นที่ตำบลบ้านน้อย ในปีงบประมาณ 2558 โดยรับนโยบายให้เป็นพื้นที่เป้าหมายคลินิกเกษตรปลอดโรค จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โดยการสนับสนุนของสำนักงานควบคุมโรคที่ 8 (ปัจจุบันเปลี่ยนแปลงเป็นสำนักงานควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์)

การเริ่มดำเนินการโดยการจัดตั้งสถานที่และจุดบริการประชาชนเป็นส่วนหนึ่งของศูนย์เรียนรู้เศรษฐกิจพอเพียงและเกษตรปลอดสารพิษ โดยการบูรณาการภารกิจเข้าด้วยกันและจัดการโดยใช้กระบวนการพัฒนาแผนการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม โดยการสนับสนุนงบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบล และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ซึ่งทำให้มีทรัพยากรในการบริหารจัดการอย่างต่อเนื่อง

กลยุทธ์การพัฒนาระบบการพัฒนาชุมชนเพื่อลดผลกระทบทางสุขภาพจากการใช้สารเคมีในเกษตรกร การทำให้ชาวบ้านในหมู่บ้านและชุมชน จัดทำระบบการพัฒนาชุมชนเพื่อพัฒนาหมู่บ้านและชุมชนของตนเอง มีแนวคิดหลักการและความเชื่อในหลาย ๆ ด้าน เช่น

1) แนวคิดจากปรัชญาพัฒนาชุมชน ซึ่งเป็นสากลที่บอกว่าชาวบ้านมีศักยภาพ สามารถพัฒนาตนเองได้ถ้าให้โอกาส และการพัฒนาต้องเริ่มต้นที่ชาวบ้าน

2) แนวคิดจากหลักการพัฒนาชุมชน คือ การมีส่วนร่วม การพึ่งตนเอง การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และการรับผิดชอบต่อชุมชนของตนเอง

3) แนวคิดในการพัฒนาชุมชนให้เข้มแข็ง คือการให้ชุมชนได้มีกระบวนการในการจัดการชุมชนมีการเรียนรู้ร่วมกันในกระบวนการชุมชน

4) แนวคิดในการพัฒนาชุมชนให้เข้มแข็ง คือการสร้างพลังชุมชน ใช้พลังชุมชน ในการพัฒนาชุมชน

5) แนวคิดที่ว่าไม่มีใครรู้ปัญหาชุมชนเท่าคนในชุมชน ดังนั้น การแก้ปัญหาชุมชน จึงเริ่มจากชุมชน การให้การสนับสนุนของภาครัฐจะต้องเป็นลักษณะ Bottom-up ไม่ใช่ Top Down

การจัดทำระบบการพัฒนาชุมชนเพื่อพัฒนาหมู่บ้านและชุมชนของตนเอง มีวัตถุประสงค์หลักๆ คือ เพื่อให้ชาวบ้านซึ่งเป็นเจ้าของชุมชน กำหนดอนาคตของชุมชนตนเอง เพื่อให้เกิดกระบวนการในการจัดการชุมชน มีการเรียนรู้ร่วมกัน เพิ่มคุณค่าทางสังคม และทุนทางเศรษฐกิจ เพื่อนำไปสู่การวางแผนทางในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาและชุมชน เพื่อให้ชุมชนได้มีเป้าหมาย แนวทางที่ชัดเจนในการพัฒนาให้คนในชุมชนอยู่ดีมีสุขในทุกบ้าน เพื่อให้ชุมชนได้มีแผนรองรับการสนับสนุนจากภายนอกได้อย่างครอบคลุมสมบูรณ์ ในการส่งเสริมกระบวนการแผนชุมชนที่ผ่านมา

รูปแบบการจัดการคลินิกเกษตรปลอดโรคเพื่อลดความเสี่ยงจากการใช้สารเคมีในเกษตรกร เป็นการสะท้อนปัญหา ความต้องการของชุมชนจากล่างขึ้นสู่บน (จากหมู่บ้านสู่ตำบลอำเภอ จังหวัด และประเทศ) หรือเป็นลักษณะ Bottom Up โดยการศึกษาข้อมูลความเป็นจริง รู้ว่าปัญหาคืออะไร โอกาสคืออะไร ศักยภาพคืออะไร แล้วพัฒนาช่วยกันคิดช่วยกันทำ ทำไปแล้วก็ศึกษาเรียนรู้จากสิ่งที่ทำ หรือไปศึกษาเรียนรู้จากที่ชุมชนอื่นทำ คนในชุมชนต้องร่วมด้วยช่วยกันดู มีข้อติดขัดอย่างไรบ้าง ช่วยกันดูแผนของคนทั้งหมู่บ้าน ร่วมกันคิด ร่วมกันทำเกิดความเข้าใจ สามารถขับเคลื่อนงานการแก้ปัญหาต่างๆ ได้ อีกทั้งทำให้มี

เวลาพูดคุยกันมากขึ้น การเรียนรู้ของชุมชนมีมากขึ้นที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและความผูกพันของคนในชุมชน เช่นนี้แนวโน้มจะไปในทางที่ยั่งยืน ยั่งยืนหมายถึงว่าพัฒนาไปแล้วเกิดผลที่ดีขึ้นโดยไม่สะดุด

การจัดทำระบบการพัฒนาชุมชนเพื่อพัฒนาหมู่บ้านและชุมชนของตนเอง เพื่อลดผลกระทบทางสุขภาพจากการใช้สารเคมีในเกษตรกร จะเป็นเครื่องมือที่ก่อให้เกิดประโยชน์ให้กับชุมชนและประชาชนในชุมชนได้ ดังนี้

1. เกิดการรู้ตัวเอง แทนที่ชาวบ้านจะทำตามหน่วยงานอย่างเดียว แต่กลับตั้งสติ ได้เริ่มคิด เริ่มจัดการข้อมูลและดูปัญหา ดูแนวทางการพัฒนา นำมาสู่การเริ่มจัดการทุกอย่างด้วยตนเอง คนในชุมชนได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ได้เห็นข้อเด่น ข้อดี โอกาสและข้อจำกัดของชุมชนในการพัฒนาอย่างมีเป้าหมาย มีช่องทางในการแก้ไขปัญหาของชุมชนได้อย่างเหมาะสมและครอบคลุม สามารถกำหนดกิจกรรมที่ตอบสนองความต้องการของชุมชนและลงมือทำงานร่วมกันได้

2. มีข้อมูล รับรู้ข้อมูล รู้ว่าทำเรื่องนี้ไปทำไม นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงอะไร มีการเชื่อมโยงรวมตัวเป็นการทำงานเป็นเครือข่ายร่วมกัน หรือเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างขบวนการที่ทำงานต่างกัน สามารถวางแผนจัดการกับทรัพยากรหรือทุนในชุมชนทั้งทุนบุคคลและทุนสังคม ที่มีอยู่ ได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับสภาพชุมชน คนในชุมชนสามารถรับผลประโยชน์ร่วมกันได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม ก่อให้เกิดทัศนคติที่ดี เอื้ออาทรต่อกันได้

3. กระบวนการทำแผน เป็นการเปลี่ยนความสัมพันธ์ให้ชาวบ้านด้วยกันเอง และระหว่างชาวบ้านกับหน่วยงาน ซึ่งตรงนี้ถือเป็นสาระสำคัญมาก ภาควิชาแนวร่วมในการทำงานเพื่อพัฒนาชุมชนของตนเอง โดยเฉพาะภาคท้องถิ่น และภูมิภาค ได้อย่างประสานประโยชน์ร่วมกัน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เตรียมความพร้อมชุมชน โดยมีกลุ่มเป้าหมายคือ ผู้นำชุมชน ผู้แทนชาวบ้าน อบต. ผู้แทนกลุ่ม/องค์กรชุมชน เพื่อให้ทีมงานระดับชุมชนมีความพร้อมและมีแนวทางในการจัดกระบวนการแผนชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลเรียนรู้ตนเองและชุมชน กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้นำชุมชน ผู้แทนชาวบ้าน อบต. ผู้แทนกลุ่ม/องค์กรชุมชน ตัวแทนครัวเรือน ประชาชนในชุมชน เพื่อให้ชุมชนได้เรียนรู้ข้อมูลตนเอง ด้วยการวิเคราะห์ข้อมูล แยกแยะทุนทางสังคมและสภาพปัญหา วิเคราะห์สาเหตุปัญหาและจัดลำดับความต้องการของชุมชน

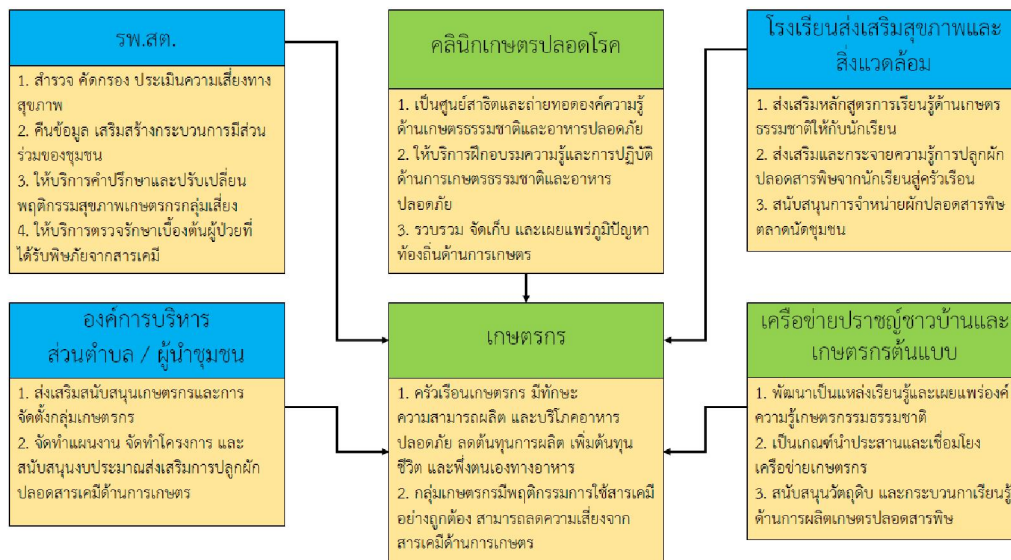
ขั้นตอนที่ 3 การกำหนดเป้าหมายและทิศทางการพัฒนา กลุ่มเป้าหมาย ผู้แทนชาวบ้าน อบต. ผู้แทนกลุ่ม/องค์กรชุมชน ประชาชนในชุมชน เพื่อให้ชุมชนกำหนดเป้าหมายว่าจะพัฒนาไปเป็นชุมชนแบบไหนในอนาคตพร้อมทั้งกำหนดทิศทางและแนวทางการพัฒนาตามศักยภาพของชุมชน

ขั้นตอนที่ 4 การกำหนดแผนงานโครงการพัฒนาชุมชน กลุ่มเป้าหมาย ผู้นำชุมชน ผู้แทนคุ้มบ้าน อบต. ผู้แทนกลุ่ม/องค์กรชุมชน ประชาชนในชุมชน เพื่อให้ชุมชนมีแนวทางในการพัฒนาชุมชนสู่การเป็นชุมชนที่ปรารถนา

ขั้นตอนที่ 5 การปฏิบัติตามแผนชุมชน กลุ่มเป้าหมาย คณะกรรมการบริหารชุมชน อบต. หน่วยงานสนับสนุนการพัฒนาในพื้นที่ เพื่อให้เกิดการปฏิบัติตามแผนชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม

รูปแบบการจัดการคลินิกเกษตรปลอดโรคแบบมีส่วนร่วม

การบริหารจัดการ ได้รับการออกแบบคลินิกเกษตรปลอดโรคบริหารด้วยรูปแบบคณะกรรมการบริหาร ที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของฝ่ายต่างๆ ได้แก่ ผู้นำท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ประชาชนชาวบ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยรูปแบบและบทบาทสำคัญ ดังนี้



แผนภูมิที่ 2 รูปแบบและบทบาทการจัดการคลินิกเกษตรปลอดโรค

การประเมินผลการดำเนินงานคลินิกเกษตรปลอดโรค

ผลการดำเนินงานสำคัญประกอบด้วย

3.1 คลินิกเกษตรปลอดโรคผ่านการประเมินมาตรฐานการจัดบริการโดยสำนักควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ ในระดับดีมาก

3.2 เกษตรกรที่เข้าร่วมโครงการ พบว่า ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้สารเคมีถูกต้องเพิ่มมากขึ้น

3.3 เกษตรกรที่เข้าร่วมโครงการ จากการใช้และการปฏิบัติตัวของเกษตรกรในขณะปฏิบัติงาน ก่อนและหลังดำเนินโครงการ พบว่า มีแนวโน้มดีขึ้น สามารถลดการใช้สารเคมีลดน้อยลงและมีการปฏิบัติตัวถูกต้องเพิ่มมากขึ้น

3.4 การเจ็บป่วยหรืออาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจากการใช้สารเคมีหรือสัมผัสสารเคมีลดน้อยลง โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีอาการรุนแรง หรือเสี่ยงสูงมาก และกลุ่มอาการปานกลาง หรือกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง

3.5 การเฝ้าระวังด้วยตรวจหาสารเคมีตกค้างในกระแสเลือด ก่อนดำเนินโครงการและหลังทำโครงการกลุ่มที่มีความเสี่ยงที่ไม่ปลอดภัยลดลงจาก ร้อยละ 35.58 เหลือ ร้อยละ 26.92

ข้อเสนอแนะ

4.1 ข้อเสนอแนะด้านการดำเนินงาน

จากการถอดบทเรียนร่วมกันในชุมชน ระหว่างแกนนำชุมชน กลุ่มเกษตรกร และภาคีเครือข่าย ซึ่งสรุปได้ดังนี้

4.1.1 ควรมีการกำหนดนโยบายสาธารณะของชุมชนโดยใช้กระบวนการแบบมีส่วนร่วมเพื่อสร้างความร่วมมือและมาตรการทางสังคมด้านการลดความเสี่ยงและผลกระทบจากการใช้สารเคมีด้านการเกษตรในชุมชน

4.1.2 ควรมีการพัฒนาศักยภาพคลินิกเกษตรปลอดภัยให้เพิ่มมากขึ้นเพื่อสามารถขยายกิจกรรม ร่องรับกลุ่มเป้าหมายในกลุ่มแรงงานเกษตร และเพิ่มความสามารถในการจัดการข้อมูลประชากรเป้าหมายเพื่อการติดตามประเมินผลกระทบทางสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง

4.1.3 ควรพัฒนาแผนยุทธศาสตร์เพื่อการจัดการให้ครอบคลุมหน่วยงาน องค์กร กลุ่มต่างๆ ในของชุมชนเพื่อให้การจัดการเกิดการบูรณาการและมีเป้าหมายไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อลดความเสี่ยงและผลกระทบจากการใช้สารเคมีด้านการเกษตรในระดับชุมชน

4.2 ข้อเสนอแนะด้านการศึกษาวิจัย

4.2.1 ควรมีการศึกษาในรูปแบบการวิจัยและพัฒนาหรือการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) นำมาใช้เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการคลินิกเกษตรปลอดภัย เพื่อให้การพัฒนาเกิดขึ้นอย่างเป็นระบบ

4.2.2 ควรศึกษาวิจัยเพื่อทำความเข้าใจพฤติกรรมและกระบวนการปรับเปลี่ยนวิถีการใช้เกษตรธรรมชาติหรือเกษตรปลอดภัยในครัวเรือนเกษตรกร

4.2.3 ควรมีการศึกษาวิจัยการเพื่อพัฒนานโยบายสาธารณะในชุมชนเพื่อการจัดการความเสี่ยงและผลกระทบทางสุขภาพจากการใช้สารเคมีอย่างต่อเนื่อง

บรรณานุกรม

- กฤษดา แสงตั้งดี. (2542). *มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล.นนทบุรี: กองการพยาบาล สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุข.*
- จันทร์พร ยอดยิ่ง, และทองศุภร์ บุญเกิด. (2544). *ผลการใช้กระบวนการจัดการความเสี่ยงต่อ ประสิทธิภาพและพฤติกรรมการใช้ยาตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชลบุรี.วารสารกองการพยาบาล, 28(1), 95 – 105.*
- พัชฌิตา สุภิสุทธิ. (2550). *การบริหารความเสี่ยงในองค์กรพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนที่คัดสรร.ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยบูรพา. ชลบุรี.*
- พาริตา อิบราฮิม.(2542). *สาระการบริหารการพยาบาล.กรุงเทพฯ : โครงการพัฒนาดำรงสาขาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- มยุเรศ เกษตรสินสมบัติ. (2554). *การรับรู้ต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดน่าน(The Perception to Hospital Quality Improvement of Community Hospital Personnel in Nan Province). 26 สิงหาคม 2554 ณ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมธิราช จังหวัดนนทบุรี. นนทบุรี.*
- รุจยา ชัชวาลยางกูร, และนวลจันทร์ศักดิ์ธนากุล. (2552). *ถอดบทเรียนการดำเนินงานเครือข่ายตำบลจัดการสุขภาพปี 2552.กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. กรุงเทพฯ*
- วีระพล วงษ์ประพันธ์. *การตรวจหาเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรส โดยใช้กระดาษทดสอบพิเศษ : งาน อาชีวอนามัยและควบคุมโรคจากสิ่งแวดล้อม ปรับปรุงจากต้นฉบับเดิม*
- สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. (2556). *คู่มือการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข : คลินิกสุขภาพเกษตรกร. กรมควบคุมโรค.*
- อคิน รพีพัฒน์. (2547). *การมีส่วนร่วมของประชาชนในงานพัฒนา.กรุงเทพฯ: ศูนย์การศึกษานโยบายสาธารณสุข.*
- อนุวัฒน์ ศุภชุตikul. (2543). *ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล.นนทบุรี : สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.*
- อุไร เจนวิทยา. (2544). *ประสบการณ์การบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาลในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์.วารสารกองการพยาบาล, 28(2), 71 – 82.*