

การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของระบบยาที่ใช้รักษาและป้องกันการกลับเป็น *Penicilliosis* ซ้ำในผู้ป่วยเอดส์

(A Comparative study on efficacy of drug regimens in treating and preventing relapse of *Penicilliosis* in AIDS patients)

ปิยะดา คุณาวารักษ์* วท.ม (วิทยาการระบาด)

Piyada Kunawararak M.Sc. (Epidemiology)

ชวลิต นาอประทาน พ.บ., ส.ม.**

Chawalit Natpratan, M.D, M.P.H

เกรียงไกร ศรีธนาวิบูลย์ พ.บ., ส.ม***

Kriengkrai Srithanaviboonchai, M.D., M.P.H (U.S.A.)

ธีระ ศิริสันทนะ พ.บ.****

Thira Sirisantana, M.D.

ขวัญชัย สุภรัตน์ภิญโญ พ.บ.****

Khuanchai Supparatpinyo, M.D.

* สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่

Office of Disease Prevention and Control, 10th

** องค์การเพื่อสุขภาพครอบครัวระหว่างประเทศ

Family Health International, Indonesia

*** ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์

Department of Community Medicine,

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Faculty of Medicine, Chiang Mai University

**** สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ

Research Institute for Health Sciences,

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Chiang Mai University

บทคัดย่อ

ภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย ได้รับผลกระทบอย่างรุนแรงจากการระบาดของโรคเอดส์ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ที่มีผลจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่างๆ และหนึ่งในโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่สำคัญ และพบได้บ่อยได้แก่การติดเชื้อรา *Penicillium Marneffe* อย่างไรก็ตาม การให้การรักษาและป้องกันการกลับเป็นซ้ำตามแนวทางมาตรฐานที่แนะนำโดยกระทรวงสาธารณสุขยังมีราคาแพง จึงมีความจำเป็นต้องหาสูตรยาที่ไ้แทนกันได้แต่มีค่าใช้จ่ายถูกกว่า วัตถุประสงค์ศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของระบบยาที่ใช้รักษา และป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อ *Penicillium Marneffe* วิธีการศึกษา: การศึกษาเชิงทดลองในผู้ป่วยเอดส์อายุ 15 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น *Penicilliosis* ที่มารับการรักษายังโรงพยาบาลในจังหวัดเชียงราย พะเยา และเชียงใหม่ ระหว่าง มี.ค.43- มี.ค.44 โดยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ Systemic random sampling กลุ่มศึกษาได้รับยา Amphotericin-B ทางหลอดเลือดดำนาน 2 สัปดาห์ ต่อด้วยการรับประทานยา Ketoconazole นาน 1 ปี กลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ ได้รับยา Itraconazole ชนิดรับประทาน ตามขนาดต่างๆ ติดตามการดำเนินโรค และอัตราการเป็นกลับซ้ำของโรค ผลการศึกษา ผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการกลุ่มๆละ 76 ราย รวม 152 ราย การติดตามจนครบ 1ปี พบว่าผลการรักษาและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของการรักษาทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ โดยในกลุ่มศึกษามีการกลับเป็นซ้ำในระยะป้องกัน 3 ราย คิดเป็น 4.5/100

person-year สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบ มีการกลับเป็นซ้ำตั้งแต่ระยะรักษา 1 ราย และระยะป้องกัน อีก 1 ราย คิดเป็น 3.03/100 person-year วิจัยและสรุป อัตราการกลับเป็นซ้ำของการรักษา 2 แบบไม่แตกต่างกัน ขณะที่ค่าใช้จ่ายในกลุ่มศึกษา ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบถึงกว่า 5 เท่า จึงควรพิจารณาใช้การรักษาด้วยสูตรยาในกลุ่มทดลองแทนมาตรฐานเดิม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่มีทรัพยากรจำกัด

คำสำคัญ: ประสิทธิภาพ ระบบยาป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เพนนิซิลิโอซิส เอคส์

Abstract

Upper northern Thailand was hardest hit from AIDS epidemic. One of the most important opportunistic infection found in AIDS patient in the area was *Penicillium Marneffe* infection. However, the treatment regimen as recommended by the Thai ministry of public health was still expensive and the new comparable regimen with lower cost needed to be validated. Objectives: To compared the efficacy of drug regimens for treatment and prevent relapse of Penicilliosis in AIDS patients. Methods: A multi center experimental study in AIDS patients aged 15 or older who were diagnosed with Penicilliosis and came to receive care at the government hospitals in Chiang Rai, Phayao, and Chiang Mai between March 2000 to March 2001. A systematic random sampling technique was used to divide the patients into two groups. The intervention group were treated with intravenous Amphotericin-B and continued with oral Ketoconazole. The control group were treated with different doses of oral Itraconazole. We monitored clinical outcomes and well as relapse rates in both groups. Results: There were 152 patients, 76 in each group, joined the study. After one year of follow-up, there was no significant different in treatment outcomes and relapse rates between the two. There were 3 relapse in treatment group accounted for 4.5/100 person-years. In control group, there was 1 relapse in treatment phase and 1 relapse in prevention phase accounted for 3.03/100 person-years. Summary, discussion, and recommendation: The comparative of recurrent rate in both group within 1 year were not different while the prophylaxis cost of the control group were more than 5 times higher than the intervention group. The health care provider should considered the intervention regimen as an alternative treatment especially in resource limited conditions.

Keywords: Efficacy Drug regimen for preventing relapse, Penicilliosis, AIDS

บทนำ

Penicilliosis เป็นโรคที่เกิดจากเชื้อรา *Penicillium Marneffe* มักพบในเขตประเทศทางเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และทางตอนใต้ของจีน โรคนี้เกิดขึ้นได้กับหลายวัย

ของร่างกาย มักพบในผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางด้านภูมิคุ้มกันของร่างกาย เชื้อนี้พบครั้งแรกในประเทศเวียดนาม ในสัตว์เพาะ คือ อ้น¹ ส่วนการติดเชื้อในคนครั้งแรกเป็นแบบ การรับเชื้อโดยอุบัติเหตุในห้องปฏิบัติการที่ทำการแยกเชื้อ²

ต่อมามีรายงานการติดเชื้อนี้ในคนอเมริกัน ซึ่งเคยมีประวัติอาศัยอยู่ในประเทศเวียตนาม

ในประเทศไทย พบผู้ป่วยที่ติดเชื้อราครั้งแรกที่โรงพยาบาลรามาธิบดี กรุงเทพฯ ในช่วงปี 2517-2525 จำนวน 5 ราย⁵ ก่อนที่จะมีการระบาดของโรคเอดส์ หลังจากโรคเอดส์ได้แพร่ระบาดเข้ามาในประเทศไทย ก็พบว่า *Penicilliosis* ได้กลายเป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่มีอัตราการเกิดโรคสูงเป็นอันดับที่ 5 ของโรคติดเชื้อฉวยโอกาสทั้งหมดของประเทศไทยและในภาคเหนือตอนบน⁴ อาการของ *Penicilliosis* ในผู้ป่วยเอดส์มีอาการร่วมที่สำคัญคือ มีไข้ ไอ น้ำหนักลด พบการติดเชื้อที่ต่อมน้ำเหลือง ไชกระดูก ตับและม้ามโต ซีด เม็ดเลือดขาวเพิ่มจำนวน และมีรอยโรคเป็นคุ่มที่ผิวหนังแบบแพร่กระจาย⁶ บางรายมีลักษณะคุ่มแบบปุ่มตรงกลาง (*umbilicate papules*) ซึ่งมักเป็นแผลเนื้องอก (*central necrosis*) รอยโรคที่ผิวหนังพบในผู้ป่วยเกือบทุกราย ทั้งตามบริเวณ หน้า แขน ขา และลำตัว ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอดส์และมีรอยโรคแบบแพร่กระจายเหล่านี้มีอาการรุนแรงถึงตายได้ถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ผ่านมาช่วงปี 2527-2540 ในพื้นที่ภาคเหนือตอนบนมีผู้ป่วยด้วยโรคนี้มากกว่า 3,752 ราย⁴ ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถเข้าถึงการบริการที่มีคุณภาพได้ เนื่องจากค่ายาแพง โรงพยาบาลไม่มียารักษาผู้ป่วย แพทย์ขาดความรู้ความชำนาญในการให้การรักษาด้วยโรคนี้ การให้การรักษาผู้ป่วยเป็นไปอย่างไม่มีระบบ และพบว่าผู้ป่วยหลังการรักษาแล้ว กลับมาเป็นโรคนี้อีกเป็นจำนวนมาก ขวัญชัยสุภรัตน์ภิญโญ และคณะ⁷ ได้ศึกษาการให้ยา *Itraconazole* เพื่อการป้องกันการกลับเป็นอีกของโรคนี้ในรูปแบบ *control trial* ซึ่งให้ผลดีคือไม่มีผู้ป่วยกลับเป็นโรคนี้อีก อย่างไรก็ตาม ยา *Itraconazole* มีราคาแพงมาก ผู้ป่วยต้องเสียค่ายาประมาณ 119,940-124,640 บาทต่อปี ในการกินยาป้องกันตามแนวทางการรักษาผู้ป่วย *Penicilliosis* ของกระทรวงสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม พบว่ายาในกลุ่ม *Antifungal antibiotic* มีหลายชนิด และยา *Ketoconazole*

เป็น *Antifungal antibiotic* ที่มีผลข้างเคียงไม่สูง และราคาค่อนข้างถูก⁷ รวมถึงมีแพทย์หลายคนเลือกให้ยานี้ในการรักษาผู้ป่วย การศึกษานี้จึงมีขึ้น เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของระบบยาที่ใช้รักษาและป้องกันการเกิดโรค *Penicilliosis* ในผู้ป่วยเอดส์เพื่อการพัฒนาการรักษาให้ได้มาตรฐาน วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของระบบยาที่ใช้รักษาและป้องกันผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยเอดส์ ที่ติดเชื้อ *Penicillium Marnefei* ที่มีประสิทธิภาพดีและราคาถูก

วิธีการศึกษา

รูปแบบ เป็นการศึกษาเชิงทดลอง เพื่อเปรียบเทียบผลการให้ยา 2 กลุ่ม กลุ่มตัวอย่าง คือกลุ่มผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อที่มีอาการมารับการรักษาในโรงพยาบาลในพื้นที่เขตภาคเหนือ ตอนบน ผ่านกระบวนการ Pre-Post test Counseling และได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอดส์โดยมีเกณฑ์ของโรงพยาบาลที่จะเข้าร่วมโครงการ คือ มีความสนใจเข้าร่วมโครงการฯ, มีระบบบริการให้คำปรึกษาทั้งก่อนหรือหลังตรวจเลือด และมีระบบดูแลติดตามการให้ยา รวมถึงการติดตามเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยที่รับการรักษาตลอดโครงการ ส่วนเกณฑ์ของกลุ่มตัวอย่างที่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ คือ เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป โดยได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ด้วยวิธีการทางกล้องจุลทรรศน์และการเพาะเชื้อ ทั้งนี้ผู้ป่วยต้องสามารถให้การโต้ตอบสนทนาซักถาม และพร้อมที่จะให้ติดตามผลการให้ยา และให้ข้อมูลการกินยา ซึ่งจะมีกรณียกเว้น คือผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์ หรือผู้ป่วยที่อยู่ในชั้นโคม่า หรือป่วยเป็นวัณโรค หรือมีความผิดปกติของการทำงานของตับเป็นอย่างมากโดยมี ค่า *liver function* >3 เท่าของค่าปกติ หรือ มีค่า *Karnosky score* < 50 หลังการรักษาในระยะ *Acute phase* หรือผู้ป่วยที่ได้รับยาต่อไปนี้ *rifampicin phenytoin rifabutin tesfenadine asleinazole Warfarin Cesapride* รวมด้วย รวมถึง ผู้ป่วยที่ได้รับยาด้าน

เชื้อราเพื่อการรักษามาในช่วง 2 สัปดาห์ก่อนเข้าสู่โครงการวิจัยนี้ และไม่สามารถติดตามได้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีคัดเลือกแบบ Systemic random sampling แบ่งผู้ป่วยเป็น

2 กลุ่ม

- ผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนเป็นเลขที่ คือ กลุ่มศึกษา จะได้รับยา Ampho 0.6 /kg/day 2 สัปดาห์ (Treatment) Keto 200 mg/day 1 ปี (maintainance)
- ผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนเป็นเลขคู่ คือ กลุ่มเปรียบเทียบ จะได้รับยา Itraconazole 200 mg tid 2 วัน ตามด้วย

Itraconazole 200 mg bid 12 สัปดาห์ สำหรับการให้การรักษา(Treatment) Itraconazole 200 mg OD (maintainance)

$$n = \frac{(Z\alpha + Z\beta)^2 2p(1-p)}{D^2}$$

ได้ขนาดตัวอย่างอย่างต่ำที่สุด 60 ราย โดยประมาณการรวม กลุ่มตัวอย่างที่คาดว่าจะออกจากโครงการ ในช่วงระยะเวลา 1 ปี ที่ศึกษา อีกร้อยละ 30

การดำเนินการและติดตามผลการให้การรักษาป้องกัน ในกลุ่มตัวอย่าง

รายการ	กลุ่มศึกษา	กลุ่มเปรียบเทียบ
สูตรยา		
ระยะการรักษา	Ampho 0.6 mg/kg/day 2 สัปดาห์	Itraconazole 200 mg tid 3 วัน Itraconazole 200 mg bid 12 สัปดาห์
ระยะป้องกัน	Ketoconazole 200mg/day 50 สัปดาห์	Itraconazole 200 mg OD 40 สัปดาห์
Day 14	ถ้าอาการรุนแรงควบคุมไม่ได้ Karnofsky score<50 ยุติการรักษา ให้การรักษาที่เหมาะสม ทำ Hemo culture หรือ sputum culture ส่ง smear ข้อมือสี wright ตรวจ Liver function และ CBC สรุปผลการรักษา	ถ้าอาการรุนแรงควบคุมไม่ได้ Karnofsky score<50 ยุติการรักษา ให้การรักษาที่เหมาะสม
Day 84	ตรวจ Liver function และ CBC	ทำ Hemo culture หรือ sputum culture ส่ง smear ข้อมือสี wright ตรวจ Liver function และ CBC สรุปผลการรักษา
Day 224	ตรวจ Liver function และ CBC	ตรวจ Liver function และ CBC
Day 380	ตรวจ Liver function และ CBC	ตรวจ Liver function และ CBC

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1. การตรวจโดยกล้องจุลทรรศน์ ณ โรงพยาบาลที่รักษา
2. การตรวจโดยวิธีเพาะเชื้อส่งตรวจที่ภาควิชาจุลชีววิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สำหรับ

โรงพยาบาลที่อยู่จังหวัดเชียงใหม่ ส่วนจังหวัดเชียงราย ส่งตรวจที่โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ และ จังหวัดพะเยาส่งที่โรงพยาบาลเชียงคำ

การสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการ

1. ผู้ป่วยขอถอนตัวจากโครงการ

เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการแพ้ หรืออาการข้างเคียง ซึ่งแพทย์ให้ความเห็นว่าสมควรให้ออกจากโครงการ โดยแพทย์สามารถให้การรักษาท่อตามดุลพินิจ

วิธีการรวบรวมข้อมูล

1. รวบรวมข้อมูลจากสมุดทะเบียนที่จัดทำขึ้นสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย โดย เก็บข้อมูลในฐานข้อมูล Data-Base วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมทางระบาดวิทยา ทั้งเชิงพรรณนา และเชิงวิเคราะห์

ผลการศึกษา

จากจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการคัดกรอง 198 ราย เข้าร่วมโครงการ 152 ราย จำแนกเป็นกลุ่มศึกษา 76 ราย และกลุ่มเปรียบเทียบ 76 ราย เมื่อติดตามผลการรักษาเมื่อสิ้นสุดระยะการรักษา พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษาทั้งหมด 26 รายตามรายละเอียดในตารางที่ 1

สาเหตุที่ออก	กลุ่ม Ketoconazole N=76	กลุ่ม Itraconazole N=76	รวม N=152
ตาย	6(7.9%)	10(13.2%)	16(10.5%)
Karnofsky score < 50	3(3.9%)	3(3.9%)	6(3.9%)
Lost follow-up	1(1.3%)	3(3.9%)	4(2.6%)
รวม	10(3.2%)	16(21.1%)	26(17.1%)

และเมื่อติดตามกลุ่มตัวอย่างต่อไปจนสิ้นสุดระยะป้องกัน พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษาทั้งสิ้น 75 ราย คิดเป็นร้อยละ 58.5 โดยมีสาเหตุดังนี้ คือ ตาย 46 ราย ,Karnofsky score ต่ำกว่า 50 จำนวน 9 ราย, ป่วยเป็น Cryptococcosis 5 ราย, คิดตามไม่ได้ 6 ราย และมีการกลับเป็นโรคนี้อีก 5 ราย โดย แยกเป็นกลุ่มศึกษา 3 ราย กลุ่มเปรียบเทียบ 2 ราย ตามรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละสาเหตุของการออกจากการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง ในระยะการป้องกัน

สาเหตุที่ออก	กลุ่ม Ketoconazole N=66	กลุ่ม Itraconazole N=60	รวม N=126
ตาย	26(39.4%)	20(33.3%)	46(36.5%)
Karnofsky score < 50	1(1.5%)	8(13.3%)	9(7.1%)
SGOT >3 เท่า	3(4.5%)	1(1.7%)	4(3.2%)
ป่วยเป็น Cryptococcosis	4(5.3%)	1(1.7%)	5(3.9%)
Lost follow-up	5(6.6%)	1(1.7%)	6(4.7%)
Recurrent	3(4.5%)	2(3.3%)	5(3.9%)
รวม	42(63.6%)	33(55.0%)	75(58.5%)

จากการติดตามการรักษาของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ในระยะการรักษาและป้องกัน อาการข้างเคียงที่พบมากที่สุดคือ โลหิตจางร้อยละ 38 โดยทั้งสองกลุ่ม มีสัดส่วนของกลุ่มอาการนี้ไม่แตกต่างกัน รองลงมาคือ มีผื่น สันคลื่นใต้ อาเจียน และท้องเดิน ร้อยละ 16, 14, 7 และ 5 ตามลำดับตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนร้อยละอาการข้างเคียงของกลุ่มตัวอย่าง ในช่วงระยะการรักษา และระยะการป้องกัน

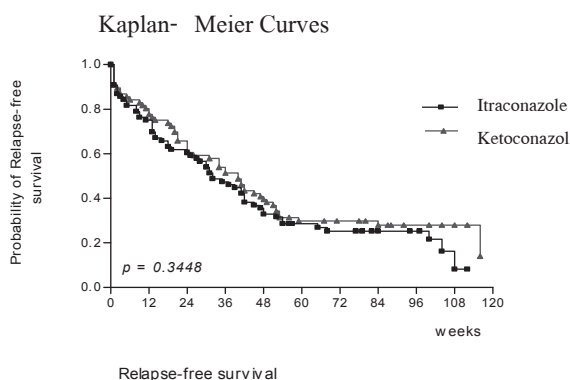
สาเหตุที่ออก	กลุ่ม Ketoconazole N=66	กลุ่ม Itraconazole N=60	รวม N=126
ผื่น (rash)	8(12.1%)	8(13.3%)	16(12.6%)
คลื่นไส้	5(7.6%)	2(3.3%)	7(5.6%)
อาเจียร (Nausea)			
สัน (Chill)	6(4.5%)	8(13.3%)	14(11.1%)
ท้องเดิน (Diarrhea)	3(9.1%)	2(3.3%)	5(3.9%)
รวม	46(69.7%)	44(73.3%)	90(71.4%)

เมื่อประมวลผลโอกาสของการอยู่รอด และโอกาสของการกลับเป็นอีกของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า โอกาสของการอยู่รอดในรอบ 1 ปี ของกลุ่มเปรียบเทียบอยู่ที่ 1879 person-week ในขณะที่กลุ่มศึกษา อยู่ที่ 1562 person-week ส่วนโอกาสของการกลับเป็นซ้ำ ของกลุ่มศึกษา และกลุ่มเปรียบเทียบ อยู่ที่ 0.19 และ 0.11 ต่อ 100 person-weeks ตามลำดับ ซึ่งไม่แตกต่างกัน ตามKaplan-Meier Curves ที่แสดงถึงความน่าจะเป็นของ relapse-free survival ในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน ($p=0.3448$) ตามรูปที่ 1 ส่วนระยะเวลาเฉลี่ยที่มีการกลับเป็นอีก (median time to relapse) ของโรค ของ ทั้ง 2 กลุ่มอยู่ที่ 54 สัปดาห์ และ 53 สัปดาห์ ตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงผลโอกาสการรอดชีวิต และการกลับเป็นอีก ของกลุ่มตัวอย่าง ในช่วงระยะเวลา 1 ปี

Survival Analysis	กลุ่ม Ketoconazole	กลุ่ม Itraconazole
1. Median time to relapse	54 สัปดาห์	53 สัปดาห์
2. Total number of person-week of follow-up	1,562	1,879
3. The relapse rate per 100 person-weeks	0.19	0.11

รูปที่ 1 แสดงความน่าจะเป็นของ relapse free survival ในกลุ่มศึกษา และกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วย



และจากการเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายค่ายาของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มตัวอย่าง พบว่า ค่ายาของกลุ่มที่ใช้ Keto ต่ำกว่าค่ายาของกลุ่มที่ใช้ Itra ถึงเกือบ 5 เท่า ตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงค่าใช้จ่าย ค่ายาระหว่างกลุ่มที่รักษาด้วย Ketoconazole และ Itraconazole ในระยะเวลา 1 ปี

รายการ	กลุ่มศึกษา ใช้ยา Ketoconazole	กลุ่มเปรียบเทียบ ใช้ยา Itraconazole(local)
ค่ายาที่ใช้ใน ระยะรักษาและ ป้องกัน (บาท)	4,300	20,500

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้น พบว่า การให้การรักษาและการรักษาเพื่อการป้องกัน ด้วยยา Ketoconazole และ ยา Itraconazole ให้ผลการรักษาที่ไม่แตกต่างกัน คือ ทำให้เกิดการกลับเป็นโรค Penicilliosis ซ้ำใกล้เคียงกัน คือ 0.11 และ 0.19 ต่อ 100 person-week และผู้ป่วยที่คงเหลือก็มีคุณภาพชีวิตที่ดี คือมีค่าเฉลี่ย Karnofsky score สูงกว่าร้อยละ 80 ทั้ง 2 กลุ่ม ซึ่งให้ผลใกล้เคียงกับการศึกษาของ ขวัญชัย สุภรัตน์ภิญโญและคณะ⁷ ที่ศึกษาเปรียบเทียบการใช้ Itraconazole (original) ในการป้องกันการกลับเป็นอีกของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ติดเชื้อ *Penicillium Marneffe* ที่พบว่าไม่มีการกลับเป็นอีกของโรคนี้ในระยะเวลา 1 ปี โดยที่ระหว่างการรับยาป้องกัน ผู้ป่วยดังกล่าวไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสทุกราช

แต่เมื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายค่ายาที่ใช้รักษาเพื่อป้องกันการกลับเป็นอีกของการศึกษาของ ขวัญชัย สุภรัตน์ภิญโญและคณะ ซึ่งใช้ยา Itraconazole (original) ซึ่งมีราคาสูงกว่า Itraconazole (Local)ของการศึกษานี้ถึงกว่า 5 เท่า จึงทำให้เห็นว่า การใช้ Ketoconazole ในการป้องกันการกลับเป็นอีกให้ผลคุ้มค่าเนื่องจากมี cost ต่ำกว่า Itraconazole(original) ถึง 25 เท่า ต่ำกว่า Itraconazole(local) 5 เท่า ซึ่งหากภาครัฐ

มีงบประมาณไม่เพียงพอ ก็สามารถให้บริการที่มีคุณภาพ แก่ผู้ป่วยผู้ติดเชื้อเอดส์และติดเชื้อ *Penicillium Marneffei* ด้วยสูตรยา Ampho 0.6-1 mg/kg/day เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ และต่อด้วย Ketoconazole 200 mg 1 เม็ดทุกวัน

อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาของขวัญชัย สุภรัตน์ ภิณูญและคณะ⁷ ก็พบว่า มีอัตราการตายของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างการศึกษาสูงถึงร้อยละ 33 ในกลุ่มที่ได้ยา Itraconazole และร้อยละ 43 ในกลุ่มที่ได้รับ placebo ซึ่งมีลักษณะ คล้ายคลึงกับการศึกษาครั้งนี้ กล่าวคือ กลุ่มที่ได้ Itraconazole มีอัตราการตายร้อยละ 33.3 ส่วนกลุ่มที่ได้ Ketoconazole มีอัตราการตาย ร้อยละ 39.4 จึงเห็นควรให้พิจารณาถึงการให้ Primary prophylaxis เพื่อลดอัตราการตาย และลด Incidence ของการ เกิดโรคนี้ โดยเฉพาะในกรณีที่มีผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงยา ด้านไวรัสได้ เช่นผู้ป่วยนอกสิทธิประกันสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัย ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการและทีมวิจัย ของ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โรงพยาบาล แม่จัน โรงพยาบาลเทิง โรงพยาบาลพญาเม็งราย โรงพยาบาลขุนตาล โรงพยาบาลแม่ลาว โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า โรงพยาบาลเชียงคำ โรงพยาบาลดอกคำใต้ โรงพยาบาล สันทราย โรงพยาบาลดอยสะเก็ด โรงพยาบาลแม่แตง โรงพยาบาลเชียงดาว โรงพยาบาลฝาง โรงพยาบาลแม่สาย และโรงพยาบาลพร้าว และทีมประสานงานของสำนักงาน ป้องกันควบคุมโรคที่ 10 ที่ได้ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ทำให้การศึกษาวิจัยนี้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ และ เป้าหมายทุกประการ

เอกสารอ้างอิง

1. Capponi M, Sureau P and Segretain G. Penicillose de Rhizomys sinensis. Bull Soc Patho Exot 1956;49:418-421
2. Segretain G. *Penicillium Marneffei* n.sp. agent d'une mycose du systeme reticulo-endothelial. Mycopathol Mycol Appl 1959; 11:327-353
3. Jayanetra P, Nitiyanant P, Ajeillo L, et al. Penicilliosis marneffei in Thailand: report of five human cases. Am J Trop Med Hyg 1984; 33: 637-644.
4. http://203.157.45.99/datacenter/doc/gr_3/ฟ1-04-011-pdf
5. Chiewchanvit S, Mahanupab P, Hirunsri P and Vanitanakorn N. Cutaneous infestations of *Penicillium Marneffei* mycosis in five HIV-infected patients. Mycoses 1991; 245-249.
6. Supparatpinyo K, Chiewchanvit S, Hirunsri P, et al. *Penicillium Marneffei* infection in patients infected with human immunodeficiency virus. Clin Infect Dis 1992; 14: 871-874
7. Supparatpinyo K, Perriens J, Nelson KE, Sirisanthana T. A controlled trial of Itraconazole to prevent relapse of *Penicillium Marneffei* infection in patients infected with the human immunodeficiency virus. NEJM 1998;339 : 1739-1743

**การรักษา Intertrochanteric fracture ในผู้สูงอายุด้วย การผ่าตัด Hemiarthroplasty ของโรงพยาบาลฝาง
(Cemented Unipolar Hemiarthroplasty for Intertrochanteric Fractures in Elderly : Short Term
Results in Community Hospital)**

ศราวุธ กันสืบ พ.บ

กลุ่มงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์
โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่

Sarawut Kunsab M.D

Department of Orthopaedic Surgery, Fang Hospital,
Chiang Mai Province

บทคัดย่อ

Intertrochanteric fracture of femur เป็นกระดูกหักที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ การรักษาทั้งการรักษาด้วยการผ่าตัดและไม่ผ่าตัด การผ่าตัดนั้นประกอบไปด้วยวิธียึดตรึงด้วยโลหะ (Internal fixation) และการผ่าตัดเปลี่ยนข้อ (Hemiarthroplasty, Total arthroplasty) การผ่าตัดเปลี่ยนข้อในผู้ป่วย Intertrochanteric fracture of femur ไม่เป็นที่นิยม โดยมีการศึกษาก่อนหน้านี้ให้เหตุผลว่าเป็นการผ่าตัดใหญ่ มีการเสียเลือดมาก เสี่ยงต่อการติดเชื้อ และโอกาสเสียชีวิตสูง แต่ก็มีข้อดี คือผู้ป่วยสามารถเดินลงน้ำหนักได้เร็วกว่า งานวิจัยนี้จึงเป็นการศึกษาเกี่ยวกับผลของการรักษา Intertrochanteric fracture ในผู้สูงอายุด้วยการผ่าตัด hemiarthroplasty ของโรงพยาบาลฝาง โดยเป็นการศึกษาย้อนหลัง เพื่อหาเวลาที่ผู้ป่วยสามารถขึ้นและเดินลงน้ำหนักได้ การเสียเลือด เวลาในการผ่าตัด การประเมิน Harris Hip Score ผลที่ได้พบว่า มีผู้ป่วยที่รักษาจำนวน 10 ราย เป็นชาย 7 ราย เป็นหญิง 3 ราย อายุเฉลี่ย 72.6 ปี วันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 11.4 วัน อัตราการสูญเสียเลือดเฉลี่ย คือ 280 ซีซี ระยะเวลาในการผ่าตัดเฉลี่ย 1 ชั่วโมง 21 นาที ระยะเวลาที่ผู้ป่วยสามารถขึ้นและเดินลงน้ำหนักได้ คือ 2.7 วัน การประเมินของ Harris Hip Score พบ 90% อยู่ในระดับ Excellent, Good และ Fair ดังนั้นจะพบว่าผลของการรักษา Intertrochanteric fracture ด้วย Hemiarthroplasty ทั้ง เวลาที่ผู้ป่วยสามารถขึ้นและเดินลงน้ำหนักได้ การประเมินด้วย Harris Hip Score ยืนยันว่าเป็นการรักษาอีกทางเลือกหนึ่งที่ได้ผล

คำสำคัญ : Intertrochanteric fracture, Hemiarthroplasty, Harris Hip Score

Abstract

The treatment of intertrochanteric fracture is both surgical and non surgical methods. The surgical method risk to sever blood loss, infection and high mortality rate. But surgical method application allows the elderly fast clinical recovery in mobilization and walking is possible. The researcher studied to evaluate the results of intertrochanteric fracture in elderly by hemiarthroplasty. Objective: The aim of the work study to evaluate the results of intertrochanteric fracture in elderly by hemiarthroplasty. Material and method: A retrospective study was conducted on

elderly patients who hemiarthroplasty (10 Austin – moore) in Fang Hospital between January 2009 to January 2010. Clinical out come was assessed by Harris hip score (HHS). Results: There were 7 men and 3 women with the mean age of 72.5years. (range 65 – 80). All patients were surviving and were follow up. The follow up period was 12 months. The mean HHS was 87 (range 70 – 98). Excellent result was found in 50%, good 20%, fair 30% and poor in 0% of the patients. The mean operative time was 87.5 min (range 70 – 105 min). The mean intraoperative blood loss was 300 ml (range 100 – 500 ml) and the mean time can to walking was 3 days (range 2 – 4 days) no infected wound, implant failure. Conclusion: The clinical result of using hemiarthroplasty in elderly patients with intertrochanteric fracture could be a good alternative treatment option.

Keywords: Intertrochanteric Fracture, Hemiarthroplasty, Elderly

บทนำ

Intertrochanteric fracture of femur เป็นกระดูกหักที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ในประเทศสหรัฐอเมริกาอุบัติการณ์ ของกระดูกต้นขาบริเวณใกล้ข้อสะโพกหัก (Intertrochanteric Fracture) มากกว่า 250,000 คนต่อปี ในประเทศไทยพบ 151 – 185 คน ต่อประชากร 100,000 คน ในโรงพยาบาลผ่องพบ 50 – 60 คนต่อปี ร้อยละ 90 ของ intertrochanteric fracture of femur ในผู้สูงอายุเกิดจากการล้มธรรมดา อันเนื่องจากปัจจัยเช่น protective reflex ที่ลดลง, กล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อบริเวณสะโพกซึ่งทำหน้าที่ shock absorber ลดปริมาณลง ความแข็งแรงของกระดูกลดลงอันเนื่องจากภาวะกระดูกพรุน ในขณะที่ young adult มักเกิดจากอุบัติเหตุที่รุนแรง เช่น motor vehicle accident

อัตราการตายของกระดูกหักชนิดนี้อยู่ที่ร้อยละ 10 – 30 ในช่วง 1 ปีแรกของการบาดเจ็บ แต่หลังจากนั้นค่าตัวเลขอายุไขของผู้ป่วยจะกลับเข้ามาเท่ากับค่าเฉลี่ยทั่วไป โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ก่อนการบาดเจ็บสามารถช่วยเหลือตัวเองได้หากไม่มีปัญหาภาวะแทรกซ้อนในการรักษามีแนวโน้มกลับมาสู่สภาวะเดิมก่อนบาดเจ็บได้^{1,2}

ในปี พ.ศ. 2492 Evans ได้แบ่ง classification system ของ Intertrochanteric fracture of femur โดยพิจารณาจาก stability ของ fracture pattern และ potential ที่จะ convert มาเป็น stable reduction โดย stable reduction หมายถึงการ reduction ของ posteromedial cortical continuity ดังนั้น Evans ได้แบ่งชนิดของ Intertrochanteric fracture of femur ออกเป็น stable กับ unstable group²

การรักษา Intertrochanteric fracture of femur มี 2 แบบ การรักษาด้วยการผ่าตัดและไม่ผ่าตัด การรักษาด้วยการไม่ผ่าตัดใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเสี่ยงต่อการผ่าตัด หรือเป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถเดินได้อยู่ก่อน แต่การไม่ผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยต้องนอนนานประมาณ 6 – 8 สัปดาห์ ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ การติดเชื้อที่ปอด และระบบทางเดินปัสสาวะ ทำให้มีโอกาสเสียชีวิตสูง ในปัจจุบันนิยมให้การรักษาโดยการผ่าตัด ซึ่งการผ่าตัดมีทั้งการใช้วิธียึดตรึงด้วยโลหะ (Internal fixation) และการผ่าตัดเปลี่ยนข้อ (Hemiarthroplasty, Total arthroplasty) ซึ่งมีข้อดีที่สามารถ early ambulation และ rehabilitation ส่งผลให้มี functional recovery กลับมามากที่สุด ซึ่งจะเป็น

ผลดีที่จะช่วยลดอัตราการตายจาก bed ridden complication ในช่วงปีแรกได้

การรักษาด้วยการผ่าตัด มีปัจจัยที่ต้องพิจารณาการรักษาหลายด้าน คือ 1)คุณภาพของกระดูก เช่น osteoporosis 2)ลักษณะการแตกหักของกระดูก 3)ชนิดของ implant มีด้วยกันหลายชนิด ทั้ง sliding hip screw with side plate, 95° condylar plate, Intramedullary hip screw ในรายที่ลักษณะรูปแบบการหักแบบ stable type การใช้โลหะแบบ 2 holes sliding hip screw with side plate เป็น treatment of choice ซึ่งช่วยให้มีการ compression force ที่ fracture site ^{2,3} แต่วิธีนี้มีโอกาสพบความล้มเหลวในการรักษา เช่น การที่มุมของ screw (Cut-out), การถอน และความไม่มั่นคง(Instability) การแตกหักของแผ่นคานโลหะ (side plate breakage) และยังพบว่าผู้ป่วยมีการเดินลงน้ำหนักของขาได้ช้า (Delayed weight bearing) ส่วนในรายที่ลักษณะรูปแบบการหักแบบ unstable type การใช้โลหะชนิดแบบIntramedullary hip screw ถือว่าเป็นการรักษาที่เป็นมาตรฐาน⁴⁻⁵

การผ่าตัดเปลี่ยนข้อ (Hemiarthroplasty, Total arthroplasty) ในผู้ป่วย Intertrochanteric fracture of femur ไม่เป็นที่นิยมโดยมีการศึกษาก่อนหน้านี้ให้เหตุผลว่าเป็นการผ่าตัดใหญ่ มีการเสียเลือดมาก เสี่ยงต่อการติดเชื้อ และโอกาสเสียชีวิตสูง แต่ในการศึกษาของ C kayail และคณะพบว่าไม่มีความแตกต่างระหว่างการรักษาด้วยการวิธียึดตรึงด้วยโลหะ (Internal fixation) และการผ่าตัดเปลี่ยนข้อ (Hemiarthroplasty, Total arthroplasty) แต่ข้อได้เปรียบของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อ (Hemiarthroplasty, Total arthroplasty) คือ ผู้ป่วยสามารถเดินลงน้ำหนักได้เร็วกว่า วัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษาผลรักษา Intertrochanteric fracture ในผู้สูงอายุด้วยการผ่าตัด hemiarthroplasty ของโรงพยาบาล

ฝาง เวลาที่ผู้ป่วยสามารถขึ้นและเดินลงน้ำหนักได้ การเสียเลือด เวลาในการผ่าตัดและการประเมิน Harris Hip Score

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษาเป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง retrospective case control study ระเบียบวิธีวิจัย ประชากรตัวอย่าง (sample) คือผู้ป่วย Intertrochanteric fracture of femur ที่มารับการรักษาโดยวิธีผ่าตัด Hemiarthroplasty ที่กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ รพ.ฝาง ระหว่าง มกราคม พ.ศ. 2551 – มกราคม พ.ศ. 2552 เกณฑ์คัดเลือกเข้าในการศึกษา (Inclusion criteria)เป็นผู้ป่วย Intertrochanteric fracture of femur ทั้ง stable และ unstable type (EVAN classification) ที่เข้ารับการผ่าตัดรักษาที่กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์, เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดด้วย Hemiarthroplasty เกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา(exclusion criteria) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงด้วยโลหะชนิดอื่นระยะเวลาการศึกษา เป็นการศึกษาย้อนหลัง 1 ปี ในช่วง มกราคม พ.ศ. 2551 – มกราคม พ.ศ. 2552 ในโรงพยาบาลฝาง โดยผู้ป่วย Intertrochanteric fracture of femur ทั้งหมดที่อยู่ใน inclusion criteria จำนวน 10 ราย ได้เข้ารับการผ่าตัดโดย hemiarthroplasty ระยะเวลาที่ผู้ป่วยสามารถขึ้นและลงน้ำหนักได้ การประเมินด้วย Harris Hip Score

เก็บรวบรวมข้อมูล เพศ อายุ วันนอนโรงพยาบาล ข้อมูลด้านเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด ปริมาณการสูญเสียเลือดในห้องผ่าตัด เวลาที่ผู้ป่วยสามารถขึ้นและลงน้ำหนักได้จากเพิ่มเวชระเบียน และทำการประเมิน Harris Hip Score ที่ 3 เดือน หลังผ่าตัด

การประเมินของ Harris Hip Score เป็นการประเมิน function หรือประเมินประสิทธิภาพของข้อตะโพก หลังการผ่าตัดประกอบไปด้วยการประเมิน pian, limp distance walked, support, activities-shoes, public-transportation stairs sitting, limp length discrepance, motions

โดยแบ่งระดับออกเป็นช่วงคะแนน

Poor	< 70
Fair	70-79
Good	80-89
Excellent	90-100

การผ่าตัด ผู้ป่วยทุกรายได้รับการผ่าตัดด้วยแพทย์รายเดียวกัน โดยใช้ posterior approach และ prosthesis ที่ใช้เป็นของ Austin moore ร่วมกับการใช้ bone cement และการประเมินตำแหน่งของ prosthesis จะใช้การประเมินจาก greater trochanter

ผลการศึกษา

มีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา Intertrochanteric fracture of femur ด้วย Hemiarthroplasty ในช่วง มกราคม 2551 – มกราคม 2552 จำนวน 10 ราย เป็นชาย 7 ราย เป็นหญิง 3 ราย อายุเฉลี่ย 72.6 ปี วันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 11.4 วัน (นานสุด 17 วัน, น้อยสุด 7 วัน)

พบว่าอัตราการสูญเสียเลือดเฉลี่ย คือ 280 ซีซี ผู้ป่วยที่มีอัตราการสูญเสียเลือดขณะผ่าตัดสูงสุด คือ 900 ซีซี และผู้ป่วยที่มีอัตราการสูญเสียเลือดต่ำสุด คือ 100 ซีซี

ระยะเวลาในการผ่าตัดเฉลี่ย 1 ชั่วโมง 21 นาที ผู้ป่วยที่ใช้เวลาผ่าตัดนานสุด คือ 1 ชั่วโมง 45 นาที และเป็นผู้ป่วยที่ใช้เวลาผ่าตัดน้อยสุด คือ 1 ชั่วโมง 10 นาที ระยะเวลาที่ผู้ป่วยสามารถขึ้นและเดินลงน้ำหนักได้ คือ 2.7 วัน ผู้ป่วยที่ใช้เวลานานสุด คือ 4 วัน และผู้ป่วยที่ใช้เวลาน้อยสุด คือ 2 วัน

การประเมินด้วย Harris Hip Score ในระดับ

Excellent	คิดเป็น 50%
Good	คิดเป็น 20%
Fair	คิดเป็น 20%
Poor	คิดเป็น 10%

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาจะพบว่าอัตราการสูญเสียเลือดเฉลี่ย คือ 280 ซีซี แต่หากไม่นำอัตราการสูญเสียเลือดสูงสุด คือ 900 ซีซี มาคิด จะพบว่าอัตราการสูญเสียเลือดจะอยู่ที่ 211 ซีซี ในเรื่องระยะเวลาของการผ่าตัดเฉลี่ยอยู่ที่ 1 ชั่วโมง 21 นาที จากข้อมูลจะพบว่าผู้ป่วยที่มีการผ่าตัดที่นานที่สุด คือ 1 ชั่วโมง 45 นาที เป็นผู้ป่วยคนเดียวเท่ากับที่มีอัตราการสูญเสียเลือดสูงสุดการศึกษาของ Peter A.Cole และคณะ ในกรณีการเปรียบเทียบผลการรักษา Intertrochanteric fracture of femur ระหว่าง Internal fixation และ Hemiarthroplasty พบว่าไม่มีความแตกต่างระหว่างทั้ง 2 กลุ่ม แต่การรักษาด้วย Internal fixation มี shorter operative time, less blood loss, lower mortality rate, fewer blood transfused ที่สำคัญ lower hospital costs⁶ การศึกษาของ W-Y Kim และคณะ พบว่า Dynamic Hip Screw มี Failures ของ Screw สูงถึง 47% ในกรณีที่ใช้ในการรักษา unstable type ของ Intertrochanteric fracture of femur⁷ การศึกษาของ Green Stuart และคณะ พบว่า ผู้ป่วย Intertrochanteric fracture of femur ที่รักษาด้วย Bipolar Hemiarthroplasty สามารถเดินและลงน้ำหนักได้หลังผ่าตัดที่ 5.5 วัน⁸ ในการศึกษาของ Hosom K. Kamel และคณะ พบว่าระยะเวลาถ้าผู้ป่วยสามารถขึ้นและเดินลงน้ำหนักได้เฉลี่ยอยู่ที่ 2⁺ 1.5 วัน และพบความสัมพันธ์ผู้ป่วยเดินได้ช้ากับภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ นอกจากนั้นยังมีการศึกษาของ Taskin Altay และคณะ พบค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 2.4 วัน¹⁰ ในการศึกษานี้จะพบว่าผู้ป่วยทั้ง 10 ราย สามารถขึ้นและเดินลงน้ำหนักเฉลี่ยได้ คือ 2.7 วัน ไม่พบภาวะแทรกซ้อนใด ๆ แสดงถึงการฟื้นตัวหลังการผ่าตัดได้รวดเร็ว แต่หากไม่คิดผู้ป่วยที่ใช้เวลานานสุดคือ 4 วัน จะพบค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 2.3 วัน ในกรณีนี้ยังพบว่าผู้ป่วยรายนี้ยังมีวันนอนโรงพยาบาลนานสุดคือ 17 วัน ซึ่งหากวิเคราะห์จะพบว่าเป็นไปตามผล

การศึกษาของ Hosom K. Kamel ในกรณีของการประเมินด้วย Harris Hip Score เป็นที่ประทับใจเพราะจากการศึกษาของ M. Oemer Arpcogly และคณะพบว่าผู้ป่วยที่อยู่ในระดับ Excellent Good Fair 85.4% Poor 14.6%¹¹ ในการศึกษาพบในลักษณะเดียวกันคือ คือ Excellent, Good, Fair 90% Poor คือ 10% จากผลที่ได้ยืนยันผลของการรักษาด้วย Hemiarthroplasty ได้ว่าได้ผลที่ดี

สรุปผล

จากผลการศึกษา ผลของการรักษา Intertrochanteric fracture ในผู้สูงอายุ ด้วยการผ่าตัด Hemiarthroplasty ของโรงพยาบาลฝาง ทั้ง เวลาในการผ่าตัด การเสียเลือด ระหว่างการผ่าตัด เวลาที่ผู้ป่วยสามารถขึ้นและเดินลง น้ำหนักได้ การประเมินด้วย Harris Hip Score ยืนยันว่าเป็นการรักษาอีกทางเลือกหนึ่งที่ได้ผล

เอกสารอ้างอิง

1. Davis T, Sher JL, Horsman A. Intertrochanteric femoral fractures, JBone Joint. 1990; vol72 B: 26-7.
2. Kenneth J, Koval and Robert V.Cantu. . Intertrochanteric femoral fractures. In Robert W. Buholz et al editor. Rockwood and green's fractures in adults. 6th ed, LWW. 2006;volume 2: 1793-826.
3. Bolhofner BR, Russo PR, Carmen B. Results of intertrochanteric femur fractures treated with a 135-degree sliding screw with a two-hole side plate.J Orthop Trauma 1999; 13: 5 - 8.
4. Albert JS, Compression hip screw nail, technique manual, Mompishs, Smith & Richards; 1998;1-15
5. Baumgaertner MR, Curtin SL, Lindskog DM. Intramedullary versus extramedullary fixation for the treatment of intertrochanteric hip fractures. Clin Orthop. 1998; 348: 87-94.
6. Peter A, Mohit Bhandari. What's new in orthopaedic trauma, J Bone Joint. 2006; vol88 A: 2545-61.
7. Weon-Yoo Kim, Chang-Hwan Han, Jin-II Park Jin-Young Kim. Failure of intertrochanteric fracture fixation with a dynamic hip screw in relation to pre-operative fracture stability and osteoporosis. International Orthopaedics (SICOT). 2001 25:360-362
8. Green S, Moore T, Proano F, Bipolar Prosthetic Replacement for the Management of Unstable Intertrochanteric Hip Fractures in the Elderly. International Orthopaedics; 2002; 26:233-37.
9. Kamel HK, Iqbal MA, Mogallapu R, Maas D, Hoffmann RG. Time to ambulation after hip fracture surgery: relation to hospitalization outcomes. J Gerontol A Biolo Sci Med Sci; 2003; vol. 58 1079-5006
10. Taskin A, Ahmet K, Hassan O, M Rifki US, Cetin S. Hemiarthroplasty for intertrochanteric fracture in elderly patients. Joint Diseases & Related Surgery; 1998; 9:22-27
- M. Omer A, Osman R, Ahmet S, Zafer K. Primary hemiarthroplasty in the treatmet of intertrochanteric fracture fixation with straight stem endoprosthesis. Acta orhop traumatol; 1997; 31

การตรวจคัดกรองการติดเชื้อโรคซิฟิลิสด้วยวิธี TPHA ในผู้มารับบริการที่คลินิกศูนย์สาธิตบริการการโรค
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่
(The Syphilis infection Rate in Sexually Transmitted Disease Clinic, Office of Disease Prevention
and Control No.10)

อังคณา พลภักดี ป.พนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์

Ungkana polpugdee Cert. in Med. Lab. Technician

อนรรักษ์ ชูสุวรรณรักษ์ วท.บ (เทคนิคการแพทย์), น.บ, ร.ป.ม

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

*ศูนย์สาธิตบริการการโรค

Sexually Transmitted Infections Clinic officers,

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่

Office of Disease Prevention and Control, 10 Chiang Mai

บทคัดย่อ

โรคซิฟิลิสเป็นโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ที่มีอันตรายถึงแก่ชีวิตและมีความพิการ หากปล่อยให้มีการติดเชื้อเรื้อรัง ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระยะแฝง การตรวจคัดกรองโรคตามวิธีมาตรฐานคือ RPR ส่งผลให้ตรวจพบได้แต่ตรวจพบได้โดยในผู้ที่ติดเชื้อมานานๆ การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบความชุกการติดเชื้อโรคซิฟิลิสของผู้มารับบริการที่คลินิกศูนย์สาธิตบริการการโรค และผลของการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิสด้วยวิธีTPHA ระหว่างเดือนตุลาคม 2548-ตุลาคม 2551 จำนวน 1,880 คน โดยตัวอย่างเลือดทุกรายจะถูกทดสอบด้วยวิธีTPHAก่อนโดยไม่ซ้ำกันและไม่รวมรายที่มา follow up หากรายใดที่ให้ผลบวกซีรุ่มนั้นจะถูกนำไปทดสอบต่อด้วยวิธีRPRทั้งแบบคุณภาพและปริมาณตามลำดับ ผลการศึกษาพบว่า มีผลบวกด้วยวิธีTPHA 82 คน จากจำนวนทั้งหมด 1,880 คน (ร้อยละ 4.4) เมื่อแยกตามกลุ่มผู้ที่มารับการตรวจรักษาพบว่า มีการติดเชื้อมากที่สุดในกลุ่มชายทั่วไป 36 คน จากจำนวน 212 คน (ร้อยละ 43.90), หญิงมีเพศสัมพันธ์โดยได้รับค่าตอบแทน 26 คน จาก จำนวน 1,336 คน (ร้อยละ 31.71), กลุ่มแม่บ้าน 12 คน จาก จำนวน 146 คน (ร้อยละ 14.63) และกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย 8 คน จาก จำนวน 186 คน (ร้อยละ 9.76) ตามลำดับ จากผลบวกด้วยวิธีTPHAจำนวน 82 คน เมื่อนำมาทดสอบด้วยวิธี RPRให้ผลลบ จำนวน 32 คน (ร้อยละ 39) ผลการศึกษาในจำนวน 32 คน พบว่า เป็นผู้ที่เคยได้รับการรักษาซิฟิลิสมาแล้วจำนวน 27 คน อีก 5 คนไม่เคยได้รับการรักษา แยกเป็นชายทั่วไป 4 คน และหญิงมีเพศสัมพันธ์โดยได้รับค่าตอบแทน 1 คน หากไม่ดำเนินการตรวจคัดกรอง ด้วยวิธีTPHANั้น ก็จะไม่สามารถทราบได้ว่าทั้ง 5 คน มีการติดเชื้อซิฟิลิสเมื่อทั้ง 5 คนไปตรวจเลือดในสถานบริการสาธารณสุขที่ใดก็จะถูกตรวจคัดกรองด้วยวิธี VDRL หรือ RPR ทำให้ได้ผลเป็นลบ ผู้ป่วยทั้ง 5 คน จึงไม่ถูกวินิจฉัยและได้รับการรักษา ในที่สุด 2 ใน 3 ของผู้ที่ติดเชื้อซิฟิลิสอาจพัฒนากลายเป็นซิฟิลิสระยะที่ 3 ได้แก่ Neurosyphilis, Cardiovascular Syphilis หรือ complication ในระบบอื่นๆได้ทั่วร่างกาย ซึ่งเมื่อถึงเวลานั้นก็จะไม่สามารถให้การรักษารักษาฟื้นฟูสภาพของอวัยวะให้ขึ้นมาเหมือนเดิมได้และอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต เมื่อเปรียบเทียบต้นทุนความแตกต่างการตรวจคัดกรองของทั้ง 2 วิธี โดยใช้วิธีTPHA แทน วิธีRPR ในจำนวน 1,880 คนนั้นพบว่า มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น 30,080 บาท ซึ่งถูก

กว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโรคซิฟิลิสระยะที่ 3 หากเกิดความพิการหรือเสียชีวิต ก็นับว่าจำนวนเงินที่เป็นค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นนี้ มีความคุ้มค่ามากขึ้น TPHA จึงเป็นวิธีการตรวจคัดกรองที่เหมาะสมเพื่อทดแทน RPR ในสถานการณ์ที่โรคซิฟิลิสมักอยู่ในระยะแฝงเรื้อรังและในขณะที่ยังตรวจ TPHA และ RPR มีราคาที่ไม่ต่างกันมากนัก

คำสำคัญ: การตรวจคัดกรอง ซิฟิลิส, TPHA

Abstract

Syphilis is severe sexually transmitted infections that have many complications, if didn't treat. Patient can dead from Complicated Syphilis. Many of Syphilitic infections now are in late latent stage. Screening Syphilis by RPR may found only low titer or negative result if the infection of Syphilis is very prolong. This Cross-sectional study aim to point the benefit of more detection of Syphilis by using TPHA instead of RPR screening. 1,880 clients were screen Syphilis by TPHA during October 2005 - October 2008. All of them were not repeated cases and follow up cases. 82 clients had positive TPHA (4.4%). Grouping found that 36 males were positive TPHA from 212 males (43.90%), 26 sexworkers were positive from 1,336 sexworkers (31.71%), 12 housewife were positive from 146 housewife (14.63%), 8 MSM (Men who have sex with men) were positive from 186 MSM (9.76%), respectively. 82 blood samples that TPHA positive were test again by RPR. 32 blood samples were RPR negative. Within 32 clients that TPHA positive and RPR negative, 27 clients were treated Syphilis before. There are 5 clients that never know their Syphilitic status and never been treated. All of the 5 clients, 4 are male another one is sexworker. All of 5 clients were treated Syphilis in Sexually Transmitted Infections Clinic. They will not be treated if the screening Syphilis is RPR and 2/3 of them will gone to be Tertiary Syphilis such as Cardiovascular Syphilis, Neurosyphilis or other complication in any organ in the body. Treatment of Tertiary Syphilis can't recover the organ function if Syphilis destroy a lot of that organ. Patient will dead if those organs are necessary to life ex. brain, heart, large blood vessel. When compare the cost of TPHA and RPR screening for 1,880 samples, TPHA screening have more expensive than RPR for 30,080 baths. This expense will cheaper than the expense of Tertiary Syphilis Treatment. If they have complication or dead from Syphilis, this expense will be most cheapest expense to protect their life and complication from Syphilis. TPHA should be a proper screening method of Syphilis instead of RPR in the situation that price of TPHA and RPR is difference not much and majority of Syphilis infections were in chronic, latent stage.

Keywords: Syphilis, TPHA

บทนำ

จากสถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในประเทศไทย พบว่าในปี 2532 มีอัตราป่วย 41.35 ต่อแสนประชากรและในปี 2545 พบว่าอัตราป่วย 3.19 ต่อแสนประชากร ซึ่งจะสังเกตพบว่าอัตราป่วยโรคซิฟิลิสลดลงต่ำกว่าโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ชนิดอื่น เนื่องจากมีผู้ป่วยโรคซิฟิลิสในระยะแฝงอยู่ในชุมชนจำนวนมาก จากการตรวจเลือดหุ้มหรือตรวจพบได้โดยบังเอิญในผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ชนิดอื่นๆ ที่เข้ามาใช้บริการในสถานบริการสาธารณสุข¹ โรคซิฟิลิสเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีอันตรายเนื่องจากมีอาการเรื้อรัง มีระยะติดต่อยาวนานมากกว่า 2 ปี สามารถทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ อาการของร่างกายได้หลายระบบ เช่น ระบบประสาท หลอดเลือดและลิ้นหัวใจ อาจมีอาการแสดงที่ชัดเจนหรืออาจจะอยู่ในระยะสงบได้เป็นระยะนาน^{1, 2} การติดเชื้อโรคซิฟิลิสก่อให้เกิดโรค 3 ระยะ คือระยะที่ 1 (Primary stage) เป็นระยะที่เกิดแผลริมแข็ง ระยะที่ 2 (Secondary stage) เป็นระยะที่เกิดหลังจากสัมผัสกับเชื้อประมาณ 3 สัปดาห์ – 6 เดือน หลังจากระยะที่ 2 ภายใน 4 ปี ถ้าผู้ป่วยไม่มีอาการเลยเรียกว่าซิฟิลิสระยะแฝง (Early latent) ถ้าเกิน 4 ปี เรียกว่าระยะหลัง (Late latent) ส่วนระยะที่ 3 (Tertiary stage) เป็นระยะที่ผู้ป่วยเป็นโรคนานมากกว่า 4 ปี³ ในการตรวจคัดกรองการติดเชื้อโรคซิฟิลิส (screening test) ตามวิธีมาตรฐานโดยทั่วไป คือ RPR Kit test (Nontreponemal test) ซึ่งผลของการทดสอบในระยะต่างๆ ของโรคซิฟิลิสมีความไว (sensitivity) ตามลำดับดังนี้ Primary ร้อยละ 86 Secondary ร้อยละ 100 Latent ร้อยละ 98 และ Tertiary ร้อยละ 73 จำนวนร้อยละ 25 – 30 ของผู้ป่วยโรคซิฟิลิสจะอยู่ในระยะ Late Latent หรือ Tertiary ซึ่งเป็นระยะท้ายของโรค ทำให้อาจตรวจพบได้แต่ตรวจไม่พบเลย⁴ วัตถุประสงค์ในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อตรวจคัดกรองการติด

เชื้อโรคซิฟิลิสด้วย วิธี Treponemal test (TPHA) ซึ่งเป็นวิธีที่มีความไวสูงประมาณร้อยละ 94–100 จึงเหมาะสำหรับวินิจฉัยโรคซิฟิลิส ระยะที่ 2 เป็นต้นไป⁵ โดยจำนวนตัวอย่างเลือดจากผู้มารับบริการที่คลินิกศูนย์สาธารณสุขไม่ทราบชื่อไม่ซ้ำกันนั้น จะถูกทดสอบด้วยวิธี TPHA ก่อน ถ้าหากรายใดที่ให้ผลบวก (positive) ซึ่งรัมนั้นก็จะถูกนำไปทดสอบด้วยวิธี RPR ทั้งแบบคุณภาพ (Qualitative test) และแบบปริมาณ (Quantitative Test)⁶ ผลที่คาดว่าจะได้รับคือ ทราบความชุกและเพิ่มโอกาสการค้นพบผู้ป่วยโรคซิฟิลิสในระยะ Late Latent หรือ Tertiary มากขึ้น อันจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยที่จะได้รับการรักษาโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วิธีการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง มีการแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาออกเป็น 4 กลุ่ม ซึ่งได้จากการจากการสัมภาษณ์และบันทึกลงในทะเบียนประวัติผู้ป่วย ประกอบด้วย 1. กลุ่มชายทั่วไป 2. กลุ่มหญิงแม่บ้าน 3. กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย 4. กลุ่มหญิงขายบริการทางเพศ โดยได้รับคำตอบแทนที่เข้ารับบริการตรวจคลินิกศูนย์สาธาณบริการโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่ ระหว่างเดือนตุลาคม 2548 – ตุลาคม 2551 จำนวน 1,880 ราย ขั้นตอนการศึกษา ทำการเจาะเลือดมาประมาณ 5 ซี.ซี ตั้งทิ้งไว้ให้เลือดจับตัวเป็นลิ่ม แล้วนำไปปั่นเพื่อแยกส่วนประกอบของเลือด จากนั้นแยกซีรัมใส่ไว้ในหลอดทดลอง, การตรวจคัดกรองการติดเชื้อโรคซิฟิลิสด้วยวิธี TPHA (Treponemal test), Control cells คือ Unsensitized cells, การทดสอบ: ใช้ซีรัม จำนวน 25 ไมโครลิตร และ Unsensitized cells จำนวน 25 ไมโครลิตร, Test cells คือ Sensitized cells การทดสอบ: ใช้ซีรัม จำนวน 25 ไมโครลิตร และ Sensitized cells จำนวน 25 ไมโครลิตร,

การตรวจยืนยันด้วยวิธี RPR kit test (Non-treponemal test), Qualitative test (การทดสอบน้ำเหลืองแบบ คุณภาพ) การทดสอบ: หยดซีรัมและControl ลงในสไลด์หลุมๆละ 50 ไมโครลิตร จากนั้นใช้หลอดพลาสติกปลายแบนเกลี่ย ซีรัมและControl ให้กระจายทั่ววงกลม หยด RPR Antigen1 หยดลงบนน้ำเหลือง ในวงกลมแล้วนำสไลด์ หลุมนั้นไปทำการหมุนสายด้วยเครื่องหมุนสาย ด้วย ความเร็วที่ 100 รอบต่อนาที นาน 8 นาที นำไปอ่านผล การจับกลุ่มของ Antigen-Antibody ด้วยกล้องจุลทรรศน์,

2.3.2 Quantitative test (การทดสอบน้ำเหลืองแบบ ปริมาณ), การทดสอบ: นำซีรัมที่ให้ผล Reactive ไปเจือจางด้วยน้ำเกลือ 0.9% ในสไลด์หลุมจนถึงวงที่ 5 ความเข้มข้นของซีรัม (Serial dilution) จะเป็น 1:1, 1:2, 1:4, 1:8, 1:16 หยด RPR Antigen1 หยดลงบนน้ำเหลืองในวงกลม ความเข้มข้นสุดท้ายจะเป็น 1:2, 1:4, 1:8, 1:16, 1:32 จากนั้นนำสไลด์หลุมนั้นไปทำการหมุนสายด้วยเครื่อง

ตารางที่ 1 ผลการตรวจคัดกรองการติดเชื้อโรคซิฟิลิสที่ให้ผลบวกด้วยวิธี TPHA ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2548 – ตุลาคม 2551

หมุนสาย การอ่านผลการจับกลุ่มของ Antigen-Antibody เช่นเดียวกันกับการทดสอบ Qualitative test การรายงานผล ถ้ามีการจับกลุ่ม Antigen-Antibody ไม่ว่ามากหรือน้อย ในวงกลมใดวงกลมหนึ่ง แล้ววงถัดไปไม่มีการจับกลุ่ม ให้ถือว่าวงกลมที่เห็นเป็นการจับกลุ่มเป็น Reactive สุดท้ายยี้ ให้รายงานที่ความเข้มข้นนั้น

ผลการศึกษา

จากการตรวจคัดกรองการติดเชื้อโรคซิฟิลิสด้วยวิธี TPHA จำนวนทั้งหมด 1,880 ตัวอย่าง พบว่าให้ผลบวกจำนวน 82 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 4.4 เมื่อแยกตามกลุ่มผู้มารับบริการตรวจรักษาในจำนวนกลุ่มชายทั่วไป 212 ราย พบผลบวก ร้อยละ 43.90 กลุ่มหญิงชายบริการทางเพศทางเพศโดยได้รับค่าตอบแทน 1,336 ราย พบ ร้อยละ 31.71 กลุ่มแม่บ้าน 146 ราย พบร้อยละ 14.63 กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย 186 ราย พบร้อยละ 9.76 ดังตารางที่ 1

	จำนวน (ราย)	จำนวนที่ให้ผลบวกด้วยวิธี TPHA ราย (ร้อยละ)	หมายเหตุ
จำนวนกลุ่มผู้มารับบริการตรวจรักษา	1,880	82 (4.4)	
กลุ่มผู้มารับบริการตรวจรักษา			
-ชายทั่วไป	212	36 (43.90)	
-แม่บ้าน	146	12 (14.63)	
-ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย	186	8 (9.76)	MSM7,MSW1TG
-หญิงชายบริการทางเพศโดยได้รับ	1,336	26 (31.71)	0
ค่าตอบแทน			
Note MSM:ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย(Men who have sex with men)			เมื่อนำสิ่งส่งตรวจที่ให้ผลบวกด้วยวิธี TPHA จำนวน 82
MSW :ชายชายบริการ (Male sexworker), TG: กระเทย,			ราย ไปทดสอบด้วยวิธี RPR Kit test แบบคุณภาพ
หญิงข้ามเพศ (Transgender)			(Qualitative) พบว่าให้ผล Non-Reactive จำนวน 32 ราย
			และ Reactive จำนวน 50 ราย ซึ่งเมื่อถูกนำไปทดสอบแบบ

ปริมาณ (Quantitative) พบว่าให้ผล Weakly Reactive และให้ผล High titer (Reactive >1:8) จำนวน 8 ราย (ร้อยละ 1:1) จำนวน 11 ราย (ร้อยละ 13.4), ให้ผล Low titer (reactive 1:1 – 1:4) จำนวน 31 ราย (ร้อยละ 37.8)

ตารางที่ 2 ตัวอย่างสิ่งส่งตรวจที่ให้ผลบวกด้วยวิธีTPHA 82 ราย ถูกนำไปทดสอบด้วยวิธี RPR Kit test แบบปริมาณ (Qualitative) และคุณภาพ (Quantitative)

วิธี TPHA ให้ผลบวก	ผลการทดสอบแบบปริมาณ จำนวน 82 ราย		ผลการทดสอบแบบคุณภาพในรายที่ให้ผล Reactive จำนวน 50 ราย		
82 ราย	Non Reactive ราย	Reactive ราย	Weakly Reactive :R<1:1 ราย	Low titer :R1:1-1:4 ราย	High titer :R >1:8 ราย
	32 (39 %)	50 (61%)	11 (39 %)	31 (37.8 %)	8 (9.6 %)

ผู้ป่วยโรคซิฟิลิสที่ให้ผลบวกด้วยวิธี TPHA แต่ให้ผลลบด้วยวิธี RPR จำนวน 32 รายนั้น ปรากฏว่าได้รับการรักษาโรคซิฟิลิสมาก่อน 27 รายและอีก 5 รายไม่เคยรักษา

อภิปรายผล

จากการศึกษาการตรวจคัดกรองการติดเชื้อโรคซิฟิลิสด้วยวิธี TPHA ในกลุ่มผู้มารับบริการตรวจรักษาจำนวน 1,880 คน ใน 3 ปีซ้อนหลังตั้งแต่ตุลาคม 2548 – ตุลาคม 2551 พบว่าให้ผลบวก 82 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.4 ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์โรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ในประเทศไทยในปี 2545 โดยมีอัตราป่วยโรคซิฟิลิสลดลงเช่นกัน แต่ลดลงช้ากว่าโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ชนิดอื่น¹ เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับปี 2549 และ 2550 พบอัตราเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 10.1 และ 8.9 ตามลำดับ⁷ ผลการศึกษาครั้งนี้ทำให้ทราบอัตราการติดเชื้อโรคซิฟิลิสในเขตพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ และทราบผลการทดสอบการตรวจคัดกรองการติดเชื้อโรคซิฟิลิสด้วยวิธีTPHA จากตารางที่ 3 โดยในรายที่ให้ผลบวกจะถูกนำไปทดสอบด้วยวิธี RPR พบว่าให้ผล Non reactive เป็นจำนวน 32 คน (ร้อยละ 39) ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้ป่วยโรคซิฟิลิสพบประมาณร้อยละ 60 เป็นระยะ Late latent เสียเป็นส่วนใหญ่⁴ ทำให้

ตรวจไม่พบแอนติบอดี ได้ ในตารางที่ 4 เมื่อวิเคราะห์ประวัติการรักษาซิฟิลิสพบว่ามี 27 ราย เคยรักษาซิฟิลิสมาก่อนแล้วมีเพียง 5 รายที่ยังไม่เคยรักษาซิฟิลิสมาเลย การใช้วิธี TPHA คัดกรองการติดเชื้อโรคซิฟิลิสช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการค้นพบโรคซิฟิลิสมากขึ้นเมื่อพิจารณาจากต้นทุนของวิธี TPHA ต่อรายแพงกว่า RPR จำนวน 16 บาท เมื่อคิดเป็นค่าใช้จ่ายในการตรวจคัดกรองจำนวนทั้งหมด 1,880 คน จะมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น 30,080 บาท แต่สามารถทำให้ค้นพบผู้ติดเชื้อซิฟิลิสที่การรักษาเพิ่มขึ้น 5 คน วิธีการนี้ทำให้ผู้ป่วยจำนวนนี้ได้รับโอกาสในการรักษา เนื่องจากหากไม่ได้รับการรักษาก็จะเกิดความพิการและเสียชีวิตในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์เกรียงศักดิ์ จิตวัชรนันท์ หัวหน้าศูนย์สาธิตบริการการโรค ที่ให้คำแนะนำและแก้ไขเพื่อให้การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีความสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักงานโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. คู่มือการ



- ดำเนินงาน ป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ.2546. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เจ.เอส การพิมพ์; 2548: 5-17.
2. อนุพงศ์ ชิตวรากร. Sexually Transmitted Disease. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : บริษัทโฮลิสติกพับลิชชิง จำกัด; 2543: 375.
 3. หัสดี อภาสกิจ. Clinical Serology. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โอเอสพริ้นติ้งเฮาส์; 2538: 47- 8.
 4. คมกฤษ ศรีสรรพศิริกุล, โฉมสิต ศรีเพ็ญ, จารุพร พรหมวงศ์ และคณะ. พยาธิวิทยาคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้ว; 2546: 37-8.
 5. ภัทรชัย กิริตสิน. ตำราวิทยาแบคทีเรียการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: หจก.วี.เจ พริ้นติ้ง; 2549: 601-2.
 6. กลุ่มงานพัฒนาเทคโนโลยี กลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. คู่มือการชันสูตรโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : สำนักงานพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2541: 22 – 8.
 7. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ.2550. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี : สำนักงานกิจการโรงพยาบาลเพื่อการสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2551: 26.



ประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ (Effectiveness of the Primary Care Units Administrative in Chiang Mai)

ทรงราชย์ ไชยญาติ วท.บ. (เทคนิคการแพทย์)

Songrach Chaiyad B.Sc (Med.Tech)

โรงพยาบาลสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่

Sankamphang Hospital, Chiang Mai

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปริมาณครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน ในจังหวัดเชียงใหม่และหาอิทธิพลโครงสร้างองค์การ ด้านบุคลากร ด้านการบริหารจัดการ และด้านสภาพแวดล้อมต่อประสิทธิผลองค์การ ประชากรที่ศึกษา คือ ศูนย์สุขภาพชุมชนในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 181 โดยสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเป็นสัดส่วนกับขนาดของประชากร จำนวน 125 แห่ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข และพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 375 คน ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2551 ถึง 30 เมษายน 2552 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยเชิงชั้น ผลการวิจัย พบว่าประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน เฉลี่ยร้อยละ 85.1 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เรียงตามลำดับความสำคัญดังนี้ 1) การบริหารการเปลี่ยนแปลง 2) อาชีพของประชาชน 3) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดบริการสุขภาพ 4) การกระจายอำนาจ 5) เพศ 6) ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน 7) การใช้เทคโนโลยีในการดำเนินงาน 8) จำนวนบุคลากร 9) ลักษณะการจัดบริการด้านสุขภาพ 10) การแบ่งงานและหน้าที่รับผิดชอบ 11) การได้รับการอบรมเรื่องบริการปฐมภูมิ และ 12) ภาวะพึงพิงด้านสุขภาพโดยรวมกันพยากรณ์ได้ร้อยละ 61.1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ และหน่วยบริการประจำอำเภอที่เกี่ยวข้องใช้วางแผนพัฒนาปรับปรุงเพิ่มประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน โดยควรมีการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพจากผลลัพธ์การให้บริการอย่างเป็นองค์รวม ผสมผสาน และต่อเนื่อง เพื่อสามารถอธิบายอิทธิพลของตัวแปรต่างๆ ได้อย่างครอบคลุม และประยุกต์ใช้งานได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของชุมชน

คำสำคัญ: ประสิทธิภาพ การบริหารจัดการ ศูนย์สุขภาพชุมชน หน่วยบริการประจำ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

ABSTRACT

The objectives of this research were to examine the administrative effectiveness of Primary Care Units (PCUs) in Chiang Mai and examine the impact of organizational, personnel, administrative, and environmental factors affecting to the organization effectiveness. The research population was 181 PCUs in Chiang Mai province. 125 samples were sampling proportionally to the population size. There were 3 questionnaires to seek general information, administrative factors, and administrative effectiveness of the primary care units. Their validity of 0.67 to 1.00 was

measured by the index of concurrence. Their reliability of 0.739 to 0.977 was measured by Cronbach alpha. The data was gathered between 1st December 2008 to 30th April 2009 by interviewing 375 people who were head officers, administrative officers, academic officers, public health officers, and nurses. Descriptive statistics and hierarchy regression were applied to analyze the data. The research result illustrated that the average of the administrative effectiveness of the PCUs was 85.1 percent. It showed that the factors affecting administration of the PCUs ranked from the most important factor were 1) change management 2) career of population 3) community participation in health services 4) decentralization 5) gender 6) working duration 7) working technology 8) number of staffs 9) health service characteristic 10) job allocation 11) training for primary care and 12) health dependency. The factors' predictability was 61.1 percent. The Chiang Mai Public Health Office and its routine service units have applied the related factors to plan and develop their administrative effectiveness. However, it should have qualitative study regarding its outcomes holistically, integration and continuously in order to explain the factors' impacts and completely apply to the community appropriately.

Keywords: Effectiveness, Administration, Primary Care Unit, Contracting Unit for Primary Care, Chiang Mai Provincial Health Office

บทนำ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยปี 2540 และ ปี 2550 หมวดนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ มาตรา 52 ระบุว่า บุคคลย่อมมีสิทธิ เสมอภาคในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและผู้ป่วยมีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย และมาตรา 82 ให้รัฐจัด และส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง ศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นการดำเนินงานให้เป็นรูปธรรมผ่านระบบประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อให้เกิดความเสมอภาคของประชาชนต่อระบบสุขภาพเพราะศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิด้านแรกของระบบบริการสาธารณสุข ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่อง โดยประยุกต์ความรู้ทั้งทางด้านการแพทย์ จิตวิทยา และสังคมศาสตร์ ในลักษณะผสมผสาน การ

ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง ด้วยแนวคิดแบบองค์รวม ให้แก่บุคคล ครอบครัว ชุมชน โดยมีระบบการส่งต่อ และเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสมรวมทั้งประสานงานกับองค์กรชุมชนในท้องถิ่น เพื่อพัฒนาความรู้ของประชาชนในการดูแลส่งเสริมสุขภาพของตนเอง และสามารถดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยได้อย่างสมดุล¹ สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขกำหนดมาตรฐานของศูนย์สุขภาพชุมชน ประกอบด้วย มาตรฐานด้านบริการ มาตรฐานด้านบริหารจัดการ และมาตรฐานด้านวิชาการ เพื่อเป็นคู่มือในการพัฒนาและตรวจรับรองคุณภาพมาตรฐานการให้บริการแก่ผู้รับบริการของศูนย์สุขภาพชุมชนให้อย่างมีคุณภาพตามมาตรฐาน โดยศูนย์สุขภาพชุมชนทุกแห่งต้องผ่านการตรวจประเมินขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิจาก

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผลการศึกษาการดำเนินงานระบบบริการปฐมภูมิของศูนย์สุขภาพชุมชนพบว่าปัญหาสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้ มีการรับบริการรักษาพยาบาลมากกว่าการสร้างเสริมสุขภาพ ประชาชนต้องการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ตั้งอยู่ใกล้บ้านจากบุคลากรวิชาชีพ ผสมผสานการจัดเวทีร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมแนะนำ และระบบการนิเทศติดตาม เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนภายใต้กระบวนการเป็นเจ้าของชุมชนของประชาชน เพิ่มศักยภาพบุคลากรทีมสุขภาพ ปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงานกับชุมชน พัฒนาระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภายใต้การพัฒนากระบวนการจัดการที่มีประสิทธิภาพ^{3,4,5,6} ส่งผลให้ผู้บริหารศูนย์สุขภาพชุมชนทุกระดับต้องมีการปรับตัว ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีที่หลากหลายสอดคล้องกับกระบวนการดำเนินงานปฐมภูมิให้บรรลุเป้าหมายของศูนย์สุขภาพชุมชน ดังนั้นแนวคิดประสิทธิผลองค์กรตามแบบอย่างหน้าที่ทางสังคมของ Parsons⁷ ได้มีการนำมาประยุกต์ใช้ให้องค์การต่างๆ สามารถอยู่รอดได้ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม

ศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดเชียงใหม่เริ่มพัฒนาตั้งแต่ 1 เมษายน 2544 ภายใต้การกำกับดูแลของสถานบริการหน่วยคู่สัญญาหลักทั้งภาครัฐและเอกชน ผลการตรวจเพื่อขึ้นทะเบียนหน่วยบริการประจำ หน่วยบริการปฐมภูมิในปีงบประมาณ 2544 จากคณะอนุกรรมการตรวจมาตรฐานของสถานพยาบาลระดับจังหวัด พบร้อยละ 90 ไม่ได้นำมาตรฐานด้านการบริการไปใช้มีระดับผลคะแนนเฉลี่ย ร้อยละ 45.35 ปีงบประมาณ 2547 และ 2548 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ และมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดเชียงใหม่โดย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ โดยกำหนดเป้าหมายดำเนินการจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนและให้มีการประเมินตนเองตามมาตรฐาน

ศูนย์สุขภาพชุมชน ของกรมสนับสนุนบริการ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าปี 2547 มีการประเมินตนเองของศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดเชียงใหม่ตามเป้าหมาย จำนวน 90 แห่ง พบว่าผ่านเกณฑ์ประเมิน ร้อยละ 53.8 มีระดับคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 72.4 ปี 2549 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพสถานบริการระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ได้ใช้เครือข่ายการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของผู้รับผิดชอบ และทีมพัฒนาคุณภาพ ศูนย์สุขภาพชุมชน เพื่อพัฒนาคุณภาพมีการรับของมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนได้ตั้งเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพศูนย์สุขภาพชุมชนรวม 136 แห่ง พบว่าผ่านเกณฑ์ประเมินร้อยละ 71.0 มีระดับคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 82.7⁸

ผู้วิจัยต้องการทราบประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ ที่มีการดำเนินงานมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2544 เป็นอย่างไร มีปัจจัยทางการบริหารจัดการอะไรบ้างที่มีอิทธิพลต่อการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน เพื่อนำมาพัฒนาการบริหารจัดการศูนย์สุขภาพชุมชนให้มีประสิทธิผลเป็นไปตามเป้าหมายของระบบบริการปฐมภูมิที่ทำให้เกิดการเสริมสร้างสุขภาพะคนไทยให้มีสุขภาพแข็งแรงทั้ง กาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ภายใต้สภาพแวดล้อมที่น่าอยู่ มุ่งสร้างการดูแลสุขภาพเชิงป้องกัน โดยการพัฒนาระบบสุขภาพครบวงจรที่บูรณาการ การส่งเสริม การป้องกัน การรักษาฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ ภายใต้ประสิทธิภาพการบริหารจัดการต้นทุน มุ่งสู่สุขภาพะประชาชนซึ่งเป็นทุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาประเทศชาติต่อไป

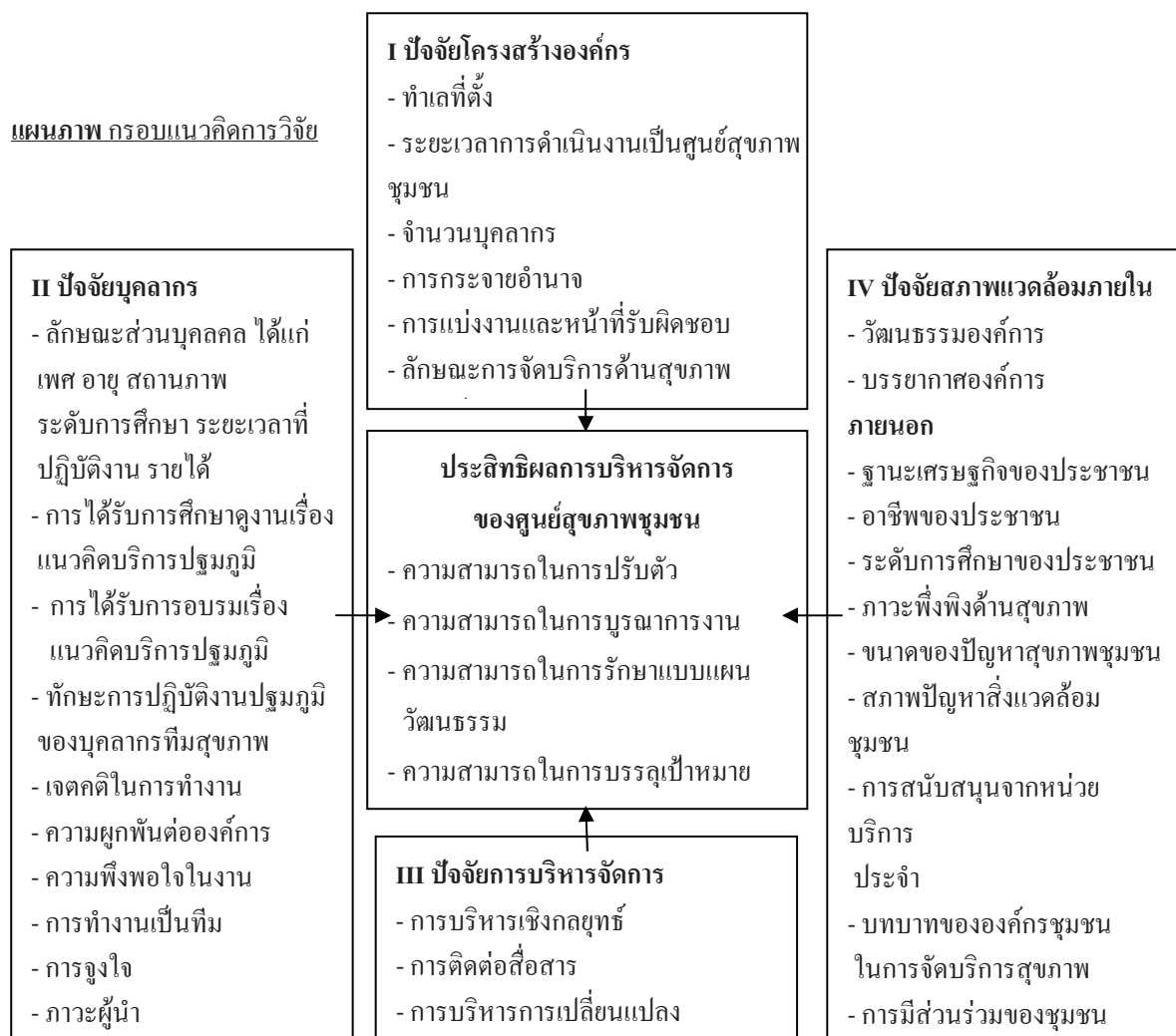
วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) ประชากรในการศึกษา คือ ศูนย์สุขภาพชุมชนในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 181 แห่ง เลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 125 แห่ง โดย

การสุ่มตัวอย่างของ Taro Yamane⁹ ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 แบบเป็นสัดส่วนกับขนาดของประชากร (proportion to size) สัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดแนวคิดประสิทธิผลองค์กร (organizational effectiveness) จำนวน 3 ชุด ขอบเขตเนื้อหาของตัวแปรอิสระมีดังนี้ 1) ปัจจัยด้านโครงสร้างองค์กร 2) ปัจจัยด้านบุคลากร 3) ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ และ 4) ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม และตัวแปรตามคือ ประสิทธิภาพการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนด้านต่างๆ ประกอบด้วยความสามารถในการปรับตัว ความสามารถในการบูรณาการงาน ความสามารถในการ

รักษาแบบแผนวัฒนธรรม และความสามารถในการบรรลุเป้าหมาย ตรวจสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญในระบบบริการปฐมภูมิ การบริหารจัดการ และการทำงานระดับชุมชน จำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC: Index of Concurrence) ระหว่าง 0.67-1.00 และมีค่าความเที่ยงโดยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ระหว่าง 0.739 – 0.977 วิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และวิเคราะห์พหุคูณดอยเชิงชั้น (hierarchy regression analysis)

แผนภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย



ผลการศึกษา ผู้วิจัยแบ่งผลการศึกษาที่ได้เป็น 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของศูนย์สุขภาพชุมชน

ศูนย์สุขภาพชุมชนจำนวน 125 แห่ง มีที่ตั้งอยู่นอกโรงพยาบาลที่เป็นหน่วยบริการประจำที่สังกัดเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90.4) เขตที่ตั้งอยู่ของศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นเขตรับผิดชอบขององค์กรบริหารการปกครองส่วนตำบลมากที่สุด (ร้อยละ 76.0) เขตเทศบาลรองลงมา (ร้อยละ 19.2) มีระยะห่างของศูนย์สุขภาพชุมชนและอำเภอที่ตั้งเฉลี่ยต่ำกว่า 26 กิโลเมตรมากที่สุด (ร้อยละ 70.4) โดยมีระยะห่างจากตัวจังหวัดเชียงใหม่ต่ำกว่า 51 กิโลเมตรมากที่สุด (ร้อยละ 53.6) และลักษณะพื้นที่อาศัยของประชากรที่รับผิดชอบส่วนใหญ่เป็นพื้นที่ราบ (ร้อยละ 68.0) ศูนย์สุขภาพชุมชนมีการจัดตั้งเป็นแบบเดี่ยวมากที่สุด (ร้อยละ 59.2) รองลงมาเป็นแบบกลุ่ม (ร้อยละ 40.8) โดยมีหน่วยบริการประจำที่สังกัดเป็นโรงพยาบาลชุมชนมากที่สุด (ร้อยละ 88.0) เป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดและรัฐนอกสังกัดรองลงมา (ร้อยละ 5.6 และ 4.0 ตามลำดับ) และเป็นโรงพยาบาลเอกชนน้อยที่สุด (ร้อยละ 2.4) มีจำนวนหมู่บ้านรับผิดชอบเฉลี่ย 9 หมู่บ้าน โดยมีจำนวนประชากรที่รับผิดชอบเฉลี่ย 6,545 คนเป็นประชากรที่อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพมากที่สุด (ร้อยละ 46.4) มีสถิติการให้บริการโดยเฉลี่ยของจำนวนผู้มารับบริการ 40 ครั้งต่อวัน และจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการด้านการรักษาพยาบาลเฉลี่ย 34 ครั้งต่อวัน

ส่วนที่ 2 ประสิทธิภาพการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน

ประสิทธิภาพการบริหารจัดการศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดเชียงใหม่เฉลี่ย ร้อยละ 85.1 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.1 มีระดับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนมากกว่าร้อยละ 71 มากที่สุด (ร้อยละ 51.2) รองลงมาร้อยละ 61-70 (ร้อยละ 40.8) โดยมีประสิทธิผล

การบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนต่ำกว่าร้อยละ 60 (ร้อยละ 8.0) การวิเคราะห์ประสิทธิภาพการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ แยกเป็นประสิทธิผลราย 4 ด้าน พบว่า 1) ด้านความสามารถในการปรับตัว มีระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ (ร้อยละ 70.1) 2) ด้านความสามารถในการบูรณาการงานมีระดับปานกลาง (ร้อยละ 75.5) 3) ด้านความสามารถในการรักษาแบบแผนวัฒนธรรม มีระดับปานกลาง (ร้อยละ 71.0) และ 4) ด้านความสามารถในการบรรลุเป้าหมาย จากตัวชี้วัดดังนี้ ร้อยละสิทธิว่างของประชากรที่รับผิดชอบเฉลี่ย 2.63 มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.58 ร้อยละความครอบคลุมการได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุ 0-5 ปี เฉลี่ยร้อยละ 79.5 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 24.8 การคัดกรองภาวะเสี่ยงเฉลี่ย 49.2 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 29.8 ความครอบคลุมการคัดกรองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เฉลี่ยร้อยละ 70.7 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 21.4 ความครอบคลุมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีเฉลี่ยร้อยละ 49.5 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 25.2 การมีแฟ้มครอบครัวเฉลี่ยร้อยละ 88.6 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 15.5 โดยมีการใช้งานเฉลี่ยร้อยละ 71.1 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.9 การมีแฟ้มชุมชนเฉลี่ยร้อยละ 85.1 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 17.7 และมีการใช้งานของแฟ้มชุมชนเฉลี่ยร้อยละ 65.1 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 18.5 การดูแลผู้พิการด้านสุขภาพมีความครอบคลุมร้อยละ 89.0 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.9 จำนวนการเยี่ยมบ้านโดยเฉลี่ย 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการศูนย์สุขภาพชุมชนเฉลี่ยร้อยละ 88.1

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน

3.1 ปัจจัยโครงสร้างขององค์กร พบว่าศูนย์สุขภาพชุมชนตั้งอยู่ในทำเลพื้นที่ปกคิมิปัญหาในการปฏิบัติงานน้อยมากที่สุด 93 แห่ง (ร้อยละ 74.4) มีระยะเวลาในการ

ดำเนินงานเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน เฉลี่ย 5 ปี มีบุคลากรที่ปฏิบัติงานเฉลี่ย 3 คน มีการกระจายอำนาจระดับปานกลาง ก่อนข้างสูง (ร้อยละ 78.2) การแบ่งงานและหน้าที่รับผิดชอบ มีระดับปานกลาง (ร้อยละ 74.2) ลักษณะการจัดบริการสุขภาพ ส่วนใหญ่ไม่มีอาสาสมัครร่วมในการให้บริการ (ร้อยละ 79.2) มีอาสาสมัครร่วมให้บริการมีเฉพาะในวันให้บริการคลินิกโรคเรื้อรัง และการใช้เทคโนโลยีในการระดับค่อนข้างต่ำ (ร้อยละ 60.6)

3.2 ปัจจัยบุคลากร พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70.7) หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนมีอายุระหว่าง 46-55 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 52.0) ในขณะที่ผู้ปฏิบัติงานมีอายุระหว่าง 36-45 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 38.8) เฉลี่ยอายุ 40 ปี มีสถานภาพสมรสเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 73.9) มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 74.4) หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนมีตำแหน่งที่ปฏิบัติงานในปัจจุบันเป็นเจ้าพนักงานบริหารสาธารณสุขมากที่สุด (ร้อยละ 52.8) รองลงมา คือ นักวิชาการสาธารณสุข (ร้อยละ 19.2) ในขณะที่ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่มีตำแหน่งในปัจจุบันเป็นพยาบาลวิชาชีพ (ร้อยละ 49.6) รองลงมา คือ เจ้าพนักงานสาธารณสุข (ร้อยละ 26.4) ทั้งหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนและผู้ปฏิบัติงานมีระยะเวลาปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชนในปัจจุบันต่ำกว่า 6 ปี (ร้อยละ 73.3) โดยเฉลี่ย 5 ปี รายได้รวมโดยเฉลี่ยของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนมากกว่า 215,001 บาทขึ้นไปมากที่สุด (ร้อยละ 52.8) ส่วนผู้ปฏิบัติงานมีรายได้เฉลี่ยอยู่ช่วง 15,001-20,000 บาทมากที่สุด (ร้อยละ 28.8) บุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนไม่เคยได้รับการศึกษาดูงานเรื่องแนวคิดบริการปฐมภูมิมากที่สุด (ร้อยละ 71.7) 3) และไม่เคยอบรมเรื่องแนวคิดบริการปฐมภูมิมากที่สุด (ร้อยละ 75.7) ทักษะการปฏิบัติงานปฐมภูมิของบุคลากรทีมสุขภาพมีระดับสูง (ร้อยละ 93.6) เจตคติในการทำงานมีระดับปาน

กลางค่อนข้างสูง (ร้อยละ 78.9) ความผูกพันต่อองค์กรมีระดับสูง (ร้อยละ 87.0) ความพึงพอใจในงานมีระดับสูง (ร้อยละ 82.7) การทำงานเป็นทีมมีระดับปานกลาง (ร้อยละ 72.8) การภูมิใจมีระดับสูง (ร้อยละ 86.4) และภาวะผู้นำของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนมีระดับปานกลาง (ร้อยละ 78.0)

3.3 ปัจจัยการบริหารจัดการ พบว่าศูนย์สุขภาพชุมชนมีการบริหารเชิงกลยุทธ์ระดับปานกลาง (ร้อยละ 73.3) การติดต่อสื่อสารมีระดับปานกลางค่อนข้างสูง (ร้อยละ 79.2) และการบริหารการเปลี่ยนแปลงมีระดับปานกลาง (ร้อยละ 73.6)

3.4 ปัจจัยสภาพแวดล้อม พบว่าสภาพแวดล้อมภายในของศูนย์สุขภาพชุมชนทั้งวัฒนธรรม และบรรยากาศองค์กรมี

ระดับปานกลางค่อนข้างสูง (ร้อยละ 79.2 และร้อยละ 78.9 ตามลำดับ) และสภาพแวดล้อมภายนอก พบว่าประชาชนมีรายได้เฉลี่ย 4,835.9 บาทต่อเดือน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2,619.9 และมีรายจ่ายเฉลี่ย 4,129.6 บาทต่อเดือน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2,216.0 สัดส่วนอาชีพภาคเกษตรกรรมกับภาคอื่นเฉลี่ยร้อยละ 70.5 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 22.0 สัดส่วนระดับการศึกษาของประชาชนระดับประถมศึกษา กับภาคอื่นเฉลี่ย ร้อยละ 56.8 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 20.5 มีภาวะพึงพิงด้านสุขภาพของประชากรเด็กอายุระหว่าง 0-12 ปีต่อประชากรทั้งหมดเฉลี่ยประชากรผู้ใหญ่ จำนวน 3 คน ดูแลประชากรเด็กเฉลี่ย 1 คน การพึ่งพิงของผู้สูงอายุต่อประชากรเฉลี่ยประชากรผู้ใหญ่ จำนวน 8 คนดูแลผู้สูงอายุ 1 คน การพึ่งพิงของผู้พิการเฉลี่ยประชากร 224 คนดูแลผู้พิการ 1 คน ปัญหาสุขภาพชุมชนพบมีอัตราการป่วยของประชากรโรคระบบทางเดินหายใจส่วนล่างมากที่สุด (เฉลี่ย 6,530 คนต่อแสนประชากร) รองลงมาได้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง เฉลี่ย 2,008 คนต่อแสนประชากร และพบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังน้อย

ที่สุด (เฉลี่ย 376 คนต่อแสนประชากร) และมีอัตราการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกเฉลี่ย 152 คนต่อแสนประชากร สภาพสิ่งแวดล้อมชุมชนมีขนาดของปัญหา และความรุนแรงระดับปานกลางค่อนข้างน้อย พบการมีและใช้ส้วมของชุมชนระดับน้อย (ร้อยละ 27.0) ความสะอาดของน้ำดื่มและน้ำใช้ในชุมชนระดับปานกลาง (ร้อยละ 19.0) และปัญหาขยะมูลฝอยและการกำจัดขยะของชุมชนระดับปานกลาง (ร้อยละ 36.0) 1 ใน 2 ของศูนย์สุขภาพชุมชนได้รับการสนับสนุนจากหน่วยบริการประจำ โดยบทบาทขององค์กรชุมชนในการจัดบริการสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการสุขภาพมีระดับค่อนข้างต่ำ (ร้อยละ 40.8)

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน

โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยด้านต่างๆ ดังนี้ 1) โครงสร้างองค์กร พบปัจจัยย่อยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีทิศทางความสัมพันธ์ไปทางเดียวกับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน คือ การใช้เทคโนโลยีในการดำเนินงาน ($r=0.49$) การกระจายอำนาจ ($r=0.43$) และการแบ่งงานและหน้าที่รับผิดชอบ ($r=0.38$) และมีความสัมพันธ์ทิศทางตรงกันข้าม คือ ลักษณะการจัดบริการด้านสุขภาพ ($r=0.14$) และระยะเวลาการดำเนินงานเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน ($r=0.11$) 2) บุคลากร พบปัจจัยย่อยที่มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 คือ ภาวะผู้นำ ($r=0.51$) การทำงานเป็นทีม ($r=0.51$) ทักษะการปฏิบัติงานปฐมภูมิของบุคลากรทีมสุขภาพ ($r=0.45$) ความพึงพอใจในงาน ($r=0.45$) เจตคติในการทำงาน ($r=0.44$) การจงใจ ($r=0.41$) และเพศ ($r=0.11$) 3) การบริหารจัดการ พบปัจจัยย่อยทุกตัวมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกับ

ประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 คือ การบริหารการเปลี่ยนแปลง ($r=0.66$) การบริหารเชิงกลยุทธ์ ($r=0.60$) และการติดต่อสื่อสาร ($r=0.55$) และ 4) สภาพแวดล้อม พบปัจจัยที่สัมพันธ์กับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 มีทิศทางความสัมพันธ์ไปทางเดียวกันกับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน คือ วัฒนธรรมองค์กร ($r=0.54$) บรรยากาศองค์กร ($r=0.53$) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดบริการสุขภาพ ($r=0.27$) อาชีพของประชาชน ($r=0.24$) การสนับสนุนจากหน่วยบริการประจำ ($r=0.14$) และระดับการศึกษาของประชาชน ($r=0.11$) และมีปัจจัยย่อยที่มีความสัมพันธ์ตรงกันข้ามกับประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน คือ ฐานะเศรษฐกิจของประชาชน ($r=0.16$) และภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ ($r=0.15$)

การวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนด้วยวิธีพหุถดถอยเชิงชั้น (hierarchy regression) โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสมการในการพยากรณ์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน โดยวิธีการคัดเลือกตัวแปรอิสระแบบ Enter Regression ซึ่งเป็นวิธีการเพิ่มเติมตัวแปรอิสระเข้าสมการถดถอยทั้งหมด แล้วสกัดตัวแปรอิสระอื่น ๆ ออกสมการถดถอย ตามหลักเกณฑ์ของวิธีสกัดเข้า โดย $P \text{ enter} = 0.05$ และ $P \text{ remove} = 0.01$ พบความผันแปรของในภาพรวมที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนได้ร้อยละ 61.1 ($F = 4.521, p < 0.01$) ตัวแปรการบริหารการเปลี่ยนแปลง และอาชีพของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนตัวแปรจำนวนบุคลากร การกระจายอำนาจ การแบ่งงานและหน้าที่

รับผิดชอบ การใช้เทคโนโลยีในการดำเนินงาน เพศ
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน การได้รับการอบรมเรื่องแนวคิด
บริการปฐมภูมิ ภาวะพึงพิงด้านสุขภาพ และการมีส่วนร่วม
ของชุมชนในการจัดบริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นสมการจำลองการพยากรณ์ปัจจัย
ที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์
สุขภาพชุมชนได้ดังนี้

ประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน
= $1.347 + 0.047(\text{จำนวนบุคลากร}) + 0.070(\text{การกระจายอำนาจ})$
 $+ 0.080(\text{การแบ่งงานและหน้าที่รับผิดชอบ}) - 0.166$
 $(\text{ลักษณะการจัดบริการด้านสุขภาพ}) + 0.073(\text{การใช้}$
 $\text{เทคโนโลยีในการดำเนินงาน}) + 0.085(\text{เพศ}) + 0.038(\text{ระยะเวลาที่}$
 $\text{ปฏิบัติงาน}) + 0.118(\text{การได้รับการอบรมเรื่องแนวคิดบริการ}$
 $\text{ปฐมภูมิ}) + 0.264(\text{การบริหารการเปลี่ยนแปลง}) + 0.072(\text{อาชีพ}$
 $\text{ของประชาชน}) - 0.064(\text{ภาวะพึงพิงด้านสุขภาพ}) + 0.063$
 $(\text{การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดบริการสุขภาพ})$

อภิปรายผล

1) ปัจจัยโครงสร้างองค์การ พบว่าศูนย์สุขภาพ
ชุมชนส่วนใหญ่ตั้งทำเลอยู่ในพื้นที่ปกติ มีระยะเวลาการ
ดำเนินงานเป็นศูนย์สุขภาพชุมชนเฉลี่ย 5 ปี ซึ่งไม่มี
อิทธิพลต่อประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพ
ชุมชน เพราะการทำงานระดับปฐมภูมิของศูนย์สุขภาพ
ชุมชนนั้นเน้นความใกล้ชิดกับประชาชน ส่วนระยะเวลา
การดำเนินงานเป็นศูนย์สุขภาพชุมชนเฉลี่ย 5 ปี มีบุคลากร
ที่รับผิดชอบ 2-4 คน รับผิดชอบประชากรเฉลี่ย 5,000 คน
พบว่าสัดส่วนบุคลากรของศูนย์สุขภาพชุมชนต่อประชากร
ที่รับผิดชอบได้ตามมาตรฐานของบุคลากรต่อประชากร
 $1:1,250$ ¹⁰ สอดคล้องกับการศึกษาของ สำเริง แหงกระ
โทก และเสาวลักษณ์ สุพรรณไมตรี¹¹ ที่พบว่าคุณภาพของ
ศูนย์สุขภาพชุมชนจะเกิดขึ้นได้ต้องมีการจัดอัตรากำลังคน

ให้เพียงพอ ได้ตามมาตรฐาน และการศึกษาของหทัยชนก
บัวเจริญ⁴ และพัชรภรณ์ ปัญญาวิไกร และคหา บัณจิ
ตานกุล⁷ ที่กล่าวว่าศูนย์สุขภาพชุมชนต้องรู้จักชุมชนที่ตั้ง
ของศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นอย่างดี สามารถเข้าใจวิถีชีวิต
และตอบสนองต่อประชาชนที่เป็นเป้าหมายในการ
ให้บริการปฐมภูมิ ซึ่งไม่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการ
บริหารจัดการศูนย์สุขภาพชุมชน เพราะหากศูนย์สุขภาพ
ชุมชนแห่งใดทีมงานมีความรู้ ความเข้าใจต่อเป้าหมายการ
ให้บริการปฐมภูมิ สามารถที่จะจัดให้บริการอย่างเป็นองค์
รวม ผสมผสาน ต่อเนื่อง

การกระจายอำนาจของศูนย์สุขภาพชุมชนพบใน
ระดับปานกลางสอดคล้องกับแนวคิดของ Robins¹² ที่กล่าว
ว่าองค์การใดหากมีการกระจายอำนาจทั้งในการตัดสินใจ
การให้ข้อมูลต่างๆเพื่อนำไปปฏิบัติได้ดีย่อมทำให้องค์การ
นั้นมีประสิทธิผลที่มากกว่า โดยพบว่าศูนย์สุขภาพชุมชนมี
การประสานงานทั้งที่เป็นทางการ และไม่เป็นทางการ
ทีมงานมีโอกาสหรือร่วมตัดสินใจได้มาก การแบ่งงานและ
หน้าที่รับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนพบในระดับปาน
กลางถึงสูงแสดงให้เห็นว่าศูนย์สุขภาพชุมชนมีการจัดแบ่ง
งานตามตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน ตามขอบเขตวิชาชีพ และ
หน้าที่รับผิดชอบ สอดคล้องกับการศึกษาของ สำเริง แหง
กระโทก และรุจิรา มังคละศิริ¹¹ ที่อธิบายบทบาทหน้าที่
ของบุคลากรที่ปฏิบัติงานไว้ตามขอบเขตหน้าที่รับผิดชอบ
อย่างชัดเจนจึงจะทำให้การทำงานมีประสิทธิภาพ ลักษณะ
การจัดบริการด้านสุขภาพของศูนย์สุขภาพชุมชนมีการ
ให้บริการร่วมด้วยจากอาสาสมัครหรือเป็นแหล่งฝึก
นักศึกษาด้านสาธารณสุขมีประสิทธิผลการบริหารจัดการ
ที่มากกว่าศูนย์สุขภาพชุมชนที่ไม่มีการร่วมให้บริการ
สอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ศึกษาโดย
สุพัตรา ศรีวนิชชากร และคณะ¹³ ที่พบว่าการที่อาสาสมัคร
ของชุมชนได้มีโอกาสร่วมให้บริการสุขภาพของศูนย์

สุขภาพชุมชนทั้งในบริการที่หน่วยบริการหรือเชิงรุกในชุมชน ส่งผลให้เกิดความใกล้ชิดของประชาชนในพื้นที่กับเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข ทำให้เกิดความราบรื่นในการประสานงานด้านสุขภาพ และเมื่อศูนย์สุขภาพชุมชนได้เป็นแหล่งฝึกงานของนักศึกษาสาธารณสุขทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนในการค้นหา สืบค้นกรณีศึกษา หาความรู้เพิ่มเติมจากการปฏิบัติงานเป็นตัวอย่างเรียนรู้ในการให้บริการทั้งในคลินิกบริการ และงานชุมชน การใช้เทคโนโลยีในการดำเนินงานของศูนย์สุขภาพชุมชนพบในระดับต่ำ ซึ่งเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน สอดคล้องกับแนวคิดของ Steers⁷ กล่าวว่าการใช้เทคโนโลยีแปลงสภาพวัตถุดิบ หรือตัวป้อนให้เป็นผลผลิตที่มีประสิทธิภาพตามเป้าหมาย ประกอบด้วย เครื่องมือ วิธีการ เทคนิค ตลอดจนความรู้ และทักษะของบุคลากรที่ใช้ในการเปลี่ยนแปลงปัจจัยนำเข้าเป็นผลผลิต แสดงให้เห็นว่าศูนย์สุขภาพชุมชนที่ใช้เทคโนโลยีในรูปแบบโปรแกรมคอมพิวเตอร์บันทึกการให้บริการ รวบรวมสถิติ ประมวลผลการให้บริการเป็นข้อมูลวางแผน โครงการหรืองานต่างๆ ดังนั้นหากศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งใดมีการใช้เทคโนโลยีได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งระบบคอมพิวเตอร์ และความสามารถในการใช้งานของบุคลากรที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้มีระบบข้อมูลในการจัดการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อการดูแลสุขภาพ

2) ปัจจัยด้านบุคลากร พบว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 40 ปี สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่า มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเฉลี่ย 5 ปี มีรายได้ เฉลี่ย 20,347 บาท พบบุคลากรจำนวน 1 ใน 3 ได้รับการศึกษาดูงานเรื่องแนวคิดบริการปฐมภูมิ และการได้รับการอบรมเรื่อง

แนวคิดบริการปฐมภูมิ พบว่า เพศ และการได้รับการอบรมเรื่องแนวคิดบริการปฐมภูมิมีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน เพราะเพศหญิงมีความละเอียด รอบคอบในงานมากกว่าเพศชายจึงทำให้การทำงานด้านบริการปฐมภูมิที่ต้องอาศัยศาสตร์ และศิลป์ในการทำงานกับคนทั้ง 4 มิติ ด้าน กาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม สอดคล้องกับการศึกษาของสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ¹⁵ ทั้งนี้เพศชายสามารถทำงานเชิงรุกในชุมชนได้ดีกว่าเพศหญิง โดยเฉพาะผู้นำท้องถิ่นซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศชายย่อมมีโอกาสประสานงานได้ดีกว่าในการได้รับการจัดสรรงบประมาณ ความร่วมมือ การทำงานในชุมชนนอกเวลาราชการ และเมื่อบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนมีเข้าใจในแนวคิดบริการแบบองค์รวม จากการได้มีโอกาสไปศึกษาหาความรู้ หรืออบรมเพิ่มพูนทักษะ สามารถประเมินภาวะสุขภาพระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสามารถให้บริการปฐมภูมิได้ตามเป้าหมายของบริการได้ โดยลักษณะส่วนบุคคลอื่นๆ ไม่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ¹³ ที่เน้นถึงทักษะการปฏิบัติงานบริการปฐมภูมิของทีมงาน ไม่เจาะจงอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ รายได้ เพราะหากบุคลากรมีความรู้ เข้าใจ และมีทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติงานปฐมภูมิ สามารถสะสมประสบการณ์จากการปฏิบัติงาน การเข้าถึง รู้จักชุมชนเป็นอย่างดี เพื่อการประสานงาน และเสริมพลังในการดูแลสุขภาพตนเองได้ของประชาชนในชุมชน เพราะหากบุคลากรทุกตำแหน่งที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนสามารถประเมินภาวะสุขภาพ การวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ การวางแผนในการรักษาหรือดูแลสุขภาพ การประเมินติดตามผลการปฏิบัติงาน การให้บริการรักษาโรคเบื้องต้น ส่งเสริมกระตุ้นการสร้างเสริมสุขภาพของชุมชน และการ

มีสัมพันธภาพที่ดีกับชุมชน โดยไม่แบ่งขอบเขตว่าเป็นวิชาชีพใด ย่อมส่งผลให้การให้บริการปฐมภูมิของศูนย์สุขภาพชุมชนมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ระดับเจตคติในการทำงาน ความผูกพันต่อองค์กร ความพึงพอใจในงาน การทำงานเป็นทีม การจงใจ ภาวะผู้นำของศูนย์สุขภาพชุมชนพบในระดับปานกลาง โดยปัจจัยเหล่านี้ไม่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน ชัดแจ้งกับแนวคิดของ Tandis¹⁴ Anastasi¹⁵ ที่กล่าวถึงเจตคติในการทำงานมีผลต่อวิธีการทำงาน และกระทบต่อคุณภาพของชีวิตการทำงาน ดังนั้น หากบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนมีเจตคติต่องานในระดับที่สูงย่อมส่งผลให้มีความพึงพอใจ และแสดงออกถึงการทำงานที่มีประสิทธิภาพ สามารถบรรลุเป้าหมายการให้บริการปฐมภูมิของศูนย์สุขภาพชุมชนได้ สอดคล้องกับแนวคิดความพึงพอใจในงานของ Munson and Heda¹⁶ ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับแนวคิดของ Mowday, Steers and Porter¹⁷ กล่าวว่าความผูกพันต่อองค์กรเป็นสิ่งที่มากกว่าความจงรักภักดี สมาชิกมีความสัมพันธ์อย่างแนบแน่น มีความสามัคคี และมีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งขององค์กรเกิดความเต็มใจ อุทิศเวลาในการทำงาน มีความผาสุกในการอยู่ร่วมกันของคนในองค์กร หากบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนมีความผูกพันต่อองค์กร ยอมรับในเป้าหมายส่วนรวมของศูนย์สุขภาพชุมชนย่อมส่งผลให้ประสิทธิภาพการให้บริการของศูนย์สุขภาพชุมชนมีในระดับที่สูง ต้องมีการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับแนวคิดของ Roming¹⁸ และแนวคิดภาวะผู้นำของ Kouzes and Posner¹⁹ ที่กล่าวว่าผู้บริหารต้องมีวิสัยทัศน์ด้วยข้อผูกพันต่อการให้บริการ และมีความสามารถในการกระตุ้นให้บุคลากรในองค์กรใช้ศักยภาพที่ดี ทำงานให้เกิดผลลัพธ์สูงสุด สร้างพันธมิตรทั้งภายใน และภายนอกองค์กร

สื่อสารกับลูกค้าด้วยความรู้สึกที่ดีต่อกัน ตามแนวคิดการจงใจ ของ Luthans²⁰ รวมทั้งผู้นำหรือผู้บริหารศูนย์สุขภาพชุมชนต้องมีทักษะทางการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ของงานสูงสุดภายใต้ภาวะการณ์ที่เปลี่ยนแปลง สามารถบริหารบุคลากรภายในองค์กรให้สามารถทำงานร่วมกันได้อย่างเป็นระบบ หากองค์กรใดประสบความสำเร็จด้านการพัฒนาทีมงานให้มีประสิทธิภาพในการทำงาน และมีความรักต่อองค์กรแล้วย่อมรักษาความได้เปรียบในการแข่งขัน

3) ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ พบทุกปัจจัยย่อยมีระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ และไม่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนคือ การบริหารเชิงกลยุทธ์ และการติดต่อสื่อสาร ชัดแจ้งกับแนวคิดการบริหารเชิงกลยุทธ์ของ Dess and Miller²¹ ที่กล่าวถึงการบริหารเชิงกลยุทธ์เป็นการจัดการกับสภาพการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองที่มีผลต่อการบริหารองค์กร การบริหารต้องเป็นการบริหารเชิงรุกที่เป็นลักษณะของการบริหารเชิงกลยุทธ์โดยเน้นการตัดสินใจที่คำนึงถึงอนาคตเพิ่มมากกว่าคำนึงถึงเฉพาะสภาพแวดล้อม มีการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรที่มีอยู่อย่างคุ้มค่าภายใต้สถานการณ์ และสภาพแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ต้องมีการอาศัยการติดต่อสื่อสารตามแนวคิดของ Merryman²⁰ ที่เปรียบเทียบเสมือนเส้นชีวิตขององค์กรทุกองค์กรในฐานะเป็นกระบวนการที่เชื่อมโยงระหว่างบุคคล กลุ่ม และองค์กร การติดต่อสื่อสารเป็นสื่อกลางในการนำปัจจัยนำเข้าจากสภาพแวดล้อมสู่องค์กร และส่งผลผลิตจากองค์กรสู่สภาพแวดล้อมต่อไป ผู้บริหารใช้การติดต่อสื่อสารเป็นเครื่องมือในการตัดสินใจ การติดตามงาน และการแก้ไขให้ถูกต้องตรงตามวัตถุประสงค์ให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อม สอดคล้องกับแนวคิดของ และ Barnard²⁰ โดยพบว่าการบริหารการเปลี่ยนแปลงมี

อิทธิพลต่อการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน เพราะหากองค์กรใดไม่มีการเปลี่ยนแปลงจะทำให้องค์กรนั้นล้าสมัย พบกับภาวะถดถอย สอดคล้องกับแนวคิดของ Paton and McCalman²² ที่กล่าวว่าการบริหารการเปลี่ยนแปลงเป็นกระบวนการของพฤติกรรมที่ต่อเนื่องกันมีการกำหนดความจำเป็นสำหรับการเปลี่ยนแปลงมาจากความต้องการของสมาชิกในองค์กรที่ได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงนั้น มีการสร้างแรงจูงใจให้แก่ทีมงานในองค์กรเกิดความรู้สึกต้องการเปลี่ยนแปลง โดยการแสวงหาแนวทางที่เหมาะสม และโอกาสสำเร็จ มีการลงมือปฏิบัติ และการประเมินผลการเปลี่ยนแปลง เมื่อกระบวนการเปลี่ยนแปลงเสร็จสิ้นแล้วควรได้มีการเผยแพร่ไปองค์กรอื่นๆ เพราะหากศูนย์สุขภาพชุมชนมีการบริหารการเปลี่ยนที่ดี องค์กรจะมีการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไปยอมทำให้องค์กรเกิดประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนที่สูงขึ้น

4) ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม พบว่าวัฒนธรรมองค์กรและบรรยากาศองค์กรเป็นสภาพแวดล้อมภายในของศูนย์สุขภาพชุมชนมีระดับปานกลางถึงสูง แต่ไม่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการบริหารการเปลี่ยนแปลงของศูนย์สุขภาพชุมชน จัดแย้งกับแนวคิดของ Cook and Laffety²³ Smircich²⁴ และ Schein²⁵ ที่กล่าวถึงวัฒนธรรมองค์กรลักษณะสร้างสรรค์ มุ่งเน้นให้องค์การมีปฏิสัมพันธ์ และสนับสนุนช่วยเหลือซึ่งกันละกัน เน้นให้มีการช่วยเหลือกันภายในองค์กร สามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน เพราะสามารถผูกพันกับสมาชิกในองค์กร และเป็นตัวกำหนดกรอบระเบียบ แบบแผนในการปฏิบัติงานร่วมกัน โดยวัฒนธรรมองค์กรช่วยแก้ปัญหาพื้นฐานของกลุ่มในการอยู่รอด และการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมภายนอก และการบูรณาการกระบวนการภายในองค์กรเพื่อความสามารถในการอยู่รอด และปรับตัวต่อไป โดย Lussier²⁶ กล่าวถึง

บรรยากาศองค์กรที่ดี มีโครงสร้างองค์กรที่เรียบง่าย การกำหนดหน้าที่ชัดเจน การกระจายอำนาจเหมาะสม ภาวะผู้นำของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีประสิทธิผล การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ย่อมส่งผลให้เกิดประสิทธิผลในการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนเพิ่มมากขึ้น

ส่วนปัจจัยสภาพแวดล้อมภายนอกได้แก่ ฐานะเศรษฐกิจ ระดับการศึกษาของประชาชน ขนาดของปัญหาสุขภาพชุมชน และสภาพปัญหาสิ่งแวดล้อมชุมชน ไม่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน โดยพบว่าอาชีพของประชาชน และภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพมีผลต่อประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน สอดคล้องกับ

การศึกษาของวิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ²⁷ เพราะหากประชาชนที่ศูนย์สุขภาพชุมชนรับผิดชอบมีอาชีพ ภาคเกษตรกรรมมาก มีโอกาสมาใช้บริการมากส่งผลให้ประสิทธิภาพการให้บริการปฐมภูมิของศูนย์สุขภาพชุมชนอาจไม่ได้ตามเป้าหมายเป็นภาระงานของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนที่ต้องให้บริการ อีกทั้งปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ฤดูกาลเก็บเกี่ยว ภาวะโรคที่พบจากทำงาน และหากศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งใดที่มีภาวะการพึ่งพิงด้านสุขภาพในระดับที่มากทั้งจากประชากรวัยเด็ก ผู้สูงอายุ และผู้พิการยิ่งทำให้ทีมงานของศูนย์สุขภาพชุมชนต้องให้การดูแลด้านสุขภาพสำหรับกลุ่มเหล่านี้ ทำให้เกิดภาระงานที่หนักในการให้บริการ เหลือเวลาให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคได้ลดลง และขัดแย้งกับ ส่วนปัจจัยสภาพแวดล้อมภายนอกอื่นๆ ไม่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนขัดแย้งกับการศึกษาของวิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ²⁷ ที่พบว่าประชาชนที่มาใช้บริการของศูนย์สุขภาพชุมชนในระดับปฐมภูมิมีทุกฐานะเศรษฐกิจ ประกอบกับระดับการศึกษาของประชาชนที่ไม่สูงมากนักเป็นอุปสรรคต่อการรับรู้ และ

สื่อสาร ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม มีกลุ่มโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นจากผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งต้องการการดูแลอย่างครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวม ต่อเนื่องไม่ให้เกิดค่าใช้จ่ายสูงจากภาวะโรคแทรกซ้อน รวมทั้งปัญหาสิ่งแวดล้อมของชุมชนจากการเปลี่ยนการดำเนินชีวิตประชาชนในจังหวัดเชิงใหม่จากภาคเกษตรกรรมเปลี่ยนเป็นภาคอุตสาหกรรม มีการอพยพย้ายถิ่นของแรงงาน มีการใช้ทรัพยากรต่างๆมากขึ้นจากจำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้นย่อมส่งผลถึงการทำงานเชิงรุก หรือการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนได้ยากขึ้น ส่งผลให้ประสิทธิภาพของการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนลดลงด้วย

สำหรับสภาพแวดล้อมภายนอกจากการสนับสนุนจากหน่วยบริการประจำ และบทบาทขององค์กรชุมชนในการจัดบริการสุขภาพ พบในระดับปานกลางถึงต่ำ และไม่มีอิทธิพลต่อการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน จัดแข่งกับแนวคิดผลลัพธ์การสนับสนุนจากหน่วยบริการประจำของสถาบันวิจัย และพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน²⁸ ที่กล่าวว่า การมีส่วนร่วมคิด การวางแผนการดำเนินงานระหว่างศูนย์สุขภาพชุมชนกับหน่วยบริการประจำ และองค์กรส่วนท้องถิ่น ได้แก่ เทศบาล องค์กรการบริหารส่วนตำบล และภาคเอกชน มีส่วนทำให้การป้องกัน ควบคุมโรคในชุมชนมีประสิทธิภาพมากขึ้นทั้งจากการสนับสนุนงบประมาณ อุปกรณ์ บุคลากร หรือประสานงาน ร่วมกิจกรรม หรือเป็นประชาสัมพันธ์ โดยจัดให้มีการให้บริการร่วมตรวจสุขภาพ การป้องกันโรคไข้เลือดออก การป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง ดังนั้นหากศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีการสนับสนุนขององค์กรชุมชนในการจัดบริการสุขภาพย่อมมีแนวโน้มที่จะทำให้ประสิทธิภาพให้บริการด้านปฐมภูมิมีประสิทธิภาพมาก โดยพบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดบริการสุขภาพด้านการมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ในการดูแลสุขภาพทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน แสดงให้เห็น

ถึงโอกาสการสร้างความร่วมมือของศูนย์สุขภาพชุมชนมีทิศทางที่เพิ่มขึ้น เพราะเป็นการมีส่วนร่วมที่ทั้งศูนย์สุขภาพชุมชนและชุมชนต่างได้ประโยชน์ที่เป็นผลดีด้านสุขภาพ ทั้งนี้ต้องมีการเพิ่มการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และติดตามประเมินผลการดำเนินงานให้ต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการสนับสนุนทรัพยากร หรือใช้ทรัพยากรที่มีในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นการเสริมสร้างการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของชุมชนมากที่สุด พบว่าการมีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพมีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน สอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของ Cohen and Uphoff²⁹

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะต่อปัญหาและผลการวิจัยที่ค้นพบ เพื่อเป็นแนวทางในการเพิ่มประสิทธิผลการบริหารจัดการ ผู้วิจัยได้นำข้อค้นพบจากการวิจัยครั้งนี้ ดังนี้ 1) เชน โยบาย ผู้บริหารศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดเชิงใหม่ได้ทราบถึงประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนว่าอยู่ในระดับใด สามารถกำหนดทิศทาง แผนงาน การพัฒนาการบริหารจัดการศูนย์สุขภาพชุมชน เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องส่งผลต่อผู้รับบริการได้รับบริการปฐมภูมิของศูนย์สุขภาพชุมชนที่ดีมีคุณภาพได้มาตรฐาน และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชิงใหม่ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเชิงใหม่ ได้ทราบถึงปัจจัยทางการบริหารจัดการที่สามารถพยากรณ์ระดับประสิทธิผลการดำเนินงานของศูนย์สุขภาพชุมชน โดยสามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผน ประกอบการพัฒนา แนวทางการบริหารจัดการ ประเมิน และติดตามการพัฒนาคุณภาพของศูนย์สุขภาพชุมชน เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนต่างๆสามารถบรรลุเป้าหมายจากการให้บริการแบบ

เป็นองค์กรร่วม ผสมผสาน และต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนได้ 2) เชิงการบริหารจัดการ ผู้บริหารศูนย์สุขภาพชุมชนในจังหวัดเชียงใหม่ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการศูนย์สุขภาพชุมชนทุกระดับที่ควบคุมนโยบาย ติดตามผลการดำเนินงาน และประเมินผลการปฏิบัติงานสู่ประชาชนทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ประกอบด้วย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ คณะกรรมการบริหารสาธารณสุขระดับอำเภอทุกแห่งของจังหวัดเชียงใหม่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ และผู้เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดประสิทธิผลการให้บริการปฐมภูมิของศูนย์สุขภาพชุมชนด้านสุขภาพ โดยนำปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนมาศึกษา วิเคราะห์ หาแนวทางปรับปรุง หรือเพิ่มปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชน 3) สำหรับงานวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการวิจัยเชิงลึกของประสิทธิผลการบริหารจัดการศูนย์สุขภาพชุมชนตามเป้าหมายการให้บริการปฐมภูมิที่ประกอบด้วย การให้บริการแบบองค์รวม ต่อเนื่อง ผสมผสาน ในโรคที่พบบ่อย ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไข้เลือดออก อาจมีการศึกษาในระบบการให้บริการต่างๆ ให้ครอบคลุมประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วย ควรมีการประเมินประสิทธิผลการบริหารจัดการโดยใช้แนวคิดอื่นๆ เพื่อหาวิธี แนวทางการประเมินประสิทธิผลการบริหารจัดการศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีความเหมาะสม สอดคล้องกับบริบทของจังหวัดเชียงใหม่ที่มีสภาพบริบทที่แตกต่างกันได้มากขึ้นทั้งในส่วนที่มีหน่วยบริการประจำเป็นภาครัฐ นอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หน่วยบริการประจำเป็นภาคเอกชน และควรมีการสอบถามข้อมูลเชิงลึกจากผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้บริหารศูนย์สุขภาพชุมชน ผู้ใช้บริการของศูนย์สุขภาพชุมชนทั้งกลุ่มที่ป่วย และกลุ่ม

ปกติ ผู้บริหารระบบงานบริการปฐมภูมิของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ผู้บริหารงานระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจังหวัดเชียงใหม่ เพื่อหาข้อมูลเชิงลึกสนับสนุนการอธิบายผลของปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการบริหารจัดการศูนย์สุขภาพชุมชนเชียงใหม่

สรุป

ประสิทธิผลการบริหารจัดการศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดเชียงใหม่มีระดับประสิทธิผลการบริหารจัดการเฉลี่ย ร้อยละ 85.1 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เรียงตามลำดับความสำคัญดังนี้ 1) การบริหารการเปลี่ยนแปลง 2) อาชีพของประชาชน 3) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดบริการสุขภาพ 4) การกระจายอำนาจ 5) เพศ 6) ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน 7) การใช้เทคโนโลยีในการดำเนินงาน 8) จำนวนบุคลากร 9) ลักษณะการจัดบริการด้านสุขภาพ 10) การแบ่งงานและหน้าที่รับผิดชอบ 11) การได้รับการอบรมเรื่องบริการปฐมภูมิ และ 12) ภาวะพึงพิงด้านสุขภาพ โดยสามารถร่วมกันพยากรณ์ได้ร้อยละ 61.1

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์วัฒนา กาญจนากมล นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ที่อนุญาตให้ทำการวิจัย รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญประภา ศิวโรจน์ อาจารย์ที่ปรึกษาคุณุณิพนธ์ที่ได้ให้คำแนะนำในการเขียนรายงาน นายแพทย์ณรงค์เดช พิพัฒน์ธวัช รองประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลสันกำแพง คณะผู้บริหารระบบงานของศูนย์สุขภาพชุมชนระดับจังหวัดเชียงใหม่ หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน และ

ผู้ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนทุกท่านที่กรุณาเสียสละเวลาให้สัมภาษณ์ ให้ข้อมูลการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานและแนวทางการจัดบริการปฐมภูมิ พ.ศ. 2545. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2545.
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางการตรวจประเมินขึ้นทะเบียนหน่วยบริการประจำหน่วยบริการปฐมภูมิหน่วยบริการร่วมให้บริการ. นนทบุรี: ศรีเมืองการพิมพ์; 2549.
3. วิลาวัณย์ เสนารัตน์, วิจิตร ศรีสุพรรณ, ประคิน สุข ฉายา, วิภาดา คุณาวิฑิตกุล และคณะ. รูปแบบการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ กรณีศึกษาในเขตภาคเหนือ. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2544.
4. หทัยชนก บัวเจริญ. การสังเคราะห์บทบาทและโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิบริบทของวิชาชีพและลักษณะของสถานบริการสุขภาพ : กรณีศึกษาโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2544.
5. พิชราภรณ์ ปัญญาวุฒิไกร และ กษา บัณฑิตานุกุล. สถานบริการสุขภาพปฐมภูมิศูนย์สุขภาพชุมชน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลบางกรวย. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2545.
6. สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข เครือข่ายวิจัยและพัฒนาบริการสุขภาพปฐมภูมิ. รายงานผลการศึกษาโครงการพัฒนาและติดตามประเมินผลระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในประเทศไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2549
7. Steers, Richard M. Organizational Effectiveness: A behavioral View. Santa Monica, California: Goodyear Publishing Company; 1997.
8. กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. ผลการตรวจประเมินคุณภาพตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนรายงานการประชุม. เชียงใหม่: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่; 2550.
9. Yamane, T. Statistical and Introductory analysis. Tokyo: Harper and Row. Inc; 1993: 1088-1089.
10. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. นนทบุรี : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2547.
11. ตำราแห่งกระโทก และเสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี. คู่มือฝึกอบรมหลักสูตรผู้บริหารและผู้นำเทศศูนย์สุขภาพชุมชน. นนทบุรี: โรงพิมพ์ ร.ส.พ.; 2545.
12. Robbins, Stephen P. Organization Theory Structure, Design and Application 3rd ed. 1993.
13. สุพัตรา ศรีวิเศษชากร, สุรศักดิ์ อธิมานนท์, บำรุง ชะลอเดช และคณะ. บริการปฐมภูมิ: บริการสุขภาพใกล้ใจและใกล้บ้าน. นนทบุรี: สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข; 2548.
14. Tradis, F. Attitude can be measurement : Reading in attitude theory and measurement. New York: John Wiley and Sons; 1971.
15. Anastasi, A. Psychological. New York: Macmillan; 1976: 225.
16. Munson, F.C. and Heda, S.S. An instrument for measuring nursing satisfaction. Nursing Research. 1974; 159-166.

17. Mowday, Steers and Porter. The measurement of organization commitment. *Journal of Vocational Behavior*. 1979; 452.
18. Roming. Breakthrough Team : Outstanding result using structured teamwork. Chicago: IL Irwin; 1996; 111.
19. Kouzes, J.M., & Posner, B. Z. The leadership challenge 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass; 1995.
20. Luthans, Fred. *Organization Behavior*. New York: McGraw-Hill; 1992: 249-250.
21. Dess and Miller , A. *Strategic Management*. Singapore: McGraw-Hill; 1993; 9.
22. Paton R.A. and McCalman, J. *Change Management: A guide to Effective Implementation*. London Sage; 2000: 36-37.
23. Cooke, R.A., and Lafferty, L.J. *Organization culture inventory*. Plymouth: Human synergistics; 1989: 225.
24. Smircich, L. and G. Morgan. Leadership: The management of Meaning. *Journal of Applied Behavioral Studies* 18, 1982: 257-273.
25. Schein , Edgar H. *Organizational Effectiveness: An Inventor of Proposition*. Home Wood, Richard D. Irvin; 1990: 15.
26. Lussier Robert N. *Human Relations in Organizations Applications and Skill Building* 5th ed. New York: McGraw-Hill Companies; 2002: 429.
27. วิจิตร ศรีสุพรรณ, ประคิน สุธงษา, ขนิษฐา นันทบุตรและอุไร หัตถกิจ. พยาบาลและระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ. *สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข: นนทบุรี*; 2544: 24.
28. กรอบระบบคุณภาพของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ฉบับปฐมบท. สุรศักดิ์ อธิคมานนท์ (บรรณาธิการ). *นนทบุรี: สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน*; 2550: 19-20.
29. Cohen, J.M. and Uphoff , N.T. *Rural Development Participation: Concept and Measures for Project Design Implementation and Evaluation*. Rural Development Committee Center for International Studies: Cornell University; 1981: 6.

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของสตรีตำบลไชยสถานอำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่

(Factors related to Alcohol Consumption in woman In Chaisatan sub-districtSarapee
districtChiang Mai Province)

มัลลิกา จิงตะ วท.บ., ศ.บ.

Malika jingtha M.Sc., M.P.H (Public Health)

ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลไชยสถาน อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ Chaisatan Publichealthcare Center, Sarapee, Chiang Mai

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของสตรีตำบลไชยสถาน อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ สตรีที่มีอายุ 20-60 ปีจำนวน 313 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถาม ร่วมกับแบบทดสอบพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ขององค์การอนามัยโลก แปลเป็นภาษาไทยโดยกรมสุขภาพจิต ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายนถึงเดือนกันยายน 2552 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบปัจจัยที่มีผลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญ โดยใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ สถิติไคสแคว์ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 86.6 เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 75.3 ดื่มครั้งแรกอายุระหว่าง 20 – 44 ปี เพราะอยากลอง และเลือกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในงานเลี้ยงสังสรรค์ช่วงเทศกาลต่างๆ เช่น งานเลี้ยงปีใหม่ งานเลี้ยงสงกรานต์ เป็นต้น ค่าใช้จ่ายในการดื่มต่อเดือนอยู่ในช่วง 100-500 บาท ประเภทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นิยมดื่มมากที่สุดคือ เบียร์ ร้อยละ 67.9 มีพฤติกรรมการดื่มมีความเสี่ยงน้อย ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ อายุ ภาระหนี้สิน และความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้ความรู้ความเข้าใจในเรื่องผลกระทบของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่สตรีในพื้นที่ให้มากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ สตรีเชียงใหม่

Abstract

This research presents factors concerning the consumption of alcohol by women in Chaisatan sub-district, Sarapee District, Chiang Mai Province. The sampling group was 313 women whose age was between 20 and 60 years, gathering of data was by questionnaire and AUDIT (The Alcohol Use Disorders Identification Test) screening test between June and September 2009, data was analyzed by Frequency, Percentage, Arithmetic Mean and

Standard Deviation. Chi-square test was used to determine the significance. The results showed that the risk to most women of heavy alcohol consumption is low, that the majority had their first drink when aged between 20 and 44 years, and that they consumed alcohol of their own volition. The sample group prefers to drink alcohol at various festivals such as New Year parties, Songkran parties, etc. with expenditure for alcohol beverages between 100 and 500 baht per month, the most commonly consumed alcoholic beverage was beer. Factors significantly associated with alcohol consumption were age, liability and knowledge about alcoholic beverages.

The result of this study should be available to policy makers and planning and developing project to change the alcohol drinking behavior among women in Chaisatan sub-district to be moderate and responsible.

Keywords: alcohol drinking behavior, among women Chiang mai

บทนำ

จากรายงานการสำรวจขององค์การอนามัยโลก 2004¹ รายงานว่าในปี 2542 ประชากรไทยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ถึง 9.7 ลิตรต่อคนต่อปี สูงเป็นอันดับที่ 30 ของโลก ต่อมาจากการสำรวจขององค์กรเดียวกันในปี 2544 พบว่าประชากรไทยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ถึง 13.59 ลิตรต่อคนต่อปี สูงเป็นอันดับที่ 5 ของโลก สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2550² ได้ดำเนินการสำรวจพฤติกรรมกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากร พ.ศ.2550 พบว่าประชากรที่พักอาศัยอยู่ในเขตภาคเหนือมีอัตราการดื่มสูงที่สุดของประเทศ ร้อยละ 38.2 ประชากรกลุ่มวัยทำงาน มีอัตราการดื่มสูงสุด รองลงไปคือกลุ่มเยาวชน และกลุ่มสูงอายุ คณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด 2550³ ได้สำรวจสถานภาพการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทย พบว่าผู้ดื่มในปัจจุบัน (current drinker) เป็นสตรีร้อยละ 7.8 เบียร์เป็นเครื่องดื่มที่คนนิยมดื่มมากที่สุด และเมื่อศึกษาเปรียบเทียบแนวโน้ม 10 ปี ของการดื่มประจำของประชากร จำแนกตามเพศกลุ่มอายุต่าง ๆ และเขตการปกครองพบว่าแนวโน้มดื่มประจำเพิ่มขึ้นทั้งสองเพศ โดยเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 3 เท่า

แนวโน้มการดื่มประจำเพิ่มขึ้นอย่างมากโดยเฉพาะในเด็กเยาวชนและผู้ใหญ่ตอนต้นที่เป็นเพศหญิง ผลเสียจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมสุขภาพจิต, 2549³ ทำให้เกิดการตาย บาดเจ็บ อุบัติเหตุ ทะเลาะวิวาท โรคหัวใจเส้นเลือดสมองแตก ตีบ ถูกทำลาย เกิดมะเร็งที่คอกระเพาะ ตับ เต้านม ลำไส้ ระบบภูมิคุ้มกันผิดปกติ ก่อให้เกิดพฤติกรรมเมมาแล้วขับ การสูญเสียหน้าที่การงาน การกระทำความรุนแรงในครอบครัว ครอบครัวแตกแยก ภาระหนี้สินและจรจัดไร้ที่อยู่ จากการศึกษาบริบทชุมชนตำบลไชยสถาน อำเภอสาร์ภักดิ์ จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าประชากรส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง สตรีมีบทบาทในการทำงานมากนอกบ้านเพิ่มขึ้น จากการสุ่มสำรวจพฤติกรรมกรรมการบริโภคของประชาชน ในกลุ่มประชากร อายุ 20 - 60 ปี จำนวน 1,332 คน พบว่ามีพฤติกรรมกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จำนวน 512 คน คิดเป็นร้อยละ 38.3 เพศชาย 75 คน คิดเป็นร้อยละ 73.2 เพศหญิง 137 คนคิดเป็นร้อยละ 26.8 ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลไชยสถาน, 2551⁴ ทำให้ผู้วิจัยมีความตระหนักถึงผลกระทบของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีต่อประชากร ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อ

พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของสตรีตำบลไชยสถาน อำเภอสาร์ภัก จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อนำผลการศึกษานี้ไปเป็นแนวทางในการวางแผนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของสตรีในชุมชน และใช้ในการวางแผนเพื่อลดจำนวนของผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รายใหม่

วิธีการศึกษา

การศึกษาวิชาการครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Cross-Sectional Description Study) ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ สตรี ในตำบลไชยสถานที่มีอายุ 20-60 ปี จำนวนทั้งหมด 1,444 คน สุ่มตัวอย่างมาทำการศึกษาจำนวน 313 คน จากการใช้สูตรการคำนวณของ Taro Yamane, 1967 (ความเชื่อมั่น 95% ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 0.05 โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถาม มีลักษณะคำถามเป็นแบบผสมมีทั้งปลายปิดและปลายเปิด ร่วมกับการสังเกตพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างผู้ตอบแบบสอบถาม แบ่งเป็น 5 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่มีผลต่อสุขภาพและเศรษฐกิจของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นคำถามปลายเปิด ให้เลือกตอบ จำนวน 10 ข้อ โดยเกณฑ์การให้คะแนนแบบสอบถาม ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน ระดับความรู้ กำหนดคะแนนไว้ดังนี้ 0-5 คะแนน มีความรู้ระดับต่ำ 6-7 คะแนน มีความรู้ระดับปานกลาง 8 คะแนน ขึ้นไป มีความรู้ระดับดี ส่วนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลเจตคติที่มีต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มี 3 ตัวเลือกและ เกณฑ์การให้คะแนน คือ เห็นด้วย 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย 2 คะแนน และไม่เห็นด้วย 1 คะแนน จัดระดับเจตคติได้ดังนี้ คะแนน 13 – 15 มีเจตคติในระดับต่ำ คะแนน 16 – 34 มีเจตคติในระดับปานกลาง คะแนน 35 –

39 มีเจตคติในระดับสูง ส่วนที่ 4 แบบสอบถามประวัติการสัมผัสเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และส่วนที่ 5 เป็นแบบสอบถามพฤติกรรม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ปรับปรุงจากแบบทดสอบพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (The Alcohol Use Disorders Identification Test) คะแนนพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นคะแนนรวมจากแบบสอบถามทั้ง 10 ข้อ มีค่าอยู่ระหว่าง 0 – 40 คะแนน สามารถแปลความหมายของคะแนนได้ ดังนี้ (กรมสุขภาพจิต, 2547 ก) 0 - 7 คะแนนแสดงว่า มีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีความเสี่ยงน้อย 8 - 12 คะแนน แสดงว่า มีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เสี่ยงต่ออันตรายสูง 13 คะแนนขึ้นไป แสดงว่า มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ที่เป็นอันตราย

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ด้านความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมกับภาษา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ด้านความตรงตามโครงสร้าง (Construct Validity) และความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ได้นำแบบสอบถามเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มสตรีตำบลป่าบาง อำเภอสาร์ภัก จังหวัดเชียงใหม่ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับประชากรที่ใช้ในการศึกษา จำนวน 30 ราย จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์โดยโปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ เพื่อหาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามส่วนที่ 2 และ 3 โดยหาค่า KR 20 ของ คลูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) และหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbachs Alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.78, 0.80 ตามลำดับ ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนกันยายน 2552 วิเคราะห์ข้อมูลและทดสอบสมมุติฐาน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 43.8 อายุเฉลี่ย 42 ปี นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 99.7 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 44.7 และมีสถานภาพสมรสแล้วอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 60.7 มีอาชีพรับจ้างทั่วไปมากที่สุด ร้อยละ 43.1 รองลงมาคือ ค้าขาย หรือธุรกิจส่วนตัว ทำงานโรงงานหรือบริษัทเอกชนและทำงานบ้านหรือแม่บ้านคิดเป็น ร้อยละ 18.5, 16.3 และ 8.6 ตามลำดับ ทำงานนอกบ้าน ร้อยละ 72.2 มีตำแหน่งในสังคม เช่น กรรมการหมู่บ้าน แม่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร้อยละ 21.7 มีสุขภาพดีไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 56.9 และส่วนใหญ่มีรายได้ส่วนบุคคลน้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 57.5 (สูงสุด 65,000 บาท ต่ำสุด 0 บาท เฉลี่ย 6,570 บาท ต่อเดือน) มีรายได้ครอบครัวอยู่ระหว่าง 10,000-15,000 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 21.4 (สูงสุด 292,000 บาท ต่ำสุด 1,000 บาท เฉลี่ย 17,755 บาทต่อเดือน) มีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีพเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 55.6

2. ความรู้เกี่ยวกับเครื่องดัดแปลงแอลกอฮอล์ต่อสุขภาพและเศรษฐกิจ

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการดัดแปลงเครื่องดัดแปลงแอลกอฮอล์ ดังนี้ ข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบได้ถูกต้องมากที่สุดได้แก่ ความหมายของเครื่องดัดแปลงแอลกอฮอล์ ตอบได้ถูก ร้อยละ 100 รองลงมาได้แก่ ผลของเครื่องดัดแปลงแอลกอฮอล์ที่มีต่อร่างกาย ร้อยละ 94.6 ข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบได้ถูกน้อยได้แก่ ระดับอายุของบุคคลที่กฎหมายห้ามขายเครื่องดัดแปลงแอลกอฮอล์และความหมายของดีกรีหรือความเข้มข้น ร้อยละ 57.5 และ 57.0 ตามลำดับ เมื่อจัดระดับแล้วส่วนใหญ่ร้อยละ 64.9 มีความรู้เกี่ยวกับ

เครื่องดัดแปลงแอลกอฮอล์ในระดับที่มีความรู้ในระดับปานกลาง และต่ำ ร้อยละ 24.3 และ 10.9 ตามลำดับ

3. เจตคติเกี่ยวกับเครื่องดัดแปลงแอลกอฮอล์

กลุ่มตัวอย่างมีเจตคติเกี่ยวกับการดัดแปลงเครื่องดัดแปลงแอลกอฮอล์ดังนี้ เรื่องที่กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยมากที่สุด คือ การดัดแปลงเครื่องดัดแปลงแอลกอฮอล์ทำให้สุขภาพแย่ลง ร้อยละ 85.9 รองลงมาคือการดัดแปลงเครื่องดัดแปลงแอลกอฮอล์ทำให้ความสามารถในการจับยึดลดลง กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยมากที่สุด ร้อยละ 84.3 เรื่องที่กลุ่มตัวอย่างไม่เห็นด้วย ได้แก่ การดัดแปลงแอลกอฮอล์ทำให้พูดในสิ่งที่ต้องการจะพูดได้ กลุ่มตัวอย่างไม่เห็นด้วยร้อยละ 64.9 อันดับรองลงมา ได้แก่ การดัดแปลงเครื่องดัดแปลงแอลกอฮอล์ในสังคมเป็นเรื่องปกติ กลุ่มตัวอย่างไม่เห็นด้วยถึงร้อยละ 64.5 เมื่อจัดระดับแล้ว ส่วนใหญ่มีเจตคติเกี่ยวกับเครื่องดัดแปลงแอลกอฮอล์ในระดับปานกลาง ร้อยละ 93.6 และมีเจตคติในระดับสูง ร้อยละ 6.4

4. ประวัติการสัมผัสเครื่องดัดแปลงแอลกอฮอล์

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 271 คน ร้อยละ 86.6 เคยดัดแปลงเครื่องดัดแปลงแอลกอฮอล์และมีสามีดัดแปลงเครื่องดัดแปลงแอลกอฮอล์ ร้อยละ 68.6 ช่วงอายุที่ดื่มครั้งแรก คือ ช่วงอายุ 21- 44 ปี ร้อยละ 75.3 เหตุผลที่ดื่มส่วนใหญ่เพราะอยากลอง ร้อยละ 46.1 ประเภทเครื่องดัดแปลงแอลกอฮอล์ที่ดื่มมากที่สุด คือ เบียร์ ร้อยละ 78.2 รองลงมาคือ เหล้าแดง ร้อยละ 12.9 และ ไวน์ ร้อยละ 5.2 โอกาสที่ดื่มมากที่สุด คือ ดื่มในเทศกาลต่างๆ ร้อยละ 30.6 สถานที่ดื่มคือ ที่งานเลี้ยง ร้อยละ 38.4 ดื่มในช่วงเวลาตอนเย็นหรือค่ำ ร้อยละ 76.4 และช่วยกันจ่ายเงินค่าเครื่องดัดแปลงแอลกอฮอล์ ร้อยละ 67.9 ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับเครื่องดัดแปลงแอลกอฮอล์อยู่ในช่วง 100-500 บาท มากที่สุดคิดเป็น ร้อยละ 49.6 บุคคลในครอบครัว ที่ดื่มเครื่องดัดแปลงแอลกอฮอล์ ได้แก่ สามี มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 68.6 รองลงมา ได้แก่ บิดา มารดา ร้อยละ 39.9 มีร้อยละ 13.4 ที่คนในครอบครัวไม่ดื่มสุราเลย

5. พฤติกรรมในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 2-4 ครั้ง ต่อเดือน ในวันที่ดื่มถ้าดื่มเบียร์จะดื่มวันละ 2-3 กระป๋อง ถ้าดื่มเหล้าจะดื่มวันละ ¼ แบน และมีผู้ที่ดื่มเบียร์ 4 กระป๋องขึ้นไป หรือเหล้าวิสกี้ครึ่งแบนขึ้นไปเดือนละครั้ง ร้อยละ 12.9 มีผู้ที่ดื่มไปแล้วไม่สามารถหยุดดื่มได้เดือนละครั้ง ร้อยละ 9.2 มีผู้ที่ดื่มแล้วไม่ได้ทำงานเดือนละครั้ง ร้อยละ 9.6 มีผู้ที่ต้องดื่มเพื่อถอนอาการเมาค้างเดือนละครั้ง ร้อยละ 3.7 มีผู้ที่ดื่มแล้วรู้สึกไม่ดี เนื่องจากได้ทำบางสิ่งบางอย่างลงไปเดือนละครั้ง ร้อยละ 7.0 มีผู้ที่ดื่มแล้วจำไม่ได้ว่าเกิดอะไรขึ้นเดือนละครั้งร้อยละ 3.3 มีผู้ที่ดื่มแล้วตนเองหรือผู้อื่นเคยได้รับบาดเจ็บในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 4.8 และมีแพทย์หรือเพื่อนฝูงหรือญาติเคยแสดงความเป็นห่วงในการดื่ม ร้อยละ 18.1 เมื่อจัดระดับการดื่มแล้วพบว่าเป็นกลุ่มผู้ดื่มที่มีความ

เสี่ยงน้อย ร้อยละ 67.9 เป็นกลุ่มผู้ดื่มที่เสี่ยงต่ออันตรายสูง ร้อยละ 16.2 และกลุ่มผู้ดื่มที่เป็นอันตราย ร้อยละ 15.9

6. ปัจจัยที่มีและไม่มีผลต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยอายุ (P-Value = -.025) ภาระหนี้สิน (P-Value = .167) และระดับความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (P-Value = -.260) และระดับการศึกษา (P-Value = -.094) ของสตรีตำบลไชยสถาน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01, .01, .01 และ .05 ตามลำดับ ส่วนปัจจัยเจตคติ สถานภาพการสมรส อาชีพ สถานที่ทำงาน รายได้ ตำแหน่งทางสังคมและสถานทางสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มสตรีตำบลไชยสถานอย่างมีนัยสำคัญ

ตารางที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อการดื่มและพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มสตรีตำบลไชยสถาน อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่

ปัจจัยส่วนบุคคล	พฤติกรรมการดื่ม n = 271						χ ²	p-value
	กลุ่มเสี่ยงน้อย		กลุ่มเสี่ยงต่ออันตรายสูง		กลุ่มที่เป็นอันตราย			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1.อายุ								
20 – 30 ปี	17	6.3	8	3.0	15	5.5	-.205**	.001
31– 40 ปี	43	15.9	13	4.8	3	1.1		
41 - 50 ปี	83	30.6	18	6.6	21	7.8		
51 - 60 ปี	41	15.1	5	1.8	4	1.5		
2.สถานภาพ								
โสด	27	10	9	3.3	10	3.7	.976	.002
สมรสแล้วอยู่ด้วยกัน	114	42.2	27	10.0	23	8.5		
สมรสแล้วแยกกันอยู่	20	7.4	4	1.5	2	0.7		

ปัจจัยส่วนบุคคล	พฤติกรรมการดื่ม n = 271						χ ²	p-value
	กลุ่มเสี่ยงน้อย		กลุ่มเสี่ยงต่ออันตรายสูง		กลุ่มที่เป็นอันตราย			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
2.สถานภาพ								
หม้าย	21	7.7	2	0.7	5	1.8	.976	.002
หย่าร้าง	2	0.7	2	0.7	3	1.1		
3.ระดับการศึกษา								
ประถมศึกษา	68	25.1	24	8.8	19	7.0	-.094*	.124
มัธยมศึกษาตอนต้น	22	8.1	4	1.5	9	3.3		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	40	14.8	7	2.6	4	1.5		
อนุปริญญา/ปวส.	32	11.9	5	1.8	5	1.8		
ปริญญาตรี	19	7.0	4	1.5	6	2.2		
สูงกว่าปริญญาตรี	3	1.1	0	0	0	0		
4. อาชีพหลัก								
ทำสวน/ทำนา/ทำไร่	23	8.5	1	0.4	1	0.4	-.026	.671
รับจ้างทั่วไป	62	22.9	25	9.2	27	10.0		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	11	4.1	1	0.4	0			
ทำงานโรงงาน/	41	15.1	2	0.7	5	1.8		
ค้าขาย/ทำธุรกิจ	34	12.5	10	3.7	4	1.6		
ทำงานบ้าน/แม่บ้าน/	12	4.4	5	1.8	5	1.8		
ไม่มีงานทำ/ว่างงาน	1	0.4	0	0	0	0		
อื่น ๆ	0	0	0	0	1	0.4		
5.สถานที่ทำงาน								
ทำงานที่บ้าน	50	18.5	11	4.1	11	4.1	.017	.780
ทำงานนอกบ้าน	134	49.4	33	12.1	32	11.8		
6.รายได้ส่วนบุคคล								
< 5,000 บาท	109	40.0	22	8.1	17	6.3	.068	.267
5,000 -10,000 บาท	57	21.0	20	7.3	23	8.5		
10,001 -15,000 บาท	8	2.9	1	0.4	1	0.4		
15,001 - 20,000 บาท	10	4.0	1	0.4	2	0.7		

ปัจจัยส่วนบุคคล	พฤติกรรมการดื่ม n = 271						χ ²	p-value
	กลุ่มเสี่ยงน้อย		กลุ่มเสี่ยงต่ออันตรายสูง		กลุ่มที่เป็นอันตราย			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
7.รายได้เฉลี่ยครอบครัว								
< 5,000 บาท	14	5.2	1	0.4	2	0.7	.066	.282
5,000 -10,000 บาท	72	26.6	16	5.9	15	5.5		
10,001 -15,000 บาท	33	12.2	10	3.6	9	3.3		
15,001 - 20,000 บาท	65	23.9	17	6.3	17	6.6		
8. ความเพียงพอของรายได้								
เพียงพอ	109	40.2	21	7.8	22	8.1	0.31	.615
ไม่เพียงพอ	74	27.3	20	7.4	18	6.6		
เหลือเก็บ	1	0.4	3	1.1	3	1.1		
9. ภาระหนี้สิน								
มีภาระหนี้สิน	65	24.1	19	7.0	25	9.2	.167	.006*
ไม่มีภาระหนี้สิน	119	43.9	25	9.2	18	6.6		
10.ตำแหน่งทางสังคม								
มีตำแหน่ง	40	14.8	8	3.0	9	3.3	-.016	.791
ไม่มีตำแหน่ง	144	53.1	36	13.3	34	12.5		
11.โรคประจำตัว								
มีโรคประจำตัว	27	10.0	6	2.2	8	3.0	.032	.601
ไม่มีโรคประจำตัว	157	57.9	38	14.0	35	12.9		

จากตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้แก่ อายุ และระดับการศึกษา มีผลต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01

ตามลำดับ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจสังคมเรื่องภาระหนี้สินมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้เกี่ยวกับการดัดเครื่องดัดแอลกอฮอล์กับพฤติกรรมการดัดเครื่องดัดแอลกอฮอล์ของกลุ่มสตรีตำบลไชยสถาน อำเภอสาร์ก จังหวัดเชียงใหม่

ระดับความรู้	พฤติกรรมการดื่ม n = 271						χ ²	p-value
	กลุ่มเสี่ยงน้อย		กลุ่มเสี่ยงต่ออันตรายสูง		กลุ่มที่เป็นอันตราย			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระดับสูง	132	48.7	43	15.9	9	3.3	-260*	.000
ระดับปานกลาง	26	9.6	7	2.6	11	4.1		
ระดับต่ำ	19	7.0	15	5.5	9	3.3		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับเครื่องดัดแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับระดับการดัดเครื่องดัดแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างระดับเจตคติกับระดับการดัดเครื่องดัดแอลกอฮอล์ของกลุ่มสตรีตำบลไชยสถาน อำเภอสาร์ก จังหวัดเชียงใหม่

ระดับเจตคติ	พฤติกรรมการดื่ม n = 271						χ ²	p-value
	กลุ่มเสี่ยงน้อย		กลุ่มเสี่ยงต่ออันตรายสูง		กลุ่มที่เป็นอันตราย			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระดับสูง	9	3.3	2	0.7	1	0.4	-.042	.493
ระดับปานกลาง	175	64.6	42	15.5	42	15.5		

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่า ระดับความเจตคติ ไม่มีมีความสัมพันธ์กับระดับการดัดเครื่องดัดแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อภิปรายผล

ผลการศึกษา แสดงให้เห็นว่ากลุ่มสตรีตำบลไชยสถานส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับเครื่องดัดแอลกอฮอล์ในระดับดี มีเจตคติที่ดีเกี่ยวกับเครื่องดัดแอลกอฮอล์ในระดับการดัดเครื่องดัดแอลกอฮอล์ทำให้สุขภาพแอลกอฮอล์ให้ความสามารถในการขับขานพาหนะลดลง ทำให้เกิดปัญหาในครอบครัว ทำให้สัมพันธ์ภาพ ในครอบครัวแยลง แต่กลับพบว่าจำนวนของผู้ที่มีพฤติกรรมในการดัด

เครื่องดัดแอลกอฮอล์ สูงถึงร้อยละ 86.6 จัดอยู่ในกลุ่มผู้ดัดที่มีความเสี่ยงน้อยร้อยละ 67.9 เป็นกลุ่มผู้ดัดที่เสี่ยงต่ออันตรายสูงร้อยละ 16.2 และกลุ่มผู้ดัดที่เป็นอันตราย ร้อยละ 15.9 มีพฤติกรรมการดัดในระยะเทศกาลต่างๆ มากที่สุด รองลงไปคือ ดัดในงานเลี้ยงและดัดเมื่อเข้าสังคมต่างๆ เหตุผลที่ดื่มครั้งแรกส่วนใหญ่ ก็อยากลอง รองลงมาคือ เพื่อนชวนและเพื่อให้เข้ากับเพื่อนร่วมงานได้ บุคคลในครอบครัวที่ดื่มเครื่องดัดแอลกอฮอล์ได้แก่ สามี มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 68.6 รองลงมาได้แก่ บิดา

มารดา ร้อยละ 39.9 ซึ่งสอดคล้องกับอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมที่บรอนเฟรเนนเบอร์ ให้คำนิยามว่าสิ่งแวดล้อมได้แก่เหตุการณ์หรือสภาวะใดๆ ที่อยู่นอกอินทรีย์ที่มีผลต่อ หรือได้รับผลจากการกระทำและพัฒนาของมนุษย์ ดังนั้นในครอบครัวที่มีสมาชิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้นำครอบครัว ย่อมทำให้นักคนอื่นมองเห็นพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นเรื่องปกติและมีโอกาสดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้มากกว่าครอบครัวที่ไม่มีคนดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เลย ซึ่งเมื่อพิจารณาถึงบริบทของชุมชนตำบลไชยสถานแล้ว พบว่า กลุ่มสตรีตำบลไชยสถานทำงานนอกบ้านเพิ่มขึ้น ทำให้มีโอกาสรวมกลุ่มพบปะกันมากขึ้นและมีเวลาให้กับสมาชิกในครอบครัวน้อยลง ประกอบกับการดำเนินงานในการพัฒนาหมู่บ้านของตำบลไชยสถาน มีการรวมกลุ่มจัดตั้งกลุ่ม/ชมรม เช่น ชมรมแม่บ้าน ชมรมหม่ออาสา ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ชมรมสร้างสุขภาพ ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมทูบีนัมเบอร์วัน ชมรมก้านัน/ ผู้ใหญ่บ้าน กลุ่มอาสาพัฒนาชุมชน กลุ่มกองทุนหมู่บ้าน กลุ่มฌาปนกิจหมู่บ้าน และกลุ่มส่งเสริมอาชีพ เป็นต้น ซึ่งในการรวมกลุ่มนอกจากชมรมก้านัน/ผู้ใหญ่บ้านแล้ว เกือบทุกกลุ่ม ร้อยละ 85 ของคณะทำงานเป็นสตรี ทำให้กลุ่มสตรีมีบทบาทในชุมชนมากขึ้น

การมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนบ่อยครั้งและแทบเป็นธรรมเนียมปฏิบัติคล้ายกับการรวมกลุ่มอื่นๆ ในสังคมคือ หลังจากเสร็จสิ้นการรวมกลุ่มอย่างเป็นทางการแล้วจะมีการรวมกลุ่มย่อยสังสรรค์และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลไชยสถาน, 2551⁷ แสดงให้เห็นว่าอิทธิพลของแรงขับของกลุ่มทางสังคมในประเด็นการเลี้ยงสังสรรค์หลังการรวมกลุ่ม ทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ด้วยเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยังคงมีอิทธิพลเหนือระดับความรู้และเจตคติต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของสตรีตำบลไชยสถาน ผลการศึกษานี้มีความสอดคล้อง

กับผลการศึกษาของจินตนา คำแก่น 2548⁸ ที่พบว่า ผู้มีพฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีความเห็นว่าการรวมกลุ่มทำกิจกรรมและงานประเพณี เป็นการสร้างสัมพันธภาพในกลุ่ม ต้องใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นตัวเชื่อม เพราะฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ทำให้ผู้ดื่มรู้สึกสนุกสนาน ครึกครื้นและเพิ่มบรรยากาศในการรวมกลุ่ม และสอดคล้องกับผลการศึกษาของสริตา ชีวพันธ์สกุลและคณะ (2549)⁹ ที่พบว่า การดื่มสุราของคนในชุมชนภาคเหนือเป็นวิถีชีวิตและวัฒนธรรม การดื่มสุราเป็นเรื่องปกติ แสดงความมีน้ำใจ ผูกมิตรและความสนุกสนานรื่นเริง โดยจะดื่มได้ในทุกวาระและโอกาส เช่น งานสงกรานต์ ขึ้นบ้านใหม่ แต่งงานและงานมงคลต่างๆ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ปรีชา ชินคำหาร 2551¹⁰ ซึ่งพบว่า พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่ดื่มกับเพื่อนและเหตุผลที่ดื่มในปัจจุบันคือ เพื่อเข้าสังคม

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ตัวแปรสถานภาพการสมรส เจตคติ อาชีพ สถานที่ทำงาน รายได้ ตำแหน่งทางสังคม และโรคประจำตัว ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของสตรีตำบลไชยสถาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุปราณี สูงแข็ง 2551¹¹ ในตัวแปรสถานภาพการสมรส การศึกษา การมีความรู้เรื่องบทกฎหมายและบทลงโทษ ความเกี่ยวข้องกับหัวหน้าครัวเรือนและรายได้ ไม่มีผลต่อพฤติกรรมจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสอดคล้องกับการศึกษาของประภัสสร สุวรรณบงกช (2551)¹² ในตัวแปรปัจจัยด้านรายได้ สถานภาพการสมรส ไม่มีผลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาพบว่า บริบททางสังคมในเรื่องการเลี้ยงสังสรรค์หลังการรวมกลุ่มทั้งเป็นทางการและ

ไม่เป็นทางการ ด้วยเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยังคงมีอิทธิพลเหนือความรู้ เจตคติในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของสตรีตำบลไชยสถาน ส่งผลให้กลุ่มสตรีตำบลไชยสถาน ยังคงดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อไปนั้น

1.หน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง เห็นควรให้ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องผลกระทบของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่ประชาชนในพื้นที่ให้มากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะเจาะจงไปยังกลุ่มทางสังคมต่างๆ ทั้งกลุ่มที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ซึ่งมีบทบาทในการชี้นำพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่ม เน้นให้มีการสร้างกิจกรรมเชิงสร้างสรรค์ หลังการรวมกลุ่ม แทนการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

2.หน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง ควรเร่งค้นหาประชากรกลุ่มที่มีความเสี่ยงอันตราย จากการดื่มและกลุ่มผู้ดื่มแบบคิดในพื้นที่รับผิดชอบและหาวิธีการลดปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในกลุ่มประชากรกลุ่มดังกล่าว เพื่อลดปัญหาด้านสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาในชุมชนที่มีบริบททางสังคมที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมและปัจจัยที่มีผลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ว่ามีความเหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไร

2. ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อหาทางลดปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในชุมชนที่มีบริบททางสังคมใกล้เคียงกันกับการศึกษาในครั้งนี้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์ อุไรวรรณ คำไทย รองศาสตราจารย์ วราภรณ์ ศิริสว่าง แพทย์หญิงหทัยชนนี บุญเจริญ แพทย์ประจำโรงพยาบาลสวนปรุง ดร.นพ.ชูสิน สิลพัทธ์กุล แพทย์ประจำโรงพยาบาลสารภี นางเบญจพรรณ ทรงคุณ พยาบาลชำนาญการประจำโรงพยาบาล

สารภี ที่ให้คำปรึกษาในการศึกษา จนทำให้การศึกษาค้นคว้านี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global Status Report on Alcohol 2004. Available from: http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol/en/index.html. Accessed April 5, 2009.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. “การสำรวจพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราและบุหรี่ของประชากร พ.ศ.2550”. สืบค้นจาก http://service.nso.go.th/nso/nso_center/project/search_center/23project-th.htm. 5 เมษายน 2552.
3. เครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด “สถานภาพการบริโภคสุรา พ.ศ.2550 จากการสำรวจครัวเรือนทั่วประเทศ” กรุงเทพฯ : ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา, 2550.
4. ขงยุทธ ขจรธรรมและคณะ. ประสิทธิผลของนโยบายและมาตรการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2547.
5. สำนักกระบวนวิชากรมควบคุมโรค. “การบาดเจ็บและเสียชีวิตจากแอลกอฮอล์”. สืบค้นจาก <http://moph.go.th>. 5 เมษายน 2552.
6. มูลนิธิเพื่อนหญิง ศูนย์พิทักษ์สิทธิสตรี. “ผลกระทบของสุราในฐานะปัจจัยร่วมการเกิดปัญหาความรุนแรงในครอบครัว”. สืบค้นจาก http://www.friendsofwomen.or.th/aa_files/frame.htm. 5 เมษายน 2552.



7. ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลไผ่สถาน . “สถานะสุขภาพของประชากรตำบลไผ่สถาน”เอกสารบรรยายสรุป, 2552.
8. จินตนา คำแก่น. บริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มผู้ใช้แรงงานบ้านดงจีเหล็ก ตำบลแซ่ช้าง อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่. การค้นคว้าแบบอิสระ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย เชียงใหม่, 2548.
9. สรिता ชีระวัฒน์สกุล, จิราพร สุวรรณธีรางกูร, วราภรณ์ ปัญญาวลี. การดื่มและมาตรการเพื่อลดการดื่มสุรา: กรณีศึกษา 2 ชุมชนภาคเหนือ. เอกสารเผยแพร่ ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2549
10. ปรีชา ชินคำหาร. พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของแรงงานก่อสร้าง ในเขตอำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น. วารสารสุขภาพภาคประชาชน ภาคอีสาน 22 (9) ; กรกฎาคม 2551.
11. สุปราณี สูงแข็ง. พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชน จังหวัดอุดรธานี ปี 2552. รายงานการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี: 2552
12. .ประภัสสร สุวรรณบงกช. พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. การค้นคว้าแบบอิสระ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2549.



ผลของกระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลทุ่งต้อม อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่

(Results of Self Help group on Diabetic Patients Tungtom Sub District Sapatong District
Chiang Mai Province)

วารารณ์ บุญศิริ ส.บ. *

Varaporn Boonsiri B.P.H.(Public Health Administration)*

*สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ *Sanpatong Distric Public Health office, Chiang Mai

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาผลของการรวมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนในการดูแลสุขภาพตนเอง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจากผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่สถานีอนามัยแม่กึ่งหลวงจำนวน 48 รายเก็บรวบรวมข้อมูลบุคคลจากแฟ้มประวัติการรับบริการ การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ป่วยที่ปฏิบัติตัวได้ดีและสามารถเป็นแบบอย่างของกลุ่มได้

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มสามารถให้คำปรึกษาแนะนำแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพได้ดีขึ้น จากผลการตรวจระดับน้ำตาลก่อนและหลังทำการศึกษา พบว่าผลการตรวจอยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 91.67 จากเดิมร้อยละ 56.25 และมีการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้นร้อยละ 85.42 จากเดิมร้อยละ 72.92 แสดงให้เห็นว่าการรวมกลุ่มทำให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดการเรียนรู้ มีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองจากการนำแบบอย่างผู้ที่ปฏิบัติตัวได้ดีมาปรับใช้ในการดูแลสุขภาพตนเองให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตและบริบทของชุมชนโดยสมาชิกครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่สนับสนุนการดูแลสุขภาพ ทำให้มีกำลังใจ มีความตั้งใจที่จะรับการรักษาพยาบาล การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน กลุ่มช่วยเหลือแนะนำการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพซึ่งกันและกันจากประสบการณ์การเรียนรู้ของตนเอง ทั้งด้านบวก ด้านลบนำมาเป็นบทเรียนและแนวทางการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพให้กับตนเองและผู้ป่วยอื่น

คำสำคัญ : กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน, โรคเบาหวาน, น้ำตาลในเลือด

Abstract

This is the Qualitative research; the objective is learning the result of the Diabetic Patient Health Care (Self Help Group). Hypothesis of the research is Self Help Group can help each other with successful treatment and covering health manual, controlling the fasting blood glucose for prevent and reduce the complication of diabetes. The Purposive sampling serviced from Mae Gung Luang public health center by 48 of the diabetic patients. Data collections of the personal detail from the interview and non-participant observation. And the family detail from the reliability service record folder in public health center.

Keywords: Self Help Group, Diabetic , Fasting Blood Glucose

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ อุบัติการณ์ของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นทุกปี จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่าปัจจุบันทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคเบาหวานประมาณ 150 ล้านคน และจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าในระยะเวลา 20 ปี อัตราความชุกของโรคเบาหวานที่องค์การอนามัยโลกได้คำนวณไว้ในปี ค.ศ. 1995 อยู่ที่ร้อยละ 2.4 และเพิ่มเป็นร้อยละ 2.5 ในปี ค.ศ. 2000 คาดการณ์ว่าอัตราความชุกของโรคเบาหวานจะเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 3.7 ในปี ค.ศ. 2025 หรือปี พ.ศ. 2568 ซึ่งจะมีผู้ป่วยเบาหวานประมาณ 1,923,000 คน¹ สำหรับประเทศไทยในปี 2550 จากรายงานของสำนักโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค² มีประชากรที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานถึง 2 ล้านคน อัตราตายด้วยโรคเบาหวานเท่ากับ 4 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน อัตราตายด้วยโรคเบาหวานระหว่าง พ.ศ. 2540 -2550 ของประชากรไทยมีอัตราตาย 7.5 - 12.2 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน อัตราตายโรคเบาหวานมีแนวโน้มสูงขึ้นตามลำดับในจังหวัดเชียงใหม่ตั้งแต่ปี 2543 - ปัจจุบันอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานปี 2550 เท่ากับ 11,661.78 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน อัตราตายด้วยโรคเบาหวานเท่ากับ 8.99 และ 9.21 ในปี 2548 และ 2549 ตามลำดับ ซึ่งในอำเภอสันป่าตองปี 2549 - 2550 พบอัตราป่วยโรคเบาหวาน 5,028.43 และ 5,453.35 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน อัตราตาย 14.43 และ 15.05 ในจำนวนนี้พบว่าผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ร้อยละ 44.90 และตำบลทุ่งต้อมอัตราป่วยโรคเบาหวานในปี 2549 - 2550 มีอัตรา 5,003.64 และ 5398.46 อัตราตาย 25.22 และ 51.02 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มาการรักษาที่สถานอนามัยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ร้อยละ 23.26

การดูแลผู้ป่วยเบาหวานเป็นสิ่งสำคัญ ทั้งการดูแลตนเองของผู้ป่วย หรือการดูแลจากบุคคลในครอบครัว ผู้ใกล้ชิด ชุมชน และสังคม เพื่อให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วย ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความสุข และมีอายุยืนยาวเหมือนคนปกติทั่วไป การดูแลที่ถูกต้องสามารถควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นได้ ดังนั้นการให้กลุ่มผู้ป่วยช่วยเหลือกัน เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมดูแลสุขภาพตนเองเข้าร่วมกลุ่มเพื่อให้เกิดความเข้มแข็งและมั่นใจในการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพ สามารถช่วยเหลือแนะนำกลุ่มผู้ป่วยด้วยกันเอง โดยหวังให้เกิดการเลียนแบบหรือเอาอย่างสมาชิกในกลุ่มที่สามารถควบคุมดูแลตนเองได้ โดยคาดหวังว่าอิทธิพลของกลุ่มจะช่วยให้สมาชิกในกลุ่มเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จากการได้เห็น (Visualizing) และการกำกับตนเอง (Self Monitoring) และการฝึกทักษะ (Skill Training) เพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่ถูกต้อง

ผู้ศึกษามีความสนใจที่จะศึกษาผลของการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานของสถานอนามัยแม่กู่หลวง โดยกระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ในการช่วยเหลือดูแล แนะนำ กระตุ้นเตือน และเป็นแบบอย่างการปฏิบัติตัว เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของกระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

วิธีดำเนินการศึกษา

ทำการศึกษาเชิงคุณภาพ เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 48 คนที่มาใช้บริการที่สถานอนามัยแม่กู่หลวง อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ ที่เข้าร่วมเป็นสมาชิกกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน เพื่อ

ช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการดูแลสุขภาพตนเอง และควบคุมระดับน้ำตาลเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นโดยมีการดำเนินการดังนี้ การศึกษาข้อมูลจากเอกสารและบุคคล (Review literature), การคัดเลือกประชากรกลุ่มตัวอย่าง (Population and Sample), เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล (Instrumentation), การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection), การตรวจสอบข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล (Analysis of data)

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ประเด็นคำถามในการสนทนากลุ่ม แบบสัมภาษณ์เชิงลึกจากเครื่องมือที่ผู้ศึกษาได้สร้างขึ้นและผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ และผู้รับผิดชอบงานโรคเบาหวานความดัน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพส่วนบุคคล สมาชิกในครอบครัว สถานทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การมีญาติสายตรงที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนของโรค และผลของการตรวจระดับน้ำตาลที่ผ่านมา

2. การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non – Participant Observation) เป็นการสังเกตโดยผู้ทำการศึกษเฝ้าสังเกตอยู่ภายนอกไม่เข้าร่วมกิจกรรม เป็นการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานเมื่อมีการรวมกลุ่มพบปะพูดคุยกัน และสังเกตขณะที่มาใช้บริการที่คลินิกโรคเบาหวานของสถานอนามัยบ้านแม่กึ่งหลวง ในการสนทนาพูดคุยซักถามปัญหา การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การแนะนำซึ่งกันและกัน ตามหัวข้อการสังเกตที่ได้กำหนดไว้

3. การสนทนากลุ่ม (Focus Group) แบ่งกลุ่มสนทนาเป็น 6 กลุ่มๆละประมาณ 7 – 10 คนใช้เวลาครั้ง

ละประมาณ 1.30 – 2 ชั่วโมง สถานที่ในการสนทนาอาจจะเป็นบ้านผู้ป่วย ศาลาวัด หรือสถานีนอนามัยแล้วแต่ความสะดวกของสมาชิกกลุ่ม การสนทนากลุ่มแต่ละครั้ง จะขออนุญาตถ่ายรูปและบันทึกเสียงระหว่างการสนทนา ตามประเด็นคำถาม ที่ได้สร้างขึ้น

4. การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-dept Interview) เป็นการสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้าง และไม่ใช่วิธีการเป็นการพูดคุยกัน บรรยายาของการสัมภาษณ์เป็นไปอย่างง่าย ๆ ไม่มีพิธีรีตองไม่เคร่งครัดในลำดับขั้นตอนของข้อคำถาม โดยใช้ประเด็นแนวคำถามกว้างๆ ตามสมาชิกที่เป็นตัวแทนของกลุ่มที่ปฏิบัติตัวได้ดีสามารถเป็นแบบอย่างในการปฏิบัติตัวของสมาชิกกลุ่ม เกี่ยวกับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเอง และการควบคุมระดับน้ำตาลให้ได้ตามเกณฑ์

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ผู้ศึกษาทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยการสอบถาม การสังเกต การสนทนากลุ่ม รวมทั้งการสัมภาษณ์เชิงลึกสมาชิกผู้ป่วยเบาหวานของสถานีนอนามัยโดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

ระยะแรก เป็นการสร้างสัมพันธภาพกับชุมชนและกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งศึกษาบริบทชุมชน ซึ่งผู้ทำการศึกษาเคยปฏิบัติงานในพื้นที่นี้มาก่อนและเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของชุมชนอยู่เสมอ จึงถือโอกาสสังเกตและบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาไว้ทุกระยะ

ระยะที่สอง เก็บข้อมูลทั่วไปโดยการสอบถามกลุ่มตัวอย่าง และเก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย และประวัติครอบครัวจากแฟ้มประวัติของสถานีนอนามัย

ระยะที่สาม ทำการสนทนากลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยแจ้งความประสงค์กับเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย ตัวแทนกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน และอาสาสมัคร

สาธารณสุขในการนัดหมายสมาชิกกลุ่ม สถานที่และเวลาในการสนทนากลุ่มตามความสะดวกของสมาชิกกลุ่มอาจเป็นเวลาตอนเช้า ตอนบ่าย หรือตอนเย็นหลังจากเลิกงานแล้ว การเก็บข้อมูลครั้งนี้ได้รับความร่วมมือจากทุกฝ่ายทำให้ได้ข้อมูลตามประเด็นที่ต้องการ และข้อมูลด้านอื่นๆเพิ่มเติมมากมาย และบรรยากาศในการสนทนากลุ่มเป็นกันเอง ไม่ตึงเครียด ทุกคนกล้าแสดงออก เปิดเผยข้อมูล ทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริงมากที่สุด

ระยะที่สี่ การสัมภาษณ์เชิงลึกบุคคลต้นแบบที่ปฏิบัติตัวในการควบคุมโรคเบาหวานได้ดี ทำการคัดเลือกบุคคลต้นแบบโดยการเชิญสมาชิกกลุ่มมาร่วมประชุมที่สถานีนามัย อธิบายหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกให้สมาชิกรับทราบ และ ทำการคัดเลือกบุคคลต้นแบบรวมทั้งประกาศยกย่องชมเชย ให้กำลังใจ สร้างความมั่นใจให้กับสมาชิกกลุ่ม เพื่อยึดเป็นแบบ

อย่างการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเอง ทำการสัมภาษณ์บุคคลต้นแบบทุกคนเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพด้านต่างๆ

ระยะที่ห้า การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม หลังจากมีการประกาศแนะนำการปฏิบัติตัวของบุคคลต้นแบบ ผู้ศึกษาเข้าไปในชุมชนเพื่อสังเกตการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของสมาชิกคนอื่นๆ ในขณะที่มีกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน การพบปะสนทนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน สังเกตขณะมารับบริการที่สถานีนามัยและการเยี่ยมบ้าน

การรวบรวมข้อมูล

1. เก็บข้อมูลรายบุคคล (Primary data) ตามแบบประเด็นคำถามที่สร้างขึ้น โดยการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม การเก็บข้อมูลทั่วไปจากแบบสอบถาม การสนทนา

กลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ปฏิบัติตัวได้ดี

2. เก็บข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) ของประชากรกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มารับการบริการที่สถานีนามัยแม่กึ่งหลวง และเข้าร่วมเป็นสมาชิกกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน โดยการรวบรวมข้อมูลเอกสารจากแฟ้มประวัติผู้รับบริการรักษาพยาบาลในคลินิกโรคเบาหวาน ของสถานีนามัยแม่กึ่งหลวง (Documentary search)

การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลในขณะเก็บข้อมูลควบคู่กัน โดยตรวจสอบว่าข้อมูลที่ได้ครบถ้วนครอบคลุมหรือไม่ ข้อมูลที่ได้ตรงตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาหรือไม่ โดยใช้วิธีตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป เก็บรวบรวมข้อมูลโดยนำข้อมูลสถานภาพส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วย และผลการตรวจหาค่าระดับน้ำตาลในเลือด

1.1. การตรวจหาค่าระดับน้ำตาลในเลือด โดยตรวจหาค่าระดับน้ำตาลจากปลายนิ้วหลังรับประทานอาหาร 6 ชั่วโมง ทำการตรวจโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่สถานีนามัยเมื่อกลุ่มตัวอย่างมารับบริการตรวจตามนัด

1.2. การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้โดยใช้สถิติ การแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ แล้วนำข้อมูลมาจัดระบบจำแนกเป็นหมวดหมู่ให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์และขอบเขตของการวิจัย

2. ข้อมูลเชิงเนื้อหาเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลแบบพรรณนาเนื้อหาตามข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก จากการบันทึกข้อมูลและทำการถอดเทปเพื่อตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้อง ความครอบคลุม

ของข้อมูล จำแนกข้อมูลเป็นหมวดหมู่ ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา นำข้อมูลมาบรรยายเชิงสังเคราะห์ร่วมกับข้อมูลที่ได้จากการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และนำข้อมูลจากเอกสารแฟ้มประวัติครอบครัว ทะเบียนผู้ป่วย ของสถานอนามัยแม่กึ่งหลวงมาตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลมาประกอบการบรรยายและอภิปราย

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของประชากรกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวานมากกว่า 10 ปี อายุอยู่ระหว่าง 50 – 70 ปี กลุ่มตัวอย่างมีภาวะแทรกซ้อนของโรคร้อยละ 83.33 โรคแทรกซ้อนที่พบคือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 50.00 และจากข้อมูลการตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด พบว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเกณฑ์ทั้ง 5 เดือน ร่วมกับผลการสุ่มตรวจหาค่าน้ำตาลหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมงอยู่ในเกณฑ์ปกติเพียงร้อยละ 8.33 แสดงว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับน้ำตาลได้

ผลการศึกษากระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนในการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวาน การช่วยเหลือแนะนำสมาชิกกลุ่มให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการปฏิบัติตัวจากการเก็บรวบรวมข้อมูลแฟ้มประวัติการรับบริการของผู้ป่วยที่สถานอนามัย การสังเกต การสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่มพบว่ากระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน สามารถช่วยเหลือแนะนำแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานจากข้อมูลการตรวจหาค่าระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานก่อนและหลังทำการศึกษาพบผู้ป่วยมีพฤติกรรม

ปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองได้ดีขึ้นจากผลการตรวจระดับน้ำตาล ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผลการตรวจหาค่าระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ผลการตรวจระดับน้ำตาล	ก่อนทำการศึกษา		ก่อนทำการศึกษา	
	n	%	n	%
ระดับน้ำตาล $\square$ 130	15	31.2	44	91.67
		5		
ระดับน้ำตาล $\square$ 131	33	68.7	4	8.33
		5		
รวม	48	100.	48	100.00
		00		

กระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาในการควบคุมระดับน้ำตาลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ ของตนเอง มีการแนะนำช่วยเหลือกันในการดูแลสุขภาพ การเข้าร่วมกลุ่มเป็นการเพิ่มกำลังใจให้กับผู้ป่วยทำให้มีพลัง มีความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มขึ้น มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพจากแบบอย่างการปฏิบัติตัวของบุคคลต้นแบบที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ เช่นการปฏิบัติตัวในการออกกำลังกายซึ่งบุคคลต้นแบบมีการวิ่งการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอทุกเช้า จากการเข้าไปสังเกตมีสมาชิกเข้าร่วมวิ่งออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้นจากการวิ่ง 2 – 4 คน เพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 20 คน ส่วนการเลียนแบบการปฏิบัติตัวในการลดการรับประทานข้าวเหนียวจากการสังเกตและสัมภาษณ์สมาชิกที่มารับการตรวจตามนัดพบว่าผู้ที่พยายามลดการรับประทานข้าวเหนียวลงโดยการนำวิธีการลดการรับประทานข้าวเหนียวของผู้ที่ปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองได้ดีมาเป็นแบบอย่างแนวทางการปฏิบัติของตนเองเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนของโรค จากผลการวัดความดันโลหิตของสมาชิกกลุ่มมีการควบคุมระดับ

ความดันในเลือดได้ดีขึ้นจากก่อนเริ่มทำการศึกษาพบผู้ป่วยที่มีค่าความดันโลหิตสูงร้อยละ 27.08 และหลังการศึกษามีผลการตรวจวัดความดันโลหิตสูงร้อยละ 14.58 ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผลการตรวจวัดความดันโลหิต

ผลการตรวจความดันโลหิต	ก่อนทำการศึกษา		ก่อนทำการศึกษา	
	n	%	n	%
ระดับความดันโลหิต □ 130/80	35	72.92	41	85.42
ระดับน้ำตาล □ 131/81	13	27.08	7	14.58
รวม	48	100.00	48	100.00

อภิปรายผล

จากการศึกษาบริบทชุมชนของสถานีนอนามัยแม่กึ่งหลวงพบว่าลักษณะทางกายภาพของชุมชน เอื้อต่ออาชีพเกษตรกรรม ทำนา ทำสวนมีแหล่งอาหารตามธรรมชาติที่อุดมสมบูรณ์ เพราะมีน้ำจากคันคลองชลประทาน และลำน้ำแม่กึ่งไหลผ่าน ลักษณะสังคมวัฒนธรรมยังเป็นสังคมชนบท อยู่รวมเป็นเครือญาติเดียวกันถึงแม้ว่าลักษณะครอบครัวจะเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น จะแยกปลูกบ้านอีกหลังแต่ก็ยังอยู่ในบริเวณเดียวกัน ความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว ชุมชนเป็นไปอย่างแน่นแฟ้น มีการเคารพเชื่อฟังคำสั่งสอนของผู้ที่อาวุโสกว่า การเกิดพฤติกรรมต่างๆ ของบุคคลจึงเกิดการถ่ายทอดจากคนรุ่นหนึ่งไปสู่คนอีกรุ่นหนึ่ง เกิดการเรียนรู้ การเลียนแบบพฤติกรรมจากคนที่ตนเองเคารพ ศรัทธาเชื่อฟัง และการสังเกตแบบอย่างการกระทำของผู้อื่น สามารถนำมาปฏิบัติในการควบคุมโรค และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้

การที่ผู้ป่วยมีโอกาสพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน แนะนำการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานด้วยตนเอง การร่วมกิจกรรมทำให้มีโอกาสได้แลกเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมป้องกันโรค มีความรู้ความเข้าใจเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของตนเอง สอดคล้องกับ คำของ ทับทิมศรี⁷ ที่ศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลต่อพฤติกรรมดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มสามารถส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ช่วยให้เกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับตนเอง เรียนรู้ปัญหา ความจำเป็นในการดูแลตนเอง ทาง เลือกลงในการดูแลตนเอง ตลอดจนความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากระบวนการกลุ่ม ช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน เป็นกลุ่มที่สมาชิกสมัครใจเข้าร่วมกลุ่ม มีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ขอมรับนับถือกัน และสมาชิกในกลุ่มทุกคนรู้จักกัน มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดสนิทสนม สอดคล้องกับวินัย เกตราวุฒิน⁷ ศึกษาผลการร่วมกิจกรรมกลุ่มต่อการควบคุมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลประจักษ์ปัตย์ จังหวัดปทุมธานี พบว่าการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง โดยผู้ป่วยที่มีปัญหาความเจ็บป่วยคล้ายกัน มาร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็นหาแนวทางการแก้ไขปัญหาและมีกลุ่มสมาชิกที่อยู่ใกล้เคียงกัน ทำให้เกิดแรงจูงใจให้มีการปรับตัวอย่างต่อเนื่องส่งผลให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องมากขึ้นและสมชาย พรหมจักร⁸ พบว่าการจัดตั้งกลุ่มหรือชมรมผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นในหมู่บ้าน จะมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือใกล้เคียงปกติ กระบวนการกลุ่มเป็นกระบวนการที่มีการใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่างๆ อย่างได้ผล เนื่องจากเป็นวิธีการสื่อสารที่

ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ โดยมีกลุ่มเพื่อนผู้มีปัญหาคล้ายคลึงกันมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ตลอดจนเสนอแนวคิดและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน แตกต่างจากการให้ความรู้คำแนะนำตามปกติ ซึ่งผู้ป่วยไม่ได้มีบทบาทในการตัดสินใจใดๆ เนื่องจากเป็นผู้รับฟังเท่านั้น

สรุปการรวมกลุ่มสามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิดการเรียนรู้ มีพฤติกรรมกาปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองจากการนำประสบการณ์และแบบอย่างของบุคคลอื่นมาปรับใช้ในการดูแลสุขภาพตนเองได้ การรวมกลุ่มมีผลดีต่อการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพ เพราะจะมีการพูดคุยปรึกษาซักถามปัญหาแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ มีการแนะนำการปฏิบัติตัวในสมาชิกกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานด้วยกัน สอดคล้องกับศูนย์ เก่งกาจ⁹ ศึกษาการรับรู้และพฤติกรรมกาป้องกันภาวะแทรกซ้อนของ คนไข้โรคเบาหวาน โรงพยาบาลพร้าว จังหวัดเชียงใหม่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นหรือประสบการณ์ซึ่งกันและกันระหว่างผู้ป่วยเป็นกระบวนการที่บุคคลได้นำสิ่งที่ตนรู้และพบเห็น นำมาจัดระเบียบและให้ความหมายทำให้เกิดการความรู้ความเข้าใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ทำให้สมาชิกกลุ่มมีความเข้าใจปัญหาและข้อจำกัดในการปฏิบัติรวมทั้งทราบถึงสภาพครอบครัวและสิ่งแวดล้อมต่างๆ ได้ดี การพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานด้วยกันช่วยส่งเสริมให้มีความตั้งใจพยายามที่จะควบคุมตนเองเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้อง ซึ่งการพบกันบ่อยๆ จะเป็นการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การพบกลุ่มเป็นโอกาสที่ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นหรือประสบการณ์ซึ่งกันและกันระหว่างผู้ป่วยรายอื่น การได้เห็น ได้ยิน ได้สัมผัส ได้รู้สึกร่วมกับผู้อื่นจะทำให้เกิดเป็นความรู้ความเข้าใจการดูแล

ตนเอง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นการให้ความรู้บ่อยๆ ซ้ำๆ จะทำให้เกิดการเรียนรู้และจดจำ กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานมีความเข้าใจถึงข้อจำกัดและวิธีการปฏิบัติจากที่ได้รับคำแนะนำต่างๆ สามารถให้คำแนะนำต่อกันได้มีความเข้าใจถึงลักษณะเฉพาะส่วนบุคคลของแต่ละคนรวมทั้งบริบทของครอบครัวสมาชิกด้วย แพนเดอร์¹⁰ กล่าวว่ากลุ่มเพื่อน(Peer support system) เป็นกลุ่มที่เคยได้รับประสบการณ์ที่มีผลกระทบที่รุนแรงในชีวิต การประสบผลสำเร็จในการปรับตัวจะมีความเข้าใจลึกซึ้งถึงสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง จึงสามารถให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหาในส่วนที่คล้ายคลึงกับที่ได้ประสบมาแก่กันและกันได้ ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพตนเอง ทำให้เกิดการเลียนแบบพฤติกรรมที่ประกอบด้วยความคิด และความรู้สึก และการเรียนรู้พฤติกรรมจากการสังเกตการกระทำของบุคคลอื่นและผลลัพธ์ที่เกิดจากพฤติกรรมนั้น ตามแนวคิดการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรา ซึ่งบุคคลคาดหวังในความสามารถของตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาล โดยมีพฤติกรรมกาปฏิบัติที่ถูกต้องที่เกิดจากการได้รับการสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน และการเรียนรู้จากตัวแบบ ตามธรรมชาติของมนุษย์เมื่อมีปัญหาที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ จะสังเกตพฤติกรรมของผู้อื่นที่มีสภาพการเจ็บป่วยคล้ายคลึงกับตน นำมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติในดูแลสุขภาพตนเองได้ สมจิต หนูเจริญกุล, 2543¹¹

ชุมชนมีการสนับสนุนให้กำลังใจแก่กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการยอมรับและปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามปกติ ผู้ป่วยสามารถดำเนินกิจกรรมต่างๆ ของชุมชนได้ การมีความรู้ความเข้าใจ ลักษณะชุมชนมีความเข้มแข็งมีส่วนร่วมสนับสนุนในการดูแลตนเองของผู้ป่วย สนับสนุนการดำเนินการให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละครอบครัวและ

บริบทชุมชน พฤติกรรมเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้โดยอาศัย การสนับสนุนจากครอบครัวของผู้ป่วย บุคคลที่ใกล้ชิดที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยชี้ให้เห็นถึงคุณค่าของบุคคลที่ให้ความ สนใจ ใส่ใจความเป็นอยู่ซึ่งกันและกัน มีการสนับสนุน ข้อมูลข่าวสารช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ ถูกต้องในการดูแลสุขภาพตนเอง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การดำเนินการของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานในการดูแลสุขภาพตนเอง ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการ รวมกลุ่มสมาชิกเป็นกลุ่มย่อยของแต่ละหมู่บ้านเพราะ ผู้ป่วยอยู่บ้านใกล้เคียงกันหมู่บ้านเดียวกันมีโอกาส แลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน การนัดหมายพบปะพูดคุย กันสามารถทำได้บ่อย

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนการจัดตั้ง กลุ่มช่วยเหลือตนเอง และควรมีการอบรม ให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องแก่ผู้นำของแต่ละกลุ่ม เพราะเมื่อมีการสนทนาพูดคุยแลกเปลี่ยนปัญหา ซึ่งกันและกัน สมาชิกในกลุ่มจะได้รับคำแนะนำในการ ปฏิบัติตัวที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ

3. การนำจุดเน้นของการรวมกลุ่มที่สมาชิกกลุ่ม มาพบกันเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ ความรู้สึกในสิ่งที่เขามี ปัญหาร่วมกันอย่างเดียวกัน ขอมรับในสิ่งดีที่ปฏิบัติให้ แก่กันและกัน เพื่อให้สามารถนำแบบอย่างสมาชิกที่ปฏิบัติ ตัวในการดูแลสุขภาพตนเองได้ดีมาปรับใช้ในการดำเนิน ชีวิตประจำวันของตนเองได้

4. นำบริบทชุมชน และสถานภาพส่วนบุคคลมา บูรณาการในการอบรมให้ความรู้ ในการปฏิบัติตัว เพื่อให้ ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การ ปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเอง ให้สอดคล้องกับวิถี ชีวิตประจำวันได้

5. การนำแนวทางกระบวนการกลุ่มมาปรับใช้ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือการดำเนินชีวิต ควรคำนึงถึงความเชื่อวิถีชีวิตและภูมิปัญญาท้องถิ่นของ คนในชุมชน และควรให้ผู้ป่วยและคนในชุมชนมีส่วนร่วม ในการกำหนดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง และยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์อุไรวรรณ คำไทย และรองศาสตราจารย์วรารักษ์ ศิริสว่าง ที่ได้กรุณาให้ คำปรึกษาแนะนำ ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ มา โดยตลอด ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณในความกรุณาของ ท่านเป็นอย่างสูง ไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยแม่กุ่มหลวง สมาชิกกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ อาสาสมัคร สาธารณสุขทุกท่าน ที่ได้ให้ความร่วมมือสละเวลาในการ ให้ข้อมูลจนการศึกษาสำเร็จลุล่วงด้วยดี ขอขอบคุณ หัวหน้ากลุ่มสมาชิกผู้ป่วยโรคเบาหวานที่อำนวยความสะดวกและติดต่อประสานงานกับสมาชิกในการ ดำเนินงานต่างๆ

เอกสารอ้างอิง

1. กองสุกศึกษา กระทรวงสาธารณสุข.แผนงาน/ โครงการที่ตอบสนองนโยบายของรัฐบาลตามคำ ประกาศนโยบายและเป้าหมายการรณรงค์"ปีแห่งการ สร้างสุขภาพ"ทั่วไทยปีพ.ศ.2545-2547.กระทรวง สาธารณสุข, 2545.
2. โรคติดต่อ สำนัก. รายงานประจำปี. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550.

3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. รายงานงานประจำปี 2550. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ กระทรวงสาธารณสุข, 2550.
4. โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่. รายงานข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่. โรงพยาบาลสันป่าตอง, 2551.
5. สถานีอนามัยแม่กึ่งหลวง. รายงานผลการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปี 2551. สถานีอนามัยแม่กึ่งหลวง ตำบลทุ่งด้อม อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่, 2551.
6. ล้ายอง ทับทิมศรี. ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. เชียงใหม่ : การค้นคว้าแบบอิสระ วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2541.
7. วินัย เกตรานุวัฒน์. ศึกษาผลการร่วมกิจกรรมกลุ่มต่อการควบคุมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลประจักษ์ปัตย์ จังหวัดปทุมธานี. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 ม.ค.-มี.ค.(ฉบับเสริม 3), 2551.
8. สมชาย พรหมจักร. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโรงพยาบาลนราธิวาส จังหวัดสกลนคร. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 ก.ค.-ก.ย.(ฉบับเสริม 1), 2550.
9. สุนีย์ เก่งกาจ. การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลพร้าว จังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่ : การค้นคว้าแบบอิสระ วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2544.
10. Pender, N.S. Health Promotion in Nursing Practice 2nd ed. Norwalk: applelan & lange, 1987.
11. สมจิต หนูเจริญกุล. วัลลา ตันตโยทัย และรวมพร คงกำเนิด. การส่งเสริมสุขภาพ แนวคิด ทฤษฎี และการปฏิบัติการพยาบาล. มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์, 2543.

การลดน้ำหนักด้วย 4 อ. ของกลุ่มแม่บ้านแม่ทา ตำบลแม่ทา อำเภอแม่ออน จังหวัดเชียงใหม่
(Factors related to weight loss control of housewife in Maeta Subdistrict, Maeon District, Chiang
Mai Province)

สุชีลา ศิริลักษณ์ ส.บ. *

สถานีอนามัยบ้านห้วยทราย

อำเภอแม่ออน จังหวัดเชียงใหม่

*Sucheela Sirilak M.P.H.(Public Health Academic)**

PCU Huaysai Maeta subdistrict, Maeoon District,

Chiang Mai Province

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการลดน้ำหนักด้วย 4 อ. ของกลุ่มแม่บ้านแม่ทา อำเภอแม่ออน จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกของกลุ่มที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร และยินดีเข้าร่วมโครงการ จำนวน 20 คน ใช้เวลาในการดำเนินการ 6 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามเก็บข้อมูลเบื้องต้น แบบวัดความรู้เรื่อง 4 อ. ได้แก่ อาหาร อาหาร ออกกำลังกาย อดสูบบุหรี่ แบบประเมินการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์และพฤติกรรมของ 4 อ. พันธะสัญญา 4 อ. สมุดบันทึกประจำวันในการปฏิบัติกิจกรรม 4 อ. แบบประเมินความพึงพอใจเข้าร่วมโครงการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังปฏิบัติกิจกรรม 4 อ.

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักตัวลดลงอย่างต่อเนื่อง หลังจากที่ได้ดำเนินการวิจัยเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ กลุ่มแม่บ้านตัวอย่าง จำนวน 20 คน มีน้ำหนักตัวลดลง จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 95 น้ำหนักตัวคงที่ จำนวน 1 คน ค่าเฉลี่ยน้ำหนักรวมลดลง 2.80 กิโลกรัม น้ำหนักตัวรวมลดลง 0.47 กิโลกรัม/สัปดาห์ แสดงว่ากลุ่มแม่บ้านที่ได้เข้าร่วมโครงการปฏิบัติกิจกรรม 4 อ. แล้วเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยปฏิบัติกิจกรรมผสมผสานกันทั้ง 4 อ.

โดยสรุปการปรับพฤติกรรมด้วย 4 อ. ในภาพรวมเกิดประโยชน์กับกลุ่มตัวอย่าง แต่ในบางประเด็น เช่น อาหาร และอาหาร คงต้องทำการศึกษาเพื่อให้เกิดความเหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชนต่อไป

ความสำคัญ: การลดน้ำหนักด้วย 4 อ. กลุ่มแม่บ้าน

Abstract

The purpose of this research was to study the outcomes from the application of 4 weight loss control factors over a group of housewives in Mae-Ta Sub district, Mae-On District, Chiang Mai Province. The sample group consisted of 20 willing participants whose body mass indexes were over 25 kilograms per square meters. The implementation period lasted for 6 weeks with research instruments that included a constructed questionnaire on their

fundamental information, a knowledge measurement form on 4 factors – Emotions, Diet, Exercise, and Herbal aromatherapy, a self evaluation form on their perception and ability, an expectation form over the outcomes and anticipated behavior from the 4 factors, 4 factors commitment, a personal record of activities engagement, and a form to measure satisfaction with their program participation. The collected data were analyzed with statistic measures for frequency, percentage, arithmetic mean, standard deviation, and comparison of arithmetic mean score collected before and after the program.

The result showed that the body weight of the participants had decreased continuously over the 6 weeks of the program implementation. Among 20 housewives who volunteered for the program, 19 of them had successfully lost weight which could be interpreted as 95 percent of successful body weight loss with 2.80 kilograms of individual weight loss or 0.47 kilograms per week individually. This indicated that there were behavioral changes as expected from the combined procedures of the 4 factors.

In conclusion, behavioral modification with the 4 factors on weight loss control shows statistically significant benefits to the sample group. However, some factors such as diet and emotions still need further study in order to look for more suitable measures to be harmonious with the lifestyles of each community.

Keywords: housewife group, losing weight.

บทนำ

การมีสุขภาพแข็งแรง ในความหมายขององค์การอนามัยโลกครอบคลุมถึงความแข็งแรงของสุขภาพในมิติต่างๆทางด้านร่างกาย จิตใจ และปัญญา หรือ จิตวิญญาณ หากคนไทยมีความแข็งแรงทางสุขภาพ ครอบคลุมความหมายทั้ง ในมิติต่างทั้งหมด ย่อมสามารถเสริมสร้างให้ประเทศไทยมีความแข็งแรงและมีการพัฒนาได้อย่างรวดเร็ว รัฐบาลได้ดำเนินงานรณรงค์เรื่องการสร้างสุขภาพมาตั้งแต่ พ.ศ.2545 เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน โดยมีการสร้างกระแสในการสร้างสุขภาพและมีการจัดการรณรงค์หลายด้าน เช่น การรวมพลังสร้างสุขภาพ รวมพลคนเสื้อเหลือง รวมพลคนรักสุขภาพ รณรงค์เรื่องการสร้างสุขภาพด้วย 6 อ. คนไทยไร้พุง เป็นต้น จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ที่สำคัญคือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพ อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพดีและแข็งแรงสามารถป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อได้ เช่น โรคอ้วน โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตมนุษย์ในช่วงที่มีการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อมทำให้มีผลกระทบต่อชีวิตการเป็นอยู่ของประชากร การใช้ชีวิตที่ไม่ออกกำลังกาย และปัจจัยร่วมที่สำคัญคืออาหารที่ได้รับแต่ละวัน เช่น อาหารจานด่วน ฯลฯ ทำให้พฤติกรรมการกินเปลี่ยนแปลงไป อาหารเหล่านี้มีปริมาณพลังงานที่ได้รับจากไขมัน โปรตีนและคาร์โบไฮเดรตสูงกว่าปกติ เบี่ยงลักษณะ ผลรัตนและคณะ¹

จากการดำเนินงานที่ผ่านมาของตำบลแม่ทาได้มีการดำเนินงานเรื่องการสร้างสุขภาพเพื่อการป้องกันโรค

และจัดกิจกรรมรณรงค์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคและการออกกำลังกาย ให้สอดคล้องตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในทุกระดับที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อบ่มุ่เน้นให้ประชาชนในพื้นที่ที่มีสุขภาพดี ด้วยวิธีการต่างๆหลายวิธี แต่จากข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพประจำปี 2551 พบว่าประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยงภาวะอ้วนจำนวน 382 คน คิดเป็นร้อยละ 15.60 ซึ่งในกลุ่มนี้พบว่าเป็นเพศหญิงจำนวน 214 คน คิดเป็นร้อยละ 56.02 เพศชายจำนวน 168 คน คิดเป็นร้อยละ 43.98 ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจ ที่จะศึกษาผลของการลดน้ำหนักด้วย 4 อ. ซึ่งประกอบด้วย อารมณ์ อาหาร ออกกำลังกาย อบสมุนไพรร ในกลุ่มแม่บ้านแม่ทา ตำบลแม่ทา อำเภอแม่ออน จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งมีภาวะเสี่ยงจากการตรวจคัดกรองสุขภาพและผลค่าดัชนีมวลกายที่อยู่ในภาวะอ้วนสมัครใจ เข้าร่วมโครงการ จำนวน 20 คน โดยการนำทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถตนเองของแบนดูรา(Bandura, 1997) มาเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มแม่บ้านแม่ทา ด้วยการสร้างให้เกิดความตระหนักในความสามารถของตนเอง การส่งเสริมให้เกิดความรู้ความเข้าใจ มีความมั่นใจในตนเองในการทำกิจกรรม และกระตุ้นการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและสร้างความคาดหวังในผลลัพธ์จากการทำกิจกรรมเพื่อรักษาภาวะสมดุลของร่างกาย ป้องกันการเกิดทุพพลภาพและการป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้ วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาผลของการลดน้ำหนักด้วย 4 อ. ซึ่งประกอบด้วย อารมณ์ อาหาร ออกกำลังกาย อบสมุนไพรร ของกลุ่มแม่บ้านแม่ทา

วิธีการศึกษา

การลดน้ำหนักด้วย 4 อ.ของกลุ่มแม่บ้านแม่ทา ตำบลแม่ทา อำเภอแม่ออน จังหวัดเชียงใหม่ เป็นการวิจัยเชิงทดลอง ระยะเวลาปฏิบัติการ 6 สัปดาห์ ระหว่างวันที่ 20 กรกฎาคม 2552 ถึงวันที่ 30 สิงหาคม 2552 การศึกษา

ครั้งนี้เป็นการศึกษารายกลุ่ม เพื่อศึกษาการลดน้ำหนักด้วย 4 อ. ซึ่งประกอบด้วย อารมณ์ อาหาร ออกกำลังกาย อบสมุนไพรร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ กลุ่มแม่บ้านแม่ทาที่มีค่าดัชนีมวลกาย(BMI) มากกว่า 25 – 30 กิโลกรัม/ตารางเมตร อายุระหว่าง 25 – 59 ปี ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มอ้วน ที่สมัครใจจำนวน 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้แบบสอบถามสร้างโดยอาศัยกรอบแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเอง และมีวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อศึกษาผลของการลดน้ำหนักด้วย 4 อ. ซึ่งประกอบด้วย อารมณ์ อาหาร ออกกำลังกายอบสมุนไพรรของกลุ่มแม่บ้านแม่ทา การวิเคราะห์ข้อมูลก่อน – หลัง ดำเนินการ โดยการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงเรื่องน้ำหนักตัว ค่าดัชนีมวลกาย การเปลี่ยนแปลงความรู้ 4 อ. การรับรู้ความสามารถตนเองเรื่อง 4 อ. ความคาดหวังในผลลัพธ์ของ 4 อ. แบบวัดพฤติกรรม 4 อ. ผลการปฏิบัติกิจกรรม 4 อ.ของกลุ่มแม่บ้านเข้าร่วมโครงการ โดยการบรรยายข้อมูลและรวบรวมข้อมูลทั้งหมด นำมาตรวจสอบความถูกต้องและวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป เพื่อหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ชนิด คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม, เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาผลของการลดน้ำหนักด้วย 4 อ.

การตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถาม

1. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่อง ก่อนนำไปทดลองใช้

2. ตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม และเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา(Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้เรียบเรียงแล้วนำไปทดลองใช้กับกลุ่มแม่บ้านที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง(กลุ่มแม่บ้านตำบลห้วยแก้ว อำเภอแม่ออน จังหวัด เชียงใหม่ จำนวน 30 คน) แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของคอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่น 0.76

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยจัดทำเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษา แนบไปกับแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1.ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลทั่วไป การเปลี่ยนแปลงความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการในเรื่องอารมณ์ อาหาร การออกกำลังกาย อบสมุนไพรร วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาค่าร้อยละ

2.การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความสามารถของตนเอง การเปลี่ยนแปลงความคาดหวังในผลลัพธ์ด้านอารมณ์ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย อบสมุนไพรร และน้ำหนักตัว ก่อนและหลังของกลุ่มแม่บ้านเข้าร่วมโครงการ สถิติที่ใช้การบรรยายข้อมูล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่าที่ (t) ค่าร้อยละ

3.การเปลี่ยนแปลงผลการปฏิบัติด้านอารมณ์การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย อบสมุนไพรร และน้ำหนักตัว ก่อนและหลังของกลุ่มแม่บ้านเข้าร่วมโครงการ สถิติที่ใช้การบรรยายข้อมูล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่าที่ (t) ค่าร้อยละ และการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัว

รวบรวมข้อมูลทั้งหมด นำมาตรวจสอบความถูกต้องและวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป เพื่อหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการ

ผลการศึกษา

สรุปผลการลดน้ำหนักการปฏิบัติกิจกรรมด้วย 4 อ.ของกลุ่มแม่บ้านแม่ทา จำนวน 20 คน เป็นระยะเวลา จำนวน 6 สัปดาห์ จากข้อมูลทั่วไปพบว่ากลุ่มแม่บ้านแม่ทาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 30 มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 75 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 65 สถานภาพคู่ร้อยละ 90 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร มีน้ำหนักเกินระดับอ้วนปานกลาง ร้อยละ 90 มีภาวะระดับอ้วนมาก ร้อยละ 10 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว และเมื่อให้ประเมินสถานะสุขภาพของตนเองกลุ่มตัวอย่างประเมินว่าสุขภาพตนเองอยู่ในเกณฑ์ดี และไม่เท่ากันคิดเป็นร้อยละ 50 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีญาติสายตรงเป็นโรคอ้วน ร้อยละ 65 ไม่มีญาติสายตรงที่เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจและหลอดเลือด คิดเป็นร้อยละ 75 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีการออกกำลังกาย ส่วนใหญ่ออกกำลังกายด้วยกิจกรรมแอโรบิก คิดเป็นร้อยละ 80

ผลที่ได้จากการวิจัยพบว่ากลุ่มแม่บ้านแม่ทาน้ำหนักตัวลดลง จำนวน 19 คนคิดเป็นร้อยละ 95 น้ำหนักตัวคงที่ จำนวน 1 คน น้ำหนักตัวก่อนดำเนินการรวมเฉลี่ย 66.45 กิโลกรัม ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 6.28 หลังดำเนินการน้ำหนักตัว รวมเฉลี่ย 63.62 กิโลกรัม ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 6.42 เฉลี่ยโดยรวมน้ำหนักลดลง 0.47 กิโลกรัม/สัปดาห์

ผลการเปลี่ยนแปลงค่าดัชนีมวลกาย พบว่ากลุ่มแม่บ้านแม่ทามีค่าดัชนีมวลกายลดลง จำนวน 19 คนคิดเป็นร้อยละ 95 ค่าดัชนีมวลกายคงที่คิดเป็นร้อยละ 5 ค่าดัชนีมวลกายก่อนดำเนินการรวมเฉลี่ย 27.23 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.86 หลังดำเนินการค่าดัชนีมวลกายรวมเฉลี่ย 25.91 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.70 ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยลดลง $1.36 / 6$ สัปดาห์เฉลี่ยลดลง $0.22 /$ สัปดาห์

ผลการเปลี่ยนแปลงความรู้เรื่อง อารมณ์ อาหาร ออกกำลังกาย อบสมุนไพรร พบว่ากลุ่มแม่บ้านแม่ทามีจำนวน 20 คน มีการเปลี่ยนแปลงเรื่องความรู้เพิ่มขึ้นความรู้ก่อนดำเนินการ คิดเป็นร้อยละ 66 หลังดำเนินการมี

การเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 89.75 โดยมีการเปลี่ยนแปลงความรู้ด้านอารมณ์จากเดิมคิดเป็นร้อยละ 13.75 เปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 22.50 ความรู้ด้านอาหารจากเดิมคิดเป็นร้อยละ 17.25 เปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 21.75 ความรู้ด้านออกกำลังกายเดิมคิดเป็นร้อยละ 15.50 เปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 22.50 และความรู้ด้านอบสมุนไพรรเดิมคิดเป็นร้อยละ 19.50 เปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 23 สรุปผลความรู้เรื่องอารมณ์ อาหาร ออกกำลังกาย อบสมุนไพรร กลุ่มแม่บ้านแม่ทามีการเปลี่ยนแปลงความรู้เปรียบเทียบจากร้อยละมากที่สุดเรื่องอบสมุนไพรร รองลงมาคือเรื่องอารมณ์ ออกกำลังกาย และอาหารตามลำดับ

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของความรู้ในเรื่อง อารมณ์ อาหาร การออกกำลังกาย อบสมุนไพรร ก่อนและหลังการปฏิบัติกิจกรรม 4 อ. ของกลุ่มตัวอย่าง

ความรู้ 4 อ.	คะแนน (ก่อน)	ร้อยละ	คะแนน (หลัง)	ร้อยละ	ความแตกต่าง
อารมณ์	55	13.75	90	22.50	8.75
อาหาร	69	17.25	87	21.75	4.50
ออกกำลังกาย	62	15.50	90	22.50	7.00
อบสมุนไพรร	78	19.50	92	23.00	3.50
รวม	264	66.00	359	89.75	23.75

การรับรู้ความสามารถตนเองภายหลังการปฏิบัติกิจกรรม 4 อ. ที่ประกอบด้วยเรื่อง อารมณ์ อาหาร ออกกำลังกาย อบสมุนไพรร เป็นระยะเวลาจำนวน 6 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีระดับของการรับรู้ความสามารถตนเองโดยรวมเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 2.92 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.09 เมื่อพิจารณาการรับรู้ความสามารถตนเองในแต่ละด้าน ประกอบด้วย อารมณ์ อาหาร ออกกำลังกาย อบสมุนไพรร พบว่าระดับการรับรู้ความสามารถตนเองทั้ง 4 อ.อยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย

เปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นหลังปฏิบัติกิจกรรมตามลำดับดังนี้ อารมณ์มีค่าเฉลี่ย 2.90 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.09 อาหารมีค่าเฉลี่ย 2.88 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.18 ออกกำลังกายมีค่าเฉลี่ย 2.95 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.09 ออบสมุนไพรรมีค่าเฉลี่ย 2.97 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.10 โดย อารมณ์ และ ออบสมุนไพรร เป็นกิจกรรมที่มีค่าเฉลี่ยเปลี่ยนแปลงก่อนและหลังการปฏิบัติกิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในภาพรวม ก่อนและหลังการปฏิบัติกิจกรรม 4 อ. ของกลุ่มตัวอย่าง

การรับรู้	ค่าเฉลี่ย		df	ค่าที่
ความสามารถตนเอง 4 อ.	ค่าเฉลี่ย	เบี่ยงเบนมาตรฐาน		
ก่อน	2.80	.17	19	3.92**
หลัง	2.92	.09		

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตารางที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองก่อนและหลังการปฏิบัติกิจกรรม 4 อ. ของกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 3 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในเรื่อง อารมณ์ ก่อนและหลังการปฏิบัติกิจกรรม 4 อ. ของกลุ่มตัวอย่าง

การรับรู้	ค่าเฉลี่ย		df	ค่าที่
ความสามารถตนเอง อารมณ์	ค่าเฉลี่ย	เบี่ยงเบนมาตรฐาน		
ก่อน	2.76	.30	19	2.48*
หลัง	2.90	.12		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในเรื่อง อบรมสมาธิก่อนและหลังการปฏิบัติกิจกรรม 4 อ. ของกลุ่มตัวอย่าง

การรับรู้	ค่าเฉลี่ย		df	ค่าที่
ความสามารถตนเอง อบรมสมาธิ	ค่าเฉลี่ย	เบี่ยงเบนมาตรฐาน		
ก่อน	2.78	.28	19	2.65*
หลัง	2.97	.10		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ความคาดหวังในผลลัพธ์ภายหลังปฏิบัติกิจกรรม 4 อ. ที่ประกอบด้วยเรื่อง อารมณ์ อาหาร ออกกำลังกาย อบรมสมาธิ เป็นระยะเวลาจำนวน 6 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีระดับของความคาดหวังในผลลัพธ์โดยรวมเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 2.98 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.04 เมื่อพิจารณาความคาดหวังในผลลัพธ์ในแต่ละด้าน ประกอบด้วย อารมณ์ อาหาร ออกกำลังกาย อบรมสมาธิ พบว่าระดับความคาดหวังในผลลัพธ์ทั้ง 4 อ. อยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยตามลำดับดังนี้ อารมณ์มีค่าเฉลี่ย 2.94 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.11 อาหารมีค่าเฉลี่ย 2.99 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.04 ออกกำลังกาย มีค่าเฉลี่ย 3.00 อบรมสมาธิมีค่าเฉลี่ย 3.60 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.00 โดย อบรมสมาธิ เป็นกิจกรรมที่มีค่าเฉลี่ยเปลี่ยนแปลงก่อนและหลังการปฏิบัติกิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 5 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติกิจกรรม 4 อ. ก่อนและหลังการปฏิบัติกิจกรรม 4 อ. ของกลุ่มตัวอย่าง

ความคาดหวังในผลลัพธ์ของ 4 อ.	ค่าเฉลี่ย		df	ค่าที่
	ค่าเฉลี่ย	เบี่ยงเบนมาตรฐาน		
ก่อน	2.92	.11	19	2.28*
หลัง	2.98	.04		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 5 พบว่า ค่าเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ก่อนและหลังการปฏิบัติกิจกรรม 4 อ. ของกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 5 พบว่า ค่าเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ก่อน และหลังการปฏิบัติกิจกรรม 4 อ. ของกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวัดพฤติกรรมภายหลังปฏิบัติกิจกรรม 4 อ. ที่ประกอบด้วยเรื่อง อารมณ์ อาหาร ออกกำลังกาย อบสมุนไพรร เป็นระยะเวลาจำนวน 6 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีระดับของพฤติกรรมโดยรวมเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 2.85 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.15 เมื่อพิจารณาพฤติกรรมในแต่ละส่วนประกอบเรื่อง อารมณ์ อาหาร ออกกำลังกาย อบสมุนไพรร พบว่าระดับพฤติกรรมทั้ง 4 อ.อยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยตามลำดับดังนี้ อารมณ์มีค่าเฉลี่ย 2.71 อาหารมีค่าเฉลี่ย 2.76 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.29 ออกกำลังกาย มีค่าเฉลี่ย 2.96 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.08 อบสมุนไพรรมีค่าเฉลี่ย 3.60 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.00 โดย ออกกำลังกาย เป็นกิจกรรมที่มีค่าเฉลี่ยเปลี่ยนแปลงก่อนและหลังการปฏิบัติกิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และอบสมุนไพรร เป็นกิจกรรมที่มีค่าเฉลี่ยเปลี่ยนแปลงก่อนและหลังการปฏิบัติกิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 6 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรม 4 อ. ประกอบด้วย เรื่อง อารมณ์ อาหาร การออกกำลังกาย อบสมุนไพรร ก่อนและหลังการปฏิบัติกิจกรรม 4 อ. ของกลุ่มตัวอย่าง

พฤติกรรม ของ 4 อ.	ค่าส่วน			ค่าที่
	ค่าเฉลี่ย	เบี่ยงเบน มาตรฐาน	df	
ก่อน	2.74	.29	19	2.01*
หลัง	2.85	.15		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 6 พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมโดยรวมก่อนและหลังการปฏิบัติกิจกรรม 4 อ. ของกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

จากการวิจัยผลการลดน้ำหนักหลังการปฏิบัติกิจกรรมด้วย 4 อ. ของกลุ่มแม่บ้านแม่ทา ตำบลแม่ทา อำเภอแม่ออน จังหวัดเชียงใหม่ ที่มีอายุระหว่าง 25 – 59 ปี มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร จำนวน 20 คน เป็นระยะเวลา จำนวน 6 สัปดาห์ ผลที่ได้จากการวิจัยพบว่ากลุ่มแม่บ้านแม่ทาน้ำหนักตัวลดลงจำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 95 น้ำหนักตัวคงที่ จำนวน 1 คน น้ำหนักตัวลดลงคิดเป็นร้อยละ 95 น้ำหนักตัวก่อนดำเนินการ จำนวน 20 คน เฉลี่ย 66.45 กิโลกรัม หลังดำเนินการน้ำหนักตัว จำนวน 20 คน เฉลี่ย 63.62 กิโลกรัม โดย เฉลี่ยน้ำหนักลดลง 0.47 กิโลกรัม/สัปดาห์ ผลการเปลี่ยนแปลงค่าดัชนีมวลกาย พบว่ากลุ่มแม่บ้านแม่ทาน้ำหนักตัวลดลง จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 95 ค่าดัชนีมวลกายคงที่คิดเป็นร้อยละ 5 ค่าดัชนีมวลกายก่อนดำเนินการ จำนวน 20 คน เฉลี่ย 27.12 หลังดำเนินการค่าดัชนีมวลกาย จำนวน 20 คน ลดลงเฉลี่ย 25.91 ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยลดลง $1.36 / 6$ สัปดาห์ เฉลี่ยลดลง 0.22 / สัปดาห์ แสดงให้เห็นว่าผลของการปฏิบัติกิจกรรม 4 อ. ซึ่งประกอบด้วยเรื่อง อารมณ์ อาหาร ออกกำลังกาย อบสมุนไพรร ของกลุ่มแม่บ้านแม่ทา ที่ผู้วิจัยได้นำรูปแบบการปฏิบัติกิจกรรมแบบผสมผสานสามารถส่งผลทำให้กลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักตัวลดลงได้ตามเป้าหมายที่ตั้งใจไว้ ผลจากข้อมูลทั่วไปพบว่ากลุ่มแม่บ้านแม่ทาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย อยู่ระหว่าง 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 30 ซึ่งอยู่ในวัยที่มีวุฒิภาวะความรับผิดชอบตัวเองได้ มีน้ำหนักตัวอยู่ระหว่าง 60-69 กิโลกรัม คิดเป็นร้อยละ 65 ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มอ้วนปานกลาง ระดับการศึกษามี

ความสามารถอ่านออกเขียนได้ทุกคน ร้อยละ 75 เรียนจบชั้นประถมศึกษา มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 65 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีกิจกรรมทางกายเป็นประจำจากงานอาชีพ และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการออกกำลังกายตามศักยภาพตนเองอยู่แล้วคิดเป็นร้อยละ 100 เช่น แอโรบิก วิ่ง เดินเร็ว ไม้พลอง ปั่นจักรยาน ออกกำลังกายด้วยยางยืด แต่จากการสอบถามข้อมูลเบื้องต้นกลุ่มแม่บ้านแม่ทาไม่ได้มีความรู้ว่าการออกกำลังกายที่ไม่เป็นไปตามหลักการออกกำลังกายที่ประกอบด้วยความบ่อย ความหนัก ของกิจกรรมที่ปฏิบัติ และระยะเวลาที่เหมาะสมกับกิจกรรมก็จะไม่ส่งผลต่อการมีสุขภาพดีเท่าที่ควร ประกอบด้วยยังพบว่ากลุ่มแม่บ้านแม่ทามีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ไม่มีความต่อเนื่อง พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้องเนื่องจากมีการรับประทานอาหารที่มีพลังงานมาก รับประทานจุบจิบ ดื่มเครื่องดื่มที่แอลกอฮอล์บ้างไม่มีการควบคุมตนเองในเรื่องการรับประทานอาหาร ประกอบกับยังไม่มีความมุ่งมั่นตั้งใจในการลดน้ำหนักอย่างจริงจัง พฤติกรรมนี้จึงส่งผลให้มีภาวะน้ำหนักเกิน

ในการดำเนินงานวิจัยนี้ได้มีการนำปฏิบัติการ 4 อ.ซึ่งประกอบด้วยเรื่อง อารมณ์ อาหาร ออกกำลังกาย ออบสมุนไพรร เข้ามาเพื่อให้กลุ่มแม่บ้านแม่บ้านแม่ทา จำนวน 20 คนได้ปฏิบัติในการดูแลสุขภาพเพื่อช่วยควบคุมในการลดน้ำหนัก ตลอดระยะเวลา 6 สัปดาห์ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง เริ่มตั้งแต่การประเมินตนเองด้วยแบบสอบถามแล้วจึงให้ความรู้โดยการสอนและฝึกทักษะปฏิบัติกิจกรรม 4 อ.ซึ่งประกอบด้วยเรื่อง อารมณ์ อาหาร ออกกำลังกาย ออบสมุนไพรร และให้กลุ่มตัวอย่างได้มีการเรียนรู้จากผู้ที่ประสบความสำเร็จจากการทำกิจกรรมเพื่อลดน้ำหนัก และการจดบันทึกกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างได้ปฏิบัติกิจกรรมจนครบ 6 สัปดาห์ ส่งผล

ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงความรู้เรื่อง อารมณ์ อาหาร ออกกำลังกาย ออบสมุนไพรร เพิ่มขึ้นจากเดิมก่อนดำเนินการ คิดเป็นร้อยละ 66 หลังดำเนินการมีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 89.75 ผลการเปลี่ยนแปลงความรู้มากที่สุดเรื่อง อารมณ์ รองลงมาคือ อาหาร ออกกำลังกาย และออบสมุนไพรร การเปลี่ยนแปลงเรื่องความรู้นี้ทำให้กลุ่มแม่บ้านได้มีการนำความรู้ไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองในการลดน้ำหนัก ซึ่งในการดำเนินงานวิจัยนี้กลุ่มแม่บ้านได้รับทราบแนวทางการปฏิบัติตนเพื่อการมีสุขภาพดีและช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆที่สำคัญได้ การให้ความรู้เรื่องการมีความมุ่งมั่นตั้งใจ อาหารลดน้ำหนัก การออกกำลังกายที่เหมาะสม และการออบสมุนไพรรที่ถูกต้องทำให้ปฏิบัติบรรลุผลสำเร็จ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของดวงพร แก้วศิริ และคณะ² ได้ศึกษาผลการให้โภชนศึกษาเพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพด้านโภชนาการด้วยตนเองในวัยเรียนในเขตชนบท จังหวัดชัยภูมิ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-2 จำนวน 214 คนทำการศึกษา 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 หาข้อมูลพื้นฐาน ขั้นตอนที่ 2 ให้โภชนศึกษาด้วยวิธีการบรรยาย และกิจกรรมกลุ่มมีการกระตุ้นด้วยกิจกรรมที่มีการแข่งขันชิงรางวัล พบว่าการให้โภชนศึกษาในวัยเรียนซึ่งมีระดับความสามารถแตกต่างกัน โดยใช้กิจกรรมกลุ่มและวิธีการที่หลากหลายช่วยให้เด็กสนใจและรับรู้ได้ดีขึ้น ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มแม่บ้านแม่ทา จำนวน 20 คน มีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความสามารถตนเองเรื่อง อารมณ์ อาหาร ออกกำลังกาย ออบสมุนไพรร เพิ่มขึ้นจากเดิมก่อนดำเนินการ โดยมีค่าเฉลี่ยจาก 2.80 เปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 2.92 มีผลค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก มีการเปลี่ยนแปลงความคาดหวังในผลลัพธ์ของเรื่อง อารมณ์

อาหาร ออกกำลังกาย อบสมุนไพรร เพิ่มขึ้นจากเดิม โดยมีค่าเฉลี่ยจาก 2.92 เปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 2.98 มีผลค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก มีผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเรื่อง อารมณ์ อาหาร ออกกำลังกาย อบสมุนไพรร เพิ่มขึ้นจากเดิม โดยมีค่าเฉลี่ยจาก 2.74เปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 2.85 มีผลค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก เปรียบเทียบผลการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยเรื่องอารมณ์ อาหาร ออกกำลังกาย อบสมุนไพรร โดยเปรียบเทียบกับผลการเปลี่ยนแปลงเรื่องความรู้ 4 อ. การรับรู้ความสามารถตนเองเรื่อง 4 อ.ความคาดหวังในผลลัพธ์ของ 4 อ. และวัดพฤติกรรมเรื่อง 4 อ. พบว่ามีค่าเฉลี่ยก่อน และหลัง ปฏิบัติกิจกรรม 4 อ. มีผลการเปลี่ยนแปลงโดยรวมมากที่สุดเรื่อง อบสมุนไพรร รองลงมาคือเรื่อง อาหาร และเรื่อง ออกกำลังกาย มีผลเปลี่ยนแปลงโดยรวมน้อยที่สุดเรื่อง อารมณ์ ซึ่งมีผลค่าเฉลี่ยทั้ง 4 อ. อยู่ในระดับมาก จะเห็นได้ว่าการปฏิบัติกิจกรรม 4 อ. โดยมีการปฏิบัติกิจกรรมผสมผสานกันส่งผลทำให้น้ำหนักตัวของกลุ่มแม่บ้านลดลง โดยเฉลี่ย จำนวน 20 คน เฉลี่ยลดลง 2.80 กิโลกรัม

ในการดำเนินการวิจัยนี้ ได้มีความสอดคล้องกับ ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง โดยได้นำทฤษฎีนี้ มาปรับใช้เป็นกระบวนการในการดำเนินกิจกรรม ส่งผล ทำให้กลุ่มแม่บ้านมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความสามารถ ของตนเองมีระดับเพิ่มขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงความ คาดหวังในผลลัพธ์ของอารมณ์ อาหารออกกำลังกาย อบ สมุนไพรมีระดับเพิ่มขึ้น และพฤติกรรมเรื่องอารมณ์ อาหาร ออกกำลังกาย อบสมุนไพร พฤติกรรมดีขึ้นจากเดิม ส่งผลทำให้น้ำหนักลดลง ในการทำกิจกรรมนี้ได้รับความ ร่วมมือจากผู้ที่เคยได้รับคำแนะนำในปฏิบัติการกิจกรรมเพื่อ ลดน้ำหนัก โดยนำการปฏิบัติกิจกรรมเรื่องอารมณ์ อาหาร ออกกำลังกาย อย่างถูกวิธีและเหมาะสมแล้วได้นำไป ปฏิบัติกิจกรรมระยะเวลา 3 เดือน ทำให้น้ำหนักตัวจากเดิม

79 กิโลกรัม น้ำหนักตัวลดลงเหลือ 71 กิโลกรัม ซึ่งสามารถลดลงได้ จำนวน 8 กิโลกรัม มาเป็นผู้เล่าประสบการณ์ที่สำเร็จให้กับกลุ่มแม่บ้านแม่ทาฟิงเพื่อให้เห็นแบบอย่างจากผู้อื่น เป็นการกระตุ้นทางอารมณ์ให้เกิดกำลังใจ และใช้คำพูดชักจูงให้กลุ่มแม่บ้านเห็นว่าทุกคนมีความสามารถในการปฏิบัติได้ถ้ามีความตั้งใจจริง และเกิดความคาดหวังในผลลัพธ์จากการทำกิจกรรมซึ่งการทำกิจกรรมนี้ทำให้กลุ่มแม่บ้านได้มีโอกาสสอบถามพร้อม กับได้รับคำแนะนำในเรื่องความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการปฏิบัติอย่างจริงจังแล้วทำให้กลุ่มแม่บ้านเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีความมุ่งหวังตั้งใจสามารถควบคุมการลดน้ำหนักลงได้ ซึ่งสอดคล้องกับ ขวัญจิต อินเหี้ยว³ การศึกษารับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักของนักศึกษาอาชีวศึกษาผลการศึกษารูปได้ว่าการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับการลดน้ำหนักเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิก คือการออกกำลังกายชนิดที่มีความแรงพอเหมาะ ระยะเวลาานเพียงพอ และกระทำอย่างสม่ำเสมอส่งผลถึงการเผาผลาญไขมัน การออกกำลังกายแอโรบิกต้องทำติดต่อกันนาน 15-45 นาทีอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ชนิดของการออกกำลังกายแอโรบิก คือ การว่ายน้ำ การวิ่ง การปั่นจักรยาน การเดิน ซึ่งสอดคล้องกับ มนชยา พลอยเลื่อมแสง⁴ ได้ศึกษาการให้คำปรึกษารายบุคคลตามโภชนบัญญัติ 9 ประการเพื่อลดน้ำหนักของผู้มีน้ำหนักเกิน เป็นการศึกษาโดยใช้เทคนิคการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยมร่วมกับโภชนบัญญัติ 9 ประการกับผู้รับคำปรึกษาเพศหญิงอายุ 26 ปี 10 เดือน ส่วนสูง 162 เซนติเมตร น้ำหนัก 74 กิโลกรัม ค่าดัชนีมวลกาย 28.20 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ไม่มีโรคประจำตัว ซึ่งหลังจากให้คำปรึกษาเวลา 2 เดือน ผู้รับคำปรึกษามีพฤติกรรมการกินที่เหมาะสมสามารถลดน้ำหนักได้ 5.25 กิโลกรัม นอกจากการปรับพฤติกรรมโดย

ใช้เทคนิคการให้คำปรึกษาช่วยให้เจ้าหน้าที่ดูแลสุขภาพและสร้างพฤติกรรมกรกินใหม่ที่เหมาะสมจนเกิดความเคยชิน ผลการทำวิจัยครั้งนี้กลุ่มแม่บ้านยังพบว่าการนำการดูแลสุขภาพด้วยการอบสมุนไพรมาผสมผสานกัน โดยมีกิจกรรมอบสมุนไพรสัปดาห์ละ 1 ครั้งเพื่อช่วยในการกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือดให้ดียิ่งขึ้นแล้วยังทำให้กลุ่มแม่บ้านแม่ทาที่ปฏิบัติตามกิจกรรมตามขั้นตอนมีความรู้สึกสดชื่นสบาย ผ่อนคลาย และมีความพึงพอใจมากทุกรายหลังเข้ารับบริการอบสมุนไพร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของงานแพทย์แผนไทย ฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ⁷ ที่ได้ศึกษาผลกระทบของการอบไอน้ำสมุนไพรที่มีต่อร่างกาย ได้แก่ ชีพจร การหายใจ ความดันโลหิต ในอาสาสมัคร 160 คน ควบคุมความร้อนของห้องอบ ที่ 40 องศาเซลเซียส ความชื้นสัมพัทธ์ร้อยละ 90 พบว่า ในขณะที่อบไอน้ำ ชีพจรเพิ่มขึ้น 20 ครั้ง ต่อนาที อัตราการหายใจ เพิ่มขึ้น 6 ครั้งต่อนาที ความดันเลือดลดลง อย่างละ 10 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งไม่ทำให้เกิดอันตราย หลังเสร็จสิ้นการอบไอน้ำแล้ว อัตราชีพจร อัตราการหายใจ และความดันโลหิตจะกลับคืนสู่ปกติภายในเวลา 20 นาที ในการดูแลสุขภาพโดยใช้วิธีผสมผสานด้วยการอบสมุนไพร ในการทำวิจัยครั้งนี้ได้นำมาใช้ผสมผสานในการปฏิบัติตามกิจกรรมควบคุมการลดน้ำหนักเพื่อให้กลุ่มแม่บ้านได้มีสุขภาพดียิ่งขึ้น เนื่องจากเป็นเรื่องใหม่สำหรับกลุ่มแม่บ้านในการนำมาใช้ประกอบกับการดูแลสุขภาพ ทำให้มีความสนใจและตั้งใจในการทำกิจกรรมตามขั้นตอนเป็นอย่างดี จึงทำให้ผลการทำวิจัยครั้งนี้พบว่าเรื่องอบสมุนไพรมีการเปลี่ยนแปลงเรื่องความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวัง และพฤติกรรม มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด ในการลดน้ำหนักด้วย 4 อ. ซึ่งประกอบด้วย อารมณ์ อาหาร ออกกำลังกาย อบสมุนไพรของกลุ่มแม่บ้านแม่ทา จำนวน 20 คนครั้งนี้ได้มีการปฏิบัติ

กิจกรรมอย่างผสมผสานกันและกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจเป็นอย่างมากถึงร้อยละ 100 ในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จึงส่งผลทำให้มีน้ำหนักลดลงได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. เป็นแนวทางในการศึกษาการลดน้ำหนักของกลุ่มแม่บ้านที่มีภาวะน้ำหนักเกินปกติ และเพื่อให้มีความเข้าใจที่ถูกต้องในการลดน้ำหนัก เพราะจากผลการทำวิจัยพบว่ากลุ่มแม่บ้านยังมีความเข้าใจไม่ถูกต้องในการลดน้ำหนัก เช่น การไม่ควบคุมอารมณ์และความตั้งใจในการลดน้ำหนัก การอดอาหารบางมื้อ การออกกำลังกายไม่ถูกต้อง และการลดน้ำหนักด้วยการอบสมุนไพร

2. เป็นแนวทางในการแนะนำการปฏิบัติตนในการลดน้ำหนักที่ถูกต้อง เพื่อให้การควบคุมน้ำหนักเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ถูกต้องและเหมาะสมและเผยแพร่กับกลุ่มผู้ที่สนใจอื่นเพื่อการมีสุขภาพดีของผู้ที่มีน้ำหนักเกิน จากผลการวิจัยได้เปรียบเทียบกับกลุ่มแม่บ้านอายุ 25-59 ปี ที่มีค่าดัชนีมวลกาย(BMI) มากกว่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร จำนวน 191 คน เป็นกลุ่มไม่ควบคุมในพื้นที่ตำบลแม่ทาพบว่า มีการได้รับความรู้และฝึกปฏิบัติการจากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยบ้านห้วยทรายเรื่อง อารมณ์ อาหาร ออกกำลังกาย และมีการประเมินการเปลี่ยนแปลงน้ำหนัก ก่อน - หลัง พบว่ามีน้ำหนักลดลง จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 34.03 ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักลดลงน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการควบคุม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาจารย์ ดร.จิตติมา กัตัญญ ดร.วันทนิษฐ์ ชวพงศ์ และดร.เกียรติคุณจำรูญ ยาสุมทร ที่ได้ให้คำปรึกษาให้ข้อคิดเห็น และคำแนะนำตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ จนเป็นการวิจัยที่สมบูรณ์

ผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์นพพร พัฒนพรพันธุ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่อน คณะเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานประจำสถานีอนามัยบ้านห้วยทราย กลุ่มแม่บ้านแม่ตา ตำบลแม่ตา อำเภอแม่อน จังหวัดเชียงใหม่ ที่ได้ให้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการวิจัยครั้งนี้ จนทำให้การวิจัยฉบับนี้สำเร็จเรียบร้อยลงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. เบญจลักษณ์ ผลรัตน์ ประณีต ผ่องแผ้ว และรังสรรค์ ตั้งตรงจิต (บรรณาธิการ). โรคอ้วน การเปลี่ยนแปลงทางด้านโภชนาการและ ชีวเคมี. กรุงเทพฯ : เจริญดี มั่นคงการพิมพ์; 2531: 50
2. ดวงพร แก้วศิริ และคณะ. “การให้โภชนศึกษาเพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพด้านโภชนาการด้วยตนเองในเด็กวัยเรียนในชนบท” วารสารโภชนาการ. 36, 3 ;2554 : 34-40
3. ขวัญจิต อินเหี้ยว. การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของนักศึกษาอาชีวศึกษา จังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่ : วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2542.
4. มนชยา พลอยล้อมแสง. การให้คำปรึกษาตามหลักโภชนบัญญัติ 9 ประการเพื่อการลดน้ำหนักของผู้ที่มีน้ำหนักเกิน. เชียงใหม่ : การค้นคว้าแบบอิสระ วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาโภชนศาสตร์ศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2547.
5. งานแพทย์แผนไทย. การศึกษาผลกระทบของการอบไอน้ำสมุนไพรที่มีต่อร่างกาย. ศรีสะเกษ : ฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน โรงพยาบาลกันทรลักษณ์; 2550.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มแม่บ้าน ตำบลบ้านหลวง
อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่

Factors Related to Pap smear screening of Housewives in Banloun Sub District, Chomthong
District, Chiang Mai Province)

เยาวรส นันตา ส.ม. *

Yaovares Nunta M.P.H.*

*สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่

*Chomthong District Public Health office, Chiang Mai

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาพฤติกรรมการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มแม่บ้าน ตำบลบ้านหลวง อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 217 คน ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคสแคว์

ผลการศึกษาพบว่า ภายใน 3 ปีที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทุกปี ร้อยละ 61.75 โดยการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค ตัวแปรด้านจิตสังคม สิ่งชักนำให้ปฏิบัติ การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ความสัมพันธ์รายด้าน ระหว่างการรับรู้ของบุคคล พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคในกลุ่มที่มารับตรวจ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ระหว่างปัจจัยรวม ได้แก่ ตัวแปรด้านจิตสังคมและสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ ทั้งสองกลุ่ม มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ระหว่างความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค ทั้งสองกลุ่ม มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์, คัดกรองมะเร็งปากมดลูก, กลุ่มแม่บ้าน

Abstract

The purpose of this Survey Research is to study the behavioral tendency in receiving Pap Smear Screening, factors related to Pap Smear Screening, and relationship between these factors in 217 housewives from Banloun Subdistrict, Chomthong District, Chiang Mai Province. The required information was collected with constructed questionnaire before being analyzed with statistic procedures for percentage, arithmetic mean, standard deviation, and chi-square relationship.

The result showed that, within the past 3 years, 61.75 percent of the sample group had annually received Pap Smear Screening with factors which had the influence on encouraging them to receive the test including Perception on the risk of the disease and its severity, Influencing variable on Psychosocial, Encouraging measures, and Perception on its benefits and obstacles. Regarding their perception on the risk of the disease and its severity, the relationship between these factors was found in the group who had received the test with statistical significance of 0.05. Same 0.05-level of significance can also be found on the relationship between Pap Smear Screening and other associated factors of variables on Psychosocial and encouraging measures in both groups while the relationship between the tendency of receiving Pap Smear Screening and their perception on its benefits and obstacles from both groups showed a significant relationship of the factors with statistical significance of 0.05

Keyword: Factors Related, Pap smear Screening, Housewives

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขของประชากรทั่วโลกของทุกประเทศในขณะนี้ แม้แต่ประเทศที่กำลังพัฒนาซึ่งในอดีตประชากรของประเทศเหล่านี้มักเสียชีวิตจากโรคติดต่อเป็นส่วนใหญ่ สถาพร ลีลานั้นทิก¹ สำหรับประเทศไทยโรคมะเร็งก็เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญอย่างยิ่ง โดยเป็นสาเหตุการตายอันดับสาม รองจากโรคหัวใจและอุบัติเหตุ มีอัตราการตายร้อยละ 91.4 ของอัตราการตายทั้งหมด กระทรวงสาธารณสุข² โรคมะเร็งที่พบมากที่สุดในประเทศไทย อันดับหนึ่งคือมะเร็งตับ รองลงมาคือมะเร็งปอด และอันดับสามคือมะเร็งปากมดลูกสถาบันมะเร็งแห่งชาติ³ จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุขและสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่า ในเพศหญิงมะเร็งปากมดลูกพบมากเป็นอันดับหนึ่ง คิดเป็นร้อยละ 24.5 ของโรคมะเร็งที่พบในเพศหญิงในประเทศไทย อัตราอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกในปัจจุบันเท่ากับ 23.4 ต่อแสนประชากร วิญญู มิตรานันท์⁴ ซึ่งจะเห็นได้ว่าโรคมะเร็งปากมดลูกพบได้ทั่วทุกภาคในประเทศไทย เมื่อแยกตามรายจังหวัดใหญ่ ๆ พบว่า จังหวัดเชียงใหม่มีอัตรา

การเกิดมะเร็งปากมดลูกมากที่สุด คือ มีอัตรา 29.7 ต่อแสนประชากร รองลงมาคือจังหวัดขอนแก่นพบอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูก 23.9 ต่อแสนประชากรกรุงเทพมหานครพบอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูก 20.9 ต่อแสนประชากร Vatanasapt et al.⁵ จากสถิติอัตราการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 35-60 ปี จังหวัดเชียงใหม่⁶ ปีงบประมาณ 2549, 2550 และ 2551 ร้อยละ 30.54, 46.73 และ 53.64 อำเภोजอมทอง⁷ ร้อยละ 57.21, 25.86 และ 15.31 ตำบลบ้านหลวง⁷ ร้อยละ 15.19, 19.59 และ 10.21 และสถานีอนามัยบ้านแม่หอย ตำบลบ้านหลวง⁷ มีอัตราการรับบริการตรวจเพียง ร้อยละ 14.48, 13.83 และ 8.03 ตามลำดับ ซึ่งตามยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข กำหนดว่า ผู้หญิงอายุ 35-60 ปี จะต้องได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 60 ของกลุ่มเป้าหมาย จากสถิติดังกล่าวพบว่าอัตราการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกยังไม่บรรลุตามเป้าหมายของกระทรวงกำหนด จึงทำให้ผู้ศึกษาในฐานะเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็ง

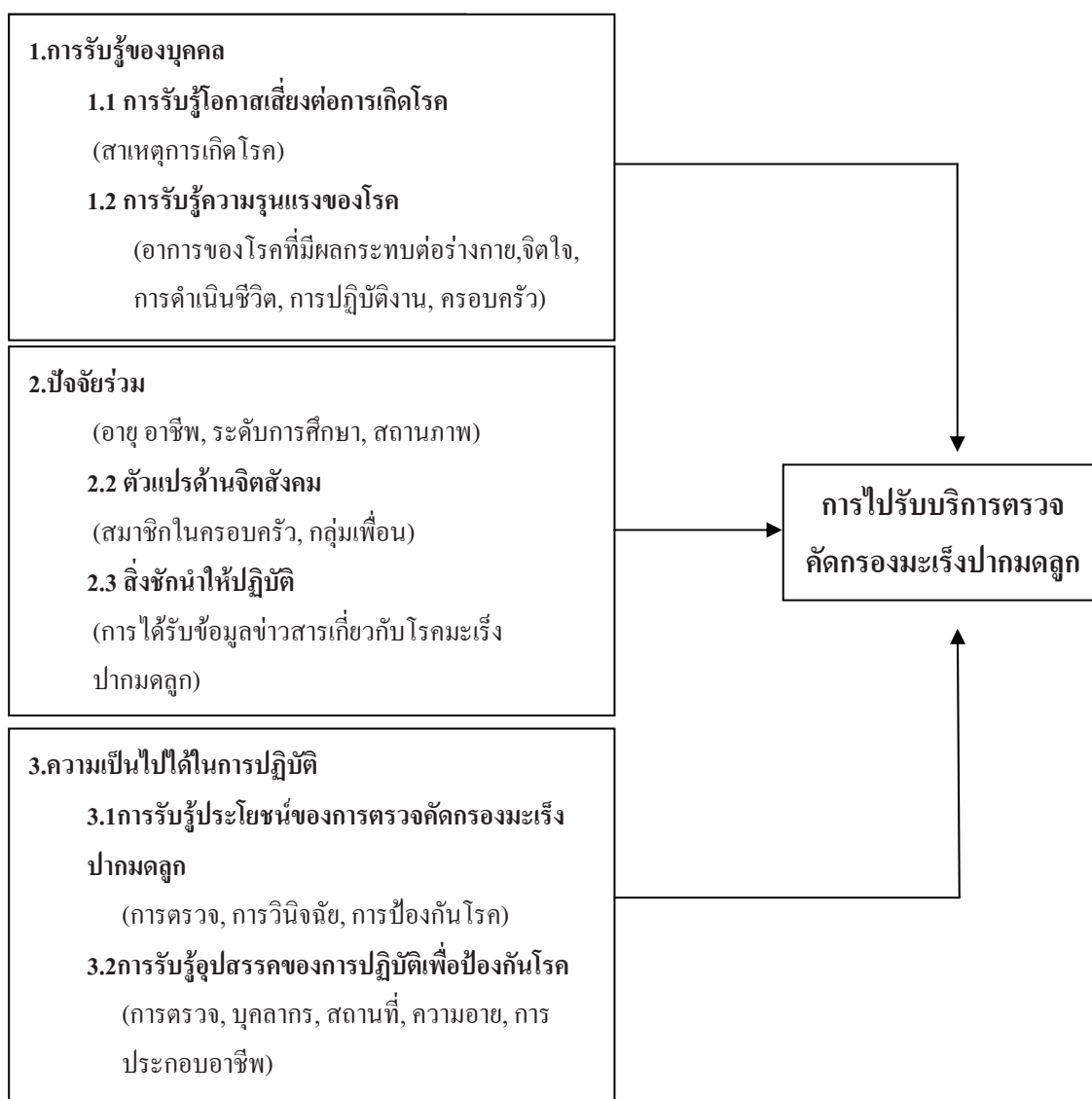
ปากมดลูกของกลุ่มแม่บ้าน ตำบลบ้านหลวง อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ เนื่องจากพื้นที่ดังกล่าวยังไม่มีผู้ใดทำการศึกษาในเรื่องนี้ และยังขาดข้อมูลที่จำเป็นในการวางแผนดำเนินการควบคุมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้ เป็นแนวทางการวางแผน ให้กลุ่มแม่บ้านที่เป็นกลุ่มเป้าหมายมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่องเพิ่มมากขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาพฤติกรรมมารับบริการ

ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก, ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของกลุ่มแม่บ้าน ตำบลบ้านหลวง อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่

กรอบแนวคิด (Conceptual Framework)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก



วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ประชากรที่ใช้ศึกษา ได้แก่ กลุ่มแม่บ้าน ตำบลบ้านหลวง อำเภोजอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 500 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามตารางสำเร็จรูป กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของ เครือข่ายและมอร์แกน^๑ได้ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 217 คนโดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้การวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยนำข้อมูลไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อสร้างแบบสอบถามและนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.89 แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความเหมาะสมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปใช้จริง

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยจัดทำเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษา แนบไปกับแบบสอบถาม การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS For Windows

2. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ความถี่ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการอธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

3. สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytical Statistics) ในการทดสอบความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) และ ทดสอบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ

ผลการศึกษา

1. พฤติกรรมการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มแม่บ้าน ตำบลบ้านหลวง อำเภोजอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนใหญ่จะเคยตรวจ ภายใน 3 ปีที่ผ่านมาได้รับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกทุกปี ร้อยละ 61.75 ไปรับบริการตรวจที่สถานีนอนามัย ร้อยละ 81.1 ที่มีเหตุผลไปตรวจมะเร็งปากมดลูกก็เพราะกลัวเป็นมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 78.3 ที่มีเหตุผลไม่ไปตรวจมะเร็งปากมดลูก เพราะไม่มีอาการผิดปกติ ร้อยละ 72.4 และมีความเห็นว่าจะต้องไปตรวจมะเร็งในปี นี้ ร้อยละ 86.2

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มแม่บ้าน ตำบลบ้านหลวง อำเภोजอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ อยู่ในระดับเห็นด้วย (หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึนึกคิด หรือความเข้าใจของผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุด) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก อยู่ในระดับเห็นด้วย รองลงมาได้แก่ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและตัวแปรด้านจิตสังคม

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มแม่บ้าน ตำบลบ้านหลวง อำเภोजอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ อยู่ในระดับใช้ (หมายถึงข้อความนั้นตรงกับความรู้สึนึกคิด หรือความ

เข้าใจของผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุด) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า สิ่งที่ชักนำให้ปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด อยู่ในระดับใช้ รองลงมาได้แก่ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และด้านการรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

3. ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มแม่บ้าน ตำบลบ้านหลวง อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่

3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ของบุคคลกับการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค กลุ่มไม่มาตรวจนั้น จะมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในเรื่องผู้หญิงที่เคยมีเพศสัมพันธ์ จะมีโอกาสเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกมากกว่าผู้หญิงที่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ การมีคู่นอนหลายคนจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก การมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุน้อยมีโอกาเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกสูง ผู้หญิงที่เคยตั้งครรภ์จะมีโอกาสเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกมากกว่าผู้หญิงที่ไม่เคยตั้งครรภ์ ส่วนกลุ่มมาตรวจทุกปีตลอด 3 ปี ไม่มีความสัมพันธ์กัน

ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค กลุ่มไม่มาตรวจมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในเรื่อง การมีตกขาวจำนวนมาก มีเลือดออกทางช่องคลอด เป็นเรื่องผิดปกติ ผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกที่แสดงอาการ เช่น มีเลือดออกทางช่องคลอด ตกขาวมีกลิ่นผิดปกติ มักเป็นระยะท้ายของโรค เมื่อคิดว่าตนเองเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก ทำให้รู้สึกกลัวมาก และการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงชีวิตประจำวันและไม่สามารถที่จะทำงานในอาชีพปัจจุบันได้ ส่วนกลุ่มมาตรวจโรคทุกปี ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วมกับการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า ตัวแปรประชากร ได้แก่ อายุ การศึกษา อาชีพ และสถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทั้งกลุ่มไม่มาตรวจและกลุ่มที่มาตรวจทุกปี

ตัวแปรจิตสังคม กลุ่มไม่มาตรวจ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในเรื่อง การตรวจมะเร็งปากมดลูกเป็นสิ่งที่คนในสังคมเห็นว่าไม่ใช่สิ่งที่ขี้ดื้อปฏิบัติ และการตรวจมะเร็งปากมดลูกเป็นสิ่งที่คนในสังคมเห็นว่าเป็นเรื่องที่ไม่ปกติ ส่วนกลุ่มมาตรวจทุกปี มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในเรื่องคนในครอบครัว เป็นกำลังใจไม่หักล้าง จึงทำให้ไปตรวจมะเร็งปากมดลูก การได้รับกำลังใจ การชักชวนจากเพื่อนบ้าน ทำให้ไปตรวจมะเร็งปากมดลูก การตรวจมะเร็งปากมดลูกเป็นสิ่งที่คนในสังคมเห็นว่าไม่ใช่สิ่งที่ขี้ดื้อปฏิบัติ การตรวจมะเร็งปากมดลูกเป็นสิ่งที่คนในสังคมเห็นว่าเป็นเรื่องที่ไม่ปกติ

สิ่งที่ชักนำให้ปฏิบัติ กลุ่มไม่มาตรวจ มีความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งที่ชักนำให้ปฏิบัติกับการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในเรื่องการมีญาติหรือเพื่อนบ้านเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก การได้รับคำแนะนำจาก อสม. การได้รับข่าวสาร การณรงค์ การไม่เสียค่าใช้จ่ายการประชาสัมพันธ์เสียงตามสายและการมีบริการหน่วยเคลื่อนที่ ส่วนกลุ่มที่มาตรวจทุกปี นั้นมีความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งที่ชักนำให้ปฏิบัติกับการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในเรื่อง การมีญาติหรือเพื่อนบ้านเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก การได้รับคำแนะนำจาก อสม. การได้รับข่าวสาร การณรงค์ การได้รับจดหมายนัดจากเจ้าหน้าที่ การไม่เสียค่าใช้จ่ายการตรวจร่างกายประจำปีจะทำให้ได้ตรวจมะเร็ง

ปากมดลูกด้วยการประสาธสัมพันธ์เสี่ยงตามสายและการมีบริการหน่วยเคลื่อนที่

3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความเป็นไปได้ในการปฏิบัติกับการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก กลุ่มไม่มาตรวจ มีความสัมพันธ์กับการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในเรื่องการตรวจมะเร็งปากมดลูกจะเป็นการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ระยะลุกลามรุนแรงได้ การตรวจมะเร็งปากมดลูกจะทำให้คิดเชื่อจากเครื่องมือตรวจ การตรวจมะเร็งปากมดลูกทำให้เจ็บในขณะตรวจ และการไม่ทราบข้อควรปฏิบัติในการเตรียมตัวไปตรวจมะเร็งปากมดลูก ส่วนกลุ่มที่มาตรวจทุกปี มีความสัมพันธ์กับการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในเรื่องการตรวจมะเร็งปากมดลูกสม่ำเสมอทุกปี ทำให้ไม่ต้องวิตกกังวลว่าจะเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก การตรวจมะเร็งปากมดลูกควรตรวจอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง การที่ไม่มีอาการผิดปกติ จึงคิดว่าไม่จำเป็นต้องไปตรวจมะเร็งปากมดลูก การไม่ทราบข้อควรปฏิบัติในการเตรียมตัวไปตรวจมะเร็งปากมดลูก และการไม่สนใจที่จะไปตรวจมะเร็งปากมดลูก

การรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก กลุ่มไม่มาตรวจ มีความสัมพันธ์กับการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในเรื่อง การไปตรวจมะเร็งปากมดลูก เป็นเรื่องที่น่าอาย เพราะเป็นการตรวจภายในของสตรี และการตรวจมะเร็งปากมดลูกสามารถตรวจได้ในโรงพยาบาลเท่านั้น ส่วนกลุ่มที่มาตรวจทุกปี มีความสัมพันธ์กับการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในเรื่องการไม่เคยมีญาติป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกจึงไม่ไปตรวจมะเร็งปากมดลูก และการไปตรวจมะเร็งปากมดลูก เป็นเรื่องที่น่าอาย เพราะเป็นการตรวจภายในของสตรี

อภิปรายผล

พฤติกรรมการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มแม่บ้าน ตำบลบ้านหลวง อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ ผลการวิเคราะห์พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 61.75 เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกภายใน 3 ปี ที่ผ่านมา ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกทุกปี และเคยตรวจมะเร็งปากมดลูกแต่ไม่สม่ำเสมอทุกปี ร้อยละ 29.49 โดยไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่สถานอนามัยมากที่สุด รองลงมาคือโรงพยาบาลจอมทอง และกลุ่มที่ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเลยมีถึงร้อยละ 8.8 โดยมีเหตุผลที่ไม่เคยไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพราะไม่มีอาการผิดปกติจึงคิดว่าตนเองไม่เป็นโรคมะเร็งปากมดลูก ถ้าวตรวจพบแล้วทำใจไม่ได้ ไม่มีการณรงค์ ไม่มีเวลาหรืออาจเนื่องจากประสบการณ์จากการตรวจเช่น ถ้าวเจ็บจากการตรวจ อายหมอ เป็นต้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะค่านิยมของสังคมไทย ผู้หญิงไทยได้รับการอบรมสั่งสอนเรื่องพฤติกรรมการรักษาวนสงวนตัวปกปิดของสงวนมาตั้งแต่สมัยโบราณ ค่านิยมดังกล่าว จึงฝังรากลึกอยู่ในจิตใจของผู้หญิง และมีผลต่อสุขภาพ คือปิดโอกาสให้ผู้หญิงสำรวจตัวเองและไม่ยอมเปิดเผยอวัยวะที่คิดว่าเป็นของสงวนให้แพทย์ได้ ศิริอร สิ้นธุ⁹ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ วิทยา สวัสดิ์วุฒิพงษ์ และคณะ¹⁰ พบว่าสตรีส่วนใหญ่เคยได้รับการตรวจหามะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 58.1 ส่วนสตรีที่ไม่เคยตรวจหามะเร็งปากมดลูกมีร้อยละ 41.9 เหตุผลที่ไม่เคยมาตรวจคือไม่มีอาการผิดปกติ และจากการศึกษาของฉวีวรรณ เขาวรรตพงษ์¹¹ในพื้นที่เดียวกันพบว่า สตรีที่ไม่มีบุตรเป็นกลุ่มที่ไม่เคยตรวจหามะเร็งปากมดลูก

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มแม่บ้าน ตำบลบ้านหลวง อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ด้านการ

รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่า การเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แล้ว จะทำให้เกิดการเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก มีค่าเฉลี่ยสูงสุดร้อยละ 2.96 การที่กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นเช่นนี้ เพราะการสำส่อนทางเพศเป็นสาเหตุสำคัญของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อันจะนำไปสู่ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เรณู กาวิละ¹² ที่ได้ศึกษาความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรีอำเภอสันป่าตองจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับการมารับการตรวจหามะเร็งปากมดลูก สอดคล้องกับการศึกษาของ Burak&Meyer¹³ ได้ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพศึกษาความเชื่อและพฤติกรรมมารตรวจหามะเร็งปากมดลูกของสตรีกำลังศึกษาในระดับวิทยาลัย พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคของการมาตรวจหามะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับการมาตรวจหามะเร็งปากมดลูก, ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่า การที่คิดว่าตนเองเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก ทำให้เกิดความรู้สึกกลัวมาก มีค่าเฉลี่ยสูงสุดร้อยละ 2.98 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคนี้เพียงการคาดประมาณในสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้นจริงหรือการเจ็บป่วยดังกล่าวยังเป็นสิ่งไกลตัว เป็นเหตุการณ์ที่ยังไม่เกิดขึ้นกับตน และอาการของโรคมะเร็งปากมดลูกในระยะแรกอาจจะไม่มีอาการผิดปกติ ซึ่งสอดคล้องกับปัจจัยด้านความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก สิริดา ชีรวัฒน์สกุล¹⁴ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจมาตรวจหามะเร็งปากมดลูก, ตัวแปรจิตสังคม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่า การที่คนในครอบครัวเป็นกำลังใจไม่ให้กลัว จึงทำให้ไปตรวจหามะเร็งปากมดลูกมีค่าเฉลี่ยสูงสุดร้อยละ 2.86 เพราะกลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยกับ

การกระตุ้นเตือนจากคนในครอบครัว และการชักชวนจากเพื่อนบ้านจะทำให้ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแต่กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยว่า การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไม่ใช่สิ่งที่คนในสังคมยึดถือปฏิบัติ และเห็นว่าเป็นเรื่องไม่ปกติ ก็อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่พร้อมที่จะยอมรับคำแนะนำนั้น ทั้งนี้ก็ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของตนด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งโรจน์ พุ่มริ้วและคณะ¹⁵ พบว่า กลุ่มสตรีที่ได้รับการสนับสนุนจากแม่บ้านอาสาสมัคร มีความรู้ทัศนคติ การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันมะเร็งปากมดลูก และมีความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่ากลุ่มสตรีที่ได้รับจดหมายกระตุ้นเตือน, สิ่งชักนำให้ปฏิบัติ ผลการศึกษาพบว่า การได้รับจดหมายนัดจากแพทย์ / สถานีนามัย จะทำให้ไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 2.93 เพราะกลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยกับการที่ในพื้นที่ที่ทำการศึกษามีการรณรงค์การตรวจหามะเร็งปากมดลูก การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกจากเจ้าหน้าที่ อสม.การได้รับหนังสือแจ้ง หรือการนัดหมายจากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สถานีนามัย การได้รับความรู้จากโรงพยาบาลหรือสถานีนามัย และไม่เสียค่าใช้จ่ายในการตรวจ จะทำให้ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แสดงว่า การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับเจ้าหน้าที่และข่าวสารจากสื่อ เช่น แผ่นพับ โปสเตอร์ เป็นต้น เป็นสิ่งชักนำภายนอกที่เอื้ออำนวยให้กลุ่มตัวอย่างไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สอดคล้องกับการศึกษาของ สมพงษ์ เลิศหิรัญวงศ์และ ลำพึง เลิศหิรัญวงศ์¹⁶ ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคของหญิงบริการทางเพศที่มารับบริการการตรวจรักษาในสถานกามโรคบางรัก กรุงเทพมหานคร พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารกามโรคจากแหล่งต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับ

พฤติกรรมป้องกันการกำเริบของหญิงบริการ, ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผลการศึกษาพบว่า การตรวจมะเร็งปากมดลูกจะเป็นการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามรุนแรงได้ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ร้อยละ 2.96 เพราะเป็นพื้นที่ที่ทำการศึกษามีการรณรงค์การตรวจมะเร็งปากมดลูก ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้จากสถานอนามัย และเคยตรวจคัดกรองหามะเร็งปากมดลูกร้อยละ 61.75 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค และมีการปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค ซึ่งจะส่งผลดีแก่ตัวเขาในการจะช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึ่งสอดคล้องกับปัจจัยด้านความรู้ เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก ซึ่งสอดคล้องกับปัจจัยด้านความรู้ เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก สรिता ชีรวัดน์สกุล¹⁴ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจมาตรวจหามะเร็งปากมดลูก, ด้านการรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผลการศึกษาพบว่า การไม่เคยมีญาติป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกจึงไม่ไปตรวจมะเร็งปากมดลูก มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ร้อยละ 2.11 การที่กลุ่มตัวอย่างไม่เคยมีญาติป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกจึงทำให้ไม่ไปตรวจ ซึ่งอาจไม่ใช่เหตุผลที่แท้จริง ในทางปฏิบัติเราควรที่จะไปตรวจอย่างน้อยปีละครั้ง เพื่อค้นหาโรคในระยะเริ่มแรกถ้าพบผิดปกติจะได้รักษาได้ ทันทีทั้งนี้ แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสนใจไปตรวจ ไม่ลืมไปตรวจ การเดินทางไม่สะดวก ระยะทางไกล ก็ไม่เป็นอุปสรรคในการตรวจ แต่กลุ่มตัวอย่างมีความคิดว่า การตรวจมะเร็งปากมดลูกเป็นเรื่องที่น่าอาย เพราะเป็นการตรวจภายในของสตรีถึงร้อยละ 2.10 ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้เป็นอุปสรรคระดับรองลงมาของการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยที่อาการเริ่มแรกต่าง ๆ ของโรคมะเร็งปากมดลูกนั้น มีได้หลายอย่าง เช่นอาการตกขาว แต่เนื่องจาก

ผู้หญิงมีตกขาวเป็นปกติอยู่แล้วในรอบเดือน จึงทำให้บางครั้งมีความขากลำบากที่ผู้หญิงจะแยกแยะอาการตกขาวที่เป็นปกติ และผิดปกติ นอกจากนี้ปัญหาโรคติดเชื้อระบบสืบพันธุ์หลายชนิดอาจไม่แสดงอาการอะไร ทำให้ผู้หญิงไม่รับรู้ถึงอาการผิดปกติในร่างกายสำหรับการใช้บริการจากสถานอนามัย เพื่อรักษาอาการที่เกิดกับระบบสืบพันธุ์ เช่นอาการตกขาวผิดปกติในผู้หญิงนั้น พบว่าบางครั้งมีช่องว่างทางสังคม เนื่องจากเจ้าหน้าที่เป็นผู้ชายหรือเจ้าหน้าที่ผู้หญิงแต่มีความคุ้นเคยกันทำให้เกิดความอายที่จะไปรับบริการตรวจ สอดคล้องกับการศึกษาของเรณู กาวีละ¹² พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้อุปสรรคของการมารับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ของบุคคลกับการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้ความรุนแรงของโรค ในกลุ่มไม่มาตรวจมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ไม่พบความสัมพันธ์ทั้งสองด้านในกลุ่มที่มาตรวจทุกปี, ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วมกับการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ ตัวแปรประชากร ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มที่มาตรวจและไม่มาตรวจทุกปี ตัวแปรจิตสังคมของทั้งสองกลุ่มมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในประเด็น การตรวจมะเร็งปากมดลูกไม่ใช่สิ่งที่สังคมยึดถือปฏิบัติ และเป็นเรื่องไม่ปกติ แต่ความคิดเห็นดังกล่าวไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างที่มาตรวจทุกปี และสิ่งชักนำให้ปฏิบัติทั้งสองกลุ่มมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในประเด็น การไม่มีญาติหรือเพื่อนบ้านป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก การได้รับคำแนะนำจาก อสม. ได้รับ

ข่าวสาร การณรงค์ การไม่เสียค่าใช้จ่าย การประชาสัมพันธ์ และการมีบริการตรวจจากหน่วยเคลื่อนที่, ความสัมพันธ์ระหว่างความเป็นไปได้ในการปฏิบัติกับการไปรับบริการ ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้านการรับรู้ประโยชน์ของทั้งสองกลุ่มมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ในประเด็น การไม่ทราบข้อควรปฏิบัติในการเตรียมตัวไปตรวจและการรับรู้อุปสรรค ของทั้งสองกลุ่ม มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในประเด็น การไปตรวจมะเร็งปากมดลูกเป็นเรื่องที่น่าอับอาย เพราะเป็นการตรวจภายในของสตรี, จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเห็นว่าการรณรงค์ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยบูรณาการให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน เน้นการให้ความรู้โดยเฉพาะเรื่อง ความรุนแรงของโรค ลดช่องว่างที่เป็นอุปสรรคต่าง ๆ ให้น้อยลง ซึ่งจะเป็นช่องทางหนึ่งที่ส่งเสริมให้สตรีมารับ บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น เพื่อลดอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูกอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. การส่งเสริมให้ผู้หญิงมาตรวจหาหะเร็งปากมดลูก ควรมีการรณรงค์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยบูรณาการที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต วัฒนธรรม ความเชื่อของท้องถิ่น และความเป็นอยู่ของชุมชน ควรส่งเสริมการใช้สื่อบุคคล ที่มีอยู่แล้วในชุมชน ได้แก่ อสม. ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ผู้นำชุมชน ให้มีบทบาทมากขึ้นรวมทั้งสื่อในวงกว้าง ได้แก่ โทรทัศน์ เพื่อให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพประชาชนอย่างต่อเนื่อง

2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สามารถนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษา ไปเป็นแนวทางในการจัดคลินิกการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อให้สตรีสนใจที่จะมาตรวจมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น

3. การจัดบริการเชิงรุกโดยการจัดหน่วยสาธารณสุขเคลื่อนที่ออกไปให้บริการตรวจหาหะเร็งปากมดลูกในชุมชน จะทำให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ศึกษาแบบเจาะลึกถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีเพื่อนำข้อมูลมาแก้ไขให้สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน

2. ศึกษารูปแบบการเชิญชวนให้สตรีมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

3. การทำวิจัยเชิงคุณภาพ ร่วมกับวิจัยเชิงปริมาณ จะช่วยวิเคราะห์ปัญหาและข้อสรุปได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ อาจารย์ ดร.จิตติมา กัตัญญ อาจารย์ ดร.วันทนี ชวพงศ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ชี้แนะ และตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ รวมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดมา ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ผู้วิจัยขอขอบคุณ นายอำเภอจอมทอง สาธารณสุขอำเภอจอมทอง ท่านผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข และ กลุ่มแม่บ้าน ตำบลบ้านหลวง อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ ที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการอนุญาตให้เข้าไปเก็บข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สถาพร สีสานันทกิจ .การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. วารสารโรคมะเร็ง,20 (มีนาคม 2537):118-123
2. กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2536. สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2536.
3. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ .สถิติมะเร็ง .กรุงเทพฯ : กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2537.

4. วิญญู มิตรานันท์ .พยาธิวิทยากายวิภาค .กรุงเทพฯ : โอ เอส พริ้นติ้งเฮ้าส์, 2538.
5. V. Vatanasapt et al. Cancer in Thailand. Khonkaen : Siripan press, 1993.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ รายงานประจำปีงบประมาณ 2551 งานมะเร็งปากมดลูก, 2551
7. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ รายงานประจำปีงบประมาณ 2551 งานมะเร็งปากมดลูก, 2551
8. ชานินทร์ ศิลปจารุ คู่มือการวิจัยและวิเคราะห์ทางสถิติด้วย spss. นนทบุรี : นิติการพิมพ์, 2546.
9. ศิริอร ลินธุ ผู้หญิงกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง .กรุงเทพฯ : เจนเดอร์เพรส, 2542.
10. วิทยา สวัสดิ์วิฑูพงษ์, กนกนารถ พิศุทธกุล, ปราณิ มหศักดิ์พันธ์, พัชรี เงินตรา, ณวิวรรณ เชาวศิริดิพงษ์ และลัดดาวัลย์ แดงเงิน. การสำรวจความครอบคลุมและการใช้บริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกในสตรีชนบทของอำเภอแม่สอ ด จังหวัดตาก. วารสารกรมการแพทย์, 2538, 20(2):43-50
11. ณวิวรรณ เชาวศิริดิพงษ์ .ผลการรณรงค์คัดหามะเร็งปากมดลูกในสตรีชนบทของอำเภอแม่สอ ด จังหวัดตาก โดยหน่วยสาธารณสุขเคลื่อนที่ วารสารวิชาการแพทย์เขต 8, 3, 2538(2):94-104
12. เรณู กาวิละ. ความรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และการมารับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกในสตรี อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2537.
13. Burak J. Lydia & Meyer Magaret. Using the Health Belief Model to Examine and Predict College Women's Cervical Cancer Screening Beliefs and Behavior. Health Care for Woman International, 1997, 18: 251 – 262
14. สรिता ชีรวัฒน์สกุลการตัดสินใจตรวจมะเร็งปาก” . “มดลูก รายงานการวิจัย .ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2536.
15. รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว, อรทัย ชนมาสุข, อลิศลา ชูชาติ และนิทัศน์ รายวา. ประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษา ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยแม่บ้านอาสาสมัครกับการใช้จดหมายกระตุ้นเตือนต่อการมารับบริการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกในสตรีจังหวัดอุดรธานี. วารสารสุขภาพ, 2538, 70(18): 8-16
16. สมพงษ์ เลิศหิรัญวงศ์ และลำพึง เลิศหิรัญวงศ์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันกามโรคของหญิงบริการทางเพศที่มารับการตรวจที่สถานกามโรคบางรักกรุงเทพมหานคร. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 2539 5(3) : 390-397

พฤติกรรมที่มีผลต่อการเกิดโรคหนอนพยาธิลำไส้ในนักเรียนชั้นประถมศึกษา: กรณีศึกษา

โรงเรียนศรีโพธาราม อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่

(The Behavior Causing Helminthiasis in Primary School Students: A Case Study Sriphotharam School, Sarapee District, Chiang Mai Province)

มาลี ประทุมวัน ส.บ.

Malee Pratoomwun B.P.H.(Public Health Administration)*

*สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่

*Sarapee District Public Health office, Chiang Mai

บทคัดย่อ

พฤติกรรมที่มีผลต่อการเกิดโรคหนอนพยาธิลำไส้ในนักเรียนชั้นประถมศึกษา: กรณีศึกษา โรงเรียนศรีโพธาราม อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 - 6 จำนวน 56 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ค่าแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าที่ ค่าสถิติไคสแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน การวิจัยได้ดำเนินการ ระหว่างเดือนมิถุนายน - พฤศจิกายน 2552 ผลการวิจัย พบว่า นักเรียนมีความรู้เกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิลำไส้ในระดับสูง ร้อยละ 85.7 เจตคติและการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคหนอนพยาธิลำไส้ระดับสูง ร้อยละ 53.6 และ 46.4 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยด้านความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 การตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิโดยวิธี Kato's thick smear และวิธี Modified Kato Katz มีอุบัติการณ์โรคหนอนพยาธิ ร้อยละ 16.1 พบพยาธิปากขอ พยาธิใบไม้ตับ และพยาธิตัวตืด ร้อยละ 10.7, 3.6 และ 1.8 ตามลำดับ จำนวนไข่พยาธิใบไม้ตับ พยาธิปากขอ และพยาธิตัวตืด มีค่าเฉลี่ย 80.50, 69.00 และ 46.00 ฟอง ต่ออุจจาระ 1 กรัม ตามลำดับ พยาธิทุกตัวมีค่าความรุนแรงอยู่ในระดับต่ำ

คำสำคัญ: พฤติกรรม โรคหนอนพยาธิลำไส้

Abstract

The objective was to study the health behavior of the elementary students. The samples were 56 students in Prathomsuksa 4 – 6. Analyzed data by frequency, percentage, mean, standard deviation, t-test, Chi-square test, and Pearson Correlation Coefficient. The study was done during June to November, 2009.

The results were as follows: The knowledge of the students about the helminthiasis at high level 85.7% the attitudes and behaving about the prevention of helminthiasis was at high level 53.6% and 46.4 % respectively. The average knowledge increased with a statistically significant at the 0.01 level. Check the prevalence of helminthiasis by the method of Kato's thick smear, and seek the violence of helminthiasis, by the method of Modified Kato Katz, it

showed that the point incidence rate of helminthiasis 16.1%, the hookworm disease was 10.7%, the liver fluke disease was 3.6 % and the taenia spp. disease was 1.8 %. The mean of eggs per gram of faeces had an average of 80.50 for the liver fluke, the hookworm were 69.00 and the taenia spp. were 46.00. The most severity of the hookworm, the liver fluke and the taenia spp. were at low level.

Keywords: Behavior ,Helminthiasis

บทนำ

โรคหนอนพยาธิเป็นโรคติดต่อเรื้อรังซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มนักเรียนและเยาวชนในพื้นที่ชนบทห่างไกล และถิ่นทุรกันดาร ซึ่งเป็นปัญหาต่อการเจริญเติบโตทั้งทางร่างกายและสติปัญญาโรคหนอนพยาธิลำไส้ที่เป็นปัญหาได้แก่ พยาธิปากขอ พยาธิไส้เดือน พยาธิแส้ม้า พยาธิเข็มหมุด พยาธิสตรองจิลอยคิส พยาธิตืดหมู พยาธิตืดวัว พยาธิเหล่านี้จะแย่งอาหารหรือดูดเลือดจากลำไส้ ทำให้เกิดภาวะขาดสารอาหารและโลหิตจาง การเกิดโรคหนอนพยาธิส่วนใหญ่จะเป็นผลจากการมีพฤติกรรมกรับบริโภคอาหารและการขับถ่ายอุจจาระไม่ถูกต้อง พยาธิเมื่อเข้าสู่ร่างกายแล้ว จะเพิ่มจำนวนมากขึ้นและถ้าพยาธิอาศัยอยู่เป็นระยะเวลานาน ก็อาจจะทำให้เกิดอาการต่างๆ ตั้งแต่อาการเล็กน้อยจนถึงอาการรุนแรง อาจจะทำให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้¹

จากการสำรวจทางระบาดวิทยาของประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2552 พบว่า คนไทยร้อยละ 18.0 เป็นโรคหนอนพยาธิ โดยพบมากที่สุดที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 26.0 ภาคเหนือพบร้อยละ 18.0 ในขณะเดียวกัน 2 ภาคนี้พบอัตราเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับสูงกว่าที่อื่นๆ เช่นกัน คือร้อยละ 17.0 และ ร้อยละ 10.0 ตามลำดับ และที่ต้องให้ความสนใจเป็นพิเศษ พบว่า ผู้ที่เคยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับและกินยารักษาพยาธิแล้ว กลับมาเป็นซ้ำอีกสูงถึง

ร้อยละ 12.0 ซึ่งจากการวิเคราะห์พฤติกรรมเสี่ยงพบว่า ประชาชนในพื้นที่ที่พบโรคพยาธิใบไม้ตับสูง ยังคงกินอาหารที่ทำจากเนื้อปลาน้ำจืดเกล็ดขาวดิบๆ สุกๆ เป็นประจำเหมือนเดิม ร้อยละ 7.0 และกินเป็นครั้งคราว ร้อยละ 84.0 และร้อยละ 38.0 ยังมีพฤติกรรมถ่ายอุจจาระนอกส้วม เช่นในทุ่งนาก็เป็นบางครั้ง หากไม่ดำเนินการควบคุมโรคอย่างจริงจังและต่อเนื่อง จะทำให้สถานการณ์ โรคพยาธิใบไม้ตับของประเทศไทยกลับมาเป็นปัญหารุนแรง²

สำหรับโรคหนอนพยาธิในจังหวัดเชียงใหม่ จากการดำเนินงานควบคุมโรคหนอนพยาธิเด็กนักเรียน โครงการพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารตามพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน โรงเรียนราชประชานุเคราะห์ และศูนย์การเรียนชุมชนชาวไทยแม่ฟ้าหลวง ปีงบประมาณ 2551 ได้ดำเนินการในพื้นที่ 10 อำเภอ ได้แก่ แม่อาขย ฝาง เชียงดาว เวียงแหง พร้าว แม่แตง สะเมิง แม่วาง แม่แจ่ม และอมก๋อย การตรวจอุจจาระโดยจุลทัศน์ากรที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัย โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ตรวจอุจจาระโดยวิธี Kato's thick smear เพื่อประเมินผลการดำเนินงาน จำนวน 8,472 ราย พบผู้มีโรคหนอนพยาธิ จำนวน 2,678 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.6 ตรวจพบพยาธิหลายชนิดในนักเรียนคนเดียว พบพยาธิไส้เดือนมากที่สุด ร้อยละ 23.3 รองลงมาได้แก่ พยาธิแส้ม้า ร้อยละ 15.9 พยาธิปากขอ ร้อยละ 2.5

และพยาธิตัวคีด ร้อยละ 1.1³ ปีงบประมาณ 2549 ได้ดำเนินการควบคุมโรคหนองพยาธิในพื้นที่ทั้ง 24 อำเภอของจังหวัดเชียงใหม่ การตรวจอุจจาระโดยจุลทรรศน์ที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัย โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ตรวจอุจจาระโดยวิธี Kato's thick smear เพื่อประเมินผลการดำเนินงาน จำนวน 18,689 ราย พบผู้ที่มีโรคหนองพยาธิ จำนวน 2,653 ราย คิดเป็น ร้อยละ 14.2 พยาธิที่พบมากที่สุด คือพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 9.1 รองลงมาได้แก่พยาธิปากขอ และพยาธิตัวคีด ร้อยละ 1.4 และ 1.2 ตามลำดับ⁴

สถานการณ์โรคหนองพยาธิของอำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ จากการดำเนินงานควบคุมโรคหนองพยาธิ ปีงบประมาณ 2549 มีการตรวจอุจจาระโดยจุลทรรศน์ที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัย โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ตรวจอุจจาระโดยวิธี Kato's thick smear เพื่อประเมินผลการดำเนินงาน จำนวน 120 ราย พบผู้ที่มีโรคหนองพยาธิ จำนวน 44 ราย คิดเป็น ร้อยละ 36.7 พยาธิที่พบมากที่สุด คือพยาธิเข็มหมุด ร้อยละ 10.0 รองลงมาได้แก่พยาธิสตรองจิลอยคิส พยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 8.3 เท่ากัน และพยาธิตัวคีด ร้อยละ 6.7⁴ และจากการตรวจอุจจาระโดยจุลทรรศน์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสารภี ตรวจอุจจาระโดยวิธี Kato's thick smear เพื่อหาความชุกของโรคหนองพยาธิลำไส้ชนิดต่าง ๆ จากกลุ่มตัวอย่าง ปี 2551 จำนวน 248 ราย ซึ่งอยู่ในวัยทำงาน พบผู้ที่มีโรคหนองพยาธิ จำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.7 โดยแยกเป็นโรคพยาธิสตรองจิลอยคิส ร้อยละ 6.9 โรคพยาธิปากขอ ร้อยละ 0.4 และโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 0.4 พบว่าโรคหนองพยาธิลำไส้ ร้อยละ 80.0 เพศชายพบมากกว่าเพศหญิง⁵ และไม่มีข้อมูลของการตรวจหาไข่หนองพยาธิในนักเรียน จึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียน และอุบัติการณ์ของ

โรคหนองพยาธิลำไส้ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาของอำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่

กรอบความคิด พฤติกรรมการป้องกันโรคหนองพยาธิ ประกอบด้วย การส่งเสริมพฤติกรรม การป้องกันโรคหนองพยาธิลำไส้ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคหนองพยาธิ เจตคติและการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคหนองพยาธิ พฤติกรรมที่มีผลต่อการเกิดโรคหนองพยาธิลำไส้ ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการขับถ่ายอุจจาระที่ไม่ถูกต้อง พฤติกรรมการไม่สวมรองเท้าเมื่อออกนอกบ้าน พฤติกรรมการไม่ดูแลรักษาสุขภาพร่างกายและของใช้ให้สะอาด ป้างัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อการเกิดโรคหนองพยาธิลำไส้ ได้แก่ ชั้นเรียน อายุ เพศ อาชีพและการศึกษาของบิดามารดา รายได้ของครอบครัว การใช้ส้วมที่ถูกสุขลักษณะ วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนที่เป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดโรคหนองพยาธิลำไส้ ศึกษาอุบัติการณ์ของโรคหนองพยาธิลำไส้ และแนวทางการป้องกันโรคหนองพยาธิลำไส้ที่ถูกต้อง

วิธีการศึกษา

ในการวิจัยครั้งนี้ มีรูปแบบเป็นกรณีศึกษา เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับ ข้อมูลทั่วไป ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคหนองพยาธิลำไส้ การดำเนินงานการมีส่วนร่วมเป็นกิจกรรมให้ความรู้และประชุมระดมสมอง การติดตามและสังเกตพฤติกรรมของนักเรียนทั้งที่โรงเรียนและที่บ้าน ดำเนินการตรวจอุจจาระหาไข่หนองพยาธิลำไส้ เพื่อหาอุบัติการณ์โรคหนองพยาธิโดยวิธี Kato's thick smear และหาความรุนแรงของโรคหนองพยาธิ โดยวิธี Modified Kato Katz มีการวัดก่อนและหลังการทดลอง

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 -6 โรงเรียนศรีโพธาราม สังกัดสำนักงานพื้นที่การศึกษา เขต 4 ตำบลยางเนิ้ง อำเภอสาร์ก จังหวัดเชียงใหม่ ในภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2552 ทำการเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง(Purposive Selection) จากจำนวนนักเรียนทั้งหมด 1,754 คน ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 56 คน เป็นชาย 26 คน เป็นหญิง 30 คน และเป็นกลุ่มที่ไม่เคยได้รับการตรวจหาไข่พยาธิมาก่อน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบไปด้วย 2.1. แบบสอบถามแบบบันทึก และแบบสังเกต 2.2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บอุจจาระและเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจอุจจาระ 2.3. ยาที่ใช้ในการรักษาโรคหนอนพยาธิได้ 2.4. อุปกรณ์ที่ใช้ในการทำกิจกรรมกลุ่ม

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

1. การสร้างเครื่องมือแบบสอบถาม และความรู้เกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิ

2. ตรวจสอบหาคุณภาพความเที่ยงตรงของเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ปรับปรุงแก้ไขให้มีความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมทางด้านภาษาตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

3. นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4, 5, 6 โรงเรียนวัดสันทรายหลวง ตำบลสันทรายหลวง อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งมีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา จำนวน 33 คน

4. นำข้อมูลที่ได้มาหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยหาค่าคงที่ภายในแบบ KR20(Kuder-Richardson Formula20) และสูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อัลฟาของคอนบาค(Coefficient Cronbach's alpha)

5. นำแบบสอบถามไปใช้ pre-test และเก็บอุจจาระตรวจครั้งที่ 1

6. ถ่ายยารักษาโรคหนอนพยาธิ ผู้ที่ตรวจพบไข่พยาธิครั้งที่ 1

7. จัดกิจกรรมกลุ่ม โดยให้ความรู้ และประชุมระดมสมอง

8. การเฝ้าติดตามและสังเกตพฤติกรรมที่โรงเรียนและที่บ้าน เป็นเวลา 2 เดือน

9. นำแบบสอบถามไปใช้ post-test และเก็บอุจจาระตรวจครั้งที่ 2(หลังจากการตรวจอุจจาระ ครั้งที่ 1 เป็นเวลา 3 เดือน)

11.รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์และประมวลผลการวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ วิเคราะห์ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบรายงานข้อมูลและแบบสอบถาม มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

1. ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ชั้นเรียน อายุ เพศ อาชีพและการศึกษาของบิดามารดา รายได้ครอบครัว การมีส่วนร่วมที่ถูกสุขลักษณะ นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยแจกแจงค่าความถี่ ค่าร้อยละ(Percentage) ค่าเฉลี่ย(mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation- std.Dev.)

2. ทดสอบโดยใช้ t - test วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ โดยใช้สถิติวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson' s Product Moment Correlation Coefficient)

3. เกณฑ์การวัดความรุนแรงของการติดเชื้อพยาธิ (Egg per Gram of Feces หรือ EPG) และเกณฑ์วัดความรุนแรงค่าเฉลี่ยของการติดเชื้อ (Mean Egg per Gram of Feces หรือ MEPG)

ผลการศึกษา

การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ ที่เป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดโรคหนอนพยาธิได้ ในนักเรียนชั้นประถมศึกษา

อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ ผลการวิจัย การให้ความรู้ เรื่องโรคหนองพยาธิ การเข้าร่วมกิจกรรมแบบมีส่วนร่วม ของกลุ่มตัวอย่าง และการเฝ้าสังเกตพฤติกรรมปฏิบัติ ของนักเรียนทั้งที่โรงเรียนและที่บ้าน มีผลทำให้กลุ่ม ตัวอย่าง เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่างๆ ในการดูแล ตนเองให้มีสุขภาพดี มีความรู้เกี่ยวกับโรคหนองพยาธิ ลำไส้ เจตคติและการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรค หนองพยาธิลำไส้ มีผลการวิจัยดังนี้ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

นักเรียนส่วนใหญ่เรียนในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ร้อยละ 35.8 ในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 และใน ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 32.1 เท่ากัน อายุ ระหว่าง 10 ปี 1 เดือน – 13 ปี ร้อยละ 62.5 รองลงมาอายุ ระหว่าง 8 – 10 ปี ร้อยละ 37.5 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.6 และเพศชาย ร้อยละ 46.4 อาชีพของบิดาส่วนใหญ่มีอาชีพ รับจ้าง ร้อยละ 75.0 และมีอาชีพเกษตรกรรม (ทำนา,ทำไร่) น้อยที่สุด ร้อยละ 3.5 อาชีพของมารดาส่วนใหญ่ มีอาชีพ รับจ้างร้อยละ 69.6 และมีอาชีพรับราชการน้อยที่สุดร้อยละ 3.6 การศึกษาของบิดา ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับ ประถมศึกษา ร้อยละ 55.4 และระดับปริญญาตรีน้อยที่สุด ร้อยละ 5.4 การศึกษาของมารดา ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 58.9 และระดับปริญญาตรีน้อย ที่สุด ร้อยละ 1.8 รายได้ของครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่มี รายได้ 3,001 – 6,000 บาท ร้อยละ 39.3 รองลงมามีรายได้ 9,001 – 12,000 บาท ร้อยละ 25.0 และมีรายได้น้อยกว่า 1,000 – 3,000 บาท ร้อยละ 10.7 รายได้มากกว่า 12,000 บาท ร้อย ละ 3.6 การใช้ส้วมที่ถูกสุขลักษณะ ส่วนใหญ่ใช้ส้วมซึม แบบราดน้ำ ร้อยละ 80.4 และส้วมแบบชักโครก ร้อยละ 19.6

ปัจจัยส่วนบุคคลของนักเรียน ประกอบด้วย อาชีพ ของบิดามารดา การศึกษาของบิดามารดา รายได้ของครอบครัว ต่อเดือน การใช้ส้วมที่ถูกสุขลักษณะ มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการป้องกันโรคหนองพยาธิลำไส้ที่ระดับความ

เชื่อมั่น .05 ส่วนเพศ ระดับชั้น อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการป้องกันโรคหนองพยาธิลำไส้ ความรู้เกี่ยวกับ โรคหนองพยาธิลำไส้

ก่อนการทดลอง นักเรียนมีความรู้เกี่ยวกับโรค หนองพยาธิลำไส้ ดังนี้ เรื่องที่นักเรียนตอบถูกมากที่สุด คือโรคพยาธิตืดวัวพบในคนที่ชอบกินอาหารที่ปรุงด้วย เนื้อวัว สุกๆ ดิบๆ ร้อยละ 91.1 รองลงมาได้แก่ โรคพยาธิ เส้นด้ายติดต่อได้โดยการกินพยาธิตัวอ่อนซึ่งปนเปื้อนมา กับอาหารและน้ำดื่มที่ไม่สะอาด ร้อยละ 78.6 และนักเรียน ตอบผิดมากที่สุด คือ โรคพยาธิเข็มหมุดติดต่อได้โดยการ กินไข่พยาธิหรือไข่พยาธิเข้าทางระบบทางเดินหายใจ ร้อย ละ 73.2 เมื่อจัดระดับแล้วส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ เกี่ยวกับโรคหนองพยาธิลำไส้ในระดับปานกลาง คิดเป็น ร้อยละ 57.2 รองลงมามีความรู้ในระดับต่ำคิดเป็นร้อยละ 32.1

หลังการทดลอง นักเรียนมีความรู้เกี่ยวกับโรค หนองพยาธิลำไส้ ดังนี้ เรื่องที่นักเรียนตอบถูกมากที่สุด คือโรคพยาธิเส้นด้ายติดต่อได้โดยการกินพยาธิตัวอ่อนซึ่ง ปนเปื้อนมากับอาหารและน้ำดื่มที่ไม่สะอาด โรคพยาธิ ไบโม่ลำไส้ขนาดใหญ่ติดต่อได้โดยการกินตัวอ่อนที่เกาะ ตามผิวพืชน้ำ เช่น แห้ว ผักบุ้ง กระเจี๊ยบ สายบัว โรคพยาธิ ตืดหมูเป็นโรคที่เกิดจากการกินถูงพยาธิตัวอ่อนลักษณะ คล้ายเม็ดสาเกเข้าไปในร่างกาย โรคพยาธิตืดวัวพบในคนที่ ชอบกินอาหารที่ปรุงด้วยเนื้อวัวสุกๆ ดิบๆ โรคพยาธิ ปากขอป้องกันได้โดยการสวมรองเท้าเมื่อออกนอกบ้าน ทุกครั้ง ร้อยละ 96.4 เท่าๆ กัน และนักเรียนตอบผิดมาก ที่สุด คือโรคพยาธิเส้นด้ายติดต่อได้โดยพยาธิตัวอ่อนไช เข้าทางผิวหนัง ร้อยละ 23.2 เมื่อจัดระดับแล้วนักเรียนมี ความรู้เกี่ยวกับโรคหนองพยาธิลำไส้ในระดับสูง คิดเป็น ร้อยละ 85.7 รองลงมามีความรู้ในระดับปานกลางคิดเป็น ร้อยละ 12.5

1.3 เจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคหนองพยาธิลำไส้

ก่อนการทดลอง นักเรียนมีเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิลำไส้เรื่องที่นักเรียนเห็นด้วยมากที่สุด คือ ถ้านักเรียนมีความรู้เรื่องโรคหนองพยาธิจะทำให้รู้จักวิธีป้องกันตนเอง และทุกคนในครอบครัวต้องร่วมมือกันป้องกันโรคพยาธิ ร้อยละ 80.4 เท่าๆ กัน รองลงมาได้แก่ การรับประทานผักที่ล้างสะอาด สามารถป้องกันโรคพยาธิได้ ร้อยละ 76.8 และนักเรียนไม่เห็นด้วยมากที่สุด คือ ผู้ที่เป็นโรคพยาธิ ไม่มีความจำเป็นต้องตรวจอุจจาระ ร้อยละ 48.2 เมื่อจัดระดับแล้ว นักเรียนมีเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคหนองพยาธิลำไส้ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 41.1 รองลงมามีเจตคติในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 33.9

หลังการทดลอง นักเรียนมีเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิลำไส้ เรื่องที่เห็นด้วยมากที่สุด คือ การสวมรองเท้าทุกครั้งเมื่อออกจากบ้าน สามารถป้องกันพยาธิปากขอ ร้อยละ 94.6 รองลงมาได้แก่ ถ้านักเรียนมีความรู้เรื่องโรคหนองพยาธิ จะทำให้รู้จักวิธีป้องกันตนเอง ร้อยละ 91.1 และนักเรียนไม่เห็นด้วยและมากที่สุด คือ ผู้ที่เป็นโรคพยาธิ ไม่มีความจำเป็นต้องรักษาด้วยยาเพราะจะหายได้เอง ร้อยละ 58.9 เมื่อจัดระดับแล้ว นักเรียนมีเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคหนองพยาธิลำไส้ในระดับสูง คิดเป็น ร้อยละ 53.6 รองลงมามีเจตคติในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 30.3

ก่อนและหลังการทดลอง เจตคติและการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคหนองพยาธิลำไส้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหนองพยาธิลำไส้ที่ระดับความเชื่อมั่น .05 ความรู้เกี่ยวกับโรคหนองพยาธิลำไส้ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหนองพยาธิลำไส้ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตน กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหนองพยาธิลำไส้ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง

ปัจจัย	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	r	p	r	p
ความรู้	-.239	.095	.220	.103
เจตคติ	.351	.008*	.467	.000*
การปฏิบัติตน	1.00	.000*	1.00	.000*

*p < .05

ค่าเฉลี่ยความรู้ เกี่ยวกับการป้องกันโรคหนองพยาธิลำไส้ ของกลุ่มตัวอย่าง หลังการทดลอง เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น .01 เจตคติและการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคหนองพยาธิลำไส้หลังการทดลองและก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ เจตคติและการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคหนองพยาธิลำไส้ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง

รายการ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t-test	p
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ความรู้	1.79	.624	2.84	.417	-	.000**
เจตคติ	2.07	.871	2.05	.883	.123	.903
การปฏิบัติ	2.11	.731	2.09	.815	.145	.886

*p < .05

1.4 การปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคหนองพยาธิลำไส้

ก่อนการทดลอง พฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนในการควบคุมและป้องกันโรคหนองพยาธิลำไส้ พฤติกรรมที่มีการปฏิบัติทุกครั้งและมากที่สุด คือ นักเรียนถ่ายอุจจาระลงในส้วมที่ถูกสุขลักษณะและนักเรียนรับประทานอาหารและดื่มน้ำที่สะอาด ร้อยละ 87.5 เท่าๆ กัน รองลงมาได้แก่

นักเรียนสวมเสื้อผ้าที่สะอาด ร้อยละ 73.2 และพฤติกรรมที่มีการปฏิบัติไม่ถูกต้องและพบมาก คือ นักเรียนกำจัดขยะมูลฝอยอย่างถูกวิธี และนักเรียนนำผ้าปูที่นอน หมอน ผ้าห่ม ออกฝั่งแคด มีการปฏิบัติบางครั้ง ร้อยละ 66.1 และร้อยละ 62.5 ตามลำดับ เมื่อจัดระดับแล้ว นักเรียนมีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคหนอนพยาธิลำไส้ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 46.5 รองลงมามีการปฏิบัติตนในระดับสูง ร้อยละ 32.1

หลังการทดสอบ พฤติกรรมสุขภาพของนักเรียน ในการควบคุมและป้องกันโรคหนอนพยาธิลำไส้ พฤติกรรมที่มีการปฏิบัติทุกครั้งและมากที่สุด คือ การถ่ายอุจจาระลงในส้วมที่ถูกสุขลักษณะร้อยละ 94.6 รองลงมาได้แก่ นักเรียนรับประทานอาหารและดื่มน้ำที่สะอาด ร้อยละ 92.6 พฤติกรรมที่มีการปฏิบัติไม่ถูกต้องและพบมาก คือ นักเรียนกำจัดขยะมูลฝอยอย่างถูกวิธี นักเรียนนำผ้าปูที่

นอน หมอน ผ้าห่ม ออกฝั่งแคด มีการปฏิบัติบางครั้ง ร้อยละ 57.1 และร้อยละ 50.0 ตามลำดับ เมื่อจัดระดับแล้ว นักเรียนมีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคหนอนพยาธิลำไส้ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 46.5 รองลงมามีการปฏิบัติตนในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 41.1

2. การศึกษาอุบัติการณ์ของโรคหนอนพยาธิลำไส้ ในนักเรียนประถมศึกษา อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ ผลการวิจัย พบว่า

2.1 อุบัติการณ์ของโรคหนอนพยาธิลำไส้ชนิดต่างๆ จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 56 คน การตรวจครั้งที่ 1 พบผู้ติดเชื้อโรคหนอนพยาธิลำไส้ 9 คน คิดเป็น ร้อยละ 16.1 โดยมีอัตราการติดเชื้อเพศชาย ร้อยละ 15.4 เพศหญิง ร้อยละ 16.7 จากการตรวจครั้งที่ 2 พบผู้ติดเชื้อโรคหนอนพยาธิลำไส้ 1 คน เป็นเพศหญิง คิดเป็น ร้อยละ 3.3 ดังตารางที่ 3 แสดงอัตราการติดเชื้อหนอนพยาธิลำไส้ชนิดต่าง ๆ จำแนกตามเพศ ตรวจครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2

ชนิดพยาธิลำไส้	เพศ : จำนวน (ร้อยละ)		เพศ : จำนวน (ร้อยละ)	
	ของการติดเชื้อ ตรวจครั้งที่ 1 (N=56)		ของการติดเชื้อ ตรวจครั้งที่ 2 (N=56)	
	ชาย (26 คน)	หญิง (30 คน)	ชาย (26 คน)	หญิง (30 คน)
Hookworm	4 (15.4)	2 (6.7)	0	0
Taenia spp.		1 (3.3)	0	0
O.viverini		2 (6.7)	0	1 (3.3)
รวม	4 (15.4)	5 (16.7)	0	1 (3.3)

จากการตรวจอุจจาระ ครั้งที่ 1 พบพยาธิปากขอมากที่สุด พยาธิใบไม้ตับ ในคนเดียวกัน ร้อยละ 1.8 การตรวจร้อยละ 10.7 รองลงมาพบพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 3.6 และพยาธิตัวตืด ร้อยละ 1.8 พบการติดเชื้อพยาธิตัวตืด และ 4 ตารางที่ 4 แสดงอัตราการติดเชื้อหนอนพยาธิลำไส้แต่ละชนิด ตรวจครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2

ชนิดพยาธิลำไส้	ผลการตรวจหาพยาธิลำไส้ ครั้งที่ 1 (N=56)			ผลการตรวจหาพยาธิลำไส้ ครั้งที่ 2 (N=56)		
	จำนวนที่ตรวจ	จำนวนที่พบ	ร้อยละ	จำนวนที่ตรวจ	จำนวนที่พบ	ร้อยละ
	(ราย)	(ราย)		(ราย)	(ราย)	
Hookworm	56	6	10.7	56	0	0
Taenia spp.	56	1*	1.8	56	0	0
O.viverini	56	2*	3.6	56	1	1.8
รวม	56	9	16.1	56	1	1.8

*พบการติดเชื้อหนอนพยาธิลำไส้ชนิด Taenia spp. และ O.viverini ในคนเดียวกัน จำนวน 1 ราย

2.3 การตรวจหาตัวและไข่พยาธิได้ 100% ของนักเรียนที่พบตัวและไข่พยาธิได้ ไม่พบการกลับมาเป็นโรคซ้ำอีก

2.4 การตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิ ครั้งที่ 2 หลังดำเนินการมาแล้ว 3 เดือน พบว่าการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิ นักเรียนที่ตรวจ 100 % ของนักเรียนที่พบตัวและไข่พยาธิครั้งแรกไม่กลับมาเป็นโรคซ้ำอีก และพบผู้ที่ เป็นโรคหนอนพยาธิ รายใหม่จากการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิ ครั้งที่ 2 จำนวน 1 คน

3. การศึกษาแนวทางการป้องกันโรคหนอนพยาธิได้ โดย

3.1 กิจกรรมกลุ่ม เป็นกิจกรรมให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่างและการประชุมเพื่อระดมสมอง เป็นการเรียนรู้จากการกระทำ ซึ่งการเรียนรู้ หมายถึง เรียนรู้ชุมชนรู้ปัญหาชุมชน ชุมชนรู้ปัญหาตนเอง ส่วนการกระทำคือการวางแผนชุมชน และการทดลองเพื่อแก้ปัญหาตนเอง เป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วม เพื่อสร้างความตระหนักเรื่อง โรคหนอนพยาธิได้ จากการระดมสมองของกลุ่มต่างๆ สรุปได้ว่า 3.1.1 สาเหตุที่โรคหนอนพยาธิได้เข้าสู่ครอบครัว หมู่บ้าน และชุมชน, เมื่อออกจากบ้าน หรือขณะทำสวน ทำนาไม่สวมรองเท้า, ก่อนและหลังรับประทานอาหารไม่ได้ล้างมือให้สะอาด, หลังถ่ายอุจจาระไม่ได้ล้างมือให้สะอาด, ถ่ายอุจจาระลงบนพื้นดิน คุ คลอง, ผักสด ผลไม้ไม่ได้ล้างก่อนนำมารับประทาน, รับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ หรืออาหารดิบ จำพวกไก่ ปลา หมู เนื้อ กุ้ง หอย ปู ปลา, รับประทานอาหารที่ไม่สะอาด อาหารตกพื้น, การใช้มูลสัตว์เป็นปุ๋ยสำหรับรดผัก

3.1.2 วิธีป้องกันโรคหนอนพยาธิได้, สวมรองเท้าทุกครั้งก่อนออกจากบ้าน, ใช้สบู่อล้างมือให้สะอาดด้วยวิธีล้างมือ 7 ขั้นตอน, ถ่ายอุจจาระลงส้วมที่ถูกสุขลักษณะหรือขุดหลุมฝังกลบให้เรียบร้อย, ล้างผักสดผลไม้ให้สะอาดก่อนรับประทาน เช่น แห้วด้วยด่างทับทิม

เกลือ ผงฟู หรือล้างผ่านน้ำไหล, รับประทานอาหารที่ปรุงสุก และสะอาดไม่ตกพื้น, หลีกเลี่ยงการใช้มูลสัตว์มูลคนเป็นปุ๋ยสำหรับรดผัก, ตัดเล็บมือ เล็บเท้าให้สั้นอยู่เสมอ, รักษาความสะอาดร่างกาย มือและเท้า, รักษาความสะอาดเสื้อผ้าและหมั่นนำเครื่องนอนออกตากแดด

3.1.3 โอกาสเสี่ยงต่อการติดโรคหนอนพยาธิของคน, ไม่มีกลุ่มไหนเลยที่ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงและไม่ได้รับผลกระทบต่อการเป็นโรคหนอนพยาธิได้ รวมทั้งกลุ่มเป้าหมายผู้เข้าร่วมกิจกรรมแต่ละคนด้วย กิจกรรมในครั้งนี้ ทำให้กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมกิจกรรม รู้สึกตระหนักถึงความเสี่ยงต่อการติดโรคหนอนพยาธิได้ ว่าทุกคนจะมีความเสี่ยงเหมือนกัน ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่ม ถ้ามีคนเป็นโรคหนอนพยาธิได้ อยู่ในชุมชนและมีพฤติกรรมด้านขับถ่ายไม่ถูกต้อง จะส่งเสริมให้มีการแพร่กระจายของโรคหนอนพยาธิได้ และสามารถติดโรคพยาธิได้ เช่น 1) ถ้าคนเป็นพยาธิถ่ายอุจจาระไว้ตามพื้นดิน ไข่พยาธิปนเปื้อนอยู่กับดิน กลุ่มพระภิกษุ ไม่สวมรองเท้า เดินเท้าเปล่าบิณฑบาตร เท้ามีแผล พยาธิสามารถเข้าทางผิวหนังที่มีแผล 2) กลุ่มเกษตรกร (ชาวสวน ชาวนา) ใช้มูลสัตว์มูลคนทำปุ๋ยรดพืชผัก ล้างมือไม่สะอาด พยาธิสามารถติดต่อได้โดยการกินพืชผักที่ล้างไม่สะอาด การหยิบจับอาหารรับประทาน 3) กลุ่มเยาวชน ชอบรับประทานผักสด และผลไม้ที่ล้างไม่สะอาด มีไข่พยาธิปนเปื้อนหากคนกินไข่พยาธิเข้าไป ไข่ฟักเป็นตัวอ่อน อาศัยอยู่ในร่างกายคน 4) กลุ่มนักเรียน สิ่งแวดล้อมรอบโรงเรียน บริเวณห้องส้วม บริเวณที่ขึ้นและ บริเวณที่ทิ้งขยะ โรงอาหาร พยาธิสามารถติดต่อเข้าทางผิวหนังที่มีแผล 5) กลุ่มเด็กชาวเขา (ต่างด้าว) สิ่งแวดล้อมรอบบ้าน บริเวณที่มีอุจจาระปนเปื้อน พยาธิสามารถติดต่อเข้าทางผิวหนังที่เป็นแผล 6) กลุ่มเด็ก ล้างมือไม่สะอาดหยิบอาหารเข้าปาก ไม่ตัดเล็บให้สั้นกินอาหารและดื่มน้ำไม่สะอาด ไม่ล้างมือก่อนรับประทานอาหารและ

หลังถ่ายอุจจาระ พยาธิสามารถติดต่อได้โดยการรับประทาน อาหารและดื่มน้ำที่ไม่สะอาดมีการปนเปื้อนของไข่พยาธิ 7) กลุ่มหาปลา นำปลามาขายให้กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มแม่บ้านปรุงอาหารสุกๆ ดิบๆ ไม่สะอาด กินลาบดิบ แหนมดิบ พยาธิสามารถติดต่อได้โดยการรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ

3.1.4 การดูแลสิ่งแวดล้อมภายในบ้านและโรงเรียนให้ถูกสุขลักษณะ 3.1.4.1 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิได้ 1) เขียนคำขวัญ บทความสั้นๆ หรือประกาศข่าวเกี่ยวกับหนอนพยาธิในโรงเรียนและชุมชน 2) เล่าเรื่องเตือนภัยอันตรายของโรคหนอนพยาธิสู่ครอบครัว บ้านเรือนใกล้เคียง 3) ดูแล บอกเล่าให้คนใกล้ชิดในครอบครัวให้เฝ้าระวังโรคหนอนพยาธิ 4) จัดนิทรรศการเกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิ 5) ณรงค์เผยแพร่การป้องกันโรคหนอนพยาธิ 6) ตำรวจแหล่งที่อยู่อาศัยของหนอนพยาธิในโรงเรียนและชุมชน เช่น สวน ที่เลี้ยงสัตว์ พื้นดินเฉาะและสกปรก ที่ทิ้งขยะ 7) นำเสนอครูเพื่อจัดทำโครงการโรคหนอนพยาธิ 3.1.4.2 การปลูกฝังเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคหนอนพยาธิได้ 1) การสร้างส่วนที่ถูกสุขลักษณะสามารถป้องกันโรคหนอนพยาธิได้ 2) การดูแลบริเวณบ้านไม่ให้พื้นดินเฉาะและมีน้ำขัง สามารถป้องกันโรคหนอนพยาธิได้ 3.1.4.3 การปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคหนอนพยาธิได้ 1) ปฏิบัติตัวเป็นตัวอย่างสอนวิธีล้างมือที่ถูกวิธี นำข้อปฏิบัติไปบอกกล่าวรุ่น น้องชั้นอนุบาล ชั้นประถมปีที่ 1 - 3 2) ปรับสภาพแวดล้อมโรงเรียน บ้าน ที่อยู่อาศัยให้สะอาด 3) เชิญชวนผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม 3.2 ผู้วิจัยติดตามและสังเกตพฤติกรรมของนักเรียนทั้งที่โรงเรียนและที่บ้าน

สภาพทั่วไป นักเรียนยังมีความขาดแคลน ขาดทุน ฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี มีบ้านที่ไม่ถูกสุขลักษณะ สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสกปรก พื้นผิวดินเฉาะและ

สกปรก มีการเลี้ยงสัตว์ภายในบ้านและบริเวณบ้าน เช่น สุนัขและแมว

ข้อมูลเกี่ยวกับสุขนิสัยของนักเรียนในการเฝ้าระวังป้องกันโรคหนอนพยาธิ

พฤติกรรมที่มีการปฏิบัติทุกครั้งและมีมากที่สุด คือ การล้างมือก่อนรับประทานอาหาร และการถ่ายอุจจาระลงส้วมที่ถูกสุขลักษณะ ร้อยละ 98.2 เท่าๆ กัน รองลงมาได้แก่ การล้างมือหลังถ่ายอุจจาระ และการดื่มน้ำ รับประทานอาหารสุกสะอาด ร้อยละ 92.9 เท่าๆ กัน พฤติกรรมที่มีการปฏิบัติไม่ถูกต้องและปฏิบัติบางครั้ง คือ การล้างมือก่อนเข้าห้องน้ำ เพียงร้อยละ 33.9

ข้อมูลเกี่ยวกับสุขนิสัยของนักเรียนในการรักษาความสะอาด

พฤติกรรมที่มีการปฏิบัติทุกครั้งและมีมากที่สุด คือ การตัดเล็บมือให้สั้น ร้อยละ 73.2 รองลงมาการดูแลรักษาความสะอาดมือ ร้อยละ 69.6 พฤติกรรมที่มีการปฏิบัติไม่ถูกต้อง และปฏิบัติบางครั้ง คือ การดูแลรักษาความสะอาดเท้า เพียงร้อยละ 30.4

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยข้างต้น สามารถอภิปรายผลการวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ ที่เป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดโรคหนอนพยาธิได้ 1) อุปนิสัยของโรคหนอนพยาธิได้ 1) และแนวทางการป้องกันโรคหนอนพยาธิได้ 1) ที่ถูกต้องของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 - 6 โรงเรียนศรีโพธาราม อำเภอสาร์ภี จังหวัดเชียงใหม่ ได้ดังนี้ 1. ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า นักเรียนส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิได้ 1) ในประเด็น ความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคหนอนพยาธิได้ 1) ที่ถูกต้องเกี่ยวกับ สาเหตุ การติดต่อ อาการ รูปร่างลักษณะ ไทยและวิธีป้องกันโรค การปฏิบัติตัว ตลอดจนการรักษา และโรคที่เกิดจาก

หนองพวย ในระดับดี มีเจตคติที่ดีเกี่ยวกับการป้องกันโรค หนองพวยลำไ้ ในประเด็น ถ้านักเรียน มีความรู้เรื่องโรค หนองพวยจะทำให้รู้จักวิธีป้องกันตนเอง ทุกคนใน ครอบครัวต้องร่วมมือกันป้องกันโรคหนองพวย ถึงร้อยละ 80.4 แต่จากการเฝ้าติดตามและสังเกตพฤติกรรมของ นักเรียนทั้งที่โรงเรียนและที่บ้าน ยังคงพบนักเรียนมีสุข นิสัยในการป้องกันโรคพวยเพียงร้อยละ 30.4 ซึ่งสอดคล้อง กับผลการวิจัยของบังอร ฉางทรัพย์⁶ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับ โรคหนองพวยลำไ้ มีอิทธิพลเฉพาะทางตรงต่อเจตคติใน การป้องกันโรคพวยลำไ้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) แต่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพวย ลำไ้ได้อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งทางตรงและทางอ้อม ($P > 0.05$) เจตคติในการป้องกันโรคพวยลำไ้ อย่างไม่มี นัยสำคัญทางสถิติ ทั้งทางตรงและทางอ้อม ($P > 0.05$) 2. ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ตัวแปรที่ใช้ในการอธิบาย พฤติกรรมการป้องกันโรคหนองพวยลำไ้ ได้แก่ อาชีพ ของบิดา - มารดา การศึกษาของบิดา - มารดา รายได้ของ ครอบครัวต่อเดือน การใช้ส้วมที่ถูกสุขลักษณะ มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหนองพวย ลำไ้ที่ระดับความเชื่อมั่น .05 ส่วนเพศ อายุ ระดับชั้นของ นักเรียน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค หนองพวยลำไ้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของสุ ภัฏญา วงศ์สาโรจน์⁷ ซึ่งพบว่า ปัจจัยด้านชีวสังคม มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหนองพวย ผ่านดินของกลุ่มตัวอย่าง 3. ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า อุบัติการณ์ของโรคหนองพวยลำไ้ชนิดต่างๆ จากกลุ่ม ตัวอย่าง จำนวน 56 คน พบผู้ติดเชื้อโรคหนองพวยลำไ้ 9 คน คิดเป็นร้อยละ 16.1 พวย ที่พบมากที่สุด คือพวย ปากขอ ร้อยละ 10.7 รองลงมาพวยไ้ใบไม้ดับและพวย ตัวตืด ร้อยละ 3.6 และ 1.8 ตามลำดับ ซึ่งให้เห็นว่า อัตรา อุบัติการณ์โรคพวยปากขอ สูงกว่าเป้าหมายคือ ไม่เกินร้อย

ละ 8 ในแผนพัฒนาการสาธารณสุขที่ 9 ยังคงเป็นปัญหา สาธารณสุข จึงจำเป็นต้องอย่างขึงที่หน่วยงานที่รับผิดชอบ จะต้องวางแผนควบคุมและป้องกันโรคหนองพวย ซึ่ง สอดคล้องกับผลการศึกษาของณัฐวุฒิ แก้วพิบูลย์⁸ พบว่า การที่บุคคลจะมีสุขอนามัยที่ดี พฤติกรรมสุขภาพเป็นเรื่อง สำคัญ ซึ่งมีปัจจัยหลายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม สุขภาพ การปลูกฝังนิสัยการบริโภค การปฏิบัติตัวในการ ป้องกันโรคให้กับเด็กปฐมวัยเป็นสิ่งสำคัญ การสร้างเสริม ภาวะโภชนาการ การให้ความรู้ในเด็กวัยเรียน ผู้บริหาร โรงเรียน ครู หรือผู้เกี่ยวข้องควรตระหนักถึง และสร้าง แรงจูงใจให้ผู้ปกครองเห็นความสำคัญเรื่องการสร้างนิสัย การบริโภค พฤติกรรมการป้องกันโรคในเด็กวัยเรียน สถานภาพทางพฤติกรรมของเด็กเป็นสิ่งสะท้อนให้เห็นถึง สุขภาพโดยรวมของเด็กและถือได้ว่าได้รับการเลี้ยงดูอย่าง ดี 4. ผลการตรวจจุจจาระ ครั้งที่ 1 พบผู้ติดเชื้อโรค หนองพวยลำไ้ 9 คน คิดเป็นร้อยละ 16.1 และครั้งที่ 2 ยังคงพบการติดเชื้อหนองพวยไ้ใบไม้ดับ จำนวน 1 คน คิด เป็น ร้อยละ 1.8 ระดับเจตคติและระดับการปฏิบัติตนใน การป้องกันโรคพวยลำไ้ของนักเรียน ถึงแม้ว่าจะอยู่ ระดับสูง แต่มีเพียงร้อยละ 53.6 และ 46.5 ตามลำดับ ซึ่ง นักเรียนยังมีพฤติกรรมเสี่ยงโดยการบริโภคอาหารดิบ พฤติกรรมการป้องกันโรคในการรักษาความสะอาดร่างกาย และเครื่องใช้ที่ไม่ถูกต้อง และมีความเชื่อว่ามิยารักษาโรค หนองพวยจึงไม่เลิกพฤติกรรมเสี่ยง และอัตราการติดเชื้อ พวยลำไ้ยังคงระบาคอยู่ อัตราการติดเชื้อดังกล่าวนี้บ่งว่า ทำให้เกิดความเสี่ยงสูงต่อการแพร่กระจายของโรคพวย ลำไ้ได้เป็นอย่างมาก ดังนั้นการส่งเสริมให้การรักษาและ การส่งเสริมให้นักเรียนมีพฤติกรรมการป้องกันโรคพวย ลำไ้ที่ถูกต้อง จะช่วยลดอัตราการติดเชื้อโรคพวยลำไ้ เป็นอย่างดี ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อังคณา เกียรติประดิษฐ์⁹ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ตรวจพบว่าเป็นโรค

หนอนพวยติดต่อกัน เนื่องจากยังคงมีพฤติกรรม
อนามัยที่ไม่ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้

1. เพื่อลดปัญหาโรคหนอนพวยให้อยู่ในระดับ
ต่ำ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรร่วมมือกับโรงเรียน องค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการให้
ความรู้เรื่องโรคหนอนพวยแก่นักเรียนและชุมชนรวมทั้ง
ตรวจดูจากรุ่นนักเรียนให้ได้ทั้งหมดอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
และให้ยารักษาโรคหนอนพวยทุก 6 เดือน รวมทั้งควร
กำหนดให้มีสัปดาห์รณรงค์การตรวจดูจากรุ่นหาไขพยาธิ
ในพื้นที่เป็นประจำทุกปี

2. การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค
หนอนพวย แก่นักเรียนและประชาชนเพื่อการปรับเปลี่ยนเจต
คติและการปฏิบัติตน ต้องดำเนินการอย่างจริงจังและ
ต่อเนื่อง

3. ควรเน้นให้มีการป้องกันโรคหนอนพวยใน
กลุ่มผู้ปกครองที่มีอาชีพรับจ้าง ระดับการศึกษาชั้น
ประถมศึกษา และมีรายได้น้อยกว่า 6,000 บาทต่อเดือน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องการปรับเปลี่ยน
เจตคติและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคให้กับ
ประชาชน โดยการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่ผ่าน
แกนนำชุมชนโดยการเสริมสร้างให้มีศักยภาพและพลังใน
การจัดกิจกรรมควบคุมป้องกันโรคและการค้นหาผู้ป่วย
ควบคุมไปด้วย จึงจำเป็นต้องมีหน่วยงานที่รับผิดชอบ
จะต้องวางแผนควบคุมและป้องกันโรคหนอนพวย และ
ยังเป็นข้อมูลสำคัญในการทำวิจัยต่อไป

กิจกรรมที่ได้ดำเนินการหลังจากการวิจัยครั้งนี้

1. จากผลการวิจัย ผู้วิจัยได้มีการเผยแพร่ข้อมูล
เกี่ยวกับความเสี่ยงของการแพร่โรคหนอนพวยถ้าใส่ให้

หน่วยงานและองค์กรในพื้นที่ได้เข้าใจ และเข้ามาเป็น
เครือข่ายในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข

2. หลังจากผู้วิจัยทำการตรวจดูจากรุ่นเพื่อหาไข
และตัวพยาธิ ได้ผลการวิจัยแล้ว จึงจัดทำแผนการ
ประสานงาน เพื่อให้เด็กปลอดภัยจากโรคหนอนพวย
โดยประชุมผู้เกี่ยวข้อง เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้บริหาร
โรงเรียน ครูอนามัยโรงเรียน ครูประจำชั้น ตัวแทนผู้ปกครอง
ผู้นำนักเรียน ผู้นำชุมชน ในการร่วมกันดำเนินการควบคุม
ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคหนอนพวยต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณรองศาสตราจารย์อู๋ไรวรรณ คำไทย
รองศาสตราจารย์วราภรณ์ ศิริสว่าง และคุณสุเทพ พงศรี
ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำและตรวจแก้ไข
ข้อบกพร่องต่างๆ มาโดยตลอด จนสำเร็จเรียบร้อย ผู้วิจัย
ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุขศูนย์สุขภาพ
ชุมชนยางนึ่ง ผู้อำนวยการโรงเรียนศรีโพธาราม ครูประจำ
ชั้น และครูอนามัยโรงเรียน คุณศศิธร หมวกเครือ ที่ได้
กรุณาให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บ
รวบรวมข้อมูล ตลอดจนนักเรียนที่เป็นตัวอย่างในการวิจัย
ครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือ
การปฏิบัติงานเรื่องโรคหนอนพวย. กรุงเทพฯ: 2549
2. http://w.w.w._thaigov_go_th.htm, 2009
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. รายงานประจำปี
งบประมาณ 2551 งานควบคุมโรคหนอนพวย, 2551
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. รายงานประจำปี
งบประมาณ 2549 งานควบคุมโรคหนอนพวย, 2549

5. โรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่. เอกสารสรุปรายงานการตรวจโรคหนองพยาธิ; 2551. (เอกสารอัคราณา)
6. บังอร ฉางทรัพย์, มนัส บุญประกอบ, งามอาจ นัยพัฒน์, ปราโมทย์ ทองกระจาย. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิลำไส้ของประชาชนในชุมชน คลองเตย กรุงเทพมหานคร. วารสารพฤติกรรม ศาสตร์. 12, 1 (กันยายน 2549): 10 – 129
7. สุกัญญา วงศาโรจน์. ประสิทธิภาพของรูปแบบสุข ศึกษาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรม การป้องกันโรคหนองพยาธิ ผ่านดินของนักเรียนชั้น ประถมศึกษาปีที่ 4-6: กรณีศึกษาโรงเรียนในสังกัดกองบัญชาการ โรงเรียน ตำรวจตระเวนชายแดนบ่อไร่ที่ 112 อำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย: วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร มหาบัณฑิต(สุขศึกษา)มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2548.
8. ณัฐวุฒิ แก้วพิบูลย์. ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวใน การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ของประเทศไทย. ศูนย์วิจัยและบริการตรวจวินิจฉัยโรค ติดเชื้อจากปรสิตตะวันออกเฉียงเหนือ วิทยาลัย แพทยศาสตร์และการสาธารณสุข. มหาวิทยาลัย อุบลราชธานี, 2550
9. อังคณา เกื้อยประดิษฐ์. ผลของการจัดการปัญหาโรค หนองพยาธิติดต่อผ่านดินในเด็กนักเรียนชั้น ประถมศึกษา โรงเรียนบ้านหาดไคร้เต่า อำเภอบางแก้ว จังหวัดพัทลุง: วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติ). มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์, 2549.

การประเมินมาตรฐานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT)

ระดับอำเภอ เขตสาธารณสุขที่ 18 ปี 2551

(Randomly Standard Assessment SRRT Primary Level, Inspection Region 18, 2008)

อรรถพร ณ นคร วท.ม.

Auttaporn Na-nakorn M.Sc.

จิตติมา พานิชกิจ วท.ม.

Jittima Panitchakit M.Sc.

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดนครสวรรค์

Department of Prevention and Control 8,
Nakhonsawan Province

บทคัดย่อ

การประเมินมาตรฐานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ระดับอำเภอในเขตสาธารณสุขที่ 18 ระหว่างเดือนพฤษภาคม – มิถุนายน 2551 ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทราบมาตรฐานการดำเนินงานของ SRRT และนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะของ SRRT โดยใช้วิธีประเมินจากการสอบถาม เอกสารและหลักฐานการดำเนินงานด้านต่างๆ ตามแนวทางของสำนักระบาดวิทยา ทีมที่รับการประเมินมีจำนวน 12 ทีม จากการสุ่ม (คิดเป็นร้อยละ 25 ของจำนวนทีมทั้งหมด 46 ทีม) ผลการประเมิน พบว่า SRRT ทั้ง 12 ทีม ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน SRRT เมื่อพิจารณาตามมาตรฐานทีม พบว่า SRRT ทั้งหมดผ่านเกณฑ์มาตรฐานด้านทีมงาน และด้านความพร้อมและความรวดเร็ว สำหรับการเฝ้าระวังและเตือนภัย และด้านการสอบสวนโรคมีทีมที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 87 และ 77 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาตามตัวชี้วัดในภาพรวม พบว่า ตัวชี้วัดที่ทีมผ่านเกณฑ์มากที่สุด ได้แก่ ตัวชี้วัดที่ 1 การจัดตั้งทีม SRRT ตัวชี้วัดที่ 2 ศักยภาพทางวิชาการของทีม ตัวชี้วัดที่ 3 ความพร้อมของทีมในภาวะปกติ ตัวชี้วัดที่ 4 ความรวดเร็วในการออกปฏิบัติงาน ตัวชี้วัดที่ 5 การจัดทำสถานการณ์โรคที่สำคัญและเผยแพร่อย่างต่อเนื่อง ตัวชี้วัดที่ 8 การแจ้งเตือนภัยจากการตรวจสอบสถานการณ์โรค และตัวชี้วัดที่ 9 การทราบข่าวเตือนภัยและองค์ความรู้ทางเครือข่ายอิเล็กทรอนิกส์สำหรับตัวชี้วัดที่ 6 ความครอบคลุมของหน่วยงานที่ส่งรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องตามเกณฑ์ที่กำหนด และตัวชี้วัดที่ 7 ความทันเวลาของการรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังตามเกณฑ์ที่กำหนด มีทีมที่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 67 ส่วนตัวชี้วัดที่ทีมผ่านเกณฑ์น้อยที่สุด คือ ตัวชี้วัดที่ 12 ความครบถ้วนของการสอบสวนการระบาดข้อเสนอแนะ คือ SRRT ควรเร่งรัดการรายงานให้ครบถ้วนและทันเวลาแก่หน่วยงานภายในเครือข่ายอย่างครอบคลุมตรวจสอบและวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้รับมาอย่างสม่ำเสมอ ปรับปรุงมาตรฐานการเขียนรายงานสอบสวนโรค และจัดทำแผนปฏิบัติงานในภาวะฉุกเฉิน นอกจากนี้ ทางสำนักระบาดวิทยาควรกำหนดวิธีการประเมินสำหรับแต่ละตัวชี้วัดให้มีความชัดเจนมากขึ้น

คำสำคัญ: การประเมินมาตรฐาน ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว SRRT

Abstract

The study of standard assessment of Surveillance and Rapid Response Team (SRRT) primary level of Inspection Region 18 during May-June 2008 was conducted in order to acknowledge standard practice of SRRT primary level and also to utilize information as competency developing plan for SRRT forward. The assessment used by deep interviewing, questionnaires and their working reports was been following guidelines of Bureau of Epidemiology. The sample size of 12 teams (25% of whole 46 teams) were randomly employed for this study. The results showed that all the assessed SRRT met SRRT standards. According to SRRT standards, team and rapid standard showed the highest number (100%) of the assessed meeting standards. 87% and 77% of the assessed met surveillance and response standard, respectively.

SRRT setting, team competency, logistics, rapid action, reporting, early warning action and acknowledgement template followed by SRRT standard templates showed the highest number (100%) of the assessed meeting templates. 67% of the assessed met event-based surveillance report completing and timing template, however response completing template showed the lowest percentage (17%) of the assessed meeting that. The authors wish to suggest that hurried giving throughout coordinated network the complete report just in time, always checking and analyzing information, developing for surveillance reporting standard and emergency action plan should be considered and conducted. Moreover, for Bureau of Epidemiology, the evaluation method for obviously classified-templates should be designed.

Keywords: Standard assessment, Surveillance and Rapid Response Team, SRRT

บทนำ

ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team) หรือเรียกกันว่า SRRT หมายถึง ทีมงานประจำหน่วยงานสาธารณสุขที่มีบทบาทหน้าที่เกี่ยวกับการเฝ้าระวังโรคติดต่อที่แพร่ระบาดได้รวดเร็วรุนแรง ตรวจจับภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข (Public health emergency ; PHE) โดยการสอบสวนโรคอย่างมีประสิทธิภาพและรวดเร็ว ควบคุมโรคฉุกเฉินและขึ้นต้นเพื่อหยุดยั้งการแพร่ระบาดไม่ให้ขยายวงหรือมี generation ที่ 2 รวมทั้งแลกเปลี่ยนข้อมูลเฝ้าระวังโรค ทั้งนี้สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดนครสวรรค์ ได้จัดอบรมเพื่อ

พัฒนาทีม SRRT ระดับอำเภอในพื้นที่รับผิดชอบจำนวน 46 ทีม ได้มีการประเมินมาตรฐานทีม SRRT เป็นครั้งแรกตั้งแต่ ปีงบประมาณ 2548 และต่อเนื่องถึงในปีงบประมาณ 2549 ซึ่งผลการประเมินในภาพรวม พบว่าทีมของทุกจังหวัดผ่านตามมาตรฐานฯ ยกเว้น จังหวัดพิจิตร จากการที่ทีม SRRT จะต้องดำเนินงานในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง และผลการดำเนินงานมีความสำคัญต่อระบบเฝ้าระวังป้องกันโรคระดับประเทศ การดำเนินงานจึงควรมีมาตรฐานเท่าเทียมกันทุกทีม ดังนั้น การประเมินมาตรฐานทีม SRRT จึงเป็นความจำเป็นที่จะต้องดำเนินการเพื่อจะได้มีข้อมูลสำหรับเป็นแนวทางในการพัฒนาและยกระดับคุณภาพของทีม SRRT

จึงได้มีการประเมินมาตรฐานทีม SRRT ระดับอำเภอขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อทราบมาตรฐานการดำเนินงานของทีม SRRT ระดับอำเภอ และใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว

วิธีการศึกษา

รูปแบบการประเมิน การประเมินมาตรฐานทีม SRRT ระดับอำเภอ ซึ่งใช้วิธีการสุ่มที่ร้อยละ 25 ของทีมทั้งหมด 46 ทีม ตามรูปแบบการประเมินมาตรฐานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของสำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ประเมินโดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดนครสวรรค์ ตามเกณฑ์มาตรฐานและตัวชี้วัด ดังแสดงในตารางที่ 1

ผู้รับการประเมิน

ผู้รับการประเมินเป็นแกนหลักของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับอำเภอ ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยาของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และ/หรือโรงพยาบาลชุมชน

จำนวนทีมที่รับการประเมิน

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดนครสวรรค์ ได้ทำการประเมินทีม SRRT จำนวน 12 ทีม (คิดเป็นร้อยละ 25) ซึ่งอยู่ภายใน 4 จังหวัด ของเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 18 (นครสวรรค์ กำแพงเพชร อุทัยธานี และพิจิตร) โดยทีมที่รับการประเมิน มีดังนี้

1. จังหวัดนครสวรรค์ ประเมิน 4 ทีม ได้แก่ อำเภอเมือง , อำเภอชุมแสง, อำเภอท่าตะโก และอำเภอแม่เปิน
2. จังหวัดกำแพงเพชร ประเมิน 4 ทีม ได้แก่ อำเภอขาณุวรลักษบุรี, อำเภอลานกระบือ, อำเภอโกสัมพีนคร และอำเภอคลองลาน
3. จังหวัดอุทัยธานี ประเมิน 2 ทีม ได้แก่ อำเภอทัพทัน และอำเภอห้วยคต
4. จังหวัดพิจิตร ประเมิน 2 ทีม ได้แก่ อำเภอเมือง และอำเภอทับคล้อ

ตารางที่ 1 มาตรฐานและตัวชี้วัดที่ใช้ในการประเมิน

มาตรฐาน	ตัวชี้วัด
1. มาตรฐานทีมงาน	1. การจัดตั้งทีม SRRT 2. ศักยภาพทางวิชาการของทีม
2. มาตรฐานความพร้อม	3. ความพร้อมของทีมในภาวะปกติ 4. ความรวดเร็วในการออกปฏิบัติงาน
3. มาตรฐานการเฝ้าระวังและเตือนภัย	5. จัดทำสถานการณ์โรคที่สำคัญและเผยแพร่อย่างต่อเนื่อง 6. ความครอบคลุมของหน่วยงานที่ส่งรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องตามเกณฑ์กำหนด 7. ความทันเวลาของการรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังตามเกณฑ์ที่กำหนด 8. การแจ้งเตือนภัยจากการตรวจสอบสถานการณ์โรค 9. การทราบข่าวเตือนภัยและองค์ความรู้ทางเครือข่ายอิเล็กทรอนิกส์
4. มาตรฐานการสอบสวนโรค	10. ความครบถ้วนของการสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะรายในพื้นที่รับผิดชอบ 11. ความทันเวลาของการได้รับแจ้งข่าวการระบาด 12. ความครบถ้วนของการสอบสวนการระบาด 13. การสอบสวนโรคที่มีคุณภาพ 14. การเขียนรายงานสอบสวนโรคที่มีคุณภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน

การประเมินมาตรฐานทีม SRRT มีวิธีการประเมินตามรายละเอียดของแต่ละตัวชี้วัด ดังนี้

1. แบบสอบถามเพื่อประเมินมาตรฐานทีมเฝ้าระวังเคลื่อนที่เร็ว (SRRT)
2. เอกสาร รายงาน หลักฐาน ผลงานการสอบสวนโรคฐานข้อมูลโรคที่เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รายงาน 506) และวัสดุอุปกรณ์เวชภัณฑ์และอุปกรณ์ป้องกันตัวเองของทีม SRRT ที่รับการประเมิน

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าร้อยละ

ระดับคะแนนและการผ่านเกณฑ์¹

1. การผ่านเกณฑ์เป็นรายตัวชี้วัด (SRRT standard templates) ต้องได้คะแนนหรือคะแนนเฉลี่ยไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 (5 ใน 10 คะแนน)
2. การผ่านเกณฑ์มาตรฐานทีม SRRT (SRRT standards) ต้องได้คะแนนเฉลี่ยรวมทุกตัวชี้วัด (14 ตัวชี้วัด) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 (6 ใน 10 คะแนน)

ขั้นตอนการประเมิน

1. กลุ่มเลือกทีม SRRT เพื่อประเมินมาตรฐานตามเกณฑ์ของสำนักระบาดจากร้อยละ 25 ของทีม SRRT อำเภอทั้งหมดในจังหวัดนครสวรรค์ กำแพงเพชร อุทัยธานี และพิจิตร
2. วางแผนการประเมินมาตรฐานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วในแต่ละจังหวัด
3. แจกแจงแผนการประเมินมาตรฐานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ
4. ดำเนินการประเมินมาตรฐานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วตามแผนที่วางไว้
5. สรุปผลการประเมินมาตรฐานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วเบื้องต้นให้หน่วยงานที่รับการประเมินทราบ
6. จัดทำรายงานสรุปเล่มและเผยแพร่ผลงาน

ระยะเวลาที่ประเมิน

เดือนพฤษภาคมถึงมิถุนายน 2551

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการศึกษา

จากการประเมินมาตรฐานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 12 ทีม โดยประเมินใน 4 มาตรฐาน ซึ่งประกอบด้วย 14 ตัวชี้วัด (ตารางที่ 1) ได้ผลการประเมินมาตรฐาน แสดงดังตารางที่ 2 พบว่า ทีมที่รับการประเมินได้คะแนนในภาพรวมในแต่ละมาตรฐานแตกต่างกัน โดยมาตรฐานทีมงานมีคะแนนอยู่ระหว่าง 8.5-10.0 คะแนน มาตรฐานความพร้อมมีคะแนนอยู่ระหว่าง 7.0-10.0 คะแนน มาตรฐานการเฝ้าระวังและเตือนภัยมีคะแนนอยู่ระหว่าง 6.0-10.0 คะแนน และมาตรฐานการสอบสวนโรคมีคะแนนอยู่ระหว่าง 2.5-10.0 คะแนน ถ้าพิจารณาตามรายอำเภอ พบว่า มีบางอำเภอไม่ผ่านเกณฑ์ประเมินในมาตรฐานการสอบสวนโรค แต่เมื่อพิจารณาจากเกณฑ์มาตรฐานของสำนักระบาดวิทยา¹ สำหรับทีมที่รับการประเมินทั้ง 12 ทีม ถือว่าผ่านเกณฑ์ประเมินตามมาตรฐานทั้ง 4 มาตรฐานในภาพรวมของเขต (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลการประเมินมาตรฐานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว รายอำเภอ ใน 4 จังหวัด ปีงบประมาณ 2551

มาตร ฐาน	นครสวรรค์				กำแพงเพชร				อุทัยธานี		พิจิตร		จำนวนทีม ที่ผ่านเกณฑ์	
	เมือง	ชุม แสง	ท่าตะ โก	แม่ เปิน	เมือง	ขาณุฯ	ลาน กระบือ	คลอง ลาน	ทัพ ทัน	ห้วย คต	เมือง	ทับ คล้อ	รวม	ร้อยละ (%)
ทีมงาน	10	10	10	10	8.5	10	10	8.5	8.5	8.5	10	10	12/1 2	100
ความ พร้อม	10	10	10	7	10	8.5	10	10	10	10	10	10	12/1 2	100
การเฝ้า ระวัง														
และ	8	6.2	8.2	8.2	10	8.8	8.8	10	8.8	7.6	6	8	12/1 2	100
เคลื่อน ภัย														
การ														
สอบ	7.4	8	8.8	10	2.5	6	6	7.4	5.0	8.8	8	7.5	10/1 2	83
สวน														
โรค														

เมื่อพิจารณารายตัวชี้วัดของแต่ละมาตรฐาน ผลการประเมิน พบว่า ทีมที่รับการประเมินทั้ง 12 ทีม (ร้อยละ 100) ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตัวชี้วัดที่ 1 การจัดตั้งทีม SRRT ตัวชี้วัดที่ 2 สักยภาพทางวิชาการของทีม ตัวชี้วัดที่ 3 ความพร้อมของทีมในภาวะปกติ ตัวชี้วัดที่ 4 ความรวดเร็วในการออกปฏิบัติงานทีม SRRT ตัวชี้วัดที่ 5 การจัดทำสถานการณ์โรคที่สำคัญและเผยแพร่อย่างต่อเนื่อง ตัวชี้วัดที่ 8 การแจ้งเตือนภัยจากการตรวจสอบสถานการณ์โรค และตัวชี้วัดที่ 9 การทราบข่าวเตือนภัยและองค์ความรู้ทางเครือข่ายอิเล็กทรอนิกส์ สำหรับตัวชี้วัดที่มีทีมผ่านเกณฑ์มาตรฐานรองลงมา (ร้อยละ 92) คือ ตัวชี้วัดที่ 10 ความครบถ้วนของการสอบสวนของการสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะรายในพื้นที่รับผิดชอบ ตัวชี้วัดที่ 11 ความทันเวลาของการได้รับแจ้งข่าวการระบาด ตัวชี้วัดที่ 13 การสอบสวนโรคที่มีคุณภาพ และตัวชี้วัดที่ 14 การเขียนรายงานสอบสวนโรคที่

มีคุณภาพ ส่วนตัวชี้วัดที่ 6 ความครอบคลุมของหน่วยงานที่ส่งรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง ตามเกณฑ์ที่กำหนด และตัวชี้วัดที่ 7 ความทันเวลาของการรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังตามเกณฑ์ที่กำหนด มีทีมที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 67 โดยมีตัวชี้วัดที่ 12 ความครบถ้วนของการสอบสวนการระบาดซึ่งมีทีมที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานน้อยที่สุด คือ มีเพียง 2 ทีม (ร้อยละ 17) ที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ในขณะที่อีก 10 ทีม (ร้อยละ 83) ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน คือ ได้คะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า 5 ใน 10 คะแนน

อภิปรายผล

การประเมินมาตรฐานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วในครั้งนี้ เป็นการสุ่มประเมินโดยผู้ประเมินจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดนครสวรรค์ ทำการประเมินด้วยวิธีการสัมภาษณ์ การตรวจสอบหลักฐานเอกสารต่างๆ

การพิจารณาเนื้อความในรายงานสอบสวนโรค และรายงานต่างๆ ที่ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วแต่ละแห่งได้จัดทำขึ้น รวมทั้งการตรวจสอบจากฐานข้อมูลโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา² ซึ่งการประเมินดังกล่าวผู้ประเมินจะต้องมีความรู้ความสามารถและได้รับการชี้แจงแนวทางการประเมินที่ชัดเจน เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถดำเนินงานประเมินได้โดยมีมาตรฐานการดำเนินงานเป็นแนวทางเดียวกัน เนื่องจากการสัมภาษณ์และการตรวจสอบเอกสารหลักฐานจากผู้รับการประเมินนั้นผู้ประเมินต้องพิจารณาให้คะแนนตามหลักฐานเอกสารที่มีอยู่ด้วยตัวของผู้ประเมินเอง ซึ่งอาจก่อให้เกิดความลำเอียงจากตัวบุคคลได้ ดังนั้น ในการประเมินครั้งนี้ทางสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดนครสวรรค์ จึงจัดตั้งทีมประเมินเพียงทีมเดียว ซึ่งทำให้สามารถดำเนินการประเมินได้ตามมาตรฐานในแนวทางเดียวกัน ประกอบกับการประเมินด้วยการตรวจสอบจากเอกสารหลักฐานยังมีจุดอ่อนที่อาจส่งผลต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานประเมิน ได้แก่ การค้นไม่เจอเอกสาร หรือมีการดำเนินงานแต่ไม่มีหลักฐานแสดง ซึ่งผู้ประเมินจะต้องพิจารณาให้คะแนนประเมินด้วยการสัมภาษณ์ การตรวจเอกสารจากหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม อาทิเช่นบันทึกการประชุมประจำเดือน รายงานการสอบสวนโรค หรือหนังสือราชการเสนอผู้บังคับบัญชา เป็นต้น ดังนั้น หากมีทีมประเมินหลายทีมจะต้องใช้เวลาในการชี้แจงให้มีความเข้าใจ และชัดเจนถึงแนวทางการปฏิบัติงานในการประเมินเพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานแนวทางการประเมิน

เมื่อพิจารณารายตัวชีวิตในภาพรวมทั้งเขตฯ 18 พบว่า ตัวชีวิตที่มีทีมผ่านเกณฑ์มากที่สุด (ร้อยละ 100) คือ ตัวชีวิตที่ 1, 2, 3, 4, 8 และ 9 รองลงมาคือ ตัวชีวิตที่ 6 และ 7 ส่วนตัวชีวิตที่มีทีมผ่านเกณฑ์น้อยที่สุด คือ ตัวชีวิตที่ 12 จากผลการประเมินครั้งนี้พิจารณาได้ว่า SRRT ระดับ

อำเภอในเขตฯ 18 จัดว่าเป็นทีมที่มีความพร้อมด้านทีมงานและด้านการดำเนินงานทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน ซึ่งทีมน่าจะคงมาตรฐานการทำงานเหล่านี้ไว้ ส่วนความทันเวลาของการรายงานผู้ป่วยด้วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง และความครอบคลุมของหน่วยงานที่ส่งรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อตามเกณฑ์ที่กำหนดมีทีมที่ผ่านเกณฑ์ค่อนข้างน้อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งความครบถ้วนของการสอบสวนการระบาดมีทีมที่ผ่านเกณฑ์น้อยที่สุด ซึ่งตัวชีวิตดังกล่าวนี้จัดเป็นตัวชีวิตที่มีความสำคัญต่อการดำเนินงานอันจะส่งผลต่อประสิทธิผลและประสิทธิภาพในการควบคุมและหยุดยั้งการระบาดไม่ให้ขยายวง หรือเกิด second generation ของการเกิดโรคที่เป็นไปตามบทบาทและหน้าที่ของทีม SRRT อย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะจากการประเมินครั้งนี้ คือ SRRT ควรเร่งรัดการรายงานให้มีความครบถ้วนและทันเวลาและกระตุ้นให้ทุกหน่วยงานภายในเครือข่ายรายงานให้ครอบคลุมมากที่สุด เพื่อจะได้ทราบข้อมูลและสถานการณ์ที่แท้จริง รวมทั้งควรมีการตรวจสอบและวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้รับอย่างสม่ำเสมอเพื่อตรวจจับความผิดปกติการสอบสวนได้ทันเวลา อันจะนำไปสู่การป้องกันการระบาดของโรคในวงกว้าง และควรมีการพัฒนาการเขียนรายงานสอบสวนโรคให้มีมาตรฐานยิ่งขึ้นในส่วนของมาตรฐานความพร้อมแม้ว่ามีทีมที่ได้รับการประเมินผ่านเกณฑ์มาตรฐานนี้ แต่ควรมีการจัดทำแผนปฏิบัติงานในภาวะฉุกเฉิน และเตรียมวัสดุอุปกรณ์ให้พร้อมสำหรับการปฏิบัติงานได้ตลอดเวลา นอกจากนี้ ข้อเสนอแนะสำหรับสำนักระบาดวิทยา คือ ควรมีการกำหนดวิธีการประเมินในแต่ละตัวชีวิตให้มีความชัดเจนมากขึ้น



กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดนครสวรรค์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน เจ้าหน้าที่ระบาดวิทยาจังหวัดทุกจังหวัดที่ให้ความอนุเคราะห์และความร่วมมือ ซึ่งทำให้การประเมินครั้งนี้สำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐาน SRRT. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร; โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ (ร.ส.พ.), 2548.
2. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานงานระบาดวิทยาโรคติดต่อ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร; โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ (ร.ส.พ.), 2548.

การจัดการกับความเครียดของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ (Stress Management among Public Health Workers in Chiang Mai Province)

อรุณรัตน์ สุคนธมาน ศ.ม.(สาธารณสุขศาสตร์)
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

Arunrat Sukonthaman M.P.H(Public Health)
Chiang Mai Provincial Health Office

บทคัดย่อ

จากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง อย่างมาก เป็นการสร้างความกดดันและความเครียดต่อจิตใจของมนุษย์ ซึ่งส่งต่อการดำรงชีวิตประจำวัน โดยลักษณะงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ต้องรับผิดชอบสูง เกี่ยวกับความเป็นความตายของมนุษย์ จึงก่อให้เกิดความเครียดสูงในขณะปฏิบัติงาน การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเครียด ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเครียด รวมทั้งการจัดการกับความเครียดของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดเชียงใหม่ ได้สุ่ม กลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง รวม 347 คน โดยใช้แบบสอบถามความเครียดของสวนปรุง SPST-60 (Suanprung Stress Test 60 ข้อ) การวิเคราะห์ข้อมูล โดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ และ หาความสัมพันธ์ ใช้การทดสอบไคสแควร์ ผลการศึกษาพบว่า ระดับความไวต่อความเครียดของ กลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 41.2 จากสาเหตุเรื่องครอบครัว ร้อยละ 38.6 และเรื่องสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 40.6 ส่วนอาการความเครียดที่แสดงออกทางระบบของร่างกาย อยู่ในระดับ ปานกลาง ที่ระบบกล้ามเนื้อและโครงกระดูก ร้อยละ 47.7 การหาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความเครียด พบว่า ความคิดที่จะฆ่าตัวตายและความคิดที่จะฆ่าผู้อื่น มีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 วิธีการจัดการกับความเครียดของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดเชียงใหม่ คือ การอ่านหนังสือ ดูหนัง ฟังเพลง ร้อยละ 35.4 รองลงมา การปรึกษาหรือพูดคุยระบายกับคนในครอบครัว ร้อยละ 31.7 และ ต้องการให้หน่วยงานจัดสถานที่ หรือห้องสำหรับพักผ่อนยามว่าง พร้อมมี ทีวี วิดีโอ คลื่นวิทยุ และอุปกรณ์การออกกำลังกาย

คำสำคัญ: ระดับความเครียด, การจัดการกับความเครียด

Abstract

A tremendous scale of economic, social and political changes has created a certain level of pressure and stress in the mind of people; and thus affected their daily lifestyle. Public health workers, in particular, hold a very high level of responsibility in their work dealing with the situation of life and death for people; so they have to bear a high level of stress while being on duty. This study aimed to explore the level of stress, the factors related to the stress, and the method used for dealing with stress of public health workers in Chiang Mai province. Study samples were recruited through a purposive sampling, totally 347 persons. The survey was conducted by using Suanprung Stress Test containing 60 question items (SPST-60). Data analysis was performed by using frequency distribution, the calculation

of percentage, and by identifying the correlation through the Chi Square test. Study result showed that 41.2% of study samples had a moderate level of the sensitivity to stress; 38.6% developed stress due to a cause related to their family; and 40.6% developed stress with a drive from an environmental factor. With regard to the symptoms of stress appeared physically through body systems, 47.7% of samples had a moderate level of such symptoms involving skeleton and muscular systems. Correlation between personal factors and the level of stress showed that the suicidal idea and the idea about wanting to kill other people were significantly developed with a significance level of 0.05. The methods used for dealing with stress among public health workers were reading, watching movies and listening to music (35.4%), followed by discussing with a family member to release tension (31.7%). They wanted their work units to set up a space or a common room for them to take a rest at leisure time, equipped with television, radio and karaoke sets, as well as the fitness equipment.

Keywords: Stress Level, Stress Management

บทนำ

ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง อย่างมาก ซึ่งมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของมนุษย์ ก่อให้เกิดความกดดันและความเครียดในจิตใจ เกิดความรู้สึกไม่มีความสุขในชีวิต เมื่อบุคคลมีความเครียดเกิดขึ้น จะส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ¹ ได้ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยทางกายได้หลายโรค เช่น มีอาการปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ และเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคเกี่ยวกับทางเดินอาหารและลำไส้ มีผลเสียต่อสุขภาพจิต จะเกิดการ หงุดหงิด ท้อแท้ เบื่อหน่ายนอนไม่หลับ วิตกกังวล โกรธง่ายขาดสมาธิ ขาดความอดทน ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำงาน ความเครียดเป็นความรู้สึกที่อยู่ในตัวของแต่ละบุคคล² ซึ่งจะแตกต่างกันไป การที่บุคคลจะปรับตัวต่อความเครียดได้มากน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับการจัดการกับความเครียดที่จะตอบสนองต่อความรู้สึกไม่สบายใจ วิตกกังวล กลัว เพื่อแก้ไข ลด หลีกเลียงต่อความรู้สึกดังกล่าว ถ้าบุคคลใดมีความเครียด และสามารถจัดการกับความเครียดได้ ก็จะส่งผลให้มีสุขภาพ

ดี ในขณะที่บางคนเกิดความล้มเหลวในการปรับตัว จะส่งผล กระทบให้เกิดความเจ็บป่วยและ ประสิทธิภาพการทำงาน ลดลง การสำรวจสุขภาพจิตของคนไทย พบว่า สาเหตุที่ทำให้คนไทยเกิดอาการเครียด 5 อันดับแรก ได้แก่ 1)หน้าที่ การงาน 2)เศรษฐกิจ 3)การเรียน 4)ปัญหาจราจร 5)ปัญหาครอบครัว³ ลักษณะของงานที่ต้องมีความรับผิดชอบสูงและ เสี่ยงต่อความเป็นความตายของมนุษย์ ซึ่งทำให้เกิด ความเครียดสูง คือ ลักษณะงานแพทย์ พยาบาล การปฏิบัติงาน ด้านการแพทย์ การพยาบาล ตลอดจนการสาธารณสุข สิ่งแวดล้อมต่างๆ⁴ เป็นหน้าที่ ที่สำคัญของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข หมายถึงการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับทรัพยากร มนุษย์โดยตรง หากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประสบกับภาวะ เครียดแล้ว ไม่สามารถเผชิญกับภาวะเครียดต่างๆ ได้อย่าง เหมาะสม จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน ทั้ง ทางตรงและทางอ้อม นอกจากนั้นภาวะเครียดยังอาจจะเป็น ปัญหาต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ จากเหตุผลดังกล่าวผู้ ศึกษาจึงทำการศึกษาภาวะเครียดของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในจังหวัดเชียงใหม่ วัตถุประสงค์เพื่อทราบระดับความเครียด

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเครียด และการจัดการกับความเครียดของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดเชียงใหม่

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Study) ในช่วงเดือน ตุลาคม 2552 ถึง เดือนธันวาคม 2552 จำนวน 347 คน ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวนทั้งสิ้น 2,575 คน ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง กำหนดโดยใช้สูตรยามานะ (Yamane) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 347 คนจากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม มี 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ผู้ศึกษาสร้างแบบสอบถามขึ้นเอง ประกอบด้วยเพศ อายุ สถานภาพ สมรส การอาศัยอยู่ จำนวนบุตร รายได้ ระดับการศึกษาและอายุราชการ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่และร้อยละ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเครียดของสวนปรุง SPST-60 (Suanprung Stress Test) ชุด 60 ข้อ ได้หาค่าความเชื่อมั่น ประกอบด้วยคำถามที่จะศึกษาสภาวะเครียด 3 ประเด็นสำคัญ คือ

1.ระดับความไวต่อการเกิดความเครียดสำรวจจากการดำเนินชีวิตประจำวันของแต่ละบุคคลว่า มี แนวโน้มที่จะเกิดความเครียดได้ง่ายแค่ไหนหรือมีโอกาสที่จะปรับตัวรับความเครียดได้ดีเพียงใด

2. ที่มาของความเครียด ให้ผู้ตอบสำรวจตัวเองว่า มี เหตุการณ์ใดเกิดขึ้นกับตัวเองบ้าง ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาและ รู้สึกเครียดต่อเหตุการณ์นั้นเพียงใด และสามารถบอกที่มาของความเครียด แบ่งออกเป็น 6 เรื่อง คือ เรื่องงาน, เรื่องส่วนตัว, เรื่องครอบครัว, เรื่องทางสังคม, เรื่องสิ่งแวดล้อมและเรื่องการเงิน

3. อาการของความเครียดที่แสดงออก ให้ผู้ตอบสำรวจตัวเองว่า มีอาการใดๆ ที่เกิดขึ้นจากความเครียดบ้าง หรือ อาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นนั้น ทำให้เกิดความเครียดขนาดไหน โดยแบ่งการศึกษาออกตามระบบสรีระวิทยา ดังนี้ อาการเครียดที่แสดงออกทางระบบกล้ามเนื้อ/โครงกระดูก, ระบบประสาทอัตโนมัติพาราซิมพาเทติก, ระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก, อารมณ์, ความคิด, ต่อมน้ำลาย และระบบภูมิคุ้มกัน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการจัดการกับความเครียด เป็นส่วนที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองรวบรวมจากกิจกรรมที่คนไทยชอบกระทำ เมื่อเกิดความเครียดขึ้น ประกอบด้วย วิธีการต่างๆ ที่ใช้แก้ไข ลด หรือบรรเทาความเครียด คำถามเป็นแบบเลือกรายการและแบบปลายเปิด

การวิเคราะห์ข้อมูล นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ มาตรวจสอบความถูกต้องและวิเคราะห์ ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ และ หาค่าความสัมพันธ์ ใช้การทดสอบ ไคสแควร์

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.9 อายุ 31-35 ปี ร้อยละ 21.9 สถานภาพสมรสแล้ว ร้อยละ 69.5 มีจำนวนบุตร 2 คน ร้อยละ 34.0 ปัจจุบันอาศัยอยู่กับครอบครัว ร้อยละ 75.8 มีรายได้เฉลี่ย 20,001-30,000 บาท ร้อยละ 23.9 ระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 62.5 และมีอายุราชการ 11-20 ปี ร้อยละ 34.3 ระดับความไวต่อการเกิดความเครียด

จากการศึกษา ความไวต่อความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ ปานกลาง จำนวน 143 คน ร้อยละ 41.2 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำจำนวน 96 คน ร้อยละ 27.7 อยู่ในระดับสูงจำนวน 95 คน ร้อยละ 27.4 และอยู่ในระดับสูงมาก มี น้อยที่สุด จำนวน 13 คน ร้อยละ 3.7 ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ของระดับความไวต่อการ
เกิดความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับความเครียด ที่มาหรือสาเหตุของความเครียด
ของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมทุกสาเหตุ ส่วนใหญ่อยู่ใน
ระดับต่ำ ร้อยละ 45.2 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ
35.5 ที่อยู่ในระดับต่ำ ได้แก่ เรื่องส่วนตัว ร้อยละ 62.5 เรื่อง

งาน ร้อยละ 51.3 เรื่อง ทางสังคม ร้อยละ 48.7 เรื่องทางด้าน
การเงิน ร้อยละ 39.8 ส่วนที่อยู่ในระดับปานกลาง คือ เรื่อง
ครอบครัว ร้อยละ 38.6 และเรื่องสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 40.6
ตามตารางที่ 2

ระดับความไวต่อ การเกิดความเครียด	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ต่ำ	96	27.7
ปานกลาง	143	41.2
สูง	95	27.4
สูงมาก	13	3.7
รวม	347	100

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ ระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่างตามที่มาของความเครียด

ที่มาของความเครียด	ระดับความเครียด							
	เครียดต่ำ		เครียดปานกลาง		เครียดสูง		เครียดรุนแรง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เรื่องงาน	178	51.3	122	35.2	39	11.2	8	2.3
2. เรื่องส่วนตัว	217	62.5	101	29.1	26	7.5	3	0.9
3. เรื่องครอบครัว	94	27.1	134	38.6	95	27.4	24	6.9
4. เรื่องทางสังคม	169	48.7	128	36.9	49	14.1	1	0.3
5. เรื่องสิ่งแวดล้อม	133	38.3	141	40.6	68	19.6	5	1.5
6. เรื่องการเงิน	138	39.8	114	32.8	70	20.2	25	7.2
รวมทุกสาเหตุ	157	45.2	123	35.5	57	16.4	10	2.9

อาการเครียดที่แสดงออก

จากการศึกษา อาการเครียดที่แสดงออกระบบต่าง ๆ
ของร่างกายในภาพรวมทุกระบบ ส่วนใหญ่อยู่ในความเครียด
ระดับต่ำ ร้อยละ 40.1 ได้แก่ ระบบประสาทอัตโนมัติพาราซิม
พาเทติก ร้อยละ 43.5 ระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก ร้อย

ละ 38.6 แสดงออกทางอารมณ์ ร้อยละ 39.8 ระบบความคิด ร้อย
ละ 53.9 ระบบต่อมไร้ท่อ ร้อยละ 38.9 และระบบภูมิคุ้มกัน ร้อย
ละ 42.4 ส่วน ระบบกล้ามเนื้อและโครงกระดูก ร้อยละ 44.7 อยู่
ในความเครียดระดับปานกลางตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละ ระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่างตามอาการเครียดที่แสดงออก

อาการเครียดที่แสดงออก	ระดับความเครียด							
	ต่ำ		ปานกลาง		สูง		รุนแรง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ทางระบบกล้ามเนื้อโครงกระดูก	144	41.5	155	44.7	34	9.8	14	4.0
2. ทางระบบประสาทอัตโนมัติ พาราซิมพาเทติก	151	43.5	103	29.7	80	23.1	13	3.7
3. ทางระบบประสาทอัตโนมัติ ซิมพาเทติก	134	38.6	112	32.2	80	23.1	21	6.1
4. ทางอารมณ์	138	39.8	113	32.5	85	24.5	11	3.2
5. ทางความคิด	187	53.9	102	29.4	46	13.2	12	3.5
6. ทางระบบต่อมไร้ท่อ	135	38.9	103	29.6	88	25.4	21	6.1
7. ทางระบบภูมิคุ้มกัน	147	42.4	108	31.1	71	20.4	21	6.1
รวมทุกระบบ	139	40.1	89	25.6	83	23.9	36	10.4

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความเครียด ความสัมพันธ์กับระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนความคิดที่จะฆ่าตัวตายและความคิดที่จะฆ่าผู้อื่น พบว่า มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 สัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความเครียด

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับความเครียด				ไคสแคว์	p-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รุนแรง		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
1. เพศ						
ชาย	34 (39.1)	31 (35.6)	18 (20.7)	4 (4.6)	3.447	0.328
หญิง	123 (47.3)	92 (35.4)	39 (15.0)	6 (2.3)		
2. อายุ (ปี)						
20 - 25 ปี	11 (34.4)	14 (43.5)	5 (15.6)	2 (6.5)	25.352	0.232
26 - 30 ปี	19 (47.5)	13 (32.5)	4 (10.0)	4 (10.0)		
31 - 35 ปี	27 (35.5)	32 (42.1)	17 (22.4)	0 (0.0)		

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับความเครียด				ไคสแคว์	p-value		
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รุนแรง				
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)				
2. อายุ (ปี)								
36 – 40 ปี	37	18	7	2	6.875	0.650		
	(57.9)	(28.1)	(10.9)	(3.1)				
41 – 45 ปี	32	24	14	2				
	(44.5)	(33.3)	(19.5)	(2.7)				
46 – 50 ปี	21	16	7	0				
	(47.7)	(36.4)	(15.9)	(0.0)				
51 – 56 ปี	9	6	3	0				
	(50.0)	(33.3)	(16.7)	(0.0)				
56 – 60 ปี	1	0	0	0				
	(100)	(0.0)	(0.0)	(0.0)				
3. สถานภาพสมรส								
โสด	39	27	11	2			16.283	0.179
	(49.4)	(34.2)	(13.9)	(2.5)				
สมรสแล้ว	107	84	42	8				
	(44.4)	(34.9)	(17.4)	(3.3)				
หย่าร้าง	5	9	4	0				
	(27.8)	(50.0)	(22.2)	(0.0)				
หม้าย	6	3	0	0				
	(66.6)	(33.4)	(0.0)	(0.0)				
4. จำนวนบุตรที่มีของกลุ่มตัวอย่างที่แต่งงานแล้ว								
ไม่มีบุตร	48	46	17	2	16.283	0.179		
	(42.5)	(40.7)	(15.0)	(1.8)				
1 คน	48	27	20	3				
	(49.0)	(27.6)	(20.4)	(3.0)				
2 คน	56	42	16	4				
	(47.5)	(35.6)	(13.5)	(3.4)				
3 คน	4	6	4	0				
	(28.6)	(42.9)	(28.5)	(0.0)				

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับความเครียด				ไคสแคว์	p-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รุนแรง		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
4. จำนวนบุตรที่มีของกลุ่มตัวอย่างที่แต่งงานแล้ว						
4 คน	1 (25.0)	2 (50.0)	0 (0.0)	1 (25.0)		
5. ระดับการศึกษา						
ประกาศนียบัตร	31 (44.9)	22 (31.8)	13 (18.9)	3 (4.4)	8.824	
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	92 (42.4)	82 (37.8)	38 (17.5)	5 (2.3)		
ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับความเครียด				ไคสแคว์	p-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รุนแรง		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
สูงกว่าปริญญาตรี	22 (55.0)	15 (37.5)	2 (5.0)	1 (2.5)		
อื่น ๆ ระบุ.....	12 (57.2)	4 (19.0)	4 (19.0)	1 (4.8)		
6. รายได้ต่อเดือนของครอบครัว						
น้อยกว่า 10,000	14 (37.8)	9 (24.3)	11 (29.7)	3 (8.2)	30.960	0.29
10,001 – 20,000	32 (40.0)	36 (45.0)	11 (13.8)	1 (1.2)		
20,001 – 30,000	34 (41.0)	29 (34.9)	17 (20.5)	3 (3.6)		
30,001 – 40,000	15 (37.5)	19 (47.5)	4 (10.0)	2 (5.0)		
40,001 – 50,000	30 (68.1)	9 (20.5)	5 (11.4)	0 (0.0)		
50,001 – 100,000	18 (58.0)	10 (32.3)	3 (9.7)	0 (0.0)		

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับความเครียด				ไคสแคว์	p-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รุนแรง		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
6. รายได้ต่อเดือนของครอบครัว						
มากกว่า 100,000	14 (43.6)	11 (34.5)	6 (18.8)	1 (3.1)		
7. ปัจจุบัน						
อาศัยอยู่กับครอบครัว	127 (48.3)	88 (33.5)	42 (16.0)	6 (2.2)	7.098	0.312
แยกกันอยู่จากหน้าที่การงาน	27 (37.5)	29 (40.3)	12 (16.7)	4 (5.5)		
อื่น ๆ	3 (25.0)	6 (50.0)	3 (25.0)	0 (0.0)		
8. อายุราชการ						
น้อยกว่า 10 ปี	38 (40.4)	38 (40.4)	15 (16.0)	3 (3.2)	13.131	
11-20 ปี	61 (51.3)	38 (31.9)	17 (14.3)	3 (2.5)		
21-30 ปี	42 (42.4)	40 (40.4)	16 (16.2)	1 (1.0)		
ระดับความเครียด						
ปัจจัยส่วนบุคคล	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รุนแรง	ไคสแคว์	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
31 ปีขึ้นไป	16 (45.7)	7 (20.0)	9 (25.7)	3 (8.6)		

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับความเครียด				ไคสแคว์	p-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รุนแรง		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
1. ความคิดที่จะฆ่าตัวตาย						
เคย	3 (13.1)	3 (13.1)	11 (47.8)	6 (26.0)	69.945	0.00*
ไม่เคย	154 (47.5)	120 (37.0)	46 (14.3)	4 (1.2)		
2. ความคิดที่จะฆ่าผู้อื่น						
เคย	15 (39.5)	6 (15.8)	12 (31.5)	5 (13.2)	26.567	0.00*
ไม่เคย	142 (45.9)	117 (37.9)	45 (14.6)	5 (1.6)		

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จัดการกับความเครียดของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ส่วนใหญ่ ใช้วิธีการอ่านหนังสือ ดูหนัง ฟังเพลง ร้อยละ 35.4 รองลงมา ใช้วิธีการปรึกษาหรือพูดคุยระบายกับคนในครอบครัว ร้อยละ 31.7 และต้องการให้หน่วยงานจัดสถานที่พักผ่อนยามว่าง ร้อยละ 57.9 พร้อมจัดให้มี โทรศัพท์ วิทยุ การไอเกะ ร้อยละ 40.6 และอุปกรณ์การออกกำลังกาย ร้อยละ 40.4 เพื่อผ่อนคลายความเครียด เรียงลำดับ

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ มีระดับความไวต่อการเกิดความเครียดส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง มาจากสาเหตุเรื่องครอบครัว สิ่งแวดล้อม และอาการเครียดที่แสดงออกทางร่างกายในระบบกล้ามเนื้อโครงกระดูก อยู่ในระดับ ปานกลาง

เช่นเดียวกัน ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของวรรณวิไล ชุ่มภิรมย์ และคณะ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่⁶ ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญ คือ ความคิดที่จะฆ่าตัวตายและคิดที่จะฆ่าผู้อื่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเปรียบเทียบระดับความเครียด ความคิดอยากฆ่าตัวตายและผู้อื่น ของข้าราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ข้าราชการครู และข้าราชการตำรวจ ในจังหวัดเชียงใหม่⁷ การจัดการกับความเครียดของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ คือ การอ่านหนังสือ ดูหนัง ฯลฯ, การปรึกษาหรือพูดคุยระบายกับคนในครอบครัว และต้องการให้หน่วยงานจัดสถานที่ อุปกรณ์การออกกำลังกาย เพื่อเป็นแรงสนับสนุน และแรงจูงใจ ในการออกกำลังกายมากขึ้น⁸ ข้อเสนอแนะควรเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของความเครียดต่อภาวะสุขภาพและวิถีปฏิบัติในการผ่อนคลายความเครียด ในทางที่เหมาะสม และศึกษาการเปรียบเทียบความเครียดด้านต่างๆและความสามารถในการ

ด้านการจัดการกับความเครียดของผู้บริหารกับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สวนปรุง ที่อนุญาตให้ใช้แบบวัดความเครียดสวนปรุง และคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการศึกษาครั้งนี้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. จำลอง ดิษขวนิช และพริ้มเพรา ดิษขวนิช. ความเครียด ความวิตกกังวลและสุขภาพ. เชียงใหม่: โรงพิมพ์แสงศิลป์; 2545.
2. สมจิต หนูเจริญกุล. การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์. กรุงเทพมหานคร: บริษัทอินเตอร์โฟกัส ดาต้า; 2536.
3. ปรีชา อินท. วารสารสวนปรุง ปีที่ 14 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2541; หน้า 11-17.
4. สีนินาฏ จิตต์ภักดี. ภาวะความเครียดและปัจจัยจากลักษณะงานที่ทำให้เกิดความเครียดของพยาบาลโรงพยาบาลสวนปรุง: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย เชียงใหม่; 2538.
5. สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ. การสร้างแบบวัดความเครียดสวนปรุง. วารสารสวนปรุง ฉบับที่ 13; 2540: หน้า 1-20.
6. วรรณวิไล ชุ่มภิรมย์ และคณะ. รายงาน การวิจัย เรื่อง ความเครียดและวิถีจัดการกับความเครียดของบุคลากร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2547.
7. มนตรี นามมงคล และวนิดา ชุ่มไพศาลชัย. การเปรียบเทียบความเครียด ความคิดอยากฆ่าตัวตาย และความคิดอยากฆ่าผู้อื่น ของข้าราชการในจังหวัดเชียงใหม่. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2540.
8. Arizen I., Fishbein M. Understanding attitudes and Predictory sexual Behavior. N.J.: Prentice Hall.

การพัฒนาแบบสื่อสารความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพ แบบมีส่วนร่วม เพื่อแก้ไขปัญหาโรค *Streptococcus suis* ในพื้นที่ ตำบลทุ่งกล้วย อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดพิจิตร

รชนีกร คำหล้า ส.ม.

Ratchaneekorn kumlar M.P.H

อศุณย์ศักดิ์ วิจิตร วท.ม.

Adulsak Wijit M.Sc.

ยุพาพร ศรีจันทร์ ส.ม.

Yupaporn Srijun M.P.H

พิมพ์ทอง อิมสารณู ศศ.บ.

Pimpong Aimsumlarn B.A

นพพร ศรีพิศ ศศ.ม.

Nopporn Sripud M.A

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่

Office of Disease Prevention and Control, 10th

Chiang Mai

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบสื่อสารความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพในการแก้ไขปัญหาโรคไข้หูดับ เกิดจากเชื้อ *Streptococcus suis* อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดพิจิตร รูปแบบการศึกษาโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน พื้นที่ดำเนินการ หมู่ที่ 4, 5 และ 9 ตำบลทุ่งกล้วย ระยะเวลาดำเนินการ 1 ปี เดือนมีนาคม 2551 – กุมภาพันธ์ 2552 วิธีดำเนินการ คัดเลือกแกนนำในชุมชน จัดเวทีเครือข่ายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา กำหนดทางเลือกในการดำเนินงาน กำหนดมาตรการโดยชุมชน จัดทำแผนของชุมชน และการติดตามประเมินผล ผลการศึกษาจากการวิเคราะห์ปัญหาพบว่า ผู้ที่มีหน้าที่ปรุงอาหารส่วนใหญ่เป็นแม่บ้าน ผู้ชายและผู้สูงอายุชอบกินดิบ จะมีการทำลาบ หลู้ หมูดิบในงานเลี้ยงของหมู่บ้าน โดยส่วนมากมักรับประทานร่วมกับการดื่มสุรา มติชุมชนได้มีการกำหนดมาตรการสังคมหากมีงานเลี้ยงของหมู่บ้านต้องไม่มีรายการอาหารที่ทำจากหมูดิบ โดยกลุ่มแม่บ้านจะเป็นผู้กำหนดรายการอาหารร่วมกับเจ้าภาพงานและกรรมการหมู่บ้าน ในขณะเดียวกันได้กำหนดสื่อในการสื่อสารความเสี่ยงของชุมชน ได้แก่ โปสเตอร์ ติดตั้งในจุดที่เห็นชัดของหมู่บ้านเพื่อสร้างกระแสให้เกิดความตระหนักอันตรายของการกินหมูดิบ สติกเกอร์ เพื่อใช้เป็นสื่อรณรงค์ในการเคาะประตูบ้านและติดเพื่อแจ้งเตือน สื่อวิทยุข้อความ “หน่วยปราบคนกินดิบ” เพื่อเป็นสื่อบุคคลให้กับกลุ่มแม่บ้านใส่ในกรณีมีงานเลี้ยง โดยทุกคนพร้อมใจใส่เสื้อ มีกิจกรรมการรณรงค์ในหมู่บ้านจำนวน 2 ครั้ง ในเดือนเมษายน และสิงหาคม 2551 หลังดำเนินการแล้ว 6 เดือนได้ติดตามผลโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขพบว่าร้อยละ 90 ของประชาชนในหมู่บ้านเลิกกินหมูดิบ งานเลี้ยงขึ้นบ้านใหม่ งานศพ งานแต่งงาน งานเลี้ยงอื่นๆ ในหมู่บ้าน รายการอาหารในงานเลี้ยงเป็นรายการปรุงสุกเท่านั้น

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ การสื่อสารความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพเพื่อแก้ไขปัญหาโรคไข้หูดับ แบบมีส่วนร่วมโดยชุมชนและการใช้มาตรการสังคม ในการเลิกกินหมูดิบนั้นได้ผลเป็นที่ประจักษ์ อย่างไรก็ตามการดำเนินงาน จำเป็นต้องอาศัยหน่วยงานภาครัฐและเอกชนสนับสนุนให้เกิดกลไกและกิจกรรมอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดความยั่งยืนต่อไป

คำสำคัญ: สื่อสารความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพ ไขหูดับ หมูดิบ ลาบหลู้ โรคสเตรปโตค็อกคัสซูอิส

Abstract

This study was aimed to develop a risk communication model of deafness prevention owing to *Streptococcus suis* infection in Phusang district, Payao province. Participatory research was conducted during March 2008 – February 2009 and Moo 4, 5, and 9 in Tungklouy subdistrict were purposively selected. The community had chosen their delegates who, thereafter, organized knowledge sharing events, community problem analyses, key measures to implementation, a strategic map, and monitoring and evaluation. According to the problem analysis findings, the study revealed that a cooking process was done mainly by housewives. Men and elders favored of eating spicy raw pork. In every party had spicy raw pork that was served with alcoholic drinking. Consequently, community dictated social measures to stop eating all food consisted of raw pork in all parties. Housewives together with village's commissions and party-holders would list a menu for the parties. Meanwhile, risk communication materials were developed to campaign in the villages, for example, posters that were placed in village-common places, stickers that were distributed when running a door-to-door campaign, T-shirts that were posted a motto "Exterminator team for raw pork eaters" and were put on during the parties. Two big campaigns were carried out in April and August 2008. After 6 months, public health officials evaluated the model and found that 90% of villagers stopped eating raw pork and in every party had only a cooked food menu.

Conclusions and recommendations. Risk communication model to prevent deafness from *Streptococcus suis* infection under participatory processes and designated social measures to stop eating raw pork were fruitfully evidenced. However, the implementation and sustainability also needed governmental roles and private sectors in the district to support the processes and activities continuously.

Keywords: Risk communication, *Streptococcus suis*, raw pork

บทนำ

ในสภาวะปัจจุบันได้มีการระบาดของโรคติดต่อต่างๆ และที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศในขณะนี้ได้แก่ อุบัติใหม่ ซึ่งโรคที่กำลังเป็นปัญหาได้แก่โรค สเตรปโตค็อกคัส ซูอิส(*Streptococcus suis*) โรคสเตรปโตค็อกคัสซูอิส (*Streptococcus suis*) เป็นโรคติดต่อระหว่างสัตว์สู่คน

ที่สำคัญโรคหนึ่ง ซึ่งมีการระบาดอยู่ในหลายๆพื้นที่ในเขตภาคเหนือตอนบน¹ และได้มีการรายงานการเกิดโรคอย่างต่อเนื่องได้แก่ โรคสเตรปโตค็อกคัส ซูอิส เมื่อ ปี พ.ศ. 2543 มีรายงานจากโรงพยาบาลบ้านโฮ้ง และโรงพยาบาลลำพูนว่า มีผู้ป่วยสงสัยโรคไข้กาฬหลังแอ่นจำนวน 3 ราย จากการสัมภาษณ์ประวัติพฤติกรรมเสี่ยงจากญาติใกล้ชิด

ผู้เสียชีวิต พบว่า ทุกรายมีประวัติดื่มสุราจัดและต่อเนื่อง และมีประวัติการรับประทานลาบ หลู้ จากเนื้อสุกรดิบ 2-3 วันก่อนป่วย และจากประวัติการรักษาที่โรงพยาบาลซึ่งได้ตรวจเพาะเชื้อจากเลือด จำนวน 8 ราย พบเชื้อ สเตรปโตค็อกคัส วิริแดนส์ อีก 2 รายที่ได้ตรวจเพาะเชื้อจากปัสสาวะพบเชื้อ สเตรปโตค็อกคัส วิริแดนส์ ผู้ป่วยรายใหม่ที่เกิดขึ้นได้ส่งตรวจเพื่อแยกเชื้อ พบว่า ทุกรายตรวจพบเชื้อ สเตรปโตค็อกคัส ซูอิสซีโรไทป์ 2 (serotype) ในปี พ.ศ. 2544 มีรายงานผู้ป่วยจากจังหวัดลำพูนอีกจำนวน 10 ราย ทุกรายเสียชีวิต ผลการเพาะเชื้อชั้นสุดเป็นแบคทีเรียเชื้อ สเตรปโตค็อกคัส ซูอิส ปัจจัยเสี่ยงคือ รับประทานเนื้อสุกรดิบ หรือสุกๆดิบๆ ทุกรายดื่มสุรา² สำนักระบาดวิทยาได้รวบรวมรายงานการป่วยติดเชื้อสเตรปโตค็อกคัส ซูอิส ในปี 2550 พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในพื้นที่ภาคเหนือและมีประวัติการบริโภคเนื้อหรือเลือดหมูดิบ รวมผู้ป่วยทั้งสิ้น 104 ราย เสียชีวิต 15 ราย และจากข้อมูลโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ตรวจพบว่ามีผู้ป่วยจากโรคสเตรปโตค็อกคัส ซูอิส เพิ่มขึ้นจำนวนขึ้นประมาณ 30-40 ราย แต่ไม่ได้พบเชื้อมีตลอดทุกปี บางปีน้อยบางปีมาก เฉลี่ยประมาณ 10 รายต่อปี จากสถิติปี พ.ศ. 2544 พบ 15 รายปี พ.ศ. 2545 พบ 29 รายปี พ.ศ. 2546 พบ 13 รายและปี พ.ศ. 2547 พบ 18 ราย ส่วนใหญ่ติดเชื้อมาจากพฤติกรรมการกินเนื้อหมูดิบๆ ลาบเลือดหมูดิบๆ ผู้รอดชีวิตมักมีอาการหูหนวกเนื่องจากการติดเชื้อในสมองและประสาทที่เกี่ยวกับการได้ยิน และยังอาจให้ตาบอดได้อีกด้วย ในช่วง 5 ปี ผ่านมาโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ มีผู้ป่วยรวมทั้งสิ้น 72 ราย มี 2 กลุ่มเสี่ยงที่สัมผัสกับหมูและคนที่กินเนื้อหมูดิบกับเลือดสด โดย 1 ใน 5 ของผู้ป่วยเสียชีวิตหลังจากติดเชื้อนี้³

ในเดือนเมษายน – พฤษภาคม 2550 เขตตำบลทุ่งกล้วยได้เกิดการระบาดของโรคสเตรปโตค็อกคัส ซูอิส ขึ้น มีประชาชนเข้ารับการคัดกรองเพื่อตรวจหาโรคจาก

โรงพยาบาล เชียงคำและสถานอนามัยตำบลทุ่งกล้วยจำนวน 1,256 ราย รับประทานเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลเชียงคำจำนวน 94 ราย รับประทานในหอผู้ป่วยหนัก (ICU) จำนวน 5 ราย จากการระบาดครั้งนี้ สรุปยอดผู้ป่วย ที่ได้รับการยืนยันว่าติดเชื้อ โรคโรคสเตรปโตค็อกคัส ซูอิส จำนวนทั้งสิ้น 33 ราย เสียชีวิตจำนวน 3 ราย และการระบาดครั้งนี้มีสาเหตุติดเชื้อจาก การกินเนื้อหมูลาบดิบเลี้ยงในงานศพ⁴ นับเป็นการสูญเสียด้านสุขภาพครั้งใหญ่โดยเฉพาะด้านสุขภาพของประชาชนในตำบลทุ่งกล้วยโดยเฉพาะ หมู่ 4 หมู่ 5 และหมู่ 9 ซึ่งนอกจากจะสูญเสียชีวิตทรัพย์สินรวมถึงเวลาแล้ว ยังก่อให้เกิดความวิตกกังวล ความเครียดตลอดจนปัญหาสุขภาพจิตตามมาเป็นจำนวนมาก เหตุการณ์การระบาดของโรคที่เกิดจากการบริโภคอาหารที่ไม่ปลอดภัย ในครั้งนี้ นับเป็นครั้งที่สองในรอบสามปีที่ผ่านมาโดยในครั้งก่อนได้เกิดการระบาดของโรคโบทูลิซึมในเขตตำบลเชียงแวง อำเภอกู่ขวาง จังหวัดพะเยา

จากข้อมูลดังกล่าวเบื้องต้นจะเห็นได้ว่า ค่านิยมในการบริโภคอาหารปรุงไม่สุกของประชาชนเป็นส่วนหนึ่งของสาเหตุการเกิดโรคที่สำคัญ และเนื่องจากประชาชนในเขตภาคเหนือยังนิยมรับประทานเนื้อหมูดิบหรือปรุงสุกๆ ดิบๆ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้บริโภคยังทำได้ยากจึงทำให้พบผู้ป่วยในภาคเหนือจำนวนมาก ซึ่งในปัจจุบันมีข้อมูลจากการสอบถามพบว่า ในกลุ่มเด็กนักเรียนบางส่วนมีพฤติกรรมเลียนแบบการบริโภคดิบด้วย

เพื่อเป็นการพัฒนารูปแบบ/มาตรการในการสื่อสารความเสี่ยงในการแก้ปัญหาโรคสเตรปโตค็อกคัส ซูอิส แบบมีส่วนร่วม โดยร่วมมือกับเครือข่าย มุ่งเน้น การวิเคราะห์ปัญหาชุมชนโดยชุมชน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จัดทำแผนของชุมชน กำหนดมาตรการของชุมชนโดยชุมชน จัดรณรงค์ในพื้นที่เป้าหมาย รวมทั้งมีการเก็บข้อมูล

เชิงลึกเพื่อนำไปสู่การผลิตสื่อให้สอดคล้องในการแก้ไข ปัญหาของพื้นที่ซึ่งประชาชนในชุมชนเองเป็นผู้ที่กำหนด ต้องเป็นกระบวนการที่ชุมชนยอมรับในการปรับเปลี่ยน ด้วยชุมชนเองโดยมีบุคลากรสาธารณสุขเป็นผู้เอื้อให้เกิด กระบวนการ วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาในการพัฒนารูปแบบ การสื่อสารความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพโดยชุมชนมีส่วนร่วม ในการแก้ไขปัญหาโรคสเตรปโตคอคคัส ซูอิส ที่ เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ใช้รูปแบบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ แบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) เพื่อพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพ แบบมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาโรค *Streptococcus suis* โดยมีระยะ เวลาดำเนินการตั้งแต่เดือนเดือนมีนาคม 2551 – กุมภาพันธ์ 2552

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ คือ ประชาชนในตำบล หุ้งกล้วย ในพื้นที่ตำบลหุ้งกล้วย (หมู่ 4, 5, 9) ประกอบด้วย กลุ่มแกนนำในชุมชน ได้แก่ แกนนำผู้ใหญ่บ้าน แกนนำ อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้สูงอายุ เยาวชนกลุ่มดอกหญ้า กลุ่มแม่บ้าน

ประชากรเป้าหมาย การจัดการสนทนากลุ่ม เชิงคุณภาพ กลุ่มแกนนำแม่บ้าน แบบเจาะจง และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ จำนวน 36 คนมีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป

ประชากรเป้าหมาย การสัมภาษณ์จากแบบสอบถาม เชิงปริมาณ ประชาชน จำนวน 152 คน ที่อาศัยในพื้นที่หมู่ 4, หมู่ 5 และหมู่ 9 ต.อำเภอภูซาง จังหวัดเชียงราย มีอายุ ตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษามี 2 ประเภท ประกอบด้วย เชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณ

1. เครื่องมือช่วยในการวิเคราะห์ชุมชนแบบมี ส่วนร่วม ได้แก่ แนวคิดหลักการ PRA การเขียนแผนที่ ความคิด (Mind map) ในการระดมสมอง

2. แบบเก็บข้อมูลสนทนากลุ่มแกนนำแม่บ้านเพื่อ การผลิตสื่อ ขั้นตอนการศึกษา

1. วิเคราะห์ปัญหาโรคที่เกิดระบาดและมี ผลกระทบต่อสุขภาพ ในเขตพื้นที่ หมู่ 4 หมู่ 5 และหมู่ 9 ตำบลหุ้งกล้วย อำเภอหุ้งกล้วย จังหวัดพะเยา

2. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้

3. ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา กำหนดทางเลือกใน การดำเนินงาน กำหนดมาตรการโดยชุมชน จัดทำแผนของ ชุมชน และการติดตามประเมินผล

3. ประเมินความรู้เรื่องโรคสเตรปโตคอคคัส ซู อิส ตามแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับ โรคสเตรปโตคอคคัส ซูอิสและพฤติกรรม ส่วนที่ 3 การ สื่อสารด้านสุขภาพ

4. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยสนทนากลุ่มแกน นำแม่บ้านหมู่ 4, 5 และ 9 เพื่อการผลิตสื่อของชุมชน พื้นที่ หมู่ 4 , หมู่ 5 และหมู่ 9 ต.หุ้งกล้วย อำเภอภูซาง จังหวัด พะเยา

5. รณรงค์โดยการใช้อีบุคคัล คือกลุ่มแม่บ้าน และสื่อที่เป็นโปสเตอร์ สติกเกอร์

6. หลัง 6 เดือน ติดตามประเมินผลกลุ่มแม่บ้าน โดยการสนทนากลุ่ม

ผลการศึกษา

ขั้นตอนที่ 1 จากการจัดเวทีในการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ร่วมกัน กลุ่มแกนนำหมู่ที่ 4, 5 และ 9 ตำบลหุ้งกล้วย อำเภอภูซาง เพื่อแก้ไขปัญหาโรคสเตรปโตคอคคัส ซูอิส

พบว่า ผู้ที่มีหน้าที่ปรุงอาหารในครัวเรือนละในงานเลี้ยงของชุมชนส่วนใหญ่เป็นแม่บ้าน และผู้ชายและผู้สูงอายุชอบกินดิบ จะมีการทำลาบ หลู้หมุดิบในงานเลี้ยงของหมู่บ้าน โดยส่วนมากมักกับประทานร่วมกับการดื่มสุรา มติชุมชนได้มีการกำหนดมาตรการสังคม หากมีงานเลี้ยงของหมู่บ้านต้องไม่มีรายการอาหารที่ทำจากหมุดิบ โดยกลุ่มแม่บ้านจะเป็นผู้กำหนดรายการอาหารร่วมกับเจ้าภาพงานและกรรมการหมู่บ้าน และกลุ่มจึงได้เห็นร่วมกันในการวางแผนและดำเนินการในการกำหนดมาตรการ ของตำบลทุ่งกล้วยดังนี้

1.กฎชุมชนไม่บริโภคหมุดิบ การทำประชาคม, กำหนดมาตรการร่วมกัน ระเบียบข้อบังคับไม่ปรุงหมุดิบในงานเลี้ยง, ผู้นำกับแม่บ้านปรึกษากับเจ้าของงานในเรื่องรายการอาหารจัดเลี้ยงในงาน, สร้างคณะกรรมการดำเนินการดูแล ตรวจสอบ ไม่ให้มีการชำแหละหมุที่ไม่ได้มาตรฐานในหมู่บ้าน, เสนอให้มีโรงฆ่าสัตว์ได้มาตรฐานระดับตำบล

2.กระตุ้นตอกย้ำอันตรายในการบริโภคเนื้อสัตว์ (หมุดิบ), ประชาสัมพันธ์ ผ่านหอกระจายข่าว, แจ้งในที่ประชุมหมู่บ้านทุกเดือน, กิจกรรมรณรงค์, เคนรณรงค์, ป้ายความรู้/แผ่นพับ, อสม.ให้ความรู้สุขศึกษาแก่ประชาชน, ประสานหมอนามยให้ความรู้, เล่าประวัติศาสตร์การเกิดโรคโดยผู้ปกครองเล่าให้เด็กลูกหลานฟัง, พระเทศน์ให้ความรู้ ข้อนร้อยทุกวันพระ, การสุขาภิบาลอาหาร, อบรมแม่บ้านเรื่องการสุขาภิบาลอาหาร, การจัดครัวเรือนถูกหลักสุขาภิบาล, ประกวดครัวไฟ ห้องครัวถูกหลัก, บ้านตัวอย่าง ครอบครัวไม่กินดิบ, การจัดการด้านสัตว์, จัดระเบียบบ้าน แยกคอกสัตว์ออกนอกบ้าน, ฟื้นฟูความรู้อาสาสมัครปศุสัตว์ ผู้ประกอบการ เฝ้าระวังโรคในหมู่บ้าน, เสนอประเด็นในการประชาคมหมู่บ้านเรื่องห้ามนำสัตว์ หมูป่วยชำแหละและจำหน่าย ในหมู่บ้าน, ความ

ยังขึ้นการขยายเครือข่ายของการไม่บริโภคหมุดิบ, พุดจาประสาชาวบ้าน ประสานเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย/ปศุสัตว์ ให้ความรู้ตอกย้ำเวลามีการ, จัดประชุมประจำหมู่บ้านในแต่ละเดือน, จัดตั้งชมรม ชมรมต่อต้านการกินหมุดิบ ชมรมเยาวชนรุ่นใหม่ไม่กินหมุดิบ

ขั้นตอนที่ 2 จากการใช้แบบสัมภาษณ์ชาวบ้านที่อาศัยใน หมู่ที่ 4, 5 และ 9 จำนวน 152 คน

ข้อมูลทั่วไป จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 152 ตัวอย่าง เป็นชาย 66 คน หญิง 86 คน ส่วนใหญ่ช่วงอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 38 ระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 57.9 อาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร ร้อยละ 56.6 เวลาว่างงานเลี้ยงในหมู่บ้านผู้ที่มีหน้าที่ทำอาหาร เป็นกลุ่ม แม่บ้าน ร้อยละ 100

ความรู้เกี่ยวกับโรคสเตรปโตคอคคัส ซูอิสและพฤติกรรม กลุ่มตัวอย่างรู้จักโรคนี้หรือไม่ ส่วนใหญ่เคยรู้จัก ร้อยละ 92.8 ทราบเกี่ยวกับการรอกการ ร้อยละ 100 ทราบว่า มีอาการไข้ ปวดศีรษะ และมีอาการหายใจเหนื่อยหอบ หูอื้อหรืออาการได้ยินลดลง ร้อยละ 100 สาเหตุของการเกิดโรค เกิดจากหมุ ร้อยละ 100 การติดต่อของโรค ส่วนใหญ่ การติดต่อถึงคนโดยการกินหมุดิบ ร้อยละ 65.8 รองลงมา ติดต่อกันได้ทั้งการกินหมุดิบ ทางผิวหนัง และทางเชื้อบาด ร้อยละ 50.0 และติดต่อทางผิวหนัง ร้อยละ 1.3

การรับรู้ในการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคสเตรปโตคอคคัส ซูอิส มีการปรุงอาหารที่เป็นเนื้อหมูและเลือดหมูสุกทุกครั้ง ร้อยละ 100.0 ผู้ที่ทำงานสัมผัสกับหมู เช่นผู้เลี้ยง ผู้ชำแหละมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ร้อยละ 82.9 ในการเลี้ยงหมูควรดูแลในด้านการระบายอากาศ ความสะอาด และสภาพไม่แออัด ร้อยละ 97.4 และเมื่อมีหมูที่เลี้ยงไว้ป่วยไม่ควรฆ่าแล้วนำไปขาย ร้อยละ 80.6 ในรอบ 3 เดือนมีการรับประทาน ลาบ หลู้/ส้า ร้อยละ 2.6 ซึ่งกินในโอกาสไปทำงานร่วมกันในการเก็บเกี่ยวพืชไร่ ตอน

กลางวันจะทำลายเสียกัน ในชีวิตประจำวันมีการสัมผัสกับหมูหรือเนื้อหมู ร้อยละ 81.6 และมี การสัมผัสกับหมูหรือเนื้อหมู ส่วนใหญ่นำมาประกอบอาหาร แหล่งซื้อหมูดิบมาปรุงอาหารส่วนใหญ่มาจากแหล่ง ร้านค้าในหมู่บ้าน ร้อยละ 61.1 ผู้ปรุงอาหารในบ้านส่วนใหญ่ เป็นแม่บ้าน ร้อยละ 88.2

การสื่อสารด้านสุขภาพ ในรอบ 3 เดือนเคยได้พบปะ กับอาสาสมัครสาธารณสุข เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ ร้อยละ 89.0 เฉลี่ยจำนวน 3 ครั้ง และได้รับข่าวสารความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพจากแหล่ง ต่างๆ ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เสียตามสายในหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน/อาสาสมัครสาธารณสุข โทรศัพท์ หนังสือพิมพ์

ขั้นตอนที่ 3 การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่มแกนนำแม่บ้านหมู่ 4, หมู่ 5 และ หมู่ 9 ตำบลทุ่งกล้วย อำเภอกู่ช้าง จังหวัดพะเยาเพื่อการผลิตสื่อของชุมชน

1. สภาพทั่วไปของหมู่บ้าน อาชีพส่วนใหญ่ที่มาร่วมประชุมจะประกอบอาชีพเกษตรกรรม เช่น ปลูกข้าว ยางพารา ถั่วลิสง แตงโม ข้าวโพด และที่มาร่วมประชุมประกอบอาชีพขายของชำอยู่ 2 คน ซึ่งการทำการเกษตรกรรมจะมีช่วงเวลาการดำเนินงาน ข้าวจะปลูกช่วงเดือน ก.ค.-ส.ค. เก็บเกี่ยว พ.ย.-ธ.ค. ข้าวโพดเลี้ยงสัตว์ จะปลูกประมาณ 4 เดือนจึงเก็บเกี่ยว ขายกิโลกรัมละ 5.70 บาท ยางพารา ปลูกได้ประมาณ 6-7 ปี ถึงได้กรี๊ด ซึ่งได้รับพันธุ์จากโครงการ และมีบางส่วนซื้อจากพ่อค้าจากภาคใต้ ที่มาเพาะขายในพื้นที่ ในการกรี๊ดยางจะมีโครงการฝึกอบรมการกรี๊ดให้เกษตรกร และมี องค์การบริหารส่วนตำบลพาไปดูงานการกรี๊ดยางที่ จังหวัดระยอง ซึ่งฤดูกาลกรี๊ดจะเริ่มกรี๊ดในช่วงเดือน เม.ย. จะเริ่มกรี๊ดยางประมาณ 2 ทุ่ม จะกรี๊ดวันเว้นวันและวันที่ฝนตกจะไม่กรี๊ด และจะหยุดกรี๊ดเมื่อต้นยางผลัดใบจะเว้นประมาณ 3-4 เดือน

สำหรับการขายจะขายเป็นยางแผ่นและมีพ่อค้ามารับซื้อ/สหกรณ์รับซื้อ รายได้ต่อครอบครัวเฉลี่ย 50,000-100,000 บาท ต่อปี/ต่อครอบครัว ส่วนใหญ่จะเป็นคนเมืองการศึกษา ส่วนใหญ่จะจบชั้น ป. 4 ถ้าเป็นเยาวชนรุ่นใหม่ มักจะนิยมไปเรียนต่อในระดับอุดมศึกษาที่ราชภัฏเชียงราย

ประเพณีวัฒนธรรมเดือนมีนาคมจะมีการเลี้ยงผีปู่ย่าเดือนเมษายน คำหัว/สงกรานต์ และมีประเพณีเลี้ยงเสื่อบ้านที่อยู่บนภูเขาพฤษภาคม ประเพณีเป็ง ทำบุญ ขึ้นพระธาตุ และมีการจุดบั้งไฟแข่งขันกันซึ่งในหมู่บ้านนี้ถ้าผู้ชายคนไหนที่จะมาเป็นเขยในหมู่บ้านนี้จะต้องเลี้ยงผีด้วยหัวหมู ส่วนคนไหนที่ไม่สบายก็จะมีพิธีสู่ขวัญ/เลี้ยงผี โดยมีหมอผีจากหมู่ 5 แต่ก็เป็นส่วนน้อยเพราะส่วนมากถ้าไม่สบายจะไปรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบันมากกว่า และจะมีการจัดปอยหลวง(ที่นี้เรียกว่าฉลอง/ขวสลา) เพื่อทำบุญที่วัดโดยจะจัดขึ้นเป็นบางปี

อาหารการกิน ส่วนใหญ่จะ ซื้อมาจากภาคเหนือ หมู่ 4 หมู่ 5 ,ภาคสบบง มีการนำวัว ควายมาฆ่าแล้วแชร์กันในหมู่บ้าน (ไม่ฆ่าหมู) จะหาปลาจากห้วย มีบ่อเลี้ยงปลา โครงการอยู่ดีมีสุขของหมู่บ้าน ใกล้เคียงกินเอง

การรวมกลุ่มในชุมชนมีกลุ่มต่างได้แก่ กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มเยาวชน กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่ม อสม. และกลุ่มดอกหญ้ากิจกรรมที่ทำร่วมกัน งานศิษย์เก่าโรงเรียน งานขึ้นบ้านใหม่ งานศพ โดยที่กิจกรรมประเพณีต่างในหมู่บ้าน เช่นงานแต่งงาน ส่วนมากจะมีแม่บ้านไปช่วยทำกับข้าว เมนูหลักส่วนใหญ่เจ้าภาพจะเป็นคนกำหนด อาหารจะเป็นพวกปลา ปัจจุบันเปลี่ยนจากหมูมาเป็นเนื้อควาย/วัว บางทีก็จะใช้เครื่องไม้ช่วยทำลาบ ส่วนเยาวชนจะมาเป็นคนช่วยเสิร์ฟสาเหตุที่ไม่ให้ผู้ชายทำเพราะผู้ชายชอบกินเหล้า สุบนบุรี

ปัญหาสุขภาพและการแก้ปัญหาสุขภาพ ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย ได้แก่ เจ็บเข่า ไหล่ เบาหวาน ความดัน ปวดเมื่อยตามตัว ส่วนใหญ่ไปหาหมอ ออกกำลังกาย(ตาม

คำแนะนำของหมอ) ในหมู่บ้านมีสมุนไพร มีคนแก้ทำขาย เช่น หนุ้าหนดแมว หนุ้าคา กระชายดำ จะนำมาต้มกิน กินประมาณ 2 วัน แต่ไม่นิยมเพราะกินยาแผนปัจจุบัน สะดวกกว่า

2. รู้จัก/ทราบเกี่ยวกับโรคสเตรปโตคอกคัสซูอิส หรือหูด้อย่างไร ได้รับทราบจากหมอ ในช่วงที่มีคนในหมู่บ้านป่วยเป็นโรคนี้เมื่อ เดือนเมษายน 2550 มีการออกข่าวจากสื่อโทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ และมีการประกาศทางหอกระจายข่าว

3. ทราบหรือไม่ว่าบริโภคอาหาร ดิบ และสุกๆ ดิบๆ ทำให้เกิดโรคอะไรบ้าง พยาธิตัวตืด พยาธิใบไม้ดับ พยาธิไส้เดือน พยาธิปากขอ ลูท็อง(ท้องเสีย) โรคสเตรปโตคอกคัสซูอิส

4. ท่านคิดอย่างไรกับอาหารปรุงดิบ สุกๆ ดิบๆ (ทำไมคนถึงชอบ) “อร่อย หวาน” “กินมานานแล้ว” “ความเคยชิน” “พ่อแม่สอนกิน”

5. ถ้าจะเลิกจะได้กินดิบหรือไม่จะ ทำอย่างไร ทำรายการอาหารทดแทน ไม่ทำดิบ ต้มจืด ต้มแซบ พร่ำ น้ำตก หมูมะนาว ต้มขมิ้น

6. มาตรการในการไม่กินดิบจะอย่างไร มาตรการปลูกจิตสำนึกไม่บริโภคเนื้อดิบ โดยเริ่มจากครอบครัว เจ้าภาพของงานโดยให้แม่บ้านไปคุยกับเจ้าภาพ แม่บ้านเป็นตัวกำหนดว่าจะทำอาหารอะไร เลี่ยงจากหมูเป็น วัว-ควาย รวมกลุ่มควบคุมกำกับดูแลให้ปรุงสุก และคนกินต้องร่วมมือ ไม่ให้คนฆ่ากินลาบแก้(ลาบกินก่อนใครๆ) มาตรการในการจัดการพ่อบ้านโดยเวลามาสัตว์ไม่ต้อนกันลาบดิบ โดยเชิญพ่อบ้านมาอบรม ห้ามฆ่าสัตว์ในบ้าน

7. สื่อรณรงค์เรื่องการไม่กินหมูดิบ ควรจะทำได้ติดตามบ้านว่า “บ้านหลังนี้ไม่กินดิบ” และให้เพื่อนบ้านคอยตรวจสอบ

ขั้นตอนที่ 4 ผลจากการสนทนากลุ่มได้ได้กำหนดสื่อในการสื่อสารความเสี่ยงของชุมชน ได้แก่ โปสเตอร์ สติกเกอร์ และ เสื้อยืด โดยติดตั้งโปสเตอร์ในที่เห็นชัดของหมู่บ้านเพื่อสร้างกระแสให้เกิดความตระหนักอันตรายของการกินหมูดิบ ข้อความของโปสเตอร์ ขนาด 1 x 2.4 ‘ มีจำนวน 2 แบบ ดังนี้ “กินหมูดิบ อาจถึงตาย คนข้างหลัง ล้าปากอย่างไร? เคยรู้บ้างไหม? ” และ “ กินหมูดิบ ระวังหูดับ... คุณอาจเป็นรายต่อไป ” จัดทำสติกเกอร์ เพื่อใช้เป็นสื่อรณรงค์ในการเกาะประตูบ้านและติดเพื่อฆ่าเดือน จำนวน 3 แบบ “ กินหมูดิบ ระวังหูดับ.... คุณอาจเป็นรายต่อไป ” “ ป้อมัน..... ปากันกินสุกเตอะ ” “ป้อจำ อย่ากินดิบ” “กินหมูดิบ ระวังหูดับ.... คุณอาจเป็นรายต่อไป ” เสื้อยืดมีข้อความ “หน่วยปราบคนกินดิบ” เพื่อเป็นสื่อบุคคลให้กับกลุ่มแม่บ้านใส่ในกรณีมีงานเลี้ยง

ขั้นตอนที่ 5 การติดตามประเมินผล โดยการใช้การสนทนากลุ่มแกนนำแม่บ้าน

1) สิ่งที่มีความสำเร็จ/ภาคภูมิใจ ในการร่วมดำเนินการรณรงค์ป้องกันควบคุมโรคไขุหูดับ, ประชาชนกลุ่มผู้ขายหยุดกินหมูดิบ แต่ไปกินลาบวัว/ ลาบควายดิบแทน, ในงานเลี้ยงขึ้นบ้านใหม่/ งานศพ/ งานแต่งงาน/ งานเลี้ยงในหมู่บ้าน เมนูอาหารในงานเลี้ยง เนื้อหมูที่นำมาทำอาหารได้แปรรูปเป็นอาหารหลายชนิด และปรุงสุก, ก่อนหน้าที่จะเกิดเหตุการณ์มีผู้ป่วยไขุหูดับมักจะกินหมูกระทะตอนนี้เลิกกินหมูกระทะไปเลย, แม่บ้านเป็นตัวกระตุ้นไม่กินหมูดิบ (พูดเล่นกันบ้าง), หมูที่ขายตลาดสดบางผ่านการตรวจสอบหมูก่อนที่จะมาฆ่าชำแหละขายในตลาดแล้ว, ชาวบ้านในหมู่บ้านไม่เลี้ยงหมูเลย การเลี้ยงหมูได้รับผลกระทบ หมูที่เลี้ยงมาก่อนหน้าขายยาก/ราคาตก, ถ้าแบ่งชาวบ้านออกเป็น 5 ส่วน ยังมีคนกินหมูดิบอยู่ 1 ส่วน(ส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย), มีจังหวัดลำปางมาดูงาน, เด็กและผู้ใหญ่รู้

เรื่องใช้หุ้ดบเหมือนกันหมด, พ่อบ้านไม่กินหุ้ดบ แต่กินเนื้อวัว/ ควาย แทน, พ่อบ้านลดการดื่มสุรากลั้บมากินข้าวกับครอบครัว/ ขันทำงาน(กรี้ดขาง), ครอบครัวมีความสุขอยู่พร้อมหน้า(พ่อ แม่ ลูก ผู้สูงอายุ), มีความสามัคคีของคนในหมู่บ้าน, มีความเสียสละของแม่บ้าน/ พ่อบ้าน, เชาวชนไม่มีการทะเลาะวิวาท/ วิวาท/ กินเหล้า ในงานขึ้นบ้านใหม่ในหมู่บ้าน, มีกฎของหมู่บ้าน --ถ้ามีการทะเลาะกันในบ้าน ปรับเงินเข้าหมู่บ้าน, ถ้ามีการกินหุ้ดบในงานเข้าภาพต้องรับผิดชอบถ้าเกิดโรค(มีผู้ป่วยใช้หุ้ดบ)

2) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในหมู่บ้าน (ทางบวกและลบ) การกินกินพอเพียง ปลูกผักกินเอง(ปลอดสารพิษ/เน้นสุขภาพ),.....แปรรูปอาหาร...ปรุงสุก, ความเป็นอยู่ ร่วมมือร่วมใจทำมาหากิน ครอบครัวอบอุ่น/ ลดรายจ่าย, มีการพัฒนาต่อเนื่อง บัญชีทำดีเพื่อพ่อ บ้านที่กบัญชีครัวเรือน, มีการเลิกกินหุ้ดบ เปลี่ยนเป็นไปกินลาบวัว/ ลาบควาย/ ลาบปลาดิบ/ ส้าปลาดิบ

3) ปัญหาที่ยังพบและการแก้ไข มีการกินเนื้อวัว เนื้อควายดิบ/ ปลาดิบ, จะแก้ไข -ให้สถานีอนามัยจัดอบรมพ่อบ้านโดยเลือกตัวแทนจากคุ้มบ้านๆละ 5 คน (ทั้งหมู่บ้านมี 7 คุ้ม) , คนที่เข้าอบรม คือ คนกินดิน/ คนไม่กินดิบ/ คนป่วยเกิดจากการกินหุ้ดบ/ ผู้นำชุมชน, ที่พ่อบ้านกินดิบ ส่วนใหญ่แอบไปทำลาบดิบกินเอง แม่บ้านไม่ได้ทำให้, อยากให้น้าพ่อบ้านมาอบรม

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อการพัฒนา รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพโดยชุมชนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาโรคสเตร็ปโตคอคคัสซูอิส จากการระบาดของโรคสเตร็ปโตคอคคัสในตำบลทุ่งกล้วย ทำให้ประชาชนส่วนใหญ่รู้จักโรคนี้และทราบว่าเกิดจากการกินหุ้ดบ ติดต่อกันได้โดยการกินหุ้ดบ และมีส่วน

น้อยที่รู้ว่าโรคนี้สามารถติดต่อได้ทางผิวหนังและเยื่อเมือก จึงทำให้ผู้ที่มิอาชีพชาแหละหุ้ดบ และมีการสัมผัสหุ้ดบไม่มีการระวังและป้องกันตนเอง สาเหตุการเจ็บป่วยครั้งนี้เกิดจากการกินลาบหุ้ดบร่วมกัน จะเห็นได้ว่าค่านิยมในการกินอาหารปรุงไม่สุกของประชาชนเป็นส่วนหนึ่งของสาเหตุการเกิดโรค และเนื่องจากประชาชนยังนิยมรับประทานเนื้อหุ้ดบหรือปรุงสุก ๆ ดิบ ๆ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินทำได้ยากเพราะเป็นขนบธรรมเนียมที่ถ่ายทอดกันมาซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วัฒนาโยธาใหญ่2549 การบริโภคนิสัยของชาวบ้านเกี่ยวกับการบริโภคเนื้อสัตว์ดิบความชอบรับประทานอาหารดิบมักคิดใจในรสชาติความหวานอร่อยและชอบทัศนคติการกินอาหารดิบกับเหล้า^{2,4,5} จึงทำให้พบผู้ป่วยในกลุ่มผู้ชาย และยังพบว่าในกลุ่มเด็กนักเรียนบางส่วนมีพฤติกรรมเลียนแบบการบริโภคดิบด้วย แต่อย่างไรก็ตามการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อแก้ไขปัญหาโรคใช้หุ้ดบ แบบมีส่วนร่วมโดยชุมชนและมีการใช้มาตรการสังคมของประชาชนในตำบลทุ่งกล้วย ซึ่งถือได้ว่าเป็นหัวใจสำคัญทำให้เกิดเป็นข้อตกลงร่วมกันอย่างเป็นรูปธรรม และได้มีการกำหนดสื่อในการสื่อสารความเสี่ยงของชุมชน ได้แก่ ไปสเตอร์ ติดตั้งในจุดที่เห็นชัดของหมู่บ้านเพื่อสร้างกระแสให้เกิดความตระหนักอันตรายของการกินหุ้ดบ สติกเกอร์ เพื่อใช้เป็นสื่อรณรงค์ในการเกาะประตูบ้านและติดเพื่อข้ายเตือน สื่อขี้ดมีข้อความ “หน่วยปราบคนกินดิบ” ซึ่งเป็นแนวคิดของกลุ่มที่คิดร่วมกันเพื่อเป็นสื่อบุคคลให้กับกลุ่มแม่บ้าน การดำเนินงานในช่วงเวลาที่ผ่านมาเป็นที่ประจักษ์แล้วว่า ช่วยทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกกินหุ้ดบไม่มีรายงานผู้ป่วยในพื้นที่ กลุ่มแม่บ้านเป็นแกนหลักในการขับเคลื่อนช่วยสร้างกระแสความตระหนักให้กับคนในชุมชนและผลสิ่งที่ได้รับจากการดำเนินงานครั้งนี้ นอกจากมี

การปรับเปลี่ยนด้านพฤติกรรมคือ ร้อยละ 90 ของประชาชนในหมู่บ้านเล็กกินหมูดิบ ในงานเลี้ยงขึ้นบ้านใหม่ งานศพ งานแต่งงาน งานเลี้ยงอื่นๆ ในหมู่บ้าน รายการอาหารในงานเลี้ยงเป็นรายการปรุงสุกเท่านั้น แต่พบการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นคือ พ่อบ้านลดการดื่มสุรา ครอบครัวมีความสุขอยู่พร้อมหน้า (พ่อ แม่ ลูก ผู้สูงอายุ) แต่กลับพบว่าบางคนเลิกกินหมูดิบ เปลี่ยนเป็นกินลาบวัว/ลาบควาย/ลาบปลาดิบ/ ส้าปลาดิบแทน ซึ่งพฤติกรรมการบริโภคนี้ อาจส่งผลต่อการเกิดโรคหนองพยาธิ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิดา ระวังพาล และ อุดลย์ สักดิ์ วิจิตร 2545⁶ ได้ศึกษาบริบททางสังคมศาสตร์และการเกิดโรคหนองพยาธิในชาวเขาเผ่าละวะ อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าชาวบ้านเมื่อได้เนื้อสัตว์มักชอบนิยมนำมาลาบดิบโดยเฉพาะ หมู วัว-ควาย โดยให้เหตุผลว่ารสชาติอร่อย กินแล้วทำให้แข็งแรง มีกำลังในการทำงาน ได้มากขึ้นและจากการศึกษาของ รัตติ แก้ววิจิต และคณะ 2537 ศึกษาวิธีการดำเนินชีวิต ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมของประชากรที่เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับในอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าประชาชนร้อยละ 79 เคยบริโภคอาหารปรุงแบบสุกๆดิบๆ ด้วยสาเหตุว่ามีรสชาติอร่อย เคี้ยว และหาง่าย ทำได้สะดวก⁷ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งจะต้องใช้เวลา และต้องมีความร่วมมือจากหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้องร่วมดำเนินการอย่างจริงจัง ทำอย่างต่อเนื่องเพื่อประชาชนเกิดความตระหนักและเห็นโทษ ซึ่งจุดนี้เป็นการเริ่มต้น และยังคงต้องใช้เวลาการดำเนินงานขยายเป็นวงกว้างในพื้นที่อื่นๆต่อไป

ปัจจัยของความสำเร็จ

1.ผู้บริหารในระดับท้องถิ่น ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล และผู้บริหารทุกภาคส่วนเห็นความสำคัญและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

2.กลุ่มแกนนำแม่บ้านมีความตั้งใจมุ่งมั่น และให้ความสำคัญ ท่วมเทในการขับเคลื่อนงานเป็นอย่างดี

3.ชุมชนให้ความร่วมมือและสนับสนุนในการดำเนินงาน

ข้อเสนอแนะ

1.ในการทำรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงควรมีการประสานกับผู้บริหารหน่วยงานระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับท้องถิ่นซึ่งเป็นหน่วยงานหลักในพื้นที่นั้นๆ เพื่อนำเสนอข้อมูลให้ผู้บริหารเห็นความสำคัญของปัญหาพร้อมขอความร่วมมือในการดำเนินงานตามลำดับ และขอผู้ประสานงานหลักในระดับพื้นที่ เช่น สาธารณสุขอำเภอหรือสถานีอนามัยในพื้นที่

2.รูปแบบการดำเนินงานเป็นแบบที่ไม่ซับซ้อน โดยมุ่งเน้นการใช้ทรัพยากรท้องถิ่นที่มีอยู่ จะเป็นตัวอย่างให้พื้นที่อื่นๆ สามารถดำเนินการตามได้ง่าย

3.การดึงภาคท้องถิ่นเข้ามาเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินงาน จะช่วยให้มีต้นทุนทั้งทรัพยากรบุคคล งบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ และสามารถนำภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมได้มาก

4.ในการดำเนินงานต้องมีการกระตุ้นให้ดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคไม่กินดิบในประชาชนรุ่นต่อไป และควรมีการณรงค์ให้กินอาหารปรุงสุกทุกชนิด

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วย นพ.ทรงวุฒิ หุตามัย, พญ.เสาวนีย์ วิบูลสันติ, ที่ให้การสนับสนุนในการศึกษาวิจัยและสาธารณสุขอำเภอภูซาง ,หัวหน้าสถานีอนามัยตำบลทุ่งกล้วย นายกองค้ำกรบริหารส่วนตำบลทุ่งกล้วย แกนนำกลุ่มแม่บ้านและเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้ความ

อนุเคราะห์ข้อมูลและให้ความร่วมมือในการศึกษา จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. อัจฉรา พงศ์คำ, ประสิทธิ์ ธรวิจิตรกุล, รุจิ พงษ์ประเสริฐ, บรรเลง ปัญญวีรี. โรคติดเชื้อ *Streptococcus suis* โรคสำคัญที่ถูกหลงลืมในจังหวัดลำพูน จังหวัดทางภาคเหนือของประเทศไทย. ว.กรมการแพทย์ พ.ศ. 2545; 27(5): 208-213.
2. นรศฤทธิ์ ชัดทะสีมา.การระบาดของโรค *Streptococcus suis* กิ่งอำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา 25 เมษายน – 3 พฤษภาคม 2550 slide presentation ในการประชุม Outbreak conference เรื่อง โรคติดเชื้อ *Streptococcus suis* วันที่ 24-25 พฤษภาคม 2550 ณ โรงแรมเชียงใหม่ ภูคำ จังหวัดเชียงใหม่
3. กลุ่มระบาดวิทยา สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 รายงานสรุปผลการประชุม Outbreak conference เรื่อง โรคติดเชื้อ *Streptococcus suis* วันที่ 24-25 พฤษภาคม 2550 ณ โรงแรมเชียงใหม่ ภูคำ จังหวัดเชียงใหม่ (เอกสารอัดสำเนา)
4. อนิรุช เนื่องเม็ก. รายงานการสอบสวนเบื้องต้น (กรณีสงสัยติดเชื้อ *Streptococcus suis* ม. 5 บ้านทุ่งกล้วย ต. ทุ่งกล้วย กิ่งอำเภอภูซางจังหวัดพะเยา ที่ พย 0007/ว 060 ลว 4 พค 2550
5. วัฒนา โขธาใหญ่, อดุลย์ศักดิ์ วิจิตร,เกรียงศักดิ์ จิตร วัชพันธ์ .บริบททางสังคมและการบริโภคนิสัยของประชาชนในหมู่บ้านที่เกิดโรคโบทูลิซึม จังหวัดพะเยา ปี 2549 .วารสารสาธารณสุขล้านนา.2549;2(3):216-229
6. นิตยา ระวังพาล และ อดุลย์ศักดิ์ วิจิตร. รายงานการวิจัย บริบททางสังคมศาสตร์และการเกิดโรคหนองพยาธิในชาวเขาเผ่าลัวะ อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ .2545
7. รัศมี แก้ววิชิตและคณะ. วิธีการดำเนินชีวิต ความรู้เจตคติและพฤติกรรมของประชาชนที่เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับในจังหวัดเชียงใหม่. รายงานการวิจัย 2537.

ยุทธศาสตร์และมาตรการการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคชุกุนญา และบทเรียนการป้องกันควบคุมโรคชุกุนญาในภาคใต้

ปัจฉิมา บัวยอม วท.ม.

Patchaima Buayom M.Sc.

สุวิษ ธรรมปาโล พ.บ., PhD.

Suwich Thammapalo M.D. PhD.

ปฐมพร พริกชู วท.ม.

Pathomporn Prikchoo M.Sc.

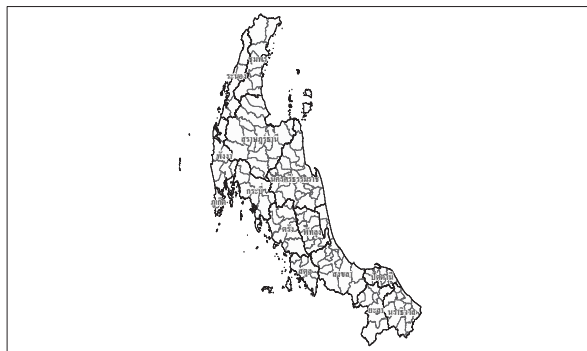
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา*The Office of Prevention and Control 12 Songkhla

โรคไข้ปวดข้อยุงลาย เป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ อับติซ้ำ ที่ไม่พบรายงานในประเทศไทยมาประมาณ 10 ปี เกิดจากเชื้อไวรัสชุกุนญา มีขุกลายบ้านและขุกลายสวน เป็นพาหะนำโรค ผู้ป่วยที่ได้รับเชื้อ จะมีไข้สูง มีผื่นแดงตามร่างกาย และมีอาการข้ออักเสบ ปวดข้อ อาการปวดข้อ อาจพบนานเป็นเดือนหรือเป็นปี โดยภาคใต้พบมีรายงานการระบาดในภาคใต้ตอนล่าง ครั้งแรกเดือนกันยายน 2551 และแพร่กระจายไปในจังหวัดนราธิวาส ต่อมาการระบาดขยายวงกว้างมายังจังหวัดภาคใต้ตอนล่าง และภาคใต้ตอนบน

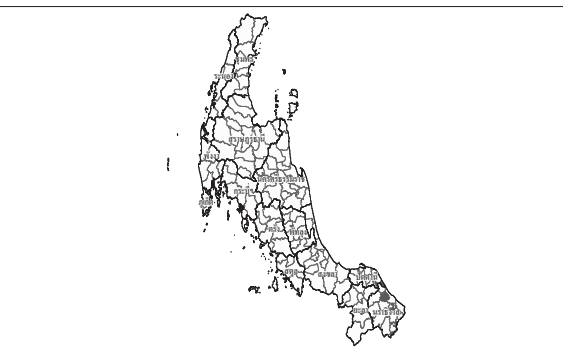
แผนที่แสดงการกระจายของโรคไข้ปวดข้อยุงลาย พื้นที่ภาคใต้ พ.ศ. 2551 – พ.ศ. 2552

หมายเหตุ : 1 จุดเท่ากับผู้ป่วย 1 ราย

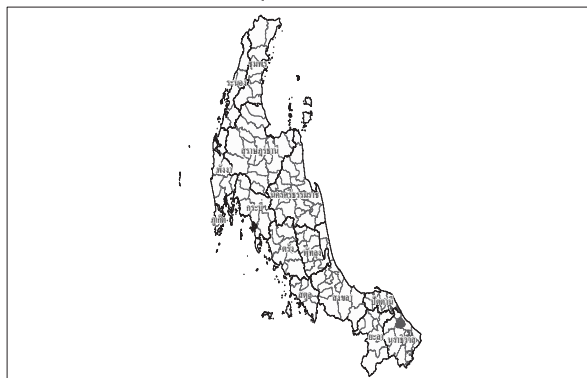
ภาพที่ 1 เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2551



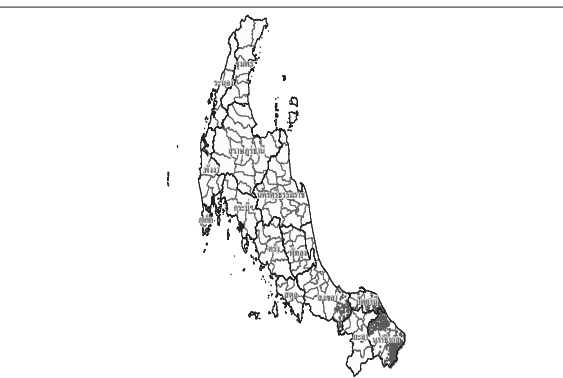
ภาพที่ 2 เดือนกันยายน พ.ศ. 2551



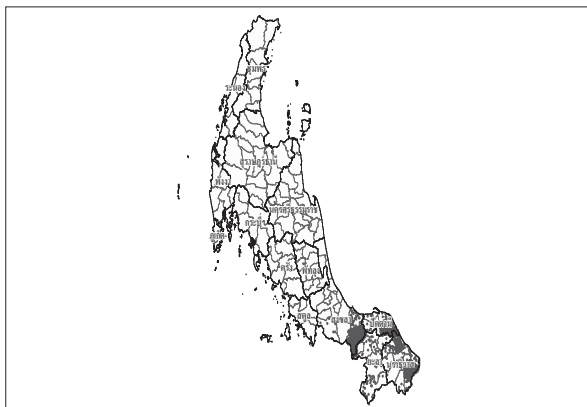
ภาพที่ 3 เดือนตุลาคม พ.ศ. 2551



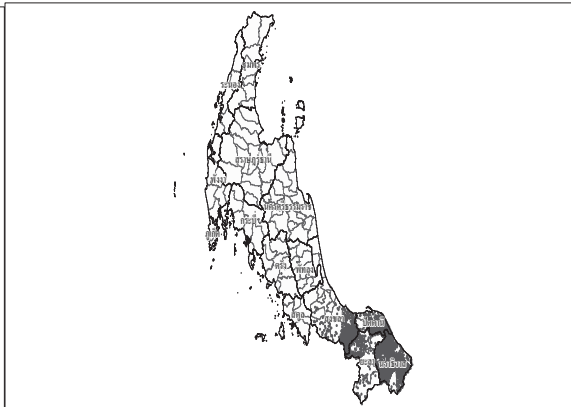
ภาพที่ 4 เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2551



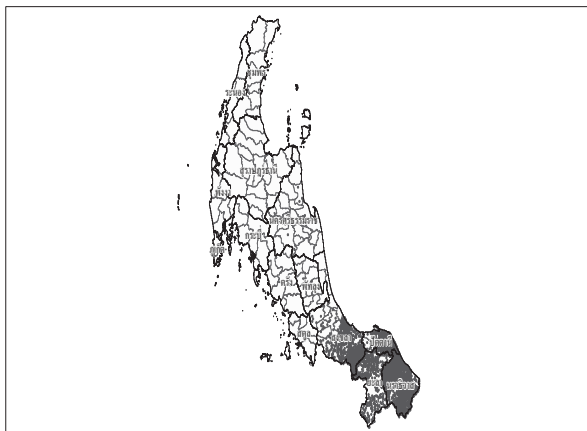
ภาพที่ 5 เดือนธันวาคม พ.ศ. 2551



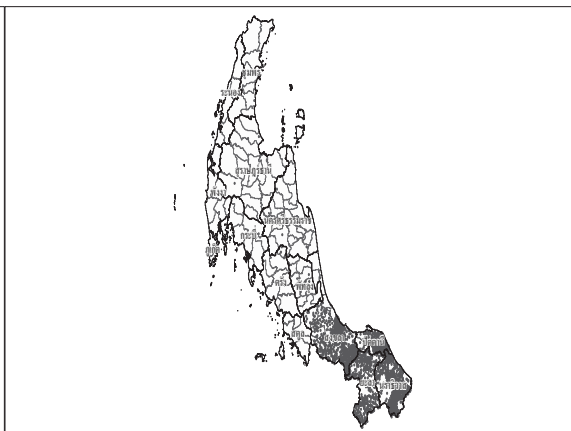
ภาพที่ 6 เดือนมกราคม พ.ศ. 2552



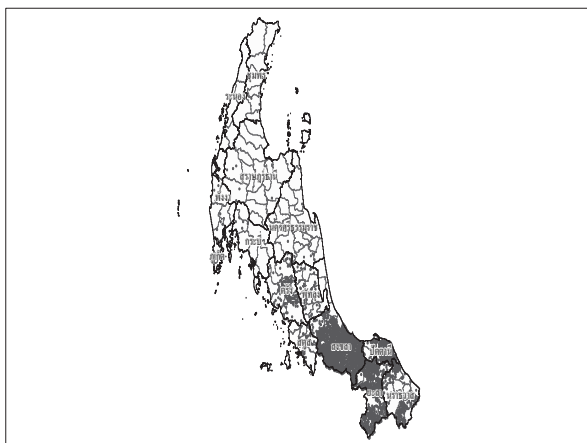
ภาพที่ 7 เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2552



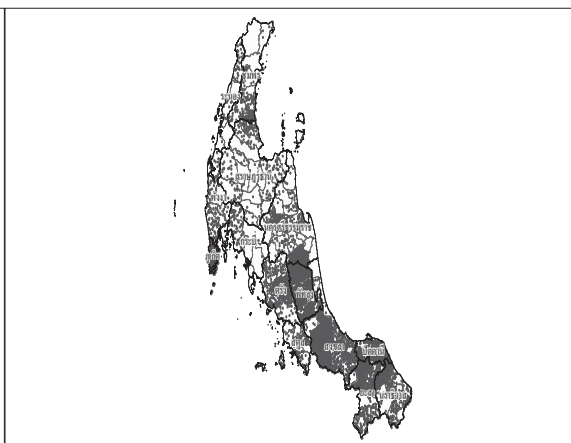
ภาพที่ 8 เดือนมีนาคม พ.ศ. 2552



ภาพที่ 9 เดือนเมษายน พ.ศ. 2552



ภาพที่ 10 เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2552



ภาพที่ 11 เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2552



ภาพที่ 12 เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2552



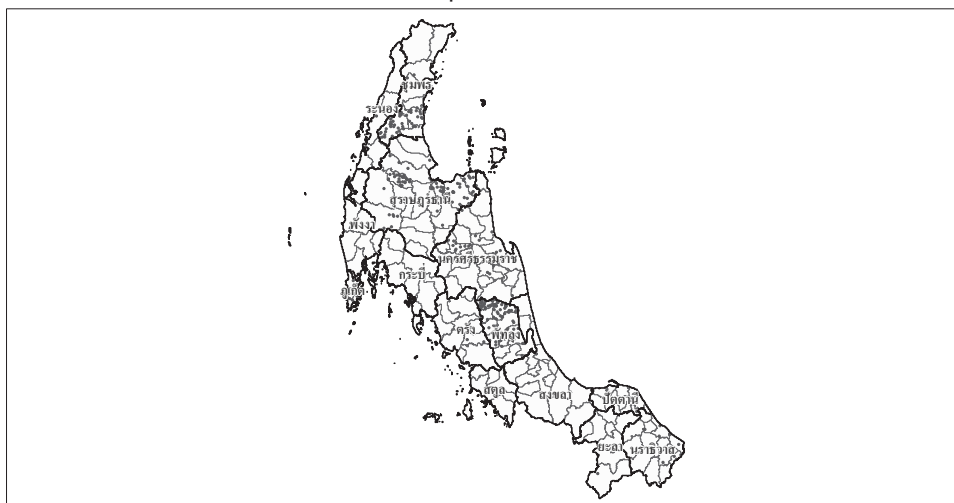
ภาพที่ 13 เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2552



ภาพที่ 14 เดือนกันยายน พ.ศ. 2552



ภาพที่ 15 เดือนตุลาคม พ.ศ. 2552



โรคนี้พบได้มากในวัยทำงาน โดยเฉพาะกลุ่มอาชีพเกษตรกร ชาวสวน อาชีพรับจ้างและนักเรียนกระทรวงสาธารณสุข จึงได้จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคไข้ปวดข้อยุงลายภาคใต้ขึ้น ณ จังหวัดตรัง เมื่อเดือนมิถุนายน 2552 เพื่อดำเนินการควบคุมและแก้ปัญหาการระบาดของโรคไข้ปวดข้อยุงลายในพื้นที่ 14 จังหวัดให้สงบภายใน 90 วัน ภายในได้แนวทางการปฏิบัติการ “ยุทธการ 3 วัน 3 สัปดาห์ 3 เดือน ได้ร่วมใจกำจัดไข้ปวดข้อยุงลาย” ปัจจัยที่ส่งผลถึงความสำเร็จในการควบคุมโรคไข้ปวดข้อยุงลาย คือความร่วมมือของ อาสาสมัครสาธารณสุข ในการค้นหาผู้ป่วยและให้คำแนะนำพร้อมยาทาป้องกันยุงกัดเพื่อลดการแพร่เชื้อและใช้ข้อมูลนี้มาสู่การควบคุมโรคที่รวดเร็ว โดยการเร่งรัดกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุง และกำจัดยุงตัวแก่ภายใน 3 สัปดาห์ คณะผู้เขียนจึงสรุปยุทธศาสตร์และมาตรการการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและบทเรียนการป้องกันควบคุมโรคชิคุนกุนยาในภาคใต้ขึ้น ดังนี้

ยุทธศาสตร์การเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคชิคุนกุนยา

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การเตรียมพร้อมรับและระบบสั่งการ

1. มีทีมข่าวกรองและเตือนภัย ให้ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง
2. มีการซ้อมแผนล่วงหน้า
3. กำหนด line of commander & response system
4. กำหนดบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับ
5. เตรียมพร้อมการสนับสนุนและระดมทรัพยากรจากทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุขขอบรม
6. ให้ความรู้แก่นบุคลากรทางการแพทย์รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุข
7. Zone alert ทุกจังหวัดร่วมกันกำหนดยุทธศาสตร์

8. ตั้งศูนย์ปฏิบัติการทุกระดับ ในระดับอำเภอตั้งทันทีแม้ว่ามีผู้ป่วยเพียง 1 ราย

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การเฝ้าระวังการเกิดผู้ป่วยรายแรก

- 2.1 ให้มีการเฝ้าระวังระดับหมู่บ้าน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขและชุมชนมีส่วนร่วม ให้มีการรายงานภายใน 24 ชั่วโมง เมื่อ

2.1.1 มีกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ กลุ่มที่เดินทางมาจากพื้นที่ระบาด กลุ่มที่เดินทางกลับมาจากพื้นที่ระบาด และ ผู้มีประวัติไปเยี่ยมผู้ป่วย¹ ดังนั้นให้เฝ้าระวังการเกิดอาการอย่างใกล้ชิด

2.1.2 มีผู้ป่วยที่มีอาการไข้ ออกผื่น และปวดข้อ หรือมีผู้ป่วยที่มีอาการคล้ายกันในพื้นที่ใกล้เคียง มากกว่า 2 คน

- 2.2 ให้มีเครือข่ายการเฝ้าระวัง ทั้งสถานบริการของรัฐและเอกชน เช่น ร้านขายยา คลินิกเอกชน เป็นต้น มีการส่งรายงานภายใน 24 ชั่วโมง

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยแพร่โรคและเกิดผู้ป่วยรายใหม่

- 3.1 ค้นหาผู้ป่วยให้ครอบคลุมมากที่สุด และไม่ให้ออกจากในระยะ 5 วันแรก หลังจากมีอาการ²

3.2 ให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรค การติดต่ออาการ และการป้องกันควบคุมโรค แก่สมาชิกในบ้าน และแนะนำให้ใช้หรือแจกยาทากันยุงแก่สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยด้วย

3.3 อาสาสมัครสาธารณสุขร่วมกับเจ้าของบ้าน ปรับปรุงสิ่งแวดล้อม ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงในบ้านและบริเวณบ้าน

3.4 ให้บ้านผู้ป่วยกำจัดยุงลายในบ้านโดยเฉพาะบริเวณห้องนอน ห้องนั่งเล่น หรือห้องที่หน้าต่างติดกับบริเวณต้นไม้ร่มครึ้ม โดยใช้ผงซักฟอกหรือสารซักล้าง 1 ส่วนผสมน้ำ 4 ส่วนผสมใส่ในกระบอกฉีดน้ำ³ ฉีดใน

บริเวณมุมอับมืด เพื่อฆ่ายุงที่มีเชื้อมาก่อนการพ่นของเจ้าหน้าที่

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การสอบสวนโรคและควบคุมโรคที่รวดเร็วและมีคุณภาพ

4.1 มีทีม SRRT ที่ตอบสนองการเกิดโรคอย่างรวดเร็วทันเหตุการณ์ และมีความสามารถในการสอบสวนโรคและจำกัดขอบเขตการระบาดของโรคได้

4.2 การควบคุมยุงพาหะที่มีเชื้อไวรัส เน้นการทำลายในบ้านและบริเวณบ้านรัศมี 10 เมตร⁴ ร่วมกับการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย⁵ ถ้าสำรวจแล้วมีผู้ป่วยเกิดขึ้นหลายรายกระจายในหมู่บ้านให้ดำเนินการทั้งหมู่บ้าน การพ่นสารเคมีจะต้องพ่นอย่างน้อย 2 ครั้ง ห่างกันประมาณ 7 วัน

4.3 ประเมินผลทางระบาดวิทยา ใช้การปิดหมุดเพื่อดูการกระจายของโรคในระดับหมู่บ้าน และใช้แผนที่ทางระบาดวิทยา แสดงการเปลี่ยนแปลงของโรคโดยใช้สี ซึ่งควรใช้ในระดับหมู่บ้าน ตำบล จึงจะมีความไวต่อการประเมินสถานการณ์

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การประชาสัมพันธ์

5.1 ดำเนินการประชาสัมพันธ์กว้างขวาง ผ่านสื่อต่างๆ ที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและบริบทของพื้นที่

5.2 เน้นประชาสัมพันธ์เพื่อให้เครือข่ายรับทราบข้อปฏิบัติที่มีกำลังใจ มีกระแสนัดตัวอยากร่วมมือ

5.3 ไม่ให้ผู้คนตระหนก แต่สร้างความมั่นใจว่ามีกระบวนการจัดการปัญหาอย่างเข้มแข็ง

ยุทธศาสตร์ที่ 6 สร้างเครือข่ายภาคีมีส่วนร่วม

6.1 สร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

6.2 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สร้างสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการเกิดโรค เช่น รณรงค์ Big Cleaning Day รวมถึงการใช้มาตรการทางกฎหมาย ควบคุมพาหะยุงลายต่อเนื่อง

2.มาตรการป้องกันและควบคุมโรค

2.1 มาตรการป้องกันโรค

1. ให้สุศึกษาเกี่ยวกับการกำจัดหรือทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย การป้องกันตนเองไม่ให้ถูกยุงลายกัด ต้องนอนในมุ้งหรือห้องที่กรุด้วยมุ้งลวดแม้เป็นเวลากลางวัน จุกยাকันยุง ทายากันยุง หรือสวมใส่เสื้อผ้าแขนยาว ขาวๆ เป็นต้น

2. สำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในชุมชน เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรค และกระตุ้นให้ประชาชนทำการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์เหล่านั้นอย่าต่อเนื่อง

3. หลีกเลี่ยงการเข้าพื้นที่โรคกำลังระบาด รวมทั้งผู้ที่อยู่ในพื้นที่ระบาดไม่ควรเดินทางไปพื้นที่อื่นๆ และต้องควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์และยุงพาหะในบริเวณที่พักผู้โดยสารในสถานีขนส่งและสถานีรถไฟ เป็นต้น

4. การป้องกันการติดเชื้อถ่ายทอดจากแม่สู่ลูก และการติดเชื้อในเด็กก่อน⁶ ⁷ มีคำแนะนำสำหรับมารดาและทารก ดังนี้

4.1 หญิงมีครรภ์ระยะใกล้คลอด (10 วันก่อนคลอด) ต้องดูแลเป็นพิเศษไม่ให้ยุงกัด หากป่วยเป็นไข้ปวดข้อ ยุงลาย จะต้องระวังไม่ให้มีไข้สูง

4.2 ทารกที่คลอดจากแม่ที่ป่วยเป็นโรคไข้ปวดข้อ ยุงลายในระยะใกล้คลอด ต้องเฝ้าดูอาการในโรงพยาบาลอย่างใกล้ชิดอย่างน้อย 7 วัน

4.3 ในขณะที่ป่วยเป็นโรคไข้ปวดข้อยุงลาย มารดาสามารถให้นมบุตรได้ ยกเว้นถ้ามารดาอ่อนเพลียมากจนไม่สามารถให้นมได้ ก็ควรบีบนมมารดาใส่ในขวดให้ลูกดูดจากขวดจนกว่ามารดาจะแข็งแรง

4.4 ทารกที่อายุน้อยกว่า 6 เดือน ต้องป้องกันไม่ให้ถูกยุงกัด เนื่องจากหากป่วยเป็นโรคไข้ปวดข้อยุงลายแล้ว อาจมีอาการรุนแรงได้

หมายเหตุ การผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน ไม่มีความแตกต่างกับการคลอดปกติ ในเรื่องการลดการติดเชื้อจากมารดาสู่ทารก

5. ยังไม่มีวัคซีนฉีดป้องกันโรค ขณะนี้ไม่มีทดลองวัคซีนชนิดตัวเป็นอยู่ในระยะที่ 2¹⁸

2.2 มาตรการเตรียมการรับภาระระบาด

1. จัดอบรมให้ความรู้เรื่องโรค การควบคุมป้องกันให้แก่บุคลากรสาธารณสุขให้ถึงสถานอนามัยและอาสาสมัครสาธารณสุข
2. จัดระบบการเฝ้าระวังในระดับหมู่บ้านและสร้างเครือข่ายกับร้านขายยาและคลินิกแพทย์เพื่อรายงาน
3. เตรียมพร้อมการจัดหายาต้านยุง ทราซก้าจัดลูกน้ำและสารเคมีรวมทั้งเตรียมความพร้อมใช้ของเครื่องพ่นและควรจัดทำทะเบียนเครื่องพ่นในระดับอำเภอ และจังหวัด
4. จัดอบรมการใช้เครื่องพ่นที่ถูกต้องวิธีแก่อาสาสมัครสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่อนามัย
5. จัดให้มีทีมช่างซ่อมให้คำปรึกษาและให้บริการบริการซ่อมควมในภาวะระบาด

2.3 มาตรการเมื่อเกิดการระบาด

1. การจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการ (war room) แม่พบผู้ป่วยเพียงรายเดียว
2. วางแผนการควบคุมโรค โดยจัดแบ่งกำลังให้ครอบคลุมทุกพื้นที่

2.1 สอบสวนโรคโดยเฉพาะรายเริ่มแรกของหมู่บ้าน

2.2 การสำรวจผู้ป่วยรายใหม่ในพื้นที่

2.3 การสำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย

2.4 การให้ความรู้แก่ประชาชนเรื่องโรคและการป้องกัน เน้นการป้องกันยุงกัด โดยใส่เสื้อป้องกัน

และยาทากันยุง โดยเฉพาะกับการทายากันให้ผู้ป่วยอย่างน้อย 5 วัน

2.5 การพ่นทำลายยุงตัวเต็มวัย โดยใช้เครื่องพ่นที่ได้มาตรฐาน และมีเทคนิคการพ่นถูกต้อง

3. นำข้อมูลที่ได้อามาทำ แผนที่ปักหมุดในระดับหมู่บ้าน และทำแผนที่ระบาดวิทยาโดยใช้สี เพื่อการวางแผนควบคุมโรคในระดับสถานอนามัย และศูนย์ปฏิบัติการระดับอำเภอ
4. ต้องมีการวางแผนและประเมินผล ในพื้นที่ที่ยังมีผู้ป่วยรายใหม่ (มีอาการหลังจากการระบาดประมาณ 1 สัปดาห์) เกิดขึ้นหลังจากควบคุมโรคแล้ว การควบคุมระบาดจะต้องทำงานให้โรคสงบ คือไม่มีผู้ป่วยรายใหม่ภายใน 2 สัปดาห์
5. หากมีผู้ป่วยมากกว่า 10 ราย/หมู่บ้าน ให้มีการทำประชาคมกับชุมชน โดยเน้นประชาสัมพันธ์ให้ป้องกันตนเองและการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงทั้งในบ้าน รอบบ้านและในสวน ทำ Big Cleaning Day ทั้งชุมชนสัปดาห์ละครั้ง พื้นที่ระบาดมากอาจเพิ่มเป็น 2 ครั้งต่อสัปดาห์
6. หากมีผู้ป่วยมากกว่า 20 ราย/หมู่บ้าน ให้มีการออกหน่วยเคลื่อนที่เพื่อการเฝ้าระวังรักษาผู้ป่วยในพื้นที่การประเมินความเครียด รวมถึงการให้ความรู้ในการป้องกันตนเองและการมีส่วนร่วมของชุมชน การแจกยาทากันยุงแก่ผู้ป่วย เป็นต้น
7. การประชาสัมพันธ์เรื่องโรคและการป้องกัน โดยผ่านสื่อต่าง ๆ ตั้งแต่เสียงตามสายในชุมชน ผ่านผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา โรงเรียน การประชุมต่าง ๆ ในชุมชน วิทยุชุมชน โทรทัศน์ สื่อแผ่นพับตามสถานบริการสาธารณสุข ไปสเตอร์ประชาสัมพันธ์

8. หากมีผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาลหรือสถานีนานัมยเกิน 10 คนต่อวัน ควรแยกการให้บริการ จัดเป็นซิกนุกุณยาคลินิก ให้บริการแบบone stop service เพื่ออำนวยความสะดวกรวดเร็ว แก่ผู้ป่วย

2.4 มาตรการหลังการระบาด

1. ควรกระตุ้นให้มีการเฝ้าระวังผู้ป่วยรายใหม่ต่อไป
2. การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายจะทำอย่างต่อเนื่อง
3. ติดตามดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการปวดข้อเรื้อรัง เยื่อเยื่อ ลดความเครียด
4. ประเมินผล ทบทวน จัดการถอดบทเรียน จัดการความรู้ เพื่อสร้างองค์ความรู้และพัฒนางาน

บทเรียนการป้องกันควบคุมโรคซิกนุกุณยาในภาคใต้

บทเรียนที่ 1 จุดอ่อนที่ควรปรับปรุง

1. เจ้าหน้าที่ในระดับสถานีนานัมยและอาสาสมัครสาธารณสุขไม่มีความรู้โรคใหม่ เนื่องจากโรคซิกนุกุณยาไม่ได้มีการระบาดเกิดขึ้นในประเทศไทยมานานกว่า 13 ปี เจ้าหน้าที่สถานีนานัมยและอาสาสมัครสาธารณสุขไม่ทราบถึงอาการของโรค การเกิดผู้ป่วยรายเริ่มแรกในแต่ละหมู่บ้านยังไม่มีความกล้าที่จะรายงาน ต้องรอการยืนยัน

2. การรายงานผู้ป่วยที่มารับบริการที่สถานบริการของรัฐ ไม่สามารถที่จะไวพอกที่จะควบคุมโรคได้อย่างทันการณ์ จากการสอบสวนโรคพบว่า เมื่อมีการแจ้งว่ามีผู้ป่วยจำนวน 1 ราย เมื่อค้นหาในหมู่บ้าน จะพบผู้ป่วยรายอื่นประมาณ 5-6 ราย เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ไปซื้อยาที่ร้านขายยาและคลินิกแพทย์ มีเพียงร้อยละ 36.1 มารักษาที่สถานีนานัมย⁸

3. การประชาสัมพันธ์ ในวงจำกัด ไม่เข้าถึงประชาชน ในระยะแรกการกระจายของโรคอยู่ในพื้นที่ 3 จังหวัดภาคใต้ การประชาสัมพันธ์ ทำเฉพาะเป็นสื่อท้องถิ่น วิทยุชุมชน โปสเตอร์ แผ่นปลิว แต่แจกจ่ายได้ไม่ทั่วถึง พบว่าประชาชนได้รับข้อมูลจากโปสเตอร์หรือแผ่นพับเพียงร้อยละ 14.7 เท่านั้น และทางวิทยุชุมชนมีน้อยมาก แต่ส่วนใหญ่ได้รับจากสื่อบุคคล อันดับแรก คือ เจ้าหน้าที่สถานีนานัมย รองลงมาคือ อาสาสมัครสาธารณสุข และอันดับที่สามคือ เพื่อนบ้าน⁹

4. การสื่อสารความเสี่ยง โดยเฉพาะการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหรือไม่ให้แพร่โรคยังไม่เข้าถึงประชาชน เนื้อหาที่ประชาชนได้รับส่วนใหญ่เป็นอาการของโรคและการรักษา แต่การป้องกันโรคยังไม่ชัดเจน โดยเฉพาะการติดเชื้อประชาชน ร้อยละ 60 คิดว่าเกิดจากยุงกัด ในสวนยางพารา แต่ส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมเหมือนเดิมไม่มีการป้องกันยุงกัด⁹

5. การบริการของรัฐ ไม่เข้าถึงชุมชน เนื่องจากการระบาดในหมู่บ้านเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว บางสถานีนานัมยมีผู้ป่วยจำนวนมากมารับบริการ ทำให้เจ้าหน้าที่สถานีนานัมยที่มีจำนวนจำกัดประมาณ 3-4 คน ต้องให้บริการที่สถานีนานัมย และไม่สามารถออกหน่วยบริการเชิงรุกเข้าถึงในหมู่บ้านได้

6. ปัญหาเชิงเทคนิคในการใช้เครื่องพ่นและสารเคมี

- 6.1 การพ่นสารเคมียังไม่ถูกต้องตามหลักวิชาการ เนื่องจากการระบาด มีความจำเป็นต้องระดมทรัพยากรจากหลายท้องที่ เจ้าหน้าที่สถานีนานัมยอาสาสมัครสาธารณสุขต้องพ่นเองหรือจ้างคนงานในพื้นที่ ประเด็นที่มักเป็นปัญหา คือ การใช้และผสมสารเคมีไม่ถูกต้อง พ่นไม่ตรงกับเวลาหาบินของยุง พ่นจากนอกบ้านก่อนเข้าในบ้าน เป็นต้น

6.2 การพ่นในบริเวณรอบบ้าน พบว่า การใช้เครื่องพ่นแบบULV จะสามารถลดลงอัตราความหนาแน่นของยุงได้ดีกว่าการพ่นแบบหมอกควัน อย่างไรก็ตาม การพ่นทำลายยุงควรเน้นยุงลายที่มีเชื้อในบ้านและบริเวณบ้านเท่านั้น และเนื่องจากยุงลายสวนบินไกลกว่ายุงลายบ้านถึง 5 เท่า และมีที่เกาะพักบริเวณต้นไม้ร่มครึ้ม¹⁰ การพ่นสารเคมีให้ครอบคลุมทั้งหมดทำได้ยากและไม่มีความจำเป็น

6.3 ในหลายพื้นที่ ไม่มีการประเมินผลการพ่นสารเคมี หากในพื้นที่ใดพ่นสารเคมีแล้ว อัตราความหนาแน่นของยุงไม่ลดลง หรือประชาชนบอกว่ายังมียุงมากเหมือนเดิม หรือยังเกิดมีผู้ป่วยรายใหม่เกิดขึ้น ควรทบทวนเทคนิคการพ่น ควบคุมกำกับกับการพ่นให้ถูกต้องตามหลักวิชาการ และทดสอบBioassay test เพื่อดูการตอบสนองของยุงพาหะ เป็นต้น

6.4 การควบคุมยุงพาหะโดยการพ่นสารเคมีอย่างเดียวไม่สามารถควบคุมความหนาแน่นของยุงลายได้นาน จากการการศึกษาเปรียบเทียบการพ่นด้วยเครื่องพ่นชนิดต่างๆในเขตเทศบาลนครสงขลา โดยวิรัช วงศ์หิรัญรัชต์และคณะ พบว่าหลังจากการพ่นแบบหมอกควันและการพ่นแบบULV โดยไม่ได้กำจัดลูกน้ำยุงลาย ความหนาแน่นของยุงลายจะกลับมาเท่าเดิมในเวลา 1 สัปดาห์ และ 2 สัปดาห์ ตามลำดับ⁵

7. แหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในบริเวณบ้านยังพบมาก จากการสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในพื้นที่ระบาดของชิคุนกุนยาโดยวิรัช วงศ์หิรัญรัชต์และคณะ พบว่า ในเขตเทศบาล สำรวจบ้านที่มีผู้ป่วยชิคุนกุนยาจำนวน 26 หลัง House index เท่ากับ 73.07 CI ในบ้าน = 25 CI นอกบ้าน = 47.25 ภาชนะที่พบลูกน้ำส่วนใหญ่เป็นถังซีเมนต์ในห้องน้ำ ขางรถยนต์ เศษพลาสติก เป็นต้น ในเขตชนบทสำรวจบ้านที่มีผู้ป่วยชิคุนกุนยา จำนวน 12 หลัง

House index เท่ากับ 75 CI ในบ้าน = 10 CI นอกบ้าน = 32.69 ภาชนะที่พบลูกน้ำส่วนใหญ่เป็นตุ่มน้ำใช้ ขางรถยนต์ เศษกะลามะพร้าว เศษพลาสติก เป็นต้น สำรวจในส่วนข้างจำนวน 12 แปลง จำนวนต้นยาง 1200 ต้น พบว่า CI = 30.43 ภาชนะที่พบลูกน้ำส่วนใหญ่เป็นเศษกะลามะพร้าว เศษจอกยาง เป็นต้น ความหนาแน่นของภาชนะที่พบลูกน้ำต่อพื้นที่ในบริเวณบ้านมากกว่า ในสวนข้างพาราถึง 6 เท่า สรุปว่าแหล่งเพาะพันธุ์ส่วนใหญ่อยู่ที่บริเวณบ้าน¹¹ และนอกจากนี้ ได้ทดลองวางกระถางดินเผาเป็นแหล่งเพาะพันธุ์จำลองในระยะ 5, 10, 15 เมตร ห่างจากบ้าน และในสวนข้างพารา พบว่า ในกระถางดินเผาที่อยู่ระยะ 5 และ 10 เมตรห่างจากบ้านพบไข่ของยุงลายสวนมากที่สุด⁴ สอดคล้องกับชีวิตวัยของยุงที่มักจะวางไข่ใกล้กับบริเวณที่คุ้ดเลือด¹² ทั้งนี้เพื่อยืนยันว่าแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายสวนส่วนใหญ่อยู่ที่บริเวณบ้าน

8. การเตรียมพร้อมในการป้องกันควบคุมโรคไม่ทันการณ์

8.1 เครื่องพ่นเคมีจำนวนไม่เพียงพอและไม่พร้อมใช้ ควรมีการสำรวจความพร้อมของเครื่องพ่นเคมี และมีทะเบียนเครื่องพ่นของระดับอำเภอเพื่อทราบจำนวนเครื่องพ่นที่ใช้การได้ในอำเภอนั้น

8.2 สารเคมี ทรายกำจัดลูกน้ำ ยาพ่นกันยุงไม่เพียงพอ

8.3 จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการระดับอำเภอช้า

8.4 ไม่มีแนวทางดำเนินงานในแต่ละระดับ

8.5 ให้แต่ละสถานีอนามัยดำเนินการแบบแยกกันทำงาน ไม่มีการระดมทรัพยากรจากสถานีอนามัยที่ยังไม่ระดมมาช่วย

8.6 ไม่มีการระดมทรัพยากรทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุขมาช่วยกัน

9. ระวังการระบาดหลังเทศกาลหรือวันหยุดยาว เนื่องจากในช่วงเทศกาล ประชาชนมีการเดินทางกลับภูมิลำเนาที่อยู่ในพื้นที่ที่กำลังมีโรคระบาดและจากพื้นที่ระบาดไปยังพื้นที่อื่นๆ ซึ่งหากในพื้นที่ใหม่มีความพร้อมของยุงพาหะก็จะมีการระบาดขึ้นใหม่ได้ทันที จากการศึกษาทางห้องปฏิบัติการพบว่า เมื่อยุงลายดูดเลือดผู้ป่วยที่มีเชื้อไวรัสซิกนุกุนยา ชนิด E 226V ที่ระบาดในครั้งนี้อย่างน้อย 2 วันเท่านั้นสามารถแพร่เชื้อได้แล้ว¹³ และนอกจากนี้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขก็หยุดงานและไม่มีการวางแผนในช่วงวันหยุดยาวหรือเทศกาล

บทเรียนที่ 2 จุดแข็งที่ควรส่งเสริม

1. การค้นหาผู้ป่วยในหมู่บ้านโดยให้ความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขเกี่ยวกับอาการของโรคซิกนุกุนยา โดยใช้อาการหลัก คือ ไข้ ปวดข้อ และออกผื่น จากการสอบสวนของ สำนักระบาดวิทยาในจังหวัดนราธิวาส พบว่า อาการไข้ร่วมกับปวดข้อ มีความไว 76.5% และมีความจำเพาะ 88.1%¹⁴ และให้สังเกตว่าผู้ป่วยมักเกิดขึ้นมากกว่า 2 รายในบ้านเดียวกันหรือบ้านข้างเคียง เนื่องจากยุงลายมีนิสัยการดูดเลือดหลายครั้งในหนึ่งมื้อ (Multiple feeding)¹⁵ การรายงานโดยอาสาสมัครสาธารณสุขในช่วงเดือนกรกฎาคมถึงเดือนกันยายน 2552 ทำให้มีการรายงานผู้ป่วยมากกว่าการรายงาน 506 ถึง 2-3 เท่า และมีการรายงานภายใน 24 ชั่วโมง พบว่าส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการไม่เกิน 3 วัน นอกจากนี้การขยายเครือข่ายไปยังคลินิกแพทย์และร้านขายยา ก็ได้ดำเนินการแต่ในรายชื่อร้านขายยาไม่ได้รับความร่วมมือมากนัก การให้อาสาสมัครสาธารณสุขค้นหาผู้ป่วยโดยใช้อาการ (Syndrome approach) รวมทั้งการเกิดอาการเป็นหมู่ (Cluster approach) เป็นวิธีการเฝ้าระวังระดับหมู่บ้าน ที่มีความไวและความครอบคลุมสูง เหมาะสมที่จะพัฒนาต่อไปในอนาคต

2. การทำประชาคมระดับอำเภอและตำบล เป็นขบวนการที่ทำให้ชุมชนตื่นตัวและเห็นความสำคัญของปัญหาการระบาดของโรค ทำให้แกนนำทางสังคมเช่น เจ้าอาวาส ครู นักข่าวอาวุโส กำนัน นายกองค้ำการบริหารส่วนตำบล เป็นต้น เป็นแกนนำในการประชุมผู้ที่เกี่ยวข้องและระดมทรัพยากรทั้งหมดในชุมชนจัดกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว

3. การออกหน่วยเยี่ยมเยียนเมื่อมีการระบาดในพื้นที่ เนื่องจากผู้ป่วยร้อยละ 69 มีอาการปวดข้อรุนแรงเดินไม่ได้ ไม่สามารถเดินทางไปรับบริการบริการที่สถานีอนามัย⁸ เจ้าหน้าที่ในหน่วยเยี่ยมเยียนมีหัวหน้าทีมเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือพยาบาลไม่จำเป็นต้องเป็นแพทย์ มีหน้าที่ให้การรักษเบื้องต้นเช่น ยาลดไข้แก้ปวด ให้คำแนะนำในการป้องกันยุงกัด แจกยาทากันยุงแก่ผู้ป่วย เป็นต้น

4. การจัดให้มีคลินิกซิกนุกุนยาแบบ one stop service ในโรงพยาบาล ในภาวะระบาด มีผู้ป่วยโรคซิกนุกุนยามารับบริการจำนวนมาก ทำให้นั่งรอไม่เพียงพอ การเดินเข้าออกไม่สะดวก เนื่องจากปวดข้อ ผู้ป่วยจะต้องเข้าคิวร่วมกับโรคอื่น ดังนั้นการจัดบริการพิเศษเป็นแบบ one stop service ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ดีรวดเร็ว ทำให้มีความประทับใจและมารับบริการที่โรงพยาบาลและสถานีอนามัยมากขึ้น นอกจากนี้ การจัดให้นั่งรออยู่ในที่เดียวกันทำให้สามารถให้สุขศึกษาประชาสัมพันธ์ แจกยาทากันยุงได้ง่ายขึ้น

5. กิจกรรมกำจัดลูกน้ำยุงลายโดยประชาคม การจัดการแหล่งเพาะพันธุ์ ยุงลายต้องดำเนินการโดยเจ้าของบ้าน ทั้งในบ้านและบริเวณบ้าน การรณรงค์ทำ Big cleaning day เป็นการกำจัดทำลายเศษขยะ วัสดุเหลือใช้ โดยเฉพาะทำในบริเวณรอบบ้านก่อน หากมีเวลาอาจขยายเข้าทำในบริเวณสวนยาง พบว่าบ้านที่มีการกำจัดแหล่ง

เพาะพันธุ์มีโอกาasเป็นโรคน้อยกว่าบ้านที่ไม่ทำถึง 5 เท่า¹⁶ ส่วนใหญ่ทำกันทุกวันศุกร์ ในบางพื้นที่ที่ระบาดมากเพิ่มทำในวันอังคารด้วย

6. การเตรียมพร้อมในการรับมือป้องกัน ควบคุม โรคชิคุนกุนยาที่ได้ปรับเปลี่ยน

6.1 Zone alert ทำให้ตื่นตัวทั้งเขต และมีศูนย์ปฏิบัติการระดับเขต

6.2 กำหนดยุทธศาสตร์ร่วมกันทุกจังหวัด

6.3 การตั้ง war room ทุกระดับ ในระดับอำเภอ ตั้งทันทีแม้ว่ามีผู้ป่วยเพียง 1 ราย

6.4 กำหนด line of commander & response system

6.5 กำหนดบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัคร สาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับ

6.5 ระดมทรัพยากรจาก สปสช. อบจ. เทศบาลและอบต.

6.6 การใช้แผนที่ระบาดวิทยา และการปักหมุด

6.7 การประเมินผลและติดตามสถานการณ์อย่างใกล้ชิด

บทที่ 3 ตัวอย่างที่ดี (Best practise)

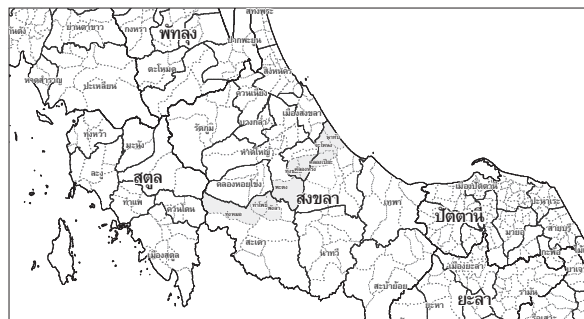
1. โครงการชะหนึ่งลุงแลกยาทากันยุงหนึ่ง หลอด ในช่วงที่มีการระบาดของโรคชิคุนกุนยา การประชาสัมพันธ์ความเสี่ยงการติดโรคโดยป้องกันไม่ให้ยุงกัด การใช้ยาทากันยุงก็เป็นวิธีหนึ่ง และในขณะเดียวกันต้องลดความหนาแน่นของแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายที่พบมากทั้งในบ้านและบริเวณบ้าน ส่วนใหญ่มักเป็นเศษวัสดุและภาชนะเหลือใช้ ถูกทิ้งไว้ให้น้ำขัง ดังนั้น การดำเนินการโครงการนี้มีลักษณะหวังผลแบบ Two in One การวางแผนและเตรียมชุมชนมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะ การวางแผนเรื่องการรวบรวมและการทำลาย ชยะ หลังจากนั้นมีการแจกถุงดำให้ประชาชน และเก็บขยะรอบบ้าน มารวมกันที่บริเวณหน้าบ้าน และมีการแจกยาทา กันยุงพร้อมกับข้อมูลเกี่ยวกับโรคชิคุนกุนยา ให้แก่ ประชาชนละผู้ป่วย อย่างไรก็ตามการแจกยาทากันยุงใน

ครั้งแรกเป็นการให้ประชาชนได้ลองใช้ หากได้ผล คาดหวังว่าอาจไปซื้อหามาใช้ต่อไป และการกระตุ้นให้ ชาวบ้านทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายอย่างต่อเนื่อง หลังจากนั้นเป็นสิ่งสำคัญ หากไม่มีการดำเนินการก็จะทำให้ มีการสะสมของเศษวัสดุ ภาชนะเหลือใช้ขึ้นมาก ใน หมู่บ้านที่เข้มแข็งได้มีการพัฒนาโครงการนี้ เป็น การ นำเอาสิ่งที่มีประโยชน์ในชีวิตประจำวันเช่น ไข่ไก่ ดินสอ กระดาษชำระ เป็นต้น มาใช้แทนยาทากันยุง และการนำ ชยะชุมชนไปทำการคัดแยกและแปรรูปโดยชุมชนแล้วนำ รายได้จากขยะมาใช้ดำเนินการต่อไป

2. หมู่บ้านปลอดชิคุนกุนยา หมู่ที่ 8 ตำบลนาโง ได้ อ.เมือง จ. ตัง เป็นตัวอย่างของหมู่บ้านปลอดสารเคมี ในการควบคุมไข่เลือดออกและชิคุนกุนยา หมู่บ้านนี้มี แกนนำคืออาสาสมัครสาธารณสุขที่เป็นแม่บ้าน ขอความ ร่วมมือให้แม่บ้านทุกครอบครัวตื่นตัวในการกำจัดแหล่ง เพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย และป้องกันยุงกัด ทำให้หมู่บ้านนี้ ไม่มีผู้ป่วยด้วยไข่เลือดออกมาเป็นเวลา 8 ปี และไม่มีกร ระบาดของโรคชิคุนกุนยา ในขณะที่หมู่บ้านรอบข้างมี ผู้ป่วยของโรคดังกล่าว การดำเนินการมีกลุ่มแม่บ้านเป็น แกนหลัก ให้ประชาชนทุกครัวเรือนปลูกตะไคร้หอม ไว้ ข้างบ้านใกล้กับบริเวณทำงาน ทำผลิตภัณฑ์จากปูนขาวที่ ได้จากในหมู่บ้าน เช่น นำก้อนปูนขาวตากแห้งใส่ในคุ่มน้ำ ใช้ และมีกิจกรรมจัดการสิ่งแวดล้อม เก็บขยะ ทุกวันศุกร์ นอกจากนี้จัดทำผลิตภัณฑ์กันยาโดยนำตะไคร้หอมมาป่น ผสมกับน้ำปูนขาวหรือ สกัดน้ำมันตะไคร้หอมผสมกับ น้ำมันมะพร้าวไว้ใช้ทากันยุง เป็นต้น แม้ว่าจะดำเนินการ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นแกนนำ แต่ได้รับความ ร่วมมือเป็นอย่างดีจากโรงเรียน วัดและองค์การบริหาร ส่วนตำบล

3. พื้นที่แนวกันชน จากข้อมูลทางระบาดวิทยา ประจำสัปดาห์ ในช่วงที่มีการระบาดในพื้นที่ 3 จังหวัด

ชายแดนภาคใต้พบว่าการแพร่ขยายของการระบาดมาตามถนนทางหลวงแผ่นดิน และในช่วงปลายเดือนกุมภาพันธ์เป็นช่วงค้นขางพาราผลัดใบ การเกิดโรคชิคุนกุนยา รายใหม่เกิดขึ้นน้อยลงอย่างชัดเจน ทางสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลามีแนวคิดทำแนวกันชน ยับยั้งไม่ให้เกิดการระบาดมาถึงอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลาซึ่งเป็นศูนย์กลางการคมนาคมและการท่องเที่ยว โดยกำหนดแนวพื้นที่ 4 อำเภอ 9 ตำบล 75 หมู่บ้าน 13,877 หลังคาเรือน และประชากรจำนวน 59,313 คน (ดังแผนที่)



ในพื้นที่ดังกล่าวมีการพันสารเคมีล่วงหน้าร่วมกับประชาชนกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุง เพื่อลดความหนาแน่นของยุงและให้สุศึกษาประชาสัมพันธ์ โดยทั้งป้ายประชาสัมพันธ์และรถยนต์ประชาสัมพันธ์ แต่หลังจากเทศกาลสงกรานต์ เกิดมีการระบาดใหม่ในหลายพื้นที่เช่น อำเภอสะเดา อำเภोजะนะ อำเภอหาดใหญ่และหลายอำเภอของจังหวัดตรัง พัทลุงและสตูลรวมทั้งภาคใต้ตอนบน ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากคนรับจ้างกรีดยางกลับบ้านในช่วงสงกรานต์ ดังนั้นการเดินทางของคนเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้มีการแพร่โรคอย่างรวดเร็ว การทำพื้นที่แนวกันชนไม่มีประโยชน์ ในการยับยั้งการแพร่ระบาดได้ ดังนั้นวิธีการนี้เป็นบทเรียนที่ไม่ได้ผล ไม่แนะนำให้ใช้

บทที่ 4 นโยบายเข้มข้น ยุทธศาสตร์เข้มแข็ง

เนื่องจากนโยบายของนายกรัฐมนตรีผ่านรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เกี่ยวกับ ความเชื่อมั่นของประเทศไทย กรณีถ้ามีข่าวการแพร่ระบาดของโรคไข้ปวดข้อยุ่งลาย จะทำให้นักท่องเที่ยวขาดความเชื่อมั่น ดังนั้นต้องมีการเร่งรัดการควบคุมโรคให้ลดลงโดยเร็วและปลัดกระทรวงสาธารณสุขมอบนโยบาย เน้นหนักคือป้องกันไม่ให้ป่วย และหากป่วยแล้วไม่แพร่กระจายเชื้อ รวมทั้งให้มีการรายงานข้อมูลอย่างรวดเร็ว ทันการณ์และโปร่งใสในทุกระดับ และนอกจากนี้ยังมีปัจจัยเอื้อเชิงบวกต่อนโยบาย ได้แก่ การประกาศให้โรคนี้ต้องรายงานโรค ใช้อำนาจกระทรวงสาธารณสุขให้คลินิกเอกชนรายงานข้อมูลภายใน 24 ชม. มีงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทุกหน่วยราชการ ในทุกระดับของกระทรวงสาธารณสุขรวมทั้งองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นทุกระดับ และเพื่อให้การบริหารจัดการควบคุมการระบาดของโรคชิคุนกุนยาในภาคใต้ดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นเอกภาพ ได้จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคไข้ปวดข้อยุ่งลายภาคใต้ (สปยค) ที่ จังหวัดตรัง โดยมีนายแพทย์เสรี หงสียก ผู้ตรวจราชการเขต 7 เป็นผู้อำนวยการ ได้กำหนดภารกิจให้ควบคุมการระบาดเสร็จสิ้นภายใน 3 เดือน

ยุทธศาสตร์ของศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคไข้ปวดข้อยุ่งลายภาคใต้(สปยค)

มี 5 ข้อคือ

1.ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารและการอำนวยการ

1.1 จัดตั้งศูนย์ ประสานงานและสั่งการ เพื่อกำหนดแผนยุทธศาสตร์การดำเนินควบคุมป้องกันโรค ไข้ปวดข้อยุ่งลายโดยการสั่งการและประสานงานกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายต่างๆในพื้นที่ ดำเนินการรับข้อมูล ประเมินความเสี่ยง และกรองข้อมูลเป็นข่าวสารเพื่อ ให้ข่าวและรายงาน

1.2 ดำเนินการประสานทุกหน่วยงาน ทุกเครือข่าย ที่เกี่ยวข้องกับโรคปวดข้อขลุ่ยลาย เพื่อควบคุมป้องกันอย่างเป็นระบบ ถูกหลักองค์ความรู้ สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ โดยพร้อมเพรียงเต็มกำลัง

1.3 กำหนดการจัดเตรียมทรัพยากรในทุกระดับ และการสำรองในระดับภาคเพื่อสนับสนุน พื้นที่กรณีขาดแคลน

1.4 จัดทำระบบการสื่อสาร และส่งการให้ สอดคล้องกับสถานการณ์การทำงานจริง ที่มีการรวมตัว จากผู้ปฏิบัติงานหลายภาคส่วน โดยระบบสื่อสารทางไกล วิดีโอคอนเฟอเรนซ์ ระบบถ่ายทอดข้อปฏิบัติผ่านเว็บไซต์

1.5 จัดทำระบบรายงานข้อมูลรายงานผู้ป่วยเข้า ข่ายใช้ซิโนคูนยาของอสม. โดยโปรแกรมซิโนคูนยา ออนไลน์

1.6 จัดตั้งศูนย์ผลิตสื่อระดับภาค เพื่อกำหนดองค์ความรู้ แบบ และเทคนิคการเผยแพร่ความรู้ไปสู่ระดับ ต่างๆ ตั้งแต่ ประชาชน อสม. เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน สาธารณสุขแต่ละระดับตั้งแต่สถานีอนามัย โรงพยาบาล ชุมชน โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์

1.7 สนับสนุนทีมควบคุมโรคผู้เชี่ยวชาญระดับเขต เพื่อลงพื้นที่สนับสนุนการแก้ปัญหาพื้นที่ที่มีความรุนแรง ของการระบาดสูง

1.8 กำหนดเทคนิคและกลวิธีในการ ประชาสัมพันธ์ ทั้งการดำเนินงานของศูนย์ และการสร้าง กระแสความร่วมมือและขวัญกำลังใจของทุกหน่วย ทุก เครือข่ายโดยพร้อมเพรียงเพื่อควบคุมป้องกันโรค

1.9 วิเคราะห์สถานการณ์การเงินการคลัง เพื่อ รองรับแผนปฏิบัติการ กำหนดงบประมาณ แหล่ง สนับสนุนจากทุกแหล่งที่มีอยู่เดิม และแหล่งที่เกี่ยวข้อง

เพื่อให้เกิดกลไกการแก้ปัญหาได้ทันทั่วถึง ต่อเนื่อง และมี ประสิทธิภาพ

2.ยุทธศาสตร์ด้านการเฝ้าระวังและควบคุมโรคการเปลี่ยน ยุทธศาสตร์

จากองค์ความรู้และบทเรียนทำให้ทราบว่า การ ควบคุมขลุ่ยลายสวน ทำได้ไม่ครอบคลุม เนื่องจากมีการ บินไกล และมีแหล่งเกาะพักนอกบ้าน การไม่ให้คน เดินทาง เป็นสิ่งที่ทำไม่ได้ ผู้ป่วยที่มีเชื้อเป็นแหล่งแพร่เชื้อ ที่สำคัญ การติดเชื้อเกิดขึ้นในสถานที่ทำงานต้องออกไป เสี่ยงต่อการติดเชื้อทุกวัน ดังนั้นการป้องกันตนจึงเป็นสิ่ง สำคัญที่ประชาชนต้องทราบและปฏิบัติเพื่อลดการเกิด ผู้ป่วยรายใหม่ ดังนั้นควรเปลี่ยนยุทธศาสตร์มาเน้นในคน มากขึ้น

2.1 ดำเนินการยุทธการ 3 วัน 3 สัปดาห์ 3 เดือน รบ รุก รบเร็ว รบแรง ได้ร่วมใจจัดกักขังไขว่ปวดข้อขลุ่ยลาย

2.2 หน่วยปฏิบัติการทุกระดับนำข้อมูลจาก โปรแกรมซิโนคูนยาออนไลน์ที่รายงานจากการสำรวจ แบบเคาะประตูบ้านเอ็กเซอร์พัสพื้นที่ มาวิเคราะห์สถานการณ์ รายวัน รายสัปดาห์ เพื่อวางแผนการควบคุมและป้องกัน โรค

2.3 จัดทีม วิชาการควบคุมป้องกันและ รักษาพยาบาล โรคและทีมปฏิบัติการ ในระดับจังหวัด อำเภอ เพื่อรวบรวมข้อมูล วางแผน ดำเนินการ และจัดการ ด้านทรัพยากร โดยการประสานงานร่วมกับศูนย์ป้องกัน และควบคุมโรคซิโนคูนยาภาคใต้

2.4 สร้างความมั่นใจแก่ประชาชน เชิงรุก จัดหน่วย แพทย์เคลื่อนที่

2.5 การสร้างความเข้าใจและตระหนัก และกระตุ้น ให้มีการปฏิบัติในการดูแลตนเองและ ครอบครัวใน

ประชาชน โดย การประชาสัมพันธ์ การสร้างสื่อความรู้ ภายใต้งานโครงการตลาดเชิงสังคมที่เรียกเทศกาลคุณนะทำ

3.ยุทธศาสตร์ด้านความร่วมมือภาคีร่วม

3.1 สร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เช่น ประชาชน สร้างความตระหนัก ในการป้องกันตนเอง และ ชุมชน ในชุมชน จัดทำประชาคมเพื่อแก้ไขปัญหาาร่วมกัน อสม. ค้นหา รายงานผู้ป่วย ควบคุมป้องกันในพื้นที่ โรงเรียน ครู ค้นหา รายงานผู้ป่วย ควบคุมป้องกันในพื้นที่ นักเรียน ค้นหา รายงานผู้ป่วยในบ้าน ควบคุมป้องกันในพื้นที่ (สายสืบลูกน้ำยุงลาย) สถานีอนามัย SRRT เฝ้าระวัง ควบคุมโรคเชิงพื้นที่ ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สร้างสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการเกิดโรค เช่น รณรงค์ Big Cleaning Day องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นแกนหลัก ในการสนับสนุนการควบคุม ตัวแก่ ตัวอ่อน ลูกน้ำยุงลาย ในพื้นที่ รวมถึง การใช้มาตรการทางกฎหมาย ควบคุม พาหะยุงลายต่อเนื่อง

4.ยุทธศาสตร์ด้านการประชาสัมพันธ์

4.1 ดำเนินการประชาสัมพันธ์รณรงค์ผ่านสื่อ ต่างๆ ที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย สอดคล้องกับ บริบท ของ ภาคได้

4.2 เน้นประชาสัมพันธ์เพื่อให้เครือข่ายรับทราบ ข้อปฏิบัติ มีกำลังใจ มีกระแสนตื่นตัวอยากร่วมมือ

4.3 ไม่สร้างความตระหนัก ไม่ส่งเสริมความ รุนแรงสถานการณ์บ้านเมือง

4.4 ให้เห็นความสำคัญและบทบาทหน้าที่ของศูนย์ ป้องกันและควบคุมไข้ปวดข้อยุงลายภาคใต้ และ ความสำคัญในการประสานสั่งการอย่างมีทิศทาง สอดคล้องเป็นระบบในเวลาเดียวกัน

4.5 การประชาสัมพันธ์ผู้บริหารระดับสูง เพื่อสร้าง ความมีส่วนร่วม ชักนำ ให้กำลังใจแก่ อสม. เจ้าหน้าที่ ภาาี เครือข่ายต่างๆ และขอสนับสนุนผู้บริหารเป็นภาพตัวอย่าง

การปฏิบัติการ(Presenter)3 วัน 3 สัปดาห์ 3 เดือน ร่วมกับ อสม. ในพื้นที่จริง

4.6ให้กำลังใจ ชื่นชม ประกาศรางวัลแก่เครือข่าย ปฏิบัติงาน

4.7 เอื้ออำนวยสื่อที่สนใจอยากช่วยเหลือเผยแพร่ ภายใต้งานโครงการตามแนวทางศูนย์กำหนด คือไม่ให้ผู้คน ตระหนัก แต่ประชาสัมพันธ์ในทิศทางสร้างความมั่นใจว่า มีกระบวนการจัดการปัญหาอย่างเข้มแข็ง

5 ยุทธศาสตร์ด้านการประเมินผลและการจัดการความรู้

5.1 ดำเนินการประเมินผลทุกระดับของการ ดำเนินการ ตั้งแต่ ความพร้อมการเตรียมการ กระบวนการ และผลสัมฤทธิ์ด้านต่างๆที่เกิดขึ้น โดย สคร. สคม.

5.2 และจัดการถอดบทเรียน จัดการความรู้ เพื่อ พัฒนาเป็นองค์ความรู้ใหม่ นำเสนอคณะยุทธศาสตร์เพื่อ ปรับเปลี่ยนยุทธศาสตร์ให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ โดยทีมวิชาการ ศูนย์

5.3 จัดทำสรุปผลการประเมินการดำเนินการใน ทุกระดับการของศูนย์

ยุทธการ 3 วัน 3 สัปดาห์ 3 เดือน ได้ร่วมใจจัดภัยไข้ปวด ข้อยุงลาย ด้วย 3 รบ

1. รบรุก : เปลี่ยนการตั้งรับตามสถานพยาบาลเป็นรุก ค้นหาผู้ป่วยโดยผนักกำลัง อสม.เต็มสนามรบพื้นที่ ภาคใต้ ดำเนินการรอบแรกด้วยการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก เอ็กชเรย์เต็มพื้นที่ รายงานผู้ป่วย แจกยาทาป้องกัน ภายใน 3 วัน
2. รบเร็ว : นำข้อมูลจากการรายงานของ อสม. วางแผน รบทำลาย พาหะ ะคมทรัพยากรในพื้นที่ที่มีอยู่แล้ว และจัดเตรียมพร้อมได้เอง ตามบริบทที่เป็นไปได้ ไม่ รอเตรียมพร้อมนาน โดยโดยการเร่งรัดการกำจัด แหล่งเพาะพันธุ์ยุง และพ่นยุงตัวแก่ทุกสัปดาห์เป็น เวลา 3 สัปดาห์ติดต่อกัน

การปฏิบัติตัวของครอบครัวและผู้ป่วยโรคไข้ปวดข้อยุงลาย

1. ปฏิบัติตามคำแนะนำของอาสาสมัครสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 6 ข้อ ดังนี้

- 1.1. ทายากันยุงทุกวันจนไข้ลด
- 1.2. สมาชิกในบ้านต้องทายากันยุงป้องกันตัวเองด้วย
- 1.3. หากมีผู้ป่วยรายใหม่หลังจากนี้ให้แจ้งที่ท่านหรือเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย
- 1.4. นอนกางมุ้ง ทั้งกลางวันและกลางคืน
- 1.5. ฉีดสเปรย์กำจัดยุงในห้องนอน ห้องนั่งเล่น หรือบริเวณมุมมืดในบ้าน
- 1.6. กำจัดเศษภาชนะน้ำขังและทำลายลูกน้ำยุงลายทั้งในบ้านและบริเวณบ้านสัปดาห์ละครั้ง

2. การรักษาของผู้ป่วยไข้ปวดข้อยุงลาย

โรคไข้ปวดข้อยุงลายยังไม่มียารักษาเฉพาะ และไม่มียาฆ่าเชื้อไวรัส จะต้องรักษาตามอาการ

2.1. ให้ยาพาราเซตามอล ลดอาการไข้ ไม่ควรใช้ยาแอสไพริน เพราะอาจเกิดการเลือดออกง่ายถ้าเป็นโรคไข้เลือดออกร่วมด้วย จะมีการไข้สูงมาก ในเด็กที่มีอายุน้อยกว่า 5 ปี ต้องระวังชักเวลาไข้ ต้องเช็ดตัวร่วมด้วย

2.2. การรับประทานยาแก้ปวดข้อนั้น ต้องรับประทานหลังอาหารทันที และระวังอาจทำให้เกิดโรคกระเพาะอาหารอักเสบหรือคิดยาแก้ปวดได้ ไม่ควรซื้อยากินเอง อาจมีผลต่อดับและไตได้ ควรไปรักษาที่สถานีอนามัยหรือพบแพทย์

2.3. ถ้าผู้ป่วยเป็น เด็กเล็ก หญิงตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ รวมทั้งผู้ที่มิสุขภาพอ่อนแอมีโรคเรื้อรัง ต้องไปพบแพทย์ เพราะอาจจะมีอาการรุนแรงได้

บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข

1. ค้นหาผู้ป่วยรายสงสัยว่าเป็นไข้ปวดข้อยุงลาย ใช้การไข้ ปวดข้อและออกผื่น รายงานต่อเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย

2. เมื่อพบผู้ป่วยให้นำยาทากันยุงให้แก่ผู้ป่วยและอธิบายข้อแนะนำ 6 ข้อ ดังนี้

- ทายากันยุงทุกวันจนไข้ลด
- สมาชิกในบ้านต้องทายากันยุงป้องกันตัวเองด้วย
- หากมีผู้ป่วยรายใหม่หลังจากนี้ให้แจ้ง ตัว อสม.หรือเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย
- นอนกางมุ้ง ทั้งกลางวันและกลางคืน
- ฉีดสเปรย์กำจัดยุงในห้องนอน ห้องนั่งเล่น หรือบริเวณมุมมืดในบ้าน
- กำจัดเศษภาชนะน้ำขังและทำลายลูกน้ำยุงลายทั้งในบ้านและบริเวณบ้าน

3.เยี่ยมบ้านผู้ป่วยและทายากันยุงให้ผู้ป่วยอย่างน้อย อีก 2 วัน รวมทั้ง สอบถามหาผู้ป่วยรายใหม่ที่จะเกิดขึ้นเพิ่มเติมในครอบครัวของผู้ป่วยและบ้านข้างเคียง

บทบาทของเจ้าหน้าที่ อนามัย

- 1.อบรมพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข
- 2.รวบรวมรายงานของ อสม. รายงานทางโปรแกรม Chikungunya online ใน 24 ชั่วโมง

จัดเตรียมสิ่งสนับสนุนและสื่อความรู้

3.ทำมาตรการเสริมโดยการชุบเชื้อด้วยสารเคมีชุบน้ำ (17)

4.ส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนไปยังรพช./รพท./รพศ. ได้แก่ เด็กเล็ก หญิงตั้งครรภ์ ผู้ป่วยเป็นไข้ชุกุนกูน่า ร่วมกับไข้เลือดออก ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีโรคเรื้อรัง เป็นต้น

บทบาทของโรงพยาบาลชุมชน ทัวไปและโรงพยาบาลศูนย์

1.ในกรณีที่พบผู้ป่วยนอกมากกว่า 10 คน ต่อวัน ควรจัดบริการแบบ one stop service (คลินิกไข้ปวดข้อยุงลาย)

ประสานกำกับการปฏิบัติงานของสถานอนามัย ในด้านการเฝ้าระวัง สอบสวน การรายงาน การควบคุมและป้องกันโรค โดยความร่วมมือของอสม.

2. กรณีชุมชนที่มีผู้ป่วยมากกว่า 20 คน ให้สนับสนุนหน่วยแพทย์เคลื่อนที่หรือหน่วยเชี่ยวชาญ

บทบาทของสาธารณสุขอำเภอ

1. สนับสนุนทรัพยากรให้หน่วยบริการสถานอนามัย ได้แก่ การประสานจัดการด้านงบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ เทคนิค ความรู้ จากเครือข่ายบริการสุขภาพและแหล่งอื่นๆ

2. จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและควบคุมไข้ปวดข้ออยู่หลายระดับอำเภอ มีนายอำเภอเป็นประธาน และมีสาธารณสุขอำเภอ หรือ ประธาน คปสอ. เป็นเลขานุการ ติดตามให้มีรายงาน สอ./ศสข. ทางโปรแกรม Chikungunya Online ทุกวัน ที่ www.chikungunya.org นำข้อมูลจากรายงานมาประสานกำกับการปฏิบัติงานของหน่วยงานระดับอำเภอ

3. ส่งทีมเฝ้าระวังและสอบสวนเคลื่อนที่เร็วลงสอบสวนโรคกรณีเป็นการระบาดครั้งแรกของอำเภอหรือการกระจายเกิดอย่างรวดเร็ว รวมทั้งกรณีเขตเมือง แหล่งท่องเที่ยว รวมทั้ง มีผู้ป่วยอาการรุนแรงหรือเสียชีวิต

4. ให้ความรู้ นำคู่มือ ให้นักเรียนมีความรู้ความเข้าใจในโรคและการปฏิบัติที่ถูกต้อง

5. รายงานโรค และผลักดันให้เกิดการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตระหนักและให้การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ป้องกันและควบคุมโรค

6. ในกรณีเกิดการระบาดของโรคไข้ปวดข้ออยู่หลายควรดำเนินการประสานผลักดันให้เกิด การดำเนินการเวทีประชาคม เพื่อยับยั้งและป้องกันควบคุมโรคระดับอำเภอ โดย ซึ่งในการดำเนินการทำประชามชนั้น ควรมีสมาชิก

จากทุกภาคส่วน ในระดับอำเภอ เช่น ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย ประชาชนทั่วไป องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร้านขายยา ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา ครูอาจารย์ อสม. เครือข่ายสาธารณสุข และผู้มีส่วนได้เสียอื่นๆ เข้าร่วม เพราะเมื่อได้ฉันทามติจากประชาคมแล้ว สามารถนำไปดำเนินการในพื้นที่ได้ทันที

บทบาทของสาธารณสุขจังหวัด

1. จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและควบคุมไข้ปวดข้ออยู่หลายระดับจังหวัด โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นเลขานุการ ติดตามให้มีรายงานทางโปรแกรม Chikungunya Online ทุกวัน ที่ www.chikungunya.org นำข้อมูลจากรายงานมาประสานกำกับการปฏิบัติงานของหน่วยงานระดับอำเภอ ในด้านการเฝ้าระวัง สอบสวน การรายงาน การควบคุม และป้องกันโรคและวางแผนสนับสนุนในกรณีมีพื้นที่ระบาดรุนแรงเกินกำลังของพื้นที่ รายงานโรคและการควบคุมโรคที่ดำเนินการรายสัปดาห์ให้ศูนย์ฯ ทราบ

2. จัดประชุมเพื่อแก้ปัญหาร่วมทำแผนงานโครงการเสนอ ขอรับสิ่งสนับสนุน ในระดับจังหวัด เช่น ทรายกำจัดลูกน้ำ เครื่องพ่นและน้ำยาทำลายยุง

3. ตั้งศูนย์บริการประชาชนและประชาสัมพันธ์ ใช้ปวดข้ออยู่หลาย ระดับจังหวัด เพื่อรับข้อร้องเรียน สอบถาม และกรองข่าวสาร ให้ข้อมูล แก่ผู้สนใจ และสื่อมวลชน เฉพาะด้านวิชาการ

4. ส่งทีมเฝ้าระวังและสอบสวนเคลื่อนที่เร็วลงสอบสวนโรคกรณีเป็นการระบาดครั้งแรกของจังหวัดหรือการกระจายเกิดอย่างรวดเร็ว รวมทั้งกรณีเขตเมือง แหล่งท่องเที่ยว รวมทั้ง มีผู้ป่วยอาการรุนแรงหรือเสียชีวิต หรือได้รับการร้องขอจากทีมอำเภอ

5. ประสานหน่วยบริการในพื้นที่ให้จัดหรือจัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่จังหวัดเอง ออกเยี่ยมเยียนผู้ป่วยในชุมชนกรณี มีผู้ป่วยมากกว่า 20 คนในชุมชน

6. ในกรณีเกิดการระบาดของโรคไข้ปวดข้อยุงลาย หรือมีการแพร่กระจายของโรค ในหลายพื้นที่ ควรดำเนินการประสาน เพื่อผลักดันให้เกิด การดำเนินการเวทีประชาคม เพื่อยับยั้ง และป้องกันควบคุมโรคไข้ปวดข้อยุงลาย ระดับจังหวัด ซึ่งในการดำเนินการทำประชามนั้น ควรมีสมาชิกจากทุกภาคส่วน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรเอกชน ประธาน อสม. เครือข่ายสาธารณสุข และผู้มีส่วนได้เสียอื่นๆ เข้าร่วม

บทบาทของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคระดับเขต

1. จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและควบคุมไข้ปวดข้อยุงลายระดับเขต
2. ประสานกำกับกำกับการปฏิบัติงานของหน่วยงานระดับจังหวัด ในด้านการเฝ้าระวัง สอบสวน การรายงาน การควบคุมและป้องกันโรค
3. รวบรวมรายงานโรคและวิเคราะห์ สถานการณ์โรคจากรายงาน 506 ส่งศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคไข้ปวดข้อยุงลาย ภาคใต้ทุกวันจันทร์
4. สนับสนุนด้านวิชาการ สื่อประชาสัมพันธ์ สุขศึกษาและเทคโนโลยีที่เหมาะสมแก่จังหวัดและท้องถิ่น
5. สนับสนุนทีมเฝ้าระวังและสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็วระดับเขต ในกรณีเกิดการระบาดในพื้นที่เขตเมือง สถานที่ท่องเที่ยว หรือกรณีมีอาการรุนแรงที่ผิดปกติ รวมทั้งการดำเนินการควบคุมโรคไม่ได้ผลและมีขยายตัวอย่างรวดเร็วหรือได้รับการร้องขอจากพื้นที่
6. สนับสนุนทีมควบคุมยุงพาหะแก่จังหวัดโดยการพิจารณาของศูนย์ฯ

7. อบรมการชุบเลี้ยงด้วยสารเคมีไล่ยุงแก่อาสาสมัครสาธารณสุขโดยประสานทางสถานีอนามัยและสาธารณสุขอำเภอ
8. สนับสนุนชุดนิทรรศการ แสดงวงจรชีวิตยุงตัวอย่างไขยุงลาย สาธิตการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุง และการชุบเลี้ยงด้วยสารเคมีไล่ยุงเป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ยุทธศาสตร์และมาตรการการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคชิคุนกุนยาและบทเรียนการป้องกันควบคุมโรคชิคุนกุนยาในภาคใต้ คณะผู้เขียนได้สรุปผลการดำเนินงานและถอดบทเรียนการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคชิคุนกุนยาในภาคใต้ขึ้น หลังจากที่สามารถควบคุมการระบาดของโรคได้ เพื่อเผยแพร่ให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจากภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ เอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขและประชาชน นำไปสู่การปฏิบัติที่ชัดเจนทุกระดับ จึงขอขอบคุณผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง นายแพทย์เสรี หงษ์หยก ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขต 7 ประธานคณะกรรมการฝ่ายปฏิบัติการศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคไข้ปวดข้อยุงลายภาคใต้ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด 14 จังหวัดภาคใต้ และผู้ที่ไม่ได้เอ่ยนามทุกท่าน ที่มีส่วนร่วมในดำเนินงานจนสามารถกำหนดยุทธศาสตร์และมาตรการการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคชิคุนกุนยาและบทเรียนการป้องกันควบคุมโรคชิคุนกุนยาในภาคใต้ได้

เอกสารอ้างอิง

1. Pisittawoot Ayood, Thonchai Leatvilairatapong, Suwit Thumapalo, Jariya Naratippaput, Sawanya Juntutanon, Sulapee Anuntaprecha et al. Risk factors

- and Chikungunya viral serosurvey in a village, Yigno District, Narathiwat Province, October 2008. Monday meeting; 4 May 2009; Bureau of Epidemiology, Nonthaburi.
2. ลักขณา ไทยเครือ ไข่ออกผื่นปวดข้อ เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องไข่ออกผื่นปวดข้อ. กรุงเทพฯ กองระบาดวิทยา.2539.
 3. กสิน ศุภปฐม , เอี่ยมเดือน กิ่งชาญศิลป์และพูนยศ เรี่ยวแรงบุญญา ประสิทธิภาพการจับและฆ่ายุงรำคาญของสารชักล้าง. วารสารกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. 2547. (3) : 253 – 259.
 4. วิรัช วงศ์หิรัญรัตน์ และคณะ การวางไข่ของยุงลายสวน (*Aedes albopictus*) เอกสารประกอบการประชุม ประเมินสถานการณ์โรคชikungunyaภาคใต้ เอกสารอัดสำเนา 2552.
 5. วิรัช วงศ์หิรัญรัตน์ ชุศักดิ์ โมลิโต และโสภาวดี มูลเมฆ. การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการพ่นหมอกควัน และพ่นฟอยล์อะอองติครอลชนิด ในการควบคุมยุงลายบ้าน *Aedes aegypti* Linnaeus (1762) ในเขตเทศบาลนครสงขลา. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา,สงขลา. 2552, 23หน้า.
 6. Ramful D, Carbonnier M, Pasquet M, Bouhmani B, Ghazouani J, Noormahomed T et al. Mother to-child transmission of Chikungunya virus infection. *Pediatr Infect Dis J.*2007 Sep;26(9):811-5
 7. Valamparampil J, Chirakkart S, Letha S, et al. Clinical profile of Chikungunya in infants. *Indian Journal of Pediatrics.* 2009 Feb; (76): 151-155.
 8. Tham mapalo S, Thaikruea L, Prikchoo P, et al. Factors contributing to rapid spreading of chikungunya epidemic in Thailand 2008-2009. Technical Consultation On the Re-emergence of Chikungunya fever; 26 – 28 August 2009; Graceland, Phuket Thailand.
 9. สุวิษ ธรรมปาโล ปฐมพร พริกขู และชูศักดิ์ โมลิโต การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันตัวจากไข้ชikungunya เอกสารประกอบการประชุมประเมินสถานการณ์โรคชikungunyaภาคใต้ เอกสารอัดสำเนา 2552.
 10. Gubler. D. J. 1971. Ecology of *Aedes albopictus*. The Johns Hopkins University ICMRT Animal Report: 75-80.
 11. Wonghiranrat W, Moonmek S, Wasinee S. The survey of *Aedes albopictus* bleeding sources in the urban and rural areas. Technical Consultation On the Re-emergence of Chikungunya fever; 26 – 28 August 2009; Graceland, Phuket Thailand.
 12. Liew, C. and C. F. Curtis. 2004. Horizontal and vertical dispersal of dengue vector mosquitoes, *Aedes aegypti* and *Aedes albopictus* , in Singapore. *Med. Vet. Entomol.* 18: 351 – 360
 13. Mathien D, Laurence M, Sara M ,et al. Chikungunya virus and *Aedes* mosquitoes : saliva is infectious as soon as two days after oral infection.PLoSONE 4(6):e5895
 14. BuaThong R. Surveillance system of Chikungunya in Thailand.Technical Consultation On the Re-emergence of Chikungunya fever; 26 – 28 August 2009; Graceland, Phuket Thailand.
 15. Scott TW, Amerasighe PH, Morrison AC, Lorenz LH, Clack GG et al.(2000) Longitudinal studies of *Aedes aegypti* (Diptera: Culicidae) in Thailand and



- Puerto Rico: blood feeding frequency. J Med Entomol 37:89-101
16. รจนา วัฒนรังสรรค์, วรสิทธิ์ ศรีศรีวิชัย, สุวิธ ธรรมปาโล, สรรพชัย ฤทธิรักษา, สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ และคนอื่นๆ. การศึกษาการระบาดของโรคชิคุนกุนยา อำเภอเทพาและอำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา เดือนมีนาคม-เมษายน 2552. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ (กำลังพิมพ์)
17. Wonghiranrat W, Moonmek S, Wasinee S. Using impregnated shirt with Bifenthrin 2% EC to protect mosquito biting in the rubber plantation. Technical Consultation On the
18. Re-emergence of Chikungunya fever; 26 – 28 August 2009; Graceland, Phuket Thailand. Edelman R et al. Phase II safety and immunogenicity study of live chikungunya virus vaccine TSI-GSD-218. Am J Trop Med Hyg 2000; 62: 681–85.