



# วารสารสาธารณสุขลานนา

## LANNA PUBLIC HEALTH JOURNAL

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่  
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข



ความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคอาหารเข้า และความเหนื่อยล้าในนักศึกษาแพทย์  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



การวิเคราะห์สถานการณ์การตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี  
ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดเชียงใหม่



การประเมินตัวชี้วัดความพึงพอใจ: แนวทางการบริการที่เป็นมิตร  
สำหรับเยาวชนด้านโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์  
สำหรับ 8 จังหวัดภาคเหนือ



การสำรวจความเสียหายอาชีวอนามัยด้านจิตสังคมวิทยาของบุคลากร  
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่



ผลกระทบของปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เขตสุขภาพที่ 1



ความรู้ การปฏิบัติ และความคิดเห็นต่อกระบวนการแก้ไขปัญหามุมชนด้วย  
กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research)  
เพื่อป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบล น้ำตึบ อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน



การสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร กรณีรถกระบะชนต้นไม้  
เสียชีวิต 6 ศพ จังหวัดลำพูนวันที่ 8 -10 ตุลาคม 2559

ISSN 1686-7076

# วารสาร สาธารณสุขล้านนา

วารสารสาธารณสุขล้านนา ปีที่ 12 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2559  
Lanna Public Health Journal Volume 12 No. 2 July - December 2016

ความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคอาหารเช้า และความเหนื่อยล้าในนักศึกษาแพทย์  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Association between eating breakfast and fatigued in medical students,  
Faculty of Medicine, Chiang Mai University

การวิเคราะห์สถานการณ์การตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี  
ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดเชียงใหม่  
Situational Analysis of HIV Infection Screening Among Men  
Who Have Sex with Men, Chiang Mai Province

การประเมินตัวชี้วัดความพึงพอใจ: แนวทางการบริการที่เป็นมิตรสำหรับเยาวชนด้านโรคเอดส์และ  
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สำหรับ 8 จังหวัดภาคเหนือ  
Assessment of satisfaction indicator: Guideline of Service-friendly for youth on AIDS  
and sexually transmitted infection in 8 northern provinces

การสำรวจความเสียหายอาชีวอนามัยด้านจิตสังคมของบุคลากรสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่  
Survey on Occupational health and psychosocial risk factors for staff of The Office of Disease  
Prevention and Control 1, Chiang Mai

ผลกระทบของปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เขตสุขภาพที่ 1  
The effect of Risk Factors for Cerebrovascular  
Disease, Regional Health 1, Thailand

ความรู้ การปฏิบัติ และความคิดเห็นต่อกระบวนการแก้ไขปัญหายางชุมชนด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ  
แบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) เพื่อป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก  
ตำบล น้ำดิบ อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน  
Knowledge, practice and attitude on participatory action research (PAR) on Dengue  
prevention and control in Namdip sub-district, Pasang district. Lamphun province.

# วารสารสาธารณสุขสุพรรณ

## คณะที่ปรึกษา

นายแพทย์ศุภชัย ฤกษ์งาม	ผู้ทรงคุณวุฒิด้านเวชกรรมป้องกัน กรมควบคุมโรค
นายแพทย์วิทยา หลิวเสรี	ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑
แพทย์หญิงเสาวนีย์ วิบูลสันติ	รองผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑
รศ.ดร.นิมิตร มรกต	คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

## บรรณาธิการ

ดร.วรรณภา สุวรรณเกิด

## รองบรรณาธิการ

นายแพทย์สุรเชษฐ์ อรุโณทอง

## กองบรรณาธิการ

ศ.ดร.นพ.คม สุนทรธรรม	ศ.ดร.ธีรภาพ เจริญวิริยะภาพ	นางสาวศรีสุชา เชาวพร้อม
รศ.ดร.ปรัชญา สมบูรณ์	รศ.ดร.เพ็ญประภา ศิวโรจน์	นายสมศักดิ์ นาคกลินกุล
รศ.ธีรภัทร วรรณฤมล	รศ.ดร.นพ.พงศ์เทพ วิจารณ์ระเดช	ดร.นันทวี ปิ่นปันคง
รศ.ดร.สมเดช ศรีชัยรัตน์กุล	ผศ.ดร.ยุทธนา หมั่นดี	นพ.มงคล ดวงหาค้าง
ผศ.ดร.มณฑา เก่งการพานิช	ผศ.นพ.เกรียงไกร ศรีธนวิบูลย์	นายจักรภพ ชาติสุวรรณ
ดร.ดารงพันธุ์ ทองวัฒน์	นพ.จรัส สิงห์แก้ว	นางสาวจิตรรัตน์ ปองทอง
ภก.สุวิสา ศิริ	นางสาวเมตตา คำอินทร์	ดร.อดิพร แซ่อึ้ง
ผศ.ลำปาง แสนจันทร์	ดร.ปิยะดา คุณาวารักษ์	ผศ.ดร.ยิ่งมณี ตระกูลพัฑ
ดร.อังคณา แซ่เจ็ง	ผศ.ดร.ธารรัตน์ ชี้อตอพ	ดร.อดุลย์ศักดิ์ วิจิตร
นางสิริหญิง ทิพศรีราช	พญ.ปิยะกุล ลูคิง	ภก.ณัฐนันท์ เขียวชลาคม
นายอำนวยการ ทิพศรีราช		

## คณะเตรียมต้นฉบับ

นางกานต์ธีรา เรื่องเจริญ	นางสาวสุธาสินี มาแดง	นายเผด็จ แก้วควัน
--------------------------	----------------------	-------------------

## คณะประชาสัมพันธ์และการจัดการวารสาร

นางสาวกาญจนา โกตีทิพย์	นางเจนจิรา จันสุภา
------------------------	--------------------

## คณะพัฒนาระบบอิเล็กทรอนิกส์

นายชลวัตร ชมพูนาม	นางสาวพัชณี สุมทรอาลัย
-------------------	------------------------

## เจ้าของ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 (กลุ่มพัฒนาวิชาการ)  
เลขที่ 18 ถนนบุญเรืองฤทธิ์ ตำบลศรีภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50200  
โทรศัพท์ 053-221529 โทรสาร 053-212389 E-mail : lannadpc10@gmail.com  
Website: <http://thailand.digitaljournals.org/index.php/LPHJ>  
<http://thailand.digitaljournals.org/index.php/LPHJ>

## กำหนดออก

ปีละ 2 ครั้ง หรือ 6 เดือนครั้ง (มกราคม และ กรกฎาคม)

## พิมพ์ที่

บริษัท สยามพิมพ์นานาชาติ จำกัด 108 ซอยพงษ์สุวรรณ ต.ศรีภูมิ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200  
โทร. 053-216962 E-mail : siampimnana@gmail.com [www.siampimnana.com](http://www.siampimnana.com)

## คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารสาธารณสุขล้านนา สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ ยินดีรับบทความวิชาการและผลงานวิชาการที่เกี่ยวกับโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ เพื่อเผยแพร่แก่หน่วยงานด้านการแพทย์ สาธารณสุข และผู้สนใจเกี่ยวข้อง โดยเรื่องที่จะส่งตีพิมพ์ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรือกำลังตีพิมพ์ในวารสารใดๆ มาก่อน ทั้งนี้กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทาน แก้ไขต้นฉบับ และพิจารณาตามลำดับก่อน หลัง และตามหลักเกณฑ์คำแนะนำดังต่อไปนี้

### หลักเกณฑ์การส่งเรื่องเพื่อตีพิมพ์

#### 1. บทความที่ส่งลงพิมพ์

**นิพนธ์ต้นฉบับ** เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้า หรือวิจัย การเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับดังนี้ บทคัดย่อ บทนำ วัสดุ (หรือผู้ป่วย) และวิธีการศึกษา (Original article) ผลการศึกษา สรุป วิเคราะห์ ข้อเสนอแนะ กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 15 หน้าพิมพ์

**บทความวิชาการทั่วไป (General article)** ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสิ่งตรวจพบใหม่ หรือเรื่องที่นำสนใจที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่างๆ โดยเรียบเรียงจากวารสารหรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วย บทนำ ความรู้โรคที่นำมาเขียน บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง ความยาวไม่เกิน 15 หน้าพิมพ์

**รายงานผู้ป่วย (Case report)** เป็นรายงานผู้ป่วยที่ไม่ค่อยพบได้บ่อย หรือไม่เคยพบมาก่อน ประกอบด้วย บทนำ รายงานผู้ป่วย วิจารณ์ สรุป กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง

**ย่อเอกสาร (Abstract)** อายย่อบทความภาษาต่างประเทศ หรือภาษาไทย ที่ตีพิมพ์ไม่เกิน 3 ปี ควรมีบทวิจารณ์สั้นๆ ของผู้ย่อด้วย

#### 2. การเตรียมต้นฉบับเพื่อลงตีพิมพ์

**ชื่อเรื่อง** ควรสั้น กระชับรัด ให้ได้ใจความที่ครอบคลุมและตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อหา ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

**ชื่อผู้เขียน** ให้ใช้คำเต็มมีภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ปริญญา หรือคุณวุฒิใช้ตัวย่อที่เป็นสากล พร้อมชื่อหน่วยงานต้นสังกัด ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

**เนื้อเรื่อง** ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กระชับรัด ชัดเจน เพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน หากให้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน โดยเรียงตามลำดับหัวข้อดังต่อไปนี้

**บทคัดย่อ** คือ การย่อเนื้อหาสำคัญ เฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์ และเป็นร้อยแก้ว ไม่แบ่งเป็นข้อๆ ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด ประกอบด้วย ความสำคัญและความเป็นมา วัตถุประสงค์ วัสดุและวิธีการศึกษา ผลการศึกษา และบทสรุปหรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีโครงสร้างกำกับ ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงถึงเอกสารอยู่ในบทคัดย่อ บทคัดย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ หรือคำหลัก (Key words) ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อสำหรับทำดัชนีเรื่อง (Subject index)

**บทนำ** อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัยศึกษาค้นคว้าของผู้เขียนที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมุติฐานและขอบเขตของการวิจัย

**วิธีการศึกษา** อธิบายถึงวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินการวิจัย รูปแบบ สถานที่ วันเวลาที่ศึกษา วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างและการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย มาตรฐาน หรือวิธีการที่ใช้ ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ หรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์

**ผลการศึกษา** อธิบายจากสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบ หรือวิเคราะห์ แล้วพยายามสรุปเปรียบเทียบกับสมมุติฐานที่วางไว้ อ่านทำความเข้าใจง่าย ผลต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา บรรยายเป็นร้อยแก้ว หากมีตัวเลขไม่ซับซ้อน ถ้ามีตัวเลขมาก ตัวแปรมาก ให้ใช้ตารางและแปลความหมายของผลที่พบ หรือวิเคราะห์จากตารางแสดงเฉพาะที่สำคัญๆ ตารางพิมพ์แยกต่างหาก เรียงลำดับก่อน-หลัง ตามที่อ้างอิงในเนื้อเรื่อง และมีคำอธิบายเพิ่มเติมในตารางภาพประกอบ สามารถเตรียมส่งรูป Postcard ขาว-ดำ 3\*5 นิ้ว บันทึกรูปนามสกุล .JPEG

**อภิปรายผล** ควรเขียนการอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามสมมุติฐาน/วัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด เหมือนหรือแตกต่างจากผู้อื่นหรือไม่ เหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น เน้นเฉพาะสำคัญและใหม่ๆ ไม่ควรนำเนื้อหาในบทนำ หรือผลมากกล่าวซ้ำในบทวิจารณ์ ควรแสดงข้อเด่น ข้อบกพร่องของการศึกษา รวมทั้งข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาในอนาคต และควรอ้างอิงถึงทฤษฎี หรือผลการดำเนินงานของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย สรุปให้ตรงกับผลที่ต้องการจากวัตถุประสงค์

**ข้อเสนอแนะ** ควรเขียนข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ หรือข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาคั้งต่อไป ควรสั้นกะทัดรัด

**กิตติกรรมประกาศ** เขียนขอบคุณสั้นๆ ต่อผู้ร่วมวิจัยและขอบคุณหน่วยงาน หรือบุคคลที่สนับสนุนวิจัยทั้งด้านวิชาการและทุนวิจัย

**เอกสารอ้างอิง** ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง ตามหลักเกณฑ์การเขียนเอกสารอ้างอิง ในรูปแบบของ The American Psychological Association (APA style) 6<sup>th</sup> Edition ศึกษาเพิ่มเติมได้จาก <http://thailand.digitaljournals.org/index.php/LPHJ>

#### การเตรียมต้นฉบับ

1. ขนาดของต้นฉบับ กำหนดขนาดกระดาษ ขนาด A4 (8.5 x 11 นิ้ว) พิมพ์โดยใช้ Font: AngsanaUPC ขนาด 16 พ้อยท์ และเว้นระยะห่างจากขอบกระดาษด้านละ 1 นิ้ว ระยะบรรทัด 11/2 บรรทัด (1-2 space)

2. ภาพประกอบ เป็นภาพสีหรือขาวดำ การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหากได้ภาพ

3. พิมพ์หัวชื่อตามลำดับ และรูปแบบการจัดหน้า โดยใช้ตัวหนา ดังนี้

ชื่อเรื่องภาษาไทย

ชื่อเรื่องภาษาอังกฤษ

ชื่อ-สกุลผู้แต่ง วุฒิศึกษาอย่างย่อ หน่วยงานต้นสังกัดภาษาไทย และภาษาอังกฤษ

บทคัดย่อภาษาไทย

คำสำคัญ:

Abstract

Keywords:

บทนำ

วิธีการศึกษา

ผลการศึกษา

อภิปรายผล  
ข้อเสนอแนะ  
กิตติกรรมประกาศ  
เอกสารอ้างอิง

#### การรับเรื่องต้นฉบับ

1. เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ
  2. ให้ผู้เขียนบทความเสนอชื่อผู้เชี่ยวชาญบทความ (Peer Review) จำนวน 3 - 5 ท่าน พร้อมข้อมูลติดต่อ ประกอบด้วย ชื่อ - สกุล, ตำแหน่ง, สถานที่ทำงาน, เบอร์โทรศัพท์ และ E-mail
  3. เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืนสำหรับเรื่องที่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่
- ผู้เขียนสามารถ Download เอกสารได้ที่ Website : <http://thailand.digitaljournals.org/index.php/LPHJ>

#### การส่งต้นฉบับ

ผู้เขียนเข้าไปลงทะเบียนบทความเพื่อขอรับการเผยแพร่ในวารสารสาธารณสุขล้านนา ได้ที่  
<http://thailand.digitaljournals.org/index.php/LPHJ/user/register>

#### กรณีต้องการติดต่อสอบถาม

กองบรรณาธิการวารสารสาธารณสุขล้านนา  
กลุ่มพัฒนาระบบราชการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่  
เลขที่ 18 ถนนบุญเรืองฤทธิ์ ตำบลศรีภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50200  
หรือทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ E mail address: [lannadpc10@gmail.com](mailto:lannadpc10@gmail.com)  
โทรศัพท์ 0 5322 1529  
โทรสาร 0 5321 2389

## สารบัญ

- 1 ความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคอาหารเช้า และความเหนื่อยล้าในนักศึกษาแพทย์  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Association between eating breakfast and fatigued in medical students,  
Faculty of Medicine, Chiang Mai University  
ปิยะกุล สิทธิรัตน์ ณ นครพนม Piyakun Sittirat Na Nakhonphanom  
อนุชาติ มาระณะสารวุฒิ Anuchart Matanasarawoot
  
- 10 การวิเคราะห์สถานการณ์การตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย  
จังหวัดเชียงใหม่  
Situational A nalysis of HIV Infection Screening Among Men Who Have Sex with Men,  
Chiang Mai Province  
พัชณี สมุทราลัย Patchanee Samutarlai  
วรภรณ์ บุญเชียง Waraporn Boonchieng  
ประพิมพ์ พุทธิรักษ์กุล Prapim Buddhirakkul
  
- 21 การประเมินตัวชี้วัดความพึงพอใจ: แนวทางการบริการที่เป็นมิตรสำหรับเยาวชนด้านโรคเอดส์และ  
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สำหรับ 8 จังหวัดภาคเหนือ  
Assessment of satisfaction indicator: Guideline of Service-friendly for youth on AIDS  
and sexually transmitted infection in 8 northern provinces  
นันทวดี ปินปันคง Nantawadee Pinpankong  
สุรเชษฐ์ อรุโณทอง Surachet Arunothong
  
- 31 การสำรวจความเสี่ยงอาชีพอนามัยด้านจิตสังคมวิทยาของบุคลากรสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่  
Survey on Occupational health and psychosocial risk factors for staff of The Office of Disease  
Prevention and Control 1, Chiang Mai  
จิตรรัตน์ ปองทอง Jitrat Pongtong  
กิตติยา พิมพ์าเรือ Kittiya Pimparua

- 44 ผลกระทบของปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เขตสุขภาพที่ 1  
The effect of Risk Factors for Cerebrovascular  
Disease, Regional Health 1, Thailand

พิษณุพร สายคำทอง	Pitsanuporn Saicamthon
สิริหญิง ทิพศรีราช	Siriyong Tipsriraj
ขวัญใจ ไจแสน	Khwanjai Chaisaen
ฐิติพงษ์ ยิ่งยง	Thitipong Yingyong
กฤษณะ สุkawงค์	Kitsana sugawong

- 54 ความรู้ การปฏิบัติ และความคิดเห็นต่อกระบวนการแก้ไข้ปัญหาของชุมชนด้วย  
กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research)  
เพื่อป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบล น้ำดิบ อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน  
Knowledge, practice and attitude on participatory action research (PAR) on Dengue  
prevention and control in Namdip sub-district, Pasang district. Lamphun province.

กานต์ธีรา เรืองเจริญ	Kantheera Rueangcharoen
วรรณภา สุวรรณเกิด	Wannapa Suwonkerd

- 64 การสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร กรณีรถกระบะชนต้นไม้เสียชีวิต 6 ศพ จังหวัดลำพูน  
วันที่ 8 -10 ตุลาคม 2559  
The road traffic injuries investigation on caused of dead from a small truck crashed a tree,  
Lamphun Province, during on 8-10 October 2016

กาญจนา เลิศวุฒิ	Kanchana Lursthut
วันเพ็ญ โพธิยอด	Wanphen Phothiyod
ชัยรัตน์ อุ่นบ้าน	Chaitorn Ounban

ความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคอาหารเช้า และความเหนื่อยล้า  
ในนักศึกษาแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Association between eating breakfast and fatigued in medical  
students, Faculty of Medicine, Chiang Mai University

ปิยะกุล สิทธิรัตน์ ณ นครพนม	พบ.*	Piyakun Sittthirat Na Nakhonphanom	M.D.
อนุชาติ มานะสารวุดิ	พบ.*	Anuchart Matanasarawoot	M.D.

\*ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Department of Family medicine, Faculty of medicine Chiang Mai University

### บทคัดย่อ

เชื่อกันว่าอาหารเช้าเป็นมื้ออาหารที่สำคัญต่อร่างกาย เพื่อเป็นแหล่งพลังงานในการทำกิจกรรมต่างๆ ระหว่างวัน ช่วยในการเรียนรู้ ความคิดความจำในห้องเรียน การไม่รับประทานอาหารเช้าอาจส่งผลเสียต่อร่างกาย และทำให้มีความเหนื่อยล้าเกิดขึ้น การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของการไม่รับประทานอาหารเช้า และผลที่มีต่อความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นในนักศึกษาแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง ใช้แบบสอบถามตอบด้วยตนเองสำหรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเช้า และ ใช้ IOWA Fatigue Scale ฉบับภาษาไทยที่พัฒนาขึ้นสำหรับประเมินความเหนื่อยล้าในนักศึกษาแพทย์ ปีที่ 3, 4 และ 5 จำนวน 192, 52 และ 50 จากภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว ปีการศึกษา 2558 ใช้สถิติทดสอบ chi-square และ การวิเคราะห์การถดถอย พบว่า นักศึกษาแพทย์จำนวนทั้งหมด 294 คน เป็นเพศชายและเพศหญิงใกล้เคียงกัน (1.08:1) ในภาพรวมพบว่านักศึกษาแพทย์ ร้อยละ 32.7 มีพฤติกรรมไม่รับประทานอาหารเช้า ซึ่งแบ่งเป็น นักศึกษาปี 3 - 4 ร้อยละ 28.12 และนักศึกษาปีห้า (clinical students) ร้อยละ 71.88. ในจำนวนนักศึกษา ทั้งหมดพบว่าร้อยละ 19.4 เข้าเกณฑ์มีความเหนื่อยล้า แต่ทั้งการรับประทานอาหารเช้าและการไม่รับประทาน อาหารเช้าไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของนักศึกษาแพทย์ ( $\chi^2 = 0.092$ ,  $p > 5$ ) ผู้ที่เข้าเกณฑ์เหนื่อยล้า น่าจะมีสาเหตุมาจากปัจจัยอื่น

**คำสำคัญ:** Breakfast Skipping, Medical Student, Fatigue, Breakfast Habit

## Abstract

Breakfast is often thought to be the most important meal, being an energy source for any activities during the day and it supports ability of learning and long memory in the classroom. Skipping breakfast meal is hypothesized bad for health and possibly contributing to fatigue. This study aimed to determine the prevalence of people who skip breakfast among medical students, Chiang Mai University, and its effect on their fatigue during the day. A descriptive cross-sectional study of breakfast eating habits among medical students was distributed to third year (pre-clinical) medical students and fourth and fifth year (clinical) medical students studying family medicine in Family Medicine Department at Faculty of Medicine, Chiang Mai University. The questionnaires to be self-administered. A total 294 medical students were included in this study, of these 192 were pre-clinical student (3rd year), 52 (4th year) and 50 clinical students (5th year) respectively, among them the proportion between male and female was 1.08: 1. Those students breakfast-skipping were 32.7% overall. The prevalence of people who skip breakfast in the pre-clinical students and clinical students was 28.12% and 71.88% respectively. Generally, breakfast-skipping was not significantly related to fatigue during clinical sessions ( $X^2 = 0.092, p > 0.05$ ). This study suggests that factors that might be influential to fatigue in this study could be for other reasons.

**Key words:** Breakfast Skipping, Medical Student, Fatigue, Breakfast Habit

## บทนำ

ความเหนื่อยล้าเป็นปัญหาที่พบบ่อยในหมู่นิสิตนักศึกษาแพทย์ พฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าที่ไม่เหมาะสม เช่น การอดอาหารเช้า หรือการรับประทานอาหารเช้าไม่เป็นเวลา มีความสัมพันธ์กับสมรรถภาพการเรียนรู้ที่ต่ำลง และมีความสัมพันธ์กับความชุกของความเหนื่อยล้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Masaaki Tanaka et al., 2009; Lars Lien. 2006) การรับประทานอาหารเช้าเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการเริ่มต้นวันใหม่ ซึ่งมีการศึกษาที่พบว่า ผู้ที่รับประทานอาหารเช้าเป็นประจำทุกวันจะมีทัศนคติที่ดี มีรูปร่างดี และมีสมาธิในการทำงานมากยิ่งขึ้น (Watanabe Y, et al. 2016; Ackuaku-Dogbe & Abaidoo. 2016) การงดอาหารเช้าในเด็กวัยเรียนทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ โดยพบว่าในช่วงสาย เด็กจะรู้สึกหิว กระสับกระส่าย ไม่มีสมาธิในการเรียน ขาดความฉับไวในการคิดคำนวณหรือแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า เกิด

ความผิดพลาดได้เพิ่มขึ้น และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนจะต่ำกว่าเด็กที่รับประทานอาหารเช้า (Lars Lien. 2006; สุดสายชล หอมทอง, 2549) ดังนั้น การรับประทานอาหารเช้าจึงมีข้อดีคือ ช่วยให้สดชื่นและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน หากการรับประทานมื้อเช้าไม่เพียงพอจะทำให้ร่างกายได้รับพลังงานไม่พอที่จะใช้ในการดำเนินกิจกรรมระหว่างวัน โดยส่งผลกระทบต่อทั้งร่างกายและจิตใจ มีหลายเหตุผลด้วยกันที่เป็นสาเหตุทำให้ไม่รับประทานอาหารเช้า เช่น ไม่มีเวลา ไม่รู้สึกหิวในตอนเช้า (Yahya Ozdogan. 2010; Uksanaporn Krungkraipetch KK. 2009)

## วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับประทานอาหารเช้าและความเหนื่อยล้าของนักศึกษาแพทย์

## นิยามศัพท์

ความเหนื่อยล้า หมายถึง ความเซื่องซำยากลำบาก ลงกว่าเดิมในการเรียน หรือดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ เพราะ หย่อน หรือขาดแรงกำลัง ซึ่งเกิดได้ ทั้งจากขาดแรงกำลัง ทั้งทางจิตใจ (mental fatigue) และ ร่างกาย (physical fatigue) ซึ่งล้วนนำไปสู่การลดลงของสมรรถภาพในการ เรียนรู้ การทำกิจกรรมต่างๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Grandjean. 1979, Muchinsky. 1993, พวงทอง ไกรพิบูลย์. 2558) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในกลุ่มของ นักเรียนและนักศึกษา ซึ่งรวมถึงนิสิตแพทย์ด้วย เนื่องจาก เป็นสาขาวิชาที่ต้องอาศัยความเอาใจใส่ การคิดวิเคราะห์ ประมวลผล ในการศึกษาเล่าเรียน เป็นอย่างมาก การ ศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีผลบั่นทอนคุณภาพในการศึกษาเป็น สิ่งที่มีความสำคัญ และหากปัจจัยนั้นเป็นการปฏิบัติ เนื่องจากความเคยชิน หรือ รู้เท่าไม่ถึงการณ์ ย่อมน่าจะเป็น สิ่งที่แก้ไข

## วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง โดยศึกษาในกลุ่มประชากรทั้งหมด คือ นักศึกษา แพทย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ชั้นปีที่

3-5 ที่ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว ในช่วงเดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2558 ถึงเดือน มกราคม พ.ศ. 2559 จำนวนทั้งสิ้น 304 คน แต่ตัดออก 10 คน เนื่องจากมีโรคประจำตัวที่อาจส่งผลกระทบต่อความเหนื่อยล้าได้

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าทั้ง 3 มื้อ ประเภทของ อาหารเช้า เหตุผลที่ไม่ได้รับประทานอาหารเช้า ความถี่ ในการออกกำลังกาย พฤติกรรมการบริโภคอาหารและ เครื่องดื่มอื่นๆ ส่วนความรู้สึเหนื่อยล้าใช้แบบประเมิน ความเหนื่อยล้าที่ดัดแปลงจาก Iowa Fatigue Scale ของ Hartz และคณะ (2003) โดยใช้เกณฑ์คะแนน 0 - 29 แปลผลว่า ไม่มี ความเหนื่อยล้า และคะแนน 30 - 55 แปลผลว่า มีความเหนื่อยล้า วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ทดสอบ Chi-square

## ผลการศึกษา

ผู้เข้าร่วมวิจัยในการศึกษานี้มีจำนวนชายและหญิง พอกันในสัดส่วน 1:1 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ไม่ได้ อยู่ในช่วงของการควบคุมอาหาร ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละลักษณะทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย

	ตัวแปร	N (%)
เพศ	ชาย	141 (48.0)
	หญิง	153 (52.0)
โรคประจำตัว	มี	53 (18.0)
	ไม่มี	241 (82.0)
ชั้นปี	3	192 (65.3)
	4	52 (17.7)
	5	50 (17.0)

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละลักษณะทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย (ต่อ)

ตัวแปร		N (%)
ดัชนีมวลกาย	น้อยกว่า 18.5	47 (16.7)
	18.5-22.9	163 (58.0)
	23.0-24.9	35 (12.5)
	25.0-29.9	28 (10.0)
	30 ขึ้นไป	8 (2.8)
กำลังอยู่ในช่วงควบคุมอาหาร	ไม่	199 (70.1)
	ควบคุมอาหาร	85 (29.9)
ที่พักอาศัยปัจจุบัน	หอพักไม่มีร้านอาหาร	87 (30.5)
	หอพักมีร้านอาหาร	152 (53.3)
	บ้านพักส่วนตัวพักคนเดียว	11 (3.9)
	บ้านพักส่วนตัวพักกับครอบครัว	35 (12.3)
รายจ่ายเฉลี่ยต่อเดือน	น้อยกว่า 5,000 บาท	40 (13.6)
	5,000-10,000 บาท	209 (71.1)
	10,001-20,000 บาท	40 (13.6)
	มากกว่า 20,000 บาท	5 (1.7)

ในส่วนของพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมวิจัยพบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่รับประทานอาหารเช้าโดยเลือกเป็นอาหารจานเดียว หรืออาหารตามสั่ง การเลือกบริโภคอาหารจานด่วนหรือ Fast food อยู่ที่ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ เช่นเดียวกับการดื่มน้ำหวาน น้ำอัดลม และผู้เข้าร่วมวิจัย

ส่วนใหญ่ดื่มกาแฟวันละ 1-2 ถ้วย แต่ไม่ดื่มสุรา หรือสูบบุหรี่ ในขณะที่ผู้เข้าร่วมวิจัยการออกกำลังกายต่อสัปดาห์อยู่ในเกณฑ์ไม่เพียงพอ แต่มีการพักผ่อน 6-7.5 ชั่วโมงต่อคืน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงความชุกของการไม่รับประทานอาหารเช้า และพฤติกรรมการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มของนักศึกษาแพทย์กลุ่มประชากร

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และ เครื่องดื่ม		N (%)
ความชุกของการไม่รับประทานอาหารเช้า	เช้า	96 (32.7)
	กลางวัน	11 (3.7)
	เย็น	18 (6.1)
ออกกำลังกาย	เพียงพอ	86 (29.4)
	ไม่เพียงพอ	207 (70.6)

ตารางที่ 2 แสดงความชุกของการไม่รับประทานอาหารเช้า และพฤติกรรมการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มของนักศึกษาแพทย์กลุ่มประชากร

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และ เครื่องดื่ม		N (%)
ดื่มแอลกอฮอล์	ดื่ม	91 (31.1)
	ไม่ดื่ม	202 (68.9)
สูบบุหรี่	สูบ	6 (2.0)
	ไม่สูบ	288 (98.0)
จำนวนชั่วโมงที่ได้หลับ	ไม่เกิน 5.5 ชม.	71 (24.2)
	6-7.5 ชม.	205 (70.0)
	มากกว่า 8 ชม.	17 (5.8)
ความถี่ในการบริโภคขนมกรุบกรอบของ ทานเล่น	ไม่เลย	40 (13.6)
	0-1 ครั้ง/วัน	194 (66.0)
	2 ครั้ง/วัน	32 (10.9)
	3 ครั้ง/วัน	17 (5.8)
	อย่างน้อย 4 ครั้ง/วัน	11 (3.7)
ดื่มน้ำอัดลม/น้ำหวาน	ไม่เลย	79 (26.9)
	1-2 ครั้ง/สัปดาห์	146 (49.7)
	0-1 ครั้ง/วัน	53 (18.0)
	2-3 ครั้ง/วัน	9 (3.1)
	มากกว่า 4 ครั้ง/วัน	7 (2.4)
	ประเภทของ อาหารเช้า	อาหารตามสั่ง/ข้าวราดแกง/อาหารจานเดียว
ประเภทขนมปัง/bakery	4 (1.7)	
อาหารแช่แข็ง	79 (32.9)	
ข้าวเหนียวหมูปั้น	3 (1.3)	
โจ๊ก/ข้าวต้ม	15 (6.3)	
อื่นๆ	24 (10.0)	

สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างการไม่รับประทาน อาหารเช้าและ  
ความเหนื่อยล้าพบว่าไม่มีนัยสำคัญทาง สถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการไม่รับประทานอาหารเช้า และความเหนื่อยล้า

	มีความเหนื่อยล้า N (%)	ไม่มีความเหนื่อยล้า N (%)	X <sup>2</sup>	p-value
รับประทานอาหารเช้า	37 (64.9)	158 (68.1)	0.092	0.762
ไม่รับประทานอาหารเช้า	20 (35.1)	74 (31.9)		

กำหนดลำดับนัยสำคัญที่ 0.05

การศึกษาพบว่าความชุกของความเหนื่อยล้าในนักศึกษาแพทย์พบเพียงร้อยละ 19.4 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของนักศึกษาแพทย์กลุ่มประชากรที่มีความเหนื่อยล้า

ความเหนื่อยล้า	จำนวน (ร้อยละ)
มี	57 (19.4)
ไม่มี	232 (78.9)

เหตุผลที่ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่รับประทานอาหารเช้ามากที่สุดคือ ตื่นสาย ไม่มีเวลา และไม่หิว แสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงเหตุผลที่ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่รับประทานอาหารเช้า

เหตุผล	จำนวน (ร้อยละ)
ตื่นสาย	77 (49.0)
ไม่มีเวลา	49 (31.2)
ไม่หิว	13 (8.3)
รู้สึกอึดจากมือตึง	4 (2.5)
ร้านอาหารไม่เปิด	3 (1.9)
เบื่ออาหาร	2 (1.3)
อาหารไม่ถูกปาก	2 (1.3)
คมน้ำหนัก	2 (1.3)
ร้านอาหารอยู่ไกลทำให้เดินทางลำบาก	2 (1.3)
รู้สึกอึดอัดเมื่อรับประทาน	2 (1.3)
ไม่มีเพื่อนไปรับประทานด้วย	1 (0.6)
คิดว่าอาหารเช้าเป็นสิ่งที่ไม่จำเป็น	NA

ในส่วนขอเสนอแนะจากผู้เข้าร่วมวิจัยถึง  
แนวทางแก้ไขการไม่รับประทานอาหารเช้าในนักศึกษา  
แพทย์ คือ การตื่นให้เช้าขึ้น รองลงมาเป็นเลื่อนเวลาเรียน

เป็นหลัง 8.00 น. และให้มีการอนุญาตให้รับประทาน  
อาหารในห้องเรียนตอนเช้าได้ ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงข้อเสนอแนะแนวทางแก้ไขการไม่รับประทานอาหารเช้าของนักศึกษาแพทย์กลุ่มประชากร

แนวทางแก้ไข	N (%)
ตื่นให้เช้าขึ้น	101 (43.9)
เลื่อนเวลาเรียนเป็นหลัง 8.00 น.	59 (25.7)
นักศึกษาสามารถรับประทานอาหารเช้าในห้องเรียนตอนเช้าได้	33 (14.3)
เพิ่มร้านค้าสวัสดิการ	26 (11.3)
อื่นๆ	11 (4.8)

### อภิปรายผล

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการ  
รับประทานอาหารเช้าและความเหนื่อยล้าในนักศึกษา  
แพทย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่า  
ผู้เข้าร่วมวิจัยที่รับประทานอาหารเช้ามีร้อยละ 67.3 มี  
ความเหนื่อยล้าระหว่างเรียนร้อยละ 64.9 ส่วนกลุ่มที่  
ไม่รับประทานอาหารเช้ามีเพียงร้อยละ 32.7 มีความ  
เหนื่อยล้าระหว่างเรียนร้อยละ 35.1 จากการวิเคราะห์  
ข้อมูลทางสถิติพบว่าทั้งกลุ่มที่รับประทานอาหารเช้า และ  
ไม่รับประทานอาหารเช้าไม่มีความแตกต่างกันในสัดส่วน  
ของผู้ที่เข้าเกณฑ์เหนื่อยล้า ( $p=0.72$ ) ซึ่งหมายความว่า  
ความเหนื่อยล้าที่นักศึกษาแพทย์ประสบอาจไม่ได้ขึ้นอยู่กับ  
การไม่รับประทานอาหารเช้าเป็นหลัก แต่อาจขึ้นอยู่กับ  
ปัจจัยอื่นๆ กล่าวโดยสรุปคือ ปัจจัยด้านการไม่รับ  
ประทานอาหารเช้าในการศึกษาครั้งนี้ไม่มีความสัมพันธ์  
กับความเหนื่อยล้าในระหว่างเรียนของนักศึกษาแพทย์  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ซึ่งให้ผลการ  
ศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ ลักษณะพร กรุงไกรเพชร  
และ กิตติ กรุงไกรเพชร (2009) แต่แตกต่างจากงานวิจัย  
ของ Ning Zou et al. (2011) ที่พบว่า การไม่รับประทาน  
อาหารเช้ามีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น  
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาถึงปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อ  
ความเหนื่อยล้าโดยการทบทวนวรรณกรรม เปรียบเทียบ

กับข้อมูลของนักศึกษาแพทย์ที่ได้ทำการศึกษาพบว่า  
ปัจจัยที่สอดคล้องกัน ได้แก่ ระยะเวลาในการนอนหลับ  
พักผ่อน, การขาดการออกกำลังกาย และการมีงานสะสม  
ค้างค้ำ ซึ่งก่อให้เกิดภาวะเครียดตามมา (Mayo Clinic  
staff, 2551) จากบทความอ้างอิงข้างต้นได้กล่าวไว้ว่า  
การนอนหลับไม่เพียงพอสามารถเป็นสาเหตุของความ  
เหนื่อยล้าโดยทั่วไปผู้ใหญ่ต้องการเวลาในการนอนหลับ  
ประมาณ 8 ชั่วโมงต่อคืน แต่ด้วยปัจจัยอื่น เช่น การ  
ทำงานหนัก ครอบครัวยุ่ง สับสน ทำให้มีเวลาในการนอน  
หลับน้อยลงได้ ในกลุ่มประชากรนักศึกษาแพทย์จำนวน  
294 คน มีนักศึกษาแพทย์ที่นอนหลับน้อยกว่า 8 ชั่วโมง  
มากถึงร้อยละ 94.2 จึงอาจเป็นอีกส่วนสำคัญที่มีผลต่อ  
ความเหนื่อยล้าของนิสิตแพทย์ได้ แต่จากการวิเคราะห์  
แบบถดถอย หรือ Multiple regression analysis ใน  
งานวิจัยนี้พบว่าจำนวนชั่วโมงที่พักผ่อนตอนกลางคืนไม่มี  
นัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยต่อมาจากบทความอ้างอิง คือ การขาดการ  
ออกกำลังกาย โดยปกติแล้วการออกกำลังกายซึ่งเป็นการ  
ใช้พลังงานจะช่วยให้นอนหลับได้ง่ายขึ้น การออกกำลังกาย  
แบบปกติจะมีผลต่อการรักษาภาวะซึมเศร้าและ  
ความกังวลได้ นอกจากนี้จากผลการทบทวนงานวิจัย  
อย่างเป็นระบบของ Cochrane Reviews ในเรื่องการ  
ออกกำลังกายเพื่อแก้ไขกลุ่มอาการเหนื่อยล้าเรื้อรังจาก  
งานวิจัย พบว่า การออกกำลังกายเป็นส่วนหนึ่งที่ใช้บำบัด

กลุ่มอาการเหนื่อยล้าเรื้อรังได้ (Larun L, McGuire H, Edmonds M, Odgaard-Jensen J, and Price JR., 2004)

จากการศึกษาในกลุ่มนักศึกษาแพทย์ครั้งนี้พบว่า นักศึกษาแพทย์ถึงร้อยละ 70.6 ออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ แต่จากการวิเคราะห์แบบถดถอย หรือ Multiple regression analysis พบว่าการออกกำลังกายไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามการออกกำลังกายเป็นกิจกรรมที่จะเสริมสร้างร่างกายให้สมบูรณ์แข็งแรง ซึ่งการที่ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรงอาจช่วยส่งผลเรื่องการลดความเหนื่อยล้าเมื่อต้องทำกิจกรรมต่างๆ หรือแม้กระทั่งการเรียนในชั้นเรียนของนักศึกษาแพทย์ได้

งานวิจัยนี้แสดงผลของปัจจัยที่สอดคล้องกับความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นคือ ความถี่ของการดื่มน้ำหวาน 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ เบื้องต้นจากความรู้ของผู้ทำวิจัยคาดว่า อาจมีเหตุผลมาจากระดับน้ำตาลที่จะให้พลังงานในเครื่องดื่มประเภทน้ำหวาน หรือน้ำอัดลมที่ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับต่อสัปดาห์ในปริมาณน้อยเมื่อเทียบกับการดื่มน้ำดื่มประเภทนี้ที่มีความถี่มากขึ้น จึงทำให้มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าได้

### ข้อจำกัด

งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดหลายอย่าง ได้แก่ การทำการสำรวจในนักศึกษาแพทย์ที่ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว เพียงอย่างเดียว จะใช้เวลานาน เพราะต้องรอให้นักศึกษาแพทย์วนมาจนครบ และแต่ละครั้งมีจำนวนน้อย จึงทำให้การได้ผู้เข้าร่วมวิจัยครบตามจำนวนล่าช้า และ การกระจายของชั้นปีในนักศึกษาแพทย์ที่ไม่เท่ากัน ชั้นปีที่ 3 มีปริมาณมากที่สุด ดังนั้นอาจส่งผลต่อผลของงานวิจัยได้ นอกจากนี้งานวิจัยนี้ไม่ได้ทำการศึกษาในหลายภาควิชา ซึ่งแต่ละภาควิชามีกระบวนการเรียนที่หนักเบาไม่เท่ากัน จึงอาจมีผลต่อทั้งพฤติกรรมการรับประทานอาหารเข้าและความเหนื่อยล้าได้

งานวิจัยนี้ใช้เครื่องมือเป็นแบบสอบถามที่ไม่ได้ทดสอบความแม่นยำ เพียงแต่ใช้การ Forward-Backward เท่านั้น ข้อดีของการใช้ IOWA Fatigue Scale ที่พัฒนาขึ้นมาเองให้เป็นภาษาไทยมีประโยชน์ในแง่ความเข้าใจง่ายกว่าภาษาอังกฤษ และไม่ต้องกังวลสำหรับพื้นฐานด้านภาษาของผู้เข้าร่วมวิจัย เพียงแต่ผลการศึกษายังไม่สามารถเทียบกับงานวิจัยอื่นๆที่ใช้ IOWA Fatigue Scale ฉบับภาษาอังกฤษได้ จนกว่าจะมีการทดสอบความแม่นยำของเครื่องมือ

ความแม่นยำของข้อคำถามในแบบสอบถาม ที่ไม่ได้ลงรายละเอียด เช่น งานวิจัยนี้ ผู้ทำวิจัยไม่ได้ลงรายละเอียดของ ขนมอบรรทุก ว่าคืออะไร เครื่องดื่ม น้ำอัดลม น้ำหวาน รวมถึงอะไรบ้าง เป็นต้น และ งานวิจัยนี้ไม่ได้ลงรายละเอียดเกี่ยวกับคุณค่าทางโภชนาการของประเภทอาหารเข้า และค่านิยมของอาหารเข้าค่อนข้างกว้าง ดังนั้นจะบอกไม่ได้ว่าผู้วิจัยที่เข้าเกณฑ์รับประทานอาหารเข้าจะได้รับคุณค่าทางโภชนาการตามแนะนำหรือไม่

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ที่ให้การสนับสนุนงบประมาณ รวมทั้งอาจารย์ที่ปรึกษาผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ อนุชาติ มาธานะสารวุฒิ ที่ให้คำชี้แนะในเรื่องประเด็นศึกษาวิจัย รวมถึงให้คำแนะนำวิธีการศึกษาและการนำเสนอรายงาน ขอขอบคุณอาจารย์นายแพทย์ ชัยสิริ อังกุระวรานนท์ และคุณธรรณา เผือกจันทิก ที่ให้คำแนะนำ และการสนับสนุนในการทำวิจัยเชิงปริมาณฉบับนี้เป็นอย่างดี และขอขอบคุณผู้ช่วยวิจัยจากฝ่ายธุรการ ประจำภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คุณสาธิต หมูคำ ที่ช่วยแจกแบบสอบถาม และเก็บข้อมูลวิจัย

## เอกสารอ้างอิง

- พวงทอง ไกรพิบูลย์. เหนื่อยล้า อ่อนล้า อ่อนเพลีย (Fatigue). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 13 พฤศจิกายน 2552] เข้าถึงได้จาก:  
<http://haamor.com/th/อ่อนเพลีย>.
- สุดสายชล หอมทอง. ความสำคัญของอาหารเช้า[ออนไลน์] 2549 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 13 พฤศจิกายน 2552]. เข้าถึงได้  
จาก: [http://www.uniserv.buu.ac.th/forum2/topic.asp?TOPIC\\_ID=1595](http://www.uniserv.buu.ac.th/forum2/topic.asp?TOPIC_ID=1595)
- Ackuaku-Dogbe EM, Abaidoo B. (2014). Breakfast eating habits among medical students. *Ghana medical journal*. 48(2):66-70.
- Grandjean E. (1979). Fatigue in Industry. *British Journal of Industrial Medicine*. 120: 175-86.
- Hartz A, Bentler S, Watson D. (2003). Measuring Fatigue Severity in Primary Care Patients. *Journal of Psychosomatic Research*. In press 54(6): 515-21 [online] 2003 [cited 2010 November 2]. Available from: <http://www.psy-world.com/iowa.html>
- Lars Lien. (2006). Is breakfast consumption related to mental distress and academic performance in adolescents?. *Public Health Nutrition*. 10: 422-428.
- Larun L, McGuire H, Edmonds M, Odgaard-Jensen J, Price JR. (2004). Exercise therapy for chronic fatigue syndrome. *Cochrane data base of systematic reviews [online] 2004 [cited 2010 February 5]*. Available from: <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab003200.html>
- Luksanaporn Krungkraipetch KK. (2009). Relationship between Adequate Breakfast Consumption and Fatigue in the Morning Class among Medical Students, Burapha University. *the public health journal of Burapha University*. 7(1):35-9.
- Masaaki Tanaka, Kei Mizuno, Sanae Fukuda, Yoshihito Shigihara, Yasuyoshi Watanabe. (2008). Relationships between dietary habits and the prevalence of fatigue in medical students. *Nutrition [online] 2008 [cited 2009 November 2]*. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nut.2008.05.003>
- Mayo Clinic staff.(2551). *Fatigue [ออนไลน์] 2551*[เข้าถึงเมื่อวันที่ 9 พฤศจิกายน 2552]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.mayoclinic.com/health/fatigue/MY00120>
- Muchinsky PM. (1993). *Psychology Applied to Work ; An Introduction to Industrial and Organizational Psychology*. Pacific Grove, California.
- Ning Zou MK, Ayako Nagai, Ri Ji Jin, Shu Xian Liu. (2009). A study of fatigue status in Chinese adolescents in an urban city, Jixi. *Health*.3 (1949-4998):271-5.
- Watanabe Y, Saito I, Henmi I, Yoshimura K, Maruyama K, Yamauchi K, et al.(2014). Skipping Breakfast is Correlated with Obesity. *Journal of rural medicine : JRM / Japanese Association of Rural Medicine*. 9(2):51-8.
- Yahya Ozdogan. (2010). The Breakfast Habits of Female University Students. *Pakistan Journal of Nutrition*. 9: 882-886.

การวิเคราะห์สถานการณ์การตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี  
ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดเชียงใหม่

Situational Analysis of HIV Infection Screening Among Men  
Who Have Sex with Men, Chiang Mai Province

พัทณี สมุทราลัย พย.ม*	Patchanee Samutarlai	M.N.S.*
วราภรณ์ บุญเชียง ส.ต.	Waraporn Boonchieng	P.H.
ประพิมพ์ พุทธิรักษ์กุล พย.ด.	Prapim Buddhirakkul	Ph.D.

\*สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

\*\*คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

### บทคัดย่อ

การคัดกรองโรค เป็นการค้นหาโรคในระยะเริ่มแรก ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที เป็นการป้องกันการแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่นและลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคได้ การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์การตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้แนวคิดการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของ กรีน และ กรูเตอร์ (Green & Kreuter, 1999) ได้แก่ 1) ปัจจัยนำ (Predisposing factors) 2) ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) และ 3) ปัจจัยเสริมแรง (Reinforcing factors) รวบรวมข้อมูลด้วยวิธีเชิงคุณภาพในเดือนธันวาคม 2556 ถึง กุมภาพันธ์ 2557 จากกลุ่มตัวอย่างรวม 16 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์รายบุคคลวิเคราะห์ข้อมูลโดยจัดหมวดหมู่ข้อมูลและสรุปประเด็นสำคัญ ผลการศึกษาพบว่า 1) ปัจจัยนำ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคเอดส์และการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีจากทางสิ่งพิมพ์อิเล็กทรอนิกส์ และจากการศึกษาในสถานศึกษาในเรื่องทั่วไป เช่น สาเหตุการเกิดโรค การติดต่อ เป็นต้น 2) ปัจจัยเอื้อ พบว่าโรงพยาบาลใหญ่จะมีวัสดุอุปกรณ์และสถานที่เหมาะสม ตั้งอยู่ไม่ไกล สามารถเดินทางมาได้สะดวก แต่มีที่จอดรถไม่เพียงพอ และพบว่าสถานที่ตรวจบางแห่งยังมี อุปกรณ์ในการตรวจไม่เพียงพอ และการจัดสถานที่ยังไม่มีความเป็นส่วนตัว ขาดการประชาสัมพันธ์ให้ทราบถึงสถานที่ตรวจคัดกรอง มีการเปิดให้บริการเฉพาะในเวลาราชการ ส่วนราคาพบว่ามีทั้งเสียค่าใช้จ่ายโดยการเสียค่าใช้จ่ายจะเสียประมาณ 500-600 บาท ซึ่งมีความเหมาะสมสำหรับผู้มีรายได้ แต่ยังแพงไปสำหรับผู้ที่มีรายได้น้อยและสามารถใช้สิทธิต่างๆในการตรวจคัดกรองได้ ส่วนขั้นตอนการให้บริการตรวจ พบว่ามีการให้คำปรึกษาทั้งก่อนและหลังการตรวจ แต่บางแห่งไม่มีการให้คำปรึกษา และรอผลการตรวจนาน 3) ปัจจัยเสริมแรง พบว่ามีการเสริมแรงจาก 3 กลุ่ม ได้แก่ เพื่อน ครอบครัว และบุคลากรทางด้านสุขภาพจากผลการศึกษา จึงควรเพิ่มประเด็นการพัฒนากระบวนการทางการแพทย์ในการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในประเด็นดังต่อไปนี้ 1) ควรเพิ่มการเข้าถึงกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เพื่อสามารถให้องค์ความรู้ที่เฉพาะเจาะจงในเรื่องโรคเอดส์และการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี 2) พัฒนาระบบการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายให้ครอบคลุม เช่น การประชาสัมพันธ์ทุกช่องทางเฉพาะกลุ่ม การจัดระบบการให้บริการคำปรึกษาก่อนและหลังการตรวจคัดกรอง,การเพิ่มบริการตรวจคัดกรองในวันหยุด

และนอกเวลาราชการ 3) ส่งเสริมให้กลุ่มเพื่อนและครอบครัวมีทัศนคติที่ดีและสนับสนุน โน้มน้าวให้กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเข้ารับบริการตรวจคัดกรอง และกลุ่มบุคลากรต้องให้ความสำคัญกับการเก็บรักษาความลับ และมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีต่อกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ซึ่งจะส่งเสริมให้เกิดการคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย มากขึ้นและเหมาะสมต่อไป

**คำสำคัญ:** การตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

### Abstract

Screening of disease is to find the disease in the initial stages. This allows patients to be treated in a timely manner, prevent the spread of the disease to others, and reduce mortality rate of the disease. This study was to analyze the situation of screening for HIV infection among men who have sex with men in Chiang Mai Province by using the concept to analyze the factors that affect the health behaviors of Green and Kreuter (1999) including: 1) predisposing factors, 2) enabling factors, and 3) reinforcing factors. Data were collected by using qualitative method from December 2013 to February 2014. The 16 samples were recruited in this study. Structure questionnaires were used as a tool, it is consisted of two parts: the first part was a general information that descriptive analysis was applied, frequency, percentage, mean and standard deviation for etc. The second part was individual interview, this part a data were analyzed by classifying and summarizing key points. The study results found that: 1) Predisposing factors: it is found that the study samples gained knowledge about AIDS and screening for HIV infection from electronic publications and from school education such as cause of disease, contact of disease, however, more knowledge about AIDS and screening specifically for men who have sex with men (MSM) were still needed. 2) Enabling factors: it is found that big hospitals have appropriate materials, equipment, facilities and are easy to be accessed yet there was not enough parking area. On the other hand, some hospitals did not have enough medical devices, lack of privacy and did not provide information specifically about screening place, as well as service was provided only during office hours. The cost of screening was approximately 500-600 baht which was affordable for people with a moderate income, yet it is too expensive for people with low income. Pre and post counseling was provided during the screening procedures in some hospitals only, and it was a long waiting time for the test results. 3) Reinforcing factors: it is found that there were some reinforcement from three groups including friends, family and health personnel. From the study results, nursing services for screening HIV infection among MSM should be developed as follows: 1) increase access to MSM group, in order to provide them enough knowledge about AIDS and screening for HIV infection, 2) develop a system to

facilitate the access to screening services among MSM which cover through every channels special for MSM group, provide pre and post counseling, provide screening services on weekends and beyond office hours 3) promote friends and family to motivate MSM to access screening. The health personnel need practice regarding keeping rigorous confidentiality and have a good relationship with a group of the MSM which will contribute to increase in the rates of screening for HIV infection among MSM.

**Key words:** HIV Infection Screening, Men Who Have Sex with Men

## บทนำ

การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ยังคงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลกโดยเฉพาะอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายนั้นจัดอยู่ในระดับสูง ซึ่งมีรายงานสถิติการติดเชื้อทั่วโลกร้อยละ 16.5 ในประเทศไทยข้อมูลการศึกษาในกรุงเทพมหานครพบความชุกถึงร้อยละ 31 (Cogan, 2012) ซึ่งถือเป็นตัวเลขที่สูงมากเมื่อเทียบกับความชุกร้อยละ 1.4 ในประชากรทั่วไปของประเทศไทย (Van Griensven et al., 2009) ในจังหวัดเชียงใหม่ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีขนาดใหญ่และเป็นจังหวัดท่องเที่ยวที่สำคัญของภาคเหนือ พบว่ามีการแพร่กระจายของโรคเอดส์ในระดับสูงมาตลอด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยความชุกอยู่ที่ร้อยละ 15.3 ในปีพ.ศ. 2548 เป็น 16.9 ในปีพ.ศ. 2550 ซึ่งพบความชุกสูงสุดของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มอายุ 23-28 ปีถึงร้อยละ 29.2 (กิริติกานต์ กลัดสวัสดิ์ และคณะ, 2554)

จากสถานการณ์ดังกล่าวทำให้คณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติได้จัดทำ “แผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเอดส์อย่างทั่วถึงและครอบคลุมแห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554” เช่นเดียวกับยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเอดส์ จังหวัดเชียงใหม่ ปีพ.ศ. 2555-2559 ซึ่งจัดทำกลยุทธ์ให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของระดับประเทศ โดยเฉพาะการดำเนินงานด้านนโยบายเร่งรัดการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยเฉพาะในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศให้กลุ่มนี้เป็นกลุ่มเสี่ยง

ที่ต้องเฝ้าระวังติดตามอย่างใกล้ชิด (ชุมศักดิ์ พฤกษาพงศ์, 2555) โดยการจัดบริการการเข้าถึงการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงได้เข้าสู่กระบวนการวินิจฉัยและการดูแลรักษา ทำให้ทราบสถานภาพการติดเชื้อเอชไอวีของตนเองตั้งแต่ระยะแรกและเข้าสู่ระบบการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างรวดเร็วทุกคน เป็นการป้องกันการแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่นด้วย (คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเอดส์, 2554) แต่จากข้อมูลงานวิจัยในช่วงปีพ.ศ. 2551-2552 ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจำนวน 17,166 คน พบว่ามีเพียงร้อยละ 19.4 ที่เคยตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากปัญหาด้านงบประมาณ ขอกฎหมาย และการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย (คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเอดส์, 2554)

การวิเคราะห์สถานการณ์เป็นวิธีที่จะช่วยให้ทราบถึงความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกันขององค์ประกอบของปัญหานั้น (ราตรี โชติกพงษ์, 2552) และยังเป็นการศึกษาหาสาเหตุ ลักษณะของสถานการณ์ เพื่อให้ได้แนวทางในการแก้ไขปัญหามาจากการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ตรง หรือมีส่วนเกี่ยวข้องในสถานการณ์นั้นๆ (สุจิรา บรรจง, 2552) และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแนวคิด PRECEDE-PROCEED model ของ กรีน และ กรูเตอร์ (Green & Kreuter, 1999) เป็นกรอบแนวคิด ซึ่งมีทั้งหมด 9 ขั้นตอน โดยเป็นการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลซึ่งมีสาเหตุมาจากปัจจัยหลายปัจจัยและการดำเนินงานเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นจึงต้องวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมเสีย

ก่อน เพื่อวางแผนและกำหนดวิธีในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยวิเคราะห์เริ่มจากผล (Outcome) ที่ต้องการ คือ คุณภาพชีวิตที่พึงประสงค์และพิจารณาย้อนกลับไปหาต้นเหตุหรือปัจจัยที่เป็นสาเหตุของปัญหา ซึ่งการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีเป็นหนึ่งในพฤติกรรมที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพ ที่ต้องอาศัยการตัดสินใจจากปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้เลือกใช้แนวคิดเกี่ยวกับการวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งที่เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกตัวบุคคลของ กรีน และ กรูเตอร์ (Green & Kreuter, 1999) ในขั้นตอนที่ 3 ซึ่งเป็นการวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยด้านต่างๆที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพเพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนการให้บริการสุขภาพ ซึ่ง กรีน และ กรูเตอร์ ได้แบ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ปัจจัยนำ (predisposing factors) หมายถึง ปัจจัยที่เป็นพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรม ซึ่งได้มาจากประสบการณ์ในการเรียนรู้ในลักษณะของความรู้ การจูงใจ หรือความชอบส่วนบุคคล ซึ่งอาจมีส่วนช่วยสนับสนุนหรือห้ามมิให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ 2) ปัจจัยเอื้อ (enabling factors) หมายถึง สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรม ของบุคคล และความสามารถที่จะใช้แหล่งทรัพยากรต่างๆซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับราคา ระยะเวลา (อาหาร หนาวพัฒนา, สุรินธร กลัมพากร, สุนีย์ ละกำป็น, และ ขวัญใจ อำนาจสัจย์เชื้อ, 2554) และ 3) ปัจจัยเสริมแรง (reinforcing factors) ซึ่งหมายถึง ปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมสุขภาพนั้นได้รับการสนับสนุน โดยผลของการสนับสนุนของบุคคลหนึ่งอาจมีอิทธิพลในการเสริมแรงแตกต่างจากอีกบุคคลหนึ่ง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับทัศนคติและพฤติกรรมของบุคคลสำคัญเหล่านั้น เช่น กลุ่มเพื่อน ผู้ปกครอง ครู ผู้นำชุมชน เป็นต้น (จิระศักดิ์ เจริญพันธ์ และ เฉลิมพล ต้นสกุล, 2550) เพื่อให้เข้าใจถึงปัญหาสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ถูกต้องและเพื่อวางแผนจัดระบบบริการพยาบาล เพื่อลดปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการรับบริการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีแก่กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายได้อย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น

## วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดเชียงใหม่ ตามปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมแรง

## คำถามการศึกษา

สถานการณ์การตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดเชียงใหม่ ตามปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมแรง เป็นอย่างไร

## วิธีการศึกษา

การศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive research) รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์และการสัมภาษณ์รายบุคคลโดยเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนธันวาคม 2556-กุมภาพันธ์ 2557

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) และใช้เทคนิคแบบลูกโซ่ snowball sampling จำนวน 16 คน แบ่งเป็นกลุ่มละ 8 คน โดยเป็นกลุ่มที่เคยตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี และกลุ่มที่ไม่เคยตรวจการคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี ที่ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา การเข้าร่วมเป็นไปด้วยความสมัครใจ

## เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา มี 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปและแนวคำถามการสัมภาษณ์รายบุคคลที่สร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือในการดำเนินการ ประกอบด้วยอุปกรณ์บันทึกเสียง และอุปกรณ์การจดบันทึกข้อมูลจากการสัมภาษณ์

## การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แนวคำถามที่ใช้สัมภาษณ์ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ

จำนวน 3 ท่านและได้หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยการทดลองใช้กับผู้ที่มีความสัมพันธ์ใกล้เคียงกับผู้ที่ทำการศึกษา

### การรวบรวมข้อมูล

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ยินดีให้ความร่วมมือแบบสุ่ม จากสถานที่คัดกรอง ได้แก่ เขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่และดำเนินการสัมภาษณ์โดยใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง จากนั้นทำการรวบรวมข้อมูล และดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายวิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการสัมภาษณ์รายบุคคล นำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปการสัมภาษณ์รายบุคคลแล้วจัดหมวดหมู่ข้อมูลและสรุปประเด็นสำคัญ

### นิยามศัพท์

การตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง กิจกรรมเพื่อหาเชื้อเอชไอวีด้วยวิธีการตรวจต่างๆ เช่น การนำเลือด สารน้ำจากช่องปาก น้ำลายหรือสารคัดหลั่งจากร่างกายเพื่อตรวจสอบหาส่วนประกอบของเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือตรวจหาภูมิคุ้มกันของร่างกายต่อเชื้อไวรัสเอชไอวี

ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย หมายถึง บุคคลที่เป็นเพศชายแต่กำเนิดและมีเพศสัมพันธ์กับชายทางทวารหนักหรือทางปากกับผู้ชายโดยมีการจัดวิถีทางเพศประกอบด้วยเกย์และกะเทยหรือสาวประเภทสอง เกย์ (บุคคลที่มีการแสดงออกเป็นผู้ชายและมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายด้วยกันหรือมีเพศสัมพันธ์ทั้งชายและหญิงซึ่งอาจจะเป็นผู้รักหรือคู่นอนชั่วคราว) กะเทยหรือสาวประเภทสอง ซึ่งเป็นการแสดงออกของผู้ชายที่มีการแสดงออกทางเพศหญิง ทั้งที่ไม่ได้แปลงหรือแปลงเพศแล้ว ทั้งที่เคยตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี และไม่เคยตรวจคัด

### การตรวจคัดเชื้อเอชไอวี

การวิเคราะห์สถานการณ์การตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง การศึกษาเพื่อทำความเข้าใจกับปัญหาที่เกิดขึ้นในการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจังหวัดเชียงใหม่ เพื่อให้ได้ข้อมูลตามกรอบแนวคิดของกรีน และกรูเตอร์ ในขั้นตอนที่ 3 ดังนี้

1. ปัจจัยนำ เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับความรู้เรื่องโรคเอดส์ และความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดเชียงใหม่
2. ปัจจัยเอื้อ เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับทรัพยากรที่จำเป็นในการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี ระยะเวลา การเปิดให้บริการ ระยะทาง ราคา ขั้นตอนและวิธีการในการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดเชียงใหม่
3. ปัจจัยเสริมแรง เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับอิทธิพลและการสนับสนุนเพื่อการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีจากกลุ่มเพื่อน/ครอบครัว หรือกลุ่มบุคลากรทางด้านสุขภาพแก่กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดเชียงใหม่

### ข้อจำกัดของงานวิจัย

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาเป็น ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ที่มีทั้งเปิดเผยและไม่เปิดเผยตัวเอง ทำให้การเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างและการได้ข้อมูลค่อนข้างยาก ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจึงเป็นข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงสำหรับชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายกลุ่มนี้เท่านั้น

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีอายุมากที่สุด 41 ปีอายุน้อยที่สุด 20 ปี อายุเฉลี่ย 25.38 ปีโดยอยู่ในกลุ่มอายุ 20-30 ปีมากที่สุด ร้อยละ 81.25 รองลงมาคือในกลุ่มอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 12.5 ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด ร้อยละ 93.75 มีการจัดวิถีทางเพศของตนเองอยู่ในประเภทรักร่วมเพศ (เกย์) มากที่สุดร้อยละ 81.25 และทุกคนได้รับการศึกษา โดยส่วนใหญ่ศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 50.0 และ

ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 43.75 โดยระบุว่ากำลังศึกษาอยู่ระดับมหาวิทยาลัย และมีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 31.25 มีลักษณะการอยู่อาศัยคนเดียว ร้อยละ 37.5 ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลโดยใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า(บัตรทอง) ร้อยละ 50.0 และเคยตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี โดยเคยตรวจจากสถานพยาบาลของรัฐบาลมากที่สุด ร้อยละ 87.5 ระยะเวลาในการตรวจล่าสุดส่วนมากมากกว่า 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 75 โดยระบุระยะเวลาที่ตรวจมากกว่า 1 ปี มีตั้งแต่ 1-7 ปี ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 56.25 โดยระบุการดื่มตั้งแต่ดื่มตามโอกาสประมาณเดือนละครั้ง ถึงมากที่สุด 3-4 ครั้งต่อเดือน และพบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 6 คนมีเพศสัมพันธ์โดยทั้ง 6 คนมีเพศสัมพันธ์กับคู่อีกชาย โดยมี 1 คนที่ไม่มีเพศสัมพันธ์กับคู่ออนชั่วคราว และทั้ง 6 คนมีการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งกับคู่อีกชาย ร้อยละ 66.67 ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งกับคู่ออนชั่วคราว ร้อยละ 80

ส่วนที่ 2 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์รายบุคคล เกี่ยวกับสถานการณ์การตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดเชียงใหม่

1. ปัจจัยนำ(predisposing factors) ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี ดังนี้

1.1 ความรู้เรื่องโรคเอดส์ พบว่ามีความรู้จากสิ่งพิมพ์อิเล็กทรอนิกส์ และจากการศึกษาในสถานศึกษาว่าเกิดจากเชื้อไวรัส ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง จนเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และแพร่กระจายเชื้อได้ 3 ทางหลัก คือ 1) ทางเลือด 2) ทางเพศสัมพันธ์ และ 3) ทางแม่สู่ลูก แต่ยังมีบางส่วนมีความรู้ว่าสามารถติดได้จากการใช้ของใช้หรือการรับประทานอาหารร่วมกัน

1.2 ความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี พบว่ามีความรู้ว่าเป็นการตรวจเมื่อบุคคลมีภาวะเสี่ยง เช่นมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัย โดนมเข็มทิ่มตำ มีวัตถุประสงค์ คือ 1) เพื่อให้ทราบสถานะการติดเชื้อ 2) เพื่อการปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง เหมาะสม เช่น การเข้ารับการรักษา การป้องกันการแพร่เชื้อผู้อื่น การ

บอกผลและการปรับตัวกับครอบครัวหรือสังคม หากพบว่ามีการติดเชื้อเอชไอวี และหากไม่ติดเชื้อเอชไอวี ก็จะได้ป้องกันหรือลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและตรวจซ้ำ 3) เพื่อการทำวิจัย 4) เพื่อให้ทราบจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี 5) เพื่อการวิเคราะห์และวางแผนทางยุทธศาสตร์ในการควบคุมป้องกันและรักษาโรค

2. ปัจจัยเอื้อ (enabling factors) ประกอบด้วย ด้านทรัพยากร เช่นสถานที่ วัสดุ อุปกรณ์ในการ ระยะเวลาการเปิดให้บริการ ระยะเวลา ราคา (ค่าใช้จ่ายในการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี) และขั้นตอนการให้บริการตรวจ พบว่า

2.1 ด้านทรัพยากร พบว่าหากเป็นโรงพยาบาลใหญ่จะมีวัสดุ อุปกรณ์ ที่เพียงพอ มีสถานที่เหมาะสม แต่ที่จอตรงไม่เพียงพอ แต่บางแห่งยังมีวัสดุ อุปกรณ์ไม่เพียงพอ การจัดวางไม่เป็นระเบียบ สถานที่ไม่มิดชิด ไม่เป็นส่วนตัว และบางแห่งยังไม่ประชาสัมพันธ์ให้เป็นที่รู้จัก และคิดว่าควรมีการแยกห้องตรวจจากการตรวจผู้ป่วยนอกทั่วไป เนื่องจาก อาจเกิดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคฉวยโอกาส เช่น วัณโรคได้ แต่บางส่วนเห็นว่าไม่ควรแยกออกมาเพื่อไม่ให้ดูแตกต่างว่ามาตรวจการติดเชื้อเอชไอวี

2.2 ด้านราคา พบว่าหากใช้สิทธิสุขภาพได้ เช่นสิทธิประกันสังคม สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) หรือสิทธินักศึกษา จะไม่เสียค่าใช้จ่าย แต่หากตรวจที่โรงพยาบาลเอกชนจะเสียค่าใช้จ่ายมาก แต่ทราบผลเร็ว โดยเสียค่าใช้จ่ายประมาณ 500-600 บาท ซึ่งราคาที่แพง อาจเป็นอุปสรรคต่อความต้องการตรวจได้ แต่หากมีความจำเป็นหรือต้องการตรวจแล้วก็จะยอมเสียค่าใช้จ่าย และคิดว่าหากมีบริการตรวจฟรีก็จะเป็นสิ่งจูงใจมากขึ้น ด้านระยะเวลาพบว่าสามารถเดินทางมายังสถานที่ตรวจได้สะดวก เนื่องจากอยู่ในเขตตัวเมือง และเข้าถึงสถานบริการง่าย ช่วงเวลาพบวายังไม่เหมาะสม และจำกัดเนื่องจากให้บริการเฉพาะเวลาราชการเท่านั้น เนื่องจากส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน และต้องการเวลาในการปรึกษากับเจ้าหน้าที่มากขึ้น

2.3 ด้านการเอื้ออำนวยความสะดวกเกี่ยวกับขั้นตอนการให้บริการ พบว่าควรมีการให้คำปรึกษา ก่อน

การตรวจ และหลังการตรวจ เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจ ที่ถูกต้อง คลายความวิตกกังวล และเตรียมตัวได้อย่างเหมาะสม มีการรักษาความลับ การลงชื่อในเอกสารยินยอม และพูดคุยเฉพาะกับผู้เกี่ยวข้อง และให้ความเป็นส่วนตัว ซึ่งขั้นตอนการตรวจบางแห่งยังมีขั้นตอนเหมือน การตรวจเลือดธรรมดา และต้องรอผลการตรวจนาน จึงควรมีการให้บริการแบบจุดเดียวที่เรียกว่า one stop service เพื่อความสะดวก

3. ปัจจัยเสริมแรง (reinforcing factors) จากกลุ่มบุคคลสำคัญ 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มเพื่อน ครอบครัวและบุคลากรทางด้านสุขภาพ พบว่า

3.1 กลุ่มเพื่อน พบว่ามีความใกล้ชิด สนับสนุน และพูดคุยปรึกษาได้ง่าย มีการเสริมแรงทางบวกโดยการให้กำลังใจ หวานล่อม สนับสนุนให้ไปตรวจ หรือการได้เห็นตัวอย่างจากเพื่อนชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีความเจ็บป่วยจากการติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคอื่นที่อาจเกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี และการที่เพื่อนแสดงความจริงใจว่าไม่รังเกียจผลการตรวจอาจจะเป็นบวกก็ตาม แต่อาจมีการเสริมแรงทางลบ ทำให้ไม่กล้าไปตรวจ หรือไม่กล้าพูดคุยเกี่ยวกับผลการตรวจหากพบว่าเพื่อนมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ติดเชื้อ หรือรู้สึกต่อต้านหากทราบว่าผลการติดเชื้อเป็นบวก

3.2 ครอบครัว พบว่าหากสมาชิกในครอบครัวมีความสนิทสนมกันจะเป็นปัจจัยเสริมแรงทำให้มีการตรวจคัดกรองเพิ่มขึ้นเนื่องจากสมาชิกในครอบครัวจะเป็นห่วงและคอยสนับสนุน ให้กำลังใจ หากพบว่ามีการเสี่ยงจะแนะนำการตรวจเพื่อการวางแผนดูแลรักษา แต่บางครอบครัวอาจไม่ยอมรับการเป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและไม่มีการพูดคุยกันเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีหรือการตรวจคัดกรองการเนื่องจากคิดว่าเป็นประเด็นที่ไม่ควรมีการพูดคุยในครอบครัว อาจทำให้เกิดเป็นตราบาปและเป็นปัจจัยเสริมแรงทางลบให้ไม่กล้าไปตรวจ

3.3 บุคลากรทางด้านสุขภาพ พบว่าเป็นกลุ่มที่ประชาชนสัมพันธ์ ให้ความรู้ คำแนะนำเรื่องการตรวจคัดกรอง ให้บริการตรวจคัดกรอง แต่อยู่ไกลตัว เพราะหากไม่เจ็บป่วยก็จะไม่ไปโรงพยาบาล จึงทำให้ไม่ทราบเกี่ยว

กับการประชาสัมพันธ์ และกลุ่มบุคลากรควรให้ความสำคัญคือการเก็บรักษาความลับและการปกปิดข้อมูลส่วนบุคคล โดยเก็บรักษาข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจให้มิดชิด ควรหลีกเลี่ยงการใช้คำพูด หรือคำศัพท์ต่างๆ ที่จะสื่อให้ผู้อื่นทราบเกี่ยวกับการตรวจ และการให้คำปรึกษาโดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี และการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีทั้งก่อนและหลังการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี รวมถึงการมีทัศนคติ และมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีในการให้บริการแก่กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เพื่อให้ไม่เครียด รู้สึกเป็นกันเองและอยากมารับบริการตรวจมากขึ้น

ข้อเสนอแนะอื่นๆ พบว่า ควรมีการดำเนินการในเชิงรุกให้มากขึ้น ด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การให้สิ่งของจูงใจ การใช้บุคคลที่มีชื่อเสียง เพิ่มการให้ความรู้ที่เฉพาะเกี่ยวกับโรคและการติดต่อ การรักษาและคำแนะนำเมื่อพบว่ามี การติดเชื้อเอชไอวี สิทธิในการตรวจ สถานที่ให้บริการตรวจ การให้คำปรึกษาเบื้องต้นทางโทรศัพท์ และการเปลี่ยนแปลงทัศนคติต่อกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและผู้ติดเชื้อเอชไอวี และไม่มีการจำกัดสิทธิที่พึงมีของผู้ตรวจ เช่นสิทธิในการเข้าทำงาน หรือการเดินทางไปต่างประเทศ และปรับทัศนคติในการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีให้เป็นเรื่องปกติ เมื่อทราบผลแล้วก็สามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติ โดยการใช้คำพูดที่สื่อถึงการดูแลสุขภาพ เช่นการมาพบหมอ มาตรวจสุขภาพ มากกว่าการเจาะจงว่าตรวจการติดเชื้อเอชไอวี หรือสอดแทรกโปรแกรมการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีไว้ใน การตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อชักจูงให้คนสนใจมาตรวจกันมากขึ้น

## การอภิปรายผล

การอภิปรายผล ตาม ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมแรง ดังนี้

1. ปัจจัยนำ (predisposing factors) อภิปรายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์เนื่องจากส่วนใหญ่ร้อยละ 50 ได้รับการศึกษาระดับปริญญาตรี และกำลังศึกษาอยู่ถึงร้อยละ 43.75 และสอดคล้องกับการศึกษาของ วิมลศิริ ศรีคัมพะ (2553) ที่พบว่ากลุ่มชายที่

มีเพศสัมพันธ์กับชาย ได้รับความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีผ่านทางสื่อโทรทัศน์และการใช้อินเทอร์เน็ตในการค้นคว้าหาความรู้ถึงร้อยละ 35.8

ความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีพบว่า

1.1 ความรู้เกี่ยวกับวิธีการตรวจคัดกรองและวัตถุประสงค์ของการตรวจ สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ (Getting to zero) และสอดคล้องกับจุดมุ่งหมายของการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีของ สมชาย แสงกิจพร (2550)

1.2 ความรู้เกี่ยวกับกลุ่มคนที่ควรเข้ารับการตรวจคัดกรองพบว่า สอดคล้องกับข้อมูลจากสำนักอนามัยเกี่ยวกับการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่กรุงเทพมหานครปี 2553 ที่พบว่ากลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีสูง

## 2. ปัจจัยเอื้อ (enabling factors) พบว่า

2.1 ด้านการเอื้ออำนวยความสะดวกเกี่ยวกับแหล่งทรัพยากร ขัดแย้งกับหลักการให้บริการที่เหมาะสมตามมาตรฐานของแนวปฏิบัติทั่วไปของการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีเป็นรายบุคคลของ ศูนย์พัฒนาระบบบริการยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย (2553) ที่ระบุว่า 1) การตรวจการติดเชื้อเอชไอวีต้องเป็นการตรวจโดยสมัครใจและได้รับการยินยอมจากผู้รับบริการ 2) สถานบริการที่ให้บริการต้องมีมาตรการในการป้องกันการเปิดเผยความลับของผู้รับบริการและ 3) สถานบริการต้องมีการให้คำปรึกษา ก่อนและหลังการตรวจทุกครั้ง และควรมีที่จอดรถให้เพียงพอ โดยควรมีการแยกห้องตรวจจากการตรวจผู้ป่วยนอกทั่วไป เนื่องจากอาจเกิดความเชื่อต่อการติดเชื้อโรคฉวยโอกาสเช่น วัณโรคจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้

2.2 ปัจจัยเอื้อด้านราคา ระยะเวลา และระยะเวลาการเปิดให้บริการตรวจ พบว่าสอดคล้องกับแนวปฏิบัติทั่วไปของการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีเป็นรายบุคคลของ ศูนย์พัฒนาระบบบริการยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย (2553) ที่ให้กลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีเข้ารับการ

ตรวจวินิจฉัยฟรีอย่างน้อย ปีละ 2 ครั้ง หรือมากกว่า และในบุคคลที่มีความเสี่ยง ควรได้รับการตรวจอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อเฝ้าติดตามสถานภาพการติดเชื้อ เพื่อเป็นการส่งเสริมการรู้สถานภาพการติดเชื้อเอชไอวีและเข้าสู่การดูแลรักษาเร็วขึ้น

2.3 ปัจจัยเอื้อด้านขั้นตอนการให้บริการ สอดคล้องกับแนวทางการตรวจวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ระดับชาติ ปี พ.ศ. 2553 และสอดคล้องกับ ลูอิส (Lewis, 2002, อ้างใน ประณีต ส่งวัฒนา, 2554) ที่กล่าวว่าหากทราบว่าตนเองมีการติดเชื้อเอชไอวีและได้รับข้อมูลและคำปรึกษาที่เหมาะสมแล้ว จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง และมีพฤติกรรมการป้องกันที่เหมาะสมมากขึ้น (ประณีต ส่งวัฒนา, 2554)

## 3. ปัจจัยเสริมแรง (reinforcing factors) พบว่า

3.1 กลุ่มเพื่อน มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ วิมลศิริ ศรีคณธะ (2553) ที่พบว่ากลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายได้รับความรู้จากกลุ่มเพื่อนหรือบุคคลรอบข้างถึงร้อยละ 60.5 แต่ก็อาจมีเพื่อนบางกลุ่มที่อาจต่อต้านหากทราบผลการติดเชื้อว่าเป็นบวก ทำให้เกิดอิทธิพลทางลบทำให้ไม่กล้าไปตรวจ หรือไม่กล้าพูดคุยเกี่ยวกับผลการตรวจกับเพื่อน

3.2 ครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ มั่นนิแฮม และคณะ (Moneyham et al., 1998 อ้างใน ประณีต ส่งวัฒนา (2554) ที่พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะจากครอบครัว จะช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีปรับตัวต่อสถานการณ์ความเครียดได้ดี มีภาวะบีบคั้นทางอารมณ์ลดลง และสามารถปรับตัวได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ศิริมา นามประเสริฐ และคณะ (2544) ที่พบว่า การสนับสนุนของครอบครัวไม่ว่าจะเป็นด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสารและด้านวัตถุสิ่งของมีความสำคัญและช่วยให้ผู้ติดเชื้อสามารถปรับตัวและมีชีวิตอยู่ในสังคมได้

3.3 บุคลากรทางด้านสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษา เบญจพร พงศ์อำไพ และคณะ (2552) ที่พบว่าเมื่อศึกษากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีความตั้งใจจะตรวจเลือดก่อนแต่งงานให้เหตุผลว่า พิจารณาจากลักษณะการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่และไม่ไว้วางใจในการเก็บรักษาความลับ

ของเจ้าหน้าที่หากพบความผิดปกติของผลเลือด และเช่นเดียวกับการศึกษาของ ศิริลักษณ์ ศิริดำรง (อ้างใน เบญจพร พงศ์อำไพ และคณะ, 2552) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างคิดว่าอุปสรรคที่มีผลต่อการตรวจเลือดคือไม่ไว้วางใจในการปกปิดผลการตรวจเลือดของเจ้าหน้าที่ และการให้บริการจากเจ้าหน้าที่

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ ตามปัจจัยที่ศึกษาดังนี้

1. ปัจจัยนำ ควรส่งเสริมให้มีการเพิ่มความรู้เรื่องการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีและให้เฉพาะเจาะจง เหมาะสมแก่กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย
2. ปัจจัยเอื้อ ควรจัดให้มีการเอื้ออำนวยความสะดวกทั้งการจัดให้มีวัสดุ อุปกรณ์ที่ใช้สำหรับการตรวจคัดกรองให้เพียงพอ จัดสถานที่ตรวจคัดกรองให้มีมิติชัดเจน มีบรรยากาศเหมาะสม มีสถานที่จอดรถเพียงพอ มีการประชาสัมพันธ์สถานบริการให้เป็นที่รู้จัก มีการจัดเก็บข้อมูลความลับของผู้รับบริการ การให้บริการแบบนิรนาม และควรมีรูปแบบการให้บริการแบบ one stop service ที่สามารถบอกผลการตรวจให้แก่ผู้รับบริการได้ภายในวันเดียว (same day result) หรือเพิ่มบริการตรวจในช่วงเวลาพิเศษ เช่น ในวันหยุดเสาร์-อาทิตย์ หรือนอกเวลาราชการ

3. ปัจจัยเสริมแรง ควรส่งเสริมให้มีการชักชวนการตรวจคัดกรองจากกลุ่มเพื่อน และครอบครัวที่มีทัศนคติที่ดีต่อการตรวจคัดกรองรวมถึง ในกลุ่มบุคลากรผู้ให้คำปรึกษา ควรเน้นเรื่องการรักษาความลับและการมีทัศนคติที่ดีต่อการให้บริการแก่กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และส่งเสริมให้มีการดำเนินงานในกลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อในชุมชน

### ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการพัฒนาแบบการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย
2. ควรมีการพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพในชุมชนสำหรับกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย
3. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการไม่มารับการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่ได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ ขอขอบคุณคณาจารย์จากกลุ่มวิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และกลุ่มตัวอย่างชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดเชียงใหม่ที่ได้ให้ความร่วมมือในการศึกษาเป็นอย่างดี ทำให้การวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

## เอกสารอ้างอิง

- กิริติกานต์ กลัดสวัสดิ์, เกรียงไกร ยอดเรือน, สัญญา กิตติสุนทรโรภาศ, สุดี จารุพันธ์, เฉวตสรร นามวาท, และ ธนรักษ์ ผลิพัฒน์. (2554). ผลการเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ปี 2553. สืบค้นจาก [http://www.gfaiadsboe.com/Downloads/book/2554/IBBS\\_MSM\\_2553\\_Mar%202011.pdf](http://www.gfaiadsboe.com/Downloads/book/2554/IBBS_MSM_2553_Mar%202011.pdf)
- คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด. (2550). แผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างทั่วถึงและครอบคลุมแห่งชาติ พ.ศ.2550-2554. นนทบุรี: ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการการปัญหาเสพติดแห่งชาติ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด. (2554). ยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดแห่งชาติ พ.ศ.2555-2559. นนทบุรี: ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการการปัญหาเสพติดแห่งชาติ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

- จีระศักดิ์ เจริญพันธ์, และ เฉลิมพล ต้นสกุล. (2550). *พฤติกรรมสุขภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 6)*. มหาสารคาม: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ชุมศักดิ์ พุฒกษาพงษ์. (บรรณาธิการ). (2555). *สู่สังคมปลอดเอดส์. เมดิคอลไทม์*, 13(311).
- นิตยา ภาณุภาค. (2554). *ประเด็นสำคัญในการเสวนาครั้งที่ 1: สู่เป้าหมายที่เป็นศูนย์ (Getting to zero): ชายรักชายใน กทม. กู้การสู่เป้าหมายที่เป็นศูนย์ (Test & Treat in Bangkok MSM)*. สืบค้นจาก <http://www.redcross.or.th/article/15421>
- เบญจพร พงศ์อำไพ, ประณีต ส่งวัฒนา, และ อุมาพร ปุญญโสพรรณ. (2552). *ปัจจัยทำนายความตั้งใจของคู่สมรสหญิงตั้งครรภ์ในการมาใช้บริการตรวจคัดกรองเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี. วารสารสภาการพยาบาล*, 24(4), 70-82.
- ประพันธ์ ภาณุภาค. (2553ก). *แนวทางการตรวจวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ระดับชาติ ปี พ.ศ. 2553*. ศูนย์พัฒนาระบบบริการยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ประพันธ์ ภาณุภาค. (ม.ป.ป.). *การรณรงค์ป้องกันเอดส์ในประเทศไทย*. ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย. สืบค้นจาก <http://www.trcarc.org/images/Journal/Article5.pdf>
- ราตรี โชติพงษ์. (2552). *การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการในโรงพยาบาลโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์* (การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิมลศิริ ศรีศัณษะ. (2553). *ผลของการสอนบนเว็บต่อความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย* (การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมชาย แสงกิจพร. (บรรณาธิการ). (2550). *แนวทางการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี คู่มือสำหรับห้องปฏิบัติการ (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: บพิการพิมพ์.
- สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. (2553). *ผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปี 2553*. กรุงเทพฯ: นิเวศรสมาคมการพิมพ์ (ประเทศไทย).
- สุจิรา บรรจง. (2555). *การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี ของแกนนำผู้ติดเชื้อเอชไอวี อำเภอบาง จังหวัดพะเยา* (การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุธิดา อินทรเพชร, ชมนาด พจนามาตร์, และ นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล. (2551). *การพัฒนารูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดเชียงใหม่. วารสารการพยาบาล*, 23(4), 72-84.
- อาภาพร เผ่าวัฒนา, สุรินทร์ กลัมพากร, สุนีย์ ละกำป็น, และ ขวัญใจ อำนาคสัตย์เชื้อ. (2554). *การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน: การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- Cogan, M. S. (2012). *UNDP Thailand holds training to draft national guidelines for HIV prevention*. Retrieved from <http://www.th.undp.org/content/thailand/en/home/presscenter/articles/2012/05/01/undp-thailand-holds-training-to-draft-national-guidelines-for-hiv-prevention/>

- Green, L. W., & Kreuter, M.W. (1999). Health promotion planning: An educational and ecological approach (3<sup>rd</sup> ed.). *Mountain veiew*, California: Mayfield.
- Van Griensven, F., Varangrat, A., Wimonasate, W., Tanpradech, S., Kladsawad, K., Chemnasiri, T., . . . Pliat, T. (2009). Trends in HIV prevalence, estimated HIV incidence, and risk behavior among men who have sex with men in Bangkok, Thailand, 2003-2007. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 53(2), 237-239.
- Van Griensven, F. (2011). Factors associated with HIV testing history and returning for HIV test results among men who have sex with men in Thailand. *AIDS and Behavior*, 15(4), 693-701. doi:10.1007/s10461-010-9755-3

การประเมินตัวชี้วัดความพึงพอใจ: แนวทางการบริการที่เป็นมิตรสำหรับเยาวชนด้านโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สำหรับ 8 จังหวัดภาคเหนือ  
Assessment of satisfaction indicator: Guideline of Service-friendly for youth on AIDS and sexually transmitted infection in 8 northern provinces

นันทวดี ปินปันคง	ส.ด.*	Nantawadee Pinpankong	Ph.D*
สุรเชษฐ์ อรุโณทอง	พ.บ.*	Surachet Arunothong	MD *

\*สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ \*Office of Disease Prevention and Control, 1 Chiang Mai

### บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้ประโยชน์จาก “แนวทางการบริการที่เป็นมิตรสำหรับเยาวชนด้านโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สำหรับ 8 จังหวัดภาคเหนือ ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่” และนำข้อเสนอแนะเพื่อทำการปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้ประโยชน์ การศึกษาใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ประกอบด้วย โรงพยาบาลที่มีคลินิกรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIs) ในพื้นที่ 8 จังหวัดภาคเหนือ จำนวน 14 แห่ง เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ และร้อยละ ผลการศึกษา พบว่า ผู้ตอบแบบประเมินส่วนใหญ่ เคยทราบ/เคยได้ยิน/เคยเห็น และเคยใช้/เคยอ่าน แนวทางฉบับนี้ ร้อยละ 64.29 และร้อยละ 50.00 ตามลำดับช่องทางที่ได้รับเอกสาร มากที่สุดคือทางไปรษณีย์ ร้อยละ 78.57 รองลงมา ได้รับจากการเข้าร่วมอบรม/ประชุม ร้อยละ 35.71 โดยได้นำแนวทางไปใช้ประโยชน์มากที่สุดในการใช้เป็นแนวทางในการทำงานและใช้ในการอ้างอิง ร้อยละ 64.29 และ 35.71 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาแต่ละด้านพบว่า ลูกค้ำมีความพึงพอใจต่อแนวทางฯ สูงสุดในด้านเนื้อหาได้แก่ มีความถูกต้องตามหลักวิชาการ ในระดับมาก (ร้อยละ 57.14) ด้านประโยชน์ของแนวทางฯ ได้แก่ ประโยชน์ที่ได้รับในปัจจุบัน ในระดับมาก (ร้อยละ 57.14) ด้านรูปแบบของผลิตภัณฑ์ ได้แก่ ขนาดรูปเล่ม ในระดับมาก (ร้อยละ 42.86)

**คำสำคัญ :** ผลิตภัณฑ์หลัก แนวทาง ความพึงพอใจ โรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

## Abstract

This descriptive study aimed to assess the satisfaction of users toward “Guidelines of Service friendly for youth on AIDS and sexually transmitted infection in 8 northern provinces” made by Office of Disease Prevention and Control 1, Chiang Mai and then take the suggestions to improve the Guideline to meet the needs of users. Purposive sampling was applied for sample selection, at a total 14 hospitals, located in 8 Northern provinces, where there is STI Clinic services were selected. Structured questionnaires were used as a tool, data was further analyzed by descriptive statistics, percentage, and frequency. Results found that respondents have known/heard/seen and have read/used this guideline, 64.29% and 50.00% respectively. The channels of receiving the guideline were by mail (78.57%) and from participation in a related training / meeting (35.71%). Moreover the guideline was applied for their work activities (64.29%) as well as using it as references (35.71%). We further analyzed satisfaction on the components of this guideline, 57.14% of users were satisfied with this guideline, because of accuracy in terms of relevant technical issues and usefulness of this guideline. Moreover 42.86% of users were satisfied as to appropriate size of the guideline.

**Keywords :** Guideline, satisfaction, AIDs, sexually transmitted infection

## บทนำ

การเปลี่ยนแปลงของเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีการติดต่อสื่อสารที่รวดเร็วสามารถเชื่อมโยงได้ทั่วโลก ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และให้ความสนใจสุขภาพของตนเองมากขึ้น มีความต้องการและความคาดหวังในบริการที่มีคุณภาพสูงอย่างต่อเนื่อง การพัฒนาและการปรับปรุงคุณภาพบริการให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นเป็นการเตรียมความพร้อมขององค์กร หรือหน่วยงานให้สามารถตอบสนองกับความต้องการ และความคาดหวังของผู้ใช้บริการเพื่อให้ผู้ใช้บริการเกิดความพึงพอใจต่อบริการ ในการให้บริการองค์ความรู้ด้านสุขภาพนั้น สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ ถือเป็นองค์กรหนึ่งที่มุ่งเน้นการให้บริการองค์ความรู้ที่มีคุณภาพแก่ผู้ใช้บริการ ซึ่งคุณภาพบริการด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่ผู้ใช้บริการทุกคนปรารถนา และคาดหวังว่าจะได้รับบริการที่ดีที่สุด คุณภาพบริการองค์ความรู้

ด้านสุขภาพเป็นผลลัพธ์จากการปฏิบัติของบุคลากร/นักวิชาการสาธารณสุขที่สามารถประเมินได้จากองค์ประกอบ 2 องค์ประกอบ องค์ประกอบแรกคือคุณภาพด้านเทคนิคหรือเชิงวิชาชีพ เป็นผลลัพธ์จากการปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพที่แต่ละองค์กรกำหนดขึ้น เป็นการนำความรู้ และทักษะของบุคลากรมาประยุกต์สู่การปฏิบัติ ซึ่งจะส่งผลให้ผลลัพธ์ที่ตามมาอยู่ในระดับดีเลิศ เช่นการจัดทำมาตรฐานการปฏิบัติงาน การจัดทำแนวทาง คู่มือ การวิจัย การพัฒนาบุคลากรการนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาประยุกต์ในการปฏิบัติงาน เป็นต้น และองค์ประกอบที่สองคือคุณภาพด้านการมีปฏิสัมพันธ์หรือคุณภาพเชิงการรับรู้ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญมากเป็นคุณภาพที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ใช้บริการ และผู้ใช้บริการเช่น การสื่อสาร การให้ข้อมูล การให้คำแนะนำ การให้คำปรึกษา การรับฟังความคิดเห็นของผู้ใช้บริการ เป็นต้น การให้บริการแบบผสมผสานระหว่างมาตรฐานด้านเทคนิค หรือเชิงวิชาชีพ และการ

จัดการคุณภาพด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทั้งผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ ถือเป็นศาสตร์ และศิลป์ของการให้บริการ ด้านสุขภาพที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์ นั่นคือการเพิ่มประสิทธิภาพ และคุณภาพการให้บริการที่เป็นที่ต้องการของผู้ใช้บริการ (Donabedian, A., 1988) เมื่อผู้ใช้บริการเข้ามาใช้บริการผลิตภัณฑ์ทางวิชาการ งานสนับสนุนส่งเสริมวิชาการ กลุ่มพัฒนาวิชาการ ถือเป็นหน่วยงานแรกที่ให้บริการองค์ความรู้ด้านสุขภาพในเชิงวิชาการ และสร้างความประทับใจแก่ผู้ใช้บริการ การให้บริการของงานสนับสนุนส่งเสริมวิชาการ กลุ่มพัฒนาวิชาการ ครอบคลุมทั้งผลิตภัณฑ์หลัก ผลิตภัณฑ์ทางวิชาการ และผลิตภัณฑ์อื่นๆ โดยมีวัตถุประสงค์ของการให้บริการคือ การให้บริการอย่างมีคุณภาพ และประสิทธิภาพสูงสุดเพื่อให้ผู้ใช้บริการเกิดความพึงพอใจ สอดคล้องกับแนวคิดการจัดระบบบริการสุขภาพที่มุ่งเน้นผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง ดังนั้น การคำนึงถึงความพึงพอใจของผู้ใช้บริการจึงเป็นสิ่งสำคัญ (Leddy, K. M., Kaldenberg, D. O., and Becker, B.W., 2003) ในยุทธศาสตร์ที่ 2 ของกรมควบคุมโรค ได้กำหนดไว้ว่าการพัฒนาเป็นศูนย์กลางนโยบาย มาตรการ นวัตกรรม ข้อมูลอ้างอิงและมาตรฐานวิชาการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพของชาติ ที่ได้มาตรฐานสากลและเป็นที่ยอมรับ โดยมีเป้าประสงค์ยุทธศาสตร์ที่ 2.1 : เป็นศูนย์กลางของนโยบาย มาตรการ นวัตกรรม ข้อมูลอ้างอิง ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพของชาติที่ได้มาตรฐานสากล เป็นที่ยอมรับและเชื่อถือ และจากการที่กรมควบคุมโรค อนุมัติให้ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ ดำเนินการตามโครงการพัฒนากลไกระบบบริหารจัดการผลิตภัณฑ์ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ สู่ศูนย์กลางวิชาการด้านโรคและภัยสุขภาพที่ได้มาตรฐานสากล ระดับเขตยุทธศาสตร์ที่ 2 รหัส โครงการ 21004500016 H 4255561125003 ซึ่งภายใต้โครงการดังกล่าวมีตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ และตัวชี้วัดการรับรองของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 รหัสตัวชี้วัด 65M212\_R ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานให้กลุ่มลูกค้าหรือกลุ่มผู้ใช้ผลิตภัณฑ์มีความพึงพอใจในผลิตภัณฑ์ของหน่วยงาน

เพื่อให้การประเมินความพึงพอใจในผลิตภัณฑ์หลักดังกล่าวมีประสิทธิภาพและประเมินผู้ใช้ประโยชน์ได้อย่างคุ้มค่า และตรงตามตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ ที่ 2 และตัวชี้วัดการรับรองของ สคร.1 เชียงใหม่ ตามตัวชี้วัดของกรมควบคุมโรค ที่กำหนดให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรคต้องดำเนินการเพื่อพัฒนาเป็นศูนย์กลางนโยบาย มาตรการ นวัตกรรม ข้อมูลอ้างอิงและมาตรฐานวิชาการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพของชาติ ที่ได้มาตรฐานสากลและเป็นที่ยอมรับ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข., 2556) ดังนั้น ทีมผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลการประเมินตัวชี้วัดความพึงพอใจของผู้ใช้ผลิตภัณฑ์หลักของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ เรื่องแนวทางการบริการที่เป็นมิตรสำหรับเยาวชนด้านโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สำหรับ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน เพื่อทราบถึงสถานการณ์ ปัญหา และหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสมเพื่อให้ได้รูปแบบการพัฒนาการประเมินตัวชี้วัดความพึงพอใจของผู้ใช้ผลิตภัณฑ์หลักของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ ที่สามารถเพิ่มคุณภาพการให้บริการทางด้านวิชาการ องค์ความรู้ดังกล่าวที่จะส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ/ใช้ประโยชน์จากผลิตภัณฑ์หลักสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

#### วัตถุประสงค์การศึกษา

1. ประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้ประโยชน์จากผลิตภัณฑ์หลักของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่
2. ทราบข้อเสนอแนะและสิ่งที่ควรปรับปรุงจากผู้ใช้ประโยชน์จากผลิตภัณฑ์หลักของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ ให้มีประสิทธิภาพ เพิ่มผลผลิต และสอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้ประโยชน์ให้มากที่สุด ตามตัวชี้วัดของกรมควบคุมโรค

#### วิธีการศึกษา

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Research) และนำแนวคิด R2R คือการ

สร้างหัวข้อการวิจัย ขึ้นจากงานประจำในหน้าที่  
ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง คือกลุ่มลูกค้าหรือกลุ่มผู้ใช้  
ผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง มีความเห็นว่าได้รับประโยชน์จาก  
ผลิตภัณฑ์หลักของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1  
เชียงใหม่ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive  
sampling) ประกอบด้วย โรงพยาบาลที่มีคลินิกรักษาโรค  
ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIs) ในพื้นที่ 8 จังหวัดภาคเหนือ  
ตอนบน จำนวน 14 แห่ง เครื่องมือที่ใช้ได้แก่แบบสอบถาม  
ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index:  
CVI) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา .96 ตรวจสอบ  
หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรคำนวณหาค่า  
สัมประสิทธิ์อัลฟาของ ครอนบาค (Cronbach' alpha  
coefficient) ได้เท่ากับ .90 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิง  
พรรณนา การแจกแจงความถี่ และร้อยละ

### กลุ่มประชากรที่ศึกษา

ประชากรในการศึกษาความพึงพอใจ คือกลุ่มลูกค้า  
หรือกลุ่มผู้ใช้ผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องได้รับประโยชน์จาก  
ผลิตภัณฑ์หลักของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1  
เชียงใหม่ ในช่วง เดือนพฤษภาคม – กรกฎาคม พ.ศ.  
2556 รวมระยะเวลา 3 เดือน

### การกำหนดขนาดตัวอย่าง

การศึกษารั้งนี้ใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ  
เจาะจง (purposive sampling) โดยกลุ่มตัวอย่างดัง  
กล่าวเป็นผู้ใช้บริการที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ดังนี้ 1)  
เป็นผู้ใช้บริการที่สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ 2)  
ผู้ใช้บริการที่อายุ 18 ปีขึ้นไป และ 3) เป็นผู้ใช้บริการที่  
ใช้ผลิตภัณฑ์หลักของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1  
เชียงใหม่

### พื้นที่ศึกษา

โรงพยาบาลที่มีคลินิกรักษาโรคติดต่อทางเพศ  
สัมพันธ์ (STI) ในพื้นที่ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน  
จำนวน 14 แห่ง จำนวน 14 ฉบับ แบบประเมินความพึง  
พอใจได้รับคืนจำนวนทั้งสิ้น 14 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100

### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

แบบสอบถามความความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ  
ที่ใช้ผลิตภัณฑ์หลักของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1  
เชียงใหม่ ผู้วิจัยสร้างจากกรอบแนวคิดของ Anderson,  
E. W. (1994) แบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ

#### ส่วนที่ 1

1.1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับ  
การศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ตำแหน่งงาน หน่วยงาน  
ระยะเวลาทำงานในตำแหน่งปัจจุบัน จำนวน 6 ข้อ

1.2 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ  
ที่ใช้ผลิตภัณฑ์หลักของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1  
ประกอบด้วย คำถามที่เกี่ยวกับข้อมูลการใช้ประโยชน์  
โดยแบ่งออกเป็นรายด้าน ได้แก่ การเคยเห็น / เคยได้ยิน  
/ เคยทราบว่ามี แนวทางการบริการที่เป็นมิตรสำหรับ  
เยาวชนด้านโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์  
สำหรับ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน มาก่อนหรือไม่ ผู้ใช้  
บริการเคยใช้ / อ่านแนวทางการบริการที่เป็นมิตรสำหรับ  
เยาวชนด้านโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์  
สำหรับ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน มาก่อนหรือไม่ ได้  
รับ แนวทางการบริการที่เป็นมิตรสำหรับเยาวชนด้านโรค  
เอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สำหรับ 8 จังหวัดภาค  
เหนือตอนบน เมื่อใด วิธีการได้รับแนวทาง และประโยชน์  
จากแนวทาง

ส่วนที่ 2 การประเมินความพึงพอใจของต่อ  
แนวทางการบริการที่เป็นมิตรสำหรับเยาวชนด้านโรค  
เอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สำหรับ 8 จังหวัดภาค  
เหนือตอนบน โดยความหมายของระดับความพึงพอใจ  
มีดังนี้ (สรชัย พิศาลบุตร., 2549) ลักษณะของแบบ  
สัมภาษณ์เป็นแบบประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ  
โดยมีความหมาย และเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

- 1 หมายถึง พอใจน้อยที่สุด
- 2 หมายถึง พอใจน้อย
- 3 หมายถึง พอใจปานกลาง
- 4 หมายถึง พอใจมาก
- 5 หมายถึง พอใจมากที่สุด

การแปลผลคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้  
บริการที่ใช้ผลิตภัณฑ์หลักของสำนักงานป้องกันควบคุม

โรคที่ 1 เชียงใหม่ มีวิธีการพิจารณาคะแนน โดยแบ่งระดับคะแนนทั้งหมดเป็น 5 ช่วง ใช้หลักสถิติได้แก่ การ

หาค่าพิสัย (ค่าคะแนนสูงสุด-ค่าคะแนนต่ำสุด/ 5) (สรชัย พิศาลบุตร., 2549) ดังนี้

**ตารางที่ 1** แสดงการวิเคราะห์และการแปลระดับความพึงพอใจ (สรชัย พิศาลบุตร., 2549)

ระดับความพึงพอใจเฉลี่ย	ความหมาย
1.00 - 1.80	พอใจน้อยที่สุด
1.81 - 2.60	พอใจน้อย
2.61 - 3.40	พอใจปานกลาง
3.41 - 4.20	พอใจมาก
4.21 - 5.00	พอใจมากที่สุด

ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง

เป็นคำถาม ปลายเปิดที่ผู้ใช้บริการสามารถแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความพึงพอใจ ข้อเสนอแนะ และปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ต่อความพึงพอใจผลิตภัณฑ์หลักของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ ได้อย่างอิสระ

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในการเก็บข้อมูลความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ใช้บริการที่ใช้ผลิตภัณฑ์หลักของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ ที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Anderson. E. W.(1994) ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประเมินแบบสอบถามความพึงพอใจเพื่อตรวจสอบ และให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับความถูกต้อง ครบถ้วนครอบคลุมทุกข้อความ จากนั้นที่มิวิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำแบบสอบถามดังกล่าวไปหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา .96 ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม

ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการที่ใช้ผลิตภัณฑ์หลักของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดลองใช้ (try out) กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่จะศึกษา โดยทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน ตรวจสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient) ได้เท่ากับ .90

#### ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ผู้ตอบแบบประเมินส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.57 ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 46 – 55 ปี ร้อยละ 42.86 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 36 – 45 ปี ร้อยละ 35.71 มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 85.71 รองลงมาสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 14.29 ดำรงตำแหน่งพยาบาลมากที่สุด ร้อยละ 92.86 รองลงมาตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 7.14 ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลมากที่สุด ร้อยละ 100.00 มีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 10 ปี ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบประเมิน (n = 14)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	(ร้อยละ)
เพศ		
ชาย	3	21.43
หญิง	11	78.57
อายุ		
น้อยกว่า 25 ปี	0	0
25 – 35 ปี	2	14.29
36 – 45 ปี	5	35.71
46 – 55 ปี	6	42.86
55 ปีขึ้นไป	1	7.14
วุฒิการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	0	0
ปริญญาตรี	12	85.71
สูงกว่าปริญญาตรี	2	14.29
ตำแหน่งงาน		
แพทย์	0	0
พยาบาล	13	92.86
นักวิชาการ	1	7.14
หน่วยงาน		
โรงพยาบาล	14	100
ประสบการณ์ในการทำงานเฉลี่ย	10 ปี	

ส่วนที่ 2 ผลการประเมินตัวชี้วัดความพึงพอใจของผู้ใช้ผลิตภัณฑ์หลักของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ เรื่องแนวทางการบริการที่เป็นมิตรสำหรับเยาวชนด้านโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สำหรับ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน

#### ข้อมูลการใช้ประโยชน์

ผู้ตอบแบบประเมินส่วนใหญ่เคยทราบ/เคยได้ยิน/เคยเห็นแนวทางการบริการที่เป็นมิตรสำหรับเยาวชนด้านโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สำหรับ 8

จังหวัดภาคเหนือตอนบน ร้อยละ 64.29 เคยใช้/เคยอ่านแนวทางการบริการที่เป็นมิตรสำหรับเยาวชนด้านโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สำหรับ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน มาก่อน ร้อยละ 50.00 ช่องทางที่ได้รับเอกสาร มากที่สุด ได้รับทางไปรษณีย์ ร้อยละ 78.57 รองลงมา ได้รับจากการเข้าร่วมอบรม/ประชุม ร้อยละ 35.71 และได้้นำแนวทางไปใช้ประโยชน์ มากที่สุดในการใช้เป็นแนวทางในการทำงาน ร้อยละ 64.29 รองลงมาใช้ในการอ้างอิง ร้อยละ 35.71 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลการใช้ประโยชน์ของผู้ตอบแบบประเมิน (n = 14)

ข้อมูลการใช้ประโยชน์ผลิตภัณฑ์	จำนวน	(ร้อยละ)
เคยทราบ/เคยได้ยิน/เคยเห็นแนวทางการบริการที่เป็นมิตรสำหรับเยาวชนด้านโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สำหรับ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน		
เคย	9	64.29
ไม่เคย	5	35.71
เคยใช้/เคยอ่าน แนวทางการบริการที่เป็นมิตรสำหรับเยาวชนด้านโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สำหรับ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน		
เคย	7	50.00
ไม่เคย	7	50.00
ช่องทางที่ได้รับเอกสาร		
สืบค้นเอง	3	21.43
เข้าร่วมอบรม/ประชุม	5	35.71
ได้รับต่อจากเพื่อน/คนรู้จัก	3	21.43
ได้รับแจกจากการทำงานปกติ	3	21.43
ได้รับทางไปรษณีย์	11	78.57
ได้รับจากหน่วยงานต้นสังกัด	4	28.57
การนำผลิตภัณฑ์ไปใช้ประโยชน์		
ไม่ได้ใช้ประโยชน์	0	0
ติดตามข้อมูลข่าวสาร	1	7.14
สืบค้นข้อมูล	1	7.14
อ้างอิง	5	35.71
เผยแพร่	3	21.43
ใช้เป็นแนวทางในการทำงาน	9	64.29
ใช้ในการดำเนินชีวิต	3	21.43
ใช้เป็นตัวอย่างในการสร้าง	0	0

ความพึงพอใจต่อผลิตภัณฑ์แนวทางการบริการที่เป็นมิตรสำหรับเยาวชนด้านโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สำหรับ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน

จากการวิเคราะห์พบว่า ภาพรวมลูกค้ามีความพึงพอใจต่อผลิตภัณฑ์ในระดับมากที่สุด ( $\bar{x} = 4.57$ ) ลูกค้ามีความพึงพอใจต่อผลิตภัณฑ์รายด้าน ด้านความพึงพอใจ

ต่อเนื้อหา มีความพึงพอใจมากที่สุด ในระดับมาก รองลงมา มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด ( $\bar{x} = 4.33$ ) ด้านความพึงพอใจต่อประโยชน์ของผลิตภัณฑ์ มีความพึงพอใจมากที่สุด ในระดับมาก รองลงมา มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด ( $\bar{x} = 4.28$ ) ด้านรูปแบบของผลิตภัณฑ์ มีความพึงพอใจมากที่สุด ในระดับมาก รองลงมา มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด ( $\bar{x} = 4.23$ ) ดังตารางที่ 4

เมื่อพิจารณารายข้อในแต่ละด้าน พบว่า ลูกคามีความพึงพอใจต่อผลิตภัณฑ์รายข้อสูงสุดในด้านเนื้อหา ได้แก่ มีความถูกต้องตามหลักวิชาการ ในระดับ มาก (ร้อยละ 57.14) ด้านประโยชน์ของผลิตภัณฑ์ ได้แก่ ประโยชน์ที่ได้รับในปัจจุบัน ในระดับ มาก (ร้อยละ 57.14) ด้านรูปแบบของผลิตภัณฑ์ ได้แก่ ขนาดรูปเล่ม ในระดับมาก (ร้อยละ 42.86)

**ตารางที่ 4** แสดงค่าร้อยละและค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจต่อผลิตภัณฑ์แนวทางการบริการที่เป็นมิตรสำหรับเยาวชน ด้านโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สำหรับ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน ในภาพรวมและรายด้าน (n = 14)

	ระดับความพึงพอใจ												ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับความพึงพอใจ
	มากที่สุด		มาก		ปานกลาง		น้อย		น้อยที่สุด		รวม				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ภาพรวม	8	57.14	6	42.86	0	0	0	0	0	0	14	100	4.57	0.51	มากที่สุด
1. ด้านเนื้อหา	5	35.71	9	64.29	0	0	0	0	0	0	14	100	4.33	0.51	มาก
2. ด้านประโยชน์ของผลิตภัณฑ์	5	35.71	8	57.14	1	7.14	0	0	0	0	14	100	4.28	0.51	มาก
3. ด้านรูปแบบของผลิตภัณฑ์	5	35.71	7	50.00	1	7.14	1	7.14	0	0	14	100	4.23	0.51	มาก
<b>รายด้าน</b>															
1. ด้านความพึงพอใจต่อเนื้อหา															
1.1 ี่มีความเป็นปัจจุบัน	5	35.72	8	57.14	1	7.14	0	0	0	0	14	100	4.29	0.61	มาก
1.2 สอดคล้องตามวัตถุประสงค์	5	35.72	9	64.29	0	0	0	0	0	0	14	100	4.36	0.50	มาก
1.3 ตรงตามความต้องการของท่าน	6	42.86	7	50.00	1	7.14	0	0	0	0	14	100	4.36	0.63	มาก
1.4 ครบถ้วนตามความต้องการ	5	35.72	9	64.29	1	7.14	0	0	0	0	14	100	4.29	0.61	มาก
1.5 เข้าใจง่าย	5	35.72	9	64.29	1	7.14	0	0	0	0	14	100	4.29	0.61	มาก

**ตารางที่ 4** แสดงค่าร้อยละและค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจต่อผลิตภัณฑ์แนวทางการบริการที่เป็นมิตรสำหรับเยาวชน ด้านโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สำหรับ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน ในภาพรวมและรายด้าน (n = 14) (ต่อ)

	ระดับความพึงพอใจ												ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับความพึงพอใจ
	มากที่สุด		มาก		ปานกลาง		น้อย		น้อยที่สุด		รวม				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
1.6 มีความถูกต้องตามหลักวิชาการ	6	42.86	8	57.14	0	0	0	0	0	0	14	100	4.34	0.51	มาก
1.7 ลำดับเนื้อหาต่อเนื่อง	5	57.14	8	57.14	1	7.14	0	0	0	0	14	100	4.29	0.61	มาก
2. ด้านประโยชน์ของผลิตภัณฑ์															
2.1 ประโยชน์ที่ได้รับในปัจจุบัน	5	57.14	8	57.14	1	7.14	0	0	0	0	14	100	4.29	0.61	มาก
2.2 ประโยชน์ที่ได้รับในอนาคต	5	57.14	8	57.14	1	7.14	0	0	0	0	14	100	4.29	0.61	มาก
3 ด้านรูปแบบของผลิตภัณฑ์															
3.1 ปกนำเสนอใจ	6	42.86	6	42.86	2	14.20	0	0	0	0	14	100	4.29	0.73	มาก
3.2 ขนาดตัวอักษรอ่านง่าย	6	42.86	6	42.86	1	7.14	1	7.14				100	4.21	0.89	มาก
3.3 ขนาดรูปเล่ม	6	42.86	6	42.86	2	14.20	0	0	0	0	14	100	4.29	0.73	มาก
3.4 ภาพประกอบ															
สอดคล้องกับเนื้อหา	5	57.14	7	50.00	1	7.14	1	7.14	0	0	14	100	4.14	0.86	มาก

### อภิปรายผล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ผู้ตอบแบบประเมินส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 78.57 เพศชาย ร้อยละ 21.43 ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 46 – 55 ปี ร้อยละ 42.86 รองลงมากลุ่มอายุ 36 – 45 ปี ร้อยละ 35.71 มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 85.71 รองลงมาสูงกว่าปริญญาตรีร้อยละ 14.29 ดำรง

ตำแหน่งพยาบาลมากที่สุด ร้อยละ 92.86 รองลงมาตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 7.14 ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลมากที่สุด ร้อยละ 100.00 มีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 10 ปี จากผู้ตอบแบบสอบถามจะพบว่า ดำรงตำแหน่งพยาบาลมากที่สุด ร้อยละ 92.86 อาชีพพยาบาลเป็นอาชีพที่มีความคาดหวังของผู้ใช้บริการดังกล่าวส่งผลกระทบต่อการบริหารจัดการองค์กร ทำให้

โรงพยาบาลทั้งภาครัฐ และเอกชนต่างหันมาให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพบริการ เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้บริการ ความพึงพอใจเป็นความรู้สึก หรือความคิดเห็น ที่เกิดจากประสบการณ์ของผู้ใช้บริการภายหลังได้รับบริการในสถานบริการนั้น ๆ ทั้งที่เกิดขึ้นจริง และตามความคาดหวังเมื่อได้รับบริการ (Aday, L. A. & Andersen. R. (1978) การสำรวจความพึงพอใจของผู้ใช้บริการช่วยสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพของบริการ และทำให้เห็นจุดที่เป็นปัญหาในการให้บริการ ตลอดจนแนวทางในการพัฒนา ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการเป็นตัวชี้วัดความสำเร็จในการดำเนินงานของสถานบริการในระบบบริการสุขภาพ (Hart, M., 1995)

### ข้อเสนอแนะสำหรับนำผลการวิจัยไปใช้

#### ด้านนโยบาย

นำผลการวิจัยที่ได้จากผลการประเมินตัวชี้วัดความพึงพอใจของผู้ใช้ผลิตภัณฑ์หลักของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ เรื่องแนวทางการบริการที่เป็นมิตรสำหรับเยาวชนด้านโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สำหรับ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน ไปใช้เป็น

แนวทาง ในการพัฒนาผลิตภัณฑ์ทางวิชาการให้เป็นผลิตภัณฑ์หลักที่ได้มาตรฐานวิชาการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของชาติที่ได้มาตรฐานสากล และเป็นที่ยอมรับ

#### ด้านผู้ปฏิบัติ

นำผลิตภัณฑ์หลักของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ ไปใช้เป็นแนวทาง ในการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

#### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

นำผลการวิจัยที่ได้จากการประเมินตัวชี้วัดความพึงพอใจของผู้ใช้ผลิตภัณฑ์หลักของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ ในครั้งนี้ ไปประยุกต์ใช้กับงานวิจัยที่ต้องการศึกษาความพึงพอใจในการบริการด้านเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคต่อไป

#### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ รศ.ดร.ปัทมา สุพรรณกุล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธนัช กนกเทศ และ ดร.พิรญา อึ้งอุตรภักดี มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่ให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นในการศึกษาครั้งนี้

## เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *แนวทางการถ่ายทอดเป้าหมายและตัวชี้วัดสู่หน่วยงานและบุคลากร กรมควบคุมโรค ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2556*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์กิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สรชัย พิศาลบุตร. (2549). *สำรวจความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ*. กรุงเทพมหานคร: วิทย์พัฒน์ จำกัด.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed?. *JAMA*. 121(11). 1145-1150.
- Aday, L. A., Andersen. R. (1978). Access to medical care in the U.S.: realized and potential. *Med Care*. 16(7):533-46.
- Anderson, E. W. (1994). Cross-category variation in customer satisfaction and Retention. *Marketing Letters*. 5:185-204.
- Hart, M. 1995). Improving out-patient clinic waiting times: methodological and Substantive issues. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 8 : 14-22.
- Leddy, K. M., Kaldenberg, D. O., and Becker, B.W. (2003). Timeliness in ambulatory care treatment. An examination of patient satisfaction and wait time in medical practices and outpatient test and treatment Facilities. *Journal Ambul Care Management*. 26: 138-49.

# การสำรวจความเสี่ยงอาชีวอนามัยด้านจิตสังคมวิทยา ของบุคลากรสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่

Survey on Occupational health and psychosocial risk factors for  
staff of The Office of Disease Prevention and Control 1, Chiang Mai

จิตรรัตน์ ปองทอง วทม.\* Jitrat Pongtong MS.  
กิตติยา พิมพ์าเรือ วทบ.\*\* Kittiya Pimparua BS.

\* สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ The Office of Disease Prevention and Control 1, Chiang Mai

\*\* สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 อุตรดิตถ์ The Office of Disease Prevention and Control 8, Udon Thani

## บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่องนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในการทำงานด้านจิตวิทยาสังคมของบุคลากร สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ (สคร. 10 เชียงใหม่ เดิม) ศึกษาและวิเคราะห์ว่าลักษณะทางชีวสังคม ลักษณะทางสังคม ลักษณะทางจิตเดิม และลักษณะทางจิตตามสถานการณ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการทำงานของบุคลากรหรือไม่ และให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการบริหารงาน และการปฏิบัติงานของบุคลากร สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ คำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีของ Yamane ทำการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) และการสุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากบุคลากร 8 กลุ่มงาน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือ แบบสอบถามที่มีการหาค่าความเที่ยงตรง (Validity) และการหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย เพื่อหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่า Chi-square test ผลการศึกษาพบว่าการตอบแบบสอบถามกลับ จำนวน 222 คน ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีตำแหน่งเป็นลูกจ้างประจำ อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง = 1:1.5 อายุน้อยที่สุดคือ 24 ปี มากที่สุดคือ 60 ปี (เฉลี่ย 47+9.59 ปี) มีประสบการณ์ในการทำงานน้อยที่สุดคือ 1 เดือน มากที่สุดคือ 36 ปี (เฉลี่ย 16+9.78 ปี) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรลักษณะทางชีวสังคม ลักษณะทางสังคม ลักษณะทางจิตเดิม และลักษณะทางจิตตามสถานการณ์ต่อพฤติกรรมการทำงานด้านความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานของบุคลากรพบว่า ตัวแปรบทบาทของผู้บริหาร แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ และสุขภาพจิตของบุคลากรมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการทำงานด้านความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ ) ส่วนความสัมพันธ์ของตัวแปรลักษณะทางชีวสังคม ลักษณะทางสังคม ลักษณะทางจิตเดิม และลักษณะทางจิตตามสถานการณ์ต่อพฤติกรรมการทำงานด้านการมีส่วนร่วมของบุคลากร พบว่าตัวแปรเพศ การถ่ายทอดทางสังคมในการทำงาน บรรยากาศในการทำงานและเจตคติต่อพฤติกรรมการทำงานด้านการมีส่วนร่วมมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ ) การศึกษานี้มีข้อเสนอแนะว่า ผู้บริหารควรให้ความสำคัญต่อสร้างบรรยากาศในการทำงาน มุ่งเน้นพัฒนากระบวนการถ่ายทอดการทำงานอย่างเป็นการ และไม่เป็นทางการ ควรมีการสร้างแรงจูงใจและกระตุ้นให้เกิดความกระตือรือร้นและวางเป้าหมายในการทำงาน ผู้บริหารควรสร้างความเชื่อมั่นให้กับบุคลากร โดยการพัฒนาระบบการพิจารณาและสรรหาและแต่งตั้งให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งหน่วยงาน และการให้ความสำคัญต่อบทบาทของการเป็นตัวอย่งที่ดีในการทำงานของผู้บริหาร

**คำสำคัญ:** ความเสี่ยงอาชีวอนามัยด้านจิตสังคมวิทยา สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่

## Abstract

This descriptive study aimed to evaluate relative factors for the officers, by analyzing these following factors; the Bio-Psycho-Social characteristics, original spirituality conditions in relation to working behaviors and to provide recommendations for staff and the direction of management. Simple random sampling, stratified random sampling, and Yamane method were applied to calculate sample size among a total staff in 8 Sessions. Structured Questionnaires were tested to ensure the reliabilities and validities before a survey was conducted. Descriptive analysis, percentage, average  $\pm$  SD and Chi-square were used. Results: 222 staff involved in this study. Most of the subjects were permanent employees and the gender ratio was 1.5: 1 between male and female. Age varied from 24 to 60 years (mean  $\pm$  SD =  $47 \pm 9.59$ ). The work experience duration ranged from 1 month to 36 years (mean  $\pm$  SD=  $16 \pm 9.78$ ). Role of CEO, Motivation and Mental Health are statistically significant ( $P < 0.05$ ) associated with Bio-Psycho-Social characteristics on the work responsibilities behavior and original spirituality. The results also showed that gender, social communication, working environment and attitude toward participation behavior were statistically significant ( $P < 0.05$ ) associated with Bio-Psycho-Social characters in the work participation behavior and original spirituality. This study recommends that the direction of management should focus on creating a work place circumstance, development of the social process both formal and informal approach, including motivation, enthusiasm for all staff to set up an individual work goal(s). CEO should build up and show trust to staff in the organization. Recruitment and selection process shall be done under the same standardization. Moreover all executive persons have to be ideally of a talent manager.

**Key Words:** Occupational health and psychosocial factors, The Office of Disease Prevention and Control Region

## บทนำ

ปัจจุบันสังคมไทย มีความเจริญก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม เช่น การเปลี่ยนเป็นสังคมเมือง การเปลี่ยนจากสังคมเกษตรกรรมเป็นสังคมอุตสาหกรรม มีความเจริญก้าวหน้าและทันสมัยมากขึ้น ทั้งในด้านวิชาการ เทคโนโลยีสารสนเทศ มีปัญหาสังคมที่ซับซ้อนมากขึ้นทั้งในเมืองหลวงและในชนบท สถานการณ์เปลี่ยนแปลงไปอยู่ตลอด ทำให้ต้องปรับตัวอยู่เสมอเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ในสังคมปัจจุบัน คนที่สามารถปรับตัวได้ดี ก็จะสามารถเอาตัวรอดในสังคม

ได้ คนที่ไม่สามารถปรับตัวได้ ก็จะทำให้เกิดความเครียด ในการดำเนินชีวิต องค์การอนามัยโลก ให้ความสำคัญของสุขภาพจิตที่ดี ดังนี้ “สุขภาพจิตที่ดี คือ สภาพจิตใจที่เป็นสุข สามารถมีสัมพันธ์ภาพและรักษาสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นไว้ได้อย่างราบรื่น สามารถทำตนให้เป็นประโยชน์ได้ ภายใต้ภาวะสิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางสังคม และลักษณะความเป็นอยู่ในการดำรงชีพ วางตัวได้อย่างเหมาะสม และปราศจากอาการป่วยของโรคทางจิตใจ และร่างกาย” คนที่สุขภาพจิตดีคือคนที่มีวิธีการปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ หรือความเครียดได้ดี การทำงานมีความเครียดเกิดขึ้นได้เสมอ ความเครียดจากการ

ทำงานอาจมาจากหัวหน้า เพื่อนร่วมงาน ลูกน้อง หรือ ปัญหาส่วนตัว ความเครียดจากการทำงานส่งผลต่อเรื่อง งานและสุขภาพ ส่งผลให้ การทำงานล่าช้า ปัญหาสุขภาพ เช่น ขาดสมาธิ จิตใจอ่อนล้า นอนไม่หลับ กล้ามเนื้อเกร็ง อาจถึงขั้นเสียชีวิตได้ ความเครียดที่เกิดจากการทำงาน เป็นเรื่องที่กำลังอยู่ในความสนใจ เพราะแต่ละอาชีพ ทำให้เกิดความเครียดแตกต่างกันไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับองค์ ประกอบที่แตกต่างกันไป เช่น สถานที่ทำงาน สภาพแวดล้อม หัวหน้า ลูกน้อง หรือปัญหาส่วนตัว

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาสุขภาพของประชาชนที่มุ่งเน้นการ เป็นผู้นำด้านวิชาการและเทคโนโลยีการป้องกันและ ควบคุมโรคของประเทศและระดับนานาชาติ ต้องปรับ เปลี่ยนการดำเนินงานให้ทันต่อสถานการณ์ ทันท่วงที การเปลี่ยนแปลงของโลก ตามกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข มีภารกิจเกี่ยวกับการ พัฒนาวิชาการเพื่อการควบคุมโรคและภัยที่คุกคาม สุขภาพ โดยมีการศึกษาวิจัยและพัฒนา รวมทั้งการ ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยี การวินิจฉัย และ รักษาโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนมี สุขภาพที่ดี

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ เป็น หน่วยงานภายใต้กรมควบคุมโรค มีบทบาทภารกิจและ วิสัยทัศน์ คือ เป็นองค์กรชั้นนำระดับนานาชาติ ที่สังคม เชื่อถือและไว้วางใจ เพื่อปกป้องประชาชนจากโรคและ ภัยสุขภาพด้วยความเป็นเลิศทางวิชาการ ภายในปี 2563 ดังนั้นเพื่อให้วิสัยทัศน์ดังกล่าวสำเร็จ ต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรทุกฝ่ายในการปฏิบัติงานร่วมกัน ซึ่งใน การทำงานอาจมีปัจจัยหลายอย่างที่ทำให้เกิดความเสี ยด้านอาชีวอนามัยจิตวิทยาสังคม เช่น ความเครียด ความ กตัญญู ความไม่พึงพอใจ ความขัดแย้งเกิดขึ้น ส่งผลต่อ สุขภาพร่างกายของผู้ปฏิบัติงาน และประสิทธิภาพการ ทำงานลดลง ผู้วิจัยจึงได้ทำการสำรวจความเสี่ยงด้าน อาชีวอนามัยจิตวิทยาสังคมในการปฏิบัติงานของ บุคลากรสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ และ ศึกษาพฤติกรรมการทำงานด้านความรับผิดชอบในการ

ปฏิบัติงานและด้านการมีส่วนร่วม เพื่อเป็นแนวทางใน การปรับปรุงการบริหารงานและการปฏิบัติงานต่อไป

## วิธีการศึกษา

### ขอบเขตของการวิจัย

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษา ปัจจัยเสี่ยงด้านจิตวิทยาสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรม การทำงานของบุคลากรสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ 2 ด้าน คือ พฤติกรรมการทำงานประกอบด้วย ด้านความรับผิดชอบในการปฏิบัติงาน และด้านการ มี ส่วนร่วมของบุคลากรเป็นตัวแปรตาม ส่วนตัวแปรต้นซึ่งเป็นปัจจัยเชิงสาเหตุ 4 กลุ่ม ได้แก่กลุ่มลักษณะทางสังคม ลักษณะทางจิตเดิม ลักษณะทางจิตตามสถานการณ์และ ลักษณะทางชีวสังคม

2. ขอบเขตด้านประชากร เป็นการวิจัยในบุคลากร ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ จำนวน 8 กลุ่มงาน รวมทั้งสิ้น 490 คน

3. ระยะเวลาที่ทำการวิจัย เดือนมิถุนายน – กันยายน พ.ศ. 2558

### กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือ บุคลากรสังกัด สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ จำนวน 8 กลุ่มงาน ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้ตาราง สำเร็จรูปของ ของยามานะ(Yamane, 1967: 886) โดยการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิที่เป็นไปตามสัดส่วนของ ประชากร (Proportionated

Stratified Random Sampling) ประกอบด้วย กลุ่มบริหารทั่วไป 16 คน กลุ่มแผนงานและประเมินผล 6 คน กลุ่มสื่อสารความเสี่ยงและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ 4 คน กลุ่มพัฒนาองค์กร 4 คน กลุ่มพัฒนาภา คี เครือข่าย 16 คน กลุ่มพัฒนาวิชาการ 26 คน กลุ่มระ บาด วิทยาและข่าวกรอง 10 คน กลุ่มปฏิบัติการควบคุมโรค และตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข 168 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 250 คน แต่ตอบแบบสอบถาม กลับเพียง 222 คน

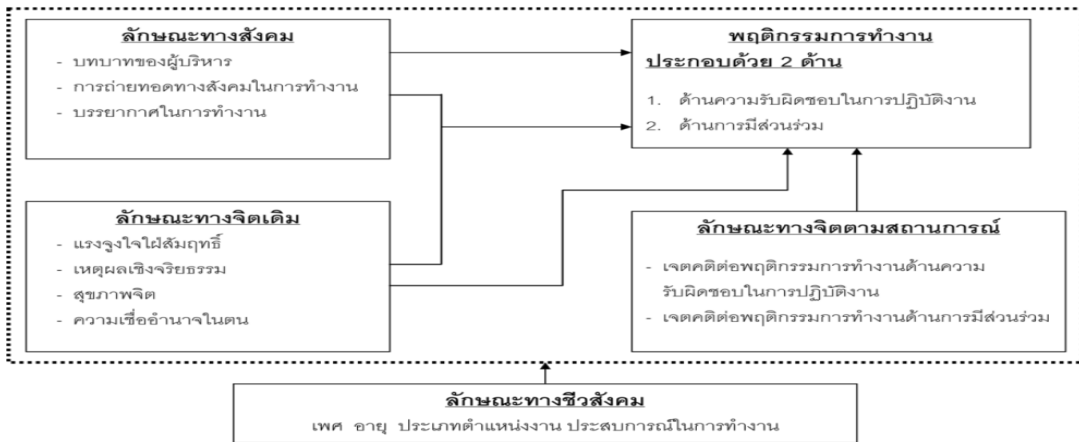
### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ได้ศึกษาลักษณะทั้งภายในตัวบุคคลและภายนอกตัวบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการทำงานด้านความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานและด้านการมีส่วนร่วมของบุคลากรโดยปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรม ผู้วิจัยอาศัยแนวคิดและทฤษฎีหลัก 2 แนวคิด

ที่สำคัญในการวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมประกอบด้วย

แนวคิดรูปแบบปฏิสัมพันธ์นิยม (Interactionism model) (ดวงเดือน พันธุนานวิน. 2547: 141)

ทฤษฎีต้นไม้จริยธรรม (ดวงเดือน พันธุนานวิน. 2543)



ภาพที่ 1: แสดงกรอบแนวคิดและความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ

### สมมติฐานในการวิจัย

1. ตัวแปรลักษณะทางชีวสังคม ตัวแปรลักษณะทางสังคม ตัวแปรลักษณะทางจิตเดิม และ ตัวแปรลักษณะทางจิตตามสถานการณ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการทำงานด้านความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานและด้านการมีส่วนร่วมของบุคลากร

2. กลุ่มตัวแปรลักษณะทางจิตตามสถานการณ์มีอำนาจในการอธิบายพฤติกรรมการทำงานด้านความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานและด้านการมีส่วนร่วมของบุคลากรสูงที่สุด

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถาม มีทั้งหมด 10 ตอน ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามลักษณะทางชีวสังคมของผู้ตอบแบบสอบถาม ตอนที่ 2-10 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่ศึกษาวิจัย โดยกำหนดการให้คะแนนแบบสอบถามตอนที่ 2-10 ที่เป็นข้อความทางบวก จะได้คะแนน 0-5 คะแนน จากคำตอบ “ไม่จริงเลย”

ถึง “จริงที่สุด” ตามลำดับ แต่ถ้าเป็นข้อความทางลบจะได้คะแนนตรงกันข้าม การคิดคะแนนจะนำคะแนนรายข้อเฉลี่ยกัน พิสัยคะแนนเฉลี่ยของแบบวัดทั้งหมดอยู่ระหว่าง 0-5 คะแนน มีการหาค่าความเที่ยงตรง (Validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 1 ท่าน มีความเชี่ยวชาญ มีความรู้ ความเข้าใจอย่างดีในเรื่องเนื้อหาของสิ่งที่ต้องการวัดเป็นผู้พิจารณาตรวจแก้ไขเนื้อหาตามนิยามปฏิบัติการเพื่อให้สามารถวัดได้เที่ยงตรงกับเรื่องที่ศึกษาและค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s coefficient alpha)

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น เพื่อให้ทราบลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและลักษณะของการแจกแจงของตัวแปรเป็นกาวิเคราะห์

ข้อมูลโดยใช้สถิติเบื้องต้น เพื่อหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Ophelia M. Mendoza. 1997: 67)

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์สถิติเพื่อทดสอบสมมุติฐาน ใช้สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบ ไค-สแควร์ (Chi - square test) ในการทดสอบหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (Andrew F. Siegel. 1988: 449)

### ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา

1. ตัวแปรลักษณะทางชีวสังคม เป็นข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ ประเภทตำแหน่งงาน และ ประสบการณ์ในการทำงาน ของบุคลากรสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ ค่าสถิติพื้นฐานประกอบด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลพื้นฐานกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
<b>เพศ</b>				
- หญิง	87	39. 2		
- ชาย	135	60. 81		
<b>รวม</b>	<b>222</b>	<b>100</b>		
<b>อายุ (ปี)</b>				
≤30	16	7. 21		
31-50	112	50. 45		
≥51	94	42. 34		
<b>รวม</b>	<b>222</b>	<b>100</b>	47	9. 59
<b>ประเภทตำแหน่งงาน</b>				
ข้าราชการ	91	41		
พนักงานราชการ	25	11. 26		
ลูกจ้างประจำ	104	46. 84		
ลูกจ้างชั่วคราว	2	0. 90		
<b>รวม</b>	<b>222</b>	<b>100</b>		
<b>ประสบการณ์ในการทำงาน(ปี)</b>				
0-5	41	18.46		
6-15	87	39.19		
16-25	51	23.00		
26-35	37	16.67		
36-40	6	2.70		
<b>รวม</b>	<b>222</b>	<b>100</b>	16	9. 78

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 222 คนส่วนใหญ่เป็นบุคลากรที่เป็น เพศชาย จำนวน 135 คน คิดเป็นร้อยละ 60.81 ช่วงอายุ 31 – 50 ปี มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 50.45 อายุโดยเฉลี่ย 47 ปี ส่วนใหญ่เป็นลูกจ้างประจำ จำนวน 104 คน คิดเป็นร้อยละ 46.84 และมีประสบการณ์ในการทำงานเฉลี่ย 16 ปี ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานระหว่าง 6 – 15 ปี คิดเป็น

ตารางที่ 2 แสดงค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปร

ร้อยละ 39.19

2. ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรที่ศึกษา

ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรประกอบด้วย ค่าต่ำสุด (Min.) ค่าสูงสุด (Max.) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) รายละเอียดสถิติพื้นฐานของตัวแปรแสดงไว้ในตารางที่ 2

ตัวแปร	Min.	Max.	Mean	SD
<b>ตัวแปรลักษณะทางสังคม</b>				
บทบาทของผู้บริหาร (role)	0.73	5.00	3.82	0.72
การถ่ายทอดทางสังคมในการทำงาน (social)	1.44	5.00	3.87	0.67
บรรยากาศในการทำงาน (condition)	0.78	5.00	2.98	1.36
<b>ตัวแปรลักษณะทางจิตเดิม</b>				
แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์(motivation)	2.60	5.00	4.25	0.86
เหตุผลเชิงจริยธรรม (moral)	1.78	5.00	4.14	1.04
สุขภาพจิตในการทำงาน(mhealth)	0.00	5.00	3.62	0.83
ความเชื่ออำนาจในตน(power)	0.00	5.00	2.75	1.38
<b>ตัวแปรลักษณะทางจิตตามสถานการณ์</b>				
เจตคติต่อพฤติกรรมการทำงานด้านความรับผิดชอบ(a)(ir)	2.78	5.00	4.57	0.58
เจตคติต่อพฤติกรรมการทำงานด้านการมีส่วนร่วม(ip)	2.58	5.00	3.66	1.49
พฤติกรรมการทำงานด้านความรับผิดชอบในการปฏิบัติงาน(Br)	2.72	5.00	4.39	0.67
พฤติกรรมการทำงานด้านการมีส่วนร่วม (Bp)	2.11	5.00	3.95	0.97

จากตารางที่ 2 ตัวแปรในงานวิจัยนี้ มีค่าพิสัยคะแนนระหว่าง 1 – 6 ตัวแปรที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ตัวแปรเจตคติต่อพฤติกรรมการทำงานด้านความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานมีค่าเฉลี่ย 4.57 (SD = 0.58) รองลงมาคือตัวแปรพฤติกรรมการทำงานด้านความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานมีค่าเฉลี่ย 4.39 (SD = 0.67) และตัวแปรแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ มีค่าเฉลี่ย 4.25 (SD = 0.86) ตามลำดับ

ตัวแปรลักษณะทางสังคม ที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ผู้บริหารมีการทำงานโดยยึดระเบียบข้อปฏิบัติทางราชการ ไม่ประพฤตินให้เสื่อมเสียในด้านชู้ บุคลากรได้รับการถ่ายทอดจากการประชุมชี้แจงโครงการใหญ่ๆ ก่อนการทำงาน และ มีการกำหนดโครงสร้างของงานไว้อย่างมีเหตุผล ตัวแปรที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ผู้บริหารนำอุปกรณ์ที่ทันสมัยเพื่อให้บุคลากรได้ศึกษาค้นคว้าเทคนิควิธีการทำงานใหม่ๆมาใช้ในหน่วยงาน ผู้บริหารจัดให้มี

การพบปะสังสรรค์ระหว่างผู้บริหารกับบุคลากร ผู้บริหารมีการตำหนิหรือลงโทษผู้กระทำความผิดอย่างเสมอภาคโดยไม่เลือกที่รักมักที่ชัง หน่วยงานสนับสนุนให้บุคลากรไปฝึกอบรมหาความรู้ต่างๆ ไม่ได้รับการเห็นอกเห็นใจมากนัก ถ้าทำผิดพลาด

**ตัวแปรลักษณะทางจิตเดิม** ที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ บุคลากรทำงานอย่างเต็มความสามารถทุกครั้งที่ได้รับมอบหมาย บุคลากรมีเหตุผลเชิงจริยธรรมในการทำงาน มีความรู้สึกกลัวเมื่อต้องทำงานที่เสี่ยงกับการทำผิดกฎหมาย และการเล่นพวกเล่นพ้องและระบบอุปถัมภ์ยังมีอยู่มากในหน่วยงาน ส่วนตัวแปรที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ การขอร้องให้เพื่อนร่วมงานมาช่วยทำงานที่มีขั้นตอนยุ่งยากแทน และ ความรู้สึกหงุดหงิดที่ได้รับเงินเดือนน้อย

**ตัวแปรลักษณะทางจิตตามสถานการณ์** ที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ความรับผิดชอบเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการปฏิบัติการ และการมีส่วนร่วมในหน่วยงานจะเป็นตัวช่วยให้หน่วยงานประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ ส่วนตัวแปรที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ ความพอใจที่หน่วยงานให้ความสำคัญกับความรับผิดชอบในการทำงาน

**พฤติกรรมการทำงานด้านความรับผิดชอบในการปฏิบัติงาน** บุคลากรสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการทำงานด้านความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับจริง ตามหัวข้อประเมินโดยมีพฤติกรรมความมุ่งมั่นที่จะทำงานให้สำเร็จตามเป้าหมาย

**พฤติกรรมการทำงานด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน** บุคลากรสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 มีพฤติกรรมการทำงานด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับจริง ตามหัวข้อประเมินโดยการให้บริการแก่ผู้มาใช้บริการโดยอาศัยแนวทางตามแผนยุทธศาสตร์/นโยบาย/แผนปฏิบัติงานของหน่วยงาน

**ตอนที่ 2 การวิเคราะห์สถิติเพื่อทดสอบสมมติฐาน**

1. การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาต่อพฤติกรรมการทำงานด้านความรับผิดชอบในการปฏิบัติงาน พบว่า ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ  $P = 0.05$  บทบาทผู้บริหาร แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ และสุขภาพจิตในการทำงานมีผลต่อพฤติกรรมการทำงานด้านความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาต่อพฤติกรรมการทำงานด้านความรับผิดชอบในการปฏิบัติงาน

ตัวแปรที่ศึกษา	พฤติกรรมความรับผิดชอบเป็นจริง n=215(ร้อยละ)	พฤติกรรมความรับผิดชอบไม่เป็นจริง n=7(ร้อยละ)	$\chi^2$ , P-value
<b>บทบาทผู้บริหาร</b>			*0.018
จริง	159 (73.9)	2 (28.6)	
ไม่จริง	56 (26.1)	5 (71.4)	
<b>แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์</b>			*0.000
จริง	209 (97.2)	2 (28.6)	
ไม่จริง	6 (2.8)	5 (71.4)	
<b>สุขภาพจิตในการทำงาน</b>			*0.019
จริง	131 (60.9)	1 (14.3)	
ไม่จริง	84 (39.1)	6 (85.7)	

\*Fisher's Exact Test

2. การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาต่อพฤติกรรมการทำงานด้านการมีส่วนร่วม พบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการทำงานด้านการมีส่วนร่วมมากที่สุดคือ บรรยากาศในการทำงาน รองลง

มาเจตคติต่อพฤติกรรมการทำงานด้านการมีส่วนร่วม การถ่ายทอดทางสังคมในการทำงาน เพศ และเหตุผลเชิงจริยธรรม ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาต่อพฤติกรรมการทำงานด้านการมีส่วนร่วม

ตัวแปรที่ศึกษา	พฤติกรรมการทำงาน เป็นจริง n=166(ร้อยละ)	พฤติกรรมการทำงาน ไม่เป็นจริง n=56(ร้อยละ)	$\chi^2$ , P-value
<b>เพศ</b>			6.500, 0.011
หญิง	57 (34.3)	30 (53.6)	
ชาย	109 (65.7)	26 (46.4)	
<b>การถ่ายทอดทางสังคม</b>			8.103, 0.004
จริง	137 (82.5)	36 (64.3)	
ไม่จริง	29 (17.5)	20 (35.7)	
<b>บรรยากาศในการทำงาน</b>			9.290, 0.002
จริง	56 (33.7)	7 (12.5)	
ไม่จริง	110 (66.3)	49 (87.5)	
<b>เหตุผลเชิงจริยธรรม</b>			4.556, 0.033
จริง	151 (90.9)	45 (80.4)	
ไม่จริง	15 (9.1)	11 (19.6)	
<b>เจตคติต่อพฤติกรรมการทำงานด้านการมีส่วนร่วม</b>			8.564, 0.003
จริง	108 (65.1)	24 (42.9)	
ไม่จริง	58 (34.9)	32 (57.1)	

\*Fisher's Exact Test

#### อภิปรายผล

1) ปัจจัยเสี่ยงอาชีวอนามัยด้านจิตวิทยาสังคม บทบาทของผู้บริหาร พบว่าผู้บริหารยึดระเบียบข้อปฏิบัติทางราชการและไม่ประพฤติดตนให้เสื่อมเสียในด้านซื่อสัตย์ เมื่อผู้บริหารได้รับรู้ข่าวสารจากภายนอก เช่น

จากการสัมมนา การอบรม การประชุม ศึกษาดูงาน ฯลฯ มีการนำมาเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรภายในรับทราบมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ส่วนการจัดให้มีการพบปะสังสรรค์ระหว่างผู้บริหารกับบุคลากรเพื่อส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันในการทำงานมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ข้อค้น

พบนี้ แสดงให้เห็นว่าผู้บริหารมีการปฏิบัติตามระเบียบข้อปฏิบัติทางราชการอย่างเคร่งครัด โดยเฉพาะเรื่องการบริหารจัดการงบประมาณ จัดให้มีระบบการตรวจสอบการใช้งบประมาณรายเดือน รายไตรมาส สำหรับการจัดเวทีให้มีการพบปะสังสรรค์ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้บริหารกับบุคลากรทุกระดับภายในหน่วยงาน มีการจัดกิจกรรมแบบนี้บ่อยมาก (1 ครั้งต่อปี คือ งานเกษียณอายุราชการ) กลุ่มพัฒนาองค์กรซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบความผาสุกของบุคลากรในหน่วยงาน ควรจัดให้มีกิจกรรมอย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี (งานดำหัวผู้อาวุโสและงานเกษียณ) บรรลุจุดในแผนปฏิบัติการประจำปีให้มีความต่อเนื่องและมีการติดตามประเมินเป็นระยะๆ

**การถ่ายทอดทางสังคมในการทำงาน** บุคลากรได้รับการถ่ายทอดทางสังคมในการทำงาน โดยได้รับการถ่ายทอดจากการประชุมชี้แจงโครงการใหญ่ๆ ก่อนการทำงานมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ส่วนการรู้ขั้นตอนการทำงานกิจกรรมต่างๆได้เพราะทำตามแบบอย่างเพื่อนร่วมงานมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ข้อค้นพบนี้ หน่วยงานควรคำนึงถึงรูปแบบการถ่ายทอดแบบไม่เป็นทางการร่วมด้วย เช่น จัดให้มีการเรียนรู้ขั้นตอนการทำงาน โดยวิธีเพื่อนสอนเพื่อน หรือ On the job training หรือ การพูดคุยกันในกลุ่มงาน ทั้งนี้ควรจัดสรรงบประมาณสนับสนุนกิจกรรมต่างๆ เหล่านี้อย่างสม่ำเสมอ

**เจตคติต่อพฤติกรรมการทำงานด้านความรับผิดชอบในการปฏิบัติงาน** พบว่า ความรับผิดชอบเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการปฏิบัติกรามีค่าเฉลี่ยสูงสุด ส่วนเจตคติต่อพฤติกรรมการทำงานด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน พบว่า การมีส่วนร่วมในหน่วยงานจะเป็นตัวช่วยให้หน่วยงานประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ แสดงให้เห็นว่า บุคลากรส่วนใหญ่มี**เจตคติต่อพฤติกรรมการทำงานด้านความรับผิดชอบและการมีส่วนร่วมที่ดี** โดยมีความรับผิดชอบต่องานในหน้าที่และต้องการให้หน่วยงานประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ จึงควรจัดเวทีสื่อสารและการติดตามผลลัพธ์ของการดำเนินงานในเชิงผลลัพธ์ หรือ ผลสำเร็จของงานตามภารกิจของหน่วยงาน โดยแสดงให้เห็นเป้าหมายสุดท้ายที่ตรงกัน คือ ประชาชนปลอดภัยจากโรคและภัยสุขภาพ

ต่างๆ เช่น โรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม และ เตรียมความพร้อมรับภัยสุขภาพต่างๆ ได้ตามมาตรฐาน อีกทั้งบุคลากรในหน่วยงานควรมีสุขภาพดี อยู่ในสภาวะแวดล้อมที่ดี มีความสุขจากการทำงาน โดยติดตามจากค่าดัชนีความสุขของบุคลากร (Happinometer) ที่ควรอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน

**2) ความสัมพันธ์ตัวแปรลักษณะทางชีวสังคมตัวแปรลักษณะทางจิตสังคมตัวแปรลักษณะทางจิตเดิมและตัวแปรลักษณะทางจิตตามสถานการณ์ต่อพฤติกรรมการทำงานด้านความรับผิดชอบต่อในการปฏิบัติงาน และด้านการมีส่วนร่วม พบว่า**

2.1 เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการทำงานด้านการมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} < 0.05$ ) โดยพบว่าเพศชายมีพฤติกรรมการทำงานด้านการมีส่วนร่วมมากกว่าเพศหญิง ซึ่งเพศเป็นปัจจัยทางชีวสังคมและภูมิหลังที่ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมการทำงานที่แตกต่างกัน มีงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการทำงานที่แสดงให้เห็นว่าอิทธิพลของปัจจัยด้านเพศที่มีผลต่อพฤติกรรมการทำงาน และสอดคล้องกับ งานวิจัยของ ญัฐยา ลือชาภิตติกุล (2546) พบว่าพฤติกรรมการทำงานด้านการบริการแปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างเพศชายสอดคล้องกับ มยุรฉัตร สุขดำรงค์ (2547) พบว่าเจ้าหน้าที่สินเชื่อที่เป็นเพศชายร่วมกันทำนายพฤติกรรมการทำงานสินเชื่ออย่างมีความรับผิดชอบต่อ ดังนั้นสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 จึงควรจัดกิจกรรมการมีส่วนร่วม เช่น การสัมมนา อบรม สังสรรค์ งานเทศกาลต่างๆ ควรจัดบรรยากาศกระตุ้นให้เพศชายได้เข้ามามีส่วนร่วม โดยเป็นหัวหน้างานหรือสมาชิกตามความสามารถของบุคคลนั้นๆ พร้อมทั้งให้รางวัลยกย่องชมเชยและ ประกาศความดี เป็นต้น

2.2 ตัวแปรลักษณะทางสังคม พบว่า บทบาทผู้บริหารมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมด้านความรับผิดชอบในการปฏิบัติงาน ข้อค้นพบนี้แสดงให้เห็นว่าหากผู้บริหารทำงานโดยยึดระเบียบข้อปฏิบัติทางราชการ มีจริยธรรม สามารถเปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์ ทันสมัย มีการใช้เทคนิค เทคโนโลยี ในการทำงาน จะทำให้บุคลากรในหน่วยงานมีพฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อ

การปฏิบัติงานได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ สมใจ  
ลักษณะ (2549: 36-40) ที่พบว่า บทบาทผู้บริหาร เป็น  
ตัวแปรที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการทำงานของบุคลากร

ส่วนตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการทำงาน  
ด้านการมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  
(P-value < 0.05) ได้แก่ การถ่ายทอดทางสังคมในการ  
ทำงาน และบรรยากาศในการทำงานเป็น 2 ตัวแปรใน  
กลุ่มปัจจัยเชิงเหตุลักษณะทางสังคมที่มีความสัมพันธ์ต่อ  
พฤติกรรมการทำงานด้านการมีส่วนร่วม กล่าวคือ  
บุคลากรที่รับรู้การถ่ายทอดทางสังคมในการทำงานสูงจะ  
เป็นผู้มีพฤติกรรมการทำงานด้านการมีส่วนร่วมสูง ข้อค้น  
พบนี้สะท้อนถึงความสำคัญของการถ่ายทอดทางสังคม  
ในการทำงานที่เป็นปัจจัยเชิงสาเหตุสำคัญทาง ด้านสภาพ  
แวดล้อมในการทำงานที่จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลเกิดพฤติ  
กรรมการทำงานที่ดีและตัวแปรบรรยากาศในการทำงาน  
มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการทำงานด้านการมีส่วนร่วม  
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สูงที่สุด หากมีบรรยากาศใน  
การทำงานที่ดี ก็จะช่วยสร้างให้เกิดพฤติกรรมมีส่วนร่วม  
ของคนในองค์กรมากขึ้นซึ่งพบว่าสอดคล้องกับกรอบ  
แนวคิดของจุงชาร์ตัน เชมการ. (2553) ที่ว่าลักษณะทาง  
สังคมสัมพันธ์กับพฤติกรรมการทำงานทั้งด้านความรับผิดชอบ  
ในการปฏิบัติงานและด้านการมีส่วนร่วม ดังนั้น  
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 จึงควรสนับสนุนให้  
หัวหน้ากลุ่มงานทุกคนได้มีโอกาสพูดคุยกับลูกน้องเป็น  
ประจำทุกเดือน เช่น การประชุมกลุ่มงานประจำเดือน  
เพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดี การสอนงาน และคิดแก้ไข  
ปัญหาระหว่างหัวหน้ากับลูกน้องและระหว่างเพื่อร่วม  
งานด้วยกันเอง ควรจัดให้มีการยกย่องชมเชยผู้ที่ปฏิบัติ  
งานดีเด่นของหน่วยงานและประกาศอย่างเป็นทางการ  
เช่นติดประกาศบนบอร์ดและมอบรางวัลในงานเกษียณ  
อายุราชการประจำปี เพื่อเป็นการกระตุ้นและสร้างให้เกิด  
บรรยากาศที่ดีในการทำงาน

2.3 ตัวแปรลักษณะทางจิตเดิมผลการวิจัยพบ  
ว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการทำงาน ด้าน  
ความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทาง  
สถิติ (P-value < 0.05) ได้แก่ แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์และ  
สุขภาพจิตในการทำงาน ส่วนตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับ

พฤติกรรมการทำงานด้านการมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญ  
ทางสถิติ (P-value < 0.05) คือเหตุผลเชิงจริยธรรมเมื่อ  
พิจารณาถึงผลการวิจัย พบว่าสอดคล้องกับทฤษฎีต้นไม้อัน  
จริยธรรม (ดวงเดือน พันธุนานวิน. 2543) ที่อธิบายว่า  
พฤติกรรมดังกล่าวมาจากสาเหตุทางจิตใจมนุษย์ (Trait  
approach) ซึ่งตัวแปรแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์และเหตุผลเชิง  
จริยธรรมเป็นตัวแปรสาเหตุทางจิตใจที่เป็นส่วนลำต้น  
ของต้นไม้และเป็นสาเหตุสำคัญของตัวผู้กระทำ ซึ่งทฤษฎี  
ต้นไม้อันจริยธรรมจะเน้นการพัฒนาบุคคลที่จิตใจเพื่อให้เกิด  
การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามมา และสอดคล้องกับ  
กรอบแนวคิดของจุงชาร์ตัน เชมการ. (2553) ที่ว่าลักษณะ  
ทางจิตเดิมสัมพันธ์กับพฤติกรรมการทำงานทั้งด้านความ  
รับผิดชอบในการปฏิบัติงานและด้านการมีส่วนร่วม ดัง  
นั้นสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 ควรจัดกิจกรรมเพื่อ  
พัฒนาสุขภาพจิตที่ดีในการทำงาน เช่น การตัดกบฏในวัน  
สำคัญทางศาสนา การออกกำลังกายหลังเลิกงานทุก  
วันพุธ การตรวจสอบสุขภาพประจำปี การปรับปรุงสถานที่  
ทำงานให้น่าอยู่

ตัวแปรแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์เป็นตัวแปรในกลุ่มปัจจัย  
เชิงเหตุลักษณะทางจิตเดิมที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรม  
การทำงานด้านความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานอย่างมี  
นัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.05) สูงที่สุดซึ่งข้อค้น  
พบนี้แสดงให้เห็นว่า แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์เป็นลักษณะ  
ภายในที่สำคัญลักษณะหนึ่ง ซึ่งผลักดันบุคคลให้เกิดความ  
พากเพียรพยายามที่จะทำงานจนสำเร็จลงด้วยมาตรฐาน  
ที่ดีเยี่ยม ซึ่งผู้ที่มีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์สูง คือผู้ที่มี  
พฤติกรรมการทำงานเพื่อมุ่งให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้  
อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เมื่อประสบความสำเร็จก็เกิดความสุข ความภาคภูมิใจ (งามตา วรินทร์. 2545: 401-402) คนที่มีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์สูงจึง  
มักทำงานเพื่อให้ได้ผลงานออกมาดีที่สุด ถ้าทักษะการมี  
แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในการทำงานสูงจะทำให้บุคลากรที่ทำงาน  
ในหน่วยงานราชการ ทำงานเพื่อความสำเร็จของผล  
งานเป็นหลัก โดยมีความสำคัญขององค์ประกอบภายนอก  
อื่นๆ เช่น เงินเดือน ความดีความชอบหรือผลประโยชน์  
ที่จะได้รับอื่นๆ ดังนั้น สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1  
จึงควรจัดทำ Career Path ของแต่ละตำแหน่ง เพื่อให้

เห็นความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน ซึ่งจะเชื่อมโยงไปถึงแผนการพัฒนาบุคลากรเพื่อให้เหมาะกับตำแหน่งที่จะได้รับ รวมถึงการพัฒนาาระบบการคัดสรรแต่งตั้งบุคลากรให้ดำรงตำแหน่งที่สูงขึ้นให้ได้มาตรฐาน เมื่อบุคลากรได้เห็นถึงความก้าวหน้าจะก่อให้เกิดแรงจูงใจต่อการทำงานตามมา

สำหรับตัวแปรเหตุผลเชิงจริยธรรม เป็นตัวแปรเดียวในกลุ่มปัจจัยเชิงเหตุผลลักษณะทางจิตเดิมที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมด้านการมีส่วนร่วมกล่าวคือบุคลากรที่มีเหตุผลเชิงจริยธรรมสูงจะมีพฤติกรรมการทำงานด้านการมีส่วนร่วมสูงซึ่งตัวแปรเหตุผลเชิงจริยธรรมอยู่ในทฤษฎีต้นไม้อจริยธรรมที่อยู่ในส่วนของลำต้นของต้นไม้เช่นเดียวกับตัวแปรแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ที่ใช้ในการอธิบายถึงสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมการทำงานของคนไทย การใช้เหตุผลเชิงจริยธรรมในการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ เป็นการคำนึงถึงความถูกต้องเป็นธรรมเห็นประโยชน์ส่วนรวมเป็นหลัก ในสถานการณ์ที่ขัดแย้งหรือการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในที่ทำงานนั้นจะช่วยให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพและการดำเนินงานเป็นไปด้วยความราบรื่น ดังนั้นสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 จึงควรพัฒนาจิตใจบุคลากรให้รู้จักผิดชอบชั่วดี โดยการจัดกิจกรรมการทำบุญในวันสำคัญทางศาสนา สนับสนุนบุคลากรให้เข้าร่วมโครงการเข้าวัดถือศีล อนุ่ง ขาวหม่มขาว เพื่อขัดเกลาจิตใจให้เป็นคนคิดดีทำดี ซื่อสัตย์ ต่อตนเองและเพื่อนร่วมงาน ไม่ทุจริต คดโกงทรัพย์สินของทางราชการ

2.4 ตัวแปรลักษณะทางจิตตามสถานการณ์ ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรเจตคติต่อพฤติกรรมการทำงานด้านความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการทำงาน ทั้งด้านความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานและด้านการมีส่วนร่วม

ส่วนตัวแปรเจตคติต่อพฤติกรรมการทำงานด้านการมีส่วนร่วมมีความสัมพันธ์เฉพาะกับพฤติกรรมการทำงานด้านการมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} < 0.05$ ) สอดคล้องกับ งานวิจัยของสุชาติ นิกานันท์ (2548: 114) กล่าวว่า เจตคติมีอิทธิพลที่สำคัญต่อพฤติกรรมในทางจิตวิทยาพิจารณาว่าเจตคติของบุคคลเป็นสาเหตุให้บุคคลมีพฤติกรรมในวิถีทางที่แน่นอน

เจตคติของบุคคลเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคล เนื่องจากเจตคติมีความเชื่อมโยงกับบุคลิกภาพ การรับรู้ และแรงจูงใจของบุคคล เจตคติจึงเป็นสัญญาณเตือนถึงปัญหาที่จะเกิดขึ้น ดังนั้นสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 ควรจัดให้มีกิจกรรมสังสรรค์ พบปะระหว่างบุคลากรในหน่วยงานและบุคลากรที่เคยทำงานมาก่อน เช่น การจัดงานเลี้ยงขึ้นปีใหม่เพื่อเป็นการกระชับสัมพันธ์ระหว่างหัวหน้ากับลูกน้อง ระหว่างเพื่อนร่วมงาน งานดำหัวผู้อาวุโสและงานเกษียณอายุ เพื่อเชิดชูและยกย่องบุคลากรที่เกษียณและกำลังจะเกษียณอายุไปว่าครั้งที่ท่านยังดำรงตำแหน่งในองค์กรได้ทำคุณประโยชน์ที่มีค่าอย่างยิ่ง ซึ่งจะเป็นการเสริมสร้างให้เกิดเจตคติที่ดีต่อการทำงานแบบมีส่วนร่วมได้

### ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษา

1. ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์ตัวแปรพฤติกรรมการทำงาน 2 ลักษณะคือ ในเรื่องของความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานและในด้านการมีส่วนร่วม แต่ยังมีอีกหลายพฤติกรรมที่น่าสนใจ เช่น พฤติกรรมการทำงานด้วยความเสียสละ พฤติกรรมการทำงานด้วยความซื่อสัตย์ ซึ่งเป็นอัตลักษณ์ของหน่วยงาน ดังนั้น ในการศึกษาครั้งต่อไปจึงควรศึกษาพฤติกรรมการทำงานในด้านอื่นๆ ต่อไป

2. ควรกำหนดกลุ่มตัวอย่างให้จำเพาะเจาะจงมากขึ้น เช่น จำแนกเป็นบุคลากรสายอาชีพ บุคลากรสายวิชาการ และบุคลากรสายสนับสนุน เป็นต้น

3. ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรศึกษาความเสี่ยงจากการทำงานที่มาจากปัจจัยอื่นๆ เช่น ปัจจัยสิ่งแวดล้อม ทำท่างในการทำงาน ที่ส่งผลต่อสุขภาพของบุคลากรสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 หรือปัจจัยที่ส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง เป็นต้น

4. ควรใช้ Multiple Logistic regression ในการควบคุม Confounding Factor เพื่อทราบตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการทำงานด้านความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานและด้านการมีส่วนร่วมของบุคลากรอย่างแท้จริง ซึ่งนำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่ตรงจุดยิ่งขึ้น

## ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

1. จากผลการศึกษาพบว่า บรรยากาศในการทำงานและแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ มีผลต่อพฤติกรรมด้านการมีส่วนร่วมและพฤติกรรมด้านความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานของบุคลากรสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่มากที่สุด ดังนั้น ผู้บริหารควรให้ความสำคัญในการสร้างบรรยากาศและแรงจูงใจในการทำงานให้มากขึ้น มุ่งเน้นพัฒนากระบวนการถ่ายทอดทางสังคมในการทำงานทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ และควรมีการถ่ายทอดทางสังคมในการทำงานอย่างจริงจังและต่อเนื่อง

2. จากผลการศึกษาพบว่า ความเชื่ออำนาจในตน มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด โดยบุคลากรส่วนใหญ่เห็นว่าการเล่นพวกเล่นพ้องและระบบอุปถัมภ์ยังมีอยู่มากในหน่วยงาน ดังนั้น ผู้บริหารควรสร้างความเชื่อมั่นให้กับบุคลากรในหน่วยงาน โดยมอบให้ผู้รับผิดชอบด้านการบริหารทรัพยากรมนุษย์ จัดทำหลักเกณฑ์เรื่องการประเมินผลการปฏิบัติราชการประจำปี เกณฑ์การพิจารณาเพิ่มพูนประสิทธิภาพของข้าราชการ เกณฑ์การประเมินผลงานของบุคคลเพื่อแต่งตั้งในตำแหน่งที่สูงขึ้น เป็นต้น ให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งหน่วยงาน

3. บุคลากรสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมด้านความรับผิดชอบในการปฏิบัติงาน แต่พฤติกรรมการมีส่วนร่วมยังน้อยอยู่ ดังนั้นจึงควรกำหนดมาตรการหรือกิจกรรมของหน่วยงานที่ช่วยส่งเสริมให้บุคลากรมีพฤติกรรมการมีส่วนร่วม เช่น จัดเวทีเสวนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ภายในหน่วยงาน จัดประชุมใหญ่ภายในหน่วยงานทุก 3 เดือน จัดกิจกรรมเนื่องในโอกาสวันสำคัญต่าง ๆ เช่น งานคำขวัญ งานเกษียณ กำหนดให้มีการตรวจสอบการเข้าร่วมกิจกรรมของบุคลากร หรืออาจกำหนดให้ใช้พฤติกรรมการมีส่วนร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการพิจารณาเลื่อนขั้น เลื่อนเงินเดือน เป็นต้น

4. จากข้อค้นพบที่ว่า บุคลากรที่รับรู้การถ่ายทอดทางสังคมในการทำงานสูงเป็นผู้มีพฤติกรรมการทำงานด้านการมีส่วนร่วมสูง ดังนั้นจึงควรสนับสนุนให้บุคลากรใช้วิธี “เพื่อนสอนเพื่อน” หรือ “พี่สอนน้อง” ในการทำงาน เพื่อเป็นการส่งเสริมให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันและสร้างความเข้มแข็งของทีมทำงาน “Teamwork” และตัวแปรบรรยากาศในการทำงานมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการทำงานการมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสูงสุด หากมีบรรยากาศในการทำงานที่ดี ก็จะช่วยสร้างให้เกิดพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของคนในองค์กรมากขึ้น

5. เนื่องจากหน่วยงานมีโครงสร้างการดำเนินงานที่ชัดเจน แต่ยังขาดการทำงานที่เป็นระบบ ดังนั้น ผู้บริหารและกลุ่มงานพัฒนาองค์กรควรกระตุ้นและสนับสนุนให้ทุกงานจัดทำ SOP ของการทำงานของกลุ่มงานที่ยังไม่มี ส่วนกลุ่มงานที่มีแล้ว ควรนำเอามาปรับปรุงให้ทันสมัย เพื่อก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงานสูงสุดต่อไป

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้จัดทำขอขอบคุณ นางอนงค์ศิลป์ ด่านไพบูลย์ รองผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 ที่กรุงเทพฯ เป็นที่ปรึกษาและให้ข้อเสนอแนะจัดทำรายงานการวิจัยครั้งนี้ ผ.ศ.ดร. อัจฉรา วัฒนภิญโญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ (หัวหน้าภาควิชา ภาควิชาภูมิศาสตร์) คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เป็นที่ปรึกษาในการใช้สถิติที่เกี่ยวข้องในการวิจัย การแปลผลทางสถิติ และการจัดทำรายงาน นางประภัสสร สุวรรณบงกช นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษที่ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะในการจัดทำเครื่องมือการเก็บข้อมูล และขอบคุณบุคลากรของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ ที่อนุเคราะห์ให้ข้อมูลการประเมินผล

## เอกสารอ้างอิง

- งามตา วรินทร์านนท์ และคนอื่นๆ. (2545). *การถ่ายทอดทางสังคมกับพัฒนาการของมนุษย์*. เอกสารคำสอนวิชาการ  
วป 581. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
- จุฑารัตน์ เขมากร. (2553) *ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการทำงานด้านความรับผิดชอบในการปฏิบัติงาน  
งานและด้านการมีส่วนร่วม ของบุคลากรสายสนับสนุนวิชาการ มหาวิทยาลัยศรีนครินทร-วิโรฒ*. กรุงเทพฯ:  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ .
- มยุรฉัตร สุขดำรงค์. (2547). *ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการทำงานสินเชื่ออย่างมีความรับผิดชอบของ  
เจ้าหน้าที่สินเชื่อ บมจ. ธนาคารกรุงไทย*. ปรินญาณพนธ์ วท.ม. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ:  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ดวงเดือน พันธุมนาวิน. (2543) . *ทฤษฎีต้นไม้อัจฉริยะธรรม: การวิจัยและการพัฒนาบุคคล*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ:  
สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Andrew F. Siegel. (1988). *Statistic and data analysis*. NY: John Wiley & Sons. Inc.
- Ophelia M. Mendoza. (1997). *Foundations of statistical analysis for the health sciences (vol. 1)*.  
Philippines: UP Manila.
- Yamane, Taro. (1967). *Statistics: An Introduction Analysis*. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Harper & Row.

# ผลกระทบของปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เขตสุขภาพที่ 1

## The effect of Risk Factors for Cerebrovascular Disease, Regional Health 1, Thailand

พิชญพร สายคำทอง	ส.บ.*	Pitsanuporn Saicamthon	B.P.H.
สิริหญิง ทิพศรีราช	วท.ม.*	Siriyong Tipsriraj	M.SC.
ขวัญใจ ไจแสน	ส.บ.*	Khwanjai Chaisaen	B.P.H.
ฐิติพงษ์ ยิ่งยง	พ.บ.**	Thitipong Yingyong	M.D.
กฤษณะ สุกวางค์	วท.บ.*	Kitsana sugawong	B.SC.

\* สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่

\*office of Prevention and Control,1 Chiangmai

\*\* สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

\*\*Bureau of Epidemiology,

### บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมอง มีปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะความดันเลือดสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน คอเลสเตอรอลในเลือดสูง และกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา โดยในประเทศไทย อัตราป่วยและอัตรามรณมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และเขตสุขภาพที่ 1 มีอัตราป่วยเป็นลำดับที่ 6 และอัตรามรณเป็นลำดับที่ 5 ของประเทศ ทั้งนี้หากมีการประเมินผลกระทบของปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคร่วมกับการดำเนินการอื่นๆ จะช่วยให้ผู้บริหารตัดสินใจกำหนดมาตรการที่จำเพาะต่อปัจจัยเสี่ยงที่มีผลกระทบสูงสุดต่อการป่วยและการตายของโรคหลอดเลือดสมอง และช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถปฏิบัติงาน การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวัดผลกระทบของปัจจัย ที่มีผลต่อการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยศึกษาที่ระบาดวิทยาเชิงพรรณนา ระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์ แบบ Case-Cohort study หาความสัมพันธ์ของปัจจัย และวัดผลกระทบของปัจจัยต่างๆ ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยการคำนวณ Attributable fraction among Exposed (AF<sub>e</sub>) และ Attributable fraction among Population (AF<sub>p</sub>) และ 95%CI ซึ่งเมื่อทำการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยง/โรคร่วม กับการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ของเขตสุขภาพที่ 1 พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับผู้ที่มีการป่วยด้วยโรคไต โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญ เมื่อนำปัจจัยเสี่ยง/โรคประจำตัวร่วมที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อวัดผลกระทบต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าโรคไต มีค่า AF<sub>e</sub> สูงที่สุด คิดเป็น 0.93 (95%CI, 0.86-0.97) และโรคความดันโลหิตสูง มีค่า AF<sub>p</sub> สูงที่สุด คิดเป็น 45.45 (95%CI,43.76-46.90) ถ้าหากทำให้ประชากร ไม่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงจะทำให้ผู้ป่วยลดลงได้มากที่สุด เท่ากับ 9,350 คน (95%CI, 9,003-9,650) ดังนั้นหากเขตสุขภาพที่ 1 สามารถมีมาตรการเพื่อลดจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ จะทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเสียชีวิตลดลง

**คำสำคัญ:** โรคหลอดเลือดสมอง ผลกระทบของปัจจัยเสี่ยง

## Abstract

Risk factors for Stroke include high blood pressure, cardiovascular disease, diabetes, high blood cholesterol, and behaviors such as smoking and drinking. In Thailand, Stroke morbidity and mortality rates are gradually increasing. Stroke situation in Regional Health 1 is ranked as 5<sup>th</sup> and 6<sup>th</sup> for mortality and morbidity rates. The impact evaluation of disease risk factors in relation to other activities promotes decision-making by related health personnel for more appropriate measures to help reduce morbidity and mortality of Stroke patients. This study proposed is to study the correlation of factors and measure the impact of factors that influence stroke in region health 1. Descriptive epidemiological study and analytical epidemiology Case-Cohort study of the correlation of factors measured the impact of various factors with the occurrence of stroke by calculating Attributable fraction among Exposed (AF<sub>e</sub>) and Attributable fraction among Population (AF<sub>p</sub>) and 95% CI. The result found that patients with stroke were significantly associated with kidney disease, cardiovascular, hypertension and diabetes. Among these factors, AF<sub>e</sub> in kidney disease showed highest of 0.93 (95%CI, 0.86-0.97) and hypertension have the highest of AF<sub>p</sub>, 45.45 (95%CI, 43.76-46.90). Prevention of hypertension in patients would lead to a drop of up to 9,350 (95% CI, 9,003-9,650). Therefore appropriate strategies are needed to combat with hypertension patients to prevent death in stroke patients in the area of Region Health 1.

**Key words:** Stroke, The impact of risk factors.

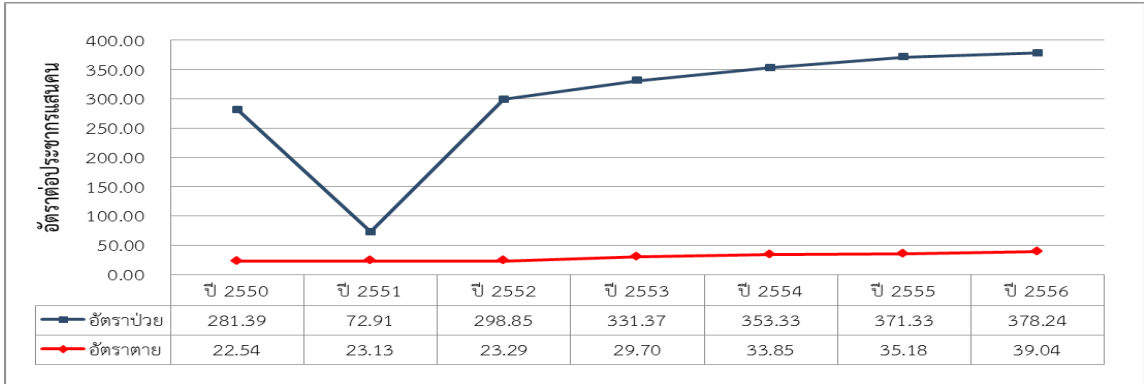
### บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease, Stroke) หมายถึง โรคที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดบริเวณสมอง ทำให้เกิดภาวะขาดเลือดของสมองจนเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต หรือการเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือทำให้เกิดความผิดปกติต่อสมองจำแนกเป็น 2 กลุ่ม (ศุภวรรณ มโนสุนทร, 2558) ได้แก่ กลุ่มโรคหลอดเลือดสมองตีบ (Ischemic stroke) พบประมาณ 70 - 75% ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด และกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) พบน้อยกว่าแต่มีความรุนแรงมากกว่าเป็นโรคที่พบบ่อยในประชากรสูงอายุทั่วโลกในประเทศทางตะวันตกพบเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 สำหรับประเทศไทยจากสถิติสาธารณสุข พ.ศ.2553 (Public Health Statistics A.D.2010) พบว่า โรคหลอดเลือดสมอง

เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 3 ในประชากรไทย (20.6 รายต่อประชากรแสนคน) และมีแนวโน้มว่าจะเพิ่มขึ้นสอดคล้องกับรายงานการศึกษาที่เป็นการศึกษาร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและองค์การอนามัยโลก โดยเป็นสาเหตุการเสียชีวิต ที่สำคัญอันดับ 1 ในเพศหญิงและอันดับ 2 ในเพศชาย นอกจากนี้ยังพบว่าโรคหลอดเลือดสมอง ยังเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Year) ที่สำคัญอันดับที่ 2 ทั้งในชายและหญิง (สวิง ปันจัยสิทธิ์, นครชัย เผื่อนปฐม และกุลพัฒน์ วีรสาร, 2556). ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภาวะความดันเลือดสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน คอเลสเตอรอลในเลือดสูง และกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่นการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา เป็นต้น (นิตยา พันธุเวทย์, 2558) ข้อมูลอัตราป่วยและอัตรารายด้วยโรคหลอดเลือดสมองใน

ประเทศไทย จากสำนักนโยบาย และยุทธศาสตร์ และอัตราการตายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากปีพ.ศ. 2550 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราป่วย - 2556 ดังรูปที่ 1

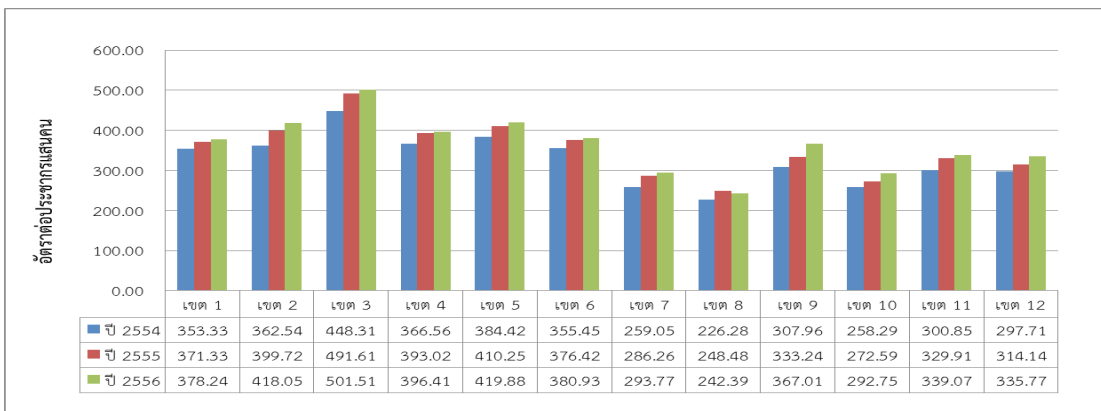
รูปที่ 1 อัตราป่วยและอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ของประเทศไทย ปีพ.ศ. 2550 - 2556



ที่มาของข้อมูล : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

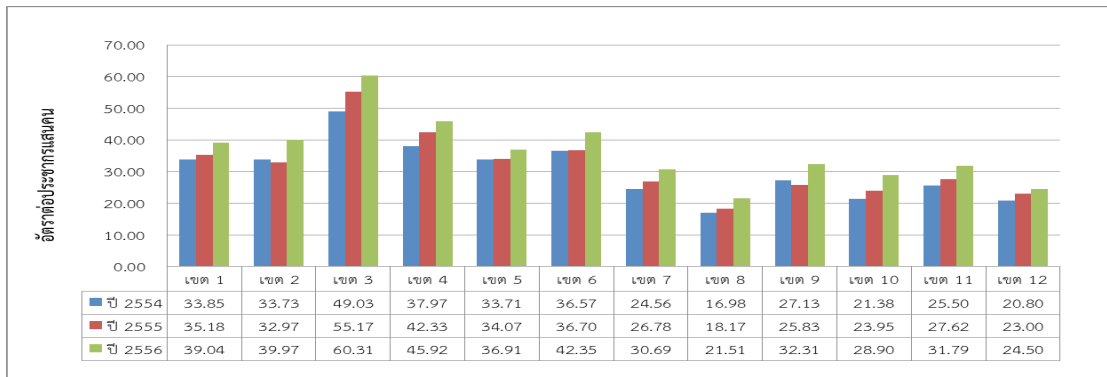
เมื่อพิจารณาอัตราป่วยและอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกรายเขตสุขภาพ พบว่า เขตสุขภาพที่ 1 มีอัตราป่วยเป็นลำดับที่ 6 และอัตราการตาย เป็นลำดับที่ 5 เมื่อเปรียบเทียบกับเขตสุขภาพต่างๆ ดังรูปที่ 2 และรูปที่ 3

รูปที่ 2 อัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกรายเขตสุขภาพ พ.ศ. 2554 - 2556



ที่มาของข้อมูล : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

รูปที่ 3 อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกรายเขตสุขภาพ พ.ศ. 2554 - 2556



ที่มาของข้อมูล : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

จากสภาพปัญหาของโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค จึงได้ทำการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ (Behavioral Risk Factors Surveillance System :BRFSS) ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ทำการสำรวจทั้งหมด 24 จังหวัดทั่วประเทศ และสำนักระบาดวิทยา ร่วมกับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 - 13 กรมควบคุมโรค ได้ทำการสำรวจเฉพาะบริเวณโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ทราบแนวโน้มของปัญหา ที่แท้จริง จากนโยบายคลินิก NCD คุณภาพ ที่มีเป้าหมายการดำเนินงานในปี 2557, 2558 และ 2559 ต้องประเมินให้ครบร้อยละ 100 ในปี 2559 ซึ่งปี 2558 เขตสุขภาพที่ 1 มีโรงพยาบาลที่รับการประเมินจำนวน 45 โรงพยาบาล ผ่านการประเมิน 44 โรงพยาบาล (วิไลพร พุทธรังค์ และคณะ, 2014) โดยเกณฑ์การประเมินเป็นการประเมินกระบวนการจัดการแต่ยังขาดการประเมินผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วย ทั้งนี้หากมีการประเมินผลกระทบของปัจจัยเสี่ยง ต่อการเกิดโรคร่วมด้วย จะช่วยให้ผู้บริหาร/ผู้ปฏิบัติงานสามารถตัดสินใจกำหนดมาตรการที่จำเพาะต่อปัจจัยเสี่ยงที่มีผลกระทบสูงสุดต่อการป่วยและการตายของโรค และจะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถปฏิบัติงานได้ภายในงบประมาณและเวลาที่จำกัดได้ดีขึ้น

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เขตสุขภาพที่ 1
2. เพื่อวัดผลกระทบของปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เขตสุขภาพที่ 1

### วิธีการศึกษา

1. ระบาดวิทยาเชิงพรรณนา
  - 1.1 การสำรวจเฉพาะบริเวณ เป็นการศึกษาภาคตัดขวางเชิงปริมาณ ทำการศึกษาในโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ และขนาดเล็ก ในพื้นที่ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน พิจารณาเลือกจังหวัดใหญ่และจังหวัดเล็กอย่างละ 1 จังหวัด จังหวัดใหญ่ ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ และจังหวัดเล็ก ได้แก่ จังหวัดแพร่ ซึ่งแต่ละจังหวัดเลือกโรงพยาบาล ดังนี้
    1. โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป
      - จังหวัดเชียงใหม่ ได้แก่ โรงพยาบาลนครพิงค์
      - จังหวัดแพร่ ได้แก่ โรงพยาบาลแพร่
    2. โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ (90 เตียงขึ้นไป)
      - จังหวัดเชียงใหม่ ได้แก่ โรงพยาบาลจอมทอง และสันป่าตอง
      - จังหวัดแพร่ ไม่มีโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่
    3. โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (30 - 60 เตียง)
      - จังหวัดเชียงใหม่ ได้แก่ โรงพยาบาลฮอด
      - จังหวัดแพร่ ได้แก่ โรงพยาบาลสูงเม่น ร้องกวาง

## หนองม่วงไข่ และวังชัน

ประชากรที่ทำการศึกษา เลือกจากการจัดเก็บข้อมูล 12 แฟ้มมาตรฐาน และ 18 แฟ้มมาตรฐาน ทั้งนี้ปีพ.ศ. 2553 มีการจัดเก็บข้อมูลในฐานะข้อมูลมาตรฐาน 12 แฟ้ม และปี 2556-2557 มีการพัฒนาการจัดเก็บข้อมูลจากฐานมาตรฐาน 12 แฟ้ม มาเป็น 18 แฟ้ม โดยทั้ง 12 แฟ้ม และ 18 แฟ้ม เป็นการบันทึกบริการรักษา ส่งเสริม ป้องกัน ฟันฟู ในสถานพยาบาลนั้นๆ โดยเลือกผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม ใน พ.ศ. 2553, 2556, 2557 และได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองทุกชนิด (ICD-10-TM I60 - I69, และ G45) ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ณ วันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก และมีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดที่ทำการศึกษ

โดยสำรวจเวชระเบียนจำนวน 257 รายต่อจังหวัดต่อปี ทั้งนี้ผู้ป่วยต้องไม่ซ้ำกัน และเก็บข้อมูลรายงานผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในสองกองทุน (กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและกองทุนสวัสดิการข้าราชการและครอบครัว) พ.ศ. 2550 - 2557 และแฟ้มข้อมูลทางการแพทย์และสุขภาพ (21 แฟ้ม) พ.ศ. 2555 - 2557 ของโรงพยาบาลที่ทำการสำรวจ

1.2 แหล่งข้อมูลอื่นๆ ได้แก่ ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ (BRFSS) สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

1.3 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ของข้อมูลทั่วไป โรคร่วม และพฤติกรรมเสี่ยง ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (จากการสำรวจเวชระเบียน) และกลุ่มประชากรทั่วไป (จาก BRFSS)

1.4 เครื่องมือที่ใช้: แบบสำรวจเวชระเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พ.ศ. 2553, 2556, 2557 และแบบสัมภาษณ์การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ 2558

## 2. ระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์

Case-Cohort study หาคความสัมพันธ์ของปัจจัย ได้แก่ โรคร่วมและพฤติกรรมเสี่ยง กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีนิยามดังนี้

ผู้ป่วย (Case) หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้จากการสำรวจ

## เวชระเบียนโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มเปรียบเทียบ (Cohort) หมายถึง ประชากรทั่วไปที่ได้จากการสำรวจ BRFSS

ดื่มสุรา หมายถึง คนที่ใน 12 เดือนที่ผ่านมาดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ สเปย์ สาโท น้ำตาลเมา ไวน์ อู กระเซ่ เป็นต้น และ ใน 30 วันที่ผ่านมาดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ตั้งแต่ 10 วันขึ้นไป

สูบบุหรี่ หมายถึง คนที่ตลอดช่วงชีวิตที่ผ่านมาเคยสูบบุหรี่มาแล้วมากกว่า 5 ซองหรือ 100 มวนหรือใช้ยาสูบอื่นๆ และปัจจุบันสูบบุหรี่หรือใช้ยาสูบ ยาเส้นอื่น ๆ ทุกวัน

มีโรคร่วม ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดหัวใจ ไขมันในเลือดสูง และโรคไตเรื้อรัง หมายถึง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ (ตามที่สำรวจพบในเวชระเบียน) หรือ ตอบคำถามใน BRFSS ว่าเคยถูกวินิจฉัยโดยแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขว่าป่วยเป็นโรคนั้นๆ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการคำนวณค่า Odds Ratio และ 95%CI โดยอาศัยการวิเคราะห์ข้อมูล BRFSS แบบถ่วงน้ำหนักโดยไม่ปรับค่า clustering effect

3. วัดผลกระทบของปัจจัยต่างๆ ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

โดยการคำนวณ Attributable fraction among Exposed (AF<sub>E</sub>) และ Attributable fraction among Population (AF<sub>P</sub>) และ 95%CI

## ผลการศึกษา

จากการศึกษาผลกระทบของปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เขตสุขภาพที่ 1 มีผลการศึกษาดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ป่วย (Case) กลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่ อยู่ในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 64.30 รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 50 - 59 ปี และ กลุ่มอายุ 40 - 49 ปี (ร้อยละ 23.50 และ 9.00 ตามลำดับ) และโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 56.19 รองลงมา คือ โรคเบาหวาน และโรคไขมันในเลือดผิดปกติ (ร้อยละ 18.56 และ 17.28 ตามลำดับ) ส่วนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่าส่วนใหญ่ไม่

สูบบุหรี่ ร้อยละ 78.03 รองลงมา คือ กลุ่มสูบเป็นประจำ และกลุ่มสูบเป็นบางครั้ง (ร้อยละ 15.30 และ 6.68 ตามลำดับ) และพฤติกรรมการดื่มสุรา ส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 76.24 รองลงมา คือ กลุ่มดื่มเป็นประจำ และกลุ่มดื่มเป็นบางครั้ง (ร้อยละ 14.70 และ 9.06 ตามลำดับ)

2. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเปรียบเทียบ (Cohort) กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 33.33 รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 15 - 19 ปี และกลุ่มอายุ 40 - 49 ปี (ร้อยละ 19.43 และ 13.96 ตามลำดับ) และโรคประจำตัว

ที่พบมากที่สุด คือ โรคไขมันในเลือดผิดปกติ ร้อยละ 22.50 รองลงมา คือ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 19.70 และ 9.00) ส่วนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่าส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 71.88 รองลงมา คือ กลุ่มสูบเป็นประจำ และกลุ่มเคยสูบแต่เลิกแล้ว (ร้อยละ 13.24 และ 10.59) และพฤติกรรมการดื่มสุรา ส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 51.60 รองลงมา คือ กลุ่มดื่มเป็นบางครั้ง และกลุ่มดื่มเป็นประจำ (ร้อยละ 37.15 และ 11.25 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของการสำรวจเวชระเบียนโรคหลอดเลือดสมอง ปี 2557 และการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงและการบาดเจ็บ ปี 2558 เขตสุขภาพที่ 1

ข้อมูล	การสำรวจเวชระเบียน โรคหลอดเลือดสมอง ปี 2557 จำนวน (ร้อยละ)	จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยง และการบาดเจ็บ ปี 2558 จำนวน (ร้อยละ)
จำนวนตัวอย่างทั้งหมด	1,794	1,920
<b>เพศ</b>		
- ชาย	1,000 (55.70)	960 (50.00)
- หญิง	785 (43.80)	960 (50.00)
- ไม่ระบุ	9 (0.50)	-
<b>กลุ่มอายุ (ปี)</b>		
- 15 - 29	19 (1.10)	373 (19.43)
- 30 - 39	36 (2.00)	266 (13.85)
- 40 - 49	162 (9.00)	268 (13.96)
- 50 - 59	421 (23.50)	373 (19.43)
- 60 ปีขึ้นไป	1,153 (64.30)	640 (33.33)
- ไม่ระบุ	3 (0.20)	-
<b>โรคประจำตัวรวม</b>		
- เบาหวาน	333 (18.56)	173 (9.00)
- ความดันโลหิตสูง	1,008 (56.19)	378 (19.70)
- โรคหัวใจและหลอดเลือด	155 (8.64)	19 (1.00)
- ไขมันในเลือดผิดปกติ	310 (17.28)	432 (22.50)
- โรคไตเรื้อรัง	105 (5.85)	8 (0.40)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของการสำรวจเวชระเบียนโรคหลอดเลือดสมอง ปี 2557 และการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงและการบาดเจ็บ ปี 2558 เขตสุขภาพที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูล	การสำรวจเวชระเบียน โรคหลอดเลือดสมอง ปี 2557 จำนวน (ร้อยละ)	จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยง และการบาดเจ็บ ปี 2558 จำนวน (ร้อยละ)
<b>การสูบบุหรี่</b>		
- สูบเป็นประจำ	158 (15.30)	250 (13.24)
- สูบเป็นบางครั้ง	69 (6.68)	81 (4.29)
- เคยสูบแต่เลิกแล้ว	-	200 (10.59)
- ไม่สูบบุหรี่	806 (78.03)	1357 (71.88)
<b>การดื่มสุรา</b>		
- ดื่มเป็นประจำ	151 (14.70)	211 (11.25)
- ดื่มเป็นบางครั้ง	93 (9.06)	697 (37.15)
- ไม่ดื่ม	783 (76.24)	968 (51.60)

เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยง/โรคร่วม กับการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ของเขตสุขภาพที่ 1 พบว่า 1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีประวัติป่วยด้วยโรคไตเป็น 14.86 เท่า ของผู้ที่ไม่ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.000$ ) 2) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีประวัติป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็น 9.46 เท่า

ของผู้ที่ไม่ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.000$ ) 3) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีประวัติป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเป็น 5.23 เท่าของผู้ที่ไม่ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.000$ ) 4) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีประวัติป่วยด้วยโรคเบาหวานเป็น 2.30 เท่า ของผู้ที่ไม่ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.000$ )

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยง/โรคร่วม กับการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เขตสุขภาพที่ 1

ปัจจัย	ปัจจัยเสี่ยง/โรคร่วม ของผู้ป่วย (Case)		ปัจจัยเสี่ยง/โรคร่วมของ กลุ่มเปรียบเทียบ (Cohort)		OR (95%CI)	p
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี		
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)		
สูบบุหรี่	227 (21.97)	806 (78.03)	331 (19.61)	1357 (80.39)	1.16 (0.95-1.40)	0.138
ดื่มสุรา	244 (23.76)	783 (76.24)	908 (48.40)	968 (51.60)	0.33 (0.28-0.39)	0.000

ปัจจัย	ปัจจัยเสี่ยง/โรคร่วม ของผู้ป่วย (Case)		ปัจจัยเสี่ยง/โรคร่วมของ กลุ่มเปรียบเทียบ (Cohort)		OR (95%CI)	p
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี		
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)		
ความดันโลหิตสูง	1008 (56.19)	786 (43.81)	378 (19.69)	1542 (80.31)	5.23 (4.52-6.05)	0.000
หัวใจและหลอดเลือด	155 (8.64)	1639 (91.36)	19 (1.00)	1901 (99.00)	9.46 (5.85-5.31)	0.000
ไขมันในเลือดผิดปกติ	310 (17.28)	1484 (82.72)	432 (22.50)	1488 (77.50)	0.72 (0.61-0.85)	0.000
โรคไต	105 (5.85)	1689 (84.15)	8 (0.42)	1912 (99.58)	14.86 (7.22-30.58)	0.000

เมื่อนำปัจจัยเสี่ยง/โรคประจำตัวร่วมที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง มาวัดผลกระทบต่อการศึกษาเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Measure of impact) โดยการคำนวณหาค่า Attributable fraction among Exposure (AF<sub>e</sub>) และ Attributable fraction

among Population (AF<sub>p</sub>) พบว่าโรคไต มีค่า AF<sub>e</sub> สูงที่สุด คิดเป็น 0.93 (95%CI, 0.86-0.97) และโรคความดันโลหิตสูง มีค่า AF<sub>p</sub> สูงที่สุด คิดเป็น 45.45 (95%CI, 43.76-46.90) ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ค่า Attributable fraction among Exposure (AF<sub>e</sub>) และ Attributable fraction among Population (AF<sub>p</sub>) จำแนกตามปัจจัยเสี่ยง/โรคประจำตัวร่วมต่อการป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เขตสุขภาพที่ 1

ปัจจัย	ความชุกของปัจจัยใน กลุ่มผู้ป่วย	AF <sub>e</sub>		AF <sub>p</sub>	
		ค่า AF <sub>e</sub>	95%CI	ค่า AF <sub>p</sub>	95%CI
		เบาหวาน	18.56	0.57	0.47-0.64
ความดันโลหิตสูง	56.19	0.81	0.78-0.83	45.45	43.76-46.90
หัวใจและหลอดเลือด	8.64	0.89	0.83-0.93	7.73	7.16-8.08
โรคไต	5.85	0.93	0.86-0.97	5.46	5.04-5.66

จำนวนผู้ป่วยที่คาดว่าจะลดลงหากไม่มีปัจจัยเสี่ยงในประชากร (Attributable Number) เมื่อสมมุติว่าปัจจัยอื่นๆ ไม่เปลี่ยนแปลง จากจำนวนผู้ป่วยของเขตสุขภาพที่ 1 ที่มีในปัจจุบันคือ 20,574 คน (ข้อมูล 43 แฟ้ม ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 ของสำนักงานนโยบายและ

ยุทธศาสตร์ (ICD-10-TM I60-I69, และ G45) ซึ่งถ้าหากทำให้ประชากรในเขตสุขภาพที่ 1 ไม่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงจะทำให้ผู้ป่วยลดลงได้มากที่สุด เท่ากับ 9,350 คน (95%CI, 9,003 – 9,650) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การคาดการณ์จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อปัจจัยเสี่ยง/โรคร่วม เขตสุขภาพที่ 1

ปัจจัย	ความชุกของปัจจัยในประชากร (ร้อยละ)	จำนวนผู้ป่วยที่คาดว่าจะลดลง (และ 95% CI)
เบาหวาน	9.01	2,158 (1,798-2,455)
ความดันโลหิตสูง	19.69	9,350 (9,003-9,650)
หัวใจและหลอดเลือด	1.00	1,590 (1,474-1,661)
โรคไต	0.42	1,123 (1,037-1,164)

### สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาผู้ทำการศึกษาของอภิปรายผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

การหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า เมื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยง/โรคร่วม กับการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีประวัติป่วย ด้วยโรคไต โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อนำปัจจัยเสี่ยง/โรคร่วมที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมาวัดผลกระทบต่อ การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Measure of impact) พบว่า โรคความดันโลหิตสูง มีค่า AFp สูงสุด หมายถึงโรคความดันโลหิตสูงมีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มประชากรในเขตสุขภาพที่ 1 มากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิลเลอร์ พุทธรังค์ และคณะ (2014) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีไขมันในเลือดสูงมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจากปัจจัยทั้ง 2 อาจมีผลทำให้เส้นเลือดที่ไปเลี้ยงสมองเกิดการตีบตัน จนนำไปสู่อาการเส้นเลือดในสมองตีบ ถ้าหากเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังดำเนินการตามมาตรการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงอย่างจริงจัง จะสามารถทำให้จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลดลงได้มากที่สุด เท่ากับ 9,350 คน

ข้อจำกัดการเก็บข้อมูลจากทะเบียนอาจไม่ได้ข้อมูลครบตามที่ผู้ศึกษาต้องการ เนื่องจากการบันทึกข้อมูลของผู้ปฏิบัติงานอาจไม่ครบถ้วนทุกตัวแปรที่

ผู้ศึกษาต้องการศึกษา เช่น ตัวแปรของการสูบบุหรี่ ตัวแปรการดื่มสุรา เป็นต้น

### ข้อเสนอแนะ

1. ถ้าเขตสุขภาพที่ 1 จะวางแผนงาน/ดำเนินการต่างๆ เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมุ่งเน้นที่การดำเนินมาตรการ/นโยบายเพื่อลดจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ อาจทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ลดลงได้ถึง 9,350 ราย จาก 20,574 ราย

2. ปัจจัยด้านโรคร่วมมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 1 โดยโรคร่วมที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจและหลอดเลือด และโรคไต ถ้าหากป้องกันไม่ให้เกิดประชาชนในพื้นที่ป่วยด้วยโรคเหล่านี้ได้ ก็อาจจะสามารถลดจำนวนผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองลงได้

3. ข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยควรมีการบันทึกข้อมูลปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงาน/เจ้าหน้าที่รับผิดชอบ สามารถนำข้อมูลมาใช้ประกอบการดำเนินงานด้านการป้องกันโรคในอนาคตได้อย่างครอบคลุม

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่จากกลุ่มระบาดวิทยาและข่าวกรอง กลุ่มพัฒนาภาคีเครือข่าย สังกัดสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ เจ้าหน้าที่สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ และแพทย์เจ้าหน้าที่

สังกัดสำนักโรคไม่ติดต่อ และสำนักโรคระบาดวิทยา ที่ร่วมดำเนินการและสนับสนุนข้อมูลการสำรวจเวชระเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ (BRFSS) และขอขอบคุณคณะผู้เชี่ยวชาญจากสำนักโรคระบาดวิทยาที่ถ่ายทอดความรู้ในการจัดทำรายงาน รวมถึงแพทย์หญิง

ดารินทร์ อารีโยคชัย ที่ให้ข้อเสนอแนะสำหรับการจัดทำรายงานฉบับนี้ และหัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาภาคีเครือข่าย หัวหน้ากลุ่มโรคระบาดวิทยาและข่าวกรอง และผู้บริหารของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ ที่สนับสนุนให้มีการจัดทำรายงานฉบับนี้ขึ้น

## เอกสารอ้างอิง

- นิตยา พันธุเวทย์. ประเด็นสารบรรณรณรงค์วันอัมพาตโลก ปีพ.ศ. 2557 (ปีงบประมาณ 2558) [online] 2558 สืบค้นเมื่อ 27 พ.ย. 2558; แหล่งข้อมูล URL: <http://thaincd.com/document/file/download/knowledge/>
- วิไลพร พุทธวงศ์ และคณะ. ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดพะเยา. *Journal of Public Health*. 2014; 44(1):39-40.
- ศุภวรรณ มโนสุนทร. (2558). รายงานการพยากรณ์โรคหลอดเลือดสมอง [online] สืบค้นเมื่อ 27 พ.ย. 2558. แหล่งข้อมูล URL: [www.interfetp thailand.net/forecast/files/report\\_2014/report\\_2014\\_no20.pdf](http://www.interfetp thailand.net/forecast/files/report_2014/report_2014_no20.pdf)
- สวิง ปันจัยสิทธิ์, นครชัย เผื่อนปฐม, กุลพัฒน์ วีรสาร. (2556). แนวทางเวชปฏิบัติโรคหลอดเลือดสมองแตก สำหรับแพทย์. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส จำกัด.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. 2558. สถิติสาธารณสุข 2557. เอกสารออนไลน์ [สืบค้นเมื่อวันที่ 16 ม.ค. 2559]; แหล่งข้อมูล URL: [http://bps.moph.go.th/new\\_bps/sites/default/files/health\\_statistics2557.pdf](http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/health_statistics2557.pdf)

ความรู้ การปฏิบัติ และความคิดเห็นต่อกระบวนการแก้ไขปัญหาของชุมชนด้วย  
กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research)  
เพื่อป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบล น้ำดิบ อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน  
Knowledge, practice and attitude on participatory action  
research (PAR) on Dengue prevention and control in  
Namdip sub-district, Pasang district. Lamphun province.

กานต์ธีรา เรืองเจริญ	พย.ม*	Kantheera Rueangcharoen,	RN, M.N.S*
วรรณภา สุวรรณเกิด	PhD*	Wannapa Suwonkerd,	PhD.*

\*สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 จังหวัดเชียงใหม่ Office of Disease Prevention and Control 1, Chiang Mai

## บทคัดย่อ

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคที่มีุงกลายเป็นพาหะนำโรค การป้องกันควบคุมโรค จึงต้องอาศัยความร่วมมือ ในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุง ในปี (สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง, 2555) (สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง, ม.ป.ป.) อ.ป่าซาง จ.ลำพูน มีรายงานโรคไข้เลือดออกสูงที่สุดในจังหวัดลำพูน สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลงร่วมกับสาธารณสุข จังหวัดลำพูน และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 ได้ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) เพื่อแก้ปัญหาไข้เลือดออก โดยดำเนินการระหว่างปีงบประมาณ 2553 - 2555 (บุษบง เจาทานนท์, 2555.) การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบความรู้ การป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือด ออก และความยั่งยืนของกระบวนการแก้ไขปัญหาแบบมีส่วนร่วม ภายหลังกิ้นสุดโครงการฯ ไปแล้ว 3 ปี ใน 6 หมู่บ้าน ต.น้ำดิบ อ.ป่าซาง จ.ลำพูน ทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย โดยคำนวณตัวอย่างจากการประมาณสัดส่วน ของประชากร ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 660 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสำรวจข้อมูลความคิดเห็น ความรู้ และการปฏิบัติ ที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.88 ข้อมูลทั่วไป ความคิดเห็นต่อการแก้ปัญหาแบบมี ส่วนร่วม ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก และการป้องกันควบคุมพาหะนำโรค การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิง พรรณนา และสถิติไคสแคว์ ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสำรวจเป็นเพศหญิงร้อยละ 56.2 ร้อยละ 38.5 ของกลุ่มอายุระหว่าง 51-60 ปี ทุกคนรับรู้ถึงการดำเนินโครงการฯ ในปี 2553 - 2555 และมีส่วนเข้าร่วมใน กิจกรรมต่างๆ ของโครงการฯ (87.4%) ด้านความคิดเห็นต่อกระบวนการแก้ปัญหาแบบมีส่วนร่วมตามโครงการ ป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกนั้น ส่วนใหญ่เห็นว่า ควรให้ความสำคัญกับการปฏิบัติและเรียนรู้ร่วมกันของคนใน ชุมชน เป็นอันดับแรก (78.8%) รองลงมาเป็นการสร้างความตระหนักให้คนในชุมชนตื่นตัวและเข้มแข็ง (65.6%) การพัฒนาคนเพื่อใช้ปัญญาในการแก้ไขปัญหา (55.0%) และการสร้างจิตอาสาในชุมชน (48.6%) ตามลำดับ กลุ่ม ตัวอย่างทุกรายยังคงมีความรู้ ทราบอาการ การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก และยังคงมีการปฏิบัติเพื่อกำจัด ลูกน้ำ ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย และมีการแนะนำกระบวนการแก้ปัญหาแบบมีส่วนร่วมไปใช้ในชุมชนอื่นด้วย จึงควรมีการนำกระบวนการแก้ปัญหาแบบมีส่วนร่วมนี้เป็นต้นแบบ และขยายผลไปสู่ชุมชนอื่นต่อไป

**คำสำคัญ :** ความรู้ การปฏิบัติ การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก กระบวนการแก้ปัญหาแบบมีส่วนร่วม

## Abstract

Dengue fever is transmitted by infected *Aedes* mosquitoes; reduction larva breeding sites needed community participation. In 2007 Pasang district, Lamphun province had highest reported dengue cases. Bureau of Vector Borne Diseases, Lamphun Provincial Health Office, and the Office of Disease Prevention and Control 1, has implemented the Participatory Action Research (PAR) to combat with Dengue fever during 2010 – 2012. This study aimed to determine knowledge, practice on prevention and control dengue fever as well as sustainability on problems solving after PAR project was finished for three years. Study areas were six villages of Namdip sub-district, Pasang district, Lamphun province. Sample was calculated by estimating the proportion of the population, as a total 660 people were included in this study. Structured questionnaire with a correlation coefficient of 0.88 were used as a tool, it consists of general information, opinion on PAR activities, knowledge of dengue fever, dengue vector prevention and control. Data were analyzed by descriptive statistics, Chi-square test. The results found 56.2% were female, age between 51-60 years (38.5%) and 87.4% has participated in various activities of the previous PAR project during 2010 to 2012. Taking into account of their opinion on community participation results found that respondents have a good attitude on PAR activities, 78.8% of them have participated with the previous project. Moreover, 78.8% thought that participatory and learning together in communities are most importance followed by community awareness (65.6%), convince people to understand their community problems (55.0%) and building a volunteer in the community (48.6%). All of the respondents included in the survey have knowledge on symptoms, prevention and control of dengue fever and still participate on mosquito larva source elimination, they were also introduced these activities to the nearby communities. Thus the community participation model should expand to other communities.

**Key words:** Knowledge, practice, Persistence, prevention and control of dengue

### บทนำ

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคที่มีอยู่กลายเป็นพาหะนำโรค ซึ่งชอบวางไข่ในน้ำนิ่งและสะอาด พบว่ายุ่งลายเพศเมียสามารถถ่ายทอดเชื้อไวรัสเด็งกีจากแม่ไปสู่ลูกได้โดยผ่านทางไข่ (trans ovarian) ยังไม่มีวัคซีนป้องกันโรค ไข้เลือดออกที่มีประสิทธิภาพป้องกันเชื้อไวรัสไข้เลือดออกได้ทั้ง 4 สายพันธุ์ในวัคซีนเข็มเดียวกัน (Devine GJ, Perea EZ, Killeen GF, Stancil JD, Clark SJ, and Morrison AC. ,2009) การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกจึงต้องอาศัยประชาชนในชุมชนกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย (สำนัก

โรคติดต่อฯ โดยแมลง, 2555) (บุญเสริม อ่วมอ่อง, 2555) (สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง, ม.ป.ป.) สืบเนื่องจากในปี 2550 อ.ป่าซาง จ.ลำพูน มีรายงานโรคไข้เลือดออกสูงที่สุดในจังหวัดลำพูน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน, 2552) สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลงร่วมกับสาธารณสุขจังหวัดลำพูนและสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ จึงใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) เพื่อติดอาวุธทางปัญญาให้ชุมชนมองเห็นปัญหาและหาวิธีแก้ไขปัญหามาได้บริบทของชุมชนเอง โดยดำเนินการระหว่าง

ปีงบประมาณ 2553 – 2555 ซึ่งพบว่าชุมชนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาไข้เลือดออกและสามารถนำกระบวนการแก้ไขปัญหาแบบมีส่วนร่วมไปขยายผลเพื่อแก้ปัญหาอื่นๆ ในชุมชนอย่างต่อเนื่อง จนเกิดโครงการต่างๆของชุมชนอย่างต่อเนื่อง (บุษบง เจาทานนท์, 2555) การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการ “ประสิทธิผลการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกรูปแบบตำบลนำดิบภาคเหนือของประเทศไทย”

**วัตถุประสงค์**

เพื่อทราบความรู้ การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออก ภายหลังจากสิ้นสุดกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมฯ

**วิธีการศึกษา**

ดำเนินการศึกษาใน 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ความคิดเห็นต่อการแก้ปัญหา ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก พฤติกรรมการป้องกันควบคุมพาหะนำโรค

ใน 6 หมู่บ้าน ต.น้ำดิบ อ.ป่าซาง จ.ลำพูน ทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) โดยคำนวณตัวอย่างที่จะสุ่มจากการประมาณสัดส่วนของประชากร ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 660 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสำรวจข้อมูลความคิดเห็น ความรู้ และการปฏิบัติ ที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.88

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และส่วนของความคิดเห็น ความรู้ และการปฏิบัติ เปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติไคสแควร์

**ผลการศึกษา**

1. ข้อมูลทั่วไปตารางที่ 1 แสดงจำนวน (ร้อยละ) ของกลุ่มตัวอย่างรายหมู่บ้าน จำแนกตามข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ ระดับการศึกษา และอาชีพ

**ตารางที่ 1** แสดงจำนวน (ร้อยละ) ของกลุ่มตัวอย่างรายหมู่บ้าน จำแนกตามข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ ระดับการศึกษา และอาชีพ

ข้อมูลทั่วไป	พื้นที่เข้าร่วมโครงการ (ร้อยละ)						รวม n = 660
	หมู่ 1 n = 112	หมู่ 2 n = 150	หมู่ 9 n = 141	หมู่ 10 n = 76	หมู่ 11 n = 81	หมู่ 14 n = 100	
เพศ ชาย	30 (26.8)	36 (24.0)	84 (59.6)	42 (55.3)	45 (55.6)	52 (52.0)	289 (43.8)
หญิง	82 (73.2)	114 (76.0)	57 (40.4)	34 (44.7)	36 (44.4)	48 (48.0)	371 (56.2)
อายุ 21-30 ปี	6 (5.4)	4 (2.7)	-	1 (1.3)	9 (11.1)	3 (3.0)	23 (3.5)
31-40 ปี	3 (2.7)	15 (10.0)	3 (2.1)	11 (14.5)	11 (13.6)	9 (9.0)	52 (7.9)

**ตารางที่ 1** แสดงจำนวน (ร้อยละ) ของกลุ่มตัวอย่างรายหมู่บ้าน จำแนกตามข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ ระดับการศึกษา และอาชีพ (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	พื้นที่เข้าร่วมโครงการ (ร้อยละ)						รวม n = 660
	หมู่ 1 n = 112	หมู่ 2 n = 150	หมู่ 9 n = 141	หมู่ 10 n = 76	หมู่ 11 n = 81	หมู่ 14 n = 100	
อายุ 41-50 ปี (ต่อ)	23 (20.5)	31 (20.7)	27 (19.1)	16 (21.1)	24 (29.6)	32 (32.0)	153 (23.2)
51-60 ปี	55 (49.1)	64 (42.7)	58 (41.1)	24 (31.6)	20 (24.7)	33 (33.0)	254 (38.5)
มากกว่า 60 ปี	25 (22.3)	36 (24.0)	53 (37.6)	24 (31.6)	17 (21.0)	23 (23.0)	178 (27.0)
การศึกษา ไม่ได้ศึกษา	3 (2.7)	-	-	-	2 (2.5)	3 (3.0)	8 (1.2)
ประถมศึกษา	85 (75.9)	121 (80.7)	91 (64.5)	52 (68.4)	39 (48.1)	75 (75.0)	463 (70.2)
มัธยมศึกษา	19 (16.9)	23 (15.3)	34 (24.2)	20 (26.4)	34 (42.0)	21 (21.0)	151 (22.8)
ปริญญาตรี/สูงกว่า	5 (4.5)	6 (4.0)	16 (11.3)	4 (5.2)	6 (7.4)	1 (1.0)	38 (5.8)
อาชีพไม่ได้ประกอบอาชีพ	-	4 (2.7)	1 (0.7)	1 (1.3)	-	1 (1.0)	7 (1.1)
เกษตรกร	20 (17.9)	49 (32.7)	39 (27.7)	33 (43.4)	23 (28.4)	22 (22.0)	186 (28.2)
รับจ้าง	80 (71.4)	85 (56.7)	54 (38.3)	27 (35.5)	23 (28.4)	74 (74.0)	343 (52.0)
ราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	2 (1.8)	1 (0.7)	4 (2.8)	2 (2.6)	8 (9.9)	1 (1.0)	18 (2.7)
ค้าขาย	10 (8.9)	11 (7.3)	43 (30.5)	13 (17.1)	27 (33.3)	2 (2.0)	106 (16.1)

กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสำรวจส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 56.2) กลุ่มอายุระหว่าง 51 – 60 ปี (ร้อยละ 38.5) การศึกษาระดับ ประถมศึกษา (ร้อยละ 70.2) และมีอาชีพรับจ้างมากที่สุด (ร้อยละ 52.0)

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน (ร้อยละ) ของกลุ่มตัวอย่างรายหมู่บ้าน จำแนกตามข้อมูลสมาชิกในครัวเรือน และความสัมพันธในครัวเรือน

ข้อมูลครัวเรือน	พื้นที่เข้าร่วมโครงการ (ร้อยละ)						รวม n = 660
	หมู่ 1 n = 112	หมู่ 2 n = 150	หมู่ 9 n = 141	หมู่ 10 n = 76	หมู่ 11 n = 81	หมู่ 14 n = 100	
จำนวนสมาชิกในครัวเรือน							
อยู่คนเดียว	12 (10.7)	10 (6.7)	15 (10.6)	18 (23.7)	11 (13.6)	11 (11.0)	77 (11.7)
2-3 คน	67 (59.8)	83 (55.3)	52 (36.9)	37 (48.7)	40 (49.4)	41 (41.0)	320 (48.5)
4-6 คน	33 (29.5)	55 (36.7)	68 (48.2)	20 (26.3)	27 (33.3)	47 (47.0)	250 (37.9)
มากกว่า 6 คน	-	2 (1.3)	6 (4.3)	1 (1.3)	3 (3.7)	1 (1.0)	13 (2.0)
สถานะในครัวเรือน							
เจ้าบ้าน	48 (42.9)	70 (46.7)	122 (86.5)	51 (67.1)	59 (72.8)	68 (68.0)	418 (63.3)
สมาชิกในครัวเรือน	64 (57.1)	80 (53.3)	19 (13.5)	25 (32.9)	22 (27.2)	32 (32.0)	242 (36.7)

จากตารางที่ 2 ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขนาดเล็ก และเป็นเจ้าบ้าน มีสมาชิกในครอบครัวจำนวน 2 – 3 คน

2. การรับรู้ถึงการดำเนินโครงการฯ และการมีส่วนร่วมของชุมชน

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน (ร้อยละ) ของกลุ่มตัวอย่าง ในการรับรู้ถึงการดำเนินโครงการฯ และการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน จำแนกรายหมู่บ้าน

การรับรู้ถึงการดำเนินงานโครงการฯ และการมีส่วนร่วม	จำนวนตัวอย่าง (ร้อยละ)						รวม n = 660
	หมู่ 1 n = 112	หมู่ 2 n = 150	หมู่ 9 n = 141	หมู่ 10 n = 76	หมู่ 11 n = 81	หมู่ 14 n = 100	
รับรู้ถึงการดำเนินงานโครงการ	112	150	141	76	81	100	660
“การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนฯ”	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)

การรับรู้ถึงการดำเนินงาน โครงการฯ และการมีส่วนร่วม	จำนวนตัวอย่าง (ร้อยละ)						รวม n = 660
	หมู่ 1 n = 112	หมู่ 2 n = 150	หมู่ 9 n = 141	หมู่ 10 n = 76	หมู่ 11 n = 81	หมู่ 14 n = 100	
มีส่วนร่วมเป็นเครือข่ายนักวิจัย	14 (12.5)	10 (6.7)	3 (2.1)	3 (3.9)	1 (1.2)	9 (9.0)	40 (6.1)
มีส่วนร่วมในกิจกรรมโครงการ	90 (80.4)	135 (90.0)	130 (92.2)	63 (82.9)	71 (87.7)	88 (88.0)	577 (87.4)

จากตารางที่ 3 เมื่อสอบถามถึงการรับรู้ถึงการดำเนินงานในโครงการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกราย (ร้อยละ 100.0) รับรู้ถึงการดำเนินงานโครงการฯ ใน

จำนวนดังกล่าวได้มีส่วนร่วมเป็นนักวิจัยชุมชน ร้อยละ 6.5 มีส่วนร่วมเป็นเครือข่ายนักวิจัย ร้อยละ 6.1 นอกนั้นได้มีส่วนร่วมเข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของการดำเนินโครงการ ร้อยละ 87.4

ตารางที่ 4 แสดงจำนวน (ร้อยละ) ของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน จำแนกตามลักษณะของกิจกรรม รายหมู่บ้าน

กิจกรรมการป้องกันควบคุม โรคไข้เลือดออก ในชุมชน	จำนวนตัวอย่าง (ร้อยละ)						รวม n = 660
	หมู่ 1 n = 112	หมู่ 2 n = 150	หมู่ 9 n = 141	หมู่ 10 n = 76	หมู่ 11 n = 81	หมู่ 14 n = 100	
1. การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ ยุงลาย และการจัดการ สิ่งแวดล้อมภายในบ้านและ ภายนอกบ้าน	112 (100.0)	150 (100.0)	141 (100.0)	76 (100.0)	81 (100.0)	100 (100.0)	660 (100.0)
2. การพูดคุย เผยแพร่ความรู้ เรื่องไข้เลือดออก ในชุมชน	-	148 (98.7)	-	33 (43.4)	46 (56.8)	84 (84.0)	311 (47.1)
3. การให้ความร่วมมือในการ แจ้งการเกิดโรค แก่ อสม. หรือผู้นำในหมู่บ้าน	-	127 (84.7)	2 (1.4)	49 (64.5)	33 (40.7)	84 (84.0)	295 (44.7)

จากตารางที่ 4 กิจกรรมการป้องกันควบคุมไข้เลือดออกในชุมชน ที่กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมมากที่สุดคือ การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย การจัดการสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้น่าอยู่ เป็นระเบียบเรียบร้อย และการจัดการสิ่งแวดล้อมนอกบ้าน เช่น จัดการใบไม้ที่ทับถมเพื่อกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย โดยมีส่วนร่วมใน

กิจกรรมทุกราย (ร้อยละ 100.0) รองลงมาเป็นกิจกรรมพูดคุย เผยแพร่ความรู้เรื่องไข้เลือดออกในชุมชน ร้อยละ 47.1 และให้ความร่วมมือในการแจ้งการเกิดโรคแก่อาสาสมัครสาธารณสุข หรือผู้นำในชุมชน ร้อยละ 44.7

3. ความคิดเห็นและการให้ความสำคัญต่อการแก้ปัญหาและทำงานในชุมชนอย่างมีส่วนร่วม

ตารางที่ 5 แสดงจำนวน (ร้อยละ) ของกลุ่มตัวอย่าง ความคิดเห็นและการให้ความสำคัญต่อการแก้ปัญหาและทำงานในชุมชนอย่างมีส่วนร่วม รายหมู่บ้าน

กระบวนการ/กิจกรรมที่มี ความจำเป็น เรียงตาม อันดับความสำคัญ	จำนวนตัวอย่าง (ร้อยละ)						รวม n = 660
	หมู่ 1 n = 112	หมู่ 2 n = 150	หมู่ 9 n = 141	หมู่ 10 n = 76	หมู่ 11 n = 81	หมู่ 14 n = 100	
อันดับ 1 : การปฏิบัติและเรียนรู้ร่วมกันของคนในชุมชน	53 (47.3)	150 (100.0)	98 (69.5)	48 (63.2)	72 (88.9)	99 (99.0)	520 (78.8)
อันดับ 2 : การสร้างความตระหนักให้คนในชุมชนตื่นตัวและเข้มแข็ง	32 (28.6)	147 (98.0)	8 (5.7)	72 (94.7)	81 (100.0)	93 (93.0)	433 (65.6)
อันดับ 3 : พัฒนาคนเพื่อใช้ปัญญาในการแก้ไขปัญหา	9 (8.0)	127 (84.7)	32 (22.7)	22 (28.9)	76 (93.8)	97 (97.0)	363 (55.0)
อันดับ 4 : การสร้างจิตอาสาในชุมชน	19 (17.0)	143 (95.3)	4 (2.8)	14 (18.4)	70 (86.4)	71 (71.0)	321 (48.6)

จากตารางที่ 5 ด้านความคิดเห็น และการให้ความสำคัญต่อการแก้ปัญหาและทำงานในชุมชนอย่างมีส่วนร่วม ต่อโครงการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน นั้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นว่าควรให้ความสำคัญกับ การปฏิบัติและเรียนรู้ร่วมกันของคนในชุมชน เป็นอันดับแรก (ร้อยละ 78.8) รองลงมา

เป็นการให้ความสำคัญกับ การสร้างความตระหนักให้คนในชุมชนตื่นตัวและเข้มแข็ง (ร้อยละ 65.6) การพัฒนาคนเพื่อใช้ปัญญาในการแก้ไขปัญหา (ร้อยละ 55.0) และการสร้างจิตอาสาในชุมชน (48.6) ตามลำดับ

4. ความรู้เกี่ยวกับไข้เลือดออก การป้องกันโรคไข้เลือดออก และพฤติกรรมกรรมการป้องกัน/กำจัดลูกน้ำ/ยุง

ตารางที่ 6 แสดงจำนวน (ร้อยละ) ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรู้เกี่ยวกับไข้เลือดออกและการป้องกันควบคุมโรค รายหมู่บ้าน

ความรู้เกี่ยวกับไข้เลือดออก และการป้องกันควบคุมโรค	จำนวนตัวอย่าง (ร้อยละ)						รวม n = 660
	หมู่ 1	หมู่ 2	หมู่ 9	หมู่ 10	หมู่ 11	หมู่ 14	
	n = 112	n = 150	n = 141	n = 76	n = 81	n = 100	
ทราบอาการของโรค	112 (100.0)	150 (100.0)	141 (100.0)	76 (100.0)	81 (100.0)	100 (100.0)	660 (100.0)
ทราบถึงการป้องกันควบคุมโรค	112 (100.0)	150 (100.0)	141 (100.0)	76 (100.0)	81 (100.0)	100 (100.0)	660 (100.0)
ทราบถึงแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย	112 (100.0)	142 (94.7)	139 (98.6)	76 (100.0)	67 (82.7)	76 (76.0)	612 (92.7)

จากตารางที่ 6 ความรู้เกี่ยวกับไข้เลือดออก และการป้องกันควบคุมโรคใช้เลือดออก กลุ่มตัวอย่างทุกราย (ร้อยละ 100.0) มีความรู้และทราบอาการของโรคใช้

เลือดออก รวมทั้งทราบถึงการป้องกันควบคุมโรค โดย ร้อยละ 92.7 ทราบถึงแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย

5. ด้านพฤติกรรมกรรมการกำจัดลูกน้ำ และการป้องกันยุงกัด

ตารางที่ 7 แสดงจำนวน (ร้อยละ) ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมกรรมการกำจัดลูกน้ำ และการป้องกันยุงกัด รายหมู่บ้าน

พฤติกรรมกรรมการกำจัดลูกน้ำ และการป้องกันยุงกัด	จำนวนตัวอย่าง (ร้อยละ)						รวม n = 660
	หมู่ 1	หมู่ 2	หมู่ 9	หมู่ 10	หมู่ 11	หมู่ 14	
	n = 112	n = 150	n = 141	n = 76	n = 81	n = 100	
การกำจัดลูกน้ำแหล่งเพาะพันธุ์ยุง	112 (100.0)	150 (100.0)	141 (100.0)	76 (100.0)	81 (100.0)	100 (100.0)	660 (100.0)
การป้องกันยุงกัดด้วยวิธีกายภาพ	112 (100.0)	150 (100.0)	141 (100.0)	75 (98.7)	80 (98.8)	100 (100.0)	658 (99.7)
การป้องกันยุงกัดโดยใช้สมุนไพร/สารเคมี	112 (100.0)	112 (74.7)	137 (97.2)	62 (81.6)	71 (87.7)	100 (100.0)	594 (90.0)

จากตารางที่ 7 กลุ่มตัวอย่างทุกราย (ร้อยละ 100.0) มีพฤติกรรมกรรมการกำจัดลูกน้ำ แหล่งเพาะพันธุ์ยุง โดยวิธีต่างๆ ได้แก่ การขัดล้างภายในภาชนะกักเก็บน้ำ การเปลี่ยนน้ำในแจกัน จานรองกระถาง ที่พักน้ำและภาชนะรองรับน้ำต่างๆ ทุกสัปดาห์ ปิดฝาภาชนะที่มีน้ำ

ให้มิดชิด ปล่อยปลาในลูกน้ำในภาชนะที่ไม่สามารถปิดฝาได้ ตักลูกน้ำยุงออกจากภาชนะที่กักเก็บน้ำ ใส่ทรายเคลือบสารเคมีลงในภาชนะที่เก็บน้ำ รวมทั้งการกำจัด/ทำลายภาชนะที่กักเก็บน้ำได้ซึ่งไม่ใช่แล้ว

การป้องกันยุงกัด พบว่า มีการใช้ทั้งวิธีกายภาพ เช่น การนอนในมุ้ง ตัดมุ้งลวดที่หน้าต่าง ประตู การเปิดพัดลม และสวมใส่เสื้อผ้าให้มิดชิด (ร้อยละ 99.7) และ การใช้สมุนไพร/สารเคมีต่างๆ ได้แก่ การใช้สมุนไพรขับไล่ยุง ใช้ยากากันยุง ยาจุดกันยุง และการฉีดพ่นด้วยน้ำยา/สเปรย์ฆ่ายุง (ร้อยละ 90.0)

### วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

การศึกษาเพื่อทราบความรู้ การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออก ภายหลังสิ้นสุดกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมฯ โดยการใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล โดยมีกลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลรวมทั้งหมดจำนวน 660 ราย ผลการรวบรวม วิเคราะห์ ข้อมูลพบว่า ผู้ให้ข้อมูลร้อยละ 56 เป็นเพศหญิง โดยร้อยละ 70.2 ของผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดมีการศึกษาระดับประถมศึกษา และมีอาชีพรับจ้างร้อยละ 52.0 ซึ่งร้อยละ 87.4 ของกลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงการดำเนินงานระหว่างปี 2553-2555 และมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ทั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นประชาชนและแกนนำในชุมชนยังคงมีความรู้ และการปฏิบัติเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาไข้เลือดออกในชุมชนอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน โดยมีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกและการป้องกันโรคไข้เลือดออกมากที่สุด คือร้อยละ 100 ในขณะที่ความรู้เกี่ยวกับการทราบถึงแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ร้อยละ 92.7 ซึ่งขัดแย้งกับข้อมูลจากตารางที่ 1 เรื่อง การมีส่วนร่วมในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย และการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในบ้านและภายนอกบ้าน ถึงร้อยละ 100 แสดงว่า ทุกคนมีการร่วมกิจกรรมแต่บางส่วนไม่ทราบถึงแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ซึ่งจะส่งผลให้การกำจัดลูกน้ำยุงลายได้อย่างไม่มีประสิทธิภาพ แต่ในการศึกษานี้ ไม่ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลของความรู้กับผลการสำรวจลูกน้ำยุงลายในพื้นที่ ทั้งนี้การกำจัดยุงลายที่ดีที่สุด คือ การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย และนับว่าเป็นกิจกรรมหลัก

ในการรณรงค์ ในหลายประเทศที่ผ่านมามีการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกจะดำเนินการโดยภาครัฐ โดยเฉพาะการพ่นสารเคมีกำจัดแมลง เพื่อลดอายุขัยและลดประชากรยุงลายที่มีเชื้อไวรัสไข้เลือดออก (Achee et. al. 2015) ซึ่งมีข้อจำกัดเช่นการรู้ซำจากสาเหตุการสอบสวนโรคซ้ำ หรือจากสาเหตุอื่น อาจทำให้มาตรการนี้ได้ผลไม่เต็มที่ การกำจัดยุงลายที่ดีที่สุดจะต้องเป็นแบบ bottom up คือประชาชนทุกคนชุมชนทุกชุมชนต้องมีส่วนร่วมดูแลบ้านและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ โดยทำต่อเนื่องตามรอบวงจรชีวิตของยุงลายคือต้องดำเนินการทุกสัปดาห์ การควบคุมยุงลายจึงจะประสบความสำเร็จได้ (Kitayapong et. al., 2006; Phunukoonnon, Mueller, and Bryan, 2005) สำหรับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออก พบกลุ่มตัวอย่างทำการกำจัดลูกน้ำ แหล่งเพาะพันธุ์ยุง ร้อยละ 100 การป้องกันยุงกัดด้วยวิธีกายภาพ ร้อยละ 99.7 และการป้องกันยุงกัดโดยใช้สมุนไพร/สารเคมี ร้อยละ 90.0 ซึ่งสอดคล้องกับผลการประเมินการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกภาพรวมระดับประเทศ สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรคที่พบว่า มีการใช้วิธีทางกายภาพ ซึ่งได้แก่การเปิดพัดลมไล่ยุง ร้อยละ 82.1 ใส่เสื้อผ้าที่มิดชิด และนอนในมุ้งในเวลากลางวัน ร้อยละ 52.9 และ 25.6 และมีจำนวนครัวเรือนเพียงร้อยละ 10.2 และ 8.8 เท่านั้นที่จุดยากันยุงและเผาวัสดุเช่นกาบมะพร้าว เปลือกส้ม หรือใช้สมุนไพรไล่ยุงเป็นประจำ (สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง, 2554) และมีการขยายผลการดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหาอื่นของชุมชนด้วย แม้ว่าโครงการจะจบไปแล้วเป็นเวลานานถึง 3 ปี การส่งเสริมศักยภาพโดยการใช้กระบวนการแก้ไขปัญหาแบบมีส่วนร่วมเป็นสิ่งปฏิบัติได้จริง โดยการสนับสนุนจากภาครัฐ จึงควรมีการนำกระบวนการแก้ไขปัญหาแบบมีส่วนร่วมนี้เป็นต้นแบบ และขยายผลไปสู่ชุมชนอื่นต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

- บุษบง เจาพานนท์. (2555). การพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน  
กรณีศึกษา: ตำบลน้ำดิบ อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน. รายงานการวิจัย สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง  
บุญเสริม อ่วมอ่อง(บรรณาธิการ). (2555). แนวทางการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสานสำหรับองค์กรปกครอง  
ส่วนท้องถิ่น. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน. (2552). เอกสารสรุปรายงานประจำปีงบประมาณ 2551. สำนักงานสาธารณสุข  
จังหวัดลำพูน. เอกสารอัดสำเนา.
- สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง. (2554). รายงานการประเมินผลการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกภาพ  
รวมระดับประเทศ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย .
- สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง. (2555). แนวทางการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสานสำหรับองค์กรปกครอง  
ส่วนท้องถิ่น. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง. (ม.ป.ป). 100 วิธีปราบยุงลาย. [เอกสารออนไลน์] เรียกใช้เมื่อ 30 เมษายน 2559 จาก  
[http://www.thaivbd.org/n/uploads/file/file\\_PDF/คู่มือปฏิบัติงาน/Dengue/a\\_w%20100%20วิธีปราบยุงลาย.pdf](http://www.thaivbd.org/n/uploads/file/file_PDF/คู่มือปฏิบัติงาน/Dengue/a_w%20100%20วิธีปราบยุงลาย.pdf)
- Achee NL, Gould F, Perkins AT, Reiner RT, Morrison AC, Ritchie SA, Gubler DJ, Remy Teyssou R,  
and Scott TW. A Critical Assessment of Vector Control for Dengue Prevention. *PLoS Negl Trop  
Dis.* 2015 May; 9(5): e0003655. Published online 2015 May 7.
- Chansang U, Chansang C, Bhumiratana A, Kitayapong P. (2006). Community participation and  
participatory and appropriate technologies for dengue vector control at transmission foci in  
Thailand. *Journal of the American mosquito control association.* 22, 538-46.
- Devine GJ, Perea EZ, Killeen GF, Stancil JD, Clark SJ, Morrison AC. (2009). Using adult mosquitoes to  
transfer insecticides to *Aedes aegypti* larval habitats. *Proc Natl Acad Sci USA.* 106(28): 11530-4
- Mueller I, and Bryan JH., Phuanukoonnon S. (2005). Effectiveness of dengue control practices in  
household water containers in Northeast Thailand. *Tropical Medicine and International Health.*  
10, 755–63.

การสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร กรณีรถกระบะชนต้นไม้  
เสียชีวิต 6 คน จังหวัดลำพูน วันที่ 8 -10 ตุลาคม 2559

The road traffic injuries investigation on caused of dead from a small  
truck crashed a tree, Lamphun Province, during on 8-10 October 2016

กาญจนา เลิศวุฒิ	ศศ.ม.*	Kanchana Lursthut	M.Ed*
วันเพ็ญ โพธิยอด	พย.ม.**	Wanphen Phothiyod	M.N.S**
ชัยธรณ์ อุ่นบ้าน	รปม.**	Chaitorn Ounban	M.P.A**

\* สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน Lamphun Provincial Health Office

\*\* สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัดลำพูน Lamphun Provincial Disaster Prevention and Mitigation Office

### บทคัดย่อ

วันที่ 8-10 ตุลาคม 2559 ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วสหสาขา จังหวัดลำพูน ได้ลงสอบสวนอุบัติเหตุหมู่รถกระบะชนต้นไม้ข้างทางบนทางหลวงหมายเลข 11 บริเวณหลักกิโลเมตรที่ 523 ถนนเชียงใหม่-ลำปาง ตำบลศรีบัวบาน อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน เพื่ออธิบายเหตุการณ์ ค้นหาปัจจัยที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุ ส่งผลต่อการบาดเจ็บและเสียชีวิตและเพื่อหาแนวทางป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ โดยการรวบรวม จากเอกสารทางการแพทย์ สำนวจสถานที่เกิดเหตุ การสัมภาษณ์ผู้เห็นเหตุการณ์และญาติผู้ประสบเหตุ วิเคราะห์หาปัจจัยที่นำไปสู่การบาดเจ็บด้วยวิธีการของ Haddon matrix ผลการสอบสวนพบว่า อุบัติเหตุครั้งนี้เกิดเมื่อวันที่ 8 ตุลาคม 2559 เวลา 09.00 น จากการที่รถกระบะชนต้นไม้มีผู้ประสบเหตุ 6 ราย เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ 4 ราย เสียชีวิตในรถ 3 ราย กระเด็นออกมานอกรถ 1 ราย บาดเจ็บสาหัส 2 รายส่งต่อรักษาที่โรงพยาบาลและได้เสียชีวิตทั้ง 2 ราย รวมผู้เสียชีวิตในครั้งนี้ 6 รายเพศหญิง 4 รายเพศชาย 2 ราย สัญชาติไทย อายุระหว่าง 34 – 52 ปี อายุเฉลี่ย 47 ปี แพทย์วินิจฉัยว่าสาเหตุการเสียชีวิต ของผู้ประสบเหตุทั้ง 6 ราย เป็น severe head injury and injury multiple organs ซึ่งมีการบาดเจ็บที่ศีรษะและคอบริเวณใบหน้า บริเวณในช่องอก ช่องท้อง กระดูกสันหลัง ช่องเชิงกราน ความรุนแรงของการบาดเจ็บพบว่า ส่วนใหญ่บาดเจ็บรุนแรง (severe symptom) สาเหตุที่ทำให้เกิดเหตุการณ์ในครั้งนี้เกิดจากความประมาท ขับรถเร็วโดยขับออกจากเลนที่วิ่งออกมาทางด้านซ้ายที่เป็นไหล่ถนนด้วยความเร็วสูง และคาดว่าเกิดอาการหลับใน

การศึกษานี้มีข้อเสนอแนะ เชนนโยบายต่อ คณะกรรมการศูนย์ความปลอดภัยทางถนน จังหวัดลำพูน ให้กำหนดเป็นมาตรการเพิ่ม คือตั้งป้ายเตือนลดความเร็วเพิ่ม ปรับปรุงสิ่งแวดล้อม ตัดแต่งต้นไม้ การจัดการให้มีจุดพักรถ สำหรับการเดินทางในเส้นทางที่เป็นเส้นทางตรง การสื่อสารความเสี่ยง เพิ่มความเข้มงวดในการบังคับใช้กฎหมายในการป้องกันไม่ให้เกิดการบรรทุกผู้โดยสารในตอนท้ายของรถกระบะที่ไม่มีโครงสร้างป้องกันอันตรายจากการกระเด็นออกนอกรถ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องวิเคราะห์ปัญหาเชิงลึกเกี่ยวกับจุดเสี่ยงและหาแนวทางแก้ไขปัญหาย่างจริงจังและครบวงจร

**คำสำคัญ:** การสอบสวนบาดเจ็บจากจราจรทางถนน ทีมสอบสวนสหสาขาลำพูน

## Abstract

On 8-10 th October, 2016, Surveillance Rapid Response Team (SRRT) Lamphun Provincial Health Office, conducted an investigation related to a road traffic accident, purposing to describe the event and to investigate the factors affecting injury and deaths, in order to find the appropriate interventions to prevent future road traffic injuries. A pickup truck crashed into trees along Highway 11 at the 523th Kilometre stone, Muang District, Lamphun Province. A descriptive study was developed by gathering data from medical records, physical investigation of the scene and interviewing relatives of person who was involved in the event. Risk factors of injuries were analyzed by using the Haddon matrix method. The investigation found that the event occurred on October 8th, 2016, at about 09.00 am. The pickup truck crashed into trees, a total of 6 people were killed, 4 persons died on the spot, among them 3 people died inside the vehicle, and one who sitting in the pickup bed fell out and died next to the truck. Another 2 who were also sitting in the pickup bed behind the truck died in hospital. All passengers were Thai, 4 female and 2 male, with average age 47 years (34-52 years old). Doctors with specialized death investigation indicated causes of death were severe head injury; neck and face including multiple internal organs injury; chest and abdominal cavity, spinal cord, pelvic cavity injury. The behavior risks related to the crash were driver carelessly speeding and driving too fast to control the vehicle while it out of the actual lean to a left path way, moreover he was possibly dozing off at that time. We recommend the Road Safety Center Committee, increase the Reduce Speed warning signs, environmental improvements, risk communication for safe driving and intensification of law enforcement, particularly, the strategy of preventing people who sit behind the truck without any safety structure attachment.

**Key words:** investigation, Road traffic accident, SRRT Lamphun

### บทนำ

วันที่ 8 ตุลาคม 2559 เวลา 10.15 น. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูนได้รับแจ้งจากโรงพยาบาลลำพูนว่าเกิดอุบัติเหตุหมู่รถกระบะชนต้นไม้ข้างทางบริเวณหลักกิโลเมตรที่ 523 ถนนเชียงใหม่- ลำปาง ห่างจากป้อมตำรวจทางหลวงจำบอนประมาณ 400 เมตร ตำบลศรีบัวบาน อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน พบมีผู้เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ จำนวน 4 ราย บาดเจ็บสาหัส 2 ราย นำส่งโรงพยาบาลลำพูน 4 รายและโรงพยาบาล ศิริเวชลำพูน

2 ราย ซึ่งเหตุการณ์เข้าเกณฑ์การสอบสวนการบาดเจ็บของสำนักกระบาดวิทยา (ตาย>5 คน) ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว จังหวัดลำพูน ประกอบด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัดลำพูน สำนักงานแขวงทางจังหวัดลำพูน บริษัทกลางจังหวัดลำพูน, และ SRRTอำเภอเมือง ออกสอบสวนอุบัติเหตุระหว่าง วันที่ 8 - 11 ตุลาคม 2559

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนาการบาดเจ็บและเสียชีวิต สาเหตุและปัจจัยสนับสนุนที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอุบัติเหตุ
2. เพื่อวิเคราะห์เสนอแนะมาตรการการป้องกันการบาดเจ็บ/เสียชีวิตจราจรทางถนนจากเหตุการณ์

## เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบสวนการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากการจราจรทางถนนของสำนักกระบาดวิทยา

## วิธีการศึกษา

1. การศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา ที่เกี่ยวข้องต่อการบาดเจ็บและเสียชีวิต ดังนี้

1.1 รวบรวมข้อมูลการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากเวชระเบียน ผลชันสูตรผู้บาดเจ็บ Lcx- x-ray, CT ตรวจร่างกาย และสัมภาษณ์แพทย์นิติเวชโรงพยาบาลลำพูน แสดงผลเป็นข้อมูลตำแหน่งที่ได้รับบาดเจ็บและความรุนแรงของการบาดเจ็บ ระบุ ICD-10 เพื่อประเมิน abbreviated Injury scale นำมาคำนวณหาความรุนแรงของการบาดเจ็บ Injury severity Score (ISS) <sup>(1)</sup>

1.2 สัมภาษณ์ข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุจากผู้เห็นเหตุการณ์และผู้ช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุ

1.3 ค้นหาข้อมูลทั่วไปของผู้ขับรถ เช่น พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในอดีต การเกิดอุบัติเหตุ ข้อมูลใบอนุญาตขับขี่ จากญาติ

2. การศึกษาปัจจัยเกี่ยวกับรถยนต์และแรงกระทำรวบรวมข้อมูลทั่วไปของรถ ได้แก่ ประเภทรถ รุ่น ปีที่จดทะเบียน สำรองและถ่ายภาพของรถยนต์คันที่เกิดเหตุ ตรวจสอบระดับเข็มไมล์ที่ชี้หลังเกิดเหตุ

3. การศึกษาสภาพแวดล้อม โดยการสำรวจและวัดรอยเบรกของรถคันที่เกิดเหตุ

4. บันทึกข้อมูลลักษณะเหตุการณ์ โดยใช้แบบสอบสวนการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากการจราจรทางถนน

5. ประชุมทีมสอบสวนสหสาขา (สหสาขา 5 สาขาหลัก (ปภ ขนส่ง สาธารณสุข ตำรวจ และแขวง) เพื่อหาแนวทาง มาตรการ และข้อเสนอแนะที่สามารถนำมา

## ใช้ประโยชน์

6. จำลองเหตุการณ์โดยใช้วิธี The Haddon's matrix<sup>(4)</sup> เพื่อวิเคราะห์เหตุการณ์ในปัจจัย 3 อย่าง ได้แก่ คน รถและพลังงานของรถ ถนนและสิ่งแวดล้อม<sup>(1)</sup>

## ผลการศึกษา

1. เหตุการณ์ข้อมูล พบว่าวันที่ 8 ตุลาคม พ.ศ. 2558 เวลาประมาณ 09.00 น. บริเวณทางหลวงหมายเลข 11 หลักกิโลเมตรที่ 523+400 หมู่ที่ 4 ตำบลศรีบัวบาน อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน เกิดอุบัติเหตุรถกระบะชนต้นไม้ มีผู้โดยสารในรถ 6 ราย รวมคนขับ เดินทางจากตำบลเมืองยาว อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง มุ่งหน้าสู่จังหวัดเชียงใหม่เพื่อมาขายสมุนไพรพื้นบ้าน จนกระทั่งพุ่งชนต้นไม้ข้างทางอย่างรุนแรง โดยมีลำดับเหตุการณ์ ดังนี้

- เวลาประมาณ 08.30 น. ผู้ขับขี่พร้อมผู้โดยสาร 6 ราย เดินทางออกจากหมู่บ้านในตำบลเมืองยาว อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง

- เวลาประมาณ 09.00 น. ชาวบ้านที่อยู่ที่อยู่ช่อมรดกห่างจากจุดเกิดเหตุประมาณ 200 เมตร ได้ยินเสียงดัง 1 ครั้ง จึงเดินออกมาดูที่ถนน พบรถกระบะชนต้นไม้ข้างทาง จึงวิ่งมาดูที่เกิดเหตุพบผู้บาดเจ็บที่คาดว่ายังไม่เสียชีวิต จำนวน 2 ราย

- เวลา 09.15 น. พลเมืองดีโทรแจ้งเหตุที่เบอร์ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการเบอร์1669 ศูนย์ฯ สั่งการให้ทีมกู้ชีพเทศบาลตำบลศรีบัวบาน ลงตรวจสอบสถานที่เกิดเหตุ

- เวลา 09.20 น. ทีมกู้ชีพเทศบาลตำบลศรีบัวบานพบร่างผู้เสียชีวิตติดอยู่ในรถ จำนวน 3 ราย กระเด็นหลุดออกมาจากรถ 1 ราย และผู้ได้รับบาดเจ็บสาหัส ที่กระเด็นออกมาจากรถ 2 ราย ประเมินอาการและนำส่งโรงพยาบาลศิริเวช ผู้ป่วยเสียชีวิตหลังได้รับการกู้ชีพทั้ง 2 ราย

วันที่ 8-10 ตุลาคม 2559 ทีมสอบสวนสหสาขา และ SRRT อำเภอเมือง สอบสวนการเกิดอุบัติเหตุเพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุ

ลักษณะการบาดเจ็บและเสียชีวิตมีผู้เสียชีวิต

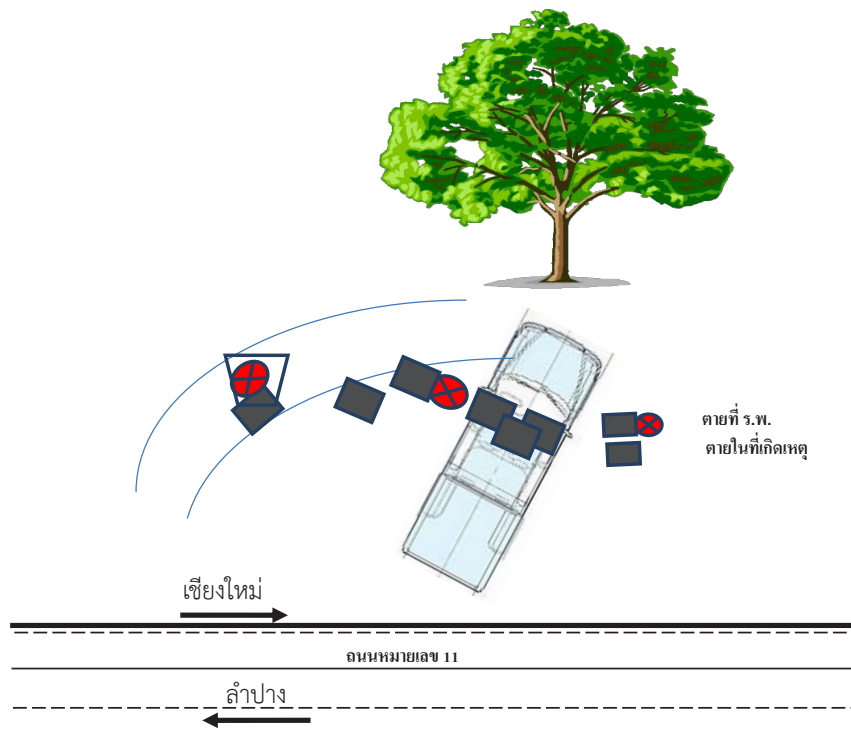
ทั้งหมด 6 ราย เป็นเพศหญิง 4 ราย เพศชาย 2 ราย อายุระหว่าง 34 - 52 ปี อายุเฉลี่ย 47 ปี ส่วนใหญ่ได้รับบาดเจ็บมากกว่า 1 แห่งจำแนกตามอวัยวะ คือใบหน้า (BR2) ร้อยละ 100 ช่องอก กระดูกซี่โครง (BR3) ร้อยละ 100 บริเวณภายนอกของร่างกาย (BR6) ร้อยละ 100 ศีรษะและคอ (BR1) ร้อยละ 83.33 ช่องท้อง กระดูกสันหลังส่วนเอวช่องเชิงกราน (BR4) ร้อยละ 66.67 บริเวณแขนขา มือ เท้า กระดูกเชิงกราน (BR5) ร้อยละ 33.33 ความรุนแรงของการบาดเจ็บพบว่า ส่วนใหญ่บาดเจ็บรุนแรง (severe symptom)

ด้านการขับขี่ ผู้ขับขี่ อายุ 34 ปี อาชีพรับจ้างทั่วไป ประสบการณ์การขับรถยนต์ 8 ปี ไม่มีประวัติประสบอุบัติเหตุทางรถยนต์ เริ่มขับรถรับส่งคนงาน เส้นทางลำปาง - เชียงใหม่ 5 เดือน โดยขับไป-กลับ สัปดาห์ละ 5-6 วัน จากการสอบถามญาติผู้เสียชีวิตทราบว่าวันที่ 7 ตุลาคม 2559 ผู้เสียชีวิตได้ช่วยงานศพข้างบ้านตั้งแต่เวลา 18.00 น. สันนิษฐานว่าผู้เสียชีวิตอาจหลับในทำ

ให้ไม่สามารถบังคับรถได้ปกติ

รถยนต์ รถกระบะส่วนบุคคล จดทะเบียนปี 2556 สีบรอนซ์ เกียร์ธรรมดา ระบบเบรก ABS พรบ.วิริยะฯ ยางรถยนต์ ล้อหน้า ซ้ายขวา ผลิตปี 2558 ล้อหลัง ซ้ายขวา ผลิตปี 2559 กระบะท้ายมีหลังคาผ้าใบและเก้าอี้ขณะเกิดเหตุ ด้านหน้าของรถกระบะชนเข้ากับต้นสักข้างทาง สภาพตัวรถตอนหน้ายุบเข้ามาจนถึงแค็ป และกระบะท้ายยุบมาทางด้านหน้าจนด้านท้ายยกตัวสูงขึ้น เบาะที่นั่งในรถโดยสารยังอยู่กับตัวรถ ไม่กระเด็นออกมา กระเจอรถยนต์แตกทั้ง 4 ด้าน หลังคาผ้าใบที่ติดตั้งด้านท้ายหลุดออกจากตัวรถตกลงร่อนน้ำด้านข้าง ในลักษณะหงายยางรถยนต์ทั้ง 4 ล้อ ไม่มีการระเบิดติดไฟ

ถนนเป็นถนน 4 เลน มีไหล่ทาง ทางตรงสภาพผิวถนนดี ป้ายเครื่องหมายจราจรครบตามมาตรฐาน หลักแนวโค้ง เส้นกลางถนนชัดเจน ข้างทางเป็นสวนป่าต้นสักขนาดใหญ่ สภาพอากาศปกติมีแดดออก



รูปที่ 1 ฝั่งแสดงภาพหลังเกิดเหตุ เชื่อมโยงการบาดเจ็บและเสียชีวิต



รูปที่ 2 สภาพถนน และเส้นทางการจราจรทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 11 เชียงใหม่ - ลำปาง  
หลักกิโลเมตรที่ 523+400 ชุนตาลอู่มงค์



รูปที่ 3 สภาพรถกระบะหลังเกิดอุบัติเหตุ ณ จุดเกิดเหตุ



รูปที่ 4 สภาพรถกระบะหลังเกิดอุบัติเหตุ ณ จุดเก็บรถที่สภ.นิคมอุตสาหกรรมลำพูน

## ผลการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงด้วย Haddon matrix model

	คน	รถ	สิ่งแวดล้อม
<b>ก่อนเกิดเหตุ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- คนขับอายุ 34 ปี ไม่ดื่มสุราในวันที่ขับ</li> <li>- 5 เดือนเดินทางจากลำปาง-เชียงใหม่เป็นประจำสัปดาห์ละ 5-6 วัน พฤติกรรมการขับในอดีต ไม่เคยประสบอุบัติเหตุ</li> <li>- มีใบขับขี่รถยนต์ประเภทชั่วคราว</li> <li>- ไม่มีข้อมูลว่าขับรถมานานเท่าไร</li> <li>- วันที่ 7 ตุลาคม 2559 เวลา 18.00 น. คนขับได้ช่วยงานศพข้างบ้าน ไม่ทราบเวลาอนพักผ่อนที่แน่นอนและไม่ทราบว่าได้มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขณะไปร่วมงานศพหรือไม่ และไม่ทราบว่ามีการพักผ่อนหลับนอนกี่ชั่วโมงก่อนเดินทาง</li> <li>- มีผู้โดยสารนั่งข้างคนขับ 1 ราย หลังคนขับ 1 ราย และนั่งกระบะท้าย 3 ราย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- รถยนต์กระบะส่วนบุคคล จดทะเบียนปี 2556 สีบรอนซ์ เกียร์ธรรมดา ระบบเบรก ABS พรบ. วีริยะฯ</li> <li>- ยางรถยนต์ ล้อหน้า ซ้าย ขวา ผลิตปี 2558 ล้อหลัง ซ้าย ขวา ผลิตปี 2559</li> <li>- กระบะท้ายมีหลังคาผ้าใบ และเก้าอี้นั่ง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เป็นถนน 4 เลนมีไหล่ทาง ทางตรงสภาพผิวถนนเรียบ ป้ายเครื่องหมายจราจรครบตามมาตรฐาน</li> <li>- ข้างทางเป็นสวนป่าต้นสัก ขนาดใหญ่</li> <li>- เป็นเวลาสายๆสภาพอากาศปกติ มีแดดออก</li> <li>- มีป้อมตำรวจทางหลวงก่อนถึงจุดเกิดเหตุประมาณ 400 เมตร</li> </ul>
<b>ขณะเกิดเหตุ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- คนขับรถและผู้โดยสารที่นั่งตอนหน้าติดอยู่ในรถผู้โดยสารที่นั่งหลังเบาะคนขับรถถูกด้านหลังของรถปีอัดกับเบาะคนขับ เสียชีวิต ณ ที่เกิดเหตุ 3 ราย</li> <li>- ผู้โดยสารกระบะท้าย จำนวน 3 ราย กระเด็นออกนอกรถ โดยรายแรกนอนอยู่ข้างรถ บริเวณด้านซ้าย รายที่ 2 นอนแช่น้ำในคูน้ำด้านข้าง โดยมีหลังคาผ้าใบทับตัวอยู่ และรายที่ 3 นอนอยู่บนหลังคาผ้าใบในคูน้ำ เสียชีวิต ณ ที่เกิดเหตุ 1 ราย อีก 2 รายยังไม่เสียชีวิตแต่ไม่รู้สีกตัว</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ด้านหน้ารถกระบะชนเข้ากับต้นสัก สภาพตัวรถตอนหน้ายุบจนถึงแค่ปี และกระบะท้ายยุบมาทางด้านหน้าจนด้านท้ายยกตัวสูงขึ้น เบาะที่นั่งโดยสารยังอยู่กับตัวรถ</li> <li>- กระฉกแตกทั้ง 4 ด้าน</li> <li>- หลังคาผ้าใบด้านท้ายหลุดออกจากรถตกลง ร่อนน้ำด้านข้าง ในลักษณะหงาย</li> <li>- ยางรถยนต์ทั้ง 4 ล้อ ไม่พบการระเบิด</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สัมภาระในรถกระจัดกระจาย บริเวณซ้ายมือ ของชากรถ</li> <li>- ต้นสักที่ถูกรชน มีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางประมาณ 50 เซนติเมตร มีรอยชน</li> <li>- สภาพอากาศปกติ มีแดดออก</li> <li>- เวลาเกิดเหตุประมาณ 09.00 น. เป็นเวลาเช้าไม่น่าจะมีแสงแดดส่องเข้าตาเนื่องจากเป็นการขับรถมาทางทิศใต้ และข้างทางมีรั้วเงินของต้นไม้</li> </ul>

คน	รถ	สิ่งแวดล้อม
<p><b>หลังเกิดเหตุ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- พลเมืองดีแจ้ง1669ที่มุกซ์ชีพเทศบาลตำบลศรีบัวบานถึงที่เกิดเหตุเพื่อประเมินสถานการณ์และขอทีมสนับสนุน</li> <li>- ทีมกู้ชีพไปถึงจุดเกิดเหตุหลังได้รับแจ้ง 5 นาที</li> <li>- มีรถกู้ชีพตั้งแต่ระดับ ALS 2 คันและ FR 6 คัน เข้าช่วยเหลือนำส่งผู้บาดเจ็บและเสียชีวิต</li> <li>- ผู้เสียชีวิต รวม 6 ราย เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ 4 รายเสียชีวิตหลังนำส่งรพ. ศิริเวช 2 ราย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มีข้อมูลเข็มไมล์</li> <li>- แสดงความเร็วสุดท้ายของรถ แต่จากการค้นข้อมูล google map data@2018 สันนิษฐานว่ารถคันนี้มีการขับรถเร็วกว่าเวลากำหนด จากตำบลเมืองยาว อำเภอห้างฉัตร ถึงกิโลเมตร 523 ต. ศรีบัวบาน อ. เมือง จ. ลำพูน ควรจะใช้เวลาขับรถประมาณ 59-60 นาที (08.30-09.30 น) แต่พบว่ารถเกิดเหตุใช้เวลาเพียง 30 นาที (08.30 -09.00 น)</li> <li>- เข็มแสดงรอบเครื่องยนต์ ค้างที่ 2,500 รอบต่อ นาที สันนิษฐานว่าขับรถเร็วและชนที่รุนแรงมากทำให้ระบบไฟฟ้าในรถดับทันที</li> <li>- รถถูกเครื่องตัดถ่างแยกชิ้นส่วนหลังคาและตัวรถออกจากกัน เบาะที่นั่งถูกรื้อ ดึงออกจากตัวรถเพื่อช่วยดึงผู้โดยสารออกมา</li> <li>- รถถูกลากจากที่เกิดเหตุและเก็บรถไว้ที่สภ.นิคมอุตสาหกรรมลำพูน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่พบรอยเบรกของรถยนต์ตามเส้นทางก่อนถึงที่เกิดเหตุ</li> <li>- จุดเกิดเหตุอยู่ห่างจากรพ.ประมาณ 8 กิโลเมตร</li> </ul>

### สรุปผลและวิจารณ์ผล

วันที่ 8 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2559 เวลาประมาณ 09.00 น. บริเวณทางหลวงหมายเลข 11 หลักกิโลเมตรที่ 523 หมู่ที่ 4 ตำบลศรีบัวบาน อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน พบอุบัติเหตุรถกระบะ ชนต้นไม้ มีผู้โดยสารในรถ

6 ราย เดินทางจาก ตำบลเมืองยาว อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง มุ่งหน้าสู่จังหวัดเชียงใหม่ ก่อนถึงจุดเกิดเหตุมีผู้ถ่ายคลิปวิดีโอพบรถยนต์คันเกิดเหตุได้ขับเบี่ยงออกจากเส้นทางเลนในออกมาทางซ้ายโดยไม่มีกรลดความเร็ว จนกระทั่งพุ่งชนต้นไม้ข้างทางอย่างรุนแรง

พบผู้เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุจำนวน 4 ราย บาดเจ็บสาหัส 2 ราย โดยผู้บาดเจ็บสาหัส เสียชีวิตหลังจากนำส่งโรงพยาบาลศิริเวช 2 ราย รวมผู้เสียชีวิตในครั้งนี้อยู่ 6 ราย เพศหญิง 4 ราย เพศชาย 2 ราย อายุระหว่าง 34 - 52 ปี อายุเฉลี่ย 47 ปี ผู้เสียชีวิตได้รับบาดเจ็บมากกว่า 1 แห่ง จำแนกตามอวัยวะ คือบริเวณใบหน้า ร้อยละ 100 ในช่องอก กระดูกซี่โครง ร้อยละ 100 ภายนอกของร่างกาย ร้อยละ 100 ศีรษะและคอ ร้อยละ 83.3 ช่องท้อง กระดูกสันหลังส่วนเอวช่องเชิงกราน ร้อยละ 66.67 บริเวณแขนขา มือ เท้า กระดูกเชิงกราน ร้อยละ 33.3 รถกระบะวิ่งทางตรงเสียหลักชนต้นไม้อย่างรุนแรง คนขับและผู้โดยสารที่นั่งในรถตอนหน้าติดอยู่ในรถ ผู้โดยสารที่นั่งหลังเบาะคนขับ ถูกดันหลังของรถปี้อัดกับเบาะ เสียชีวิตที่เกิดเหตุ 3 ราย ในกระบะท้ายรถ ซึ่งการโดยสารท้ายกระบะไม่ความปลอดภัย เมื่อประสบอุบัติเหตุจากแรงกระแทกหรือแรงเหวี่ยงของรถมีผลทำให้เกิดการกระเด็นออกนอกรถ ทำให้ได้รับบาดเจ็บอย่างรุนแรงและเสียชีวิต สภาพข้างทางมีต้นไม้เป็นวัตถุสิ่งกีดขวางใหญ่ ทำให้รถที่หลุดออกนอกถนนพุ่งเข้าชนกับต้นไม้ หลังคาผ้าใบที่ติดตั้งด้านหลังหลุดออกจากตัวรถ ผู้โดยสารบริเวณท้ายรถกระเด็นออกนอกรถทำให้เสียชีวิต 1 ราย และเสียชีวิตที่โรงพยาบาล 2 ราย สาเหตุที่ทำให้เกิดเหตุการณ์ในครั้งนี้ อาจเกิดจากความประมาทขับรถเร็วไม่ชินเส้นทาง การโดยสารท้ายกระบะ

สรุปและวิจารณ์ รถกระบะวิ่งถนนทางตรงเสียหลักชนต้นไม้ข้างทางอย่างรุนแรง พฤติกรรมการโดยสารคนขับและผู้โดยสารที่นั่งในรถตอนหน้าติดอยู่ในรถ ผู้โดยสารที่นั่งหลังเบาะคนขับ ถูกดันหลังของรถปี้อัดกับเบาะคนขับรถ เสียชีวิตที่เกิดเหตุ 3 ราย ในกระบะท้ายรถ ซึ่งไม่มีระบบการรักษาความปลอดภัยเมื่อประสบอุบัติเหตุจากแรงกระแทกหรือแรงเหวี่ยงของรถมีผลทำให้เกิดการกระเด็นออกนอกรถ ทำให้ได้รับบาดเจ็บ

อย่างรุนแรงและเสียชีวิต สภาพข้างทางมีต้นไม้เป็นวัตถุสิ่งกีดขวางใหญ่ ทำให้รถที่หลุดออกนอกถนนพุ่งเข้าชนกับต้นไม้ หลังคาผ้าใบที่ติดตั้งด้านหลังหลุดออกจากตัวรถ ผู้โดยสารบริเวณท้ายรถกระเด็นออกนอกรถทำให้เสียชีวิต 1 ราย และเสียชีวิตที่โรงพยาบาล 2 ราย

### มาตรการป้องกันและแก้ไข

1. การสื่อสารความเสี่ยง ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนผ่านสื่อที่เหมาะสม โดยเฉพาะกลุ่มเป้าหมาย เช่น คนขับรถ จะได้เพิ่มความระมัดระวังในการขับรถมาไม่ขับ ขับไม่เร็ว คาดเข็มขัดนิรภัย พักผ่อนให้เพียงพอ ระวังการนั่งท้ายกระบะเป็นพฤติกรรมล่อแหลม
2. การเฝ้าระวังจุดเสี่ยง ช่วงเวลาเสี่ยง ติดป้ายเตือนระวังอุบัติเหตุ ณ จุดเสี่ยง

### ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษานี้มีข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เรื่องการกำหนดมาตรการความปลอดภัยของผู้โดยสารที่นั่งกระบะหลัง คือตั้งป้ายเตือนลดความเร็วเพิ่ม ปรับปรุงสิ่งแวดล้อม ตัดแต่งต้นไม้ การจัดให้มีจุดพักรถ สำหรับการเดินทางในเส้นทางที่เป็นเส้นทางตรง เพิ่มความเข้มงวดในการบังคับใช้กฎหมายในการป้องกันไม่ให้มีการบรรทุกผู้โดยสารในตอนท้ายของรถกระบะที่ไม่มีโครงสร้างป้องกันอันตรายจากการกระเด็นออกนอกรถ ควรมีข้อห้ามในถนนทุกเส้นทาง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องวิเคราะห์ปัญหาเชิงลึกเกี่ยวกับจุดเสี่ยงในบริเวณดังกล่าว และหาแนวทางแก้ไขปัญหาย่างจริงจังและครบวงจร

### ปัญหาและข้อจำกัด

1. ข้อมูลด้านบุคคลของคนขับและผู้โดยสารรถยนต์ที่เกิดเหตุไม่ชัดเจน เนื่องจากเสียชีวิตทุกราย และเป็นคนนอกเขตพื้นที่
2. ไม่มีกล้องวงจรปิดในจุดเสี่ยงในพื้นที่ ทำให้ไม่ทราบรายละเอียดของเหตุการณ์ในครั้งนี้ที่แน่ชัดได้

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ น.พ.ปัจจุบัน เหมหงษา นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำพูน น.พ.ชินนทร์ จารุวัฒน์มงคล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน น.พ.ปิยะ ดุรงค์เดช แพทย์นิติเวช โรงพยาบาลลำพูน น.พ.วิทยา หลิวเสรี ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ ผู้บังคับการสถานีตำรวจภูธรนิคมอุตสาหกรรมลำพูน นายกองดีการบริหารส่วนตำบลศรีบัวบาน หน่วยกู้ชีพศรีบัวบาน บ้านกลาง มะเขือแจ้และหน่วยสมาคมกู้ชีพกู้ภัยลำพูน ญาติ ผู้ประสบเหตุ และผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน

### เอกสารอ้างอิง

- ณัฐกานต์ ไวยเนตร. (2549) *แนวทางการสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากการจราจรทางถนน (Road Traffic Injury Investigation)*. นนทบุรี: กลุ่มงานระบาดวิทยา โรคไม่ติดต่อ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- Glennon. J.C. (2008). *Effect of Pavement/Shoulder Drop-offs on Highway Safety in state of the Art Report: Number 6*.
- William Haddon. (1970). *The Haddon Matrix* [online]. [cited 2018, February] Available form: URL: [www.genderandhealth.ca/en/modules/trauma/trauma-injury-and-prevention-03.jsp](http://www.genderandhealth.ca/en/modules/trauma/trauma-injury-and-prevention-03.jsp)

