

การประเมินโครงการคัดกรองการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงานของแรงงานเฟอร์นิเจอร์ โดยอาสาสมัครอาชีวอนามัย

(Evaluation of Volunteer based Furniture Worker Health Screening Program)

โกคิน ศักรินทร์กุล, พ.บ.

*Pokin Sakarinkhul, M.D.**

นงนุช พงษ์คู่ย์, วท.บ.

*Nongnuch Pongtui, B.Sc.***

*โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน

*Lamphun Hospital

**โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านม้า ตำบลศรีบัวบาน

**Banma Tambon Health Promotion Hospital

อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและประเมินโครงการคัดกรองการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงานของแรงงานเฟอร์นิเจอร์โดยอาสาสมัครอาชีวอนามัย โดยใช้รูปแบบการประเมินของไทเลอร์ซึ่งเป็นรูปแบบการประเมินที่ยึดจุดมุ่งหมาย(Goal-Based Model) ในกลุ่มพนักงานในโรงงานเฟอร์นิเจอร์ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านม้า ตำบลศรีบัวบานจำนวน 722 คน

เครื่องมือที่ใช้คือ แบบประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงานของแรงงานนอกระบบ(นบ.01) ซึ่งแบ่งคะแนนความเสี่ยงออกเป็น 3 ระดับคือ ระดับความเสี่ยงต่ำ ระดับความเสี่ยงปานกลาง และ ระดับความเสี่ยง ทำการหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อัลฟาของ Cronbach ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.7 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ความถี่ และร้อยละ

ผลการศึกษาพบว่ามีจำนวนอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการทั้งหมด 57 คน ทำการคัดกรองพนักงานได้จำนวน 260 คน(ร้อยละ 36 ของพนักงานทั้งหมด) ภายในระยะเวลา 1 เดือน คะแนนประเมินเฉลี่ย 19.58(SD = 2.74) โดยพนักงานส่วนมากมีความเสี่ยงต่อสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ(ร้อยละ 74.6) รองลงมาคือระดับปานกลาง(ร้อยละ 25) และพบพนักงานที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพในระดับสูงเพียง 1 คน(ร้อยละ 0.4) ทั้งนี้ความเสี่ยงที่พบมากที่สุดคือมีการรับประทานอาหาร/ดื่มน้ำในบริเวณที่ทำงาน

คำสำคัญ: การคัดกรองความเสี่ยง พนักงานเฟอร์นิเจอร์ อาสาสมัครอาชีวอนามัย

Abstract

Informal Sector of Worker has faced many risks from their works which mostly are avoidable. Objective: To evaluate Furniture Worker Health Screening Program, this was conducted by volunteer in Sribuaban sub-district, Muang, Lamphun in February to March 2010, by using Taylor's Goal-Based Model. Method: The 57 Occupational

Health Volunteers were trained and used NB-01 screening form, which created by Bureau of Occupational and Environmental Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health and Cronbach's Alpha Coefficiency was 0.7, instead of Health care personnel. Results: Of the 722 subjects, 260 furniture workers(36%) were screened and 74.6% were in low risk group, 25% were in moderate risk group, and only one worker(0.4%) was in high risk group. Eating foods and drinking water in the workplace were the most frequent risk or bad working habits found in this study. Conclusion: Health risk screening and evaluation of the program are essential for all workers.

Keywords: Informal worker, Health Screening, Furniture, Occupational Health Volunteer

บทนำ

จากการสำรวจในปีพ.ศ. 2553 มีจำนวนผู้มีงานทำทั้งสิ้น 38.7 ล้านคน¹ ในจำนวนนี้เป็นแรงงานนอกระบบ^{1,2} ซึ่งหมายถึง ผู้มีงานทำที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ไม่ได้รับสิทธิคุ้มครองสุขภาพตามกฎหมายแรงงาน สวัสดิการข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ แต่ยังคงได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลจากหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นผู้มีงานทำแต่ยังไม่ได้รับความคุ้มครองและไม่มีหลักประกันทางสังคม จำนวน 24.1 ล้านคน หรือร้อยละ 62.3¹ นับเป็นแรงงานกลุ่มใหญ่ของประเทศคิดเป็นสัดส่วน 2 ใน 3 ของกำลังแรงงานทั้งหมด³ แรงงานนอกระบบแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่^{2,4} ได้แก่ กลุ่มภาคเกษตรกรรมและประมง รวมถึงการทำป่าไม้ กลุ่มภาคการผลิต ได้แก่ กลุ่มวิสาหกิจชุมชน รับงานไปทำที่บ้าน เย็บผ้า ทอผ้าผลิตเสื้อ แกะสลักหิน ไม้ ทำเฟอร์นิเจอร์ และกลุ่มภาคบริการ ได้แก่ ลูกจ้างทำงานบ้าน ช่างเสริมสวย หาบเร่แผงลอย แรงงานค้าขาย ฯลฯ รับซื้อของเก่า งานก่อสร้าง ในปีพ.ศ. 2553 แรงงานนอกระบบเหล่านี้ได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุจากการทำงานถึง 3.5 ล้านคน โดยลักษณะของการเกิดอุบัติเหตุและบาดเจ็บเกิดจากการถูกของมีคมบาดมากที่สุด ร้อยละ 63.7 รองลงมาเป็นการพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 14.1 การชนกระแทก ร้อยละ 8.7 อุบัติเหตุจากยานพาหนะ ร้อยละ 6.1

ไฟไหม้หรือน้ำร้อนลวก ร้อยละ 3.8 ได้รับสารเคมี ร้อยละ 2.7 และไฟฟ้าช็อต ร้อยละ 0.4¹ ซึ่งเมื่อเทียบอัตราการได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุจากการทำงานระหว่างแรงงานนอกระบบกับแรงงานในระบบแล้วพบว่ามียอดมากกว่าถึง 0.6 เท่าในปีพ.ศ. 2551³ โดยสาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากการรับงานที่เสี่ยงหรือเป็นอันตรายต่อสุขภาพ ประเภทหรือสภาพการทำงานที่มีผลต่อสุขภาพ การทำงานที่รีบเร่ง การทำงานเป็นระยะเวลายาวนาน การขาดข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอย่างเพียงพอ การขาดหลักประกันในการคุ้มครองสวัสดิการแรงงาน⁴ ไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระดับอันตรายของงานที่ทำ และการฝึกอบรมด้านความปลอดภัยในการทำงาน⁵ เพื่อให้เกิดความตระหนักในความเสี่ยงดังกล่าว ตั้งแต่ปี 2552 เป็นต้นมาสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำโครงการเฝ้าระวังความเสี่ยงในการทำงานของแรงงานนอกระบบขึ้น มีวัตถุประสงค์เพื่อให้มีการดำเนินงานอาชีวอนามัย เพื่อดูแลสุขภาพและมีการเฝ้าระวังความเสี่ยงในการทำงานของผู้ประกอบอาชีพแรงงานนอกระบบ มีกระบวนการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพในแรงงานนอกระบบโดยใช้แบบประเมินฯ(นบ.01) เพื่อช่วยในการจัดทำสถานการณ์ความเสี่ยงต่อสุขภาพในระดับพื้นที่² อันจะนำไปสู่การแก้ปัญหา

การขาดการวินิจฉัยโรคจากการทำงานและขาดการวินิจฉัยโรคจากการทำงาน⁶ โดยผู้ใช้แบบประเมินความเสี่ยง(นบ.01) ได้แก่ 1) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล 2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานอนามัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชนหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ(PCU) 3) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/อาสาสมัครอาชีวอนามัยในชุมชนที่ได้รับมอบหมาย

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านม้า ตำบลศรีบัวบาน อำเภอเมือง จังหวัดลำพูนซึ่งตั้งอยู่ในแหล่งที่มีโรงงานผลิตเฟอร์นิเจอร์เป็นจำนวนมากและประชาชนส่วนใหญ่ใน 2 หมู่บ้าน คือบ้านม้าใต้(หมู่ที่ 5) และบ้านม้าเหนือ(หมู่ที่ 6) ตำบลศรีบัวบาน อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน มีอาชีพหลักคือการรับจ้างทำงานในโรงงานเฟอร์นิเจอร์จากข้อมูลสุขภาพในพื้นที่ พบว่า ปัญหาสุขภาพของผู้ใช้แรงงานและชาวบ้านที่ใกล้กับโรงงาน มีปัญหาโรคทางระบบหายใจ ภูมิแพ้ โรคเกี่ยวกับกระดูกและข้อ อุบัติเหตุจากการทำงาน ประกอบกับเมื่อพิจารณาข้อมูลของธนาคารเพื่อการส่งออกและนำเข้าแห่งประเทศไทย (Export-import bank of Thailand) พบว่าการส่งออกเฟอร์นิเจอร์ไม่มีแนวโน้มขยายตัว⁷ ส่งผลให้ผู้ประกอบการต้องเพิ่มกำลังการผลิต มีการจ้างแรงงานเพิ่มขึ้นหรือเพิ่มระยะเวลาการทำงานให้ยาวนานขึ้น หากไม่มีการดำเนินการใดๆ อาจทำให้มีจำนวนผู้บาดเจ็บหรือป่วยด้วยโรคจากการประกอบอาชีพเพิ่มสูงขึ้น เพื่อให้ทราบสถานการณ์ความเสี่ยงต่อสุขภาพในระดับพื้นที่เบื้องต้น ทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านม้า ตำบลศรีบัวบาน จึงได้ร่วมมือกับองค์กรบริหารส่วนตำบลศรีบัวบานและแกนนำหมู่บ้านม้าเหนือและบ้านม้าใต้จัดโครงการคัดกรองการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงานของแรงงานเฟอร์นิเจอร์โดยอาสาสมัครอาชีวอนามัยขึ้น พร้อมทั้งวาง

แผนการประเมินโครงการโดยใช้รูปแบบการประเมินของไทเลอร์^{8,9} ซึ่งเป็นรูปแบบการประเมินที่ยึดจุดมุ่งหมาย (Goal-Based Model) โดยมีขั้นตอนที่สำคัญ 5 ขั้นตอน คือ

- เขียนวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมให้ชัดเจน
- กำหนดเนื้อหา สถานการณ์ที่แสดงถึงการบรรลุวัตถุประสงค์อย่างชัดเจน
- เลือกพัฒนาเครื่องมือหรือสร้างเครื่องมือวัดผล
- ใช้เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล
- ประเมินผล โดยการเปรียบเทียบข้อมูลกับวัตถุประสงค์

นิยามศัพท์

อาสาสมัครอาชีวอนามัย¹⁰ หมายถึง ผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจในเรื่อง การประเมินความเสี่ยงในการทำงานผ่านกรอบรม หรือใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงานของแรงงานนอกระบบ(นบ.01) ได้

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางเชิงพรรณนา(Descriptive cross sectional study) เพื่อหาความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงานของแรงงานเฟอร์นิเจอร์

ประชากร คือ พนักงานเฟอร์นิเจอร์ในโรงงาน ใน 2 หมู่บ้าน คือบ้านม้าใต้(หมู่ที่ 5) และบ้านม้าเหนือ(หมู่ที่ 6) ตำบลศรีบัวบาน อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน จากการสำรวจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านม้า ตำบลศรีบัวบาน จำนวน 56 ร้าน 722 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ตัวอย่างที่ได้จากการสุ่มแบบเจาะจง(Purposive sampling) โดยอาสาสมัครอาชีวอนามัยขนาดตัวอย่างได้จากการคำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณของยามานะ⁸ จำนวน 257 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงานของแรงงานนอกระบบ (นบ.01) ประกอบด้วยข้อมูล 6 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป มีตัวแปรสำคัญได้แก่อายุ เพศ อาชีพหลัก อาชีพเสริม สถานะตามอาชีพ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการรับรู้ความเสี่ยง

ส่วนที่ 3 ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพทั่วไป

ส่วนที่ 4 ข้อมูลพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน

ส่วนที่ 5 ข้อมูลสุขภาพ/ความเจ็บป่วยทั่วไป

ส่วนที่ 6 ข้อมูลสภาพการทำงาน/สุขภาพ/ความเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงาน

นำคำตอบของข้อมูลความเสี่ยงแต่ละข้อที่ผู้ตอบแบบสอบถามมารวมกัน แล้วนำคะแนนที่ได้ไปเปรียบเทียบเป็นระดับความเสี่ยง ซึ่งได้แบ่งระดับความเสี่ยงเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับความเสี่ยงต่ำ มีคะแนนรวม 16-21 คะแนน

ระดับความเสี่ยงปานกลาง มีคะแนนรวม 22-27 คะแนน

ระดับความเสี่ยงสูง มีคะแนนรวม 28-32 คะแนน

การเก็บและรวบรวมข้อมูล ใช้ขั้นตอนการเก็บและรวบรวมข้อมูลตามรูปแบบการประเมินของไทเลอร์^{8,9} ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอน 5 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม ได้แก่ อาสาสมัครอาสาสมัครสามารถคัดกรองความเสี่ยงของพนักงานเฟอ์นิจเจอร์โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงานของแรงงานนอกระบบ(นบ.01)ได้

ขั้นตอนที่ 2 เนื้อหา สถานการณ์ที่แสดงถึงการบรรลุวัตถุประสงค์อย่างชัดเจน ได้แก่ จำนวนพนักงานเฟอ์นิจเจอร์ที่ได้รับการประเมิน

ขั้นตอนที่ 3 เลือกเครื่องมือหรือสร้างเครื่องมือวัดผล ได้แก่ แบบประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงานของแรงงานนอกระบบ(นบ.01)

ขั้นตอนที่ 4 ใช้เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้อาสาสมัครอาสาสมัครดำเนินการเก็บข้อมูลพนักงานเฟอ์นิจเจอร์ตามแบบประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงานของแรงงานนอกระบบ (นบ.01) ช่วงเดือนมกราคมถึงกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553

ขั้นตอนที่ 5 ประเมินผลโดยการเปรียบเทียบข้อมูลกับวัตถุประสงค์

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปวิเคราะห์ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

จากการศึกษาการประเมินผลโครงการตามรูปแบบการประเมินของไทเลอร์^{8,9} ได้ผลตามขั้นตอน 5 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม ได้แก่ อาสาสมัครอาสาสมัครสามารถคัดกรองความเสี่ยงของพนักงานเฟอ์นิจเจอร์โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงานของแรงงานนอกระบบ(นบ.01) ได้

ตารางที่ 1 ข้อมูลจำนวนสถานประกอบการ พนักงาน และ อาสาสมัครในโครงการ

รายการ	หมู่ที่ 5	หมู่ที่ 6	รวม
จำนวนสถานประกอบการ	35	21	56
เฟอร์นิเจอร์(แห่ง)			
จำนวนพนักงานรวม(คน)	413	309	722
ชาย(คน)	201	209	410
หญิง(คน)	212	100	312
จำนวนอาสาสมัคร(คน)	33	24	57
ชาย(คน)	11	5	16
หญิง(คน)	22	19	41

ขั้นตอนที่ 2 เนื้อหา สถานการณ์ที่แสดงถึงการ บรรลุวัตถุประสงค์อย่างชัดเจน ได้แก่ จำนวนพนักงาน เฟอร์นิเจอร์ที่ได้รับการประเมิน(ตารางที่ 1)

ขั้นตอนที่ 3 เลือกเครื่องมือหรือสร้างเครื่องมือ วัดผล ได้แก่ แบบประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงานของแรงงานนอกระบบ(นบ.01)

ขั้นตอนที่ 4 ใช้เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล โดย ให้อาสาสมัครอาชีพอนามัยดำเนินการเก็บข้อมูลพนักงาน

ตารางที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานพนักงานเฟอร์นิเจอร์ที่ได้รับการประเมินจำนวน 260 ราย

พนักงานที่ได้รับการประเมิน	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	174	66.9
หญิง	86	33.1
ภูมิลำเนา		
จังหวัดลำพูน	241	92.6
จังหวัดพะเยา	4	1.5
จังหวัดเชียงใหม่	3	1.2
จังหวัดตาก	3	1.2
จังหวัดเชียงราย	2	0.8
จังหวัดแพร่	2	0.8

เฟอร์นิเจอร์ตามแบบประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงานของแรงงานนอกระบบ(นบ.01) ช่วงเดือนมกราคม ถึงกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553 ดังตารางที่ 1

ผลการดำเนินการประเมินความเสี่ยงพนักงาน เฟอร์นิเจอร์ได้รับการประเมินจำนวน 260 รายได้คะแนน ประเมินเฉลี่ย 19.58 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.74 โดย คะแนนต่ำสุดคือ 15 คะแนน คะแนนสูงสุดคือ 29 คะแนน ดังตารางที่ 3 และ 4

ขั้นตอนที่ 5 ประเมินผลโดยการเปรียบเทียบข้อมูล กับวัตถุประสงค์

จากขั้นตอนที่ 1 ได้กำหนดวัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม คือ อาสาสมัครอาชีพอนามัยสามารถคัดกรอง ความเสี่ยงของพนักงานเฟอร์นิเจอร์โดยใช้แบบประเมิน ความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงานของแรงงานนอกระบบ (นบ.01) มีจำนวนอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการทั้งหมด 57 คน ซึ่งในจำนวนนี้มีทั้งที่ดำเนินการเก็บโดยการสัมภาษณ์ และอธิบายให้เพื่อร่วมงานเก็บดังจะเห็นได้จากว่ามีผู้ที่ไม่ ตอบข้อคำถามด้วย

ตารางที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานพนักงานเฟอร์นิเจอร์ที่เข้ารับการประเมินจำนวน 260 ราย(ต่อ)

พนักงานที่ได้รับการประเมิน	จำนวน(คน)	ร้อยละ
จังหวัดอื่น ๆ(ได้แก่ เพชรบูรณ์ ลำปาง สระบุรี สุโขทัย จังหวัดละ 1 ราย) และไม่ระบุ (1ราย)	5	1.9
อาชีพหลัก		
ช่างเฟอร์นิเจอร์	194	74.6
ช่างทาสี	50	19.2
ค้าปลีก	4	1.5
ค้าส่ง	3	1.2
ช่างไม้	2	0.8
ทำนา	1	0.4
อื่น ๆ ไม่ระบุ	6	2.3
อาชีพเสริม		
ทำนา	10	3.8
อื่น ๆ ไม่ระบุ	250	96.2

ตารางที่ 3 ระดับความเสี่ยงของพนักงานที่เข้ารับการประเมินจำนวน 260 คน

ระดับความเสี่ยง	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ความเสี่ยงต่ำ	194	74.6
ความเสี่ยงปานกลาง	65	25.0
ความเสี่ยงสูง	1	0.4
รวม	260	100.0

ตารางที่ 4 ข้อมูลความเสี่ยงของพนักงานที่เข้ารับการประเมินจำนวน 260 คน

ข้อที่	ข้อความ	คำตอบ				รวม
		ไม่ตอบ	มี	ไม่แน่ใจ	ไม่ทราบ/ไม่มี	
1	ในสถานที่ทำงานหรืออาชีพหลักที่ท่านทำอยู่มีสิ่ง ที่อาจก่อให้เกิดโรค การเจ็บป่วย อุบัติเหตุหรือ	ไม่ตอบ	มี	ไม่แน่ใจ	ไม่ทราบ/ไม่มี	รวม
	การบาดเจ็บ ต่อตัวท่าน หรือผู้ร่วมงานหรือไม่	0(0.0)	155(59.6)	58(22.3)	47(18.1)	260(100.0)
2	ท่านคิดหรือไม่ว่าอาชีพหลัก/งานที่ท่านทำอาจเกิดการ	ไม่ตอบ	คิดทุกครั้ง	คิดบางครั้ง	ไม่ได้คิด	รวม
	บาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยต่อตัวท่านเองหรือผู้ร่วมงาน	1(0.4)	136(52.3)	99(38.1)	24(9.2)	260(100.0)

ตารางที่ 4 ข้อมูลความเสี่ยงของพนักงานที่เข้ารับการประเมินจำนวน 260 คน(ต่อ)

ข้อที่	ข้อความ	คำตอบ				
		จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	รวม
3	ท่านทราบหรือไม่ว่าอาชีพหลัก/งานที่ท่านทำต้อง ใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลเช่น ถุงมือ รองเท้าน้ำบู๊ท แวนตานีรภัย หน้ากาก ฯลฯ	ไม่ตอบ	ทราบ	ไม่แน่ใจ	ไม่ทราบ	รวม
		8(3.1)	199(76.5)	27(10.4)	26 (10.0)	260(100.0)
4	ปัจจุบันท่านค้มเหล็ก/เบียร์/เครื่องค้ม แอลกอฮอล์ หรือไม่	ไม่ตอบ	ไม่ค้ม	ค้มเป็น บางครั้ง/ค้ม นานๆ ครั้ง	ค้มเป็น ประจำ/ค้มจน คิดเป็นนิสัย	รวม
		4(1.5)	86 (33.1)	143 (55.0)	27 (10.4)	260(100.0)
5	ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่/ยาเส้น หรือไม่	ไม่ตอบ	ไม่สูบ	สูบเป็น บางครั้ง/สูบ นานๆ ครั้ง	สูบเป็นประจำ	รวม
		4 (1.5)	190 (73.1)	40 (15.4)	26 (10.0)	260(100.0)
6	ขณะทำงาน ท่านค้มเหล็ก/เบียร์/เครื่องค้ม แอลกอฮอล์ หรือไม่	ไม่ตอบ	ไม่ค้ม	ค้มเป็น บางครั้ง/ค้ม นานๆ ครั้ง	ค้มเป็นประจำ	รวม
		4 (1.5)	250 (96.2)	3 (1.2)	3 (1.2)	260(100.0)
7	ขณะทำงานท่านสูบบุหรี่/ยาเส้น หรือไม่	ไม่ตอบ	ไม่สูบ	สูบเป็น บางครั้ง/สูบ นานๆ ครั้ง	สูบเป็นประจำ	รวม
		10(3.8)	210 (80.8)	33 (12.7)	7 (2.7)	260(100.0)
8	ท่านรับประทานอาหาร/ค้มน้ำในบริเวณ ที่ทำงาน หรือไม่	ไม่ตอบ	ไม่ทำ	ทำเป็น บางครั้ง/ นานๆ ครั้ง	ทำเป็นประจำ	รวม
		8 (3.1)	58 (22.3)	72 (27.7)	122 (46.9)	260(100.0)
9	ท่านล้างมือทุกครั้งก่อนรับประทานอาหาร หรือ ค้มน้ำ หรือไม่	ไม่ตอบ	ล้างเป็น ประจำ	ล้างเป็น บางครั้ง/ นานๆ ครั้ง	ไม่ล้าง	รวม
		3 (1.2)	229 (88.1)	25 (9.6)	3 (1.2)	260(100.0)
10	ท่านล้างมือ/ทำความสะอาดร่างกาย หลัง เลิกงาน ทันที หรือไม่	ไม่ตอบ	ทำเป็น ประจำ	ทำเป็น บางครั้ง/ นานๆ ครั้ง	ไม่ทำ	รวม
		6(2.3)	216(83.1)	30(11.5)	8(3.1)	260(100.0)

ตารางที่ 4 ข้อมูลความเสี่ยงของพนักงานที่เข้ารับการประเมินจำนวน 260 คน(ต่อ)

ข้อที่	ข้อความ	คำตอบ				รวม
		ไม่ตอบ	ใช่เป็นประจำ	ใช่เป็นบางครั้ง	ไม่ใช่	
11	ท่านใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล ขณะทำงานหรือไม่	ไม่ตอบ 6 (2.3)	ใช่เป็นประจำ 157 (60.4)	ใช่เป็นบางครั้ง 61 (23.5)	ไม่ใช่ 36 (13.8)	260(100.0)
12	ท่านได้ตรวจสอบอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องจักร ให้พร้อมสำหรับทำงานหรือไม่	ไม่ตอบ 7 (2.7)	ทำทุกครั้ง 186 (71.5)	ทำเป็นบางครั้ง 49 (18.8)	ไม่ได้ทำ 18 (6.9)	260(100.0)
13	ท่านได้จัดสถานที่ทำงานให้สะอาด ปลอดภัย และจัดวางอุปกรณ์ในการทำงาน เช่น จัดเก็บสายไฟ สารเคมีให้เป็นระเบียบ ปลอดภัย หรือไม่	ไม่ตอบ 5(1.9)	ทำเป็นประจำ 201(77.3)	ทำเป็นบางครั้ง 43(16.5)	ไม่ได้ทำ 11(4.2)	260(100.0)
14	ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ท่านมี ปัญหาสุขภาพ/การเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงานหรือไม่	ไม่ตอบ 45(17.3)	ไม่มี 158(60.8)	ไม่แน่ใจ/ไม่ทราบ 23(8.8)	มี 34(13.1)	260(100.0)
15	ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ท่านเคย ได้รับอุบัติเหตุ/การบาดเจ็บที่เกิดจากการทำงานหรือไม่	ไม่ตอบ 39(15.0)	ไม่เคย 159(61.2)	ไม่แน่ใจ/ไม่ทราบ 18(6.9)	เคย 44(16.9)	260(100.0)
16	ปัจจุบันท่านมีโรคประจำตัวที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์หรือไม่(ตอบได้มากกว่า 1 ตัวเลือก)	ไม่ตอบ	ไม่มี	ไม่ทราบ	มี	รวม
	โรคความดันโลหิตสูง	23 (8.8)	191(73.5)	25(9.6)	21(8.1)	260(100.0)
	โรคหัวใจ	29(11.2)	207(79.6)	23(8.8)	1(0.4)	260(100.0)
	โรคเบาหวาน	27(10.4)	204(78.5)	19(7.3)	10(3.8)	260(100.0)
	ภูมิแพ้/โรคหอบหืด	28(10.8)	201(77.3)	21(8.1)	10(3.8)	260(100.0)

จากขั้นตอนที่ 2 เนื้อหา สถานการณ์ที่แสดงถึงการบรรลุวัตถุประสงค์อย่างชัดเจน คือ จำนวนพนักงาน เฟอร์นิเจอร์ที่ได้รับการประเมิน ปรากฏว่ามีพนักงานที่ได้รับการคัดกรอง 260 คน จากจำนวนทั้งหมด 722 คน คิดเป็นร้อยละ 36 เฉลี่ย อาสาสมัคร 1 คนสามารถคัดกรอง

พนักงานได้ 5 คนในช่วงระยะเวลา 1 เดือนหลังจากดำเนินการอบรม

จากขั้นตอนที่ 3 เครื่องมือวัดผล คือ แบบประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงานของแรงงานนอกระบบ (นบ.01) เมื่อใช้โดยอาสาสมัครพบว่าไม่มีความน่าเชื่อถือ

11(Cronbach's alpha = 0.694) โดยข้อคำถามที่เมื่อถูกตัดทิ้งแล้วจะทำให้ความน่าเชื่อถือเพิ่ม(scale if item deleted) จนอยู่ในระดับที่เชื่อถือได้(Cronbach's alpha อยู่ในช่วง 0.7-0.811) คือข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลการรับรู้ความเสี่ยง ซึ่งได้แก่ คำถามข้อที่ 1(ในสถานที่ทำงานหรืออาชีพหลักที่ท่านทำอยู่มีสิ่งนี้อาจก่อให้เกิดโรค การเจ็บป่วย อุบัติเหตุหรือการบาดเจ็บ ต่อตัวท่าน หรือผู้ร่วมงานหรือไม่) ที่เมื่อตัดทิ้งแล้วจะมีค่า Cronbach's alpha = 0.710 และคำถามข้อที่ 2(ท่านคิดหรือไม่ว่าอาชีพหลัก/งานที่ท่านทำอาจเกิดการบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วย ต่อตัวท่านเองหรือผู้ร่วมงาน) ที่เมื่อตัดทิ้งแล้วจะมีค่า Cronbach's alpha = 0.703

จากขั้นตอนที่ 4 เมื่อใช้เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ทำให้ได้ความเสี่ยงรายข้อ ซึ่งสามารถนำมาลำดับความสำคัญได้คือ ลำดับที่ 1 มีการรับประทานอาหาร/ดื่มน้ำในบริเวณ ที่ทำงานร้อยละ 46.9 ลำดับที่ 2 ไม่ทราบหรือคิดว่าในสถานที่ทำงานหรืออาชีพหลักที่ท่านทำอยู่ไม่มีสิ่งนี้อาจก่อให้เกิดโรค การเจ็บป่วย อุบัติเหตุหรือการบาดเจ็บ ต่อตัวท่าน หรือผู้ร่วมงานร้อยละ 18.1 และลำดับที่ 3 ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา เคยได้รับอุบัติเหตุ/การบาดเจ็บที่เกิดจากการทำงานร้อยละ 16.9

อภิปรายผล

จากการดำเนิน โครงการคัดกรองการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงานของแรงงานเฟอร์นิเจอร์โดยอาสาสมัครอาชีวอนามัยพบว่าหากใช้แบบสอบถามโดยอาสาสมัคร ซึ่งไม่ใช่บุคลากรสาธารณสุขจะทำให้แบบสอบถามไม่มีความน่าเชื่อถือ แต่หากต้องการความน่าเชื่อถือมากขึ้นอาจตัดคำถามในหัวข้อการรับรู้ความเสี่ยงข้อที่ 1 และข้อที่ 2 ออกหรือเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องของการรับรู้ความเสี่ยงทางสุขภาพ(Perceived

susceptibility) หรือโอกาสที่จะเกิดความเจ็บป่วย (Illness)¹²ให้มากขึ้น โดยมีกลยุทธ์คือการกำหนดกลุ่มเสี่ยงและระดับของความเสี่ยงของพนักงานเฟอร์นิเจอร์ ประชาสัมพันธ์ให้ทราบถึงความเสี่ยงที่ได้จากการคัดกรองรายบุคคล และช่วยให้พนักงานได้รับทราบความเสี่ยงของตนเองและโอกาสเกิดการเจ็บป่วยหรือโรคจากการทำงาน 12 ซึ่งแตกต่างกันแม้จะอยู่ในสถานที่ทำงานเดียวกัน6 นอกจากนี้การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการบาดเจ็บจากการประกอบอาชีพเฟอร์นิเจอร์แก่อาสาสมัครอาชีวอนามัยจะเป็นการเพิ่มทักษะในการประเมินความเสี่ยงหรือภาวะคุกคามต่อสุขภาพและเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจากการทำงานของผู้ประกอบอาชีพในชุมชนด้วย¹⁰

สำหรับความเสี่ยงที่ค้นพบสามอันดับแรกจากโครงการมีความแตกต่างจากการบาดเจ็บที่ได้จากการสำรวจแรงงานนอกระบบ พ.ศ.2553 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ¹ กล่าวคือ สำนักงานสถิติแห่งชาติรายงานการเกิดอุบัติเหตุและบาดเจ็บเกิดจากการถูกของมีคมบาดมากที่สุดแต่จากโครงการนี้พบเป็นความเสี่ยงลำดับที่สาม ทั้งนี้เพราะความเสี่ยงลำดับที่ 1 คือการรับประทานอาหาร/ดื่มน้ำในบริเวณที่ทำงาน และความเสี่ยงลำดับที่ 2 คือการไม่ทราบความเสี่ยงในที่ทำงานจะไม่มีกรรายงานให้หน่วยงานใดได้รับทราบจึงยังไม่มีข้อมูล¹³ ฉะนั้นการคัดกรองก่อนเกิดการเจ็บป่วยหรือโรคจากการทำงานจึงมีประโยชน์ในการป้องกันโรคมกกว่าการรายงานอุบัติเหตุหรือการป่วยด้วยโรคจากการทำงานซึ่งเป็นเพียงการเฝ้าระวัง(Surveillance) โรคและการบาดเจ็บเท่านั้น⁶

สรุปผล

การดำเนิน โครงการคัดกรองการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงานของแรงงานเฟอร์นิเจอร์โดย

อาสาสมัครอาชีวอนามัยขึ้น พร้อมทั้งวางแผนการประเมินโครงการโดยใช้รูปแบบการประเมินของไทเลอร์^{8,9}ซึ่งเป็นรูปแบบการประเมินที่ยึดจุดมุ่งหมาย(Goal-Based Model) ทำให้เห็นจุดแข็ง(Strength) และจุดด้อย(Weakness) ของโครงการ นำไปสู่การพัฒนาเทคนิคการดำเนินโครงการและกิจกรรม8 เพื่อค้นหา คัดกรอง และจัดการความเสี่ยงในสถานที่ทำงานที่จะดำเนินการต่อไปได้ ทั้งนี้ควรมีการอบรมบุคลากรสาธารณสุขหรืออาสาสมัครอาชีวอนามัยเกี่ยวกับความเสี่ยงในการทำงานก่อนดำเนินการ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณบุคลากรสาธารณสุขในรพ.สต. บ้านม้า อาสาสมัครอาชีวอนามัย ผู้ประกอบการเฟอร์นิเจอร์ในเขตตำบลศรีบัวบานทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ

เอกสารอ้างอิง

- 1 สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจแรงงานนอกระบบ พ.ศ.2553. กรุงเทพมหานคร: สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ,2553
- 2 สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. แนวทางการดำเนินงานประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงานของแรงงานนอกระบบปี พ.ศ. 2553. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย,2553
- 3 ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา, ชาย โพธิสิตา, กฤตยา อาชวนิจกุล, อุมารักษ์ ภัทราวณิชย์, เฉลิมพล แจ่มจันทร์, กุลวีณ์ ศิริรัตน์มั่งคด, ปาณฉัตร ทิพย์สุข และ สุภรต์ จรัสสิทธิ์. สุขภาพคนไทย 2553.นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล,2553
- 4 สุธันหา ยิ้มแย้ม, ชุทธิ มีสิทธิ์, นางเยาว์ อุดมวงศ์ และ ระกาวิณ ลิขณะวานิชพันธ์. การประมวลองค์ความรู้เกี่ยวกับแรงงานนอกระบบ(The Synthesis of Knowledge on Informal Workers). นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข,2544
- 5 อนิรุจน์ มะโนธรรม. การศึกษาปัญหาด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงานของกลุ่มแรงงานนอกระบบในจังหวัดภูเก็ต(The Study of Occupational Health and Safety in Informal-Sector Workers in Phuket Province). ภูเก็ต: มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต,2548
- 6 โกลิน ศักรินทร์กุล. อาชีวเวชศาสตร์สำหรับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว(Occupational medicine for family physician). ใน สถานพิณ หัตถ์ธีรัตน์ (บรรณาธิการ), เวชศาสตร์ครอบครัว แนวคิดและประสบการณ์ในบริบทไทย. นนทบุรี: บริษัท สหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด,2553;357-371
- 7 ธนาคารเพื่อการส่งออกและนำเข้าแห่งประเทศไทย. สถานการณ์และแนวโน้ม: เฟอร์นิเจอร์ไม้. Journal [serial on the Internet]. 2553 Date [cited 2010 17 December]: Available from: www2.oae.go.th/zone9/KM/Maiyang.pdf.
- 8 พิสนุ ฟองศรี. เทคนิควิธีประเมินโครงการ.3. กรุงเทพมหานคร: บริษัท พรอพเพอร์ตี้พริ้นท์ จำกัด, 2550;436.
- 9 ไชยยศ เรื่องสุวรรณ. เทคโนโลยีการศึกษาทฤษฎีและการวิจัย กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์,2533
- 10 สำนักงานควบคุมป้องกันโรคที่ 10 จังหวัดขอนแก่น. สรุปรการอบรมเชิงปฏิบัติการอาสาสมัครอาชีวอนามัยในชุมชน(อสอช.) อำเภอเมือง จังหวัด

- ขอนแก่น. Paper presented at the การอบรมเชิงปฏิบัติการอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน (อสอช.) อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น,2551
- 11 Field A. Discovering statistics using SPSS. 2nd ed. London: Sage publications; 2005.
- 12 Rimer B, Glanz K. Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion Practice. 2nd ed. Bethesda: National Institutes of Health; 2005.
- 13 จรัส สิงห์แก้ว, อนงค์ศิลป์ ด่านไพบูลย์, วิทยาภรณ์ ศรีภิรมย์ และ พลายแก้ว สันตจิตโต. การศึกษาระบบเฝ้าระวังสุขภาพและสิ่งแวดล้อมในโรงงานอุตสาหกรรมนิคมอุตสาหกรรมภาคเหนือ จังหวัดลำพูน. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข,2550;1(2) : 246-254.

การเปรียบเทียบผลการตรวจวินิจฉัยมาลาเรียโดยวิธี Nested PCR
และกล้องจุลทรรศน์ฟิล์มโลหิตหนา จังหวัดเชียงใหม่ พ.ศ.2550

(The comparative detection of malaria Infections by microscopy thick blood film(TBF) and
Nested PCR in Chiangmai, 2007)

สุเทพ ฟองศรี วท.ม.(ปรสิตวิทยา)

Suthep Phongsri M.Sc.(Parasitology)

สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเชียงใหม่

Chiang Mai Provincial of Public Health Office

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ได้มุ่งประเด็นการเปรียบเทียบวิธีการตรวจ Nested PCR กับการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ฟิล์มโลหิตหนาในการวินิจฉัยมาลาเรีย จังหวัดเชียงใหม่ ปี 2550 โดยนำตัวอย่างโลหิตที่ตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ฟิล์มโลหิตหนาโดยหน่วยควบคุมโรคติดต่อโดยแมลงที่ 10.4.3 เชียงดาว และ 10.4.8 อมก้อย(นคม.) ที่ให้ผล Negative จำนวน 102 รายคิดเป็นร้อยละ 70.34(102/145) *Plasmodium falciparum* จำนวน 13 รายคิดเป็นร้อยละ 8.97(13/145) และ *P.vivax* จำนวน 30 รายคิดเป็นร้อยละ 20.69(30/145) และนำตัวอย่างโลหิตจากผู้รับบริการคนเดียวกันส่งตรวจโดยวิธี Nested PCR พบว่าให้ผล Negative จำนวน 136 รายคิดเป็นร้อยละ 93.79(136/145) *P.falciparum* จำนวน 1 รายคิดเป็นร้อยละ 0.69(1/145) และ *P.vivax* จำนวน 8 รายคิดเป็นร้อยละ 5.52(8/145) แสดงว่าวิธี PCR สามารถตรวจพบเชื้อมาลาเรียน้อยกว่าการตรวจด้วยวิธีโลหิตฟิล์มหนาถึง 34 ราย หรือ พบเชื้อเพียง 20.9%(9/43) ของการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ฟิล์มโลหิตหนาซึ่งน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($P\text{-value} < 0.05$)

แต่เมื่อนำตัวอย่างโลหิตชุดเดียวกันส่งตรวจโดยใช้วิธีกล้องจุลทรรศน์ที่งานชันสูตรกลุ่มงานโรคติดต่อโดยแมลง สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10(สคร.10) พบว่าให้ผล Negative จำนวน 103 รายคิดเป็นร้อยละ 71.03(103/145) *P.falciparum* gametocyte(Fg) จำนวน 1 รายคิดเป็นร้อยละ 0.69(1/145) *P.falciparum* จำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.97(13/145) และ *P.vivax* จำนวน 28 รายคิดเป็นร้อยละ 19.31(28/145) เมื่อเปรียบเทียบผลการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ฟิล์มโลหิตหนาที่ตรวจโดยนคม.และสคร 10 พบว่ามาตรฐานการตรวจของเจ้าหน้าที่ทั้งสองใกล้เคียงกัน การศึกษานี้สรุปได้ว่าการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ฟิล์มโลหิตหนายังใช้เป็นมาตรฐาน(Gold standard) ในการวินิจฉัยแยกชนิดมาลาเรียต่อไป และการตรวจด้วย Nested PCR ไม่เหมาะสมกับหน่วยบริการสาธารณสุขทั่วไป เพราะราคาแพงมากกว่าการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ฟิล์มโลหิตหนา 10 เท่า

คำสำคัญ: การวินิจฉัยมาลาเรีย วิธีการตรวจ Nested PCR ฟิล์มโลหิตหนา

Abstract

The study was conducted in Chiang Mai province in 2007. The purpose was two methods of malaria diagnosis, microscopic thick blood film(TBF and Nested PCR.)_A total of 145 blood slides were collected as routine activity in the Vector Borne Disease Control Unit(VBDU in Chiang Dao district and Omkoi district. Of these 102 case(70.4%) were reported negative from any malaria parasites, 13 cases were indicated *Plasmodium falciparum*(8.97%), and 30 case(20.69%) were *P.vivax* respectively. Surprisingly malaria detection by PCR reported no malaria parasite have been detected in 136specimens(93.79%), while one was positive by *P.falaciparum*(0.69%) and 8 with *P.vivax*(5.52%). This showed 36(20.9%) malaria positive specimen were missing by PCR detection method which was significant lower sensitivity than TBF method($P<0.05$).

Moreover, the same blood slides were double checked by the Expert microscopist team at the Vector Borne Disease Control section, Office of Disease Prevention and Control#10(DPC 10). The results were no differ from the VBDU examination results, which 103 case(71.03%) showed negative malaria parasites and 14 were *P.falaciparum*(9.66%) including 1 gametocyte positive, 28 slides indicated of *P.vivax* case(19.31%). We concluded that TBF still can be used as a goal standard for malaria diagnosis and PCR method was not cost-effective to apply use as a routine activity in the general public health sectors, comparing to 10 times more expensive than that of TBF technique

Keywords: Malaria, Thick blood film(TBF), Nested PCR

บทนำ

สถานการณ์มาลาเรียจังหวัดเชียงใหม่ พบว่ามีกระจายของผู้ป่วยด้วยมาลาเรียเกือบทุกพื้นที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่สูงและมีอาณาเขตติดต่อกับประเทศเมียนมาร์ และมีสภาพเป็นป่าเขา จากอัตราป่วยด้วยมาลาเรีย (Annual parasite incidence:API) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 – 2549 มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง คิดเป็นอัตราป่วยต่อพันประชากรเท่ากับ 1.91, 0.99, 1.08, 1.41, 0.86 และ 0.59 ตามลำดับ¹⁻⁶

ในปีพ.ศ.2549 งานระบาดวิทยาของศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ 10.4 ได้รวบรวมรายงานการป่วยด้วยมาลาเรีย จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเช่น สถานีอนามัย

โรงพยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) อาสาสมัครมาลาเรียประจำหมู่บ้าน(อมม.) และหน่วยงานควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลง(นคม.) มาลาเรียคลินิก (Malaria clinic: MC) ที่ได้มีการค้นหาผู้ติดเชื้อ โดยการเจาะโลหิตค้นหาผู้ติดเชื้อมาลาเรียในผู้สงสัย ในทุกพื้นที่ของจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าได้มีการค้นหาผู้ติดเชื้อมาลาเรีย โดยการเจาะโลหิตตรวจในกลุ่มคนไทย จำนวน 160,215 ราย พบเชื้อ 1,005 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.63 พบเชื้อมาลาเรียชนิด *Plasmodium vivax* มากที่สุด จำนวน 553 ราย คิดเป็นร้อยละ 55.02 รองลงมาได้แก่ชนิด *P. falciparum*, *P. malariae* และพบเชื้อผสมระหว่าง

P. falciparum และ *P. vivax* จำนวน 436, 6, และ 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.38, 0.60 และ 0.99 ตามลำดับ^๖

ในส่วนของหน่วยงานที่เจาะโลหิตค้นหาผู้ติดเชื้อ มาลาเรียในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าเจ้าหน้าที่ของ หน่วยงานมาลาเรียที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะสังกัดหน่วย ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลง กรมควบคุมโรค เช่น พนักงานเยี่ยมบ้าน พนักงานตรวจชันสูตร(Special case detection: SCD) ซึ่งเป็นการค้นหาเป็นแบบเชิงรุกและจะ ทำได้โดยหน่วยงานมาลาเรียเท่านั้น ที่มีส่วนในการค้นหา ผู้ติดเชื้อมาลาเรียมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 62.39(99, 961/160,215) ส่วนโรงพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชนคิดเป็น ร้อยละ 26.39(42,280/160,215) และพบว่ามาลาเรียคลินิก (Malaria clinic: MC) คิดเป็นร้อยละ 9.45(15,142/160 ,215) ตามลำดับ ส่วนสถานอนามัย(สอ.) ซึ่งเป็นหน่วยงาน สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ที่รับผิดชอบ งานควบคุมมาลาเรียในพื้นที่กลับมีบทบาทน้อยมากคิด เป็นร้อยละ 1.42(2,273/160,215) เท่านั้น ทั้งนี้อาจเป็น เพราะงานในหน้าที่มีมากและไม่ใช่งานนโยบายประกอบ กับบางสอ.มีมาลาเรียคลินิกอยู่ในสอ. สำหรับอมม. ร้อยละ 0.31(493/160,215) และอสม.ร้อยละ 0.04(66/160,215)^๖

วิธีหลักในการตรวจวินิจฉัยมาลาเรียในปัจจุบันคือ การตรวจหาเชื้อมาลาเรียจากฟิล์มเลือดโดยใช้กล้อง จุลทรรศน์แบ่งเป็นชนิดฟิล์มหนา(Thick blood film: TBF) และฟิล์มบาง(Thin blood film) ซึ่งฟิล์มทั้งสองชนิดมีข้อดี และข้อจำกัดต่างกันเช่น ฟิล์มบางต้องใช้เวลาในการตรวจ นานแต่สามารถบอกชนิดเชื้อมาลาเรียได้ง่าย ซึ่งเหมาะ สำหรับผู้ไม่มีประสบการณ์มากนัก สำหรับฟิล์มหนานั้น ต้องใช้ความชำนาญในการบอกชนิดเชื้อมาลาเรียแต่ใช้ เวลาในการตรวจสั้นกว่าและเป็นวิธีหลักที่ใช้ในการ ควบคุมมาลาเรีย^๗ สำหรับการตรวจวินิจฉัยวิธีอื่นๆ ซึ่ง ส่วนมากใช้ในงานวิจัย ได้แก่การตรวจทางนำเหลืองวิทยา

(Serology test) เช่น วิธีการตรวจหาแอนติเจน เป็นต้นว่า Radioimmunoassay(RIA), Immunoradiometric assay (IRMA) และ Enzyme Linked Immunosorbent Assay (ELISA) เป็นต้น ว่าเป็น Inhibition ELISA, Double Antibody Sandwich ELISA, Two Site Sandwich ELISA, Dot ELISA และ Dye-conjugated Mab- base Assay(Dipstick) วิธีการตรวจหาแอนติบอดีในซีรัม เป็น ต้นว่า Indirect Immunofluorescent Antibody test(IFA) Indirect Hemagglutination test(IHA) และ Enzyme Linked Immuno sorbent Assay(ELISA)^๘

สำหรับวิธีการทางอณูชีววิทยา(Molecular Biology) เป็นการตรวจหาสารพันธุกรรม ดีเอ็นเอ(DNA) หรือ อาร์ เอนเอ(RNA) ของเชื้อมาลาเรีย เป็นต้นว่า DNA probe, RNA probeและการตรวจโดยการขยายสารพันธุกรรม (Gene amplification technique) โดยวิธี Polymerase Chain Reaction(PCR)^๘

วิธี PCR เป็นวิธีการใหม่แปลผลง่าย มีความไว (sensitivity) และความจำเพาะ(specificity) สูง^๙ แต่ต้อง พิจารณาเรื่องราคาค่าตรวจและข้อปลุกย่อยในเทคนิคการ ปฏิบัติบางประการ วิธีการ Nested PCR ในจังหวัด เชียงใหม่ ยังไม่มีผู้ใดศึกษาไว้ การศึกษารังนี้ มี วัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลการตรวจระหว่าง Nested PCR และกล้องจุลทรรศน์ฟิล์มโลหิตหนาและเพื่อหา วิธีการตรวจวินิจฉัยมาลาเรียที่เหมาะสม

วิธีการศึกษา

ประชากรและตัวอย่าง สุ่มเก็บจากผู้มารับบริการ และยินยอมให้ความร่วมมือในการเก็บตัวอย่างโลหิต จาก หน่วยควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ 10.4.3 เชียงดาว จำนวน 77 ตัวอย่าง และหน่วยควบคุมโรคติดต่อ นำโดย แมลงที่ 10.4.8 อมก้อย จำนวน 68 ตัวอย่างผู้รับบริการที่ ถูกคัดเลือกเป็นตัวอย่าง จะได้รับการเจาะเลือดจากปลายนิ้ว

จัดทำฟิล์มโลหิตหนา(Thick blood film: TBF) แล้วย้อมด้วยสี Giemsa stain และตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์(light microscope) แล้วแยกชนิดตัวอย่างเป็น Negative *P.falciparum* และ *P.vivax*

โดยที่ผู้ที่ถูกคัดเลือกเป็นตัวอย่างจะได้รับการทำฟิล์มโลหิตหนาอีก 2 ตัวอย่างแต่ไม่ต้องย้อมสี Giemsa stain พร้อมรหัสให้เรียบร้อย โดยที่ 1 ตัวอย่างส่งตรวจด้วยวิธี Nested PCR ที่บริษัทล้านนาแลบจำกัด ซึ่งสามารถตรวจได้ทั้งชนิด *P.falciparum* และ *P.vivax* และอีก 1 ตัวอย่างส่งตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์(light microscope) ฟิล์มโลหิตหนาที่งานชันสูตรกลุ่มโรคติดต่อนำโดยแมลงสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 ระยะเวลาเก็บตัวอย่างโลหิตระหว่างเดือน มิถุนายน 2550 - ตุลาคม 2550

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละผลการตรวจตัวอย่างโลหิตโดยใช้กล้องจุลทรรศน์ฟิล์มโลหิตหนา โดยหน่วยควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง(นคม) ที่ 10.4.3 เชียงดาว และ 10.4.8 อมก้อย จังหวัดเชียงใหม่

ผลการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ฟิล์มโลหิตหนา	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
Negative	102	70.34
<i>P.falciparum</i>	13	8.97
<i>P.vivax</i>	30	20.69
รวม	145	100.00

แต่เมื่อนำตัวอย่างโลหิตจากผู้รับบริการคนเดียวกันกับที่ตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ฟิล์มโลหิตหนาจำนวน 145 ตัวอย่าง ส่งตรวจโดยวิธี Nested PCR พบว่าให้ผล

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละผลการตรวจตัวอย่างโลหิตโดยวิธี Nested PCR จังหวัดเชียงใหม่

ผลการตรวจด้วยวิธี Nested PCR	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
Negative	136	93.79
<i>P.falciparum</i>	1	0.69
<i>P.vivax</i>	8	5.52
รวม	145	100.00

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรม SPSS 13.0 for windows ในการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นร้อยละ และใช้สถิติ McNemar-Bowker Test สำหรับการเปรียบเทียบผลการตรวจแต่ละวิธี

ผลการศึกษา

ตัวอย่างโลหิตที่หน่วยควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ 10.4.3 เชียงดาว และ 10.4.8 อมก้อย ตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ฟิล์มโลหิตหนามีผล Negative จำนวน 102 รายคิดเป็นร้อยละ 70.34(102/145) *P.falciparum* จำนวน 13 รายคิดเป็นร้อยละ 8.97(13/145) และ *P.vivax* จำนวน 30 รายคิดเป็นร้อยละ 20.69(30/145) ดังตารางที่ 1

เมื่อนำข้อมูลผลการตรวจโลหิตด้วยกล้องจุลทรรศน์ฟิล์มโลหิตหนา และ Nested PCR มาหาความสัมพัทธ์โดยการเปรียบเทียบกัน พบว่าทั้งสองวิธีมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P -value < 0.05) McNemar-Bowker Test เท่ากับ 29.30 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบผลการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ฟิล์มโลหิตหนาและ Nested PCR จังหวัดเชียงใหม่

ผลการตรวจด้วยวิธี	ผลการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ฟิล์มโลหิตหนา			รวม	P-value
	Negative	<i>P.falciparum</i>	<i>P.vivax</i>		
Nested PCR					
Negative	97	10	29	136	0.000
<i>P.falciparum</i>	1	0	0	1	
<i>P.vivax</i>	4	3	1	8	
รวม	102	13	30	145	

McNemar-Bowker Test เท่ากับ 29.30 P -value เท่ากับ 0.000

และเมื่อนำตัวอย่างโลหิตที่ได้จากผู้รับบริการคนเดียวกันทั้งหมดคือ จำนวน 145 ตัวอย่าง ส่งตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ฟิล์มโลหิตหนาที่งานชันสูตรกลุ่มโรคติดต่อ นำโดยแมลง สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 พบว่าให้ผล โดยงานชันสูตรกลุ่มโรคติดต่อ นำโดยแมลง สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 (สคร.10) จำนวนและร้อยละผลการตรวจตัวอย่างโลหิตด้วยกล้องจุลทรรศน์ฟิล์มโลหิตหนา โดยงานชันสูตรกลุ่มโรคติดต่อ นำโดยแมลง สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 (สคร.10) จำนวน 103 รายคิดเป็นร้อยละ 71.03 *P.falciparum* Fg จำนวน 2 รายคิดเป็นร้อยละ 1.38 *P.falciparum* จำนวน 12 รายคิดเป็นร้อยละ 8.28 และ *P.vivax* จำนวน 28 รายคิดเป็นร้อยละ 19.31 ดังตารางที่ 4

ผลการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ฟิล์มโลหิตหนา	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
Negative	103	71.03
<i>P.falciparum</i> Fg	2	1.38
<i>P.falciparum</i>	12	8.28
<i>P.vivax</i>	28	18.31
รวม	145	100.00

เมื่อนำผลการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ฟิล์มโลหิตหนาของหน่วยควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ 10.4.3 เชียงดาว และ 10.4.8 อมก๋อย(นคม.) และของงานชันสูตรกลุ่มงานโรคติดต่อ นำโดยแมลง สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 (สคร.10) มาเปรียบเทียบกันโดยใช้สถิติ McNemar-Bowker Test พบว่าไม่สามารถวิเคราะห์หาความสัมพันธ์กันได้ ทั้งนี้เป็นเพราะว่าข้อมูลบางตัวในตารางเป็น 0 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบผลการตรวจโดยวิธี TBF ของหน่วยควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ 10.4.3 เชียงดาว และ 10.4.8 อมก้อย(นคม.) และของงานชันสูตรกลุ่มงานโรคติดต่อ นำโดยแมลง สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10(สคร.10)

นคม.	สคร.10				รวม
	Negative	<i>P.falciparum</i> Fg	<i>P.falciparum</i>	<i>P.vivax</i>	
Negative	101	0	0	1	102
<i>P.falciparum</i>	0	2	11	0	13
<i>P.vivax</i>	2	0	1	27	30
รวม	103	2	12	28	145

อภิปรายผล

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการใช้เทคโนโลยีทางอณูชีววิทยา (Molecular biology) PCR เป็นวิธีการที่ทันสมัยมีประโยชน์ด้านการแพทย์ ได้แก่ การตรวจวินิจฉัยโรคเพื่อป้องกันและรักษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น¹⁰ PCR นอกจากจะใช้สำหรับการวินิจฉัยโรคแล้วยังเป็นวิธีการที่ใช้กว้างขวาง เช่น ได้มีการประยุกต์ใช้วิธีการ PCR สำหรับตรวจหาชิ้นเนื้อของเชื้อ *P. falciparum*¹¹ ได้มีการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า การตรวจด้วยวิธี Nested PCR กับการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์พบว่าวิธี Nested PCR มีความไวมากกว่าและสามารถพิสูจน์ชนิดเชื้อได้ในกรณีการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ไม่บ่งบอกได้ชัดเจน¹² ส่วนการศึกษาในอิหร่านถึงการใช่วิธี Nested PCR พบว่ามีความไว (sensitivity) สูงกว่าการใช้กล้องจุลทรรศน์ทั้งเชื้อ *P. falciparum* และ *P. vivax*¹³

การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของโทมัส และมาร์ตินพบว่ามีความไวและความจำเพาะสูง แต่มีข้อจำกัดในส่วนของค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ทั้งการรวบรวมตัวอย่าง การขนส่ง และกระบวนการจัดทำ จึงไม่เหมาะสมที่จะนำมาใช้ในห้องปฏิบัติการประจำในประเทศที่ไม่ร่ำรวย¹⁴ เพราะเมื่อพิจารณาถึงค่าใช้จ่ายพบว่าค่าตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ฟิล์มโลหิตหนาจำนวน 50 บาทต่อราย ส่วนการ

ตรวจโดยวิธี Nested PCR ค่าตรวจจำนวน 500 บาทต่อราย ซึ่งแพงกว่าถึง 10 เท่า

จากการศึกษานี้ถ้าใช้วิธี Nested PCR เป็นเกณฑ์ในการวินิจฉัยผู้ป่วยแล้ว ผู้ป่วยจะถูกวินิจฉัยว่าไม่พบเชื้อมาลาเรีย (Negative) จำนวนสูงถึง 139 ราย ทั้ง ๆ ที่ผลการตรวจของนคม. ให้ผล Negative เพียงจำนวน 103 ราย เท่ากับว่าผู้รับบริการจำนวน 36 รายเหล่านี้จะไม่ได้รับยารักษามาลาเรีย (อันตรายมาก) อาจนำไปสู่อาการรุนแรงและอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้และเมื่อนำตัวอย่างโลหิตทั้งหมดส่งตรวจที่งานชันสูตร กลุ่มงานโรคติดต่อ นำโดยแมลง สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 (สคร.10) พบว่าผลการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ฟิล์มโลหิตหนาของหน่วยควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลง(นคม.) ที่ 10.4.3 เชียงดาว และ 10.4.8 อมก้อย และของงานชันสูตร กลุ่มงานโรคติดต่อ นำโดยแมลง สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 (สคร.10) ผลการตรวจแทบไม่แตกต่างกันเลย มีเพียงจำนวน 3 รายที่ให้ผลการตรวจไม่ตรงกันกล่าวคือ 1 ราย นคม. ให้ผล Negative แต่ สคร. 10 ให้ผลเป็น *P.vivax* รายที่ 2 และ 3 นคม. ให้ผล *P.vivax* แต่ สคร.10 ให้ผล Negative และมีจำนวน 2 รายที่ นคม. พบ *P.falciparum* แต่ สคร.10 พบ *P.falciparum* Fg เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติแล้วพบว่าไม่สามารถดำเนินการได้เนื่องจากข้อมูลบางตัว

เท่ากับ 0 นั้นแสดงว่าการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ฟิล์มโลหิตหนาที่ใช้กันทั่วไปทั้งโรงพยาบาลของรัฐบาลและเอกชน หน่วยงานสังกัดสำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค ในปัจจุบันยังสามารถใช้เป็นมาตรฐาน (Gold standard) ในการวินิจฉัยมาลาเรียต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์วัฒนา กาจกมล นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ดร.สุรสิงห์ วิศรุตรัตน รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ นางชลลิสสา จริยาเลิศศักดิ์ หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ที่ให้โอกาสในการศึกษาในครั้งนี้ ขอขอบคุณรองศาสตราจารย์ ดร.นิมิตร มรกต รองศาสตราจารย์ภาควิชาปรสิตวิทยา คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่ได้แนะนำการใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูล

ขอขอบคุณหัวหน้าหน่วยควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงที่ 10.4.3 เชียงดาว และ 10.4.8 อมก้อย ที่ให้ความร่วมมือในการส่งตัวอย่างโลหิต และขอขอบคุณคุณสวาทชลพล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานโรคติดต่อฯ โดยแมลงที่ได้ตรวจตัวอย่างโลหิตจนสำเร็จคลี่คลายไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. รายงานประจำปีงบประมาณ 2544 งานควบคุมโรคติดต่อทั่วไป, 2545.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. รายงานประจำปีงบประมาณ 2545 งานควบคุมโรคติดต่อทั่วไป, 2546
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. รายงานประจำปีงบประมาณ 2546 งานควบคุมโรคติดต่อทั่วไป, 2547.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. รายงานประจำปีงบประมาณ 2547 งานควบคุมโรคติดต่อทั่วไป, 2548.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. รายงานประจำปีงบประมาณ 2548 งานควบคุมโรคติดต่อทั่วไป, 2549.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. รายงานประจำปีงบประมาณ 2549 งานควบคุมโรคติดต่อทั่วไป, 2550.
7. กลุ่มงานชันสูตร ศูนย์มาลาเรียที่ 2 จังหวัดเชียงใหม่. ชันสูตรโรคมมาลาเรีย โรคเท้าช้าง, 2539.
8. <http://www.thaivbd.org>
9. <http://www.malariasite.com>
10. <http://web.ku.ac.th/schoolnet/snet4/genetics/pcr.htm>
11. Isabel D Ferreira, Virgílio E do Rosário and Pedro VL Cravo. Real-time quantitative PCR with SYBR
12. Stephanie P. Johnston, Norman J. Pieniazek, Maniphet V. Xayavong, Susan B. Slemenda, Patricia P. Wilkins. and Alexandre J. da Silva. PCR as a Confirmatory Technique for Laboratory Diagnosis of Malaria. J Clin Microbiol. 2006; 44(3): 1087-1089.
13. Sedigheh Zakeri, Sohaila Talebi Najafabadi, Ahmad Zare and Navid Dinparast Djadid. Detection of malaria parasites by nested PCR in south-eastern, Iran: Evidence of highly mixed infections in Chahbahar district. Malaria Journal 2002, 1:doi:10.1186/1475-2875-1-2
14. Thomas Hänscheid and Martin P. Grobusch How useful is PCR in the diagnosis of malaria? Trends in Parasitology Volume 18, Issue 9, 1 September 2002, Pages 395-398.

การตรวจเลือดเพื่อค้นหาการติดเชื้อโรคซิฟิลิสในกลุ่มประชากรที่เข้าถึงยากแบบเชิงรุก ด้วยวิธี Rapid test
ศูนย์สาขิตบริการกามโรค, สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดเชียงใหม่
(A Proactive Survey of Syphilis infection among Most At Risk Populations(MARPs) via a Rapid
test, which is run by Sexually Transmitted Infection Clinic, Office of Disease Prevention and
Control Region 10 Chiang Mai)

อนุรักษ์ ชุสุวรรณรักษ์ วท.บ(เทคนิคการแพทย์),น.บ,ร.ป.ม

Anurak Chusuwanrak B.Sc(Med.Tech),LL.B,M.P.A

อังคณา พลภักดิ์ ป.พนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์

Angkana Polpugdee Cert.in Med.Lab.Technician

นิลวรรณ กิตยานุรักษ์ ส.บ

Nilawan Kitayanuluk B.P.H

วิษณุกร ยาสุมุทร์ พ.ย.บ

Wisanutkorn Yasamut B.N.S

สำราญ อมยิ้ม ป.พยาบาลและผดุงครรภ์

Samran Omyim Cert.Technical Nurse

สุรียา นุชนัดดา ป.พยาบาลและผดุงครรภ์

Suriya Nutnatda Cert.Technical Nurse

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่

Office of Disease Prevention and Control, 10 Chiang Mai

บทคัดย่อ

โรคซิฟิลิสเกิดจากการติดเชื้อ *Treponema pallidum* ผู้ที่ติดเชื้อส่วนใหญ่มักอยู่ในระยะแฝงและมีอาการเรื้อรัง ถ้าหากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องจะส่งผลให้เกิดโรคแก่ระบบต่าง ๆ ของร่างกายได้หลายระบบ การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง เพื่อหาความชุกของการติดเชื้อโรคซิฟิลิสในกลุ่มประชากรที่เข้าถึงยากจำนวน 577 ราย ระหว่างเดือนมกราคมถึงมีนาคม 2553 ผู้รับบริการทุกรายจะได้รับการตรวจเลือดเบื้องต้นด้วยเลือดครบส่วน(whole blood) ที่อาศัยหลักการ IC(Immunochromatography) ของน้ำยาสำเร็จรูป SD BIOLINE Syphilis 3.0 และทราบผลการตรวจภายในเวลา 20 นาที เลือดทุกรายจะได้รับการตรวจซ้ำด้วยวิธี TP.PA ซึ่งเป็นวิธีอ้างอิงอีกครั้ง ซึ่งจากการประเมินน้ำยาดังกล่าว พบว่ามีความไวร้อยละ 83.33 และความจำเพาะร้อยละ 100 ผลการศึกษาประชากรทั้งหมดพบการติดเชื้อโรคซิฟิลิสร้อยละ 3.2 เมื่อแยกตามกลุ่มประชากรเป้าหมายพบว่ากลุ่ม MSM ติดเชื้อมากที่สุดร้อยละ 5.6 รองลงมาคือกลุ่ม FSW ร้อยละ 3.7 และ MSW ร้อยละ 2.5 ตามลำดับ ส่วนกลุ่ม IDUs ไม่พบการติดเชื้อ ในจำนวนผู้ติดเชื้อทั้งหมด 18 ราย จากการซักประวัติพบว่าเคยรักษามาแล้ว 6 ราย อีก 12 ราย ยังไม่เคยได้รับการรักษา ในการตรวจเลือดเบื้องต้นเพื่อค้นหาการติดเชื้อโรคซิฟิลิสแบบเชิงรุกที่อาศัยหลักการ IC ทำให้กลุ่มประชากรที่เข้าถึงยากได้รับโอกาสในการเข้าถึงการบริการด้านสาธารณสุขขั้นพื้นฐานที่มีความสะดวก รวดเร็วและได้รับการรักษาตามมาตรฐานได้ทันทั่วถึง ช่วยลดโอกาสที่จะก่อให้เกิดความพิการหรือสูญเสียชีวิตในอนาคตได้

คำสำคัญ: ซิฟิลิส, อิมมูโนโครมาโตกราฟี, SD BIOLINE Syphilis 3.0, กลุ่มประชากรที่เข้าถึงยาก

Abstract

Syphilis is caused by a spirochete, *Treponema pallidum*. The majority of infected people do not present any symptoms(latent period) and they are chronic infected. If they are not received a correct and complete treatment, the disease will progress and affect multiple organs. The study is a cross-sectional, descriptive study for examining the prevalence of Syphilis infection among Most At Risk Populations(MARPs). The 577 people were enrolled in the study and taken the blood samples between January and March 2010. The whole blood was tested for Syphilis via Immunochromatography method(IC), SD BIOLINE Syphilis 3.0 ® . The Individual result was shown within 20 minutes. Every sample was confirmed by Treponema Pallidum Particle Agglutination(TPPA). The result shows 3.2% of the total population tested positive for Syphilis(18 cases) The rate of the positive results among Men who have Sex with Men(MSM), Female Sex Workers(FSW), Male Sex Workers(MSW) and Injecting Drug Users(IDUs) are 5.6%, 3.7%, 2.5% and 0%, respectively. Among the 18 people, 6 people have already received the treatment; 12 people have not received the treatment. According to the study, the rapid test has 83.33% sensitivity and 100% specificity. The proactive survey via rapid test may give the opportunity for the people who cannot easily access to the health care service. The can be diagnosed and can receive the standard treatment at the same visit. Therefore, it can decrease the sequelae of the disease in the population.

Keywords: Syphilis, Immunochromatography, SD BIOLINE Syphilis 3.0 ®, Most At Risk Populations

บทนำ

โรคซิฟิลิสเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เกิดจากการติดเชื้อ *Treponema pallidum* ผู้ที่ติดเชื้อจะมีอาการเรื้อรังและสามารถทำให้เกิดโรคแก่ระบบต่างๆ ของร่างกายได้หลายระบบ อาจมีอาการแสดงที่ชัดเจนหรืออาจอยู่ในระยะสงบได้เป็นระยะเวลานาน ลักษณะทางคลินิก แบ่งออกเป็น 4 ระยะคือ ซิฟิลิสระยะที่ 1(Primary syphilis) เป็นระยะที่เกิดแผล มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 1 – 2 เซนติเมตร มักเป็นแผลเดี่ยว ขอบแผลนูนแข็งเรียกว่าแผลริมแข็ง ซิฟิลิสระยะที่ 2(Secondary syphilis) เกิดหลังจากเป็นซิฟิลิสระยะที่ 1 ประมาณ 6 – 8 สัปดาห์ เป็นระยะที่เชื้อกระจายไปตามกระแสเลือด ทำให้เกิดอาการทางระบบก่อน(systemic หรือ constitutional symptoms) ต่อมาเข้าสู่

ระยะแฝง(latent syphilis) ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ระยะคือ early latent syphilis ติดเชื้อภายใน 2 ปี และ late latent syphilis ติดเชื้อเกิน 2 ปี ซิฟิลิสระยะที่ 3(Tertiary syphilis) หลังโรคสงบอยู่ระยะแฝงนานเป็นปีๆ ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษา จะแสดงอาการของโรคในระยะท้าย^{1,2} อย่างไรก็ตามอุบัติการณ์ของโรคยังคงมีในระดับหนึ่ง ไม่สามารถกำจัดให้หมดสิ้นไป³ ในการตรวจทางซีโรโลยีเพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรคซิฟิลิส แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ nontreponemal antibody test และ treponemal antibody test⁴ IC(Immunochromatography test) เป็น treponemal antibody test ซึ่งเป็นชุดทดสอบน้ำยาสำเร็จรูป มีเทคนิคที่สามารถทำการทดสอบได้ง่าย ไม่ต้องการอุปกรณ์หรือเครื่องมือพิเศษ อาศัยหลักการของ

Chromatography ร่วมกับปฏิกิริยาของแอนติเจนและแอนติบอดีที่มีความจำเพาะสูง หากมีวิธีการเตรียมแอนติเจนหรือแอนติบอดีที่มีความบริสุทธิ์สูง ปฏิกิริยาข้ามกลุ่มจะเกิดขึ้นน้อยมากหรือไม่เกิดเลย^{5,6} ในการศึกษาครั้งนี้ใช้วิธี IC เพื่อตรวจค้นหาการติดเชื้อซิฟิลิสในกลุ่มประชากรที่เข้าถึงยากแบบเชิงรุก โดยใช้น้ำยาสำเร็จรูป SD BIOLINE Syphilis 3.0 แอนติเจนที่ใช้ในน้ำยาเป็น recombinant antigen ซึ่งประกอบด้วย TpN15, TpN17 และ TpN42⁷ จากการประเมินน้ำยา SD BIOLINE Syphilis 3.0 สำหรับตรวจวินิจฉัยโรคซิฟิลิส โดยการใช้ น้ำเหลือง (serum) มหาวิทยาลัยขอนแก่น มีความไวร้อยละ 90.4 และความจำเพาะร้อยละ 100⁸ วัตถุประสงค์ของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เพื่อทราบความชุกของการติดเชื้อโรคซิฟิลิสในกลุ่มประชากรที่เข้าถึงยากในเขตพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ ได้แก่ กลุ่ม FSW (Female Sex Worker), กลุ่ม MSW (Male Sex Worker), กลุ่ม MSM (Men who have Sex with Men) ในเรือนจำกลางเชียงใหม่ และกลุ่ม IDUs (Injecting Drug users) ในศูนย์บำบัดยาเสพติดภาคเหนือ ในการดำเนินงานกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวจะได้รับการให้องค์ความรู้ เรื่องโรคซิฟิลิสทั้งด้านการป้องกัน การรักษา และวิธีการตรวจแบบรวดเร็ว รู้ผลการตรวจภายในเวลา 20 นาที รายใดที่ให้ผลบวกด้วยวิธี IC จะได้รับบัตรที่มีหมายเลขรหัสเพื่อมารับการรักษาที่ศูนย์สาธิตบริการกามโรคในตอนบ่ายของวันถัดไป ขณะเดียวกันเลือดที่ผ่านการตรวจด้วยวิธีดังกล่าวจะถูกนำมาตรวจด้วยวิธี TP-PA (Treponema Pallidum Particle Agglutination) ซึ่งเป็นวิธีอ้างอิงอีกครั้ง⁸ ถ้าหากผลการตรวจเป็นบวกแต่ผลการตรวจด้วยวิธี IC เป็นลบ ผู้รับบริการรายนั้นที่มีหมายเลขโทรศัพท์มือถือหรือ หมายเลขโทรศัพท์สถานที่อยู่ หรือ สถานที่ทำงานก็จะถูกติดต่อตามมารักษาเช่นเดียวกัน ผลจากการตรวจค้นหาการติดเชื้อโรคซิฟิลิสด้วยวิธี IC แบบเชิงรุกในกลุ่ม

ประชากรที่เข้าถึงยากนี้ จะทำให้ผู้ป่วยได้รับโอกาสการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขและได้รับการตรวจรักษาที่ถูกต้องตามมาตรฐานกรมควบคุมโรค ส่งผลให้ลดความพิการหรือเสียชีวิตที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งไม่อาจประมาณค่าได้

วิธีการศึกษา

1. วิธีการศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (cross-sectional, descriptive study) กลุ่มเป้าหมายหลังจากได้รับการให้องค์ความรู้เรื่องโรคซิฟิลิสในด้านการป้องกัน การรักษา และวิธีการตรวจแบบรวดเร็ว รู้ผลการตรวจภายในเวลา 20 นาที แล้วก็จะได้รับการเจาะเลือดและตรวจเลือดโดยใช้เลือดครบส่วน (whole blood) ทันทีในการตรวจเลือดนั้นอาศัยหลักการ IC (Immunochemotography) ของน้ำยา SD BIOLINE Syphilis 3.0 แล้วทำการทดสอบซ้ำด้วยวิธี TP-PA ซึ่งเป็นวิธีอ้างอิง
2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา จะเป็นกลุ่มประชากรที่เข้าถึงยาก ประกอบด้วย FSW (Female Sex Worker), กลุ่ม MSW (Male Sex Worker), กลุ่ม MSM (Men who have Sex with Men) ในเรือนจำกลางเชียงใหม่ และกลุ่ม IDUs (Injecting Drug Users) ในศูนย์บำบัดยาเสพติดภาคเหนือ ระหว่างเดือนมกราคม – มีนาคม 2553 จำนวนทั้งสิ้น 577 ราย
3. วิธีการตรวจ
 - 3.1. การตรวจเบื้องต้นด้วย SDBIOLINE syphilis 3.0 (Standard Diagnostics, Inc. Kyung-g-da, Korea) ทันทีที่เจาะเลือดเสร็จ หยดเลือดครบส่วน (Whole blood) จำนวน 20 ไมโครลิตรด้วย Autopipette ลงในหลุมหยดตัวอย่างส่งตรวจ (S)

แล้วหยด diluent จำนวน 4 หยด ลงไปในหลุม นั้น จากนั้นบันทึกเวลาเริ่มต้นแล้วเริ่มจับเวลา จะมองเห็นแถบสีม่วงเคลื่อนไปหาไปตาม แนวนอนคู่แถบทดสอบ(T)และแถบควบคุม(C) ตามลำดับ การอ่านผลนั้นจะอ่านภายในเวลา 5 – 20 นาที รายใดที่ให้ผลบวกจะปรากฏแถบสี ม่วงทั้งแถบ T และ C ซึ่งการอ่านผลบวกที่แถบ ทดสอบ(T) จะแบ่งระดับความเข้มข้นของสี ออกเป็น 4⁺, 3⁺, 2⁺, 1⁺ และ weakly positive

จำนวน 25 ไมโครลิตร จากนั้นเติม Unsensitized particles ลงในหลุมที่ 3 จำนวน 25 ไมโครลิตร และ Sensitized particles ลงในหลุมที่ 4 จำนวน 25 ไมโครลิตร จากนั้นผสมให้เข้ากันโดยเคาะด้วยมือ เบาๆ ครอบถาดหลุม แล้ววางไว้อุณหภูมิห้อง พอ ครบ 2 ชั่วโมง เริ่มอ่านผล เมื่อพบอนุภาคสีรวมกันที่ กันหลุมเป็นจุดเล็ก ๆ มีขอบเรียบ อ่านผลเป็นลบ เมื่อพบเม็ดสีรวมกันที่กันหลุมเป็นวงแหวนใหญ่ มี ขอบไม่เรียบ อ่านผลเป็นบวก

3.2. การตรวจยืนยันด้วยวิธี TP.PA(Serodia – TP.PA, Fujirebio inc. Tokyo, Japan) หยด serum diluent ลงใน U plate หลุมที่ 1 จำนวน 100 ไมโครลิตร และหลุมที่ 2 – 4 จำนวนหลุมละ 25 ไมโครลิตร แล้วหยด น้ำเหลือง (serum) จำนวน 25 ไมโครลิตรด้วย Autopipette ลงในหลุมที่ 1 แล้วผสมกันและดูด ส่วนผสมนั้น จำนวน 25 ไมโครลิตร ลงในหลุมที่ 2 แล้วผสมกันและดูดส่วนผสมจำนวนเช่นเดิมลงใน หลุมที่ 3 และ 4 ตามลำดับ โดยหลุมสุดท้ายดูดทิ้งไป

ผลการศึกษา

ผลการตรวจเลือดเพื่อค้นหาการติดเชื้อ โรคซิฟิลิส แบบเชิงรุกในกลุ่มประชากรที่เข้าถึงยาก จำนวน 577 ราย ให้ผลบวกด้วยหลักการ IC(Immunochromatraphy) จำนวน 15 ราย(ร้อยละ 2.6) และให้ผลบวกด้วยวิธีอ้างอิง TP.PA(Treponema Pallidum Particle Agglutination) จำนวน 18 ราย(ร้อยละ 3.2) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการตรวจเลือดเบื้องต้นเพื่อค้นหาการติดเชื้อ โรคซิฟิลิสในกลุ่มประชากรที่เข้าถึงยากที่อาศัยหลักการ IC(Immunochromatraphy) และวิธี TP.PA ซึ่งเป็นวิธีที่อ้างอิง

จำนวนกลุ่มเป้าหมาย(ราย)	ผลบวกที่อาศัยหลักการ IC(ร้อยละ)	ผลบวกด้วยวิธี TP.PA(ร้อยละ)
577	15(2.6%)	18(3.2%)

เมื่อแบ่งตามกลุ่มประชากรเป้าหมาย กลุ่ม MSM ร้อยละ 3.7 และกลุ่ม MSW ร้อยละ 2.5 ตามลำดับ ส่วนใน พบการติดเชื้อมากที่สุด ร้อยละ 5.6 รองลงมาคือกลุ่ม FSW กลุ่ม IDUs ไม่พบการติดเชื้อ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการตรวจเลือดเพื่อค้นหาการติดเชื้อ โรคซิฟิลิส จำแนกตามกลุ่มประชากรเป้าหมาย

กลุ่มประชากรเป้าหมาย(ราย)	ผลบวกที่อาศัยหลักการ IC(ร้อยละ)	ผลบวกด้วยวิธี TP.PA(ร้อยละ)
MSM(Men who have Sex with Men)	6(5.6 %)	6(5.6 %)
FSW(Female Sex Worker)	8(3.3 %)	9(3.7 %)
MSW(Male Sex Worker)	1(0.8 %)	3(2.5 %)
IDUs(Injecting Drug Users)	-(0 %)	-(0 %)

นำผลการตรวจเลือดที่อาศัยหลักการ IC ให้ผลบวก จำนวน 15 ราย และให้ผลลบจำนวน 562 ราย ไปทดสอบ ด้วยวิธีอ้างอิง TP.PA ให้ผลบวกจำนวน 18 ราย และให้ผล

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบผลการตรวจเลือดที่อาศัยหลักการ IC กับวิธีอ้างอิง TP.PA

IC(577 ราย)		TP•PA(577 ราย)
Positive(ราย)	Negative(ราย)	
15	3	Reactive 18 ราย
0	559	Non reactive 559 ราย

เมื่อนำผลการทดสอบที่อาศัยหลักการ IC ของ น้ำยา SD BIOLINE Syphilis 3.0 กับวิธีอ้างอิง TP.PA มีความไวร้อยละ 83.33 ความจำเพาะร้อยละ 100 ค่าทำนาย

ตารางที่ 4 การแสดงค่าความไว(Sensitivity) ความจำเพาะ(Specificity) ค่าทำนายผลบวก(Positive Predict Value) ค่าทำนายผลลบ(Negative Predict Value)

IC	TP.PA		Total	Sensitivity	Specificity	PPV	NPV
	Reactive	Non reactive					
Positive	15	0	15	83.33%	100%	100%	99.5
Negative	3	559	562				
Total	18	559	577				

ผู้ที่ติดเชื้อโรคซิฟิลิส จำนวน 18 ราย ได้รับการ รักษาตามมาตรฐานกรมควบคุมโรคแล้ว จำนวน 6 ราย และอีก 12 ราย ยังไม่เคยได้รับการรักษา ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนผู้ติดเชื้อโรคซิฟิลิสที่ได้รับการรักษาแล้วและยังไม่ได้ได้รับการรักษา

จำนวนผู้ติดเชื้อโรคซิฟิลิส(ราย)	ได้รับการรักษาแล้ว(ราย)	ยังไม่ได้ได้รับการรักษา(ราย)
18	6	12

อภิปรายผล

ในการตรวจเลือดโดยใช้เลือดครบส่วน(Whole blood) เพื่อค้นหาการติดเชื้อโรคซิฟิลิสแบบเชิงรุกในกลุ่ม ประชากรที่เข้าถึงยากระหว่างเดือนมกราคม – มีนาคม 2553 จำนวน 577 ราย ให้ผลบวก จำนวน 15 ราย และให้ผลลบ จำนวน 562 ราย ด้วยหลักการ IC(Immunochematraphy)

ของชุดน้ำยา SD BIOLINE Syphilis 3.0 เมื่อนำไปทดสอบ กับ วิธี TP•PA ซึ่งเป็นวิธีอ้างอิงให้ผลบวกจำนวน 18 ราย สาเหตุเกิดจากแอนติเจนที่ใช้ในน้ำยาดังกล่าวเป็น recombinant antigen ส่วนวิธี TP•PA เป็น Sonicated antigen ซึ่งเป็น แอนติเจนรวมของเชื้อ *Treponema pallidum* ดังนั้นการ สร้างแอนติบอดีต่อแอนติเจนของผู้ป่วยอาจเป็นแอนติเจน

ตัวอื่นที่มีใช้ recombinant antigen หรือสาเหตุอาจเกิดจากผู้ป่วย มีการสร้างแอนติบอดีที่อยู่ในระดับต่ำ หรือผู้ป่วยเคยมีการติดเชื้อมาเป็นเวลานาน^{7,8}

จากการใช้ชุดน้ำยา SD BIOLINE syphilis 3.0 ตรวจหาแอนติบอดีจำเพาะต่อเชื้อ Treponema pallidum ครั้งนี้โดยใช้วิธี TP•PA ซึ่งเป็นวิธีอ้างอิง พบว่ามีความไว ร้อยละ 83.33 ความจำเพาะร้อยละ 100 เมื่อนำมา เปรียบเทียบผลการศึกษาการประเมินน้ำยาดังกล่าวของ คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ใช้น้ำเหลืองในการตรวจวินิจฉัยโรค มีความไวร้อยละ 90.4 และความจำเพาะร้อยละ 100 แสดงว่าการใช้เลือดครบ ส่วน(whole blood) หรือน้ำเหลือง(serum) ในการทดสอบ มีความไวที่ใกล้เคียงกัน ขณะที่ความจำเพาะเท่ากันร้อยละ 100 การที่พบว่าค่าทำนายผลลบ(NPV) เท่ากับร้อยละ 95.5 เนื่องจากแอนติเจนที่ใช้ในชุดน้ำยาทดสอบนั้นยังไม่ครอบคลุมอย่างไรก็ตามกลุ่มประชากรเป้าหมายจำนวน 577 ราย ก็ได้โอกาสในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขขั้น พื้นฐานที่สะดวก รวดเร็ว และทราบผลการตรวจเบื้องต้น ภายในเวลา 20 นาที จึงเหมาะสำหรับการให้บริการทางการแพทย์ในกลุ่มประชากรที่เข้าถึงยากหรือติดตามเพื่อมา รับการรักษาได้ยาก จากผลการตรวจเบื้องต้นด้วยอาศัย หลักการ IC ที่ให้ผลบวกจำนวน 15 ราย และให้ผลลบ จำนวน 562 ราย เมื่อนำมาทดสอบด้วยวิธี TP•PA ในช่วง เช้าวันถัดไปให้ผลบวกเพิ่มอีกจำนวน 3 ราย รวมเป็น 18 ราย ซึ่งผู้ติดเชื้อเพิ่มดังกล่าว ก็ได้รับการรักษาพร้อมกัน กับกลุ่มที่ให้ผลบวกที่อาศัยหลักการ IC ในครั้งแรก ในช่วงบ่ายของวันนั้น

ผลการศึกษาครั้งนี้ ทำให้ทราบความชุกของการติดเชื้อ โรคซิฟิลิสในกลุ่มประชากรที่เข้าถึงยาก ร้อยละ 3.2 เมื่อแบ่งกลุ่มประชากรเป้าหมาย พบว่ากลุ่ม MSM ติดเชื้อ มากสุด ร้อยละ 5.6 รองลงมาคือกลุ่ม FSW ร้อยละ 3.7

และ MSW ร้อยละ 2.5 ตามลำดับ ส่วนกลุ่ม IDUs ไม่พบ การติดเชื้อ การที่กลุ่ม MSM พบการติดเชื้อมาก ส่งผลให้ งานระบาดวิทยาและสำรวจแหล่งแพร่จะต้องตระหนัก และเร่งรัดการให้องค์ความรู้เรื่องโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์ รวมทั้งแนวทางในการดำเนินการป้องกันการ ติดเชื้อให้มีความครอบคลุมและต่อเนื่อง ที่สำคัญจะต้องมี ยุทธศาสตร์ที่ดีในการเข้าถึงกลุ่ม MSM ได้อย่างมี ประสิทธิภาพและในการดำเนินกิจกรรมครั้งนี้พบจำนวน ผู้ที่ติดเชื้อ 12 ราย จากจำนวนทั้งหมด 18 ราย ที่ยังไม่เคย ได้รับการรักษามาก่อน ซึ่งถ้าไม่ได้รับการเจาะเลือดก็จะ ไม่ทราบเลยว่าตนเองมีการติดเชื้อโรคซิฟิลิสและจะส่งผล ในระยะยาวให้เกิดโรคต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกายถึงขั้น พิการหรือสูญเสียต่อชีวิตในอนาคตได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สุรเชษฐ์ อรุโณทอง หัวหน้าศูนย์สาธิตบริการกามโรคที่ได้ให้คำปรึกษา แก้ไข ข้อบกพร่องต่างๆ ในการศึกษาวิจัยให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. อนุพงศ์ ชิตวรากร. Sexually Transmitted Disease. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: บริษัทโฮลิสติกพับลิชชิง จำกัด; 2543: 375-377.
2. หัสดี อภากาศกิจ. Clinical Serology. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โอเอส พรินติ้งเฮาส์; 2538: 47-48.
3. อนุวัตร รุ่งพิสุทธิพงษ์. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: Med Info G.D.,Ltd; 2542:13.
4. สุภารัตน์ สาโรวาท. พยาธิวิทยาคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้ว; 2545:37.

5. กฤษณา จรรยาพูน. พื้นฐานการทดสอบทางวิทยาภูมิคุ้มกัน. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: โรงพิมพ์แอนนาออฟเซต; 2548: 148.
6. ชารารัชต์ ชารากุล. ชุดตรวจวินิจฉัยโดยหลักการวิทยาภูมิคุ้มกัน การวิจัยและพัฒนาชุดตรวจสำเร็จรูป. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด บางกอกบลิ๊อค; 2545: 43-44.
7. SD BIOLINE Syphilis 3.0 Leaflet, Standard diagnostic, Inc., 2004.
8. เกียรติศักดิ์ วัฒนชาติวะ, วรศักดิ์ แก้วก่อง, ศรีวิไล วโรภาสตระกูลและคณะ. การประเมินน้ำยา SD BIOLINE Syphilis 3.0 ในการตรวจวินิจฉัยโรคซิฟิลิส. วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด 2551; 3: 188.

ประสิทธิผลของหลักสูตรการบำบัดรักษานักเรียนที่สูบบุหรี่ในสถานศึกษาในจังหวัดเชียงราย (The Effectiveness of a Smoking Cessation Program for Students, Chiang rai Province)

นัทธินี วัฒนวรานันต์ ภ.บ.

Nuttinee Watanavarasant, B.Sc.(Pharm.)

ณัททัย จันทโททัย พย.บ

Nahathai Juntothai, B.N.S.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

Chiangrai Provincial of Public Health Office

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของหลักสูตรการบำบัดรักษานักเรียนที่สูบบุหรี่ในโรงเรียนของจังหวัดเชียงราย หลักสูตรนี้พัฒนาจากหลักสูตรการบำบัดรักษานักเรียนที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ใช้ในปี พ.ศ. 2550 โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีความเชี่ยวชาญในการบำบัดรักษานักเรียนในคลินิกอดบุหรี่ของโรงพยาบาลในจังหวัดเชียงราย โดยใช้แนวคิด ทฤษฎี การบำบัดรักษาที่ดำเนินการในคลินิกอดบุหรี่ของโรงพยาบาลตามหลักสูตรของศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่ และแนวทางเวชปฏิบัติเพื่อรักษาผู้ติดยาสูบ รวมทั้งเอกสารอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 20 กิจกรรม ใช้เวลาในการดำเนินการ 6 สัปดาห์ และติดตามผลการดำเนินงาน 3 ครั้ง ได้แก่ 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีคัดเลือกแบบเจาะจง โดยเลือกจากโรงเรียนที่สนใจเข้าร่วมโครงการจำนวน 20 แห่ง ประกอบด้วยนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 – 6 จำนวน 325 คน เก็บข้อมูลก่อนและหลังการดำเนินโครงการและนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย(97.0%) อายุระหว่าง 16 – 17 ปี อายุเฉลี่ย 15.7 ปี ส่วนใหญ่ศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุ 14-15 ปี(41.3%) สาเหตุเพราะอยากลอง เหลือสูบบุหรี่วันละ 2-3 มวน และ 1 ครั้งต่อวัน หลังการดำเนินการตามหลักสูตร สามารถลดการสูบได้ 180 ราย(55.4%) เลิกสูบ 78 ราย(24.0%) สูบเท่าเดิม 59 ราย(18.2%) เมื่อติดตามผลการบำบัดรักษาภายหลังโครงการ 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน พบว่าร้อยละของการลดการสูบบุหรี่เท่ากับ 52.3, 56.6 และ 52.6 และร้อยละของการเลิกสูบบุหรี่เท่ากับ 23.4, 24.6 และ 30.5 ตามลำดับ

สรุปได้ว่าหลักสูตรที่จัดทำขึ้นสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนได้ อย่างไรก็ตามมีข้อเสนอแนะให้มีการจัดกิจกรรมเสริมด้านอื่นๆให้กับกลุ่มตัวอย่าง เช่นการศึกษาความรู้ที่ป่วยเป็นโรคจากการสูบบุหรี่ การจัดกิจกรรมรณรงค์ในโรงเรียน และหลังการบำบัดรักษาผู้บำบัดควรติดตามนักเรียนที่ร่วมโครงการอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อให้คำปรึกษาแก่นักเรียนในกรณีที่เกิดกลับไปสูบบุหรี่ นอกจากนี้ เทคนิคด้านการดำเนินงานของผู้บำบัดแต่ละบุคคลก็เป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยทำให้นักเรียนเกิดความสนใจรวมถึงเนื้อหาและใบงานของหลักสูตรควรปรับให้น่าสนใจมากกว่านี้ หลังจากปรับปรุงรูปแบบเอกสารตามคำแนะนำจากกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข, คณะครูอาจารย์ และกลุ่มตัวอย่างควรนำไปประยุกต์ใช้ในการอบรมครูอาจารย์ที่สนใจเพื่อนำไปใช้ในการบำบัดรักษานักเรียนที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ต่อไป

คำสำคัญ: การบำบัดรักษา การเลิกบุหรี่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่

Abstract

The aim of this action research was to study the effectiveness of the modified smoking cessation program for smoking students in Chiangrai Province. This program was developed from the Smoking Cessation Guideline in 2007 by a hospital in Chiangrai Province based on the concepts and theories relating to smoking cessation clinic in hospital Chiang Mai Drug Dependence Treatment Center and clinical practice guideline in smoking cessation including other related literature. This modified program consisted of 20 activities in 6 weeks. The follow-up activities were made in the 1st, 3rd, and 6th month after the intervention. There were 325 smoking students of grades 7-12 from the sampled 20 high schools. Data were collected before and after the program and analyzed by employing descriptive statistics.

The results were as follows: Most of smoking student were males(97%), aged between 6- 17 years with the average of 15.7 years. Most of the samples were in grade 9 and started smoking at the age of 14-15 years(41.3%). The motive to start smoking was curiosity. The average number of cigarette smoked per day was 2-3 cigarettes. After participating in the modified program, there were 180 smoking students decreased smoking(55.4%), 78 smoking students quit smoking(24.0%) and 59 smoking students still smoked the same number of cigarettes(18.2%). The follow-up activities made on the 1st, 3rd, and 6th month after the intervention showed that the decreased percentages smoking were 52.3, 56.6 and 52.6 respectively while the percentages of those who quit smoking were 23.4, 24.6 and 30.5 respectively.

In conclusion, the results showed that this modified smoking cessation program were effective in helping high school smoking students to decrease and quit smoking. However it was suggested that some smoking cessation activities, for example organizing anti-smoking campaigning in school, visit patients with hazardous effects of cigarette smoking, setting an activity to follow-up the students who participated the program at least once a month. Besides, expert therapists of a smoking cessation program should also be considered including the improvement of contents and teaching materials of the curriculum. After the improvement of the teaching materials had been done in accordance with the recommendations of the public health personal, teachers, and the samples, they should be applied in training of teachers working in a smoking cessation program for smoking students in the future.

Keywords: Cessation, Quit smoking, smoking cigarettes behavior

บทนำ

จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ใน พ.ศ. 2550 พบว่า ประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป สูบบุหรี่จำนวน 10.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 21.2 มีพฤติกรรมสูบบุหรี่เป็นประจำทุกวัน 9.4 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18.5 และสูบบุหรี่นานๆครั้ง 1.3 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 2.7 โดยเป็นผู้ชายสูบบุหรี่มากกว่าผู้หญิงถึง 22 เท่า คือ ร้อยละ 41.7 และ 1.9 ตามลำดับ หากพิจารณาเป็นกลุ่มอายุ พบว่ากลุ่มวัยทำงาน (25-59 ปี) มีอัตราการสูบบุหรี่ประจำสูงกว่ากลุ่มอื่น คือ ร้อยละ 21.0 และรองลงมาเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีอัตรา ร้อยละ 16.7 และกลุ่มเยาวชน(15-24 ปี) มีอัตราร้อยละ 12.1 อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ของกลุ่มเยาวชน(15-24ปี) เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุเฉลี่ย 16.8 ปี จำนวนมวนที่สูบต่อวันเฉลี่ย 8.4 มวน ผลจากการสอบถามสาเหตุของการเริ่มสูบบุหรี่ของผู้สูบเป็นประจำ พบว่า ร้อยละ 54.5 สาเหตุเพราะอยากลองสูบ รองลงมาคือ ตามเพื่อน / เพื่อนชวน ร้อยละ 25.8¹

จากข้อมูลดังกล่าวจังหวัดเชียงราย จึงมีนโยบายให้ โรงพยาบาลของรัฐทุกแห่งจัดให้มีการบริการคลินิกกอดบุหรี่ ขึ้น เพื่อรักษาบำบัดผู้ที่สูบบุหรี่ใน โรงพยาบาลประกอบกับ โรงเรียนได้ส่งนักเรียนเข้ามารักษาบำบัดในคลินิกกอดบุหรี่ใน โรงพยาบาลเป็นจำนวนมาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เชียงรายจึงได้ดำเนินการโครงการ“การบำบัดรักษานักเรียนที่มี พฤติกรรมสูบบุหรี่ในสถานศึกษา” ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2550 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อบำบัดรักษานักเรียนที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ในสถานศึกษา โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงาน บำบัดรักษาคลินิกกอดบุหรี่ใน โรงพยาบาลดำเนินการเชิงรุกใน โรงเรียน โดยอบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มนักเรียนที่มี พฤติกรรมสูบบุหรี่สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 1-2 ชั่วโมง รวม 4 ครั้ง โดยมีเนื้อหาแต่ละสัปดาห์ดังนี้ สัปดาห์ที่ 1 ประเมินความ รุนแรงและความต้องการเลิกบุหรี่ตรวจสุขภาพ คำแนะนำการ ปฏิบัติตัว ความรู้พิษภัยบุหรี่ สัปดาห์ที่ 2 ตัวกระตุ้นภายนอก

ภายใน การจัดการความเครียด ปัญหาอุปสรรคการเลิก ยา สัปดาห์ที่ 3 พบครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิด ปัญหาอุปสรรคการ เลิก แลกเปลี่ยนประสบการณ์ เมื่อบำบัดครบ 4 สัปดาห์ จึง ดำเนินการติดตามผลหลังการบำบัดรักษา 3 เดือน ผลการ ดำเนินการในปี พ.ศ. 2550 มีโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาจำนวน 13 โรงเรียน นักเรียนที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่จำนวน 232 ราย เลิก สูบ 77 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.2 สูบลดลง 113 ราย คิดเป็นร้อยละ 48.7 สูบเหมือนเดิม 33 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.2 ติดตามไม่ได้ 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.9 จากข้อมูลความสำเร็จดังกล่าว คณะทำงานได้มีการประชุมปรึกษาหารือพบว่าการที่ นำไปใช้บำบัดยังไม่สมบูรณ์เท่าที่ควร กล่าวคือไม่ครอบคลุม กลุ่มเป้าหมาย ช่วงเวลาที่ใช้ในการบำบัดน้อยตลอดจนขาดการ ติดตามที่เป็นระบบ ด้วยเหตุนี้คณะทำงานจึงจัดทำ โครงการวิจัย “ประสิทธิผลของหลักสูตรการบำบัดรักษานักเรียนที่สูบบุหรี่ในสถานศึกษาในจังหวัดเชียงราย” ปี พ.ศ. 2551 ขึ้น โดยปรับปรุงหลักสูตรการบำบัดรักษานักเรียนที่มี พฤติกรรมสูบบุหรี่ที่เคยใช้ในปี พ.ศ. 2550 โดยได้มีการระดม เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีความเชี่ยวชาญในการบำบัดรักษา บุหรี่ในคลินิกกอดบุหรี่ของ โรงพยาบาลในจังหวัดเชียงราย เพื่อ ทำการปรับปรุงหลักสูตรโดยใช้แนวคิด ทฤษฎีการบำบัดรักษา ที่ดำเนินการในคลินิกกอดบุหรี่ของ โรงพยาบาลตามหลักสูตร ของศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่ จากการศึกษา ทบทวน เอกสารแนวทางเวชปฏิบัติเพื่อรักษาผู้ติดยา(Clinical Practice Guideline in Smoking Cessation) และเอกสารต่างๆ เช่น จากการ อบรมของโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ “บทบาททีมสุขภาพใน การควบคุมการบริโภคยาสูบและการให้คำปรึกษาเพื่อช่วยเลิก บุหรี่” เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่และ โปรแกรมแมทริกซ์(Matrix Program) ที่ใช้บำบัดรักษาผู้ติดยา เสพติดชนิดยาบ้าโดยมีองค์ประกอบหลักของการรักษา 4 หัวข้อ คือ 1. การฝึกทักษะในการเลิกยาในระยะเริ่มต้น 2. การ

ป้องกันการกลับไปซ้ำ 3. การให้ความรู้แก่ครอบครัว 4. กลุ่มกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน

จากการทบทวนเอกสารและประสบการณ์การบำบัดนักเรียนด้วยหลักสูตรเดิม จึงได้มีการปรับปรุงเนื้อหาหัวข้อหลักที่เหมาะสมมาใช้ในแต่ละสัปดาห์เพิ่มเติมเนื้อหาช่วงเวลาให้ครอบคลุมและใช้หลักการมีส่วนร่วมของครูอาจารย์และทดลองนำมาใช้ในการบำบัดรักษาแบบเชิงรุกตลอดจนวางแผนการติดตามหลังการบำบัดรักษาอย่างเป็นระบบเพื่อที่สามารถประเมินประสิทธิผลของหลักสูตร และการเข้าใจปัญหาจากการดำเนินงานต่างๆมาปรับปรุงแก้ไขต่อไป ดังนั้นจึงเป็นที่คาดหวังว่าหลักสูตรที่ได้รับการพัฒนาเพื่อนำไปทดลองใช้ในการบำบัดรักษานักเรียนที่สูบบุหรี่ให้สามารถเลิกสูบได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการสรุปผลเพื่อเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรสาธารณสุขของจังหวัดเชียงราย ในการช่วยนักเรียนให้เลิกสูบบุหรี่ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action Research) เป็นการศึกษาประสิทธิผลของหลักสูตรการบำบัดรักษานักเรียนที่สูบบุหรี่ในสถานศึกษาในจังหวัด

ตารางที่ 1 เนื้อหากิจกรรม และเอกสารหลักสูตร “การบำบัดรักษานักเรียนที่สูบบุหรี่”

สัปดาห์	เนื้อหา / กิจกรรม	ใบกิจกรรม	ใบความรู้
สัปดาห์ที่ 1	1.การเตรียมความพร้อมก่อนเข้ารับบริการ	1: แบบทดสอบระดับการคิดนิโคติน (Fagerstrom’s score)	1: คุณคิดสารนิโคตินที่อยู่ในบุหรี่
	2.ประเมินความรุนแรงของการติดบุหรี่	2: แบบสอบถามสาเหตุของการสูบบุหรี่	2: คุณสูบบุหรี่เพราะความเคยชิน
	3.ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยบุหรี่	3: แบบสอบถามเกี่ยวกับตัวกระตุ้นภายนอก	3: ภาวะจิตใจของคุณต้องพึ่งพาการสูบบุหรี่
	4.การสร้างแรงจูงใจ	4: แบบสอบถามเกี่ยวกับตัวกระตุ้นภายใน	4: การสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ไม่พร้อมที่จะเลิกสูบบุหรี่
	5.ตัวกระตุ้น		5: โรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่

เชียงรายต่อพฤติกรรมการลดและเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มเป้าหมาย ตามหลักสูตร 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 - 2 ชั่วโมง ระหว่างเดือนกรกฎาคม – สิงหาคม พ.ศ.2551 และ ติดตามผลการดำเนินงานเมื่อสิ้นสุดโครงการจำนวน 3 ครั้ง คือ 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน โรงเรียนที่นำมาศึกษาวิจัยจำนวน 20 แห่ง คัดเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง นักเรียนที่สูบบุหรี่จำนวน 325 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ ข้อมูลเชิงพรรณนา จากกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มอาจารย์ และกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้บำบัดที่ร่วมโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินโครงการ

หลักสูตรที่ใช้ในการดำเนินโครงการการบำบัดรักษานักเรียนที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ในสถานศึกษาเมื่อพ.ศ. 2550 ได้นำมาปรับปรุงให้เหมาะสมยิ่งขึ้น โดยใช้หลักการจากทฤษฎี และการวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมถึงประสบการณ์และปัญหาในการดำเนินโครงการและพัฒนากิจกรรมติดตามผลหลังดำเนินโครงการ เนื้อหากิจกรรม และเอกสารที่ใช้ในโครงการโดยย่อ แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เนื้อหากิจกรรม และเอกสารหลักสูตร “การบำบัดรักษานักเรียนที่สูบบุหรี่(ต่อ)

ลำดับที่	เนื้อหา / กิจกรรม	ใบกิจกรรม	ใบความรู้
	6.แนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อเลิก บุหรี่		6: ตัวกระตุ้น
	7.แนะนำการใช้ยา		7: วิธีการเลิกสูบบุหรี่และเคล็ดลับ การฆ่าความอยากสูบบุหรี่
			8: ยาที่ใช้ในการบำบัดบุหรี่
ลำดับที่ 2	8.ปฏิกริยาเคมีของร่างกายขณะเลิก บุหรี่	5: ปัญหาอุปสรรคในการเลิกบุหรี่	9: เส้นทางการเลิกบุหรี่
	9.อุปสรรค/ปัญหาการเลิกบุหรี่	6:แบบประเมินความเครียดด้วย ตนเอง	10:ปฏิกริยาเคมีของร่างกายใน ระยะเลิกบุหรี่
	10.การประเมินความเครียด/ วิธี คลายเครียด	6.1:แบบคะแนนการประเมินภาวะ ความตึงเครียด	11: ปัญหาที่เกิดขึ้นบ่อยๆ ในการ เลิกยาระยะเริ่มต้น
			12:การแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ
			13:คิดอย่างไรไม่ให้เครียด
ลำดับที่ 3	11.แนวร่วมในการเลิกบุหรี่ และ แนวทางการป้องกันบุหรี่มือสอง	7: แบบสำรวจผลกระทบและความ คาดหวังสำหรับครอบครัว	14: ประโยชน์ของการมีส่วนร่วม ของครอบครัว
ลำดับที่ 4	12.การรับมือกับตัวกระตุ้นและ ความอยากบุหรี่	8:การวางแผนรับมือกับตัวกระตุ้น ความรู้สึกลึกอยากสูบบุหรี่	15: ความคิด อารมณ์ และ พฤติกรรม
	13.การจัดการความคิดและอารมณ์	9: การวิเคราะห์ ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม	16: การหาเหตุ(ข้ออ้าง)ในการ กลับไปสูบบุหรี่
	14.ข้ออ้างที่กลับไปเสพซ้ำ	10: ทักษะการปฏิเสธ	17: หลักการปฏิเสธ
ลำดับที่ 5	15.ทักษะการปฏิเสธ	11: การป้องกันการหวนกลับไปสูบ บุหรี่	18: การป้องกันการหวนกลับไป สูบบุหรี่
	16.การป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ	12: เป้าหมายและคุณค่าของชีวิต	
	17.เป้าหมายคุณค่าของชีวิต		
ลำดับที่ 6	18.จัดการแก้ปัญหากับช่วงเวลาหยุด พัก	13: มองไปข้างหน้า: จัดการ แก้ปัญหากับช่วงเวลาหยุดพัก	19: ข้อควรจำและพึงปฏิบัติ ในช่วงวันหยุด
	19.แลกเปลี่ยนประสบการณ์ / ข้อตกลงในการติดตาม ประเมินผล	14: เป้าหมายและการวางแผนชีวิต	
	20.หลังการเข้าโครงการเลิกบุหรี่	15: ใบตารางการติดตามหลังเสร็จ สิ้นโครงการเลิกสูบบุหรี่	

ผลการศึกษา

จากกลุ่มนักเรียนที่สูบบุหรี่ทั้งหมด จำนวน 325 ราย เก็บข้อมูลได้ครบถ้วนจำนวน 300 ราย คิดเป็นร้อยละ 92.3 อายุระหว่าง 12 – 20 ปี ส่วนใหญ่อายุ 16-17 ปี ร้อยละ 39.3 อายุเฉลี่ย 15.7 ปี เป็นเพศชาย ร้อยละ 97.0 กลุ่มตัวอย่างศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ส่วนใหญ่ศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3(34%) ร้อยละ 76.0

นักเรียนคิดว่าตนเองมีผลการเรียนอยู่ในระดับปานกลาง เกี่ยวกับข้อมูลบุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยปัจจุบันพบว่า ส่วนใหญ่นักเรียนอาศัยอยู่กับมารดา ร้อยละ 71.7 และร้อยละ 72.0 ระบุว่าความสัมพันธ์ระหว่างบิดา-มารดา ในปัจจุบันอยู่ด้วยกันราบรื่น ร้อยละ 52.0 กล่าวว่าผู้ปกครอง(พ่อ/แม่/ญาติ) ทราบว่านักเรียนสูบบุหรี่ และร้อยละ 51.3 ระบุว่า มีผู้ปกครองทางบ้านสูบบุหรี่(ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มนักเรียนที่สูบบุหรี่ในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 กลุ่มตัวอย่าง(n=300)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	291	97.0
หญิง	9	3.0
อายุ(ปี)		
12 – 13	26	8.7
14 – 15	116	38.7
16 – 17	118	39.3
18 -19	38	12.7
20 ขึ้นไป	2	0.6
อายุเฉลี่ย	15.7(SD=1.68)	
	MAX = 20	MIN = 12
ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษา ปีที่ 1	13	4.3
มัธยมศึกษา ปีที่ 2	41	13.7
มัธยมศึกษา ปีที่ 3	102	34.0
มัธยมศึกษา ปีที่ 4	31	10.3
มัธยมศึกษา ปีที่ 5	54	18.0
มัธยมศึกษา ปีที่ 6	59	19.7
ความคิดเห็นเกี่ยวกับระดับการเรียนของตนเอง		
ดีมาก	3	1.0
ดี	24	8.0
ปานกลาง	230	76.7
อ่อน	40	13.3
อ่อนมาก	1	0.3
ไม่ตอบ	2	0.7

ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มนักเรียนที่สูบบุหรี่ในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 กลุ่มตัวอย่าง(n=300)(ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยปัจจุบัน(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
มารดา	215	71.1
บิดา	191	63.7
พี่น้อง	121	40.3
ญาติ	79	26.3
เพื่อน	10	3.3
อื่นๆ *	6	2.0
อยู่คนเดียว	2	0.7
ความสัมพันธ์ระหว่างบิดา มารดา		
อยู่ด้วยกันราบรื่น	216	72.0
หย่า	21	7.0
บิดาเสียชีวิต	20	6.7
แยกกันอยู่	18	6.0
บิดา/มารดาเสียชีวิต	12	4.0
มารดาเสียชีวิต	6	2.0
อยู่ด้วยกันไม่ราบรื่น	5	1.7
ไม่ตอบ	2	0.6
การทราบของผู้ปกครองเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง		
ทราบ	157	52.3
ไม่ทราบ	139	46.3
ไม่ตอบ	4	1.4
การมีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่		
มี	154	51.3
ไม่มี	144	48.0
ไม่ตอบ	2	0.7

พฤติกรรมการสูบบุหรี่

ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างสูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุ 14-15 ปี ร้อยละ 41.3 สาเหตุที่สูบบุหรี่ครั้งแรกคืออยากลอง ร้อยละ 58.3 ส่วนใหญ่สูบ 2-3 มวนต่อวัน ร้อยละ 37.3 กลุ่มตัวอย่างสูบบุหรี่ 3 ครั้ง/วัน รองลงมาคือ 1 ครั้ง/วัน ร้อยละ 24.0 และ 23.0 ตามลำดับ เกี่ยวกับจำนวนเงินที่ใช้สูบ ร้อยละ 38.7 กล่าวว่าสูบ เฉลี่ย วันละ 10 บาท คำน

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่ทำเป็นประจำในช่วงเวลาหนึ่งวันพบว่า ส่วนใหญ่สูบหลังเลิกเรียนตอนเย็น ร้อยละ 50.0 และช่วงเวลาที่อยาก สูบบุหรี่มากที่สุดคือช่วงเวลาหลังอาหาร ร้อยละ 30.0 ส่วนใหญ่นักเรียนกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 73.7 และ ร้อยละ 85.0 นักเรียนเคยคิดเลิกสูบบุหรี่

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนเข้ารับการรักษาบุหรี่

พฤติกรรมการสูบบุหรี่	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
อายุที่สูบบุหรี่ครั้งแรก		
ต่ำกว่า 10 ปี	5	1.7
10 – 11	25	8.3
12 – 13	118	39.3
14 – 15	124	41.3
16 – 17	24	8.0
18 ปีขึ้นไป	1	0.4
ไม่ตอบ	3	1.0
อายุเฉลี่ย	13.42 ปี	SD=1.67
	MIN = 5	MAX = 18
สาเหตุที่สูบบุหรี่ครั้งแรก		
อยากลอง	175	58.3
เพื่อนชวน	89	29.7
ไม่สบายใจ	28	9.3
คิดว่าเท่	6	2.0
ไม่ตอบ	2	0.7
จำนวนบุหรี่ที่สูบ/วัน		
น้อยกว่า 1 มวน	39	13.0
1 มวน	36	12.0
2 – 3 มวน	112	37.3
4 -5 มวน	58	19.3
6 – 10 มวน	25	8.3
11– 15 มวน	11	3.7
อื่นๆ	16	5.4
ไม่ตอบ	3	1.0
จำนวนครั้งที่สูบ / วัน		
1 ครั้ง	69	23.0
2 ครั้ง	52	17.3
3 ครั้ง	72	24.0
4 ครั้ง	28	9.3
5 ครั้ง	21	7.0

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนเข้ารับการรักษาบุหรี่(ต่อ)

พฤติกรรมการสูบบุหรี่	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
มากกว่า 5 ครั้ง	39	13.0
ไม่ตอบ	19	6.4
จำนวนเงินที่ใช้ซื้อบุหรี่/วัน(บาท)		
0	39	13.0
1-5	79	26.3
6-10	124	41.3
11-15	11	3.7
16-20	22	7.3
21-25	2	0.7
26-30	4	1.4
30 บาทขึ้นไป	12	4.0
ไม่ตอบ	7	2.3
เฉลี่ยเงินที่ใช้ / วัน	9.9 บาท	SD =9.56
ช่วงเวลาที่ได้รับบุหรี่เป็นประจำ(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
สูบหลังเลิกเรียนตอนเย็น	150	50.0
สูบตอนกลางวัน	102	34.0
สูบตอนพักระหว่างเรียน	98	32.7
สูบหลังอาหารทุกมื้อ	88	29.3
สูบตอนเช้าก่อนเข้าเรียน	73	24.3
สูบหลังตื่นนอนตอนเช้า	44	14.7
สูบก่อนอาหารทุกมื้อ	6	2.0
อื่นๆ**	35	11.7
ช่วงเวลาที่ยากสูบบุหรี่มากที่สุด		
หลังอาหาร	90	30.0
เมื่ออยู่กับเพื่อน	71	23.7
เมื่อไม่สบายใจ	49	16.3
เมื่อดื่มสุรา	36	12.0
เมื่ออยู่คนเดียว	17	5.7
หลังตื่นนอนตอนเช้า	12	4.0
ก่อนนอน	7	2.3
ก่อนอาหาร	7	2.3

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนเข้ารับการบำบัดรักษาบุหรี่(ต่อ)

พฤติกรรมการสูบบุหรี่	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
อื่นๆ ***	2	0.7
ไม่ตอบ	9	3.0
พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์		
ดื่ม	221	73.7
ไม่ดื่ม	77	25.7
ไม่ตอบ	2	0.6
การเคยคิดเลิกสูบบุหรี่		
เคย	255	85.0
ไม่เคย	45	13.7
ไม่ตอบ	25	1.3

** อื่นๆ หมายถึง สูบก่อนอาหารไม่ทุกมือ สูบหลังอาหารไม่ทุกมือ เข้าห้องน้ำ เวลาไม่มาเรียน ไปเที่ยวที่อื่น

*** อื่นๆ หมายถึง เมื่ออยากสูบ เมื่อพูดถึงบุหรี่ เครียด ตอนกลางวัน

ผลการบำบัดรักษา ในครั้งที่ 6 พบว่าสามารถลดการสูบได้ ร้อยละ 55.4 เลิกสูบเมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับการบำบัดรักษาตามหลักสูตร ร้อยละ 24.0 สูบเท่าเดิมร้อยละ18.2 สูบมากขึ้นร้อยละ 0.0 เพื่อช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ หลังการบำบัดรักษาสัปดาห์สุดท้าย และติดตามไม่ได้ ร้อยละ 2.5(ตารางที่4)

ตารางที่ 4 ผลการบำบัดรักษาเมื่อสิ้นสุดกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 6

ผลการรักษา(n=325)	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
เลิกสูบ	78	24.0
ลดการสูบ	180	55.4
สูบเท่าเดิม	59	18.2
สูบมากขึ้น	0	0
ติดตามไม่ได้	8	2.5
รวม	100	100.0

ตารางที่ 5 ผลการบำบัดรักษาในระยะติดตามผล 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน

ผลการบำบัดรักษา(ราย)	1 เดือน	3 เดือน	6 เดือน
เลิกสูบ(ร้อยละ)	76(23.4)	80(24.6)	99(30.5)
ลดการสูบ(ร้อยละ)	170(52.3)	184(56.6)	171(52.6)
สูบเท่าเดิม(ร้อยละ)	70(21.5)	43(13.2)	42(12.9)
สูบมากขึ้น(ร้อยละ)	1(0.3)	3(1.0)	0(0.0)

ตารางที่ 5 ผลการบำบัดรักษาในระยะติดตามผล 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน

ผลการบำบัดรักษา(ราย)	1 เดือน	3 เดือน	6 เดือน
ติดตามไม่ได้(ร้อยละ)	8(2.5)	15(4.6)	13(4.0)
รวม(ร้อยละ)	100(100.0)	100(100.0)	100(100.0)

อภิปรายผล

กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มนักเรียนชายอายุ 16-17 ปี ส่วนใหญ่ศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับปานกลาง อาศัยอยู่ร่วมกับบิดา บิดา ครอบครัวอยู่ด้วยกันราบรื่น มีผู้ที่สูบบุหรี่อาศัยอยู่ด้วยและผู้ปกครองทราบถึงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลอง นักเรียนกลุ่มทดลองเริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุ 14 ปี สาเหตุที่สูบบุหรี่ครั้งแรก คือ อยากลอง จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน 2-3 มวน สูบวันละ 3 ครั้ง สูบบุหรี่เป็นประจำ คือ ช่วงเลิกเรียนตอนเย็น ช่วงเวลาที่ยากสูบบุหรี่มากที่สุด คือ ช่วงเวลาหลังอาหาร ส่วนใหญ่นักเรียนกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และเคี้ยวเคี้ยวเคี้ยวบุหรี่ จากข้อมูลดังกล่าวผู้บำบัดรักษาให้ข้อคิดเห็นว่ากลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่เพิ่งเริ่มสูบบุหรี่ยังไม่มีการติดบุหรี่ จึงไม่มีความจำเป็นที่จะต้องใส่ใจในการบำบัดรักษา กลุ่มทดลองน่าจะสามารถเลิกสูบบุหรี่เองได้โดยใช้กระบวนการให้คำปรึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อช่วยให้ออกกำลังกายและอยากเลิกสูบบุหรี่เอง ดังนั้นทีมงานจึงได้ใช้หลักสูตรที่ปรับปรุงแล้วการใช้หลักสูตรการบำบัดรักษานักเรียนที่สูบบุหรี่ในสถานศึกษาในจังหวัดเชียงรายเป็นเวลา 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 20 กิจกรรม เมื่อติดตามการบำบัดรักษา 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน หลังจบโครงการ พบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 23.4, 24.6 และ 30.5 ตามลำดับ

ข้อมูลจากการติดตามผลโดยการสนทนากลุ่ม จากการนิเทศติดตามและสนทนากลุ่ม พบว่านักเรียนยังไม่มีความ

ตระหนักที่อยากจะเลิกสูบบุหรี่ เห็นการสูบบุหรี่เป็นเรื่องธรรมดา นักเรียนที่อยู่ในเมืองจะหาซื้อบุหรี่ได้ง่ายและซื้อเป็นซองเพราะมีเงิน ส่วนเด็กกลุ่มต่างอำเภอจะแบ่งกันสูบบุหรี่กับกลุ่มเพื่อน ในกลุ่มนักเรียนมัธยมปลายจะมีความคิดและตระหนักที่จะเลิกสูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มนักเรียนมัธยมต้นเนื่องจากห่วงเรื่องสุขภาพ นักเรียนมีความรู้สึกไม่อยากจะให้คนในครอบครัวหรือเพื่อนๆสูบบุหรี่ กลุ่มนักเรียนที่ดื่มสุรามักจะสูบบุหรี่ไปด้วย เมื่อมีกิจกรรมรณรงค์หรือบำบัดก็เลิกสูบบุหรี่ไป ไม่มีก็กลับไปสูบบุหรี่ กลุ่มนักเรียนในโรงเรียนประจำเลิกสูบบุหรี่ได้มากกว่าโรงเรียนไป-กลับ เนื่องจากไม่มีเงินซื้อและหาซื้อยาก และนักเรียนส่วนใหญ่มีความรู้สึกดีขึ้นและสูบบุหรี่น้อยลงจากเดิม

ความคิดเห็นต่อโครงการของกลุ่มทดลอง ผลการนิเทศติดตามของคณะกรรมการโดยการสนทนากลุ่มพบว่านักเรียนส่วนใหญ่เห็นว่าเป็นโครงการที่ดีทำให้รู้ถึงพิษภัยของบุหรี่และสุขภาพของตนเอง อยากให้มีมากกว่า 1 ครั้ง / สัปดาห์ นักเรียนมีความรู้สึกดีสามารถลดการสูบบุหรี่ลงได้ ในบางรายสามารถเลิกสูบบุหรี่ นักเรียนอยากให้มีการบำบัดอย่างต่อเนื่อง เพราะเมื่อเลิกสูบบุหรี่รู้สึกร่างกายแข็งแรง อยากให้ติดตามเป็นช่วงๆ เดือนละ 1 ครั้ง หรือ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง อยากได้อุปกรณ์มาเสริมมากกว่านี้ ควรจัดทัศนศึกษา นอกสถานที่ รู้สึกระยะเวลาสั้นไป อยากให้มีการอบรมอย่างต่อเนื่องเป็นประโยชน์ต่อเยาวชนรุ่นหลังต่อไป ควรมีการอบรมเกี่ยวกับการงดบุหรี่ร่วมกับโรงเรียนอื่นด้วยหรือเข้าค่ายอบรมเข้มเพื่อที่จะได้รู้จักกับคนที่สูบบุหรี่ด้วยกันเกี่ยวกับเนื้อหาของหลักสูตร พบว่ากลุ่ม

ตัวอย่างมีความเห็นว่าเนื้อหาที่มีความสำคัญและมีผลต่อการช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ได้แก่

อันดับที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยบุหรี่

อันดับที่ 2 แนวทางการเลิกบุหรี่/ปัญหาอุปสรรค

อันดับที่ 3 การป้องกันการเสพติด

อันดับที่ 4 เป้าหมายคุณค่าของชีวิต

อันดับที่ 5 แนวร่วมในการเลิกสูบบุหรี่

อันดับที่ 6 ทักษะการปฏิเสธ

อันดับที่ 7 การสร้างแรงจูงใจการเลิกสูบบุหรี่

ส่วนเนื้อหาที่นักเรียนคิดว่าไม่สำคัญได้แก่

1.การจัดการความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม

2.การรับมือกับตัวกระตุ้นและความอยากบุหรี่

3.การประเมินความเครียดและวิถีคลายเครียด

ความคิดเห็นต่อโครงการของกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ความคิดเห็นต่อตัวนักเรียน: นักเรียนมาไม่ตรงตามจำนวนที่แจ้ง / มามากกว่าหรือบางแห่งเปลี่ยนคนนักเรียนไม่สนใจทำกิจกรรม ขาดการเข้าร่วม มาไม่สม่ำเสมอ เด็กไม่ต้องการให้ครอบครัวทราบ / ไม่สามารถติดต่อครอบครัวร่วมกิจกรรม เด็กไม่อ่านใบงาน / ผู้บังคับรู้สึกกดดัน ความคิดเห็นต่อตัวอาจารย์: อาจารย์บางโรงเรียนไม่ให้ความสำคัญไม่เข้าร่วมขาดการประสานงานระหว่างอาจารย์และเจ้าหน้าที่ อาจารย์เป็นส่วนประกอบสำคัญน่าจะมีการอบรมอาจารย์ก่อนดำเนินโครงการ ความคิดเห็นต่อตัวผู้บังคับ: ระยะเวลาในการบังคับนักเรียนไกล / เสียเวลาในการเดินทาง โรงเรียนที่สมัครเข้าร่วมโครงการมีจำนวนมากเกินไป ไม่สามารถดำเนินการบังคับได้ภายใน 2 เดือน ควรจะเลือกโรงเรียนอำเภอละ 1 โรงเรียน ความคิดเห็นต่อตัวหลักสูตร: เนื้อหามากเกินไป นักเรียนเครียด ไม่เข้าใจในบางบท ระยะเวลาไม่พอ

ความคิดเห็นต่อโครงการของกลุ่มอาจารย์ กลุ่มอาจารย์ที่เข้าร่วมโครงการเห็นว่า:โรงเรียนบางแห่งมีจำนวน

นักเรียนที่เข้าร่วมโครงการเป็นจำนวนมากทำให้ขาดความสนใจร่วมทำกิจกรรม นักเรียนบางคนเข้าร่วมกิจกรรมไม่ต่อเนื่อง ด้วยเหตุจากการป่วย ขาดเรียน หรือจากสาเหตุอื่นๆ นักเรียนบางคนมีความต้องการที่จะบำบัดแต่ยังขาดการยับยั้งชั่งใจในกรณีที่เพื่อนสูบบุหรี่ชักชวนให้สูบบุหรี่นักเรียนบางคนกลับไปสูบบุหรี่ตามปกติ นักเรียนยังขาดจิตสำนึกและความตระหนักถึงโทษของการสูบบุหรี่ และผู้ปกครองบางคนไม่ค่อยเอาใจใส่บุตรหลาน รู้ว่าลูกสูบบุหรี่ก็ไม่ห้ามปรามหรือผู้ปกครองสูบบุหรี่

ข้อเสนอแนะ

1.ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับหลักสูตร

หลักสูตรมีเอกสารใบงานที่นักเรียนจะต้องกรอกเป็นจำนวนมาก ทำให้ขาดความน่าสนใจ ซึ่งนักเรียนบางคนไม่ทำใบงาน ดังนั้นควรลดเอกสารใบงานลง และให้เน้นในส่วนของการให้คำปรึกษารายบุคคล นักเรียนบอกว่าฟังการพูดหรือให้ทำเอกสารไม่สามารถที่จะช่วยลด/เลิกสูบบุหรี่ ช่วงเวลาในการดำเนินโครงการน้อยเกินไป และทิ้งระยะห่างหลายวันทำให้นักเรียนหวนกลับไปสูบบุหรี่กับเพื่อนกลุ่มเดิมอีก จึงเสนอให้ปรับหลักสูตรให้เหมาะสมกับกลุ่มเยาวชนเพราะหลักสูตรฉบับนี้น่าจะเป็นหลักสูตรใช้กับบุคคลทั่วไป

2. ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปปฏิบัติต่อไป

2.1 ด้านหลักสูตร: เนื้อหาหลักที่สำคัญที่สามารถช่วยลด/เลิกสูบบุหรี่ในกลุ่มนักเรียนคือพิษภัยของการสูบบุหรี่ และภาพโรคที่น่ากลัว จะทำให้นักเรียนเกิดความตระหนักและอยากเลิกสูบบุหรี่ได้ด้วยตนเอง ควรเสริมกิจกรรมแนวทางการเลิกบุหรี่และการป้องกันการเสพติดตลอดจนจัดกิจกรรมให้กลุ่มนักเรียนที่สูบบุหรี่ได้มีส่วนร่วมเช่น การรณรงค์ป้องกันพิษภัยบุหรี่ในโรงเรียน การศึกษาดูงานโรงพยาบาล การแข่งขันกีฬา และดนตรี การเยี่ยมชมเพื่อนต่างโรงเรียน เป็นต้น นอกจากนี้ในการ

ปฐมนิเทศนักเรียนและผู้ปกครองควรมีเรื่องพิชภัยของ บุหรี่ด้วย

2.2 ด้านการบำบัดรักษา: จากผลการศึกษา ชี้ให้เห็นว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่ม นักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 เป็นกลุ่มที่เพิ่งเริ่มสูบบุหรี่ สามารถใช้หลักสูตรของโครงการบำบัดรักษา นักเรียนที่สูบบุหรี่ในสถานศึกษาในจังหวัดเชียงรายได้

2.3 ด้านการป้องกัน: จากการศึกษาชี้ให้เห็นว่า นักเรียนส่วนใหญ่เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุ 14 -15 ปี โดยมี พฤติกรรมอยากลองสูบบุหรี่และมีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ ร่วมด้วย ดังนั้นในด้านการป้องกันควรเริ่มตั้งแต่ ระดับ ประถมศึกษาปีที่ 5-6 โดยนำหลักสูตรนี้มาปรับใช้ในการ เรียนการสอนตามปกติของโรงเรียนและเน้นความรู้ เกี่ยวกับพิชภัยของการสูบบุหรี่ การป้องกันตนเอง ทักษะ การปฏิเสธ รวมทั้งความรู้เกี่ยวกับพิชภัยของเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ด้วย

2.4 ด้านการติดตามผล: จากผลการศึกษา ชี้ให้เห็นว่านักเรียนมีพฤติกรรมกลับไปสูบบุหรี่มากขึ้น ในช่วงเดือนแรก โดยเฉพาะในช่วงปิดเทอม ซึ่งนักเรียนมี เวลาว่างและอยู่กับกลุ่มเพื่อนทำให้หวนกลับไปสูบบุหรี่ เมื่อติดตามในช่วงเดือนที่ 3 และ 6 พบว่าจำนวนนักเรียนที่ ลด/เลิก สูบบุหรี่เพิ่มขึ้น เนื่องจากการติดตามเป็นการ กระตุ้นเตือนโดยเจ้าหน้าที่ผู้บำบัดและอาจารย์ผู้รับผิดชอบ งาน ทำให้นักเรียนสามารถลด/เลิก สูบบุหรี่ได้ในที่สุด

3. ข้อเสนอแนะต่อโรงเรียน

3.1 ด้านการบำบัดรักษา: นอกจากการเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลและอาจารย์ร่วมมือในการบำบัดรักษานักเรียนที่ สูบบุหรี่แล้วนั้น อาจารย์ก็สามารถดำเนินการเองได้ด้วย การนำหลักสูตรการบำบัดรักษานักเรียนที่สูบบุหรี่นี้มา ประยุกต์ใช้ โดยเน้นในหัวข้อพิชภัยของการสูบบุหรี่ แนว ทางการเลิกบุหรี่ การป้องกันตนเอง ทักษะการปฏิเสธ และ

เสริมกิจกรรมให้กลุ่มนักเรียนที่สูบบุหรี่ได้มีส่วนร่วม เช่น การรณรงค์ป้องกันพิชภัยบุหรี่ในโรงเรียน กิจกรรมเพื่อน เดือนเพื่อน เป็นต้น ตลอดจนการติดตามอย่างใกล้ชิดของ อาจารย์ เพราะการกระตุ้นเตือนบ่อยครั้งก็สามารถทำให้นักเรียนสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้

3.2 ด้านการเรียนการสอน: ควรมีวิชาเฉพาะด้าน เรื่องยาเสพติด โดยหัวข้อหลักคือพิชภัยของยาเสพติด การ ป้องกันตนเอง การบำบัดรักษา และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ซึ่งรวมถึง บุหรี่ สุรา และยาเสพติดทุกชนิดโดยจัดการ เรียนการสอนในระดับประถมศึกษาปีที่ 5 – 6 ในกิจกรรม อาจจะมีมอบหมายให้กลุ่มแกนนำนักเรียนจัดชั่วโมงที่สอน นื่อง ในหัวข้อเรื่องพิชภัยบุหรี่ ซึ่งคาดหวังว่ากิจกรรม ดังกล่าวสามารถทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ทั้งกลุ่มแกน นำนักเรียน และกลุ่มนักเรียนรุ่นน้องต่อไป

3.3 ด้านการรณรงค์: ควรเสนอให้ทุกส่วนทั้ง อาจารย์ นักเรียน เจ้าหน้าที่ในโรงเรียนทุกคนมีส่วนร่วม ในกิจกรรมรณรงค์ไม่ควรเฉพาะอาจารย์ที่รับผิดชอบงาน เท่านั้น โดยจัดกิจกรรมรณรงค์ประชาสัมพันธ์ตลอด ระยะเวลาของภาคเรียนโดยแบ่งเป็น 3 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมด้านกฎหมาย เช่น โรงเรียนจัดเป็นเขตปลอดสูบบุหรี่ 100 % การตรวจร้านค้าของชำบริเวณโรงเรียนด้าน การห้ามขายบุหรี่แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี กิจกรรมด้าน ความรู้พิชภัยของบุหรี่ เช่น ประชาสัมพันธ์ทางบอร์ด ความรู้ เสี่ยงตามสายในโรงเรียน กิจกรรมเสริมสร้าง ภูมิคุ้มกัน เช่น แข่งขันกีฬา การจัดงานวันงดสูบบุหรี่โลก ใน โรงเรียนและร่วมกับชุมชน การศึกษาดูงานใน โรงพยาบาล เป็นต้น

4. ข้อเสนอแนะต่อหน่วยงานสาธารณสุข

4.1 ด้านการบำบัดรักษา: นักเรียนที่สูบบุหรี่ส่วน ใหญ่เป็นกลุ่มที่เริ่มสูบบุหรี่ ยังไม่มีอาการติดนิโคติน ใน การบำบัดรักษาสามารถนำหลักสูตรการบำบัดรักษา

นักเรียนที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่นี้ประยุกต์ใช้ หรือจัดอบรมอาจารย์เพื่อเพิ่มทักษะการเป็นผู้บำบัดโดยเน้นหัวข้อสำคัญ ได้แก่ พิษภัยของการสูบบุหรี่ แนวทางการเลิกบุหรี่ การป้องกันตนเอง และทักษะการปฏิเสธ ในการดำเนินการบำบัดรักษานักเรียนที่สูบบุหรี่ควรมีการติดตามอย่างใกล้ชิดและกระตุ้นเตือนนักเรียนบ่อยครั้ง คาดว่าสามารถทำให้นักเรียนลด ละ เลิกสูบบุหรี่ได้ ทั้งนี้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรมีการติดตามในโรงเรียนเป็นระยะด้วยเพื่อช่วยแนะนำในกรณีนักเรียนมีปัญหาด้านการเลิกสูบบุหรี่

4.2 ด้านกฎหมาย: ควรประสานงานร่วม กับโรงเรียนในการตรวจร้านขายของชำบริเวณโรงเรียน เกี่ยวกับการห้ามขายบุหรี่แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี และการจัดโรงเรียนเป็นเขตปลอดสูบบุหรี่ 100%

4.2 ด้านการณรงค์: สนับสนุนวิชาการในการอบรมอาจารย์ นักเรียน อย่างน้อยภาคเรียนละ 1 ครั้ง ส่วนกิจกรรมรณรงค์ในวันงดสูบบุหรี่โลกควรจัดร่วมกับโรงเรียนและชุมชน

5. ข้อเสนอแนะต่อผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น ครอบครัว ชุมชน

5.1 ด้านการบำบัดรักษา: พบว่านักเรียนที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ผู้ปกครองหรือผู้ที่อาศัยอยู่ด้วยมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ ดังนั้นควรจัดกิจกรรมอบรมพิษภัยของการสูบบุหรี่ และให้คำแนะนำวิธีการเลิกสูบบุหรี่ในกลุ่มผู้ปกครองเพื่อประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเอง และครอบครัว

5.2 ด้านกฎหมาย: ควรมีการดำเนินงานด้านกฎหมายอย่างเคร่งครัดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานตรวจเฝ้าระวังร้านขายของชำในหมู่บ้าน การห้ามขายบุหรี่แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี การจัดเขตปลอดบุหรี่ในที่สาธารณะ ร้านอาหาร สถานเด็กเล่น สนามกีฬา หน่วยงานราชการทุกแห่ง เป็นต้น

5.3 ด้านการรณรงค์: ในชุมชนควรมีการประชาสัมพันธ์ เช่น เสียงตามสายในหมู่บ้าน วิทยุชุมชน เป็นต้น เพื่อการรณรงค์ไม่สูบบุหรี่เป็นระยะๆ เพื่อให้ชุมชนเกิดความตระหนักและอยากเลิกสูบบุหรี่ รวมถึงความรู้เกี่ยวกับกฎหมายที่เกี่ยวข้องเพื่อสร้างความเข้าใจและความร่วมมือของชุมชนในการบังคับใช้กฎหมาย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานในคลินิกอดบุหรี่ในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดเชียงรายทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการดำเนินกิจกรรมการบำบัดรักษานักเรียนที่สูบบุหรี่ในสถานศึกษาและร่วมติดตามผลตลอดจนให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขหลักสูตรเพื่อนำมาใช้ในโอกาสต่อไป รวมถึงคุณงามนิตยราชกิจ นักวิชาการสาธารณสุข 9(ด้านส่งเสริมพัฒนา) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษาและช่วยแก้ไขในการจัดทำต้นฉบับ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ข้อมูลจากผลการสำรวจการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา ปี 2550. http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/service/survey/smokeExe_50.pdf
2. กุลวรรณ นาครัถย์. การประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการสูบบุหรี่ของ นักเรียนชายระดับมัธยมศึกษาตอนต้น กรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์).มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
3. คู่มือการให้คำปรึกษารายบุคคล เพื่อการบำบัดรักษานักเรียนที่สูบบุหรี่, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย, 2549 จัดพิมพ์ในชุมชน,กรมการแพทย์.
4. นฤมล อารยะพิพัฒน์คู่มือการจัดทำค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้เสพสารเสพติดแนวใหม่(Matrix Program).

- กองประสานการปฏิบัติการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2544.
5. นพพร ศรีผัด และคณะ. การเข้าถึงการบริโภคบุหรี่และเครื่องเค็มแอลกอฮอล์ของเยาวชนระดับต่ำกว่าอุดมศึกษาจังหวัดเชียงใหม่. เอกสารนำเสนอแบบบรรยาย(Oral presentation) ในการสัมมนาวิชาการป้องกันควบคุมโรคแห่งชาติ ประจำปี 2551 ของสำนักจัดการความรู้ กรมควบคุมโรค ระหว่างวันที่ 11-13 ก.พ.2551 ณ ศูนย์นิทรรศการ และการประชุมไบเทค, 2549:129.
 6. บุศยา ณ ป้อมเพชร์. การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ สังกัดกรมอาชีวศึกษา กรุงเทพมหานคร(วิทยานิพนธ์). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.
 7. ประไพจิตร ชุมแวงวาปี. การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของนักศึกษาชายสถาบันเทคโนโลยีราชมงคล วิทยาเขตขอนแก่น(วิทยานิพนธ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.
 8. ผ่องศรี ศรีมรกต และรุ่งนภา ภาณิตรีตัน. โครงการพัฒนารูปแบบและกลวิธีการเสริมความตระหนักในพิษภัยบุหรี่สำหรับเยาวชนไทยปีที่ 1 ระยะที่ 1, การทบทวนและวิเคราะห์ ทิศทางการวิจัยการควบคุมยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2519-2549. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ, 2548: 319.
 9. มณฑา เก่งการพานิช, ลักษณ์ เต็มศิริกุลชัย, สาทรจัน นาคจู. การทบทวนและวิเคราะห์ ทิศทางการวิจัยการควบคุมยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2519-2549. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ: เจริญดีมีนคองการพิมพ์ เขตภาษีเจริญ กรุงเทพฯ, 2549.
 10. มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่: <http://www.smokefreezone.or.th>
 11. ลักษณ์ เต็มศิริกุลชัย, มณฑา เก่งการพานิช. ลงหลักปักฐานสกัดกั้นยาสูบ. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ: เจริญดีมีนคองการพิมพ์ เขตภาษีเจริญ กรุงเทพฯ, 2550: 27-38.
 12. วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์ และคณะ. แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อรักษาผู้ติดยาสูบ(Clinical Practice Guideline in Smoking Cessation) กรมการแพทย์: กระทรวงสาธารณสุข, 2546.
 13. วิยะดา ดิลกวัฒนา. การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการงดสูบบุหรี่ของนักศึกษาวิทยาลัยเทคนิคสุโขทัย(วิทยานิพนธ์). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
 14. วันเพ็ญ ทาราตี. การศึกษาประสิทธิผลการให้คำปรึกษารายกลุ่มต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายมัธยมปลายจังหวัดขอนแก่น(วิทยานิพนธ์). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
 15. ศรีณญา เบญจกุล, มณฑา เก่งการพานิช. สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชากรไทย พ.ศ. 2534-2549. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ: เจริญดีมีนคองการพิมพ์ เขตภาษีเจริญ กรุงเทพฯ, 2550.
 16. ศูนย์บำบัดยาเสพติดเชียงใหม่, เอกสาร Quit In Group: Smoking Cessation Program. พ.ศ.2549.
 17. ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่. คู่มือการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ช่วยนอกตามรูปแบบจิต – สังคมบำบัด(Matrix Program)
 18. สรุปการประชุมวิชาการบุหรี่กับสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ: เจริญดีมีนคองการพิมพ์ เขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร, 2549: 75-96.

19. สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล.เอกสารประกอบการอบรมการควบคุมการบริโภคยาสูบสำหรับ บุคลากร และนักศึกษาวิชาชีพสุขภาพ, พ.ศ.2550.
20. สุพรรณิ ปานดี.ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจการป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อพฤติกรรม การเลิกสูบบุหรี่ในนักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 3(วิทยานิพนธ์) กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัย มหิดล, 2542.
21. สำนักงานคณะกรรมการการควบคุมเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์และยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวง สาธารณสุข.พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535.
22. เอกสารประกอบการอบรม โครงการอบรมเชิง ปฏิบัติการ“บทบาทที่มีสุขภาพในการควบคุมการ บริโภคยาสูบและการให้คำปรึกษาเพื่อช่วยเลิกบุหรี่” วันที่ 14 กันยายน 2549 ณ โรงแรมวังคำ อ.เมือง จ. เชียงราย, เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอด บุหรี่.

การปฏิบัติของผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรคมือเท้าและปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดลำพูน
(Practices of Child Attendants for Prevention of Hand Foot and Mouth Disease in Child
Care Centers, Lamphun Province)

ละมัย สิทธิโรจน์ วท.บ(สาธารณสุขศาสตร์) ส.ม
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน

Lamai Sittiroj B.Sc.(Public Health) ,M.P.H.
 Lamphun Provincial of Public Health Office

บทคัดย่อ

โรคมือเท้าและปากเป็นโรคที่มีการติดต่อกันง่าย โดยเฉพาะเด็กที่อยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ซึ่งเป็นสถานที่รับเลี้ยงเด็กเล็กจำนวนมาก การศึกษาเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปฏิบัติของผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรคมือเท้าและปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดลำพูน ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 180 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือน มิถุนายน ถึง สิงหาคม 2552 เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่า การปฏิบัติของผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรคมือเท้าและปากโดยรวม อยู่ในระดับสูง คะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.62 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.32 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า การปฏิบัติด้านอนามัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็ก ด้านการดูแลเด็ก ด้านการดูแลสิ่งแวดล้อมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อยู่ในระดับสูงเช่นกัน มีคะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.65, 3.61 และ 3.61 ตามลำดับ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.29, 0.33 และ 0.44 ตามลำดับ ผลการศึกษาจะเป็นแนวทางในการนำไปพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลเด็กและส่งเสริมทักษะการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันโรคมือเท้าและปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้มีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: ผู้ดูแลเด็ก, โรคมือเท้าและปาก, ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

Abstract

Hand, Foot and Mouth Disease is easily transmitted, especially among children in child care centers where many children are being taken care of. The purpose of this descriptive study was to investigate the practice of child attendants for prevention of Hand, Foot and Mouth Disease in child care centers in Lamphun province. The samples were 180 child attendants in child care centers under local administration organizations. Data were collected from June 2008 - August 2008. Questionnaires were used as research instruments, and the data were analyzed by descriptive

statistics. The descriptive statistics used in analyzing the descriptive data were frequency, percents, means, and standard deviation.

The findings revealed that the overall practice of child attendants for prevention of Hand, Foot and Mouth Disease was at a high level, with a mean of 3.62 and standard deviation of 0.32. Considering different domains, personal health care, child care, and environment care within child care centers, they were also at a high level with the mean scores of 3.65, 3.61, and 3.61 respectively. The standard deviation scores were 0.29, 0.33, and 0.44 respectively.

The results will be used to development guidelines potential of child attendants, and enhance practice skills correctly in preventing Hand, Foot and Mouth Disease in child care centers to effectively continue.

Keywords: Child Attendants, Hand Foot and Mouth Disease, Child Care Centers

บทนำ

โรคมือเท้าและปาก (Hand Foot and Mouth Disease: HFMD) เป็นกลุ่มอาการหนึ่ง ประกอบด้วย ตุ่มแดงอักเสบที่ลิ้น เหงือก กระพุ้งแก้ม ฝ่ามือ นิ้วมือ และฝ่าเท้า มีสาเหตุจากการติดเชื้อไวรัสที่อาศัยอยู่ในลำไส้ของคนที่ถือเป็นปัญหาสาธารณสุขโรคหนึ่ง เพราะทำให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงและเสียชีวิตได้⁹ การติดต่อจากคนสู่คนผ่านเข้าทางปากด้วยการรับประทานอาหารที่ติดมากับมือภาชนะที่ใช้ร่วมกัน เช่น ช้อน แก้วน้ำ ของเล่นที่เปื้อนน้ำมูก น้ำลาย อุจจาระ หรือน้ำในตุ่มพอง แผลในปากของผู้ป่วยที่มีเชื้อไวรัส⁵ เข้าสู่ร่างกายทางเยื่อบุคอกหอยและลำไส้ เพิ่มจำนวนที่ทอนซิลและเนื้อเยื่อของระบบน้ำเหลืองบริเวณลำไส้ และ ปนเปื้อนออกมากับอุจจาระ การแพร่กระจายของเชื้อ โรคจึงเกิดขึ้นได้ง่าย พบบ่อยในกลุ่มเด็กเล็ก เกิดได้ตลอดทั้งปี ไม่มีฤดูกาลที่ชัดเจน³ โรคนี้พบครั้งแรกเมื่อ ปีพ.ศ. 2500 ก่อนหน้านั้นไม่ได้เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขมากนักเนื่องจากไม่รุนแรงและหายเองได้ ต่อมา มีรายงานการระบาดพบได้ทั่วโลกหลายครั้งโดยพบผู้ป่วยมีอาการรุนแรงและเสียชีวิตมากขึ้น² ในปีพ.ศ. 2540 เกิดการระบาดรุนแรงที่ประเทศมาเลเซีย มีเด็กป่วย 2,628

ราย เสียชีวิต 50 ราย¹³ ในปี พ.ศ. 2541 ประเทศไต้หวัน มีผู้ป่วยโรคมือเท้าและปาก รวมทั้งสิ้น 129,106 ราย เสียชีวิต 78 ราย¹⁴ และ ปีพ.ศ. 2543 เกิดระบาดใหญ่ในประเทศสิงคโปร์ มีผู้ป่วย 3,790 ราย ส่วนใหญ่อายุน้อยกว่า 4 ปี มีเสียชีวิต 4 ราย¹² จากข้อมูลประเทศต่างๆ ที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงและเสียชีวิตจำนวนมากจากภาวะสมองอักเสบ หัวใจล้มเหลว น้ำท่วมปอดเฉียบพลัน ส่วนใหญ่เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี สาเหตุเกิดจากเชื้อเอนเทอโรไวรัส 71¹¹

สำหรับประเทศไทย ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2540 กระทรวงสาธารณสุขเริ่มเฝ้าระวังผู้ป่วยสงสัยว่าติดเชื้อเอนเทอโรไวรัส เข้าในระบบรายงานผู้ป่วยเครือข่ายการเฝ้าระวังพบว่า ปีพ.ศ. 2541 มีผู้ป่วย 4 ราย เป็นเด็กอายุ 1-3 ปี มีอาการรุนแรง แต่ไม่ถึงขั้นเสียชีวิต ปี พ.ศ. 2543 ข้อมูลเฝ้าระวังในโรงพยาบาลเครือข่าย พบมีผู้ป่วย 609 ราย ส่วนใหญ่เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี ในระยะแรก กรมควบคุมโรคเฝ้าระวังเฉพาะพื้นที่ 14 โรงพยาบาล และขยายการเฝ้าระวังทั่วประเทศ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 ผลการเฝ้าระวังโรคพบผู้ป่วยโรคมือเท้าและปากเพิ่มขึ้น ความรุนแรงมากขึ้นเมื่อจำแนกผู้ป่วย ปีพ.ศ. 2550 ระบาด พบว่า ภาคกลาง มี

อัตราป่วยสูงสุดคิดเป็น 42.51 ต่อแสนประชากร รองลงมาคือ ภาคเหนือ มีอัตราป่วย 35.55 ต่อแสนประชากร จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่ ลำปาง, ลำพูน, ระยอง, กรุงเทพฯ และ น่าน ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี¹ ในปีพ.ศ. 2551 พบผู้ป่วยแล้ว 7,301 ราย เสียชีวิต 1 ราย และกรมควบคุมโรค ได้ทบทวนรายงานการระบาดของโรคมือเท้าและปาก ที่ได้รับแจ้งระหว่างปี พ.ศ. 2545 -2550 พบว่าเกิดในศูนย์เด็กเล็กและชั้นอนุบาลมากที่สุดเช่นเดียวกับรายงานการระบาดของโรคมือเท้าและปาก จังหวัดลำปาง เกิดในศูนย์เด็กเล็ก คิดเป็นร้อยละ 66.67 ของสถานที่เกิดเหตุการณ์ทั้งหมด⁴

จังหวัดลำพูน ตั้งอยู่ภาคเหนือตอนบน เป็นจังหวัดหนึ่งที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมือเท้าและปาก พบว่าอัตราป่วยโรคมือเท้าและปาก มีการระบาดอย่างต่อเนื่องและแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จากข้อมูลการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ย้อนหลัง 5 ปี ระหว่างปีพ.ศ. 2546-2550 พบผู้ป่วยจำนวน 41, 3, 47, 41 และ 426 ราย ตามลำดับยังไม่มีรายงานการเสียชีวิต ในปีพ.ศ. 2550 พบระบาดมากในพื้นที่ อัตราป่วยเป็นอันดับ 2 ของประเทศ เกิดในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมากที่สุด พบมากที่สุดในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อัตราป่วย 472.63 ต่อแสนประชากร รองลงมาคือกลุ่มอายุ 10-14 ปี และ 5-9 ปี มีอัตราป่วย 7.17 และ 6.92 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ต่อมาปีพ.ศ. 2551 พบผู้ป่วย 174 ราย ไม่มีรายงานการเสียชีวิต² และแม้ว่าหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ จะมีมาตรการดำเนินงานเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคมือเท้าและปากแล้ว ยังพบการระบาดของโรคอย่างต่อเนื่อง จึงอาจมีปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องในการเกิดโรคมือเท้าและปากของจังหวัดลำพูน ที่ทำให้อัตราการป่วยไม่ลดลง ผู้ศึกษาในฐานะบุคลากรทางสาธารณสุขตระหนักถึงความสำคัญของปัญหานี้ จึงได้ศึกษาเรื่องการศึกษาปฏิบัติของผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรคมือเท้าและปากใน

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดลำพูน เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางสำหรับเจ้าหน้าที่และบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการวางแผนพัฒนาศูนย์เด็กเล็ก เพิ่มพูนศักยภาพผู้ดูแลเด็ก ให้มีการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมือเท้าและปากอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ส่งผลให้เกิดการพัฒนาเรื่องการศึกษาปฏิบัติของผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรคมือเท้าและปากให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษารครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study) เพื่อศึกษาการปฏิบัติของผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรคมือเท้าและปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดลำพูน ระยะเวลาการศึกษาตั้งแต่เดือนมิถุนายน สิงหาคม 2552 ประชากรที่ใช้ศึกษาเป็นผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

ผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดลำพูน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 98.9 อายุอยู่ระหว่าง 20-57 ปี เฉลี่ยเท่ากับ 35.89 ปี เป็นกลุ่มอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 35.0 รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 41 ปีขึ้นไป ร้อยละ 32.8 สถานภาพสมรส มีคู่ ร้อยละ 67.8 รองลงมาเป็นโสด ร้อยละ 22.2 รายได้อยู่ระหว่าง 4,000-15,480 บาท ต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 83.3 เฉลี่ย 8,400 บาทต่อเดือน ระยะเวลาการเป็นผู้ดูแลเด็กอยู่ระหว่าง 2-30 ปี เฉลี่ย 8.72 ปี ระยะเวลาานาน 2-5 ปี ร้อยละ 40.6 รองลงมาคือ 6-10 ปี ร้อยละ 24.5 การรับข้อมูลข่าวสารของผู้ดูแลเด็ก อบรมเกี่ยวกับการดูแลเด็ก ร้อยละ 65.6 ได้รับความรู้ข่าวสารเรื่องโรคมือเท้าและปาก

ร้อยละ 96.1 แหล่งความรู้ที่ได้รับจากแพทย์ พยาบาล และ ร้อยละ 79.4 เด็กในความรับผิดชอบของผู้ดูแลเด็กเป็น
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 96.7 การติดตามนิเทศได้รับ กลุ่มอายุต่ำกว่า 3 ปี ร้อยละ 82.2 และรอบปีที่ผ่านมาศูนย์
จากเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร้อยละ 82.2 พัฒนาเด็กเล็กมีเด็กป่วยเป็น โรคมือเท้าและปาก ร้อยละ
การศึกษาดูงานศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอื่น ร้อยละ 67.8 จำนวน 19.4 ครั้งรายละเอียดในตารางที่ 1
ผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแต่ละแห่ง มีต่ำกว่า 5 คน
ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัด
ลำพูน

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(N = 180)	ร้อยละ
อายุ(ปี)		
20 – 30 ปี	58	32.2
31-40 ปี	63	35.0
4+ปีขึ้นไป	59	32.8
X = 35.89 ปี, S.D. = 8.59, Range 20-57 ปี		
เพศ		
ชาย	2	1.1
หญิง	178	98.9
สถานภาพสมรส		
โสด	40	22.2
คู่	122	67.8
หม้าย	5	2.8
หย่า / แยก	13	7.2
รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่า 10,000 บาท	150	83.3
10,000 บาทขึ้นไป	30	16.7
\bar{X} = 8,400 บาท, S.D.= 1981.38 , Range 4,000-15,480 บาท		
ระยะเวลาการทำงานที่เป็นผู้ดูแลเด็ก		
2-5 ปี	73	40.6
6-10 ปี	44	24.5
11-15 ปี	35	19.4
16-20 ปี	20	11.1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดลำพูน(ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(N = 180)	ร้อยละ
21 ปีขึ้นไป	8	4.4
$\bar{X} = 8.72$ ปี , S.D. = 6.33 , Range 2 – 30 ปี		
การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลเด็กในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา		
ไม่เคย	62	34.4
เคย	118	65.6
การได้รับความรู้ข่าวสาร เกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก		
ไม่เคย	7	3.9
เคย	173	96.1
แหล่งที่ได้รับความรู้ข่าวสารเกี่ยวกับโรคมือเท้าและปาก *		
แพทย์ / พยาบาล / เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	174	96.7
เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	59	32.8
หนังสือพิมพ์ / วารสาร / โทรทัศน์ / วิทยุ / เอกสารแผ่นพับ	5	2.8
เพื่อนบ้าน	1	0.6
การได้รับนิเทศติดตามงานศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในรอบปีที่ผ่านมา		
ไม่เคย	57	31.7
เคย *	123	68.3
ได้รับการนิเทศจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่	103	57.2
ได้รับจากเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่	148	82.2
การศึกษาดูงานศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอื่นๆ		
ไม่เคย	58	32.2
เคย	122	67.8
จำนวนผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแต่ละแห่ง		
ต่ำกว่า 5 คน	143	79.4
5 คนขึ้นไป	37	20.6
จำนวนเด็กในความรับผิดชอบ		
อายุ ต่ำกว่า 3 ปี	148	82.2
อายุ 3 ปีขึ้นไป	32	17.8

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดลำพูน(ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(N = 180)	ร้อยละ
ในรอบปีที่ผ่านมาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีเด็กป่วยเป็นโรคมือเท้าและปาก		
ไม่มี	145	80.6
มี	35	19.4

* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

บทบาทภารกิจเกี่ยวกับการเตรียมอาหารและ ประเมินมาตรฐานศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ผู้ดูแลเด็กไม่ได้เป็นผู้ดูแลด้านการเตรียมอาหารในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ร้อยละ 85.6 และไม่ได้เป็นผู้ปรุงอาหารให้เด็ก ร้อยละ 91.7 แต่เคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับสุขอนามัยอาหารเบื้องต้น ร้อยละ 62.2 และสถานที่เตรียมอาหาร ปรุงอาหารของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก แยกคนละส่วน ไม่ได้อยู่ภายในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ร้อยละ 72.2 สำหรับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กในการประเมินมาตรฐานศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ด้านสิ่งแวดล้อม สะอาด ปลอดภัย พบว่ามีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วมในการประเมินเท่ากัน คือ ร้อยละ 50.0 ด้านการเตรียม ปรุงอาหารในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ส่วนใหญ่ไม่มีส่วนร่วมในการประเมิน ร้อยละ 74.4 ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ผู้ดูแลเด็กในบทบาทภารกิจการเตรียมอาหาร ประเมินมาตรฐานศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ข้อมูล	จำนวน(N = 180)	ร้อยละ
การเป็นผู้ดูแลด้านการเตรียมอาหารในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่รับผิดชอบ		
ไม่เป็น	154	85.6
เป็น	26	14.4
การเป็นผู้ดูแลด้านการปรุงอาหารในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่รับผิดชอบ		
ไม่เป็น	165	91.7
เป็น	15	8.3
การเคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับการสุขอนามัยอาหารเบื้องต้น		
ไม่เคย	68	37.8
เคย	112	62.2
สถานที่เตรียมและปรุงอาหาร ของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก		
อยู่ภายในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	50	27.8
แยกคนละส่วนจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	130	72.2
การมีส่วนร่วมประเมินมาตรฐานศูนย์พัฒนาเด็กเล็กด้านสิ่งแวดล้อมสะอาด ปลอดภัย		
ไม่มี	90	50.0
มี	90	50.0

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ผู้ดูแลเด็กในบทบาทภารกิจเตรียมอาหาร ประเมินมาตรฐานศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก(ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน(N = 180)	ร้อยละ
การมีส่วนร่วมประเมินมาตรฐานศูนย์พัฒนาเด็กเล็กด้านการเตรียม ปรุงอาหารให้เด็ก		
ไม่มี	134	74.4
มี	46	25.6

ระดับการปฏิบัติของผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรคมือเท้าและปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดลำพูน โดยรวมอยู่ในระดับสูง คะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.62 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.32 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การปฏิบัติด้านอนามัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็ก ด้านการดูแลเด็ก และด้านการดูแลสิ่งแวดล้อมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อยู่ในระดับสูงเช่นกัน คะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.65, 3.61 และ 3.61 ตามลำดับ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.29, 0.33 และ 0.44 ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับการปฏิบัติของผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรคมือเท้าและปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดลำพูน รายด้าน และโดยรวม

การปฏิบัติในการป้องกันโรคมือเท้าและปาก รายด้าน	\bar{X}	S.D.	จำนวน ร้อยละระดับการปฏิบัติ ของผู้ดูแลเด็ก			โดยรวม
			สูง	ปานกลาง	ต่ำ	
1. ด้านอนามัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็ก	3.65	0.29	173(96.1)	7(3.9)	0	ระดับสูง
2. ด้านการดูแลเด็ก	3.61	0.33	163(90.6)	17(9.4)	0	ระดับสูง
3. ด้านการดูแลสิ่งแวดล้อมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	3.61	0.44	163(90.6)	17(9.4)	0	ระดับสูง
โดยรวม ทุกด้าน	3.62	0.32	171(95.0)	9(5.0)	0	ระดับสูง

อภิปรายผล

การปฏิบัติของผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรคมือเท้าและปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดลำพูน โดยรวมปฏิบัติได้ดีอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 95.0 ($\bar{X}=3.62$, S.D.=0.32) อธิบายได้ว่า การได้รับความรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคมือเท้าและปาก ร้อยละ 96.1 จากแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตลอดจนการได้รับการนิเทศติดตามงานจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หรือการศึกษาดูงานศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอื่นๆ มีผลทำให้การปฏิบัติของผู้ดูแล

เด็กในการป้องกันโรคมือเท้าและปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อยู่ในระดับสูง

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าการปฏิบัติในการป้องกันโรคมือเท้าและปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กด้านอนามัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็ก อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 96.1 ปานกลาง ร้อยละ 3.9 ($\bar{X}=3.65$, S.D.=0.29) แสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่มีการปฏิบัติด้านอนามัยส่วนบุคคลเป็นประจำสม่ำเสมอ ได้แก่ การดูแลทำความสะอาดมือตามขั้นตอนก่อนและหลังการปฏิบัติกิจกรรมใดๆ ที่เสี่ยงต่อ

การปนเปื้อนเชื้อโรคหรือสิ่งสกปรก ตามหลักการป้องกันการติดเชื้อทั่วไป คือ การล้างมือให้สะอาดทุกครั้ง ทั้งก่อนและหลังการสัมผัสสิ่งสกปรก เนื่องจากการล้างมือเป็นการขจัดเชื้อโรคจากการสัมผัสให้ลดน้อยลงหรือหมดสิ้นไป และการล้างมือเป็นวิธีการที่ดีที่สุดในการป้องกันการติดเชื้อระหว่างบุคคล ตลอดจนกระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญเรื่องการทำความสะอาดมือ เป็นมาตรการที่สำคัญที่สุดในการป้องกันและลดการแพร่กระจายของโรคมือเท้าและปาก โดยกำหนดเป็นแนวทางการปฏิบัติสำหรับประชาชนทั่วไปและบุคลากรผู้เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างสุขนิสัยการล้างมือที่ถูกต้อง แต่การศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า การปฏิบัติของผู้ดูแลเด็กบางส่วนปฏิบัติได้ไม่ถูกต้อง ไม่สม่ำเสมอ เช่น การล้างมือตามขั้นตอน การตรวจสอบสภาพประจําปี การแต่งกายสวมเสื้อผ้า ฟাঁกันเปื้อนที่สะอาดขณะเตรียม แจก หรือป้อนอาหารให้เด็ก ขัดแย้งกับแนวทางวิธีการล้างมือเพื่อป้องกันการติดเชื้อระหว่างบุคคล ที่ให้ล้างมือให้สะอาดทุกครั้ง ด้วยน้ำและสบู่ ฟอกถูมือให้ทั่วทั้งนิ้วมือ งามนิ้ว ซอกเล็บมือ นานอย่างน้อย 10 วินาที มาตรการการปฏิบัติเพื่อควบคุมป้องกัน โรคมือเท้าและปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ที่กระทรวงสาธารณสุขแนะนำ ก็ให้เน้นการล้างมืออย่างถูกวิธี ทุกครั้งที่สัมผัสสิ่งสกปรก อีกทั้งกรมควบคุมโรคได้กล่าวถึงปัจจัยเสี่ยงและกลุ่มเสี่ยงว่าในผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อ โรคมือเท้าและปากมักไม่แสดงอาการหรือมีอาการแต่ไม่รุนแรง จึงอาจเป็นพาหะนำโรคติดเชื้อนี้ได้ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลเด็กเมื่อป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงหรือโรคติดต่อจากการสัมผัสหรือการหายใจบางคนยังเตรียมหรือปรุงอาหารให้เด็กบ้าง เป็นการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม ขัดแย้งกับหลักปฏิบัติด้านการสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ที่กำหนดให้ผู้สัมผัสอาหารทุกคนแต่งกายสวมเสื้อผ้า ฟাঁกันเปื้อนที่สะอาด ป้องกันการปนเปื้อนที่อาจทำให้อาหารสกปรก

และหากเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อผู้ดูแลเด็กหรือผู้สัมผัสอาหาร ต้องหยุดและรับการรักษาให้หายก่อน ซึ่งการปฏิบัติของผู้ดูแลเด็กบางคนเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อในเด็ก เพราะหากผู้ดูแลเด็กมีสุขนิสัยหรือปฏิบัติไม่ถูกต้อง ไม่สม่ำเสมอ มีปฏิบัติเป็นบางครั้ง นานๆครั้ง หรือไม่ปฏิบัติเลยนั้น อาจเป็นสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงของการแพร่กระจายเชื้อโรคได้ ดังนั้น บุคลากรผู้เกี่ยวข้องในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทุกคน จึงไม่ควรละเลย และต้องให้ความสำคัญด้วยการปฏิบัติให้เป็นนิสัย เป็นประจำสม่ำเสมอและต่อเนื่อง พร้อมจัดให้มีสบู่ไว้อย่างเพียงพอสำหรับการล้างมือที่ถูกต้อง เพราะจากการสังเกตพบว่าไม่มีสบู่พร้อมใช้ที่เพียงพอในบริเวณอ่างล้างมือหรือบริเวณที่จัดไว้

สำหรับการปฏิบัติของผู้ดูแลเด็กด้านการดูแลเด็กอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 90.6 ปานกลาง ร้อยละ 9.4 (\bar{X} = 3.61, S.D.=0.33) พบว่าผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่ดูแลเรื่องสุขวิทยาส่วนบุคคลของเด็กเป็นประจำสม่ำเสมอได้แก่ จัดให้มีภาชนะใส่น้ำ ปกปิดอาหารให้สะอาด ถูกสุขลักษณะ ดูแลความสะอาดร่างกายเด็กสัปดาห์ละครั้ง แยกเด็กป่วยออกจากเด็กอื่นทันทีเมื่อพบหรือสงสัย แจ้งผู้เกี่ยวข้อง ควบคุมป้องกันการระบาดของโรคเมื่อพบเด็กป่วยมากกว่า 2 คนขึ้นไป ดูแลให้เด็กแต่ละคนใช้แก้วน้ำส่วนตัว ดูแลให้เด็กล้างมือตามขั้นตอนอย่างถูกวิธีก่อนดื่มน้ำหรือกินอาหาร หลังเข้าห้องส้วม หลังการเล่นหรือสัมผัสเด็กป่วย ดูแลตรวจร่างกายและสังเกตการเจ็บป่วยเด็กทุกวัน จัดเตรียมผ้าเช็ดตัว ผ้าเช็ดหน้าแยกไว้เฉพาะเด็กแต่ละคน ปิดศูนย์พัฒนาเด็กเล็กพร้อมทำความสะอาดป้องกันการระบาดของโรคเมื่อมีผู้ป่วย สอดคล้องกับมาตรการการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าและปากที่แนะนำให้บุคคลผู้เกี่ยวข้องส่งเสริมพฤติกรรมอนามัยส่วนบุคคล เน้นเรื่องการดูแลทำความสะอาดร่างกาย สิ่งของที่เด็กมักเอาเข้า

ปาก สร้างสุขนิสัยการล้างมือที่ถูกต้อง รักษาสุขอนามัย และแยกของใช้ไม่ให้ปะปนกัน แต่การศึกษานี้ยังพบว่ กิจกรรมบางประเด็นที่ผู้ดูแลเด็กบางคนปฏิบัติไม่ถูกต้อง ไม่สม่ำเสมอ เช่น การใช้มือเปล่าจับต้องอาหารปรุงเสร็จแล้ว การไม่เปลี่ยนผ้าอ้อม ผ้าเปียกในบริเวณที่จัดไว้ การทำความสะอาดอุปกรณ์ของใช้เด็กที่ป่วยด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ การดูแลให้เด็กล้างมือด้วยน้ำและสบู่ตามขั้นตอนอย่างถูกวิธี การเตรียมผ้าเช็ดตัว ผ้าเช็ดหน้า ทิชชูเปียชื้ออุปกรณ์ของใช้ แยกเฉพาะเด็กแต่ละคน การดูแลให้ใช้แก้วน้ำส่วนตัว การดูแลตรวจร่างกาย สังเกตการเจ็บป่วยเด็กทุกวัน เมื่อพบเด็กป่วยด้วยโรคมือเท้าและปากมากกว่า 2 คนขึ้นไปให้แจ้งผู้เกี่ยวข้อง และปิดศูนย์พัฒนาเด็กเล็กพร้อมทำความสะอาดป้องกันการระบาดของโรค มีปฏิบัติบางครั้ง นานๆ ครั้ง หรือไม่ปฏิบัติเลย ขัดแย้งกับมาตรการการป้องกัน โรคมือเท้าและปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ให้นเน้นการสกัดกั้น การแพร่กระจายของเชื้อ โดยเน้นการล้างมือบ่อยๆอย่างถูกวิธี การใช้น้ำยาฆ่าเชื้อโรคในอาคารสถานที่ เครื่องมือ เครื่องใช้อุปกรณ์ของเล่นเด็ก รวมถึงการแยกของใช้ส่วนตัวไม่ให้ปะปนกัน และหากมีการเกิดโรคต้องปิดสถานที่ พร้อมทำความสะอาดอาคาร อุปกรณ์เครื่องใช้ ห้องน้ำห้องส้วม ห้องครัว ของเล่นต่างๆด้วยน้ำผสมน้ำยาฆ่าเชื้อโรค ขัดแย้งกับบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลเด็กในช่วงที่มีการระบาดของโรคในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ต้องดูแลเด็กให้มีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างถูกต้อง ตรวจสอบสุขภาพเด็กทุกคนทุกวัน พร้อมร่วมกันทำความสะอาดศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอย่างถูกวิธี ซึ่งการศึกษาของสุชาดา พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อด้านพฤติกรรมดูแลเด็กของบุคลากรในศูนย์พัฒนาเด็กบ้านคอนแก้ว จังหวัดเชียงใหม่ คือ กิจกรรมการเปลี่ยนผ้าเปียกเด็ก การเตรียมอาหาร การใช้ห้องน้ำ บุคลากรมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเพียงร้อยละ 20, 25 และ 30 ตามลำดับ กิจกรรมแยกเด็กป่วย การทำความสะอาด

สะอาดร่างกายเด็ก การใช้อุปกรณ์เครื่องใช้ร่วมกันของเด็ก การประกอบอาหาร บุคลากรมีพฤติกรรมไม่ถูกต้องร้อยละ 100 การศึกษาของอำพัน ไชยงำเมือง¹⁰ พบว่า การดูแลเด็กให้ล้างมือ การดูแลเกี่ยวกับความสะอาดของเด็ก การแยกของใช้สำหรับเด็กแต่ละคน การใช้มือเปล่าจับต้องอาหารที่ปรุงเสร็จแล้ว ยังไม่ถูกต้องมากนักร่วมกัน ดังนั้นผู้ดูแลเด็กควรได้รับความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง เพื่อรักษามาตรฐานในส่วนที่คืออยู่แล้ว และปฏิบัติอย่างถูกวิธีในส่วนที่ไม่ถูกต้องให้มีประสิทธิภาพต่อไป

การปฏิบัติของผู้ดูแลเด็กด้านการดูแลสิ่งแวดล้อมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อยู่ในระดับสูง เช่นเดียวกัน คิดเป็นร้อยละ 90.6 ระดับปานกลาง ร้อยละ 9.4 ($\bar{X} = 3.61, S.D. = 0.44$) อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่มีการปฏิบัติด้านการดูแลสิ่งแวดล้อมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นประจำสม่ำเสมอ โดยการปฏิบัติที่เป็นประจำ ได้แก่ การเปิดหน้าต่างให้อากาศถ่ายเท แสงสว่างเพียงพอ การทำความสะอาดบริเวณที่รับประทานอาหาร โต๊ะเก้าอี้หลังเด็กใช้ทุกครั้ง การทำความสะอาดผ้าปูที่นอน ห้องเรียน ห้องกิจกรรม ห้องนอนเด็กทุกวัน การจัดให้มีภาชนะรองรับขยะถูกสุขลักษณะและนำไปทิ้งทุกวัน สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เรื่องการจัดสิ่งแวดล้อมสะอาด ปลอดภัย ถูกสุขลักษณะ ให้ได้ตามมาตรฐาน ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงที่อาจเกิดกับเด็กและป้องกันการเกิดโรคติดต่อต่างๆ โดยเฉพาะโรคติดเชื้อที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมบกพร่องได้ แต่ในการศึกษายังพบว่าการปฏิบัติที่ผู้ดูแลเด็กบางคน ปฏิบัติได้ไม่ถูกต้อง ไม่สม่ำเสมอ เช่น การเก็บกระโถนนั่งถ่ายอุจจาระเด็กไว้ในห้องส้วมและให้ห่านมือเด็ก การทำความสะอาดอุปกรณ์ของใช้ ของเล่นเด็ก ด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อโรค การสวมถุงมือทุกครั้งที่จับต้องผ้าเปียก และนำไปล้างทำความสะอาดใส่ถุงปิดมิดชิด ลดการสัมผัสพาหะนำโรคนั้น

มีปฏิบัติบางครั้ง นานๆครั้ง หรือไม่ปฏิบัติเลย สอดคล้องกับการศึกษาของศรีพรหม⁷และศรีสองศรี⁶ พบว่าการติดต่อของโรคมือเท้าและปากเกิดจากการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วย หรือใช้อุปกรณ์เครื่องใช้ส่วนตัวร่วมกัน เช่น แก้วน้ำ ผ้าเช็ดหน้า หมอน อุปกรณ์ของเล่นอื่นๆร่วมกับผู้ป่วย จึงทำให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อโรคจากคนหนึ่งไปสู่อีกหลายคนได้ รายงานการสอบสวนการระบาดของโรคมือเท้าและปาก จังหวัดลำปาง ของพิมพ์ผกา นิสาวพัฒนานันท์ และคณะ พบว่าปัจจัยโน้มนำที่ทำให้เกิดการระบาดของโรคมือเท้าและปาก มาจากความแออัดของการอยู่อาศัยเกี่ยวกับสุขอนามัยของสถานที่ ได้แก่ อนามัยสิ่งแวดล้อมไม่ดี ระบบการถ่ายเทอากาศไม่ดี ผลการยกระดับมาตรฐานศูนย์เด็กเล็กนอกระบบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง พบว่าเกณฑ์ชี้วัดที่ไม่ผ่านมาตรฐานคือ ด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การดูแลทำความสะอาดอุปกรณ์ ของเล่น ห้องครัว ห้องน้ำห้องส้วม การจัดระเบียบห้องเรียน ห้องเล่นไม่ให้ปะปนกัน การจัดให้มีที่ล้างมือแปรงฟันให้เป็นสัดส่วนและการศึกษาของอำพัน ไชยงำเมือง¹⁰ พบว่า การปฏิบัติของผู้ดูแลเด็กด้านการดูแลสิ่งแวดล้อมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก มีการปฏิบัติบางส่วน ไม่ถูกต้อง ตามแนวทางการป้องกันโรคมือเท้าและปากเช่นเดียวกัน ซึ่งจากการสังเกตของผู้ศึกษาพบว่าเครื่องมือที่ใช้ในการทำทำความสะอาดมีไม่ครบถ้วน โดยเฉพาะผลิตภัณฑ์ที่ใช้ทำความสะอาดและน้ำยาฆ่าเชื้อโรคส่วนใหญ่ไม่มีประจำ ดังนั้น การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ ผู้ปกครอง หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตลอดจนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อลดหรือสกัดกั้นการแพร่กระจายของเชื้อโรคที่อาจเกิดในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้

สรุปผล

ผลการศึกษาพบว่า การปฏิบัติของผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรคมือเท้าและปากโดยรวม อยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าการปฏิบัติด้านอนามัยบุคคล ด้านการดูแลเด็ก และด้านการดูแลสิ่งแวดล้อมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อยู่ในระดับสูงเช่นกัน แต่ยังมีผู้ดูแลเด็กบางส่วนที่ละเลย ปฏิบัติไม่ถูกต้อง ไม่สม่ำเสมอ จึงอาจเป็นสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงของการแพร่กระจายโรคมือเท้าและปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดลำปางได้ จึงจะเป็นแนวทางในการนำไปพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลเด็กและส่งเสริมทักษะการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันโรคมือเท้าและปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้มีประสิทธิภาพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ บุญเชียง รองศาสตราจารย์อำไพ ชนะกอก ที่ให้คำปรึกษาแนะนำ ข้อคิดเห็น กราบขอบพระคุณท่านนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำปาง นายแพทย์สมชาย โรจนรัตนางกูร นายกเทศมนตรีเทศบาล นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ทุกแห่ง ขอบขอบคุณอำพัน ไชยงำเมือง ที่อนุญาตเครื่องมือเก็บข้อมูลพัฒนางานร่วมกัน ขอบคุณเทศบาลเมือง เทศบาลตำบลพิชัย จังหวัดลำปาง ที่ให้ทดสอบเครื่องมือ ขอบคุณหัวหน้ากองการศึกษาขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทีมงานพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดลำปางทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวกและสิ่งสำคัญคือ ความร่วมมือจากผู้ดูแลเด็กทุกท่าน ที่ตอบแบบสอบถามให้ข้อมูลจนประสบความสำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการปฏิบัติงานโรคมือเท้าปากและโรคติดเชื้อเอนเทอโรไวรัส 71 สำหรับบุคลากรการแพทย์และสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด. 2550.
2. กลุ่มสนับสนุนวิชาการ งานควบคุมโรคติดต่อและระบาดวิทยา. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ประจำปี 2551. ลำพูน: สำนักสาธารณสุขจังหวัดลำพูน. 2551
3. ชรินทร์ เวชชาภินันท์. ระบาดวิทยาและลักษณะอาการทางคลินิกของโรคมือเท้าและปากที่เกิดจากการติดเชื้อเอนเทอโรไวรัส 71 ในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. วิทยานิพนธ์สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. 2545.
4. พิมพ์ผกา นิสาวัดนานันท์ และคณะ. รายงานการสอบสวนทางระบาดวิทยาของโรคมือเท้าและปาก จังหวัดลำปาง. ลำปาง: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง. 2550
5. ศรีพรหม กาสกุล. การสอบสวนการระบาดและควบคุมป้องกันโรคมือเท้าและปาก บ้านแม่สะปาด หมู่ที่ 2 ตำบลทาสบเส้า อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน ระหว่างวันที่ 30 พฤษภาคม- 21 มิถุนายน 2544. รายงานวิจัย. ลำพูน: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน. 2544
6. ศรีสองค์ บุญพระ และณิชาภา ตรีชัยศรี. รายงานการสอบสวนการระบาดของโรคมือเท้าและปากสถานรับเลี้ยงเด็กก่อนวัยเรียนแห่งหนึ่งในอำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี ระหว่างวันที่ 15- 17 ธันวาคม พ.ศ. 2546. รายงานวิจัย. สระบุรี: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี. 2546
7. สุชาดา คำหงษา. การติดเชื้อและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อในเด็กที่ศูนย์พัฒนาเด็กดอนแก้ว จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2540
8. สำนักระบาดวิทยา. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์และรายงานการสอบสวนทางระบาดวิทยาของโรคมือเท้าและปาก. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. 2550.
9. สำนักระบาดวิทยา. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์และรายงานการสอบสวนทางระบาดวิทยาของโรคมือเท้าและปาก. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. 2551
10. อัมพันธ์ ไชยงำเมือง. การปฏิบัติในการป้องกันโรคมือเท้าและปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย. การค้นคว้าแบบอิสระ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2552.
11. Peter C. McMinn. An overview of the evolution of enterovirus 71 and its clinical and public health significance. FEMS Microbiology Reviews 2002; 26: 91-107.
12. Singapore Government Media Release(4 & 5 October 2000).
13. World Health Organization.(1997). Outbreak of hand, foot and mouth disease in sarawak. Cluster of deaths among infants and young children. Wkly. Epidemiol Rec. 72, 211-2.
14. World Health Organization Fact Sheet No 174, June 1998.

การป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในโรงพยาบาลเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย

(Prevention with Positive Project at Waieng Pa Pao Hospital Chiang Rai Province)

อุบลศรี หาญเจริญกิจ พ.ย.ม.*

Ubolsri Hancharorrnkrit M.N.S.

วิไลพร จินดาวงศ์ ป.พยาบาลศาสตร์*

Vilaiporn Jindawong Dip. In nursing

ราตรี ชัยวรรณะ ป.พยาบาลศาสตร์*

Ratree Chaiwanna Dip. In nursing

*โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย

Wiang Pa Pao Hospital Chiang Rai Province

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ในการดำเนินโครงการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในโรงพยาบาลเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงระบบการจัดบริการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผลลัพธ์ของการใช้กลยุทธ์ในการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มารับบริการในโรงพยาบาลเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบรายงานสรุปรายงานผลการดำเนินโครงการ และแบบบันทึกข้อมูลผู้มารับบริการ และแบบติดตามผลในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 90 ราย ผลการศึกษาพบว่า 1) ระบบการจัดบริการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ของโรงพยาบาลเวียงป่าเป้า ใช้รูปแบบการให้บริการ ณ จุดเดียว (One stop service) ทำให้มีการจัดการไหลเวียนของบริการและการบันทึกติดตามผู้รับบริการชัดเจน 2) ผลลัพธ์ของการใช้กลยุทธ์ในการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 90 ได้รับ 6 กลยุทธ์ครบถ้วน โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 95 ได้รับจากพยาบาล ภายหลังจากการเข้าร่วมโครงการพบว่าอัตราการใช้ถุงยางอนามัยของกลุ่มตัวอย่างลดลง จากร้อยละ 10.2 เหลือร้อยละ 3.9 อัตราการใช้ถุงยางอนามัยสม่ำเสมอ ร้อยละ 98.0 ในด้านการเปิดเผยสถานการติดเชื้อให้กับคู่นอน พบว่าร้อยละ 98.0 มีการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อให้กับคู่นอนได้ รับทราบ ด้านการรักษาด้วยยาต้านไวรัส กลุ่มตัวอย่าง มีอัตราการกินยาต่อเนื่องสม่ำเสมอถึงร้อยละ 98.6 ด้านการให้คำปรึกษาเรื่องวางแผนครอบครัว ในการมารับบริการครั้งแรกกลุ่มตัวอย่างไม่มีการวางแผนตั้งครรถ์ถึงร้อยละ 98.8 และพบ 3 คน ที่ตั้งครรถ์โดยไม่วางแผน โดยส่วนใหญ่ใช้วิธีการคุมกำเนิดโดยการใช้ถุงยางอนามัย ผู้วิจัยเห็นว่ารูปแบบของการจัดระบบการจัดบริการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ของโรงพยาบาลเวียงป่าเป้า สามารถนำไปขยายผลได้ โดยควรมีการทบทวนงาน ประชุม และติดตามผลการดำเนินงานเป็นระยะๆ เพื่อเน้นความสำคัญและมั่นใจว่าทีมงานมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง มีการทบทวนชี้แจงงานให้กับเจ้าหน้าที่ที่เข้าร่วมงานใหม่เสมอการออกแบบระบบบริการที่ดีจะทำให้มีการใช้กลยุทธ์ 6 ด้าน ส่งผลทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและคู่ผลเลือดต่างตระหนักถึงความสำคัญในการป้องกันตนเอง นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีและปลอดภัยมากขึ้น ทั้งนี้หน่วยงานต้องมีความพร้อมในด้านทีมงาน การจัดระบบที่ชัดเจน และสามารถบูรณาการให้เข้ากับงานประจำ

คำสำคัญ: การป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

Abstract

This project aims to study the prevention with positives (PwP) services implemented in ARV clinics of Wiang Pa Pao hospital and the outcome of the 6 PwP strategies on HIV positive patients. Data was collected using the designed risk screening and monitoring forms. Data analysis was performed by A Computer Access Program developed under the PwP project of Bureau of AIDS, TB and STIs, Department of Disease Control and Thailand MOPH-U.S. CDC Collaboration.

It was found that, the PwP services were implemented as one-stop service, with clear service flow and monitoring process. Of the HIV+ patients receiving the services, 60% were male, 40% were female, mean age was 37 years, mean HIV infection duration was 47 years and all were on ARV. Of these patients, 90 % received PwP intervention covering all 6 PwP strategies, 95% receiving it from nurses. Of those that received intervention, 10.2 % have unprotected sex at baseline and the number decreased to 3.9 post intervention. Ninety eight percent (N= 51) received STI screening, 1 was VDRL positive and complete the treatment course. Ninety eight percent (N=50) disclose HIV status to partners. Of the partners who had HIV test (N= 51), 60 % were HIV positive and 40% were HIV negative. Of patients on ARV, 99.4 % had adherence \geq 95%. Of all the patients receiving PwP service, 98.8 were not on any family planning method and 3 patients had unplanned pregnancy.

These results, hence, indicate that the system must be clearly and patient care team have to Intergrade the job as the routine.

Keywords : Prevention with Positives (PwP) , HIV

บทนำ

โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า มีการจัดบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ มาอย่างต่อเนื่อง โดยให้บริการทั้งด้านฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ การดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส การป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และให้การปรึกษาด้านสุขภาพ โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า มีการรับจำนวนผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อรายใหม่ เฉลี่ยปีละ 50-70 ราย มีอัตราการตายเฉลี่ยร้อยละ 3-5 ต่อปี ทำให้มีจำนวนผู้ที่มาเข้ารับการรักษาต่อเนื่องสะสมเพิ่มขึ้นทุกปี จากปีพ.ศ. 2549 จำนวน 363 คน เพิ่มขึ้นเป็น 525 คน ในปีพ.ศ. 2552 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่ ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงในการ

ถ่ายทอด และรับเชื้อเอชไอวีมากขึ้น¹ ไม่มีรูปแบบการให้บริการด้านการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ชัดเจน เนื่องจากรูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อจะเน้นหนักไปด้านการรักษาด้วยยาต้านไวรัส การป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และการรักษาภาวะแทรกซ้อนเป็นหลัก ในด้านการป้องกันการรับเชื้อเอชไอวี มักเน้นด้านการป้องกันแบบปฐมภูมิ คือ ป้องกันกลุ่มเสี่ยงที่ยังไม่ติดเชื้อ ไม่ให้ติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้น แม้ในปัจจุบันจะมีการดำเนินการป้องกันแบบทุติยภูมิหรือการป้องกันที่ทำร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีในเขตภาคเหนือ แต่ส่วนมากมักทำในคลินิกให้คำปรึกษา แต่สถานพยาบาลส่วนใหญ่ยังไม่

มีรูปแบบการให้บริการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างเป็นระบบที่ชัดเจน² โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า จึงได้ร่วมกับสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข ทำโครงการป้องกันเพื่อส่งเสริมส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี^{2,3} และได้ดำเนินการศึกษาถึงผลการพัฒนาระบบการจัดบริการการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งหวังผลในด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกันของกลุ่มผู้ติดเชื้อ โดยการจัดรูปแบบการจัดบริการ การใช้กลยุทธ์ 6 ด้าน และการนำสื่อต่างๆ มาใช้เพื่อช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในโรงพยาบาลเวียงป่าเป้า เพื่อใช้เป็นต้นแบบในการขยายงานในพื้นที่อื่นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา เพื่อศึกษาถึงผลการพัฒนาระบบการจัดบริการ และผลลัพธ์ของการใช้กลยุทธ์ในการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในสถานบริการสุขภาพ โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ใช้รูปของการวิจัยปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อดำเนินโครงการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในโรงพยาบาลเวียงป่าเป้า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 90 ราย จากผู้ติดเชื้อเอชไอวีของโรงพยาบาลเวียงป่าเป้า ทั้งหมด 497 ราย โดยคัดเลือกจากผู้มีคุณสมบัติ คือ มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป มีความยินดีเข้าร่วมโครงการ และให้ติดตามได้ต่อเนื่องครบ 2 ปี ดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2550 ถึง 30 กันยายน 2552 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือ แบบคัดกรอง แบบบันทึกข้อมูลผู้มารับ

บริการ และแบบติดตามผลการให้บริการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพใน 6 กลยุทธ์ และนำข้อมูลมาลงในโปรแกรมสำเร็จรูปที่พัฒนาโดยสำนักเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กับศูนย์ความร่วมมือไทยสหรัฐ ที่พัฒนาขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 90 ราย เป็นเพศชาย 54 ราย เพศหญิง 36 ราย สามารถติดตามได้ครบ 1 ปี จำนวน 84 ราย ออกจากโครงการ 6 คน เนื่องจากย้ายถิ่นภูมิลำเนาไปทำงานต่างจังหวัด อายุระหว่าง 23-54 ปี ค่าเฉลี่ยอายุ 37 ปี พบระยะเวลาที่ติดเชื้อ 5 เดือน ถึง 15 ปี ค่าเฉลี่ยคือ 4 ปี

ส่วนที่ 2 ผลการพัฒนาระบบการจัดบริการการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในสถานบริการสุขภาพ โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย

ได้ความร่วมมือกับสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และศูนย์ความร่วมมือไทยสหรัฐ ได้มีการดำเนินงานดังนี้ โดยนำเสนอโครงการและจัดประชุมคณะกรรมการเอดส์ อบรมคณะทำงาน จัดระบบบริการ การไหลเวียนงานจัดรูปแบบโดยตาม 6 กลยุทธ์ ซึ่งจะมีรูปแบบข้อความสั้น ๆ ในการพูดคุยกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที ในการให้ข้อมูล และเมื่อพบประเด็นปัญหาที่จำเป็นต้องส่งต่อ จะมีการส่งต่อให้แก่งานให้คำปรึกษา เพื่อรับการให้คำปรึกษาเฉพาะด้านต่อไป และเก็บข้อมูลลงในโปรแกรมสำเร็จรูป

ส่วนที่ 3 ผลลัพธ์ของการใช้กลยุทธ์ในการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในด้านต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่างหลังการศึกษาตาม 6 กลยุทธ์หลัก มีดังนี้

1. การลดความเสี่ยงด้านพฤติกรรมและการมีเพศสัมพันธ์ พบว่าจากกลุ่มตัวอย่าง 90 ราย พบว่ายังมีเพศสัมพันธ์อยู่ 51 ราย (ร้อยละ 56.7) พบว่ามีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยร้อยละ 10.2 และติดตามในเดือนที่ 10-12 พบว่าไม่ใช้ถุงยางอนามัยลดลงเหลือ ร้อยละ 3.9 มีการใช้ถุงยางอนามัยสม่ำเสมอกับคู่นอนประจำ ร้อยละ ตารางที่ 1 แสดงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ ของกลุ่มตัวอย่างและการติดตามผล ในเดือนที่ 3,6,9,12

93.6-98 กับคู่นอนชั่วคราวใช้ร้อยละ 100 พบพฤติกรรมเสี่ยงด้านการดื่มสุราลดลงจากเดือนที่ 1-3 พบ 20 ราย และเดือนที่ 10-12 พบ 10 ราย พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ พบว่ามีการใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้นสอดคล้องกับการได้รับ Short Massage และการได้รับคำปรึกษาเพื่อปรับลดพฤติกรรมเสี่ยง (ตารางที่1)

พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา	เดือนที่ 1-3 (ร้อยละ)	เดือนที่ 4-6 (ร้อยละ)	เดือนที่ 7-9 (ร้อยละ)	เดือนที่ 10-12 (ร้อยละ)
มีเพศสัมพันธ์ (จำนวน)	49	51	51	51
- ไม่ใช้ถุงยางอนามัย	5 (10.2)	3 (5.9)	3 (5.9)	2 (3.9)
มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประจำ (จำนวน)	46	47	51	48
- ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประจำ	45 (97.8)	44 (93.6)	50 (98.0)	45 (93.8)
มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนชั่วคราว (จำนวน)	0	3	1	3
- ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนชั่วคราว	0 (0.0)	3 (100)	1 (100)	3 (100)
พฤติกรรมความเสี่ยงอื่น ๆ				
- ดื่มสุรา (ราย)	20	13	9	10

2. การคัดกรองและดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและคู่นอน กลุ่มตัวอย่างได้รับการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 51 ราย พบเป็นซิฟิลิส 1 ราย ได้รับการรักษาครบถ้วน

กลุ่มตัวอย่าง 50 ราย มีคู่นอนประจำและเปิดเผยผลเลือดกับคู่นอน ร้อยละ 98 พบว่าคู่นอนได้รับการตรวจเลือดเอชไอวีพบผลเลือดเป็นบวกร้อยละ 57 ผลเลือดเป็นลบ ร้อยละ 40 และคู่นอนประจำยังไม่ตรวจเลือดและไม่ทราบผล ร้อยละ 14 ในจำนวนที่ได้รับการปรึกษาและพาผู้มาตรวจ 12 ราย ผลเลือดเป็นลบ 11 ราย (ตารางที่2)

3. การส่งเสริมการเปิดเผยสถานการณ์ติดเชื้อเอชไอวีให้กับคู่นอน และการส่งเสริมการตรวจเลือดคู่นอน

ตารางที่ 2 การตรวจเลือดคู่เพศสัมพันธ์ และการเปิดเผยสถานการเชื้อเอชไอวีการติดตามผลในเดือนที่ 3,6,9,12

การส่งเสริมการเปิดเผยสถานการ ติดเชื้อเอชไอวีให้กับคู่ นอน	เดือนที่ 1-3 (ร้อยละ)	เดือนที่ 4-6 (ร้อยละ)	เดือนที่ 7-9 (ร้อยละ)	เดือนที่ 10-12(ร้อยละ)
มีคู่่นอนประจำ (ราย)	50	50	51	49
เปิดเผยสถานะภาพติดเชื้อเอชไอวีกับคู่ นอนประจำ	49 (98.0)	50 (100)	49 (91.1)	48 (98.0)
คู่นอนประจำตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีแล้ว	42 (84.0)	40 (80.0)	43 (84.3)	42 (85.7)
* ผลเลือดเอชไอวี บวก	27 (64.3)	27 (67.5)	28 (65.1)	24 (57.1)
* ผลเลือดเอชไอวี ลบ	15(35.7)	13(32.1)	15(34.9)	17(40.5)
คู่นอนประจำ ยังไม่ตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี	3 (37.5)	10 (20.0)	8 (15.7)	7 (14.3)
* คิดว่าคู่นอนประจำตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี แล้ว	3 (37.5)	5 (50.0)	5 (62.5)	6 (85.7)
มีคู่นอนชั่วคราว (ราย)	1	3	0	3
เปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีกับคู่ นอนชั่วคราวและตรวจ HIV แล้ว	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (33.3)
คู่นอนได้รับการตรวจหาเชื้อเอชไอวีในโครงการ	0	3	3	6
* ผลเลือดเอชไอวี ลบ	0	3 (100)	3 (100)	5 (83.3)

4. การให้ยาและการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่างมีการรับประทานยาต้านไวรัสต่อเนื่องสม่ำเสมอ ร้อยละ 98.6 (ตารางที่3)

ตารางที่ 3 การรักษาด้วยยาต้านไวรัส การกินยาต่อเนื่องในการติดตามผลในเดือนที่ 3,6,9,12

การรับประทานยาต้านไวรัส	เดือนที่ 1-3 (ร้อยละ)	เดือนที่ 4-6 (ร้อยละ)	เดือนที่ 7-9 (ร้อยละ)	เดือนที่ 10-12 (ร้อยละ)
รับประทานยาต้านไวรัส	90	87	85	84
- รับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอ (>= 95%)	89 (98.9)	86 (98.9)	85 (100)	84 (100)

5. การวางแผนการมีบุตรและการป้องกันการติดเชื้อ หรือมีบุตรร้อยละ 98.8 มีการคุมกำเนิด โดยใช้ถุงยาง
จากแม่สู่ลูก พบการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ 3 ราย และ 5
รายที่วางแผนการตั้งครรภ์มีบุตรทั้งหมดได้รับคำปรึกษา
และปรับเปลี่ยนสูตรยา กลุ่มตัวอย่างที่ไม่วางแผนตั้งครรภ์
(ตารางที่4)

ตารางที่ 4 การวางแผนครอบครัว การมีบุตรและการป้องกันในการติดตามผลในเดือนที่ 3,6,9,12

การวางแผนครอบครัว การมีบุตร และการป้องกัน	เดือนที่ 1-3 (ร้อยละ)	เดือนที่ 4-6 (ร้อยละ)	เดือนที่ 7-9 (ร้อยละ)	เดือนที่ 10-12 (ร้อยละ)
ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในโครงการ	90	87	85	84
ตั้งครรภ์ หรือมีคู่ตั้งครรภ์ในปัจจุบัน	0 (0.0)	1 (1.2)	2 (2.4)	0 (0.0)
ไม่ตั้งครรภ์หรือไม่มีคู่ตั้งครรภ์ในปัจจุบัน	89 (98.9)	86 (98.9)	83 (97.6)	84 (100)
วางแผนตั้งครรภ์หรือมีคู่ตั้งครรภ์ในอนาคต	5 (5.6)	4 (4.7)	1 (1.2)	1 (1.2)
ไม่วางแผนตั้งครรภ์ หรือมีคู่ตั้งครรภ์ในอนาคต	84 (94.4)	82 (95.3)	82 (98.8)	83 (98.8)
คุมกำเนิดในกลุ่มไม่วางแผนตั้งครรภ์หรือมีคู่ ตั้งครรภ์ในอนาคต	44 (52.4)	44 (53.7)	47 (57.3)	48 (55.4)
การคุมกำเนิดในกลุ่มมีเพศสัมพันธ์				
คุมกำเนิดโดยวิธีใดวิธีหนึ่ง	47 (95.9)	45 (88.2)	50 (98.0)	46 (90.2)
สวมถุงยางอนามัยร่วมกับวิธีคุมกำเนิดอื่นๆ	22 (44.9)	23 (45.1)	28 (54.9)	27 (52.9)

อภิปรายผล

ผลการพัฒนาการจัดระบบบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี ของโรงพยาบาลเวียงป่าเป้า มีขั้นตอนการดำเนินงานตั้งแต่การประชุมนำเสนอโครงการให้ผู้บริหารและคณะกรรมการเอดส์ของโรงพยาบาลได้รับทราบและเห็นชอบต่อการดำเนินงาน มีการจัดการฝึกอบรมให้ความรู้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ การจัดเตรียมสถานที่ โดยการปรับปรุงคลินิกฯ ด้านไวรัสของโรงพยาบาลให้เป็นจุดบริการ ณ จุดเดียว การจัดระบบการไหลเวียนของผู้มารับบริการและระบบข้อมูล การจัดระบบการส่งต่อทั้งภายในโรงพยาบาลและหน่วยงานอื่น ผลของการพัฒนาระบบนี้ทำให้สามารถบูรณาการกิจกรรมของโครงการเข้ากับระบบงานประจำได้ โดยทำงานในรูปแบบสหสาขาวิชาชีพ เน้นให้บริการ ณ จุดเดียว (One Stop service) จัดระบบงานที่สั้นไหล พร้อมกับมีรูปแบบชัดเจน จากการศึกษาของศักดิ์ชัย ไชยมหาพฤกษ์, ศันสนีย์ สมิตะเกษตริน และ

คณะ^{4,5} ระบุว่าเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการในคลินิกเอดส์ของโรงพยาบาลเห็นว่าปัญหาอุปสรรคต่อการให้บริการการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีคือ การขาดการส่งเสริมด้านนโยบาย ขาดกำลังคนในการปฏิบัติงาน ไม่ได้รับการสนับสนุนจากผู้ร่วมงานหรือทีมงาน ขั้นตอนการปฏิบัติงานที่เปลี่ยนแปลงทำให้บุคลากรไม่เข้าใจ กังขาสงสัยในด้านการประสานงานซึ่งเปลี่ยนไปจากแนวปฏิบัติเดิม ซึ่งรูปแบบของการพัฒนาระบบบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี ของโรงพยาบาลเวียงป่าเป้า จะสามารถแก้ปัญหาเหล่านี้ได้

ผลลัพธ์ของการใช้กลยุทธ์ในการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในด้านต่างๆ ของกลุ่มผู้ติดเชื้อ ได้แก่ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ลดลง มีการใช้ถุงยางอนามัยสม่ำเสมอกับคู่นอนประจำร้อยละ 98 การดื่มสุราลดลง มีการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่าเป็นซิฟิลิส 1 ราย ได้รับการรักษาครบ การส่งเสริมการเปิดเผย

สถานะการติดเชื้อเอชไอวีให้กับกลุ่มคนพบว่า มีการเปิดเผยผลเลือดให้กับกลุ่มคนประจำถึงร้อยละ 98 กลุ่มคนประจำมีผลเอชไอวีบวก ร้อยละ 60 และผลเป็นลบร้อยละ 40 สอดคล้องกับการศึกษาของศักดิ์ชัย ไชยมหาพฤกษ์ และสุพัตรา ชื่นวิทยา⁶ ที่พบว่าร้อยละ 80 ของผู้ติดเชื้อเปิดเผยผลเลือดต่อกลุ่มคน และเกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มคนคนหนึ่งมีผลเลือดเป็นบวก ด้านการให้คำปรึกษาในกลุ่มกลุ่มคนที่ ยังไม่ได้ตรวจเลือดได้รับคำปรึกษาและพาผู้มาตรวจ 12 ราย ผลเลือดเป็นลบ 11 ราย การรับประทานยาต้านไวรัสมีความสม่ำเสมอร้อยละ 98.6 การวางแผนครอบครัว พบตั้งครรรภ์โดยไม่ได้วางแผน 3 ราย กลุ่มตัวอย่างมีการคุมกำเนิดอย่างน้อย 1 วิธีร้อยละ 90 นอกเหนือจากการให้ Short massage ยังได้จัดบริการอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น การแจกแผ่นพับของ 6 กลยุทธ์ การคู่มือการรับประทานยาต้านไวรัส การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม การแจกถุงยางอนามัยให้เพียงพอ การจัดระบบบริการที่เป็นมิตร ซึ่งจะช่วยให้การดำเนินงาน ลื่นไหล การจัดระบบการเก็บข้อมูลเพื่อช่วยนำมาใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์งานต่อไป

ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากการสะสมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในคลินิกเพิ่มขึ้นทุกปี เจ้าหน้าที่ควรตระหนักถึงพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆของผู้ติดเชื้อที่กลับมา มีสุขภาพดีดั้งเดิม จึงควรทำให้ผู้ติดเชื้อและคู่ผลเลือดต่างได้ตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันและนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีและปลอดภัยมากขึ้น โดยการการให้ข้อมูลป้องกันแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง ทีมงานควรมีความพร้อม มีการจัดระบบที่ดีสามารถบูรณาการเข้ากับงานประจำได้

การนำไปใช้ประโยชน์

เกิดการปรับกระบวนการทำงานและขั้นตอนให้มีความชัดเจน มีแนวทางการให้คำปรึกษาการให้ข้อมูล มีรูปแบบการป้องกันระดับตติยภูมิได้ชัดเจน แนวทางการดำเนินงานของโครงการ สอดคล้องกับเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพงานบริการด้านสาธารณสุข สามารถนำผลที่ได้จากการบริการป้องกัน ไปใช้เป็นตัวชี้วัดให้เป็นประสิทธิผลของการทำงานที่ดีให้ได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลเวียงป่าเป้า ที่ให้โอกาสในการศึกษาวิจัย ขอขอบคุณบุคลากรทุกฝ่ายในโรงพยาบาลเวียงป่าเป้า และผู้ติดเชื้อทุกคน ที่ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์และให้ความร่วมมือในการศึกษารั้งนี้และขอขอบคุณแพทย์หญิงรังสิมา โล่เลขา ศูนย์ความร่วมมือไทยสหรัฐ(TUC) ที่ให้คำแนะนำในการเขียนรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. อัจฉรา เชาวะวณิช, รังสิมา โลห์เลขา, ปรีชา ต้นธนาธิปไตย และคณะ. พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีในสถาบันบำราศนราดูร.วารสารกรมควบคุมโรค 2550.
2. สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการจัดบริการการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีในสถานบริการสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด. 2551

- 3.CDC. Incorporating HIV prevention into the medical care of persons living with HIV. Recommendations of CDC, the Health Resources and Services Administration, the National Institutes of Health, and the HIV Medicine Association of the Infectious
- 4.สันสนีย์ สมิตตะเกษตรริน และคณะ. การศึกษาการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ยาต้านไวรัส ภายหลังเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ 4 เดือน. วารสารโรค เอดส์ 2552; 22(1), 31-47.
- 5.ศักดิ์ชัย ไชยมหาพฤกษ์. (2553). การป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวี: มุมมองของผู้ให้บริการ ทางด้านสุขภาพ.(อ้างอิง 20 ธ.ค.2553)(Online Available for <http://dpea.ddc.moph.go.th/crd/technical.html>.)
- 6.ศักดิ์ชัย ไชยมหาพฤกษ์และสุจิตรา ชื่นวิทยา. (2553). พฤติกรรมการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและการ เปิดเผยผลเลือดในผู้ติดเชื้อเอชไอวี.(อ้างอิง 20 ธ.ค. 2553)(Online Available for <http://dpea.ddc.moph.go.th/crd/technical.html>.)

ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนในผู้สูงอายุ เขตเทศบาลนครเชียงใหม่

Overweight Status of Old Ages in Chiang Mai Municipal Area

นิพนธ์ เสริมพาณิชย์ พ.บ.

ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Nipon Sermpanich M.D.

Department of Family Medicine

Faculty of Medicine, Chiang Mai University

บทคัดย่อ

บทความแสดงถึง ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนในคนไทยและผู้สูงอายุ แสดงการแบ่งภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนที่พบมากขึ้น ความสัมพันธ์ของโรคอ้วนกับภาวะรับประทานอาหาร ภาวะน้ำหนักเกินในผู้สูงอายุ จำนวน 254 คน ในชุมชนเทศบาลนครเชียงใหม่ เพศชาย จำนวน 72 คน เพศหญิง จำนวน 182 คน พบว่ามีดัชนีมวลกายมากกว่า 23 กิโลกรัม/ตารางเมตร จำนวน 154 คน คิดเป็นร้อยละ 60 ช่วงอายุที่พบมาก คือ 65-70 ปี รองลงมาคือ 71-75 ปี บทความแสดงภาวะแทรกซ้อนของโรคน้ำหนักเกิน และอ้วน ทำให้เกิดโรคเรื้อรัง เพื่อเสนอความเห็นแก่ชุมชนผู้สูงอายุ ได้เห็นถึงโทษของการมีภาวะน้ำหนักตัวเกิน

คำสำคัญ: ภาวะโรคอ้วน , ผู้สูงอายุ

Abstract

Overweight and Obesity criterion and related to chronic disease are overview by using data from old age in Chiang Mai Municipal area. 254 persons, 72 males and 182 females. Sixty percent are overweight with Body Mass Index are over 23 Kg/m² between 65-70 years 71-75 years of age. The complication and disease in overweight in community are discussed.

Keywords: Obesity, Old age

บทนำ

โรคอ้วน คือภาวะที่มีไขมันสะสมในร่างกายเกินกว่าเกณฑ์ปกติ จนเกิดโรค จึงเรียภาวะอ้วนว่าเป็นโรคอ้วน¹ ไขมันอาจอยู่ใต้ผิวหนัง หรือในอวัยวะภายในร่างกายได้ จากการสำรวจภาวะอ้วนลงพุงในคนไทย โดยใช้เกณฑ์ของ National Cholesterol Education Program(NCEP) III²

พบความชุกของภาวะอ้วนลงพุงร้อยละ 15 ถึงร้อยละ 20³ ในประเทศกำลังพัฒนา ความชุกของภาวะอ้วนในปี ค.ศ. 2005 พบถึงร้อยละ 20 ของประชากร ซึ่งอ้วนมากขึ้นกว่าในอดีตถึง 2-5 เท่า มากกว่าประเทศตะวันตก⁴ ดัชนีมวลกายที่เหมาะสมสำหรับคนเอเชีย คือ 18.5 ถึง 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ถ้าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 23 กิโลกรัมต่อตาราง

เมตร ขึ้นไป ถือว่าเริ่มมีน้ำหนักเกิน ภายในระยะ 5 ปี พบ ความชุกของโรคอ้วนถึงร้อยละ 40 ในประเทศไทยทั้งสอง เพศ และพบว่า การเจ็บป่วยเสียชีวิตของคนไทยจาก โรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยผู้ที่อ้วนลงพุงจะมีความเสี่ยงเป็นโรคหัวใจเพิ่มขึ้น 2 เท่า และเบาหวานเพิ่มเป็น 5 เท่า โรคอ้วนลงพุงพบใน ผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย และพบได้มากในผู้สูงอายุ องค์การ

อนามัยโลก ถือว่าน้ำหนักเกิน(Overweight) หรือ ดัชนีมวลกายเกิน 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร จากการสำรวจ ผู้สูงอายุในเขตชุมชนเทศบาลนครเชียงใหม่ จำนวน 254 คน พบผู้ที่มีดัชนีมวลกายเกิน 23 กิโลกรัมต่อตาราง เมตร จำนวน 154 คน คิดเป็นร้อยละ 60 โดยผู้ชายมี น้ำหนักเกินกว่าผู้หญิง (ตารางที่ 1, 2)

ตารางที่ 1 แสดงดัชนีมวลกาย เกิน 23 กิโลกรัม/ตารางเมตร แยกตามชุมชน

เพศ	ชุมชน		รวม
	ช่างม่อ	วัดเกต	
ชาย	7/16(43.7%)	21/31(67.7%)	47/72(65.2%)
หญิง	24/43(55.8%)	44/75(58.6%)	107/182(58.7%)
รวม	31/59(52.5%)	65/106(61.3%)	154/254(60.6%)

ตารางที่ 2 แสดงอายุและเพศที่ดัชนีมวลกาย เกิน 23 กิโลกรัม/ตารางเมตร

เพศ	อายุ						รวม
	60-65	66-74	71-75	76-80	81-85	86-90	
ชาย	21	14	7	2	2	1	47/72 (65.1%)
หญิง	36	18	39	12	2	-	107/182 (58.7%)
รวม	57	32	46	14	4	1	154/254 (60.6%)

ตารางที่ 3 การแบ่งระดับโรคอ้วน โดยดัชนีมวลร่างกาย

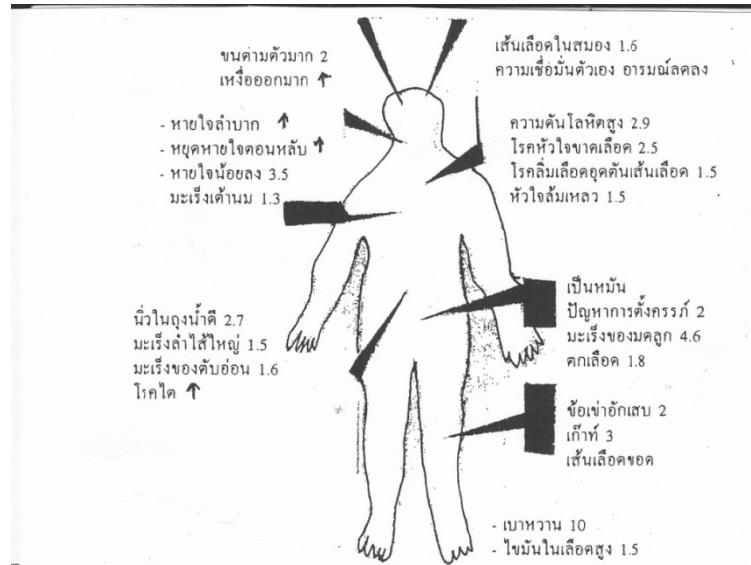
โรคอ้วน	ดัชนีมวลร่างกาย (กิโลกรัม/ตารางเมตร)	โรคอ้วน	ดัชนีมวลร่างกาย (กิโลกรัม/ตารางเมตร)
ระดับ 3	< 16.0	ระดับ 1a	25.0 – 29.99
ระดับ 2	16.0 – 16.99	ระดับ 1b	30.0 – 34.99
ระดับ 1b	17.0 – 18.49	ระดับ 2	35.0 – 39.99
ระดับ 1a	18.5 – 19.99	ระดับ 3	≥ 40

ดัชนีมวลร่างกายปกติ 20.0 – 24.99 กิโลกรัม/ตารางเมตร

ถ้าดัชนีมวลกายมากกว่า 25 ถึง 29.9 เรียกว่าอ้วนระดับ 1 ถ้าดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 30 ถึง 39.9 เรียกว่าอ้วนระดับ 2 ถ้าเกิน 40 เรียกว่าอ้วนระดับ 3 ถือว่าอ้วนมาก คนที่มีดัชนีมวลกายน้อยกว่า 20 กิโลกรัมต่อตารางเมตร เรียกว่าผอม มักจะทนต่อความหนาวเย็นไม่ได้นัก (ตารางที่ 3)

บางคนใช้ส่วนสูง ลบด้วย 105 ในเพศชาย และลบด้วย 110 ในเพศหญิง โดยให้มีความยืดหยุ่นได้ ± 10 คือ เพศชาย สูง 170 เซนติเมตร ลบด้วย 105 ค่าปกติอยู่ระหว่าง 65 ± 10 คือ 55-75 กิโลกรัม ถ้าเพศหญิง สูง 150 เซนติเมตร น้ำหนักที่ควรจะเป็น คือ $150-110 = 40$ และอยู่ระหว่าง 40 ± 10 คือ 30-50 กิโลกรัม เป็นวิธีคิดอย่างง่าย ๆ ส่วนการ วัดไขมันใต้ผิวหนัง (Skinfold thickness) บริเวณใต้ต้นแขน หรือด้านหลังของแขนคนไทย ผู้ชายไม่ควรเกิน 23 มิลลิเมตร และผู้หญิงไม่เกิน 30 มิลลิเมตร โดยใช้ Skinfold Caliper วัด ถ้าใช้เส้นรอบเอวหารด้วยเส้นรอบสะโพก คือ Waist/Hip หรืออัตราส่วน W/H ในผู้ชายควรเป็น 1 หรือ 0.8 ในผู้หญิง คนที่มีดัชนีมวลกายสูงก็มักจะมีอัตราส่วน W/H สูงเช่นกัน เป็นแบบอ้วนลงพุง โดยเฉพาะผู้ชายจะมีโอกาสเป็นเบาหวาน และเกิดเส้นเลือดตีบในสมองมากกว่าผู้หญิงถึงสองเท่า เมื่ออายุเข้าสู่วัยกลางคน หรือสูงอายุ ก็จะรู้สึกตัวบริเวณเอว ใต้เสื้อผ้าลำบาก อึดอัด หลังอาหาร มีปัญหาในการเคลื่อนไหว เดินลำบาก ปวดเข่าเหนื่อยง่าย การวัดความอ้วนที่เป็น Gold standard ควรใช้ Hydrodensitometry วัดระดับน้ำตาล โปแตสเซียม โดยใช้ Computer Tomography หรือ Magnetic resonance image หรือ Bio - electrical impedence ซึ่งยุ่งยาก ไม่สะดวก เหมือนดัชนีมวลกาย ซึ่งง่ายกว่า ในกลุ่มผู้มีน้ำหนักตัวเกิน จะพบโรคความดันโลหิตสูงถึง 5.6 เท่า เชื่อว่าคนอ้วนมีอินซูลินเพิ่มขึ้น มีโซเดียมมากกว่าปกติ มีระดับ Renin ในไตสูงกว่าคนทั่วไป และพบว่าโอกาสเกิดมะเร็งมากกว่าคนปกติ ซึ่งมักจะเป็นมะเร็งที่เกี่ยวข้องกับฮอร์โมน เช่น

มะเร็งเต้านม มะเร็งเยื่อบุหลอดลม มะเร็งปากมดลูก รังไข่ มะเร็งต่อมลูกหมาก หรือ ถุงน้ำดีในคนอ้วน มีโอกาสเกิดเบาหวานถึง 10 เท่า เกิดนิ่วในถุงน้ำดี 4 เท่า เพราะไขมันในถุงน้ำดี (Supersaturate) ถุงน้ำดีเคลื่อนไหวน้อยในคนอ้วน คนอ้วนมีไขมันสะสมสูงในช่องท้อง ทำให้เกิด Fat metabolite ในคนอ้วน ทำให้ไขมันสูงมาก โรคอ้วนจะมีโรคข้อเสื่อม เพราะน้ำหนักที่มากเกินไป มีแรงกดที่ข้อเข่า สะโพก และพบว่า กรดยูริกสูงในคนอ้วน ร้อยละ 31 มากกว่าคนที่น้ำหนักปกติ เกิดโรคเก๊าท์ได้ง่าย (รูปที่ 1) และพบว่าคนอ้วนจะมีการหายใจผิดปกติขณะตื่นนอนหลับ เกิดหยุดหายใจ (Sleep Apnea) คนอ้วนจะมีปัญหาในการสมัครเข้าทำงาน¹⁰ การขึ้นรถเพราะถ้าอ้วนมาก สามล้ออาจปฏิเสธที่จะรับโดยสาร การที่สูงอายุ นั่งอยู่หน้าจอทีวี ออกกำลังกายน้อย ทานอาหารแบบตะวันตก มีน้ำตาลหรือไขมันมากทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้น เพราะไขมันน้ำตาล และเนยเป็นส่วนประกอบ เพราะการโฆษณาอาหารในสื่อทุกชนิด ซึ่งชักจูงให้ผู้สูงอายุอยากกินมาก การประกันสุขภาพคนอ้วนจะได้รับการปฏิเสธจากบริษัทประกันชีวิตมากกว่าคนที่น้ำหนักปกติ คนอ้วนมักจะถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันชีวิตสูง¹⁰ การกินอาหารที่มีแป้งและน้ำตาลมากเกินไปในปัจจุบันทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้น ควรหันมาทานผักผลไม้ ให้มีปริมาณมากกว่าแป้ง น้ำตาล และไขมัน จะช่วยลดน้ำหนัก ทำให้การเกิดโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคหัวใจ น้อยลง การเลือกอาหารที่เหมาะสม ออกกำลังกายบ่อย อย่างน้อยครึ่งชั่วโมงต่อวัน ลดการใช้เครื่องทุ่นแรง ทำทุกอย่างด้วยตัวเอง เช่น งานบ้าน ผู้สูงอายุมักไม่ค่อยทำด้วยตัวเอง การทำงานจะช่วยทำให้ร่างกายแข็งแรง บุคลิกดี รูปร่างจะ ดีขึ้นกว่าเดิม สุขภาพก็จะยืนยาวไปด้วย การบริโภคไขมันไม่ควรเกินร้อยละ 30 ของพลังงานที่ได้รับ โปรตีน ร้อยละ 15-20 และคาร์โบไฮเดรต ร้อยละ 50-55 ลดการดื่มแอลกอฮอล์ หลีกเลี่ยงกะทิ เนย



หมายเหตุ ตัวเลขที่แสดงหมายถึงค่า Relative risk จำนวนเท่าที่โอกาสจะเป็นโรค

รูปที่ 1 โรคแทรกซ้อนในคนอ้วน¹

มันหมู หนึ่งสัปดาห์ครีม ใส้กรอก นม และอาหารทอด ไม่ควรทานไข่วันละ 1 ฟอง¹² เน้นการบริโภคไขมันที่เป็นกรดไขมันไม่อิ่มตัวชนิด mono-unsaturated fatty acid(MUFA) ซึ่งมีมากในน้ำมันมะกอก น้ำมันงาและน้ำมันคาโนลา(canola oil) และ poly-unsaturated fatty acid(PUFA) ที่มีมากในปลาทะเล ส่วนน้ำมันพืชที่ไม่ใช่ น้ำมันมะพร้าว หรือน้ำมันปาล์ม¹³ ไขมันที่ควรหลีกเลี่ยง ได้แก่ ไขมันอิ่มตัว(saturated fatty acid, SFA) ซึ่งมาจากไขมันสัตว์ น้ำมันปาล์ม น้ำมันมะพร้าว กะทิ และไขมันชนิดทรานส์(trans fat) ซึ่งพบในขนมอบ เช่น เค้ก คุกกี้ ขนมปังกรอบ และเนยเทียม ไขมันอิ่มตัวและไขมันทรานส์ ทำให้ร่างกายกำจัด LDL-c ให้ลดลง และทำให้มีการทำลาย HDL-c เพิ่มขึ้น ดังนั้น การบริโภคไขมันอิ่มตัวและไขมัน ทรานส์นั้น ถึงแม้ว่าจะไม่มีโคเลสเตอรอลเป็นส่วนประกอบ หากเป็นไขมันที่มาจากพืชแต่ก็ทำให้ LDL-c สูงขึ้นได้จากกลไกดังกล่าว ควร

รับประทานโปรตีนไขมันต่ำ(lean protein) ได้แก่ เนื้อสัตว์ที่ไม่ติดหนัง ไม่ติดมัน ควรรับประทานอาหารที่มีเส้นใยอาหารเพิ่มขึ้น ซึ่งมีมากในผัก ผลไม้ ถั่วเหลือง และผลิตภัณฑ์จากถั่วเหลือง รวมทั้งผักใบเขียว ไม่ควรบริโภคเกลือเกินวันละ 6 กรัมหรือประมาณ 1 ช้อน-ชาพูน การเคลื่อนไหวร่างกายในผู้สูงอายุจะมีประโยชน์ เช่น การเดิน ถีบจักรยาน การไปงานเลี้ยงสังสรรค์ ศูนย์การค้า ทำให้เกิดการอยากอาหาร การดูรายการอาหารในโทรทัศน์ การใช้ยาลดไขมัน และลดน้ำหนัก ควรปรึกษาแพทย์ก่อนใช้ การลดน้ำหนักต้องอาศัยกำลังใจ ตัวคนไข้ และสมาชิก ในครอบครัวให้ความร่วมมือ พร้อมทั้งปรึกษาแพทย์และนักโภชนาการบ้าง จะช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายจากโรคที่เกิดจากการอ้วน ลดค่ารักษาพยาบาล เป็นประโยชน์แก่ประเทศชาติ เพราะรัฐต้องเสียค่ารักษาภาวะแทรกซ้อนของคนอ้วนสูงมาก

เอกสารอ้างอิง

1. อภิชาติ วิชญานรัตน์. อ้วนอย่างไร ? วารสารชมรมโรคอ้วน. 2547; 4: 12.
2. Grundy SM. Third Report of National Cholesterol Education program(NCEP) Expert panel on Detection, Evaluation , and Treatment of High Blood Cholesterol in adult(Treatment Panel III) final report. Circulation 2002; 106: 3143.
3. Pongchaiyakul C., Nguyen TV., Wanothayaroj E.Prevalence of Metabolic Syndrome and its Relationship to Weight in the Thai Population. Journal of The Thai Medical Association of Thailand 2005; 90: 459.
4. Rungroj Krittayaphong. Cardiovascular Disease in Developing Countries. Siriraj Med J 2010; 62: 217-220.
5. มยุรี หอมสนิท. โรคอ้วนลงพุง. วารสารคลินิก 2553; 10:771-80.
6. อภัสณี บุญญาวารกุล. โรคอ้วน. Medical Progress CME 2005; 4: 45-8.
7. กมลพรรณณ์ เมฆวรวิฑู , อัมพร ชัยศิริรัตน์. คลินิกโรคอ้วน. กรุงเทพมหานคร: อัลฟ่าพับลิชชิง; 2554: 30-9.
8. Report of WHO Consultation on Obesity. Obesity : preventing and management the Global epidemic. Geneva : WHO; 1998.
9. วิชัย ต้นไพจิตร. โรคอ้วนกับการหายใจ. โภชนศาสตร์คลินิก. 2540; 11: 59.
10. Packianathan E, Finer N. Medical Consequences of Obesity, Medical Progress CME 2004; 3: 23-31.
11. Kaylin J. The belly of beast. Yale Alumni Magazine 2004; 10: 31-8.
12. วิชัย ต้นไพจิตร, ปรีชา ลีพหกุล, รัตนา พากเกียรติกิจวัฒนา. การให้คำปรึกษาเพื่อป้องกันภาวะทุพโภชนาการ. วารสารคลินิก 2544; 17: 318-30.
13. วิชัย ต้นไพจิตร, ปรีชา ลีพหกุล, รัตนา พากเกียรติกิจวัฒนา. การตรวจคัดกรองโรคอ้วน และภาวะทุพโภชนาการในผู้ใหญ่. วารสารคลินิก 2544; 17: 292-316.4

การนำนโยบายโรคไข้หวัดนกไปปฏิบัติในพื้นที่ระบาดของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
(The Implementation of avian influenza policy in the North-east epidemical areas)

สุรรัตน์ โบริฐ ร.ม
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

Sureerat Bocharus, M.P.A
Ubonrajathanee University

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายโรคไข้หวัดนกไปปฏิบัติและหาแนวทางปรับปรุงการนำนโยบายโรคไข้หวัดนกไปปฏิบัติในพื้นที่ระบาดของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีจังหวัดมุกดาหาร นครพนม ขอนแก่นและหนองคาย ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้บริหารหรือหัวหน้าหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ เก็บข้อมูลใช้วิธีสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มเจ้าหน้าที่ที่นำนโยบายไปปฏิบัติ และประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากการนำนโยบายไปปฏิบัติใช้วิธีสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษพบว่า

1. ปัจจัยที่ผลต่อการนำนโยบายโรคไข้หวัดนกไปปฏิบัติ มีปัจจัย 5 ด้านดังนี้ 1) เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของนโยบาย 2) การกำหนดภารกิจและการมอบหมายงาน 3) ลักษณะหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ 4) การสนับสนุนจากส่วนกลางและท้องถิ่น 5) มาตรการควบคุมประเมินผลและกระตุ้นส่งเสริม เมื่อนำนโยบายไปปฏิบัติพบปัญหาดังนี้ 1) นโยบายไม่ชัดเจน 2) งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ไม่เพียงพอ 3) การประเมินผลไม่จริงจังและต่อเนื่อง 4) เจ้าหน้าที่ขาดขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานและ 5) เจ้าหน้าที่และประชาชนขาดความตระหนักและองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดนก

2. แนวทางปรับปรุงการนำนโยบายโรคไข้หวัดนกไปปฏิบัติมีดังนี้ 1) ควรจัดสรรงบประมาณและวัสดุให้เพียงพอ 2) มีกิจกรรมเฝ้าระวังควบคุมโรคไข้หวัดนกอย่างต่อเนื่อง 3) ติดตามและประเมินผลสม่ำเสมอต่อเนื่อง 4) มีแนวทางการปฏิบัติที่ตอบสนองต่อสถานการณ์การระบาดของโรคไข้หวัดนกในพื้นที่รับผิดชอบ 5) ประชุมปรึกษาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติหรือประชาชนในพื้นที่เพื่อปรับปรุงแนวทางปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

ข้อเสนอแนะ: แนวทางการแก้ปัญหาโรคไข้หวัดนกมีดังนี้ 1) สร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไข้หวัดนก 2) สร้างความเข้าใจมาตรการของรัฐ 3) สร้างการยอมรับในตัวเจ้าหน้าที่ 4) สร้างความเป็นพวกพ้องลดช่องว่าง สร้างสำนึกและความมีส่วนร่วม 5) สร้างความต่อเนื่องด้วยการสร้างงานประจำพื้นที่และสร้างแรงจูงใจในการทำงานของเครือข่ายการเฝ้าระวังโรคไข้หวัดนก

คำสำคัญ: การนำนโยบายไปปฏิบัติ นโยบายโรคไข้หวัดนก

Abstract

The objectives of this qualitative research were: to study factors affecting implementation of Avain Influenza policy and to find guidelines for improving the Bird-Flu policy implementation in the North-East's epidemical areas. The target provinces were: Mukdahan, Nakhon Phanom, Khon Kaen, and Nong Khai. Three sample groups were studied, i.e. administrators or heads of the offices responsible for policy implementation, officials responsible for carrying on the implementation, and people affected by the policy implementation. The data collection was carried out by in-depth interviews and focus-group approach for the administrators, the officials and the people, respectively. The data analysis was carried out by content analysis. The findings were as follows:

1. There were five factors affecting the implementation of the Avain Influenza Policy: 1) Goals and policy objectives 2) Mission setting and job assignment 3) Characteristics of the offices for the policy implementation 4) Supports from the central authorities and communities 5) Criteria for control, assessment, and promotion encouragement. Having carried on the policy implementation, the following problems were found: (1) Unclear policy (2) Insufficient budget and inadequate material (3) Discontinuous and seriousless assessment (5) Officials' lack of will power and spirit in the operation and (5) Lack of realization and Avain Influenza body of knowledge in the officials and the people themselves.

2. Guidelines for improvement of the Avain Influenza Policy implementation were as follows: 1) Budget and material should be sufficiently supplied. 2) Continuous activities for Avain Influenza surveillance must be carried on. 3) Follow-up and assessment should be done regularly and continuously. 4) Methods for practice and operation on Avain Influenza epidemic situations in the areas of responsibility should be done. 5) Meetings for advice and learning exchange among the personnel responsible for the policy implementation or the target people should be done regularly for the purpose of the practical methods.

Suggestions for solving the Avain Influenza problems are: 1) Establishment of knowledge and understanding of the Avain Influenza among the stakeholders. 2) Enrichment of understanding of the government criteria. 3) Constructing recognition among officials. 4) Establishing friendliness among personnel for reducing gaps, enhancing spirits and participation. 5) Constructing continuity by means of area job creating, and reinforcing motivation on networking for the Avain Influenza surveillance.

Keywords: Policy implementation, Avain Influenza Policy

บทนำ

โรคไข้หวัดนก(Bird flu) หรือโรคไข้หวัดใหญ่ใน สัตว์ปีก(Avian influenza) มีความรุนแรง แพร่ระบาดได้ รวดเร็วในสัตว์ปีกหลายชนิด พบนกป่าโดยเฉพาะกลุ่มนก น้ํา และนกปากห่างอพยพย้ายถิ่นตามธรรมชาติถือเป็น

แหล่งรังโรคที่สำคัญ อาจเป็นตัวนำโรคจากที่หนึ่งไปอีกที่ หนึ่ง¹ เชื้อไวรัสไข้หวัดนกจะเพิ่มจำนวนในระบบทางเดิน อาหารของสัตว์ปีก แล้วถูกขับออกทางอุจจาระเป็นจำนวน มากมีโอกาจะแพร่เชื้อสู่คนตัวอื่นหรือสัตว์ปีกที่มนุษย์ เลี้ยงไว้ซึ่งแหล่งที่อยู่อาศัยร่วมกัน ทั้งสัตว์ป่วยหรือสัตว์

ปกติ^๒ นอกจากนี้เชื้อไวรัสสามารถระบาดไปยังสัตว์อื่นที่กินเนื้อสัตว์ปีกคิดเชื้อได้ เช่น เฟอร์เร็ท แมว สิงโต เสือ สุนัข และสุกร พบเชื้อไข้หวัดนกสามารถติดต่อไปยังมนุษย์ที่รับประทานเนื้อสัตว์ปีกไม่ผ่านการปรุงสุก หรือสัมผัสอย่างใกล้ชิดกับสัตว์ปีกที่ติดเชื้อ^๓

การระบาดของโรคไข้หวัดนกชนิดที่มีความรุนแรงสูง (Highly pathogenic avian influenza) H5N1^๔ แม้มีอัตราการติดโรคต่ำ (Low morbidity) ในคน แต่อัตราการตาย (Fetal case rate) สูงถึงร้อยละ 33 - 70 ของผู้ติดเชื้อ ในเบื้องต้นพบผู้ป่วย 25 ราย เสียชีวิต 17 ราย^๕ ทำให้เกิดความกังวลหวาดกลัวเพราะ การระบาดในสัตว์ปีกขยายไปทั่วประเทศภูมิภาค และเกือบทั่วโลก ในปี 2547 พบรายงานการระบาดของโรคหลายประเทศแถบเอเชีย เช่น จีน ฮองกง เวียดนาม ไทย กัมพูชา ลาว อินโดนีเซีย เกาหลีใต้ และญี่ปุ่น^๖ ในไทยระบาดครั้งแรกเมื่อธันวาคม 2546 - พฤษภาคม 2547 พบการระบาดในเป็ด ไก่ และนกหลายชนิด พื้นที่ระบาด 141 ตำบล 89 อำเภอ 42 จังหวัด พบผู้ป่วย 17 ราย เสียชีวิต 12 ราย รอบที่สองกรกฎาคม 2547 - เมษายน 2548 พบพื้นที่ระบาด 784 ตำบล 264 อำเภอ 51 จังหวัด ได้ทำลายสัตว์ปีกจำนวน 60 ล้านตัว รอบที่สาม 1 กรกฎาคม - 9 พฤศจิกายน 2548 พบพื้นที่ระบาด 55 ตำบล 27 อำเภอ 11 จังหวัด พบผู้ป่วย 5 ราย เสียชีวิต 2 ราย รอบที่สี่ 24 - 29 กรกฎาคม 2549 พบพื้นที่ระบาด 29 ตำบล 2 อำเภอ 2 จังหวัด พบผู้ป่วย 3 ราย เสียชีวิต 3 ราย ระลอกห้า 22 - 25 มกราคม 2551 พบพื้นที่ระบาด 4 ตำบล 2 อำเภอ 2 จังหวัด และรอบล่าสุด 9 พฤศจิกายน 2551 พบพื้นที่ตำบลทุ่งเสลี่ยม อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย และที่ตำบลทุ่งโพ อำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี ในการนี้กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศ 9 จังหวัดภาคเหนือตอนล่างเป็นเขตพื้นที่เสี่ยงต่อการระบาดของโรคไข้หวัดนก^๗

รัฐบาลได้ทุ่มเทความพยายามอย่างสูงสุด สร้างความเข้มแข็งในการเฝ้าระวัง ควบคุมและป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ โดยตั้งกลไกประสานงานทั้งหน่วยงานภาครัฐและเอกชนในรูปคณะกรรมการพิจารณาแก้ไขสถานการณ์โรคไข้หวัดนก มีแผนยุทธศาสตร์แก้ไขปัญหาโรคไข้หวัดนก และแผนยุทธศาสตร์เตรียมพร้อมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการระบาดใหญ่ของโรคไข้หวัดใหญ่ (พ.ศ. 2548-2550) มี 6 ยุทธศาสตร์ดังนี้ 1) การพัฒนาการจัดการระบบปศุสัตว์ที่ปลอดภัย 2) การเฝ้าระวังและควบคุมเมื่อเกิดการระบาดของโรค 3) สร้างและจัดการความรู้เรื่องโรคไข้หวัดนก 4) การสร้างเสริมศักยภาพขององค์กรและบุคลากร 5) การสร้างความเข้าใจและการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนและภาคธุรกิจ 6) การพัฒนาระบบและกลไกการจัดการเชิงบูรณาการ จากการค้าเงินงานตามแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าว ถือว่าได้ผลสำเร็จสามารถลดการระบาดความรุนแรงของการติดเชื้อ ความสูญเสียด้านเศรษฐกิจและสังคมได้ ทำให้ประเทศไทยเป็นที่ยอมรับของนานาชาติ ดังนั้นต้องติดตามสถานการณ์ และปรับแผนอย่างต่อเนื่องจากฉบับแรก ได้ทำแผนยุทธศาสตร์ป้องกันแก้ไขและเตรียมพร้อมรับปัญหาโรคไข้หวัดนกและการระบาดใหญ่ของโรคไข้หวัดใหญ่ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2551-2553) หัวใจสำคัญของแผนยุทธศาสตร์นี้ เน้นการพัฒนาแบบองค์รวมมีคนเป็นศูนย์กลาง มุ่งองค์ความรู้สามารถบูรณาการการป้องกันแก้ไขปัญหาและเตรียมพร้อมรับโรคไข้หวัดนกและไข้หวัดใหญ่ทั้งระบบ รวมทั้งสร้างความร่วมมือกับภาคีต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศมากขึ้น มี 4 ยุทธศาสตร์ดังนี้ 1) การจัดระบบการผลิตและเลี้ยงสัตว์ปีก 2) การเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคทั้งในสัตว์และในคน 3) การเตรียมพร้อมรับการระบาดของไข้หวัดใหญ่ 4) ความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน ประชาชน ภาคธุรกิจและนานาชาติ

ประเทศ ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะประสบผลสำเร็จ สามารถลดการระบาดของโรคไข้หวัดนกได้อย่างน่าพอใจ แต่ความเสี่ยงของการระบาดไม่ได้เป็นศูนย์ จากการระบาดครั้งล่าสุดที่จังหวัดสุโขทัย และอุทัยธานี แสดงให้เห็นว่าเชื้อไข้หวัดนกไม่ได้หมดไปจากประเทศไทย ถึงแม้กรมปศุสัตว์มีมาตรการควบคุมและทำลายสัตว์ปีกอย่างเข้มงวดก็ตาม ซึ่งให้เห็นว่านโยบายโรคไข้หวัดนกที่รัฐบาลกำหนดเมื่อไปปฏิบัติแล้วไม่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ตามเป้าหมายได้ จึงมีความจำเป็นต้องศึกษาการนำนโยบายโรคไข้หวัดนกไปปฏิบัติ เพื่อหาแนวทางปรับปรุงนโยบายให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

การนำนโยบายไปปฏิบัติ เป็นหัวใจการบริหารประเทศของรัฐบาลที่บ่งบอกว่ารัฐบาลสามารถบริหารจัดการให้ภารกิจต่างๆ บรรลุวัตถุประสงค์ของกลุ่มเป้าหมายเพียงใด สามารถบริหารจัดการ และวางแผนลดความซ้ำซ้อนด้านหน้าที่ของหน่วยงานและประสานระหว่างองค์การได้เพียงใด⁸ จากผลการนำนโยบายโรคไข้หวัดนกไปปฏิบัติที่ผ่านมาไม่สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพในทุกพื้นที่ เนื่องจากโรคไข้หวัดนกมีความซับซ้อน มีองค์ประกอบสำคัญมากมาย และกระบวนการนโยบายมีลักษณะเป็นพลวัตร เกี่ยวข้องกับกระบวนการตัดสินใจ การกำหนดกลยุทธ์เพื่อให้ภารกิจหลักของรัฐบาลบรรลุเป้าหมายของนโยบายเปลี่ยนแปลงภายใต้เงื่อนไขเวลา จากผลการนำนโยบายโรคไข้หวัดนกไปปฏิบัติที่ผ่านมาพบประเด็นสำคัญดังนี้

1. เป้าหมายและวัตถุประสงค์นโยบาย ความชัดเจนของการสื่อความหมาย ข่าวด้านนโยบาย ระดับความเข้าใจตรงตามเจตนาของนโยบาย พบว่า บางมาตรการไม่ชัดเจนเบี่ยงเบนเป้าหมาย ปิดบังข้อมูล ไม่โปร่งใสและเด็ดขาดล่าช้าในการออกมาตรการแก้ไขปัญหา⁹ ประชาชนขาดความมั่นใจ¹⁰ อีกทั้งเป็นการสร้างความนิยามทางการเมืองประโคนข่าวความสำเร็จ

เกินความเป็นจริงมุ่งเบี่ยงเบนเป้าหมายนโยบาย¹¹ ทำให้ผู้เกี่ยวข้องขาดความตระหนักส่งผลกระทบต่อประชาชนเสียชีวิต

2. การกำหนดภารกิจและการมอบหมายงาน พบว่าขาดองค์การกลางในการประสานงานทำให้การนำนโยบายไปปฏิบัติไม่สามารถบรรลุภารกิจหลักของรัฐ¹² ถึงแม้มีการจัดตั้งคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคไข้หวัดนกเชิงรุกระดับจังหวัดก็ตามเป็นเพียงในช่วงการระบาดเท่านั้น ในภาวะปกติไม่มีองค์การกลางประสานงาน ทีมวิชาการจัดการองค์ความรู้เรื่องโรคไข้หวัดนก เจ้าหน้าที่ระดับวิชาไม่เพียงพอที่จะเฝ้าระวัง ควบคุม และสอบสวนโรคทั้งในคนและสัตว์ แม้ปัจจุบันการเฝ้าระวังโรคจะวางระบบไว้ดี มีอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน(อสม.) เฝ้าระวังในระดับหมู่บ้านก็ตาม

3. ลักษณะหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ จากการศึกษาเปรียบเทียบการได้ปรับโครงสร้างในรัฐบาล พบว่าการถอนกำลังกรมปศุสัตว์ออกจากระดับอำเภอมีเจ้าหน้าที่ปศุสัตว์เพียงหนึ่งคนเท่านั้น ทำให้ขาดบุคลากรทำงานในระดับตำบล ไม่สามารถดำเนินงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคเชิงรุกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. การสนับสนุนจากส่วนกลางและท้องถิ่น พบว่าเมื่อนโยบายใดๆ ประสบผลสำเร็จในพื้นที่ระดับหนึ่งๆ ส่วนกลางมักจะกำหนดและขยายไปยังพื้นที่อื่นๆ ในลักษณะเดียวกันครอบคลุมทั่วประเทศ พยายามเร่งรัดผลงานให้เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงการระบาดขาดการวิเคราะห์ถึงปัญหาสาเหตุการระบาดแต่ละพื้นที่อย่างแท้จริง ทำให้ได้ผลเชิงปริมาณมากกว่าเชิงคุณภาพ

5. มาตรการควบคุม ประเมินผล และกระตุ้นส่งเสริมการประเมินผลการนำนโยบายไปปฏิบัติที่ผ่านมาเน้นผลงานเชิงปริมาณมากกว่าเชิงคุณภาพ จึงทำให้ขาดการวิเคราะห์นโยบายเชิงวิพากษ์(Critical public policy analysis) ข้อมูลไม่สะท้อนถึงปัญหาเชิงนโยบาย อย่างแท้จริง ส่งผลให้การ

กำหนดนโยบายและการนำนโยบายไปปฏิบัติไม่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชนในพื้นที่ จากการประเมินผลพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดนก พบว่าประชาชนมีพฤติกรรมไม่ทำความสะอาดภาชนะพลาสติกใส่ไข่ที่ใช้แล้ว ปล่อยให้เด็กคลุกคลีบริเวณที่มีมูลของสัตว์ปีกไม่ล้างมือก่อนรับประทานอาหาร หรือสัมผัสสิ่งคัดหลั่งที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อการไม่รักษามารูมิและเลี้ยงไก่ให้สะอาด มีรถเร่ขายของเข้าไปในฟาร์มจากฟาร์มหนึ่งไปฟาร์มหนึ่ง นำซากไก่ตายมาเป็นอาหารปลา ลักลอบเคลื่อนย้ายไก่ ขยายไก่ก่อนขาดทุน เพราะไม่มั่นใจการได้รับค่าชดเชยการทำลายไก่หรือไม่ การแจ้งผู้เกี่ยวข้องเมื่อพบไก่ป่วยหรือตายผิดปกติ การแยกสัตว์ป่วยออกจากสัตว์ปกติและการกำจัดซากสัตว์อย่างถูกวิธี¹³ และไม่มีมาตรการวางระบบเลี้ยงไก่แบบปิดที่ได้มาตรฐานปลอดภัย อีกทั้งต้นทุนสูง เกษตรกรบางกลุ่มยังเลี้ยงไก่ในโรงเรือนเก่าบนบ่อเลี้ยงปลาใช้ตาข่ายหรือผ้าพลาสติกหุ้มปิดบริเวณรอบ ๆ โรงเรือนป้องกันไม่ให้สัตว์ภายนอกเข้ามาได้ และประชาชนนิยมเลี้ยงนกสวยงามไว้เป็นเพื่อนจึงมีความรักความผูกพันปกป้อง จึงปล่อยให้สัตว์ป่วยปล่อยทิ้งไม่ดูแล แพร่กระจายโรคสู่คนในธรรมชาติได้ง่ายขึ้น¹⁴ อีกทั้งความตระหนักของประชาชนลดลงไม่ให้ความสำคัญต่อการป้องกันโรค ใช้ชีวิตร่วมกันเป็นปกติกับไก่ หรือไก่ชน พบการ การดูผสมหะของไก่ชน การอุ้มไก่ใส่เสื้อ พฤติกรรมเหล่านี้มีความเสี่ยงสูงต่อการระบาดของโรค เมื่อโรคไข้หวัดนกระบาด มนุษย์พัฒนาสามารถแก้ไขปัญหการระบาดได้ระดับหนึ่ง ซึ่งมนุษย์มีธรรมชาติละเอียดพิถีพิถัน¹⁵ จึงทำให้การเตรียมการเชิงรุกลำบากยิ่งขึ้น แม้ปัจจุบันรัฐมีมาตรการควบคุมเฝ้าระวังโรคอย่างเข้มงวดแล้วก็ตาม

กระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่รับผิดชอบแก้ไขปัญหาการระบาดของโรคไข้หวัดนกในคนส่วนการระบาดในสัตว์ปีกอยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงเกษตรและสหกรณ์

ซึ่งหน่วยงานดังกล่าวได้กำหนดนโยบายและนำนโยบายโรคไข้หวัดนกไปปฏิบัติ จะเห็นว่าเป็นปัญหาที่มีความซับซ้อน เกี่ยวพันและเชื่อมโยงกับปัจจัยด้านเศรษฐกิจ การแพทย์สาธารณสุข การดำรงชีวิตธรรมชาติของสัตว์ปีก และวิถีชีวิตของประชาชนในท้องถิ่น อีกทั้งเป็นปัญหาไร้พรมแดนที่สำคัญ ยังมีเชื้อไข้หวัดนกระบาดระหว่างประเทศในภูมิภาคเดียวกัน ทำให้การแก้ปัญหายุ่งยากซับซ้อนขึ้นส่งผลกระทบต่อการค้าการลงทุน ความเป็นอยู่ของประชาชนในประเทศรวมทั้งความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคมโดยรวม¹⁵

ดังนั้นการแก้ปัญหาโรคไข้หวัดนกต้องป้องกันแก้ไขและเตรียมพร้อมรับมือปัญหาให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ มีการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบสามารถบูรณาการด้านความรู้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้ประชาชนมีความตระหนักเรียนรู้ร่วมกันกำหนดแนวทางแก้ปัญหาโรคไข้หวัดนกที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน ดังนั้นจำเป็นต้องศึกษาการนำนโยบายโรคไข้หวัดนกไปปฏิบัติ ซึ่งรัฐบาลจะต้องดำเนินงานเชิงมหภาคสอดคล้องประสานกับการดำเนินงานเชิงจุลภาคอย่างมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับสถานการณ์และบริบทเพื่อประโยชน์ต่อส่วนรวมและประเทศชาติสูงสุด

วัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติ และหาแนวทางปรับปรุงการนำนโยบายไปปฏิบัติ

วิธีการศึกษา

1.ขอบเขตการวิจัย การศึกษารังนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ(Qualitative Research)

1) ประชากร คือ บุคคลที่เป็นตัวแทนภาครัฐ หรือชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการนำนโยบายโรคไข้หวัดนกไปปฏิบัติขณะที่มีการระบาดในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตั้งกักระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ผู้ให้ข้อมูลดังนี้ (1) ผู้บริหารหรือหัวหน้าหน่วยงานที่

นำนโยบายไปปฏิบัติ ได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ ปศุสัตว์จังหวัดและปศุสัตว์อำเภอ (2) เจ้าหน้าที่ที่นำนโยบายไปปฏิบัติ ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประธาน อสม.หรือ อสม.เจ้าหน้าที่ ปศุสัตว์ ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล หรือผู้แทน กำนันหรือผู้ใหญ่บ้าน หรือบุคคลอื่นในพื้นที่ตามความจำเป็นและ (3) ประชาชนที่ได้รับผลลัพธ์จากนโยบาย ได้แก่ เกษตรกรผู้เลี้ยงไก่ เจ้าของฟาร์มไก่ ญาติผู้สัมผัสโรค ผู้ขายไก่และประชาชนในพื้นที่ศึกษา

2) กลุ่มตัวอย่าง ผู้ที่มีเกี่ยวข้องกับการนำนโยบายโรคไข้หวัดนกไปปฏิบัติขณะที่มีการระบาดในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

2.1 ผู้บริหารหรือหัวหน้าหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ ผู้ให้ข้อมูลเช่น นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ ปศุสัตว์จังหวัด ปศุสัตว์อำเภอทุกแห่ง แห่งละ 1 คน ใน 4 อำเภอ 4 จังหวัด จำนวน 20 คน

2.2 เจ้าหน้าที่ที่นำนโยบายโรคไข้หวัดนกไปปฏิบัติ ผู้ให้ข้อมูล เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประธาน อสม. หรืออสม. เจ้าหน้าที่ปศุสัตว์ ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลหรือผู้แทน กำนันหรือผู้ใหญ่บ้าน หรือบุคคลอื่นในพื้นที่ตามความจำเป็นใน 4 อำเภอ 4 จังหวัด จำนวน 60 คน

2.3 ประชาชนที่ได้รับผลลัพธ์จากการนำนโยบายโรคไข้หวัดนกไปปฏิบัติในพื้นที่ศึกษา เช่น เกษตรกรผู้เลี้ยงไก่ เจ้าของฟาร์มไก่ ญาติผู้สัมผัสโรค ผู้ขายไก่ และประชาชนในพื้นที่ระบาด อำเภอละ 15 คน 4 อำเภอ 4 จังหวัด จำนวน 60 คน

3) พื้นที่ศึกษา เลือกพื้นที่ศึกษาแบบเจาะจงที่มีการระบาดของโรคไข้หวัดนกซ้ำซ้อน ดังนี้ อำเภอเมือง จังหวัด

มุกดาหาร อำเภอมือง จังหวัดนครพนม อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น และอำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย

4) ระยะเวลาศึกษาระหว่าง 1 มกราคม – 31 พฤษภาคม 2553

2.การเก็บข้อมูล

1) ระยะเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ข้อมูลเพื่อการศึกษาคุณินิพนธ์จากคณบดี คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เพื่อประสานพื้นที่ศึกษาเตรียมพร้อมในการเก็บข้อมูล

1.2 ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์จัดการสนทนากลุ่มและเจ้าหน้าที่หน่วยงานที่นำนโยบายไข้หวัดนกไปปฏิบัติ จำนวน 2 ท่าน เข้าร่วมสนทนากลุ่ม

1.3 ผู้วิจัยประสานองค์การบริหารส่วนตำบลหรือผู้นำชุมชน เพื่อสำรวจประชาชนในพื้นที่ที่ได้รับผลลัพธ์จากการนำนโยบายไปปฏิบัติ พื้นที่ละ 20 คน เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม ปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายโรคไข้หวัดนกไปปฏิบัติ

1.4 ผู้วิจัยส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์ข้อมูลเพื่อการศึกษาคุณินิพนธ์และขอความอนุเคราะห์จัดการสนทนากลุ่มไปประสานพื้นที่ตามขอบเขตการศึกษา พร้อมนัดวันเวลาในการสัมภาษณ์เชิงลึก สนทนากลุ่มของกลุ่มตัวอย่างทางไปรษณีย์ เมื่อกลุ่มเป้าหมายตอบรับแล้ว จึงประสานทางโทรศัพท์ยืนยันการลงพื้นที่เก็บข้อมูล

1.5 ประชุมให้ความรู้แก่ผู้ช่วยวิจัยเพื่อเก็บข้อมูลไปในแนวทางเดียวกัน

2) ระยะดำเนินการ ใช้วิธีเก็บข้อมูล 2 วิธีดังนี้

2.1 การสัมภาษณ์เชิงลึก โดยสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ผู้ศึกษากำหนดแนวคำถามปลายเปิด อย่างกว้างๆ ยืดหยุ่น อัดเทปประกอบการสัมภาษณ์ ใช้เวลาเฉลี่ย 1.30 - 2 ชั่วโมงต่อ 1 ท่าน จำนวน 20 คน

2.2 การสนทนากลุ่ม ในกลุ่มผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ และประชาชนกลุ่มเป้าหมาย โดยมีผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนา(Moderator) ในประเด็นปัจจัยที่มีผลปัญหาอุปสรรคในการนำนโยบายโรคไข้หวัดนกไปปฏิบัติ และแนวทางปรับปรุงการนำนโยบายโรคไข้หวัดนกไปปฏิบัติ เปิดโอกาสให้ถกแถลง หาเหตุผลร่วมกันอย่างอิสระที่ใช้กลุ่มตัวอย่างแต่ละพื้นที่ละ 8-15 คน

2.3 ทำการสนทนากลุ่มและใช้เทปบันทึก การสนทนาแล้วตรวจสอบข้อมูลความถูกต้องสมบูรณ์ก่อนวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา

1. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำนโยบายโรคไข้หวัดนกไปปฏิบัติ มีปัจจัย 5 ด้านดังนี้
 - 1.1.เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของนโยบาย
 - 1.2.การกำหนดภารกิจและการมอบหมายงาน
 - 1.3.ลักษณะหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ
 - 1.4.การสนับสนุนจากส่วนกลางและท้องถิ่น
 - 1.5.มาตรการควบคุมประเมินผลและกระตุ้นส่งเสริม
2. ปัญหาการนำนโยบายไปปฏิบัติ พบปัญหาของปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติดังนี้
 - 2.1.ด้านเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของนโยบาย ปัญหาที่พบคือ(1) นโยบายไม่ชัดเจน(2) นโยบายนำไปปฏิบัติได้ยาก(3) มาตรการ หรือ พระราชบัญญัติโรคระบาดสัตว์ไม่มีประสิทธิภาพ(4) การฝึกซ้อมแผนเตรียมความพร้อมรับการระบาดโรคไข้หวัดนกไม่ต่อเนื่องและค่อยประสิทธิภาพ(5) นโยบายไม่ต่อเนื่องมีลักษณะไฟไหม้ฟาง(6) เจ้าหน้าที่ที่นำนโยบายไปปฏิบัติขาดองค์ความรู้โรคไข้หวัดนก(7) ประชาชนไม่เข้าใจเป้าหมาย

และวัตถุประสงค์ของนโยบาย(8) เกษตรไม่เข้าใจขั้นตอนการพิจารณาการทำลายสัตว์ปีก(9) การประชาสัมพันธ์โรคไข้หวัดนกน้อย

- 2.2.ด้านการกิจและการมอบหมายงาน ปัญหาที่พบ คือ (1) บทบาทหน้าที่รับผิดชอบไม่ชัดเจน (2) งานที่รับผิดชอบมากเกินไป (3) งานซ้ำซ้อนไม่ชัดเจน
- 2.3.ด้านลักษณะหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ ปัญหาที่พบคือ(1) มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างขององค์กร(2) เจ้าหน้าที่หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่เห็นความสำคัญขาดความตระหนักไม่ให้ความร่วมมือ(3) บางหน่วยงานปฏิบัติไม่จริงจัง ไม่มุ่งมั่นในการทำงาน(4) ไม่มีคำตอบเนื่องขาดการประชุมปรึกษา(5) การประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่มีประสิทธิภาพ(6) การปกปิดข้อมูลการระบาดโรคไข้หวัดนกไม่โปร่งใส(7) การจัดเก็บข้อมูลไม่มีประสิทธิภาพ(8) สักยภาพของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีศักยภาพที่แตกต่าง(9) งบประมาณไม่เพียงพอ(10) การประสานงานใช้ระบบราชการมากเกินไป
- 2.4.ด้านการสนับสนุนจากส่วนกลางและท้องถิ่น ปัญหาที่พบมี(1) งบประมาณสนับสนุนล่าช้า(2) การประสานงานไม่มีประสิทธิภาพ(3) ท้องถิ่นไม่ให้ความร่วมมือ ขาดความตระหนักไม่เห็นความสำคัญ(4) เจ้าหน้าที่ขาดขวัญและกำลังใจในการทำงาน(5) เกษตรกรขาดแหล่งทุนสนับสนุน
- 2.5.ด้านมาตรการประเมินผลและกระตุ้นส่งเสริม ปัญหาที่พบ มีการติดตามประเมินผลไม่จริงจังและต่อเนื่อง

3. แนวทางปรับปรุงการนำนโยบายโรคไข้หวัดนกไปปฏิบัติมีดังนี้
 - 3.1. ควรจัดสรรงบประมาณและวัสดุให้เพียงพอ
 - 3.2. มีกิจกรรมเฝ้าระวังควบคุมโรคไข้หวัดนกอย่างต่อเนื่อง
 - 3.3. ติดตามและประเมินผลสม่ำเสมอต่อเนื่อง
 - 3.4. มีแนวทางการปฏิบัติที่ตอบสนองต่อสถานการณ์การระบาดของโรคไข้หวัดนกในพื้นที่รับผิดชอบ
 - 3.5. ประชุมปรึกษาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติหรือประชาชนในพื้นที่เพื่อปรับปรุงแนวทางปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ
4. แนวทางการแก้ปัญหาโรคไข้หวัดนกมีดังนี้
 - 4.1. สร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไข้หวัดนก
 - 4.2. สร้างความเข้าใจมาตรการของรัฐ
 - 4.3. สร้างการยอมรับในตัวเจ้าหน้าที่
 - 4.4. สร้างความเป็นพวกพ้องลดช่องว่าง สร้างสำนึกและความมีส่วนร่วม
 - 4.5. สร้างความต่อเนื่องด้วยการสร้างงานเป็นประจำในพื้นที่ และสร้างแรงจูงใจในการทำงานของเครือข่ายการเฝ้าระวังโรคไข้หวัดนก

อภิปรายผล

1. จากการนำนโยบายโรคไข้หวัดนกไปปฏิบัติตามแผนยุทธศาสตร์ ป้องกัน แก้ไขและเตรียมพร้อมรับมือโรคไข้หวัดนกและการระบาดใหญ่ของโรคไข้หวัดใหญ่ฉบับที่ 2(พ.ศ. 2551 - 2553) พบประเด็นที่น่าสนใจดังต่อไปนี้
 - 1.1 นโยบายไม่มีความต่อเนื่อง และให้ความสำคัญน้อยจากที่ไม่มีการระบาดครั้งใหม่ จึงทำให้ผู้นำนโยบาย

ไปปฏิบัติสรุปรวมว่าเป็นผลมาจากการเฝ้าระวังและควบคุมโรคที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

- 1.1.1 ความเสี่ยงของการระบาดยังมีสูง เนื่องจาก (1) เมื่อมกราคม-กุมภาพันธ์ 2553 ประเทศเพื่อนบ้านในภูมิภาคเดียวกัน พบรายงานการระบาดเชื้อไข้หวัดนกทั้งในสัตว์ปีกและในคน องค์การโรคระบาดสัตว์ระหว่างประเทศ(OIE) พบใน 8 ประเทศ ได้แก่ อินเดีย บังกลาเทศ เวียดนาม อิสราเอล กัมพูชา พม่า เนปาลและภูฏาน เกิดโรครวม 52 จุด โดยเฉพาะเวียดนาม เกิดมากถึง 29 จุด กระจายทั่วประเทศ ได้ทำลายสัตว์ปีกจำนวน 14,122 ตัว องค์การอนามัยโลกรายงานเกิดโรคไข้หวัดนกในคน 3 ประเทศ ได้แก่ อินโดนีเซีย อิิปต์ และเวียดนามรวม 18 ราย เสียชีวิต 5 ราย⁶ (2) การติดตามประเมินผลการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคไข้หวัดนกในแต่ละพื้นที่ไม่ต่อเนื่อง ส่วนการป้องกันและเฝ้าระวังโรคและการเตรียมความพร้อมรับการระบาดใหญ่ของโรคไข้หวัดใหญ่ก็ลดประสิทธิภาพ (3) การเลี้ยงสัตว์ปีกโดยเฉพาะไก่ชน ยังไม่มีกฎหมายบังคับใช้อย่างจริงจัง มีคำสั่งให้ชะลอการชนไก่ แต่มีการชนไก่อย่างต่อเนื่อง เจ้าหน้าที่ของรัฐไม่สามารถเข้าไปบริหารจัดการได้ (4) ยังล้าหลังเคลื่อนย้ายเปิดไล่งู ข้ามอำเภอ หรือจังหวัดอย่างต่อเนื่อง แสดงว่าการปฏิบัติตามมาตรการไม่ได้ผลขาดประสิทธิภาพ (5) การสร้างและพัฒนาเครือข่ายเฝ้าระวังโรคไข้หวัดนกในระดับ หมู่บ้านตำบล อำเภอ จังหวัด ไม่มีความต่อเนื่องยั่งยืนอย่างแท้จริง

1.1.2 ระบบสารสนเทศ ไม่มีความพร้อมที่จะรองรับการระบาดของโรคได้ ระบบข้อมูลไม่ เป็นปัจจุบันและไม่มีระบบฐานข้อมูลกลางที่เอื้อต่อการนำข้อมูลมาใช้

1.1.3 ไม่เห็นความสำคัญของการประชาสัมพันธ์อย่างจริงจังและต่อเนื่อง เกษตรกรได้รับข้อมูลข่าวสารไม่ตรงกับกลุ่มเป้าหมาย และขาดการประเมินการรับรู้ข่าวสารของเกษตรกรอย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 จากการนำนโยบายโรคไข้หวัดนกไปปฏิบัติ พบว่าความร่วมมือและการให้ความสำคัญของทุกภาคส่วนมีน้อย ทำให้ประสิทธิภาพการสร้างองค์ความรู้ที่จำเป็นในการแก้ปัญหาโรคไข้หวัดนกที่สอดคล้องกับบริบทมีน้อย การแก้ไขปัญหาโรคไข้หวัดนกควรใช้ “ไข้หวัดนก” เป็นตัวตั้ง ดีกว่าใช้ หน่วยงานกระทรวงสาธารณสุขและกรมปศุสัตว์ ร่วมกันกำหนดแนวทางปฏิบัติในพื้นที่สร้างทีมงานการเฝ้าระวังควบคุมโรคอย่างบูรณาการ ให้สามารถปฏิบัติได้ ไม่ซ้ำซ้อน หรือแยกกันทำ การนำนโยบายโรคไข้หวัดนกไปปฏิบัติ มีหลายหน่วยงานที่รับผิดชอบส่งผลต่อองค์ความรู้ในบริบทของท้องถิ่นนั้นๆ คือ 1) องค์ความรู้ราชการ 2) องค์ความรู้วิชาการ 3) องค์ความรู้ชุมชน ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าการนำนโยบายโรคไข้หวัดนกไปปฏิบัติได้นั้นนอกจากอาศัยความร่วมมือจากภาคีต่าง ๆ ในท้องถิ่นแล้ว ควรบูรณาการความรู้ในชุมชนจากฐานขององค์ความรู้ในชุมชนที่แยกเป็น 3 กลุ่มหลัก ต่างมีพื้นที่ของตนเอง จึงต้องปรับวิถีชีวิตให้เป็น โอกาส ด้วยการบูรณาการและการจัดการ

ความรู้ให้แก่ละฐานองค์ความรู้เข้าใจไปในทิศทางเดียวกันได้ความรู้ที่เหมาะสมกับบริบทสามารถแก้ปัญหาได้

การเรียนรู้จึงเป็นวิธีการทำไปเรียนรู้ไป ในกรณีเร่งด่วนต้องการความรวดเร็วการจัดการความรู้เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการสร้างสังคมเรียนรู้มีความรู้เป็นฐาน(Knowledge based society) และเศรษฐกิจที่มีความรู้เป็นฐาน(Knowledge based economy) การบูรณาการความรู้ แก้ปัญหาไข้หวัดนกเป็นปัญหาที่ซับซ้อนมีคนเป็นปัจจัยที่สำคัญ อีกทั้งความรู้ที่มีอยู่ไม่พอ อีกทั้งเชื้อไข้หวัดนกมีการกลายพันธุ์ และมีนอกอพยพบินมาจากที่อื่นทำให้ควบคุมลำบาก วิธีการแก้ปัญหาภายใต้แนวคิดที่ว่า โรคไข้หวัดนกเป็นปัญหาของรัฐบาลต้องแก้ด้วยอำนาจรัฐควบคุมและสั่งการอย่างเดียวไม่สามารถแก้ปัญหาระยะยาวได้ ต้องใช้อำนาจความรู้และการมีส่วนร่วมของประชาชน

1.3 เกษตรกรในพื้นที่ไม่ค่อยมีส่วนร่วมในโครงการพัฒนาระบบการเลี้ยงสัตว์ปีกปลอดภัย เนื่องจากไม่เห็นประโยชน์ของการปฏิบัติตามนโยบาย ปัญหาสำคัญ คือ เกษตรกรส่วนใหญ่มีฐานะยากจนต้องหาเลี้ยงครอบครัว ไม่มีเวลา หรือเงินทุนเข้าร่วมโครงการดังกล่าว จึงทำให้เกษตรกรส่วนใหญ่ขาดความสนใจ ไม่เห็นความสำคัญ ความตระหนักของประชาชนลดลง ทำให้การควบคุมและการป้องกันโรคไข้หวัดนกมีความลำบากมากยิ่งขึ้น ปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายโรคไข้หวัดนกไปปฏิบัติที่ค้นพบจากการศึกษาคือปัจจัยด้านการเห็นประโยชน์ของ

กลุ่มเป้าหมาย หน่วยงานราชการได้สร้างความตระหนักให้ประชาชน ด้วยการให้ความรู้ สร้างความเข้าใจ เสริมแรงจูงใจ ให้การยอมรับ มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา ปลูกจิตสำนึก ตระหนักรู้ การสร้างศรัทธาอย่างต่อเนื่องในการนำนโยบายไปปฏิบัติ เพื่อพัฒนาไปสู่การสร้างนโยบายโรคไข้หวัดนกชุมชนและการวางแผนชุมชนให้องค์กรปกครองท้องถิ่นรับไปเป็นแผนงาน นอกจากนี้ควรอาศัยสื่อชุมชนให้ข้อมูลชุมชนด้วยจะทำให้การนำนโยบายไปปฏิบัติมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

- 1.4 จากสถานการณ์การระบาดของโรคไข้หวัดนกที่รุนแรง ต้องระดมสรรพกำลังทุกภาคส่วน ภายใต้ข้อจำกัดของเวลาและทรัพยากร ปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติที่พบจากการศึกษาคือ โครงสร้างขององค์กรที่ไม่เป็นทางการ(Informal Organization Structure) มีผลต่อประสานงานระหว่างองค์กร ซึ่งโครงสร้างองค์กรที่ไม่เป็นทางการ มักจะแฝงตัวอยู่ในโครงสร้างที่เป็นทางการเป็นรูปแบบความสัมพันธ์ของพฤติกรรม พัฒนามาจากกิจกรรมที่ไม่เป็นทางการของคนในองค์กร เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ คุณธรรม ค่านิยม และความสัมพันธ์จากสังคม เช่น ผู้นำ ช่องทางการสื่อสารที่ไม่เป็นทางการ ล้วนมีอิทธิพลต่องานในองค์กร เช่น การระดมสรรพกำลังที่จำเป็นในการทำลายสัตว์ปีกทางโทรศัพท์ผ่านผู้ว่าราชการจังหวัด หรือนายอำเภอประสานไปที่หน่วยงานราชการและองค์กรเอกชน อาจกล่าวได้ว่าเป็นความสัมพันธ์ส่วนตัวที่เกิดขึ้นในองค์กรหรือ

ระหว่างองค์กร ไม่ได้เกิดขึ้นจากการรวมตัวคนอย่างเป็นทางการเหมือนโครงสร้างองค์กรที่เป็นทางการ

- 1.5 จากการศึกษาฝึกซ้อมแผนการเตรียมความพร้อมรับการระบาดของโรคไข้หวัดนกและการระบาดใหญ่ของโรคไข้หวัดใหญ่ ยังขาดความเป็นเอกภาพในด้านอำนาจการและบริหารจัดการการฝึกซ้อมแผนฯ หน่วยงานกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานกลางของรัฐ ได้กำหนดแนวทางการควบคุมป้องกันการระบาดของโรคไข้หวัดนก การเตรียมความพร้อมด้านบุคลากร อุปกรณ์ เครื่องมือและจัดระบบดำเนินการป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนก และงบประมาณที่จำเป็น พร้อมทั้งกำหนดแผนการป้องกัน ควบคุม ฝ้าระวังโรคไข้หวัดนกของอำเภอและจังหวัด ให้สอดคล้องกับแผนการฝึกซ้อมเตรียมความพร้อมรับการระบาดของโรคไข้หวัดนกและการระบาดใหญ่ของโรคไข้หวัดใหญ่ระดับชาติด้วย

- 1.6 การจัดองค์การในการเตรียมความพร้อมรับการระบาดของโรคไข้หวัดนกที่ตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสุขภาพ เช่น การทำลายสัตว์ปีก การดูแลผู้ป่วยโรคไข้หวัดนก พบว่าหน่วยงานที่รับผิดชอบควรจัดเตรียมหน่วยงานเฉพาะเมื่อเกิดสถานการณ์ระบาด ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการจัดองค์กรแบบชั่วคราว(Temporary or Adhocracy Organization) ซึ่งสามารถดำเนินการได้หลายลักษณะ เช่น 1) การจัดทีมงานเฉพาะกิจ(Task force) โดยระดมบุคคลที่มีความรู้ความสามารถจากหน่วยงานอื่นเข้าร่วมกิจกรรมสำคัญขององค์กรเป็นบางครั้ง

ขึ้นอยู่กับความจำเป็นของงาน ให้แต่ละหน่วยงานรับผิดชอบ หรือ 2) การจัดองค์การแบบโครงสร้าง (Project Organization) โดยมีหัวหน้าโครงการเป็นผู้รับผิดชอบบริหารโครงการให้เสร็จสิ้นภายใต้เงื่อนไขเวลา งบประมาณ และจำนวนบุคลากรที่กำหนด การจัดองค์การชั่วคราวแบบนี้ แม้จะมีข้อดี มีความคล่องตัวในการปฏิบัติงานและปัญหาขาดการพัฒนาศักยภาพของการทำงานประจำ แต่ผลการศึกษาพบว่าปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นมีความสอดคล้องกับข้อเสียของแนวคิดการจัดองค์การแบบชั่วคราว¹⁷

2. แนวทางปรับปรุงการนำนโยบายโรคไข้หวัดนกไปปฏิบัติ

2.1. แนวทางปรับปรุงการนำนโยบายโรคไข้หวัดนกไปปฏิบัติ การจะให้บรรลุวัตถุประสงค์ของนโยบายได้นั้นต้องพัฒนาประชาธิปไตยให้สอดคล้องกับท้องถิ่น ผู้วิจัยเห็นว่าจะต้องให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นการสร้างประชาธิปไตยแบบถกแถลง หรือประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมโดยมีพื้นที่ส่วนกลาง คือชุมชน และยึดผลประโยชน์สูงสุดของชุมชนให้หน่วยงานอื่น ๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนนโยบาย โดยเน้นลักษณะประชาธิปไตยแบบถกแถลงที่สำคัญ 3 ประการ คือ 1) พื้นที่สาธารณะ (Public sphere) มีเวทีการเรียนรู้ให้ชุมชน

จะเสนอข้อคิดเห็น 2) พื้นที่ที่ทำให้เกิดการถกแถลงในชุมชนทำความเข้าใจการนำนโยบายไปปฏิบัติ 3) ต้องมีฉันทามติ (Consensus) ในท้องถิ่นภายหลังได้ถกแถลงกันเป็นการสร้างสังคมท้องถิ่นแบบสมานฉันท์ บนฐานความเชื่อใจและศรัทธา 4) เป็นเวทีในการวางแผนชุมชน 5) เป็นเวทีการถกแถลงนโยบายของชุมชน

2.2. จากสถานการณ์โรคไข้หวัดนกทั้งภาวะที่มีการระบาด หรือมีความเสี่ยง หรือในภาวะปกติปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติที่พบจากการศึกษา คือ หลักการบริหารราชการแบบมีส่วนร่วม (Participative public governance) เป็นการบริหารงานราชการหน่วยงานภาครัฐเปิดโอกาสให้ประชาชนหรือผู้ที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจทางการบริหารและดำเนินงานของรัฐที่จะตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนทั้งทางตรงหรือทางอ้อม ซึ่งในทางตรงนั้นส่วนราชการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามาลงประชามติ หรือประชาพิจารณ์ หรือรับฟังความคิดเห็นสาธารณะ (Public opinion) ในการตัดสินใจทางการบริหาร (Decision making process) ส่วนทางอ้อมอาจทำได้ในลักษณะเครือข่ายองค์กรภาคประชาสังคม กลุ่มนักวิชาการ กลุ่มผลประโยชน์อื่น เข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจทางการบริหารผ่านเวทีสาธารณะ (Public discourse)¹⁸

ข้อเสนอแนะ

1. การนำนโยบายไปปฏิบัติ

1.1. สร้างความเข้าใจนโยบายให้ทั่วถึง ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ โดยการอภิปราย ประชุมสัมมนา เชิญผู้บริหารหรือผู้มีความรู้เกี่ยวกับนโยบายมาให้ความรู้ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับบุคลากรและหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ เพื่อให้การปรึกษาและให้ความช่วยเหลือทางด้านวิชาการ

1.2. จัดให้ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้รางวัลแก่ผู้ปฏิบัติงานดีเด่น เพื่อเสริมแรงจูงใจให้หน่วยงานหรือบุคคลที่มีนำนโยบายไปปฏิบัติ และร่วมระดมความคิดแสวงหาแนวทางการนำนโยบายไปปฏิบัติ

1.3. จากผลการศึกษานำนโยบายโรคไข้หวัดนกไปปฏิบัติ การฝึกซ้อมแผนเตรียมความพร้อมรับการระบาดของโรคไข้หวัดนกและการระบอบาติใหญ่ของโรคไข้หวัดใหญ่ มีการเตรียมความพร้อมที่สำคัญคือ ควรเตรียมองค์การ การประเมินสถานการณ์ การจัดทำแผน การเตรียมข้อมูลบุคคลเพื่อติดต่อสื่อสาร การจัดเตรียมทรัพยากร การปฏิบัติ การประเมินผลการซ้อมแผน ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับ ควรเตรียมความพร้อมในด้านต่าง ๆ ดังกล่าวและประเมินการเตรียมความพร้อมและตอบสนองต่อสถานการณ์การระบาดของโรคไข้หวัดนกให้มีความครอบคลุมหน่วยงานและพื้นที่รับผิดชอบ

1.4. ประชาสัมพันธ์จูงใจบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ความสำคัญและมีทัศนคติที่ดีต่อนโยบาย

โดยอาศัยสื่อ โทรทัศน์ วิทยุกระจายเสียง หนังสือพิมพ์ของรัฐและเอกชน ทั้งระดับชาติและระดับท้องถิ่นอย่างต่อเนื่องตลอดเวลาที่ดำเนินโครงการ

1.5. ประชาสัมพันธ์ให้ข้อมูลการได้ประโยชน์จากการปฏิบัติตามนโยบาย กล่าวคือ หากผู้ปฏิบัติตามนโยบายเห็นประโยชน์แล้ว จะรู้สึกมีส่วนร่วมในการนำนโยบายไปปฏิบัติ

1.6. ควรทำคู่มือปฏิบัติงานแก่บุคลากรที่รับผิดชอบโครงการแต่ละระดับ ประชุมชี้แจงแนวทางปฏิบัติแก่ผู้รับผิดชอบ ให้เข้าใจชัดเจนในวิธีปฏิบัติ เพื่อขจัดความสับสนและค้ำข้องใจของผู้ปฏิบัติงาน

1.7. ควรมีโครงการฝึกอบรม หรือแนะนำให้ความรู้แก่อาสาสมัครเป็นระยะสม่ำเสมอให้สามารถนำคู่มือหรือมาตรการควบคุมป้องกันโรคไข้หวัดนกไปใช้ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน และสอดคล้องกับปัญหาแต่ละพื้นที่

2. ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

2.1. ควรบูรณาการความร่วมมือระหว่างกระทรวงมหาดไทย ด้านการเฝ้าระวัง ควบคุมและป้องกันโรค การเลี้ยงสัตว์ปีกในท้องถิ่นให้เป็นไปตามมาตรการหรือ การสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายเฝ้าระวังโรคไข้หวัดนกให้มีส่วนร่วมอย่างเป็นรูปธรรม ทั้งในภาวะปกติและภาวะเกิดโรค ควรให้มีเจ้าหน้าที่ปศุสัตว์ประจำตำบล เฝ้าระวังและป้องกันโรค โดยองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นเป็นผู้จ้าง

2.2. ควรวางแผนในเรื่องการให้ความรู้แก่ประชาชน นักเรียนและนักศึกษาให้มีความสำคัญด้านการป้องกัน

โรคไข้หวัดนกโดยบรรจุในหลักสูตรการเรียนการสอน

2.3. ควรให้ความสำคัญการเฝ้าระวังโรคไข้หวัดนกในนครราชสีมา ให้ทราบถึงทิศทางอาการของนครราชสีมาและนกอพยพ

2.4. นำเสนอผลการศึกษาให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ป้องกัน แก่ใจและเตรียมความพร้อมรับปัญหาโรคไข้หวัดนกและการระบาดใหญ่ของโรคไข้หวัดใหญ่ ฉบับที่ 3 แทนฉบับที่ 2 ซึ่งจะหมดอายุ ปี พ.ศ. 2553

2.5. กรมปศุสัตว์ และกระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักในการควบคุมป้องกันการระบาดของโรคไข้หวัดนก ควรนำผลการศึกษาไปปรับปรุงปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะการเตรียมความพร้อมรับการระบาดของโรคไข้หวัดนก และการระบาดใหญ่ของโรคไข้หวัดใหญ่ที่ตอบสนองต่อสถานการณ์การระบาด ครอบคลุมการดำเนินงานในหน่วยงานทุกระดับในชุมชน

3. ข้อเสนอแนะเพื่อทำวิจัยต่อไป

3.1. การศึกษาครั้งนี้กรอบวิจัยที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นสามารถอธิบายการนำนโยบายโรคไข้หวัดนกไปปฏิบัติ น่าจะนำกรอบการวิเคราะห์จากวิจัยนี้ไปทดสอบอีกครั้งว่ากรอบเหล่านี้สามารถอธิบายปรากฏการณ์การนำนโยบายโรคไข้หวัดนกไปปฏิบัติในพื้นที่อื่นที่มีระบาด หรือนำไปอธิบายปรากฏการณ์การนำนโยบายอื่นไปปฏิบัติได้หรือไม่ อธิบายได้มากน้อยเพียงใดเช่นนโยบายด้านสาธารณสุข นโยบายทางสังคมอื่น ๆ เป็นต้น

3.2. ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ พบว่าปัจจัยการบริหารราชการแบบมีส่วนร่วม ลักษณะองค์กรแบบไม่เป็นทางการ และการเห็นประโยชน์ของผู้ปฏิบัติ ตามนโยบาย ปัจจัยเหล่านี้อยู่นอกกรอบการวิเคราะห์ หากการศึกษาจะเพิ่มสามปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติ เพื่อทดสอบความสามารถในการอธิบายของปัจจัยเหล่านี้ มีผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติหรือไม่ก็น้อยเพียงใด

3.3. ควรศึกษาพฤติกรรมระดับความร่วมมือหรือต่อต้านนโยบายของกลุ่มผู้นำนโยบายไปปฏิบัติแต่ละพื้นที่ ทั้งนี้เพื่อปรับกลยุทธ์ในกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติให้เหมาะสมในแต่ละพื้นที่ให้มีประสิทธิผลยิ่งขึ้น

3.4. ควรศึกษามาตรฐานขั้นต่ำในการบริหารจัดการ เมื่อเกิดสถานการณ์การระบาดของโรคไข้หวัดนก เพื่อเตรียมความพร้อมแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรองรับสถานการณ์ระบาดของโรคที่อาจเกิดขึ้นได้

3.5. การศึกษาองค์ความรู้ที่จำเป็น เพื่อเตรียมความพร้อมรับสถานการณ์การระบาดของโรคไข้หวัดนก จัดทำคู่มือให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปปฏิบัติให้เหมาะสมกับบริบทได้

3.6. ด้านการบริหารนโยบาย

3.6.1. โครงสร้างที่นำนโยบายไปปฏิบัติในระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน นอกจากจะต้องอาศัยหน่วยงานราชการ จากกระทรวงหลัก องค์ประกอบภายในของโครงสร้างหน่วยงานทุกระดับ ควรมีคณะผู้ประสานงานที่ได้มาจาก

หน่วยงาน สถาบันเอกชน สถาบันทางสังคมในท้องถิ่น และผู้นำตามธรรมชาติในท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมให้การปรึกษาหรือสนับสนุนหรือเป็นกลไกสำคัญในการปฏิบัติงานเป็นคณะกรรมการหรือคณะทำงานด้วย อาจได้แนวทางการจัดโครงสร้างลักษณะเดียวกันในแผนยุทธศาสตร์ป้องกันแก้ไข และเตรียมพร้อมรับมือปัญหาโรคไข้หวัดนก และการระบาดใหญ่ของโรคไข้หวัดใหญ่ ฉบับที่ 3 แทนฉบับที่ 2 ทั้งหมดไป

3.6.2. การเลือกสรรบุคคลทำหน้าที่บริหารโครงการ ควรคัดเลือกผู้ที่มีภาวะผู้นำสูง และมีทัศนคติที่ดีต่อการบริหารแบบมีส่วนร่วมมีจิตสำนึกประชาธิปไตยสูง เคยเป็นผู้บริหารโครงการอื่นด้วย

3.6.3. ผู้บริหารโครงการต้องให้ความสำคัญกับการตรวจเยี่ยมผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่การไปตรวจเยี่ยมอาจมีข้อจำกัดในด้านงบประมาณ หากผู้มีอำนาจจัดสรรงบประมาณ ควรให้ความสำคัญกิจกรรมการตรวจเยี่ยม โดยพิจารณาให้หน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติมีงบประมาณด้านนี้เพียงพอ จนสามารถกำหนดระยะเวลาการตรวจเยี่ยมจะช่วยเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติงานของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ

3.6.4. รูปแบบการประเมินผล ควรนำมาใช้กับการปฏิบัติงานอย่างแท้จริง ให้รายงานผลการประเมินเป็นระยะ ๆ นำผลที่ได้จากการประเมินมาปรับปรุงแนวทางการปฏิบัติในคู่มือการปฏิบัติงาน

ให้สอดคล้องกับปัญหาและสภาพแวดล้อมการทำงาน

3.6.5. การกระตุ้นเสริมแรง ใช้วิธีจูงใจใช้แรงเสริมหลากหลาย เช่นการให้ค่าตอบแทน ชมเชย ให้เกียรติบัตรแก่ผู้ปฏิบัติงานดีเด่น ให้รางวัลแก่เกษตรกรที่ประสบความสำเร็จจากการนำนโยบายโรคไข้หวัดนกไปปฏิบัติ หรือเปลี่ยนตัวบุคคลผู้ปฏิบัติที่งานไม่บรรลุวัตถุประสงค์ด้วย

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดีนั้น กราบขอบพระคุณ ดร.ศรัณย์ สุดใจ อาจารย์ที่ปรึกษา ที่ให้ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการเขียนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นอย่างดี ตลอดจนขอกราบขอบพระคุณ รศ.ดร.ณัช วิโรจน์อุไรเรือง ที่ให้แนวทางการเขียนบทความทางวิชาการให้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณ รศ.ดร. ชงชัย วงศ์ชัยสุวรรณ คณบดีคณะรัฐศาสตร์ และอาจารย์ท่านอื่นๆ ในคณะรัฐศาสตร์ที่มีได้เอื้อถึงในทันที ที่กรุณาให้ความรู้ทางวิชาการที่เป็นประโยชน์ในการศึกษาแก่ผู้เขียนเป็นอย่างมาก ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่กรมปศุสัตว์ กรมการปกครอง กระทรวงสาธารณสุข และประชาชนในพื้นที่ศึกษาที่ให้การสนับสนุนความร่วมมือในการร่วมกิจกรรมการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Food and Agriculture Organization (FAO) of the United Nation. Background of Avian Influenza. [online] 2007 Retrieved June 16,2007, from <http://www.fao.org/avianflu/en/background.html>.
2. สมภพ ศิริมงคลรัตน์, พรพิรุณ ชินสอน. การวิเคราะห์การระบาดของโรคไข้หวัดนกในประเทศไทย: รวมผลงาน

- วิชาการที่สำคัญประจำปี 2549 เล่มที่ 1 กรมปศุสัตว์ [ออนไลน์] 2549 [อ้างเมื่อ 20 ตุลาคม 2550] จาก <http://www.dld.go.th/home/bird-flu/menu-detail.html>.
3. สุดารัตน์ ดำรงวัฒนโกภิน. การสำรวจไข้หวัดนกในสัตว์ปีกชนิดต่าง ๆ ในพื้นที่ที่มีการระบาดซ้ำซาก. รายงานการประชุมไข้หวัดนกประจำปี 2548. วันที่ 27-28 ธันวาคม 2548 ณ โรงแรมรามารการ์เด้นส์.กรุงเทพฯ [ออนไลน์] 2548 [อ้างเมื่อ 21 ตุลาคม 2550] จาก <http://www.biotec.orth>.
 4. Office International des Epizootic(OIE). Highly pathogenic avian influenza. [online] 2007 Retrieved October 13, 2007, form <http://www.OIE.int>.
 5. ศูนย์ควบคุมโรคไข้หวัดนก. การควบคุมโรคไข้หวัดนกในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด. 2549.
 6. กรมควบคุมโรค. การเฝ้าระวังโรคไข้หวัดนก(Avian Influenza) ในคน และมาตรการการควบคุมโรค. กรุงเทพฯ: องค์การรับส่งสินค้าและวัสดุภัณฑ์. 2548.
 7. ศูนย์ควบคุมโรคไข้หวัดนก. การควบคุมโรคไข้หวัดนกในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด. 2551
 8. พิรสิทธิ์ คำนวนศิลป์. การบริหารจัดการโครงการพัฒนาสังคมแบบก้าวหน้า. ขอนแก่น: โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์. 2543.
 9. อรพันธ์ ภาสกรกุล. โรคไวรัสอินฟลูเอนซ่าในสัตว์และความสำคัญด้านการสาธารณสุข. รายงานการ เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา(ฉบับพิเศษ) 2548; 11(1): 15.
 10. วิษณุกร อ่อนประสงค์, สุวัฒนา อ่อนประสงค์. การประเมินความพร้อมของการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนก อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2548. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น 2549; 13(3): 54.
 11. มรกต ดันติเจริญ, นำชัย ชีววิวรรณ. ไข้หวัดนก โรคอุบัติใหม่บนโลกใบเก่า. ปทุมธานี. ศูนย์พันธุ์ วิศวกรและเทคโนโลยีแห่งชาติ. 2548.
 12. กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์แก้ไขปัญหาไข้หวัดนกและแผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อมในการป้องกันและแก้ปัญหาการระบาดใหญ่ของไข้หวัดใหญ่ พ.ศ. 2548 - 2550. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด. 2548.
 13. กองสุขศึกษา. กระทรวงสาธารณสุข. ผลการพัฒนา ระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคไข้หวัดนก. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด. 2550.
 14. ฉนวนม น้อยหอม, ฉันทนิ บูรณะไทย. การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ไข้หวัดนกในประเทศไทยตอนที่ 2: สถานการณ์ภาคปศุสัตว์(มกราคม 2547 – มิถุนายน 2548). สำนักควบคุมป้องกันและบำบัดโรคสัตว์ กรมปศุสัตว์. 2548.
 15. กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์การป้องกันแก้ไขและเตรียมพร้อมรับมือปัญหาไข้หวัดนกและการระบาดใหญ่ของไข้หวัดใหญ่ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2551 - 2553). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุม สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด. 2551.

16. กรมปศุสัตว์. โรคไขหวัดนก. [ออนไลน์] 8 เมษายน 2553 [อ้างเมื่อ 20 เมษายน 2553] จาก http://www.did.go.th/home/bird/_flu.html
17. วิเชียร วิทยาอุดม. ทฤษฎีองค์การ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ. ชีระพิมพ์และไซเทกซ์ จำกัด. 2549.
18. ทศพร สิริสัมพันธ์. ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการบริหารราชการแนวใหม่. กรุงเทพฯ. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. 2549.

การประเมินกระบวนการพัฒนางานสุขศึกษาตามมาตรฐานงานสุขศึกษาของบุคลากร

ในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดลำพูน

(The Assessment of Health Education Standard Development Process of Health Care Unit

Officers, Lamphun Province)

พงผกา สุริวธรรม ค.บ.,ศ.ศ.ม.

Puangpaga Suriwun B.Ed , M.A

ปิยบุตร เจริมวงศ์ วท.บ.,ศ.ศ.ม.

Piyaboot chalermwong B.Sc., M.A.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน

Lamphun Provincial of Public Health Office

บทคัดย่อ

การศึกษาระบวนการพัฒนางานสุขศึกษาตามมาตรฐานงานสุขศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความรู้ในกระบวนการดำเนินงานสุขศึกษาตามมาตรฐานงานสุขศึกษา และประเมินความพึงพอใจในการพัฒนางานสุขศึกษาตามแนวทางการดำเนินงานมาตรฐานงานสุขศึกษา ประยุกต์ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจในการดำเนินการประเมิน กลุ่มตัวอย่างเป็นเจ้าของหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานสุขศึกษาของสถานบริการสาธารณสุข สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทุก ระดับ สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างจากสถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านการตรวจประเมินมาตรฐานงานสุขศึกษา รวบรวมข้อมูลปริมาณและคุณภาพ โดยใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ ทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาพบว่า ผู้รับผิดชอบงานสุขศึกษาของสถานบริการสาธารณสุขประมาณร้อยละ 54.8 เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 41 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาสาธารณสุขศาสตร์ ร้อยละ 38.09 รองลงมา จบการศึกษาระดับปริญญาตรีบัณฑิต ร้อยละ 16.66 ส่วนใหญ่รับผิดชอบงานสุขศึกษามาโดยเฉลี่ย 2 ปี ส่วนมากมีความรู้เกี่ยวกับงานสุขศึกษาในระดับพอใช้ ร้อยละ 90.47 ($\bar{x}=8.7$, S.D.=2.13) การพัฒนางานสุขศึกษาตามมาตรฐานงานสุขศึกษา 9 องค์ประกอบ ส่วนใหญ่ดำเนินการตามคู่มือหรือแนวทางการดำเนินงานมาตรฐานงานสุขศึกษาของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ผู้รับผิดชอบงานสุขศึกษาส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อเอกสาร/คู่มือแนวทางการพัฒนางานสุขศึกษาตามมาตรฐานงานสุขศึกษาในระดับมาก ร้อยละ 53.6 ($\bar{x}=3.50$, S.D.=0.70) ความพึงพอใจต่อการสนับสนุนส่งเสริมการพัฒนางานสุขศึกษาตามมาตรฐานงานสุขศึกษาในระดับมาก ร้อยละ 39.3 ($\bar{x}=3.14$, S.D.=0.90) และความพึงพอใจต่อกระบวนการพัฒนาคุณภาพงานสุขศึกษาของหน่วยงาน ตามองค์ประกอบ 9 องค์ประกอบ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 44.0 ($\bar{x}=3.90$, S.D.=0.83) เช่นเดียวกัน ข้อเสนอแนะ กองสุขศึกษาหรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรมีการอบรมเรื่องการดำเนินงานสุขศึกษาให้แก่เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานอย่างต่อเนื่องทุกปี และ ควรมีการปรับปรุงหรือพัฒนาคู่มือการดำเนินงานตามมาตรฐานงานสุขศึกษาที่เหมาะสมสอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปและเป็นไปตามบริบทของพื้นที่ ที่หน่วยงานรับผิดชอบ

คำสำคัญ: มาตรฐานงานสุขศึกษา หน่วยบริการสุขภาพ

Abstract

The objective of the assessment of health education standard development process was to evaluate knowledge of health care unit officers, Ministry of Public Health regarding the implementation process of the health education standard and to evaluate satisfaction on health education practices according to the health education standard practice guidelines. The survey research design was devised for this study. The study samples were 315 health officers who were responsible for the implementation of health education in health care units of the Ministry of Public Health. They were selected from primary, secondary, and tertiary health care units that passed the health education standard criteria and was certified by Health Education Department, Health Service Support Division, Ministry of Public Health. Both quantitative and qualitative data was collected via self-administered questionnaire and structured interview questionnaire. Percentage, mean, and standard deviation were mainly employed to analyze the data.

Results of the study revealed that 54.8 percent of the health care unit officers who were responsible for the implementation of health education were women with the average age of 41 years. About 38.09 percent of them gained bachelor degree in public health and 16.66 percent had degree in nursing. Most of them were responsible for health education of the units about 2 years. Almost 90 percent had knowledge in relation to health education standard at the moderate level. In implementing 9 elements of health education, mostly followed the procedures guided in the health education standard guideline/handbook of Health Education Department, Health Service Support Division. Most of them had high level of satisfaction on the handbook 53.6 percent ($\bar{x}=3.50$, S.D.=0.70), the supportive in implementing health education standard from the Health Education Department 39.3 percent ($\bar{x}=3.14$, S.D.=0.90), and the process in implementing the 9 elements standard 44.0 percent ($\bar{x}=3.90$, S.D.=0.83). It is recommended that the Health Education Department or the Provincial Health Office should provide yearly continuation training on health education standard for the responsible health officers. Furthermore, the guideline handbook for implementing health education standard at the health care units should be revised in accordance to the context of the health care system and of the community.

Keywords: Health Education Standard, Health Care Units.

บทนำ

มาตรฐานงานสุขศึกษาของสถานบริการสาธารณสุข จัดเป็นเครื่องมือและแนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการ สุขศึกษาของสถานบริการสาธารณสุข ซึ่งกองสุขศึกษาได้ พัฒนาขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 ในช่วงแรกของการพัฒนา มาตรฐานงานสุขศึกษาของสถานบริการสาธารณสุข

ประกอบด้วย 9 องค์ประกอบ 20 ดัชนีชี้วัด และ 66 เกณฑ์ สำหรับสถานบริการระดับปฐมภูมิ ส่วนในระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิมีจำนวน องค์ประกอบและดัชนีชี้วัด เหมือนกับสถานบริการระดับปฐมภูมิ แต่มีจำนวนเกณฑ์ เพิ่มขึ้นเป็น 75 เกณฑ์

ในการพัฒนามาตรฐานงานสุขศึกษาของสถานบริการสาธารณสุขให้เป็นไปตามเป้าหมายนั้น กลุ่มพัฒนาคุณภาพงานสุขศึกษา กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้ส่งเสริม สนับสนุนและติดตามกำกับ ให้สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ ได้มีการนำมาตราฐานงานสุขศึกษาไปใช้เป็นแนวทางการพัฒนาคุณภาพงานสุขศึกษานับ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 ถึงปัจจุบัน² โดยในปีงบประมาณ 2547-2551 มีสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับที่มีการพัฒนาคุณภาพงานสุขศึกษาและผ่านการประเมินรับรองจำนวน 785 แห่งทั่วประเทศ³ ส่วนจังหวัดลำพูนมีสถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านการประเมินรับรอง 84 แห่ง ครอบคลุมร้อยละ 100 และปี พ.ศ. 2552 มีสถานบริการสาธารณสุขที่แสดงความจำนงขอรับการประเมินรับรองมาตรฐานงานสุขศึกษาจำนวน 458 แห่ง แสดงให้เห็นถึงความสนใจและการตอบรับในการนำมาตราฐานงานสุขศึกษาไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพงานเพื่อประโยชน์สูงสุดของประชาชน

อย่างไรก็ตาม กองสุขศึกษาได้มีการติดตามประเมินผลการนำมาตราฐานงานสุขศึกษาไปใช้ เพื่อทำการวิเคราะห์และปรับปรุงให้มาตรฐานงานสุขศึกษามีความชัดเจน สามารถบูรณาการ เชื่อมโยงกับการดำเนินงานในระบบบริการสุขภาพในยุคปัจจุบัน และทำให้การพัฒนาคุณภาพงานสุขศึกษาเกิดประสิทธิภาพสูงสุด ดังนั้นในปี พ.ศ. 2550 กองสุขศึกษา ได้ทำการพัฒนามาตราฐานงานสุขศึกษาฉบับปรับปรุงขึ้น และในปีงบประมาณ 2551 มีการนำร่างมาตรฐานฉบับปรับปรุงไปใช้ในพื้นที่นำร่อง ซึ่งเป็นสถานบริการสาธารณสุขที่ได้รับการรับรองมาตรฐานงานสุขศึกษา ครบวาระ 3 ปี จำนวน 10 แห่ง จาก 7 จังหวัด และนำผลที่ได้มาพัฒนาเป็นมาตรฐานงานสุขศึกษาฉบับปรับปรุง(พ.ศ.2552) ให้ทันสมัยและมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น⁴

การพัฒนาและปรับปรุงมาตรฐานงานสุขศึกษาที่กองสุขศึกษา ได้ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง แสดงให้เห็นถึงความตระหนักในความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพระบบงานให้ได้มาตรฐาน และเกิดผลสัมฤทธิ์ต่อประชาชนอย่างเป็นรูปธรรมสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน รวมทั้งมีการปรับเนื้อหา และเกณฑ์ในองค์ประกอบที่ 1-9 ให้เหมาะสม สอดคล้องตามบริบทของสถานบริการสาธารณสุขแต่ละระดับ⁵ โดยมาตรฐานงานสุขศึกษาฉบับปรับปรุง(พ.ศ. 2552) ยังคงประกอบด้วยการดำเนินงานตามองค์ประกอบหลัก 9 องค์ประกอบ และได้ปรับตัวชี้วัดให้ลดน้อยลงเหลือ 16 ตัวชี้วัด ในส่วนของเกณฑ์ตามตัวชี้วัดได้กำหนดตามระดับของสถานบริการคือ สถานีอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชนมีการปรับเกณฑ์ให้น้อยลงจาก 66 เกณฑ์ เป็น 39 เกณฑ์ โรงพยาบาลชุมชนลดจาก 75 เกณฑ์ เป็น 49 เกณฑ์ และโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป มี 50 เกณฑ์ ที่ใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในปัจจุบัน

ด้วยความสำคัญของมาตรฐานงานสุขศึกษาดังที่กล่าวมา การนำมาตราฐานงานสุขศึกษาไปสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม สอดคล้องกับระบบบริการและบริบทของการให้บริการที่มีการปรับเปลี่ยนเป็นระยะๆ จึงจำเป็นต้องมีการติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ และต่อเนื่อง ดังนั้น “การประเมินกระบวนการพัฒนางานสุขศึกษาตามมาตรฐานงานสุขศึกษา” นี้ จึงเน้นการประเมินกระบวนการดำเนินงาน(การนำไปใช้) ตามมาตรฐานงานสุขศึกษาของสถานบริการสาธารณสุข และเป็นการประเมินประสิทธิภาพการส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาตราฐานงานสุขศึกษา เพื่อได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงมาตรฐานงานสุขศึกษาให้มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ สอดคล้องกับระบบบริการ ระบบสังคม ชุมชน มากยิ่งขึ้น ซึ่งวัตถุประสงค์นี้ เพื่อประเมิน

กระบวนการดำเนินงานและการนำมาตรฐานงานสุศึกษาของสถานบริการสาธารณสุขไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพงานสุศึกษา เพื่อประเมินความรู้ ความเข้าใจ ในการพัฒนาคุณภาพงานสุศึกษาตามแนวทางการดำเนินงานมาตรฐานงานสุศึกษาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่รับผิดชอบการพัฒนางานสุศึกษา เพื่อวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคในการพัฒนาคุณภาพงานสุศึกษาตามมาตรฐานงานสุศึกษาของสถานบริการสาธารณสุข และเพื่อประเมินความพึงพอใจ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบที่มีต่อการพัฒนางานสุศึกษาต่อการดำเนินงานสุศึกษาตามมาตรฐานงานสุศึกษา

วิธีการศึกษา

การประเมินกระบวนการพัฒนางานสุศึกษาตามมาตรฐานงานสุศึกษานี้ ประเมินโดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจ เก็บข้อมูลทั้งข้อมูลปริมาณ และข้อมูลคุณภาพ วิธดำเนินการดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การศึกษาโดยการรวบรวมข้อมูลปริมาณ

1.1 ประชากรในการศึกษาคั้งนี้ ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานสุศึกษา ของสถานบริการสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ ที่เคยผ่านการประเมินมาตรฐานสุศึกษาระหว่างปีพ.ศ. 2549-2552 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานสุศึกษา ในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และสถานอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน แห่งละ 1 คน รวม 84 คน โดยรับผิดชอบงานสุศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของหน่วยงาน มานานอย่างน้อย 6 เดือน และยินดีให้ข้อมูล

1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถามความรู้ ความเข้าใจกระบวนการพัฒนางานสุศึกษาตามมาตรฐานงานสุศึกษา และความพึงพอใจ

ต่อการพัฒนางานสุศึกษาตามมาตรฐานงานสุศึกษา ซึ่งประกอบด้วย 5 ส่วน คือ 1) ข้อมูลคุณลักษณะทาง 3) กระบวนการพัฒนาคุณภาพงานสุศึกษา ตามมาตรฐานงานสุศึกษา 9 องค์ประกอบ 4) ความพึงพอใจต่อการพัฒนาคุณภาพงานสุศึกษาตามมาตรฐานงานสุศึกษา 5) ปัญหาอุปสรรค ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่นๆ ต่อการพัฒนาคุณภาพงานสุศึกษาตามมาตรฐานงาน

1.3 การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั้งหมดวิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การศึกษาข้อมูลคุณภาพจากการสัมภาษณ์

2.1 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานสุศึกษา ของสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่เคยผ่านการประเมินมาตรฐานสุศึกษาระหว่างปี พ.ศ. 2549-2552 แบ่งเป็น 3 ระดับสถานบริการ จำนวน 20 ราย คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงาน สุศึกษาโรงพยาบาลทั่วไป 1 ราย ในโรงพยาบาลชุมชน 3 ราย และ ในสถานอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน 16 ราย

2.2 เครื่องมือในการเก็บข้อมูลได้แก่ แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง 3 ส่วน คือ 1)ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาที่รับผิดชอบงานสุศึกษา 2)กระบวนการพัฒนาคุณภาพงานสุศึกษา ตามมาตรฐานงานสุศึกษา 9 องค์ประกอบ และ 3)ปัญหาอุปสรรค ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่นๆ ต่อการพัฒนาคุณภาพงานสุศึกษาตามมาตรฐานงานสุศึกษา

2.3 การวิเคราะห์ข้อมูล โดยการสรุปข้อมูลที่ได้จากแบบสัมภาษณ์แต่ละฉบับตามประเด็นที่ศึกษาแต่ละประเด็น จัดกลุ่มข้อมูลตามการอธิบายหรือบอกถึงกระบวนการดำเนินงานสุศึกษาตามมาตรฐานงานสุ

ศึกษา ความคิดเห็นและปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะ ของผู้ให้ข้อมูลว่ามีขั้นตอนกระบวนการ ความคิดเห็น และปัญหาอุปสรรคในแต่ละประเด็นที่ สัมภาษณ์อย่างไร

ผลการศึกษา

ตอนที่ 1 ข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถาม

1. ข้อมูลทั่วไป

เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานสุขศึกษา พบว่าส่วนมาก เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.8 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 58.3 รองลงมาคืออายุระหว่าง 31-40 ปี และ 26-30 ปี ร้อยละ 27.4 และ 8.3 ตามลำดับ อายุเฉลี่ยของผู้รับผิดชอบ งานสุขศึกษาประมาณ 41 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาสาธารณสุขศาสตร์(สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต) ร้อยละ 38.9 รองลงมา จบการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต และปริญญาตรี สาขาวิชาเอกสุขศึกษา/สุขศึกษา และพฤติกรรมศาสตร์ ร้อยละ 16.6 และ 2.3 ตามลำดับ จบปริญญาโท สาธารณสุขศาสตร์/พยาบาลศาสตรบัณฑิตและ ประเมินผล/รัฐศาสตร์ ร้อยละ 13.9

ตำแหน่งหน้าที่และสถานที่ปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ มีตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 51.9 รองลงมาตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุข ชุมชน และ พยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 19.05 และ 13.09 ตามลำดับ การศึกษาครั้งนี้รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้รับผิดชอบงานสุขศึกษาของสถานบริการทุกระดับ ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานที่สถานีอนามัย (สอ.) /ศูนย์สุขภาพชุมชน(ศสช.) ร้อยละ 91.67 ซึ่งจำนวนเจ้าหน้าที่ต่อหน่วยงาน ที่ปฏิบัติงานที่ สอ. หรือ ศสช. ที่พบสูงสุดคือมีจำนวน 4-5 คน ร้อยละ 47.62 สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เหลือปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลอำเภอ และโรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 7.14, 1.19 ตามลำดับ เป็นที่น่า

สังเกตว่า กลุ่มตัวอย่างได้ให้ข้อมูลว่าปฏิบัติงานที่แผนกงานอื่นๆ เช่น เวชปฏิบัติและครอบครัว งานส่งเสริมสุขภาพ ของโรงพยาบาล สูงถึงร้อยละ 71.42

ประสบการณ์หรือระยะเวลาที่รับผิดชอบงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของสถานบริการ ระยะเวลา 2 ปี ร้อยละ 27.4 รองลงมาคือรับผิดชอบ 3 และ 4 ปี รับผิดชอบน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี และ รับผิดชอบมานานมากกว่า 5 ปีขึ้นไป ร้อยละ 19.7และ 15.5 ตามลำดับ ระยะเวลาที่รับผิดชอบงานสุขศึกษาโดยเฉลี่ย 4 ปี(S.D. 4.20)งานสุขศึกษาเป็นงานที่มุ่งเน้นการสร้างเสริมความรู้ และทักษะที่จำเป็นสำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของประชาชน ผู้รับผิดชอบงานสุขศึกษาอาจจบการศึกษาด้านสุขศึกษาหรือสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ หรือควรได้รับการอบรม/ประชุม เกี่ยวกับการงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้มีความรู้และเข้าใจงาน แต่จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่รับผิดชอบงานสุขศึกษาเคยได้อบรมเพิ่มพูนความรู้ที่เกี่ยวข้องกับงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพครอบคลุม ร้อยละ 100 แต่ผู้เกี่ยวข้องควรต้องให้ความสนใจและสนับสนุนให้ได้อบรมเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนใหญ่อบรมเรื่องการดำเนินงาน/พัฒนางานสุขศึกษาตามมาตรฐานงานสุขศึกษา ร้อยละ 100 รองลงมา อบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง/ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วย การวิจัยสาธารณสุขและการวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ ร้อยละ 53.57,38.09 และ 35.71

สำหรับปัจจัยที่ทำให้การพัฒนางานสุขศึกษาตามมาตรฐานงานประสบความสำเร็จและได้รับการรับรอง เรียงตามอันดับ 5 แรก ได้แก่ ร้อยละ 85.71 ระบุในประเด็นตรงกันว่า คือ มีผู้รับผิดชอบงานสุขศึกษาโดยตรง รองลงมา ได้แก่ ผู้บริหารให้การสนับสนุน การมีนโยบายที่

ชัดเจน เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานเข้มแข็ง มีส่วนร่วม และการมีส่วนร่วมของชุมชน ร้อยละ 66.66, 47.61, 46.42, และ 20.23 ตามลำดับ

2. ความรู้ความเข้าใจในการพัฒนาคุณภาพงานสุขศึกษาตามมาตรฐาน งานสุขศึกษา

เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานสุขศึกษาส่วนมากมีความรู้ความเข้าใจในการพัฒนาคุณภาพงานสุขศึกษาในระดับพอใช้ ร้อยละ 90.47 และระดับที่ต้องปรับปรุงหรือพัฒนาองค์ความรู้เพิ่มเติม ร้อยละ 9.53 ซึ่งความรู้ความเข้าใจที่เกี่ยวกับสุขศึกษาที่พบว่าควรมีการอบรมหรือ

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนางานสุขศึกษาตามมาตรฐาน

ระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนา งานสุขศึกษาตามมาตรฐาน	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ดี	0	0.0	0	0.0	0	0.0
พอใช้	35	41.67	41	48.81	76	90.47
ต้องปรับปรุง	3	3.57	5	5.95	8	9.53
รวม	38	45.24	46	54.76	84	100.0
\bar{X} , S.D.	8.6, 2.16		8.8, 2.11		8.7 , 2.13	

3. กระบวนการพัฒนางานสุขศึกษาตามมาตรฐานงานสุขศึกษา 9 องค์ประกอบ

ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับกระบวนการพัฒนางานสุขศึกษาตามมาตรฐานงานสุขศึกษาของเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานสุขศึกษาของสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ พบในลักษณะคล้ายกันคือ มีการจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของหน่วยงาน กรรมการมาจากหลายฝ่ายทั้งภาครัฐและภาคประชาชน และการดำเนินงานสุขศึกษาจะยึดตามมาตรฐานงานสุขศึกษาแต่ละองค์ประกอบ ซึ่งแต่ละองค์ประกอบมีกระบวนการหรือวิธีการ ดังนี้

พัฒนาเพิ่มเติมให้ผู้รับผิดชอบงานสุขศึกษา ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจเชิงวิชาการที่เป็นองค์ความรู้เกี่ยวกับงานสุขศึกษาในเรื่อง การจัดทำฐานข้อมูลด้านสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะฐานข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพซึ่งพบว่ายังเป็นปัญหา โดยเจ้าหน้าที่ยังไม่เข้าใจข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ การจัดเก็บและการนำไปใช้ประโยชน์ แผนการดำเนินงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและการประเมินผลแผนงาน/โครงการสุขศึกษา ดังตารางที่ 1

องค์ประกอบที่ 1 นโยบายการดำเนินงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ พอสรุปได้ว่า การกำหนดนโยบายของหน่วยงานมีวิธีการที่ไม่แตกต่างกันมากนัก คือ การจัดประชุมคณะกรรมการเพื่อร่วมกันกำหนดนโยบายที่มีการร่างเตรียมไว้โดยเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงาน ลักษณะเนื้อหาของนโยบายมาจากนโยบายของ CUP, รพ. หรือ สสจ. และปัญหาสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่น ปัญหาเกี่ยวกับนโยบายคือ เจ้าหน้าที่บางส่วนระบุว่าระดับ สอ. หรือ สสข. อาจไม่จำเป็นต้องมีนโยบายของหน่วยงานตนเองแต่ควรให้ใช้นโยบายของ CUP ได้

องค์ประกอบที่ 2 ทรัพยากรการดำเนินงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ จากผลการศึกษาพอ

สรุปได้ว่า ผู้บริหารส่วนใหญ่ให้ความสำคัญต่องานสุขศึกษาเห็นได้จากมีการมอบหมายบุคลากรให้รับผิดชอบงานโดยตรง ซึ่งนับเป็นสิ่งที่ดีเพราะการมีผู้รับผิดชอบงานโดยตรงจะทำให้การบริหารจัดการงานสุขศึกษาสามารถทำได้อย่างต่อเนื่อง ส่วนปัญหาด้านบุคลากรที่พบคือเจ้าหน้าที่ระบุน่า จำนวนบุคลากรมีน้อย ไม่เพียงพอประชาชนที่รับผิดชอบ มีภาระงานมาก หลายด้าน ทำให้ทำงานสุขศึกษาไม่ครอบคลุมเท่าที่ควร และยังขาดความรู้ความเข้าใจในงานสุขศึกษา รวมทั้งเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบเปลี่ยนบ่อย เนื่องจากมีการโยกย้ายหรือลาไปศึกษาต่อ ทำให้การทำงานสุขศึกษาไม่ต่อเนื่อง ผู้ที่มารับงานใหม่ยังไม่ได้อบรมเรื่องงานสุขศึกษาจึงไม่มีความรู้ความเข้าใจงาน

ส่วนเรื่องของงบประมาณส่วนใหญ่ใช้การบริหารจัดการโดยการเขียนโครงการและขอสนับสนุนงบประมาณจาก CUP, อปท. อบต. หรือจังหวัด บางหน่วยงานขอสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุข ปัญหาด้านงบประมาณที่พบสูงสุดคือ การสนับสนุนงบประมาณโดยตรงของงานสุขศึกษาไม่ค่อยมี เจ้าหน้าที่ใช้วิธีบริหารจัดการและบูรณาการงบประมาณร่วมกับโครงการอื่น และเสนอแนะว่า CUP ควรจัดสรรให้เฉพาะการทำงานมาตรฐานสุขศึกษา

องค์ประกอบที่ 3 ระบบข้อมูลสารสนเทศงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กระบวนการจัดทำหรือพัฒนาฐานข้อมูล ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่มีการรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพจากการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ และจากระเบียนรายงาน มาสรุปเป็นฐานข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพของหน่วยงาน แต่ยังขาดการแยกประเภทข้อมูลและกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์อย่างแท้จริง สำหรับฐานข้อมูลเกี่ยวกับสื่อ มีการจัดทำทะเบียนควบคุมสื่อการรับ-จ่ายสื่อไว้ แต่ยังขาดการสรุปข้อมูลให้เป็น

ปัจจุบัน ส่วนฐานข้อมูลเครือข่าย ใช้วิธีการเช่นเดียวกับข้อมูลสื่อ คือทำทะเบียนเครือข่ายแยกเป็นประเภทของเครือข่ายไว้

ปัญหาที่พบของกระบวนการดำเนินงานในองค์ประกอบนี้ คือความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ วิธีการรวบรวม เครื่องมือที่ใช้ และการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพจากฐานข้อมูลเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากการสอบถามความรู้ของเจ้าหน้าที่ที่พบว่ายังขาดความรู้เรื่องฐานข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ

องค์ประกอบที่ 4 แผนการดำเนินงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กระบวนการจัดทำแผนหรือโครงการสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของหน่วยงาน พบว่า เจ้าหน้าที่มีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา 5 อันดับแรกที่ดำเนินการแก้ไข และ ร้อยละ 45.1 เขียนครบทั้ง 5 แผน อีกร้อยละ 41.0 เขียนแผน/โครงการบางปัญหาที่จัดลำดับไว้ ที่สำคัญพบว่า ร้อยละ 11.7 ไม่มีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา แต่เขียนแผนตามปัญหาของหน่วยงาน และตามที่นโยบายของ CUP กำหนด สำหรับลักษณะของการจัดทำแผนงาน/โครงการสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ที่พบคือไม่ได้เขียนแผนงานโครงการสุขศึกษาโดยตรง แต่เป็นแผนงาน/โครงการแก้ไขปัญหาแบบองค์รวม ซึ่งมีการกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จของแผน/โครงการด้านพฤติกรรมสุขภาพไว้ รวมทั้งมีกิจกรรมสุขศึกษาในแผนสอดคล้องกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์ที่พบว่าเจ้าหน้าที่บางคนเห็นด้วยกับการมีแผนงานโครงการสุขศึกษาแยกโดยเฉพาะ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานสุขศึกษาของโรงพยาบาล บางคนไม่เห็นด้วยเนื่องจากการดำเนินงานมีแผนยุทธศาสตร์ของหน่วยงานและมีกิจกรรมสุขศึกษาอยู่ในแผนแล้ว ซึ่งพบส่วนใหญ่ในกลุ่มเจ้าหน้าที่

ที่รับผิดชอบงานสุขศึกษาของสถานีนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน

ปัญหาอุปสรรคที่เจ้าหน้าที่ระบุคือ การแยกเขียนเป็นสุขศึกษาทำให้ยุ่งยาก เนื่องจากหน่วยงานใช้แผนยุทธศาสตร์ตามนโยบายหรือบูรณาการงานสุขศึกษากับแผนอื่นๆ แล้ว และเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบไม่เข้าใจเรื่องการเขียนแผนสุขศึกษา การกำหนดตัวชี้วัดด้านพฤติกรรมสุขภาพ

องค์ประกอบที่ 5 กิจกรรมสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานสุขศึกษาส่วนใหญ่ มีการกำหนดกิจกรรมสุขศึกษาในแผนงาน/โครงการที่ครอบคลุมกิจกรรมทั้งในสถานบริการและในชุมชน ลักษณะของกิจกรรมที่กำหนด ส่วนใหญ่เน้นกิจกรรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ พบเป็นส่วนน้อยที่มีการจัดกิจกรรมที่ครอบคลุมทั้ง 3 ปัจจัยได้แก่ การสร้างความรู้ ทักษะและพัฒนาปัจจัยแวดล้อม เช่นเดียวกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่บอกว่า ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมสุขศึกษา พบเป็นส่วนน้อยที่มีบอกว่ามีปัญหา คือ เจ้าหน้าที่มีน้อย และขาดทักษะเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมสุขศึกษา บางคนมีความเห็นว่าพฤติกรรมเปลี่ยนยาก

ปัญหาอุปสรรคที่พบมาก คือ กิจกรรมจัดไม่ได้ตามแผน มีงานเร่งด่วนอื่นมา ต้องทำก่อน และมีการจัดกิจกรรมหลายอย่างแต่ไม่ได้บันทึกรายงาน ทำให้ไม่มีหลักฐาน

องค์ประกอบที่ 6 การนิเทศงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กระบวนการ/วิธีการนิเทศติดตามงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของหน่วยงาน ทำโดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการนิเทศงาน และมีการทำแผนนิเทศ ส่วนการนิเทศติดตามงานส่วนใหญ่ให้อสม.เป็นผู้ช่วยติดตามงานในชุมชน โดยเจ้าหน้าที่

จัดประชุม อสม.เดือนละครั้งเพื่อพูดคุยปัญหาอุปสรรคจากการติดตามงาน

ปัญหาอุปสรรคเกี่ยวกับการนิเทศติดตามงาน คือ การติดตามงานไม่เป็นไปตามแผน ขาดความต่อเนื่อง หรือบางกิจกรรมไม่ได้นิเทศ เนื่องจากมีเจ้าหน้าที่น้อย และมีภาระงานมากหลายด้าน ไม่มีเครื่องมือนิเทศ ไม่มีการบันทึก ทำให้การรายงานผลการนิเทศไม่สมบูรณ์

องค์ประกอบที่ 7 การประเมินผลการดำเนินงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กระบวนการประเมินผลทำโดยมีการจัดทำแผน/แนวทางการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนงานโครงการ(5 แผน) ไว้ครบทุกแผน ส่วนการประเมินผลบางสถานบริการ เจ้าหน้าที่มีการประเมินผลครบทุกแผน บางสถานบริการประเมินผลบางแผน

ปัญหาอุปสรรคเกี่ยวกับการประเมินผลการดำเนินงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ คือ เจ้าหน้าที่ระบุว่าไม่มีความรู้ความชำนาญ ไม่มีความเข้าใจเรื่องการประเมินผลด้านพฤติกรรม ดังนั้นหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องควรมีการจัดอบรมความรู้เรื่องการประเมินผลให้แก่เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานสุขศึกษา เพื่อให้สามารถประเมินผลงานได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

องค์ประกอบที่ 8 การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานสุขศึกษาส่วนใหญ่จัดให้มีกิจกรรมเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ โดยกำหนดพฤติกรรมที่จะเฝ้าระวังจากปัญหาสาธารณสุขของประชาชนในพื้นที่ และตามปัญหาที่เป็นนโยบายของกระทรวง/จังหวัด/CUP อย่างไรก็ตามมีเจ้าหน้าที่บางคนเฝ้าระวังเชิงรับคือสรุปจากข้อมูลตามระบบรายงานที่มีการรวบรวมอย่างต่อเนื่อง

ปัญหาอุปสรรคเกี่ยวกับการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพที่พบคือ เจ้าหน้าที่ระบุว่าการเฝ้าระวังทำไม่ต่อเนื่อง เก็บข้อมูลไม่ครบ เนื่องจากมีภาระงานมาก

รวมทั้งเครื่องมือเฟ้ระวังไม่มี และเจ้าหน้าที่ไม่มีทักษะในการสร้างเครื่องมือ ซึ่งในประเด็นนี้หน่วยงานที่รับผิดชอบควรมีการจัดทำเครื่องมือเป็นมาตรฐานกลางในบางพฤติกรรมไว้ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถนำไปปรับใช้ได้

องค์ประกอบที่ 9 การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานสุขศึกษา ประมาณร้อยละ 60 ให้ข้อมูลว่าไม่ได้ทำวิจัยทุกปี ทั้งนี้ในการศึกษาวิจัย 1 เรื่อง ต้องใช้เวลาการทำตั้งแต่การเลือกปัญหา ออกแบบการวิจัย สร้างเครื่องมือ เก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล แปลผลและเขียนรายงาน ดังนั้นในภาวะปัจจุบันเนื่องจากเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานสุขศึกษาของสถานบริการส่วนใหญ่มี 1 คน และมีภาระงานหลายจึงอาจทำให้มีข้อจำกัดของเวลาที่จะทำวิจัย ในประเด็นนี้เจ้าหน้าที่ได้ให้ข้อเสนอแนะว่า การทำวิจัยควรปรับเป็น 2 ปี 1 เรื่อง

อย่างไรก็ตามในการทำวิจัย เจ้าหน้าที่ที่มีกระบวนการที่เหมาะสมในระดับหนึ่ง คือ มีการร่วมกันปัญหาในการวิจัยจากปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่รับผิดชอบ บางคนเลือก

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความพึงพอใจต่อการพัฒนางานสุขศึกษาตามมาตรฐานงานสุขศึกษา ภาพรวมทั้ง 3 ด้าน

ปัญหาจากงานประจำที่ทำอยู่ซึ่งนับเป็นการเริ่มต้นของการวิจัยที่ดีที่สามารถมองถึงปัญหาที่จะนำมาศึกษาวิจัยที่ใกล้ตัว ซึ่งจะทำให้ไม่ยุ่งยากเกินไปในการวิจัย

ปัญหาที่พบเกี่ยวกับการวิจัย คือ เจ้าหน้าที่ที่ระบุนำขาดความรู้และทักษะในการทำวิจัย ดังนั้นหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องควรมีการอบรมพัฒนาองค์ความรู้และทักษะให้เจ้าหน้าที่เรื่องการทำวิจัย

4. ผลการศึกษาความพึงพอใจต่อการพัฒนางานสุขศึกษาตามมาตรฐานงานสุขศึกษา

ความพึงพอใจนับเป็นสิ่งสำคัญของการดำเนินงาน หากเจ้าหน้าที่มีความพึงพอใจในงานจะทำให้มีการดำเนินงานที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานสุขศึกษาของโรงพยาบาล และ สอ./ศสข.ความพึงพอใจ ส่วนใหญ่โดยภาพรวมทั้ง 3 ด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.9 และ 48.1 โดยมีค่าเฉลี่ยโดยภาพรวมเท่ากับ 3.36 (S.D.=0.70) มีบุคลากรส่วนน้อยที่มีความพึงพอใจในระดับน้อยและน้อยที่สุด ดังตารางที่ 2

ระดับความพึงพอใจ	รพศ. รพท. รพช.		สอ./ศสข.		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
โดยภาพรวม 3 ด้าน						
มากที่สุด	1	14.3	1	1.3	2	2.4
มาก	3	42.9	32	41.6	35	41.7
ปานกลาง	3	42.9	37	48.1	40	47.6
น้อย	0	0	6	7.8	6	7.1
น้อยที่สุด	0	0	1	1.3	1	1.2
\bar{x} , S.D.	3.71	0.71	3.33	0.69	3.36	0.70

ด้านความพึงพอใจต่อเอกสาร/คู่มือแนวทางการ
 พัฒนางานสุขศึกษาตามมาตรฐานงานสุขศึกษา โดย
 ภาพรวมพบว่าบุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงาน
 ศึกษาของโรงพยาบาล มีความพึงพอใจต่อด้านนี้ส่วนมาก
 ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความพึงพอใจต่อการพัฒนางานสุขศึกษาตามมาตรฐาน
 งานสุขศึกษา ด้านเอกสาร/คู่มือแนวทางการพัฒนางานสุขศึกษาตามมาตรฐานงานสุขศึกษา

ระดับความพึงพอใจ	รพศ. รพท. รพช.		สต./ศสช.		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มากที่สุด	0	0	2	2.6	2	2.4
มาก	4	57.1	41	53.2	45	53.6
ปานกลาง	3	42.9	28	36.4	31	36.9
น้อย	0	0	5	6.5	5	6.0
น้อยที่สุด	0	0	1	1.2	1	1.2
\bar{x} , S.D.	3.57	0.53	3.49	0.71	3.50	0.70

ด้านความพึงพอใจต่อการสนับสนุนส่งเสริมการ
 พัฒนางานสุขศึกษาตามมาตรฐานงานสุขศึกษาโดย
 ภาพรวมพบว่าบุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงาน
 ศึกษาของโรงพยาบาล มีความพึงพอใจต่อด้านนี้ในระดับ
 ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความพึงพอใจต่อการพัฒนางานสุขศึกษาตามมาตรฐาน
 งานสุขศึกษา ด้านการสนับสนุนส่งเสริมการพัฒนางานสุขศึกษาตามมาตรฐานงานสุขศึกษา

ระดับความพึงพอใจ	รพศ. รพท. รพช.		สต./ศสช.		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มากที่สุด	1	14.3	0	0	1	1.2
มาก	4	57.1	29	37.7	33	39.3
ปานกลาง	1	14.3	31	40.3	32	38.1
น้อย	1	14.3	12	15.6	13	15.5
น้อยที่สุด	0	0	5	6.5	5	6.0
\bar{x} , S.D.	3.71	0.95	3.09	0.89	3.14	0.90

ด้านความพึงพอใจต่อกระบวนการพัฒนาคุณภาพงานสุขศึกษาของหน่วยงาน ตามองค์ประกอบ 9 องค์ประกอบ โดยภาพรวมพบว่าบุคคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานศึกษาของโรงพยาบาล มีความพึงพอใจต่อ

ด้านนี้ส่วนมากอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 42.9 และ สอ./ศสข. อยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 45.5 โดยมีค่าเฉลี่ยโดยภาพรวมเท่ากับ 3.90(S.D.=0.83) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความพึงพอใจต่อการพัฒนางานสุขศึกษาตามมาตรฐานงานสุขศึกษา ด้านกระบวนการพัฒนาคุณภาพงานสุขศึกษาของหน่วยงาน ตามองค์ประกอบ 9 องค์ประกอบ

ระดับความพึงพอใจ	รพศ. รพท. รพช.		สอ./ศสข.		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มากที่สุด	1	14.3	2	2.6	3	3.6
มาก	3	42.9	30	39.0	33	39.3
ปานกลาง	2	28.6	35	45.5	37	44.0
น้อย	1	14.3	7	9.1	8	9.5
น้อยที่สุด	0	0	3	3.9	3	3.6
\bar{x} , S.D.	3.57	0.97	3.27	0.82	3.90	0.83

อภิปรายผล

จากการประเมินครั้งนี้จะเห็นว่า การดำเนินงานสุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพตามมาตรฐานงานสุขศึกษา เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานสุขศึกษาส่วนมากมีความรู้ความเข้าใจในการพัฒนาคุณภาพงานสุขศึกษาในระดับพอใช้ ร้อยละ 90.47 ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจเชิงวิชาการที่เป็นองค์ความรู้เกี่ยวกับงานสุขศึกษา ความรู้ความเข้าใจที่พบว่ายังเป็นปัญหาของเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานนี้สอดคล้องกับที่พบว่าเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานส่วนใหญ่ได้จบการศึกษาในสาขาสาธารณสุขศาสตร์และพยาบาลศาสตร์ และการอบรมที่เคยได้รับส่วนใหญ่จะเป็นการอบรมเรื่องการพัฒนามาตรฐานงานสุขศึกษาและแต่ละองค์ประกอบเป็นส่วนใหญ่ ไม่ใช่การอบรมเกี่ยวกับองค์ความรู้ในงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพโดยตรง ส่วนเกี่ยวกับกระบวนการพัฒนางานสุขศึกษาตามมาตรฐานงานสุขศึกษา ของเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานสุขศึกษาของ

สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ พบในลักษณะคล้ายกัน คือ มีการจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของหน่วยงาน กรรมการมาจากหลายฝ่ายทั้งภาครัฐและภาคประชาชน และการดำเนินงานสุขศึกษาจะยึดตามมาตรฐานงานสุขศึกษาแต่ละองค์ประกอบ ด้านความพึงพอใจเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานสุขศึกษาของโรงพยาบาล และ สอ./ศสข.ความพึงพอใจส่วนใหญ่โดยภาพรวมทั้ง 3 ด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.9 และ 48.1 โดยมีค่าเฉลี่ยโดยภาพรวมเท่ากับ 3.36(S.D.=0.70) มีบุคลากรส่วนน้อยที่มีความพึงพอใจในระดับน้อยและน้อยที่สุด

ข้อเสนอแนะ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากแบบสอบถามและข้อมูลคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ในกลุ่มเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานสุขศึกษาของ

สถานบริการสาธารณสุข สรุปได้ว่าเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานสุขศึกษามีความสนใจ และตั้งใจในการพัฒนางานสุขศึกษาตามมาตรฐานงานสุขศึกษา แต่ยังมีข้อจำกัดในเรื่องของความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานสุขศึกษาทั้งเรื่องของการจัดทำแผน การประเมินผล การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ การวิจัย และการพัฒนานวัตกรรม ประกอบกับดัชนีและเกณฑ์ในแต่ละองค์ประกอบของมาตรฐานงานสุขศึกษามีความละเอียดมากจึงทำให้เจ้าหน้าที่ดำเนินงานได้ไม่ครอบคลุมหรือมีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ข้อเสนอแนะเพื่อให้การพัฒนางานสุขศึกษาตามมาตรฐานงานสุขศึกษาดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีดังนี้

1. กระทรวงสาธารณสุขควรมีการผลักดันให้มีกลุ่มงาน หรือ งานสุขศึกษาขึ้นในระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลอำเภอ รวมทั้งกำหนดให้มีอัตรากำลังเจ้าหน้าที่งานสุขศึกษาที่เหมาะสมตามระดับสถานบริการ

2. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ควรเป็นแกนกลางร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในการจัดโครงการอบรมระยะสั้น หรือจัดหลักสูตรการดำเนินงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ที่ครอบคลุมเรื่องการวางแผน การประเมินผล การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ การวิจัย และการพัฒนานวัตกรรม ให้แก่เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานสุขศึกษาเพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจในงาน

3. พัฒนากลไกการติดต่อสื่อสาร การติดตามสนับสนุนระหว่างกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อสนับสนุนให้สถานบริการสาธารณสุขมีการดำเนินงานสุขและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

4. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ควรเป็นแกนกลางร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สร้าง

เครือข่ายงานสุขศึกษาระหว่างเขต และระหว่างภาคเพื่อให้เกิดการพัฒนาองค์ความรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์หรือความสำเร็จของการดำเนินงาน รวมทั้งนวัตกรรม อย่างกว้างขวาง

5. สร้างระบบการจูงใจในการดำเนินงานสุขศึกษาตามมาตรฐานงานสุขศึกษาให้กับเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบ ซึ่งอาจเป็น การให้รางวัล เงิน โบนัส นอกเหนือจากการให้ประกาศรับรองคุณภาพ

6. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในการนำมาตรฐานงานสุขศึกษา ฉบับปรับปรุง พ.ศ.2552 ไปใช้เพื่อศึกษาถึงความเหมาะสมของดัชนีและเกณฑ์ ปัญหาอุปสรรคของการนำไปใช้

7. ควรมีการปรับปรุงคู่มือ หรือแนวทางการดำเนินงานตามมาตรฐานงานสุขศึกษาทั้ง 9 องค์ประกอบ เพื่อประโยชน์แก่เจ้าหน้าที่ในการนำไปเป็นแนวทางการดำเนินงาน

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองสุศึกษา, กระทรวงสาธารณสุข. การพัฒนามาตรฐาน งานสุขศึกษาของสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ปีงบประมาณ 2546. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตร, 2546. หน้า 2.
2. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองสุศึกษา, กระทรวงสาธารณสุข. เอกสารประกอบการประชุมสัมมนาการประเมินและรับรองมาตรฐานงานสุขศึกษา วันที่ 11 กรกฎาคม 2551 ณ โรงแรมริชมอนด์ จังหวัดนนทบุรี: 2551.
3. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองสุศึกษา, กระทรวงสาธารณสุข. ทำเนียบสถานบริการสาธารณสุขที่ได้รับ การรับรองมาตรฐานงานสุขศึกษา ปีงบประมาณ

- 2547-2550. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ: 2550.
4. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองสุศึกษา, กระทรวงสาธารณสุข. ความคิดเห็นและความพึงพอใจต่อมาตรฐานงานสุศึกษา. กองสุศึกษากรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2550.(เอกสารอัดสำเนา)
5. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองสุศึกษา, กระทรวงสาธารณสุข. เอกสารการประชุมสัมมนา เรื่องการประเมินรับรองมาตรฐานงานสุศึกษา วันที่ 11 กรกฎาคม 2551 ณ โรงแรมริชมอนด์ จังหวัดนนทบุรี: 2550.
6. เพ็ญศรี เกิดนาค, สุดาพร ดำรงวานิช, และจารุณี ชัยชาญชีพ. “การพัฒนาระบบคุณภาพงานสุศึกษาแบบมีส่วนร่วมของสถานบริการสาธารณสุข”. ในรายงานสรุปผลงานวิชาการกองสุศึกษา ปีงบประมาณ 2550. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, นนทบุรี: 2551, หน้า 135-45.

ผลของการเสริมสร้างพลังควบคู่กับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง
ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัส ณ โรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่
(Effects of Empowerment Together with Social Supports to Health Behaviors among HIV
Infected Persons and AIDS Patients Currently Receiving Anti-retroviral in Sansai Hospital,
Chiang Mai)

อำพร ธินะ พย.บ.

โรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

Amporn Tina B.N.S.

Sansai Hospital, Chiang Mai. Province

บทคัดย่อ

สังคมบางส่วน ยังมีการรังเกียจผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพ งานวิจัยนี้ เป็น การวิจัยและพัฒนา มีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนารูปแบบกิจกรรมการเสริมสร้างพลังควบคู่กับการสนับสนุนทางสังคม และ ศึกษาผลของกิจกรรมนี้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่รักษาด้วยยาต้านไวรัส แบ่ง การวิจัยเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะประเมินสถานการณ์ ระยะดำเนินการ และระยะประเมินผล กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ติดเชื้อ เอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 25 คน เป็นชายทั้งหมด คัดเลือกแบบเจาะจง กิจกรรมประกอบด้วยการจัดอบรมเชิง ปฏิบัติการเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการใช้ยาต้านไวรัส ฝึกทักษะการออกกำลังกาย ฟ้อนคลายความเครียด จัด กิจกรรมกลุ่ม และให้การสนับสนุนทางสังคม ศึกษาทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้แบบสอบถาม การ สทนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก ผลลัพธ์ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ และการใช้ยาต้านไวรัส การดูแลตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ของกิจกรรม ทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนและ หลังการดำเนินการด้วยสถิติ Paired T-test ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้เทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษา พบว่า ระยะ วิเคราะห์สถานการณ์พบกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาสุขภาพทางกาย จิตสังคม เศรษฐกิจ พฤติกรรมดูแลตนเองไม่เหมาะสม และได้รับการสนับสนุนทางสังคมไม่เพียงพอ ระยะดำเนินการพบว่าอาสาสมัครส่วนใหญ่พอใจต่อกิจกรรม และเห็นว่า เป็นประโยชน์ ระยะประเมินผลพบว่าผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ มีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการใช้ยาต้านไวรัสเพิ่มขึ้น ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติเพิ่มขึ้น รู้ว่าตนเองมีคุณค่า มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสมและสอดคล้อง กับวิถีชีวิตมากขึ้น สุขภาพแข็งแรงขึ้นและพึงพอใจในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง สรุปได้ว่ากิจกรรมการสนับสนุนทาง สังคมและการเสริมสร้างพลังช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม มี สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวและชุมชน และสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ต่อไป

คำสำคัญ: พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์

Abstract

Social stigma and discrimination against HIV infected and AIDS patients result in unhealthy health behaviors. This research aim to develop an activity model using empowerment and social support concepts and to test whether this intervention help improve health behaviors among this population. This study is divided into 3 phases; situation analysis, implementation, and evaluation. The 25 subjects were all males and purposively sampled. The activities comprised of; workshop on HIV and anti-retroviral knowledge, skill development on physical exercises, stress release, and group activities. Quantitative data were collected using interview questionnaires, while qualitative data were collected using focus group discussion and in-depth interview techniques respectively. The outcome variables were HIV and anti-retroviral related knowledge, health behaviors, self-esteem, and expectation to the intervention. Differences in pre and post intervention averages were tested using paired T-test. Qualitative data were analyzed using content analysis technique. The results found that for situation analysis phase, most subjects had problem regarding physical health, psycho-social, economics, unhealthy health behaviors, and inadequate social supports. All participants revealed that they satisfied with the activities and thought that the activities were useful to them during implementation. For evaluation phase, the participants had higher knowledge with regards to HIV disease and anti-retroviral treatment, higher expectation on the intervention, higher self-esteem, better health behaviors that comply to their daily life activities, better physical health, and satisfied on how they could solve the problems by themselves. In conclusion, this intervention using empowerment and social support strategies helped improved health behaviors of HIV infected persons and AIDS patients as well as the relationship with families and communities. This model can be used in other chronic disease patients.

Keywords: Health behaviors, HIV, AIDS

บทนำ

การแพร่ระบาดของโรคเอดส์เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก และจากสถานการณ์โรคเอดส์ภาคเหนือตอนบน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่ ได้รับรายงานว่าพบสูงสุดที่จังหวัดลำพูน รองลงมา พะเยา และลำปาง ตามลำดับ สำหรับจังหวัดเชียงใหม่ กลับมีแนวโน้มในเพศชายเพิ่มสูงขึ้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุในช่วงวัยแรงงาน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง รองลงมาคือ เกษตรกรรม, เด็กเล็ก, ค้าขาย และอำเภอที่มีอัตราป่วยสูงสุด 5

อันดับแรกในปี พ.ศ.2552 ได้แก่ สันกำแพง, แม่ริม, เชียงดาว, สันป่าตอง และสันทราย¹⁻³ สำหรับผลการดำเนินงานควบคุมโรคเอดส์ของโรงพยาบาลสันทราย ณ กันยายน 2552 พบว่า จากการสอบถามข้อมูลเบื้องต้นด้วยตนเองของผู้วิจัย พบปัญหา ผู้ป่วยยังขาดความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ บางคนไม่มาตามนัด บางคนยังไม่เปิดเผยผลเลือด ส่วนดูแลตนเองเรื่องสุขภาพ ยังดื่มแอลกอฮอล์ และสูบบุหรี่ บางรายมีเพศสัมพันธ์กับคู่อีกโดยไม่สวมถุงยางอนามัย อย่างสม่ำเสมอ ทั้งความถูกต้อง และครบถ้วนของการการ

รับประทานยาต้านไวรัส ในผู้ป่วยบางรายยังต่ำกว่าเป้าหมาย⁴ จะเห็นได้ว่าโรคเอดส์ เป็นภาวะคุกคามที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ สำหรับองค์ประกอบที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีคือ การรับประทานยาต้านไวรัสอย่างถูกต้อง ครบถ้วนและสม่ำเสมอ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ภายและสุขภาพจิต การลดพฤติกรรมเสี่ยง การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย อีกทั้งจากการประชุมกลุ่มผู้ติดเชื้อศูนย์องค์รวม พบว่าวิธีการหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีคุณภาพชีวิตที่ดีคือ การเสริมสร้างพลังควบคู่กับการสนับสนุนทางสังคมในรูปแบบต่างๆ⁵⁻⁸

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์แนวคิดดังกล่าวมาเป็นแนวทางจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในแนวทางที่เหมาะสม โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบกิจกรรมการเสริมสร้างพลังควบคู่กับการสนับสนุนทางสังคม ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส และทราบถึงผลของการเสริมสร้างพลังควบคู่กับการสนับสนุนทางสังคม ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส โดยเปรียบเทียบก่อนและหลังในประเด็นพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส การเห็นคุณค่าในตนเอง และความหวังหลังการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง โดยขอบเขตการศึกษาคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส ณ โรงพยาบาลสันทราย ปีงบประมาณ 2553 จำนวน 25 ราย ใช้การคัดเลือกแบบเจาะจง จากผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีปัญหาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ด้วยกระบวนการเสริมสร้างพลังประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นพบสภาพการณ์จริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม และการคงไว้

ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ⁹ เพื่อให้ได้รูปแบบกิจกรรมการเสริมสร้างพลังควบคู่กับการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่สามารถเผยแพร่ นำไปใช้ในสถานพยาบาล ตลอดจนคลินิกอื่นๆ ได้ และสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ ตลอดจนการใช้ยาต้านไวรัสดีขึ้น อันจะนำไปสู่ชีวิตที่ยืนยาวอย่างมีคุณภาพ สามารถประกอบอาชีพ หารายได้ให้ครอบครัว มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา เก็บข้อมูลทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ พื้นที่ดำเนินการวิจัยเจาะจง คือ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ประชากรและกลุ่มตัวอย่างมุ่งเน้นเฉพาะเจาะจงในผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ที่มีปัญหาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง และ ผู้ป่วยเอดส์ที่รักษาด้วยยาต้านไวรัส และไม่เป็นวัณโรคระยะแพร่เชื้อหรือโรคติดเชื้อฉวยโอกาสอื่นๆ ที่มารับรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 25 คน เป็นชายทั้งหมด การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ประเมินสถานการณ์ ดำเนินการและประเมินผล ระยะที่ 1 ขึ้นประเมินสถานการณ์ ศึกษาปัญหา และความต้องการของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ประเมินพฤติกรรมสุขภาพ และการให้บริการบุคลากร ระยะที่ 2 ประชุมทีมสุขภาพ, ประชุมกลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ร่วมกับแกนนำ, จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้ความรู้, ฝึกทักษะการออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด, การใช้แกนนำ case looked down เพื่อสร้างความหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ, จัดกิจกรรมกลุ่ม ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์, ติดตามผลย้อนหลัง, การให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวผู้ป่วยเอดส์ และการสนับสนุนด้านการเงิน(หาแหล่งทุนสนับสนุน) ระยะที่ 3 ความรู้เรื่องโรคเอดส์และ

การใช้ยาต้านไวรัส, การปฏิบัติตนในการดูแลตนเอง, การเห็นคุณค่าในตัวเอง, ความคาดหวังในผลลัพธ์การปฏิบัติ และภาวะสุขภาพ

การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ใช้วิธีการเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการใช้ยาต้านไวรัสพฤติกรรมดูแลตนเอง และแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ และใช้ข้อมูลทุติยภูมิ โดยศึกษาจากแฟ้มประวัติการรักษา และ ผลการตรวจ CD₄, VL ส่วนการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึกหลังการอบรม 2 เดือนเป็นจำนวน 2 ครั้งและภาพถ่าย ส่วนการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงของเนื้อหา และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ก่อนทำการวิจัย และให้คำถามต่างๆ มีค่าความยากง่ายอยู่ที่ 0.2-0.8 และค่าอำนาจจำแนกอยู่ตั้งแต่ 0.2)¹⁰ มีการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงปริมาณโดยใช้โปรแกรม SPSS เพื่อหาร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ซึ่งเป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐานการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลทางคุณลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่ม ก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนา เกี่ยวกับความรู้ เรื่องโรคเอดส์และการใช้ยาต้านไวรัส การปฏิบัติตนในการดูแลตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเองโดยใช้สถิติ Paired t-test วิเคราะห์ผลการตรวจ CD₄, VL ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นข้อมูลที่ได้จากการสนทนา สังเกตพฤติกรรม ข้อมูลที่ได้ในแต่ละครั้งหลังจากตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลแล้วจะนำมาแยกออกเป็นหมวดหมู่ตามประเด็น จากนั้นทำการตีความจากข้อมูลที่ได้ ตาม

การรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งทั้งหมดเป็นการวิเคราะห์จากเนื้อหาของข้อมูล ที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลเพื่อสรุปเชื่อมโยงความสัมพันธ์และเหตุผลในประเด็นปัญหาที่ศึกษา

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ของปัญหา ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณ ผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง อาสาสมัครทุกรายที่เข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ จำนวนทั้งสิ้น 25 คน เป็นเพศชายทั้งหมด อายุระหว่าง 22-45 ปี สถานภาพ คู่ โสด และเป็นหม้าย ร้อยละ 44, 36 และ 20 ตามลำดับ ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุดร้อยละ 76 รองลงมาคือ ทำเกษตรกรรมร้อยละ 12 ศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า มากที่สุดร้อยละ 64 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 28 ราย รายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 72 รายได้เฉลี่ย 4,098 บาทต่อเดือน อยู่ในครอบครัวเดี่ยวมากที่สุดร้อยละ 60 สถานภาพในครอบครัว เป็นสมาชิกร้อยละ 48 เป็นหัวหน้าครอบครัวร้อยละ 52 ในด้านผู้ที่ให้การดูแลช่วยเหลืออาสาสมัคร พบว่าส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสร้อยละ 24 เป็นบิดาและมารดาร้อยละ 16 และญาติพี่น้องอื่นร้อยละ 12 อาสาสมัครเปิดเผยสถานภาพการติดเชื้อมีครอบครัวและชุมชนร้อยละ 76

ส่วนที่สอง ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็นได้เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) แข็งแรงดีเหมือนคนปกติ 18 คน ในจำนวนนี้มีผล CD₄>400 cells 13 คน และ CD₄>350 cells 5 คน 2) สุขภาพใกล้เคียงคนปกติ 7 คน ในจำนวนนี้มีผล CD₄>250 cells 4 คน และ CD₄<200 cells 3 คน เคยมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ได้แก่ เชื้อราเยื่อหุ้มสมอง 2 ราย วัณโรคปอด 1 ราย และสมองอักเสบจาก

เชื้อท็อกโซพลาสมา 1 ราย ทั้งหมดสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี และทำงานได้ สำหรับผลการตรวจ Viral Load ล่าสุด 22 รายพบว่า VL<40 copies/ml ที่เหลืออีก 3 ราย มีระดับ VL เท่ากับ 63, 1,660, และ 2,670 ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 ปัญหาและความต้องการด้านต่างๆ
สุขภาพอ่อนแอ ในช่วงที่มีอาการจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาส, ด้านจิตสังคม เนื่องจากถูกรังเกียจ แยกแยก บางครั้งรู้สึกด้อยคุณค่า, ปัญหาเศรษฐกิจ และความสัมพันธ์ในครอบครัว, ระบบบริการสุขภาพที่ยังไม่ตอบสนองความต้องการ, ขาดการสนับสนุนทางสังคม, กลวิธีการให้บริการสุขภาพที่มีอยู่ยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอในการสร้างความตระหนักต่อการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ เพื่อพัฒนาพฤติกรรม การดูแลตนเอง และการดูแลตนเองที่ยั่งยืนของผู้ติดเชื้อ
ผู้วิจัยได้ดำเนินการ ดังนี้

ขั้นเตรียมการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ประชุมกลุ่มทีมสหวิชาชีพและแกนนำกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อวิเคราะห์และค้นหาแนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสมกับสภาพที่เป็นอยู่, ประชุมบุคลากรทางการแพทย์ผู้มีหน้าที่ในการดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์ เพื่อจัดระบบบริการที่เอื้ออำนวยต่อการเข้าถึงบริการ, ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการช่วยเหลือ ได้แก่ การให้การปรึกษาตามมาตรฐานวิชาชีพ การให้บริการคลินิก OI/ ARV เพื่ออำนวยความสะดวกในการเข้าถึงบริการของโรงพยาบาล สันทราย และการสนับสนุนจากองค์กรภายนอก ได้แก่ เทศบาลเมืองแม่ใจ และเทศบาลตำบลอื่นๆ กองทุนเอดส์หมู่บ้าน และองค์กรเอกชน

ขั้นดำเนินการ จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้ความรู้ และฝึกทักษะที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์ การรักษาด้วยยาต้านไวรัส การออกกำลังกายที่เหมาะสม การฝึกผ่อนคลายความเครียดการป้องกัน

การแพร่และรับเชื้อเอดส์ การรับประทานยาต้านให้ตรงเวลาและต่อเนื่อง และการหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด, แลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างแกนนำผู้ติดเชื้อกับอาสาสมัครของโครงการ ในประเด็นพฤติกรรม การดูแลตนเอง ซึ่งได้ข้อสรุปจากกระบวนการนี้ว่า ปัจจัยที่ทำให้ป่วยช้าหรือเร็ว ขึ้นกับระดับภูมิคุ้มกันที่มีอยู่เดิม การดูแลสุขภาพตนเองทั้งทางกายและจิตใจ การรับเชื้อเพิ่ม ความรุนแรงของเชื้อ และการดูแลรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ระหว่างกระบวนการนี้ กลุ่มตัวอย่างมีการพูดคุยซักถาม และมีบรรยากาศการเรียนรู้ที่เป็นกันเอง หลังการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างมีข้อตกลงร่วมกันในการลด ละ เลิกสิ่งเสพติดทุกชนิด รับประทานอาหารที่สุกสะอาด ออกกำลังกายอย่างเหมาะสม คลายเครียด รับประทานยาตรงเวลาอย่างต่อเนื่อง และไม่แพร่เชื้อเอดส์, กิจกรรมกลุ่มระหว่างเพื่อนกับเพื่อน เพื่อสร้างเสริมพลัง 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering Reality) ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical Reflection) ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิถีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม (Taking Charge) ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding On) โดยได้มีการแบ่งกลุ่มเพื่อปรึกษาและค้นหาแนวทางการปฏิบัติตนเพื่อการดูแลตนเองในประเด็นต่างๆ อย่างใกล้ชิด ให้เพื่อนที่เข้าใจในอารมณ์ความรู้สึกของกันและกัน, ให้การปรึกษาแก่ครอบครัวผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ โดยจัดระบบบริการให้การปรึกษาเรื่อง โรคเอดส์แก่ผู้ป่วยและครอบครัว มีพยาบาลผู้ให้การปรึกษาเป็นผู้ให้บริการ มีห้องให้การปรึกษาที่เป็นสัดส่วน และใช้กระบวนการให้การปรึกษาตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่ออำนวยความสะดวกในการเข้าถึงบริการ, จัดตั้งกลุ่มผู้ติดเชื้อเอดส์ วางแผนการดำเนินการกลุ่มและนัดประชุมกลุ่มเดือนละ 1 ครั้ง โดยกำหนดการประชุมทุกวันศุกร์ที่ 3 ของเดือน กิจกรรมใน

การประชุมทุกครั้งได้แก่ การให้ความรู้ใหม่ๆ ตามความต้องการของกลุ่มสมาชิก การพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การให้กำลังใจซึ่งกันและกัน นอกจากนี้คือการออกติดตามเยี่ยมบ้านสมาชิกในกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพ การให้การปรึกษาแก่ครอบครัวผู้ป่วยเอดส์ถึงที่บ้านโดยแกนนำ

ระยะที่ 3 การประเมินผล

1. การประเมินผลจากการหลังจากเข้าร่วมโครงการ ในภาพรวม จากผลการสัมภาษณ์ และแบบประเมิน พบว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการ มีความสนุกสนาน รู้สึกดี มีกำลังใจ รู้สึกมีคุณค่า ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับเพื่อนๆ และมีความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรม จากแบบประเมินความพึงพอใจหลังจากเข้าร่วมโครงการเฉลี่ยร้อยละ 88.7 ซึ่งจากแบบประเมินตนเองตามมาตรฐานงานสุขศึกษาของโรงพยาบาลชุมชน ฉบับปรับปรุง ปี 2552 ถือได้ว่างานอยู่ระดับดี

2. ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการใช้ยาต้านไวรัสพบว่า ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่าก่อนการพัฒนากลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ มีคะแนนความรู้โดยเฉลี่ย 11.08 คะแนน กลุ่มที่ได้คะแนนสูง(ร้อยละ 80 ขึ้นไปหรือ 12-15 คะแนน) มีจำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 44 กลุ่มที่มี คะแนนระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79 หรือ 9-12 คะแนน) มีจำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 32 หลังการพัฒนาพบว่า กลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.00024) พบว่า กลุ่มที่ได้คะแนนสูง (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) มีจำนวนเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 44 เป็นร้อยละ 88 คะแนนเฉลี่ย 13.8 คะแนน คะแนนต่ำสุด 12 คะแนน สูงสุด 15 คะแนน

3. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า

กลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่มีคะแนนการปฏิบัติตน หลังการพัฒนาสูงขึ้นเพียงเล็กน้อย ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ก่อนพัฒนา กลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ มีคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองเท่ากับ 40.24 คะแนนกลุ่มที่คะแนนอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 44 กลุ่มที่มีคะแนนอยู่ในระดับสูงจำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 52 หลังการพัฒนาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองหลังการพัฒนา มีค่าสูงเพียงเล็กน้อย ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5. การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ก่อนการพัฒนา กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติเท่ากับ 44.08 กลุ่มที่มีค่าคะแนนความคาดหวัง อยู่ในระดับสูงมีจำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 92 หลังการพัฒนาพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.0004) กลุ่มที่มีค่าคะแนนความคาดหวัง อยู่ในระดับสูงมีจำนวนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 92 เป็นร้อยละ 100 ของทั้งหมด

6. ภาวะสุขภาพหลังดำเนินการสร้างเสริมพฤติกรรม ข้อมูลเชิงคุณภาพพร้อมกับข้อมูลประวัติการตรวจรักษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ รักษาด้วยยาต้านไวรัสมานานเกิน 5 ปี จำนวน 11 คน รักษาด้วยยาต้านไวรัสมานานเกิน 2 ปี จำนวน 11 คน รักษาด้วยยาต้านไวรัสมานานเกิน 1 ปี จำนวน 2 คน และรับประทานยาในช่วง 6-12 เดือน 1 คน ส่วนการตรวจนับเม็ดเลือดขาว (CD₄) ซึ่งประเมินทุก 6 เดือน ในกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในช่วงการประเมิน มีระดับ CD₄ สูงขึ้นมากกว่า 350 เซลล์/ซีซี มี

2 ราย ที่มีผลคือยาได้รับพิจารณาและเปลี่ยนสูตรคือยาไปแล้ว ซึ่งก่อนเริ่มยาต้านผู้ป่วยทุกรายจะมีระดับ CD₄ ต่ำกว่า 200 ทูกราย

อภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 25 คน เป็นเพศชายทั้งหมด เนื่องจากการสำรวจ พบว่าผู้ที่ติดเชื้อเพศชายมีพฤติกรรมการดูแลที่ไม่เหมาะสมมากกว่าเพศหญิง เช่น ดื่มสุรา สูบบุหรี่ หรืออื่นๆ ที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากสังคมไม่ค่อยดำเนินส่วนเพศหญิงมีพฤติกรรมดังกล่าวน้อยกว่า กลุ่มตัวอย่างอายุอยู่ในช่วง 22-45 ปี โดยเฉลี่ยอายุ 41.2 ปี ซึ่งจากการวิจัยพบว่ากลุ่มที่ติดเชื้อมากที่สุดในวัยแรงงาน และเมื่อพิจารณาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างคือ เป็นวัณโรค 4 ราย รองลงมาคือ โรคปอดบวมจากเชื้อ *Pneumocystis carinii pneumonia* (PCP) ซึ่งตรงกับอุบัติการณ์การเกิดโรคฉวยโอกาสที่กระทรวงสาธารณสุขรายงานไว้ ร้อยละ 25.6 และ 18.7 ตามลำดับ^{5,6} เมื่อพิจารณาถึงอาชีพและรายได้ พบว่าส่วนใหญ่ มีอาชีพหลักคือทำการเกษตรและรับจ้าง มีรายได้ต่ำ (เฉลี่ย 4,098.3 บาท/เดือน) อาชีพและรายได้มีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษาที่อยู่ในระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 64) เมื่อเกิดการเจ็บป่วยไม่สามารถทำงานได้ รายได้ก็ไม่มี ซึ่งเป็นอุปสรรคอย่างหนึ่งในการมารับบริการที่โรงพยาบาลและการดูแลตนเอง

จากข้อค้นพบผลการสัมภาษณ์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ระยะที่ 1 จึงพบว่าปรากฏการณ์ในการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเอดส์ มีระยะการดูแล ดังนี้ 1) เมื่อรู้ว่าติดเชื้อเอดส์ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะปกปิดสภาพการติดเชื้อระยะเวลาการปกปิด ถ้าไม่มีอาการเจ็บป่วยก็ไม่ได้ใส่ใจดูแล ปล่อยระยะเวลาจนกระทั่งเกิดอาการผิดปกติจึงเริ่ม

หันมาใส่ใจ ซึ่งมีผลทำให้เข้าสู่ระบบบริการช้า 2) ปัจจัยส่วนบุคคลพบว่าบุคคลที่ใส่ใจดูแลสุขภาพตนเองดีมากก่อนมักจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองเร็วขึ้น จากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้ป่วยที่มีรายได้สูงจะดูแลตนเองได้เร็วกว่าและมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาเหมาะสมกว่า 3) ครอบครัวมีบทบาทอย่างมากในการช่วยให้ผู้ป่วยมีพลังใจที่จะดำเนินชีวิตต่อไปเนื่องจากเป็นบุคคลที่ครอบครัวรักและเป็นห่วง 4) ปัญหาเศรษฐกิจที่เชื่อมโยงมาจากอาชีพ รายได้ ระดับการศึกษาจะส่งผลมาถึงการมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่เหมาะสม จากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยเอดส์ที่มีระดับการศึกษามีรายได้พอเพียงจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีกว่า 5) ระบบการบริการในโรงพยาบาลปัจจุบัน พบว่าสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเอดส์ได้ครอบคลุมระดับหนึ่ง แม้ผู้ป่วยเอดส์แต่ละคนมีปัญหาที่ซับซ้อนการแก้ไขต้องใช้บุคลากรเป็นทีม หรือ สหสาขาวิชาชีพพร้อมกันทำงานอย่างต่อเนื่อง 6) การสนับสนุนทางสังคม ในปัจจุบันมีแหล่งเงินทุนที่ให้การช่วยเหลือผู้ที่ได้รับผลกระทบการเปิดเผยตนเองเท่านั้น ส่วนในลักษณะที่ยังเข้าไปไม่ถึงคือ กลุ่มที่ปกปิดสภาพตนเองอย่างไรก็ตามต้องให้ข้อมูลเรื่องแหล่งทุนเสมอ 7) กลวิธีที่สร้างความสำเร็จคือ การสร้างความไว้วางใจ สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการเป็นจุดเริ่มต้นของการเสริมสร้างพลังพฤติกรรมดูแลตนเอง รูปแบบการเสริมสร้างพลังต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ผลการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังควบคู่กับการสนับสนุนทางสังคม รูปแบบการศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ใช้ยาต้านไวรัสโดยเน้นการดูแลตนเองตามแนวคิดของโอเร็มและกิบัน¹¹ เป็นแนวคิดการสร้างพลังเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การค้นพบและยอมรับสภาพการณ์จริง การสะท้อนคิด

ข้อดีและข้อเสีย การค้นหาทางเลือกกิจกรรมที่เหมาะสม และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เป็นวิธีที่ดีระดับหนึ่ง โดยวิธีต่างๆ ดังนี้ การให้ความรู้และฝึกทักษะ ผลการวิจัยระยะที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และขาดทักษะในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันและชะลอการเกิดโรค ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นจึงเน้นพัฒนาความรู้และทักษะที่จำเป็น โดยสร้างเสริมศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ถูกต้องเหมาะสม ผ่านทางการใช้การเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมในการจัดอบรม ให้ความรู้โดยเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลางส่งผลให้การเรียนรู้มีความสนุกสนานไม่น่าเบื่อ รวมทั้งการเปิดโอกาสให้ผู้เรียนซักถามข้อข้องใจ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้เรียนผู้สอน ผลการวิจัยพบว่า การใช้วิทยากรซึ่งเป็นผู้ติดเชื้อเอดส์มาให้ความรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ เป็นการเสนอแบบอย่าง ผู้ที่ดูแลตนเองได้เหมาะสมเพื่อสร้างความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติให้แก่กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งวัดการนับถือตนเองหรือการเห็นคุณค่าในตนเอง¹² ผู้วิจัยพบว่า แนวทางการปฏิบัติตัว การเห็นคุณค่าในตนเอง และความหวังที่มีของกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อ มีการพัฒนาสูงขึ้นทุกส่วน แม้ด้านการปฏิบัติตัว และการเห็นคุณค่าจะเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย การจัดตั้งกลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อย่างต่อเนื่อง มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ชีวิตในกลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ และเป็นการให้ความรู้ข้อมูลข่าวสารแก่สมาชิกซึ่งเป็นร่วมการทำงานเป็นทีมระหว่างแกนนำผู้ติดเชื้อและบุคลากรในโรงพยาบาล โดยใช้แนวคิดกระบวนการกลุ่ม เป็นการให้การสนับสนุนทางสังคมให้การปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อและครอบครัว เป็นแนวคิดผสมผสานระหว่างการเสริมสร้างพลังในระดับบุคคลควบคู่กับการสนับสนุน กระบวนการให้การปรึกษาเป็น

การช่วยเหลือให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ยอมรับในสภาพปัญหา การช่วยกันค้นหาแนวทางแก้ไขร่วมกันทั้งผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา ผลการประเมินความรู้สึกรู้สึกของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ จากการสัมภาษณ์พบว่า มีความพึงพอใจบริการที่ได้รับ ทำให้ ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น และผู้ป่วยได้รับการประคับประคองด้านจิตใจ ติดตามเยี่ยมบ้าน เป็นแนวคิดที่ผสมผสานทั้งการเสริมสร้างพลังในตัวแกนนำ ควบคู่กับการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว ซึ่งส่งผลให้เกิดความพึงพอใจของผู้ที่ได้รับการเยี่ยม และเป็นการแสดงให้เห็นศักยภาพของแกนนำผู้ติดเชื้อ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกแกนนำที่อาสาสมัครเข้ามาทำงานด้วยจิตอาสา สะท้อนให้เห็นถึง ทศนคติ และการมองเห็นคุณค่าในตนเอง จากการช่วยเหลือเพื่อนโรคเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญ เป็นแนวคิดที่ประยุกต์มาจากการให้เพื่อนช่วยเหลือกันเอง การช่วยเหลือด้านเงินสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อเอดส์(เบี้ยยังชีพ) เป็นการช่วยเหลือตรงทางเศรษฐกิจ โดยหน่วยงานที่รับผิดชอบ ได้แก่ เทศบาลเมือง เทศบาลตำบล ประชาสงเคราะห์ จังหวัด องค์กรเอกชน ผู้วิจัยและแกนนำทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานเพื่อความช่วยเหลือ ที่ผ่านมามีการให้ความช่วยเหลือมาตลอด สำหรับการตั้งศูนย์องค์รวมในระดับอำเภอสันทราย ในการแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ของประเทศในปี 2550 เป็นต้นมาซึ่งเน้นให้การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์แบบองค์รวม วัตถุประสงค์ของการจัดตั้งศูนย์องค์รวม คือ เพื่อให้แกนนำผู้ติดเชื้อทำงานร่วมกันเป็นทีมกับบุคลากรในโรงพยาบาล หน้าที่หลักของศูนย์นี้ คือ การจัดกิจกรรมกลุ่มผู้ติดเชื้อ การติดตามเยี่ยมบ้าน การให้การปรึกษาและการช่วยเหลืออื่นๆ การช่วยเหลือบริการคลินิกยาด้านไวรัส ตามศักยภาพของศูนย์การทำงานเป็นทีมของบุคลากรในทีมสหวิชาชีพ ช่วยให้ผู้ป่วยเอดส์ได้รับการวินิจฉัย รักษาโรคได้เหมาะสม การ

ทำงานเป็นทีมช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมครบถ้วนและมีประสิทธิภาพ เพื่อเป็นการตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยต่อไป การประเมินผลการหลังจากเข้าร่วมโครงการ ในภาพรวม จากผลการสัมภาษณ์ และแบบประเมิน พบว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการ มีความสนุกสนาน รู้สึกดี มีกำลังใจ รู้สึกมีคุณค่าได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับเพื่อนๆ และมีความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรม หลังจากเข้าร่วมโครงการเฉลี่ยร้อยละ 88.7 ซึ่งจากแบบประเมินตนเองตามมาตรฐานงานสุขศึกษาของโรงพยาบาลชุมชน ฉบับปรับปรุง ปี 2552 ถือได้ว่างานอยู่ระดับดี ส่วนผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการใช้ยาต้านไวรัส พบว่า ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่าก่อนการพัฒนา กลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ มีคะแนนความรู้ได้คะแนนสูง (ร้อยละ 80 ขึ้นไปหรือ 12-15 คะแนน)ตามเกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนของบลูม (Bloom, 1971)¹³ จากผลการวิเคราะห์ดังกล่าวชี้ให้เห็นว่ารูปแบบการเรียนรู้โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการประยุกต์ใช้ในการวิจัย เพื่อเสริมสร้างพลังส่งผลให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์มีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตามจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลรายชื่อ พบว่ากลุ่มในแบบสอบถามข้อที่ 14 ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ 1 คน มีคะแนนความรู้ลดลง 1 คะแนน เนื่องจากการตอบแบบสอบถามก่อนการพัฒนา ผู้วิจัยไม่ได้ควบคุมหรือเข้มงวดในการตอบ ดังนั้นอาจทำให้ผู้ป่วยสอบถามกันเองในระหว่างการตอบ เพื่อให้ได้คะแนนสูง เมื่อพิจารณาความแตกต่างของระดับคะแนนความรู้ก่อนและหลังการพัฒนาจะเห็นว่า กลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์มีระดับคะแนนเพิ่มขึ้นทุกคนและอยู่ในเกณฑ์ระดับความรู้สูง ถึงร้อยละ 88 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า กลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่มี

คะแนนการปฏิบัติตน หลังการพัฒนาสูงขึ้นเพียงเล็กน้อย ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากคำถามที่ใช้ถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อดูแลตนเองก่อนและหลังการพัฒนาพฤติกรรม ส่วนมากเป็นคำถามที่บุคคลทั่วไปได้ทำและปฏิบัติตนคืออยู่แล้ว เช่น ท่านออกกำลังกายวันละ 15-20 นาที ท่านมีเวลาในการดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ อ่านหนังสือ ปลูกต้นไม้ ท่านมีโอกาสพูดคุยสนทนา กับบุคคลในครอบครัวและเพื่อนบ้าน ท่านแปรงฟัน บ้วนปากทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร ท่านได้นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพออย่างน้อย วันละ 6-8 ชั่วโมง ท่านมารับการตรวจรักษาตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ ท่านใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ จึงทำให้การตอบคำถามก่อนและหลังไม่ค่อยมีการเปลี่ยนแปลง แต่ก็มีพฤติกรรมที่เกิดการเปลี่ยนแปลงหลังจากการจัดกิจกรรม เพื่อให้ความรู้ ที่เห็นได้ชัดเจน คือ การรับประทานอาหารครบทั้ง 5 หมู่ ทุกมื้อในแต่ละวัน การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น สุรา ชาดอง เบียร์ ไวน์ พบว่ากลุ่มที่มีคะแนนการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง ก่อนการพัฒนา มีจำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 36 กลุ่มที่มีคะแนนการปฏิบัติในระดับสูงจำนวน 11 คนคิดเป็นร้อยละ 44 หลังการพัฒนาพบว่าคะแนนการปฏิบัติตนเพิ่มขึ้น โดยที่กลุ่มที่มีคะแนนการปฏิบัติในระดับปานกลาง เปลี่ยนแปลงมาอยู่ในกลุ่มที่มีคะแนนการปฏิบัติอยู่ในระดับสูงและส่งผลให้กลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ มีคะแนนการปฏิบัติในระดับสูงเป็นร้อยละ 80

จากผลการวิเคราะห์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า กลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ใส่ใจในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้นซึ่งเป็นผลมาจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเองในกลุ่มสมาชิกผู้ติดเชื้อด้วยกันและการเห็นตัวอย่างที่ดีจากแกนนำผู้ติดเชื้ออาสาสมัคร และประโยชน์จากกลุ่มช่วยเหลือกันเอง จากแนวคิดพื้นฐาน บุคคลจะได้รับ

ความช่วยเหลืออย่างค้ำจุนจากบุคคลที่มีประสบการณ์มาก่อน ทำให้สมาชิกปรับตัวได้และเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง¹⁴ อย่างไรก็ตาม จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลรายชื่อร่วมกับการสนทนากลุ่ม พบว่าผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่สามารถเลิกบุหรี่ได้ 8 รายและเลิกดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ได้ 9 ราย จากการวิจัยพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติดเหล่านี้คือการสนับสนุนและสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว อีกส่วนหนึ่งเกิดจากค่านิยมความเชื่อของผู้ป่วยและคนในสังคมที่เห็นว่าการดื่มสุราหรือสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่ เป็นปกติ ซึ่งพบได้บ่อยในเทศกาลงานบุญต่างๆ การแก้ไขสิ่งเหล่านี้ต้องร่วมมือกันหลายฝ่าย ทั้งภาครัฐ ประชาชน การเปลี่ยนแปลงค่านิยมดังกล่าว ซึ่งต้องใช้เวลาและกลยุทธ์ที่หลากหลาย ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ก่อน-หลังการพัฒนาพบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองหลังการพัฒนา มีค่าสูงเพียงเล็กน้อย ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเห็นคุณค่าในตนเองระดับปานกลางค่อนข้างดีอยู่แล้ว และเมื่อได้รับการอบรมก็ทำให้เห็นคุณค่ามากขึ้นเล็กน้อย ซึ่งไม่ค่อยแตกต่าง เนื่องจากเป็นคำถามเกี่ยวกับความรับผิดชอบในงาน ความภูมิใจในงานและชีวิตความเป็นอยู่ ความไว้วางใจและมีคุณค่าต่อเพื่อน ครอบครัว และสังคม พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มีคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเอง อยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 52 เพิ่มเป็นร้อยละ 88 กลุ่มที่คะแนนอยู่ในระดับปานกลางน้อยลงเหลือเพียงร้อยละ 12 จากผลการวิเคราะห์ดังกล่าว สอดคล้องกับผลการวิจัยของ กิตติยาภรณ์ โชคสวัสดิ์ ภิญญา¹⁵ ที่ศึกษารูปแบบจำลองตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มีความพึงพอใจในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง

ตระหนักในความสามารถตนและรู้สึกรู้ว่าตนเองมีคุณค่า ปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักในความสามารถตนคือภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นแข็งแรงขึ้น¹⁶ และสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผลการพัฒนาดังกล่าว เป็นผลที่มาจาก การเปิดโอกาสให้กลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ได้แสดงความคิดเห็น การมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมการเสริมสร้างพลัง และการจัดกิจกรรมกลุ่มร่วมกับการให้กลุ่มช่วยเหลือกันเอง รวมทั้งการสนับสนุนทางสังคม มีส่วนช่วยให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์รู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง เห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น มีพลังใจที่จะดำเนินชีวิตต่อไป รวมทั้งการมีสังคมที่ยอมรับและเข้าใจ กลยุทธ์อีกประการหนึ่งคือการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการซึ่งช่วยสนับสนุนความเชื่อมั่นความไว้วางใจในการมารับบริการ การเพิ่มการเห็นคุณค่าในตนเองของกลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้ป่วย จะเห็นได้ว่า ใช้แนวคิดที่หลากหลายผสมผสานกันระหว่างการเสริมสร้างพลัง การให้การสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ การให้กลุ่มช่วยเหลือกันเองด้านสุขภาพอนามัย การดูแลรักษาและการให้การปรึกษา ที่ต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกันทั้งผลการวิเคราะห์ข้อมูลในเชิงปริมาณและในเชิงคุณภาพ จากการวิเคราะห์ข้อมูลรายชื่อพบว่าข้อที่ได้คะแนนสูงสุดคือข้อที่ 4 เกี่ยวกับตนเองมีคุณค่าและมีประโยชน์ต่อเพื่อนต่อครอบครัวและสังคม อย่างไรก็ตาม มีแบบสอบถามบางข้อที่กลุ่มที่ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ได้คะแนนต่ำคือ ข้อ 3 (ท่านรู้สึกว่าคุณเองเป็นคนที่มีสำเร็จในการประกอบอาชีพ) และพบว่า กลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ส่วนใหญ่มีสุขภาพ ไม่สามารถทำงานได้อย่างเต็มที่เท่าคนปกติ และอยู่ในวัยแรงงาน ปัจจุบันตกงานหรือมีรายได้ลดลง ทำให้ต้องพึ่งพาครอบครัวมากขึ้น สิ่งเหล่านี้อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่า เป็นภาระ และไม่สามารถรับผิดชอบในเรื่องค่าใช้จ่ายในครอบครัวได้ การใช้จ่ายด้านไวรัสเพื่อรักษา

ผู้ป่วยเอดส์ที่มีระดับเม็ดเลือดขาวต่ำกว่า 200 เซลล์/ซีซี และมีอาการต่ำกว่า 250 เซลล์/ซีซี ต้องใช้ระยะเวลา มากกว่า 6 เดือนขึ้นไป จึงจะเห็นผลการรักษาที่ชัดเจน จนกระทั่งผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรงขึ้นสามารถทำงานได้ โดยการตรวจวัดระดับ CD₄ หรือระดับเม็ดเลือดขาว และ viral load¹⁷ การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวัง ในผลลัพธ์ของการปฏิบัติก่อนและหลังการพัฒนา จากผลการวิเคราะห์พบว่า ก่อนการพัฒนา กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์มีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติเท่ากับ 44.08 กลุ่มที่มีค่าคะแนนความคาดหวัง¹ อยู่ในระดับสูงมีจำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 92 หลังการพัฒนาพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.0004) กลุ่มที่มีค่าคะแนนความคาดหวัง อยู่ในระดับสูงมีจำนวนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 92 เพิ่มเป็นร้อยละ 100 ของทั้งหมด และเมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์ข้อมูล รายข้อพบว่าข้อที่กลุ่มผู้ป่วยได้คะแนนมากที่สุดคือข้อ 4 และ ข้อ 8 (การมาตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ได้รับการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม และ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ควรตัดเล็บให้สั้น และหมั่นล้างมือบ่อยๆ ทำให้ป้องกันการติดเชื้อโรคอื่นๆ ได้) จากผลการวิเคราะห์สอดคล้องกันกับผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งผลดังกล่าวมาจากการจัดกิจกรรมกลุ่ม และการให้กลุ่มช่วยเหลือกันเอง ซึ่งการมีกิจกรรมดังกล่าวเป็นผลมาจากในระยะที่ 1 ในประเด็นความต้องการของผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยเอดส์ กิจกรรมกลุ่มที่จัดขึ้นให้ผู้ป่วยได้มีโอกาส พบปะแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ซึ่งกัน และกันเป็นการให้การสนับสนุนทางสังคมที่ตอบสนอง ความต้องการทั้งในด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมิน และการสนับสนุนด้านเครื่องมือ โดยการให้เวลา จัด

สถานที่สิ่งแวดล้อม การให้คู่มือ และเงินค่าใช้จ่ายในการเดินทาง อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อที่กลุ่มผู้ป่วยมีค่าคะแนนความคาดหวัง¹ น้อยที่สุดหลังการพัฒนาคือข้อที่ 6 (การออกกำลังกายสม่ำเสมอ วันละ 15-20 นาที ทำให้ร่างกายแข็งแรง) จากการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ให้ความสำคัญในเรื่องดังกล่าวลดลงเนื่องจากทำงาน สำหรับการมารับบริการรักษาอย่างต่อเนื่อง บางครั้งเป็นอุปสรรคในการมารับบริการผู้ป่วยบางรายจึงไม่สามารถมารับบริการได้ตามนัดจากการขาดรายได้ การให้การสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะการหาแหล่งเงินทุนช่วยเหลือจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยเอดส์มีโอกาสในการเข้าถึงบริการมากยิ่งขึ้น หรืออาจให้ญาติรับแทนได้ถ้าหากจำเป็นผู้ป่วยจะมีกำลังใจ ในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น **ภาวะสุขภาพ** หลังดำเนินการสร้างเสริมพฤติกรรม จากการวิเคราะห์ ข้อมูลเชิงคุณภาพร่วมกับข้อมูลประวัติการตรวจรักษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ รักษาด้วยยาต้านไวรัสมานานเกิน 5 ปี จำนวน 11 คน รักษาด้วยยาต้านไวรัสมานานเกิน 2 ปี จำนวน 11 คน รักษาด้วยยาต้านไวรัสมานานเกิน 1 ปี จำนวน 2 คน และรับประทานยาในช่วง 6-12 เดือน 1 คน ส่วนการตรวจนับเม็ดเลือดขาว (CD₄) ซึ่งประเมินทุก 6 เดือน ในกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในช่วงการประเมิน มีระดับ CD₄ สูงขึ้นมากกว่า 350 เซลล์/ซีซี มี 2 ราย ที่มีผลดีैयाได้รับพิจารณาและเปลี่ยนสูตรดีैयाไปแล้ว ซึ่งก่อนเริ่มยาด้านผู้ป่วยทุกรายจะมีระดับ CD₄ ต่ำกว่า 200 ตามเกณฑ์การเริ่มยาด้านไวรัส⁵⁻⁶ ทุกราย จึงพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ โดยเฉพาะการจัดกิจกรรมเสริมสร้างพลังต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง และต้องการให้จัดกิจกรรมเหล่านี้อย่างต่อเนื่อง

สรุปผล

ผลการประเมินหลังจากเข้าร่วมโครงการสรุปได้ว่า อาสาสมัครมีความสนุกสนาน มีกำลังใจ รู้สึกตนเองมีคุณค่ามากขึ้น ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับเพื่อนๆ มีความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรม ทั้งหลังเข้าร่วมกิจกรรมของโครงการ อาสาสมัครมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการใช้ยาต้านไวรัสเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนเข้าร่วมโครงการ อีกทั้งมีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการปฏิบัติตัว การเห็นคุณค่าในตนเอง เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนเข้าร่วมโครงการ แต่อย่างไรก็ตามคะแนนที่เพิ่มขึ้นนี้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องจาก คำถามที่ใช้ถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อดูแลตนเองก่อนและหลังการพัฒนาพฤติกรรม ส่วนมากเป็นคำถามที่บุคคลทั่วไปปฏิบัติอยู่แล้ว ส่วนการเห็นคุณค่าในตนเองระดับค่อนข้างดีอยู่แล้ว และเมื่อได้รับการอบรมจึงทำให้เห็นคุณค่ามากขึ้นเพียงเล็กน้อย ไม่แตกต่างกัน และจากการวิเคราะห์รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรม การดูแลตนเอง พบปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความสำเร็จ ได้แก่ ความไว้วางใจของผู้ป่วยต่อทีมสหวิชาชีพ การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมระหว่างผู้ป่วย และครอบครัว ซึ่งจะช่วยให้การเสริมสร้างพฤติกรรมดูแลตนเองมีความต่อเนื่อง และสอดคล้องกับวิถีชีวิตยิ่งขึ้น และการมีเป้าหมายร่วมกันภายในกลุ่มผู้ติดเชื้อ

ข้อเสนอแนะ

มีการเตรียมความพร้อมของบุคลากรในการให้บริการที่มีคุณภาพ ควรสนับสนุนให้เปิดเผยสถานะการติดเชื้อตนเองมากขึ้น เพื่อให้ได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ โดยเฉพาะการเข้าถึงบริการการรักษา ประกอบกับให้เพื่อนช่วยเพื่อนกันเองในกลุ่มผู้ติดเชื้อ และเน้นการ

สนับสนุนด้านอาชีพและการหารายได้เพื่อให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองพึ่งพาตนเองได้ตามศักยภาพ เพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์เกรียงไกร ศรีธนวิบูลย์ชัย ที่ปรึกษาโครงการ ดร.ทพ. สุรสิงห์ วิศรุตรัตน คุณปิยะดา คุณวาราลักษณ์ และคุณรัตนา ไชยพองศรี ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ได้กรุณาให้การปรึกษาแนะนำและตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆมาโดยตลอด งานวิจัยสำเร็จสมบูรณ์

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลดอยสะเก็ด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสันทราย และเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกในการทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างผู้ร่วมวิจัย แกนนำผู้ติดเชื้ออำเภอสันทราย ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. การเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ HIV ในกลุ่มนักเรียน จังหวัดเชียงใหม่; 2550.
2. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่. สรุปผลการดำเนินงาน โครงการส่งเสริมการเข้าถึงบริการปรึกษาและตรวจเลือดเอชไอวีโดยสมัครใจ และการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างครบถ้วนต่อเนื่อง เขต 1 จังหวัดเชียงใหม่; 2549.
3. United Nations Programme on HIV/AIDS. Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2010. 23; 2010.
4. โรงพยาบาลสันทราย. คู่มือการดำเนินงานโครงการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์. อำเภอสันทราย; 2546.

5. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการปฏิบัติงานโครงการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2547.
6. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยรูปแบบ HIVQUAL-T สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2550.
7. กรมสุขภาพจิต. การศึกษาความต้องการด้านสังคมจิตใจของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย. รายงานการวิจัย กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2547.
8. กรมสุขภาพจิต. คู่มือการให้การปรึกษาเพื่อการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2548.
9. ครุณี รุจกรกานต์ และคณะ. ผลของการดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้านต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์. รายงานการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โครงการพัฒนาภูมิปัญญาและการวิจัยเพื่อแก้ไขปัญหาเอดส์ สำนักนโยบายและแผนอุดมศึกษา สำนักงานปลัดทบวงมหาวิทยาลัย; 2544.
10. จินตนา ธนวิบูลย์ชัย. การทดสอบและวัดผลการศึกษา. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช; 2545.
11. Gibson, C.H. A Concept Analysis of Empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16(3): 54 -61; 1991.
12. อรพรรณ ทองคำ. ผลของกระบวนการกลุ่มเสริมสร้างพลังอำนาจ ต่อการปรับตัวด้านจิตสังคมของผู้ป่วยเอชไอวี สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. จาก <http://kkulib.kku.ac.th>. อ้างเมื่อ 18 กรกฎาคม 2549.
13. Bloom B.S. Handbook on Formative and Summative Evaluation of Study of Learning. New York: David Macky; 1971.
14. สมกิต โพนนะพันธ์ และคณะ. รายงานการวิจัยรูปแบบการพัฒนาการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์. นครปฐม: ภาควิชาการพยาบาลศาสตร์สัตยศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2544.
15. กิตติยาภรณ์ โชคสวัสดิ์ภิญโญ. ศึกษาแบบจำลองตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์. การประชุมเสนอผลงานวิจัย ระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 4 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2548.
16. ต้องจิตต์ กาญจโนมัย. การประยุกต์แรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมภัยทฤษฎีการสร้างพลังในการป้องกันโรคเอดส์ของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลแม่และเด็ก ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 1. นครปฐม: วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
17. กรมควบคุมโรค กลุ่มงานระบาดวิทยาโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมในผู้ติดเชื้อ; 2547
18. ประพันธ์ ภาณุภาค. โรคเอดส์และการดำเนินของโรค. เอกสารอัดสำเนาประกอบการอบรมการพัฒนากระบวนการพยาบาล การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอดส์ สภาวิชาชีพไทย; 2549.