



วารสารสาธารณสุขล้านนา

Lanna Public Health Journal

ISSN 1686-7076

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2548 Volume 1 No.1 January - April 2005

สารบัญ

นิพนธ์ต้นฉบับ	หน้า Page	Original Articles
ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมสำหรับการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนบน กิตเดช สัมมานันท์ วีรวุฒิ แสงจันทร์	9	Appropriate Antibiotics for Upper Respiratory tract infection Pheesadech Summanun Weerawoot Sangjan
รูปแบบการดำเนินงานหมู่บ้านสร้างสุขภาพในอำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ คนาธิป มุดเจริญ สงกรานต์ ทะตัน	23	Pattern on health forming village actions in Amphoe Denchai, Phrae Province Kanatip Mudcharoen Sukarn taton
ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในการตรวจวินิจฉัยและควบคุมโรคหนอนพยาธิอำเภอเทิง จังหวัดเชียงราย ปี 2547 อดุลย์ศักดิ์ วิจิตร และคณะ	33	Competency of health volunteers in diagnosis and control of Helminthiasis in Teung District, Chiangrai Province 2004 Adulsak Wijit, <i>et al.</i>
รูปแบบการดำเนินงานตามโครงการ TO BE NUMBER ONE ระดับตำบล/หมู่บ้าน กรณีศึกษากลุ่มเยาวชนตำบลล้าน อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน เกตุ สมบัติแก้ว ลำดวน ก้อนสมบัติ	41	To Be Number One Project Case Study: Teenage Tombon San, Wiangsa District, Nan Province Kate Sombatkaeo Lumdaum Konsombat
การมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิซชุมชนและโรงเรียน ตำบลเหมืองหม้อ อำเภอเมือง จังหวัดแพร่ ประเสริฐ สีสุข ประจวบ ประจวบแต่ง	49	Participation of Community leaders in Prevention Lep-tospirosis in community and school Tombon Maung-mo Amphoe Muang, Phrae Province Prasert Seesung Prajup Pragongteng
การรับรู้ข้อมูลข่าวสารของประชาชนเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในเขตภาคเหนือตอนบน นารถลดา ชันธิกุล และคณะ	63	Perception of Information on Disease Prevention and Control among people in Northern Thailand Nardlada Khantikul, <i>et al.</i>

สารบัญ

นิพนธ์ต้นฉบับ	หน้า Page	Original Articles
ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคยาสูบของเยาวชนในพื้นที่รับผิดชอบ ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดพิษณุโลก เยาวเรศ วิสุตโยธิน	75	The behavior of tobacco consumption of student in schools in the areas under the responsibilities of Office of prevent and control 9, Phitsanulok Yauvarad visutyothin
พฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อของเจ้าหน้าที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่ เสาวนีย์ วิบูลสันติ นพพร ศรีผัด	83	Risk behavior of non-communicable disease of the officers of Department of Prevention and Control Region 10 Chiangmai Saowanee Wiboolsanti Nopporn Sripad
การให้การปรึกษาอย่างมีคุณภาพ ทิพาพร อัสสรณะสมบัติ	95	

ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมสำหรับการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนบน

(Appropriate Antibiotics for Upper Respiratory tract infection)

ภิศเดช สัมมานันท์ พ.บ.,ว.ว. โสต ศอ นาสิก* Pheesadech Summanun M.D.,FCOT.

วีรวุฒิ แสงจันทร์ วท.บ.(เทคนิคการแพทย์)** Weerawoot Sangjan B.Sc(Medical technology)

* กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย

Department of Otolaryngology, Chiangrai Hospital, Chiangrai

** กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย

Department of Clinical pathology, Chiangrai Hospital, Chiangrai

บทคัดย่อ

โรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนบนพบได้บ่อย แบ่งตามตำแหน่งที่พบบ่อยเป็น pharyngitis, rhinosinusitis และ otitis media พบเชื้อก่อโรคสำคัญ คือ เชื้อไวรัส รองลงมาคือเชื้อแบคทีเรีย การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบไปข้างหน้าเป็นเวลา 4 เดือน ตั้งแต่วันที่ 6 กุมภาพันธ์ -5 มิถุนายน 2547 เพื่อศึกษาชนิดของเชื้อแบคทีเรียก่อโรค และ แบบแผนความไวของเชื้อต่อยาปฏิชีวนะ นำมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางสำหรับการให้ยาที่เหมาะสม เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยนอก กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จำนวน 138 ราย เชื้อที่พบบ่อยในผู้ป่วย pharyngitis คือ streptococcus group A เชื้อที่พบบ่อยในผู้ป่วย acute rhinosinusitis และ otitis media คือ *Streptococcus pneumoniae* และ *Haemophilus influenzae* สำหรับ chronic sinusitis และ otitis media พบได้หลายชนิดรวมทั้ง anaerobe พบว่าปัจจุบันอัตราการติดเชื้อต่อยาปฏิชีวนะสูงขึ้น ยาปฏิชีวนะที่ได้ผลดีต่อ streptococcus group A คือ ยากลุ่ม beta-lactam สำหรับเชื้อ *S. pneumoniae* และ *H. influenzae* ติดต่อยาปฏิชีวนะกลุ่ม beta-lactam, erythromycin และ cotrimoxazole มากขึ้น ดังนั้นแนวทางการให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมสำหรับ pharyngitis ยังคงเป็นกลุ่ม beta-lactam ส่วนการติดเชื้อในตำแหน่งอื่นๆ ควรให้ amoxycillin ขนาดสูง หรือ amoxycillin ขนาดสูงร่วมกับ clavulanic acid, 2nd or 3rd generation cephalosporin, new macrolide, quinolone compound สำหรับ chronic sinusitis ควรให้ยาปฏิชีวนะเช่นเดียวกับกลุ่มดังกล่าวข้างต้น แต่ควรให้ยาที่ครอบคลุม anaerobe ด้วย และสำหรับ chronic otitis media ควรให้ antibiotic ear drop

Abstract

Upper respiratory tract infection is common. We divide the sites of infection in order of frequency into pharyngitis, rhinosinusitis and otitis media. The pathogens found in order of frequency are virus and bacteria. This is a prospective descriptive study of 4 months starting

from 6 February 2004 - 5 June 2004 to find the pathogens and their sensitivities to antibiotics. We collected 138 cases from the out patients of ENT Department at Chiangrai Hospital. The common bacterial pathogens in pharyngitis is streptococcus group A, in acute rhinosinusitis and otitis media is streptococcus pneumoniae and haemophilus influenzae and in chronic sinusitis and otitis media there are many type of bacteria including anaerobes. The rate of bacterial resistance to antibiotics is rising. The appropriate antibiotic for streptococcus group A is the beta-lactam group. S. pneumoniae and H. influenzae have rising rate of resistance to beta-lactam, erythromycin and cotrimoxazole. Therefore appropriate antibiotic for pharyngitis is beta-lactam group, as for the other sites of infection is high dose of amoxycillin or high dose of amoxycillin with clavulanic acid, 2nd หรือ 3rd generation cephalosporin, new macrolide, quinolone compound. In chronic sinusitis antibiotics as above should be used but should include antibiotics for anaerobes. In chronic otitis media antibiotic ear drop should be used.

คำสำคัญ : ยาปฏิชีวนะ ระบบทางเดินหายใจส่วนบน

Key word : Antibiotic, Upper Respiratory tract infection

บทนำ

การติดเชื้อในทางเดินหายใจเป็นโรคที่พบได้บ่อย การติดเชื้อในทางเดินหายใจส่วนบนหากแยกตามตำแหน่งที่พบบ่อย จะแบ่งเป็น pharyngitis, rhinosinusitis และ otitis media สาเหตุส่วนใหญ่คือ การติดเชื้อไวรัส¹ ซึ่งมักจะหายได้เองถ้าไม่มีโรคแทรกซ้อน แต่การติดเชื้อแบคทีเรียมักต้องให้ยาปฏิชีวนะ เพื่อลดความรุนแรง ลดระยะเวลาการเกิดโรค ให้หายขาด และป้องกันโรคแทรกซ้อน

แนวทางการรักษา การติดเชื้อแบคทีเรียในทางเดินหายใจส่วนบน ที่ใช้กันโดยทั่วไปคือ การให้ยาปฏิชีวนะในรูปกินหรือฉีดเข้าเส้นเลือดดำ สำหรับ pharyngitis², rhinosinusitis และ chronic

sinusitis และให้ยาปฏิชีวนะในรูปหยอดหูสำหรับ chronic otitis media³

ปัจจุบันอัตราการดื้อยาของเชื้อแบคทีเรียมีมากขึ้น ทำให้การให้ยาปฏิชีวนะตามแนวทางเดิมไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร ยาปฏิชีวนะที่เคยได้ผลดี เช่น beta-lactam หรือ penicillin, macrolide, cotrimoxazole, tetracyclin, chloramphenicol มีรายงานว่ามีอัตราการดื้อต่อยาปฏิชีวนะสูงขึ้นเรื่อยๆ

กลไกการดื้อยาปฏิชีวนะกลุ่ม penicillin ของ S. pneumonia เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลง penicillin binding protein ขณะที่การดื้อต่อยาปฏิชีวนะกลุ่ม penicillin ของเชื้อ H. influenzae ส่วนใหญ่เกิดจากการสร้าง beta-lactamase และ

เชื้อแบคทีเรียต่างๆ มีการดื้อต่อยาปฏิชีวนะตัวอื่นๆ ได้แก่ erythromycin, cotrimoxazole และ tetracyclin

รายงานต่างๆ แสดงว่า การปรับขนาดยา และการใช้ยากลับอื่นๆ ได้ผลดีกับเชื้อแบคทีเรียที่ดื้อต่อยาปฏิชีวนะกลุ่มดังกล่าวข้างต้น ได้แก่ การให้ amoxycillin ขนาดสูง, การให้ยาปฏิชีวนะกลุ่ม beta-lactam ร่วมกับ beta-lactamase inhibitor, 2nd or 3rd generation cephalosporin, new macrolide และ quinolone compound เป็นต้น

รายงานนี้จึงมีวัตถุประสงค์ทำการศึกษาเชื้อแบคทีเรียก่อโรคในทางเดินหายใจส่วนบน ความไวของเชื้อแบคทีเรียต่อยาปฏิชีวนะ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับนำไปประยุกต์ใช้ ในการพิจารณาให้ยาปฏิชีวนะในการรักษาผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจส่วนบนได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม อันจะเกิดประโยชน์สูงสุดทั้งต่อผู้ป่วยและโรงพยาบาลต่อไป

วัสดุและวิธีการ

วิธีการวิจัยและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบไปข้างหน้า เพื่อศึกษาชนิดของเชื้อแบคทีเรียก่อโรคในระบบทางเดินหายใจส่วนบน และในผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษา ณ ห้องตรวจผู้ป่วยนอก กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลเชียงใหม่ ประชานูเคราะห์ โดยผู้ป่วยทุกรายได้รับการวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อในทางเดินหายใจส่วนบน และสำหรับผู้ป่วย rhinosinusitis จะเลือกเก็บสิ่งส่งตรวจเฉพาะรายที่น้ำมูกมีสีครีม เหลือง หรือเขียว ซึ่งบ่งชี้ว่า น่าจะเป็นการติดเชื้อแบคทีเรีย⁴

จำนวน 138 ราย ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างวันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2547 ถึงวันที่ 5 มิถุนายน 2547

วิธีการรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. เก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานในผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกราย ได้แก่ เพศ, อายุ, ตำแหน่งการติดเชื้อและประวัติการเจ็บป่วย (ความเรื้อรังของโรค)

2. เก็บสิ่งส่งตรวจเพื่อนำไปเพาะเชื้อหาเชื้อก่อโรค โดยมีวิธีการเก็บเชื้อตามตำแหน่งของการติดเชื้อดังนี้

2.1 ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย pharyngitis จะเก็บสิ่งส่งตรวจโดยใช้ไม้พันสำลีปลอดเชื้อป้ายเชื้อจากบริเวณ oropharynx⁵

2.2 ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย acute rhinosinusitis จะเก็บสิ่งส่งตรวจโดยใช้ไม้พันสำลีปลอดเชื้อ ป้ายเชื้อจากบริเวณ middle meatus⁶ และจากการสวนล้างโพรง maxillary sinus โดยตรง

2.3 ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย acute otitis media จะเก็บสิ่งส่งตรวจโดยใช้ไม้พันสำลีปลอดเชื้อป้ายเชื้อจากกรูหู

สิ่งตัวอย่างที่เก็บได้จะนำไปเพาะเชื้อด้วยวิธี modified Kirby-Bauer method ซึ่งใช้หลักการของ disk diffusion คือวาง disk ของยาปฏิชีวนะบนอาหารที่เพาะเชื้อแบคทีเรียไว้ แล้ววัดเส้นผ่าศูนย์กลางของบริเวณของยาที่สามารถยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อว่ามากน้อยเพียงไร แล้วรายงานเป็น วัฏธยา วัฏปานกลาง และ ดื้อต่อยา (สำหรับเชื้อ *S.pneumoniae* ที่ทดสอบกับ oxacillin

ถ้าเส้นผ่านศูนย์กลางมากกว่า 20 มิลลิเมตร จะรายงานว่าไวต่อยา แต่ถ้าน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 มิลลิเมตร จะไม่สามารถแยกได้ว่าไวปานกลาง หรือดีต่อยา)

ส่วนการเลือกยาปฏิชีวนะเพื่อทดสอบ ใช้แนวทางของคณะกรรมการวิชาการโครงการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยา กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งใช้หลักการพิจารณาเลือกยาที่มีความเหมาะสมต่อเชื้อและตำแหน่งที่ติดเชื้อ⁷

3. นำข้อมูลที่รวบรวมได้ทั้งหมดมาวิเคราะห์ค่าความถี่ และร้อยละ

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่ศึกษาทั้งหมด 138 ราย แยกเป็นเพศชาย จำนวน 61 ราย เพศหญิง จำนวน 77 ราย

อายุต่ำกว่า 15 ปี จำนวน 21 ราย อายุมากกว่า 15 ปี จำนวน 117 ราย ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยเป็น acute rhinosinusitis มากที่สุด รองลงมาได้แก่ pharyngitis และ chronic otitis media (ตารางที่ 1) สำหรับตำแหน่งการติดเชื้อ และเชื้อแบคทีเรียก่อโรคที่เพาะเชื้อขึ้น รายละเอียด ดังตารางที่ 2 เมื่อพิจารณาเชื้อก่อโรคและความไวของเชื้อแบคทีเรีย จากการทดสอบความไวต่อยาปฏิชีวนะ จากการศึกษาครั้งนี้มีรายละเอียดดัง ตารางที่ 3

ตารางที่ 1 การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนบนแยกตามตำแหน่งและความเรื้อรัง

ลำดับที่	การวินิจฉัย	จำนวนราย	ร้อยละ
1	Acute rhinosinusitis	46	33.33
2	Pharyngitis	29	21.01
3	Chronic otitis media	27	19.57
4	Chronic sinusitis	19	13.77
5	Acute otitis media	17	12.32
	รวม	138	100

ตารางที่ 2 โรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนบน และ เชื้อแบคทีเรียก่อโรค

โรคติดเชื้อ ในทางเดินหายใจ ส่วนบน	Streptococcus group A	จำนวน (ร้อยละ)	Streptococcus pneumoniae	จำนวน (ร้อยละ)	S. aureus	จำนวน (ร้อยละ)	MRSA	จำนวน (ร้อยละ)	H. influenza	จำนวน (ร้อยละ)	P. aeruginosa	จำนวน (ร้อยละ)	Enterobacteriaceae	จำนวน (ร้อยละ)	เชื้ออื่นๆ	จำนวน (ร้อยละ)	Normal flora	จำนวน (ร้อยละ)	Nongrowth	จำนวน (ร้อยละ)	รวม (ราย)
Pharyngitis	6 (20.69)	3 (10.34)									2 (6.90)			18 (62.07)							29
Acute rhinosinusitis	5 (10.64)	3 (6.38)	8 (17.02)						10 (21.28)		1 (2.13)		5 (10.64)	5 (10.64)	4 (8.51)				6 (12.77)		47*
Acute otitis media			5 (29.41)		2 (11.76)				5 (29.41)		1 (5.88)		1 (5.88)						3 (17.65)		17
Chronic sinusitis	1 (4.55)		2 (9.09)		1 (4.55)		1 (4.55)		6 (27.27)				5 (22.73)						2 (9.09)		22*
Chronic otitis media	1 (3.85)	2 (7.69)			6 (23.08)						12 (46.15)		5 (19.23)								26

* จำนวนเชื้อแบคทีเรียที่เพาะเชื้อไม่ขึ้น และที่เพาะเชื้อขึ้นทั้งหมดจะมากกว่าจำนวนผู้ป่วยเพราะ สิ่งส่งตรวจจากผู้ป่วยบางรายเพาะเชื้อขึ้นหลายชนิด

คำย่อ : S. aureus = Staphylococcus aureus; MRSA = Methicillin resistant Staphylococcus aureus; P. aeruginosa = Pseudomonas aeruginosa

ตารางที่ 3 ความไวต่อยาปฏิชีวนะของเชื้อแบคทีเรีย (Antibiogram)

เชื้อแบคทีเรีย ก่อโรค	Penicillin	Ampicillin	Amoxicillin with Clavulanic acid	Oxacillin	Cefazolin	Cefuroxime	Cefotaxime	Ceftazidime	Ceftriaxone	Cefoperazone	Erythromycin	Cotrimoxazole	Chloramphenicol	Tetracycline	Gentamicin	Amikacin	Vancomycin	Clindamycin	Fostomycin	Ciprofloxacin	Imipenem
Streptococcus group A	5/5 (100)								4/5 (80)									5/5 (100)			
S.pneumoniae			3/3 (100)	4/8 (50)				3/3 (100)	2/2 (100)		6/8 (75)	5/7 (71.43)	6/7 (85.71)	6/7 (85.71)			6/6 (100)	1/1 (100)			
H.influenza		6/7 (85.71)				7/7 (100)	7/7 (100)					2/7 (28.57)	7/7 (100)								
S.aureus				13/13 (100)					13/13 (100)		13/13 (100)	13/13 (100)		13/13 (100)	13/13 (100)	13/13 (100)	13/13 (100)	13/13 (100)	13/13 (100)	13/13 (100)	
MRSA												2/6(33.3) ความไว ปานกลาง			2/6(33.3) ความไว ปานกลาง		13/13 (100)	1/2(50) ความไว ปานกลาง	2/3 (66.67) ความไว ปานกลาง		
P.aeruginosa					11/11 (100)					12/12 (100)					11/14 (78.6) ความไว ปานกลาง	12/12 (100)				13/13 (100)	13/13 (100)
Enterobacteriaceae		2/14 (14.28) ความไว ปานกลาง	10/14 (77.92)		12/12 (100)	10/11 (90.91) ความไว ปานกลาง	13/13 (100)	10/14 (77.92)	10/10 (100)	12/13 (92.31)		11/14 (84.62)			13/13 (100)	13/13 (100)				13/13 (100)	12/12 (100)

หมายเหตุ : ตัวเลขที่เป็นเศษส่วนหมายถึง จำนวนตัวอย่างที่ทดสอบแล้วไวต่อยา ต่อตัวอย่างที่เชื้อทั้งหมดที่ทดสอบกับยานั้น (จำนวนตัวอย่างที่ทดสอบกับยาแต่ละตัวอาจไม่เท่ากัน); ตัวเลขในวงเล็บ หมายถึง ร้อยละ

วิจารณ์

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย และได้รับการวินิจฉัยเป็น acute rhinosinusitis มากที่สุด รองลงมาได้แก่ pharyngitis, chronic otitis media, chronic sinusitis และ acute otitis media ตามลำดับ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วย และการศึกษาค้นคว้าเอกสารวิชาการอื่นเพิ่มเติม พบว่ามีข้อควรพิจารณา ดังนี้

1. เชื้อแบคทีเรียก่อโรคตามตำแหน่งของการติดเชื้อ และตามความเรื้อรังของโรค Pharyngitis

เชื้อที่พบมากที่สุดคือ Streptococcus group A ซึ่งตรงกับรายงานอื่นๆ^{8,9}

Acute rhinosinusitis

เชื้อส่วนใหญ่ที่พบคือ *H. influenzae* และ *S. pneumoniae* ซึ่งตรงกับรายงานอื่นๆ^{10,11,12} ในรายงานนี้ไม่พบเชื้อ *moraxella catarrharis* ซึ่งตรงกับหลายรายงานมักไม่พบเชื้อนี้ในการติดเชื้อมักไม่พบเชื้อนี้ในการติดเชื้อในทางเดินหายใจของประเทศไทย^{13,14}

Acute otitis media

เชื้อส่วนใหญ่ที่พบคือ *S. pneumoniae* และ *H. influenzae* คล้ายคลึงกับ acute sinusitis ซึ่งตรงกับรายงานอื่นๆ^{15,16} แต่ไม่พบ *M. catarrharis* อาจเป็นเพราะเชื้อนี้มักพบในเด็กเล็กต่ำกว่า 6 ขวบ¹⁷ ซึ่งผู้ป่วยเด็กที่มาตรวจที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก กลุ่มงาน โสต ศอ นาสิก มีจำนวนน้อย เพราะส่วนใหญ่ตรวจที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกกลุ่มงานเด็ก และมักไม่พบเชื้อนี้ในการติดเชื้อในทางเดินหายใจของประเทศไทย^{13,14}

Chronic sinusitis

เชื้อส่วนใหญ่ที่พบ คือ *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *S. aureus*, Enterobacteriaceae ซึ่งตรงกับในรายงานอื่น^{11,18,19} แต่ไม่พบ *M. catarrharis* เลย อาจเป็นเพราะมักไม่พบเชื้อนี้ในการติดเชื้อในทางเดินหายใจของประเทศไทย^{13,14} และสำหรับรายงานอื่นๆ พบเชื้อ anaerobe 60-70%^{19,20,21} ซึ่งต้องใช้วิธีเก็บเชื้อโดยวิธีเฉพาะ จึงจะเพาะเชื้อ anaerobe ขึ้น²²

Chronic otitis media

เชื้อส่วนใหญ่ที่พบคือ *S. aureus*, *P. aeruginosa*, Enterobacteriaceae และเชื้ออื่นๆ ได้แก่ *S. pneumoniae*, *H. influenzae* ซึ่งตรงกับในรายงานอื่น³ และสำหรับรายงานอื่นพบเชื้อ anaerobe ได้ 50-60%³

2. ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมสำหรับเชื้อแบคทีเรียก่อโรคชนิดต่างๆ

Streptococcus group A

พบว่าไม่ดื้อต่อยาปฏิชีวนะกลุ่ม penicillin และ clindamycin และยังคงค่อนข้างน้อยต่อ macrolide ซึ่งตรงกับในรายงานอื่น¹⁵ ดังนั้นยาปฏิชีวนะที่เหมาะสม คือ ยากลุ่ม penicillin และหากมีการแพ้ยาก็สามารถใช้ยาในกลุ่ม macrolide แทนได้¹⁵

S. pneumoniae

รายงานนี้พบว่าดื้อต่อยา oxacillin 50 % ใกล้เคียงกับรายงานอื่นๆ ที่พบว่าดื้อต่อยา กลุ่ม penicillin 20-40%^{23,24} กลไกการดื้อยาปฏิชีวนะกลุ่ม penicillin เกิดจากการเปลี่ยนแปลงใน penicillin-binding protein^{25,26} ครั้งหนึ่งของ penicillin resistant stain คือ intermediately

resistant (MIC 0.1-1.0 mg/mL) อีกครั้งหนึ่งคือ highly resistant (MIC > 2.0 mg/mL) พบว่า ในกลุ่ม intermediately resistant ไวต่อ penicillin หรือ amoxicillin ขนาดสูง²⁷ รายงานนี้พบว่า เชื้อมี resistant ต่อ oxacillin 50% รายงานนี้ใช้วิธีการทดสอบการดื้อยาของเชื้อแบบ disk diffusion ไม่สามารถแยกได้ว่า เป็น intermediately resistant หรือ highly resistant²² ดังนั้นในรายงานนี้น่าจะมี intermediately resistant อยู่ประมาณ 25% เมื่อรวมกับกลุ่ม penicillin susceptible *S. pneumoniae* อีก 50% เท่ากับมีเชื้อที่ไวต่อ ยากลุ่ม penicillin ขนาดสูงอยู่ประมาณ 75% amoxicillin ขนาดสูงจึงได้ผลพหุสมควรกับเชื้อนี้ โดยให้ขนาด 90 mg/kg/day ในเด็ก และ 3-4 g/day ในผู้ใหญ่²⁸

รายงานนี้พบว่า parenteral 3rd generation cephalosporin ได้แก่ cefpirome และ ceftazidime ได้ผลดีต่อเชื้อนี้ รายงานอื่นๆ พบว่า 1st generation cephalosporin ไม่ได้ผลต่อเชื้อหลาย stain, 2nd generation cephalosporin โดยเฉพาะ cefuroxime axetil และ cefprozil ได้ผลดีมากกว่า 95% ของ intermediately penicillin resistant stain และ 3rd generation cephalosporin เช่น cefdinir, cefpodoxime ได้ผลดีต่อ intermediately penicillin resistant stain²⁸ oral 3rd generation cephalosporin เช่น cefixime และ ceftibuten ได้ผลน้อยต่อ penicillin resistant stain และ parenteral 3rd generation cephalosporin เช่น cefotaxime, ceftriaxone ได้ผล 95% ต่อ intermediately penicillin resistant stain²⁸

ดังนั้น 2nd generation cephalosporin ได้แก่ cefuroxime axetil, cefprozil 3rd generation cephalosporin ได้แก่ cefdinir, cefpodoxime, cefotaxime, ceftriaxone ได้ผลดีต่อเชื้อ

รายงานนี้พบว่า ดื้อต่อยาปฏิชีวนะ erythromycin 25% และรายงานอื่นๆ พบอัตราการดื้อยา ตั้งแต่เล็กน้อยจนถึง 25-75%^{10,30,31} แต่รายงานอื่นๆ พบว่า new macrolide เช่น azithromycin, clarithromycin ยังได้ผลดี^{10,30,31}

รายงานอื่นๆ พบว่า ยังได้ผลดีต่อ quinolone compound^{32,33} แต่เริ่มมีอัตราการดื้อสูงขึ้น บางแห่งประมาณ 2%³⁴ แต่บางรายงานพบว่า quinolone compound รุ่นเก่าๆ เช่น ciprofloxacin, ofloxacin ได้ผลน้อยต่อ *S. pneumoniae* สำหรับ quinolone compound รุ่นใหม่ๆ เช่น levofloxacin, gatifloxacin และ moxifloxacin ได้ผลดีต่อเชื้อ³³

ดังนั้น quinolone compound รุ่นเก่าๆ ได้แก่ ofloxacin ได้ผลไม่แน่นอนต่อเชื้อนี้ แต่ quinolone compound รุ่นใหม่ๆ เช่น levofloxacin, gatifloxacin และ moxifloxacin ได้ผลดีต่อเชื้อนี้

รายงานนี้ไม่พบการดื้อต่อ clindamycin ซึ่งตรงกับรายงานอื่นที่รายงานว่ายานี้ได้ผลดีต่อเชื้อ²⁰

รายงานนี้พบการดื้อ cotrimoxazole 29% ซึ่งรายงานอื่นๆ พบว่า cotrimoxazole ไม่ได้ผลดีต่อเชื้อนี้^{25,28,30} และรายงานนี้พบการดื้อต่อ tetracyclin และ chloramphenicol ประมาณ 14% ซึ่งตรงกับรายงานอื่นๆ ที่พบว่าเชื้อเริ่มมีการ

ดื้อต่อยา^{25,30}

H. influenzae

รายงานนี้พบอัตราการดื้อของ ampicillin ประมาณ 14 % แต่บางรายงานพบว่า stain ที่สร้าง beta-lactamase มีสูงถึง 30%⁶ ทำให้มีการดื้อต่อ amoxycillin แต่ยังคงผลดีถ้าให้ร่วมกับ beta-lactamase inhibitor ได้แก่ clavulanic acid.^{3, 20} ซึ่งตรงกับรายงานนี้ที่ไม่พบการดื้อยา amoxycillin/clavulanic acid ดังนั้น amoxycillin จึงได้ผลพอสมควรต่อเชื้อนี้ แต่ถ้าให้ร่วมกับ beta-lactamase inhibitor จะได้ผลดี²⁹

ในรายงานนี้ที่ไม่พบการดื้อต่อ 2nd และ 3rd generation cephalosporin ได้แก่ cefuroxime และ cefotaxime รายงานอื่นๆ พบว่า 1st generation cephalosporin ไม่ได้ผลดี 2nd generation cephalosporin โดยเฉพาะ cefuroxime axetil และ cefprozil ได้ผลดี และ 3rd generation cephalosporins เช่น cefdinir, cefpodoxime ได้ผลดีต่อ penicillin resistant haemophilus²⁹ oral และ parenteral 3rd generation cephalosporin เช่น cefixime, ceftibuten, cefotaxime, ceftriaxone ได้ผลดีต่อเชื้อ²⁸ ดังนั้น 2nd และ 3rd generation cephalosporin ได้ผลดีต่อเชื้อนี้

รายงานอื่นพบว่า stain ส่วนใหญ่ยังไวต่อ quinolone compound แต่มีบาง stain ที่มีการดื้อเกิดขึ้นกับ quinolone compound ทั้งรุ่นเก่าๆ เช่น ciprofloxacin, ofloxacin และแต่รุ่นใหม่ ๆ เช่น levofloxacin, gatifloxacin และ moxifloxacin มีประสิทธิภาพดีต่อ *H. influenzae*³² ดังนั้น quinolone compound ทั้งรุ่นเก่าๆ ได้ผลต่อเชื้อพอสมควร แต่รุ่นใหม่ ๆ ได้ผลดีต่อเชื้อ

รายงานอื่นพบว่า erythromycin เริ่มมีอัตราการดื้อสูงขึ้น แต่ new macrolide เช่น azithromycin, clarithromycin ยังได้ผลดีอยู่²⁰

รายงานนี้พบว่าการดื้อต่อ cotrimoxazole 71% ซึ่งตรงกับรายงานอื่นที่พบอัตราการดื้อสูงมาก 27 รายงานนี้ไม่พบการดื้อต่อ chloramphenical แต่ในรายงานอื่นพบว่ามีเริ่มมีการดื้อเกิดขึ้น³³ และรายงานอื่นพบว่า เริ่มมีการดื้อต่อ tetracyclin เกิดขึ้น³³

M. catarrhalis

รายงานอื่นๆ พบว่ามีการสร้าง beta-lactamase มากกว่า 90%³¹ ทำให้ดื้อต่อ amoxycillin ความไวต่อยาปฏิชีวนะคล้ายคลึงกับ *H. influenzae*^{20,28,29,34}

S. aureus

รายงานนี้ไม่พบการดื้อทั้ง amoxycillin/clavulanic acid, erythromycin, fosfomycin, oxacillin, cotrimoxazole, vancomycin, gentamycin และ clindamycin ยกเว้น MRSA ซึ่งได้ผลเฉพาะ vancomycin และในรายงานอื่นพบว่ายาปฏิชีวนะที่ได้ผล ได้แก่ antistaphylococcal penicillin เช่น cloxacillin, dicloxacillin, augmented penicillin, 1st generation cephalosporin, cefixime, cefpodoxime, macrolide, new quinolone compound, imipenam³⁵, clindamycin³⁶

Enterobacteriaceae

รายงานนี้และรายงานอื่นพบว่า เชื้อดื้อต่อ amoxycillin และยาปฏิชีวนะที่ได้ผลดี ได้แก่ aminopenicillin with beta-lactam inhibitor, 3rd generation cephalosporin เช่น cefixime and

cefepodoxime, cotrimoxazole, aminoglycoside, quinolone compound³⁶

P. aeruginosa

รายงานนี้และรายงานอื่นพบว่า ยาปฏิชีวนะที่ได้ผลดีคือ aminoglycoside, 3rd และ 4th generation cephalosporin เช่น cefepime, ceftazidime, quinolone compound, carbapenam เช่น imipenam²⁷

Anaerobe

รายงานอื่นๆ พบว่า ยาปฏิชีวนะที่ได้ผลดีคือ chloramphenicol, metronidazol, clindamycin, quinolone compound ตัวใหม่ๆ เช่น moxifloxacin, imipenam และการให้ยาปฏิชีวนะร่วมกับ beta-lactamase inhibitor^{10,27}

3. ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมตามตำแหน่งต่างๆ และตามความเรื้อรังของโรค

Acute sinusitis

เนื่องจากเชื้อแบคทีเรียที่พบบ่อย คือ *S.pneumoniae* และ *H.influenzae* ซึ่ง *S.pneumoniae* ไวต่อ amoxicillin ขนาดสูง (90 mg/kg/day ในเด็ก และ 3-4 g/day ในผู้ใหญ่) พอสมควร *H.influenzae* ก็ยังมีความไวต่อ amoxicillin พอสมควร amoxicillin ขนาดสูงจึงยังพอใช้ได้อยู่ แต่ยาปฏิชีวนะกลุ่มอื่นๆ ที่ได้ผลดี ได้แก่ amoxicillin ขนาดสูง (เพื่อให้ครอบคลุม *S.pneumoniae*) ร่วมกับ clavulanic acid²⁸, 2nd and 3rd generation cephalosporin เช่น cefuroxime, cefprozil, cefpodoxime, cefdinir³⁶, new macrolide เช่น azithromycin, clarithromycin, quinolone compound เช่น ofloxacin, levofloxacin, gatifloxacin

Acute otitis media

เนื่องจากเชื้อแบคทีเรียก่อโรคคล้ายคลึงกับ acute sinusitis ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสม ควรให้กลุ่มดังกล่าวข้างต้นเช่นเดียวกัน^{27,35,36}

Chronic sinusitis

นอกจากเชื้อแบคทีเรีย *S.pneumoniae* และ *H.influenzae* ที่พบได้บ่อย แล้วยังมีเชื้อแบคทีเรียอื่นๆ ที่พบได้บ่อยๆ เช่น *S. aureus*, enterobacteriaceae ซึ่งดีดต่อ amoxicillin ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมได้แก่ high dose amoxicillin ร่วมกับ clavulanic acid, 2nd and 3rd generation cephalosporin³⁵ เช่น cefuroxime, cefprozil, cefpodoxime, cefdinir³⁶, new macrolide เช่น clarithromycin, quinolone compound เช่น ofloxacin, levofloxacin, gatifloxacin^{35,37} นอกจากนี้ amoxicillin-clavulanate ซึ่งครอบคลุม anaerobe อยู่แล้ว ยาปฏิชีวนะกลุ่มอื่นๆ ควรให้ยาปฏิชีวนะที่ครอบคลุมเชื้อ anaerobe เช่น metronidazole^{11,19,21} ร่วมด้วย

Chronic otitis media

ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมได้แก่ ยาปฏิชีวนะหยอดหู³

สรุป

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยเป็น acute rhinosinusitis มากที่สุด รองลงมาคือ pharyngitis และ chronic otitis media

เชื้อแบคทีเรียที่พบบ่อยในผู้ป่วย pharyngitis คือ streptococcus group A

เชื้อแบคทีเรียที่พบบ่อยในผู้ป่วย acute

rhinosinusitis และ acute otitis media คือ *S. pneumoniae*, *H. influenzae*

เชื้อแบคทีเรียที่พบบ่อยในผู้ป่วย chronic sinusitis มักพบได้หลายตัว ได้แก่ *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *S. aureus*, *enterobacteriaceae* และ anaerobe

เชื้อแบคทีเรียที่พบบ่อยในผู้ป่วย chronic otitis media คือ *P. aeruginosa*, *S. aureus*, anaerobe

ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย pharyngitis คือ penicillin และหากมีการแพ้ยา ก็สามารถให้ยาในกลุ่ม macrolide แทนได้

ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย acute sinusitis และ acute otitis media คือ amoxycillin ขนาดสูง (90 mg/kg/day ในเด็ก และ 3-4 g/day ในผู้ใหญ่), amoxycillin ขนาดสูง ร่วมกับ clavulanic acid, 2nd generation cephalosporin เช่น cefuroxime, cefprozil and 3rd generation cephalosporin เช่น cefpodoxime, cefdinir, new macrolide เช่น azithromycin, clarithromycin, quinolone compound เช่น ofloxacin, levofloxacin, gatifloxacin

ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย chronic sinusitis คือ amoxycillin ขนาดสูง ร่วมกับ clavulanic acid , 2nd generation cephalosporin เช่น cefuroxime, cefprozil and 3rd generation cephalosporin เช่น cefpodoxime, cefdinir, new macrolide เช่น clarithromycin, quinolone compound เช่น ofloxacin, levofloxacin, gatifloxacin นอกจากนี้กลุ่ม amoxycillin-clavulanate ซึ่งครอบคลุม anaer-

obe อยู่แล้วยาปฏิชีวนะกลุ่มอื่นๆ ควรให้ร่วมกับ ยาปฏิชีวนะที่ได้ผลกับเชื้อ anaerobe เช่น metronidazole

ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย chronic otitis media คือ neomycin-polymyxin suspension, ciprofloxacin or ofloxacin suspension

จากผลการศึกษาทำให้ได้ข้อมูลเชื้อแบคทีเรียก่อโรค และผลความไวของเชื้อแบคทีเรียต่อยาปฏิชีวนะ ซึ่งข้อมูลดังกล่าวสามารถใช้เป็นแนวทาง ในการเลือกให้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม

ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาในระยะยาว เพื่อทราบแนวโน้มของข้อมูลดังกล่าวอย่างชัดเจน เพื่อให้แพทย์ผู้รักษาเกิดความมั่นใจในการนำข้อมูลไปใช้ อันจะก่อประโยชน์สูงสุดทั้งต่อตัวผู้ป่วย โรงพยาบาล และประเทศชาติต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Cappelletty D. Microbiology of bacterial respiratory tract infections. *Pediat Infect Dis J* 1998;17:55-61.
2. Gerber MA. Antibiotic resistance: relationship to persistence of group A streptococci in the upper respiratory tract. *Pediatrics* 1996;97:971-5.
3. Abramson M, Lachenbruch PA, press BHJ, et al. Result of conserve surgery for middle ear cholesteatoma. *Laryngoscope* 1977;87:1281-7.
4. Ballenger JJ. Acute infection of the nose and face. In : Ballenger JJ, eds. *Otorhi-*

nolaryngology : Head and Neck Surgery. 15th edition. Philadelphia. A Waverly, com. 1996: 125-128.

5. Brisno AL. Practice guilines for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis. Clin Infect Dis. 2002;35:113-25.

6. Vogan JC, Bolger WE, Keyers AS. Endoscopically guided sinonasal cultures: a direct comparison with maxillary sinus aspirate cultures. Otolaryngol Head Neck Surg 2000;122:370-3.

7. บุญช่วย เอี่ยมโกศลภ. การทดสอบความไวของเชื้อแบคทีเรียต่อสารต้านจุลชีพ. ใน: บุญช่วย เอี่ยมโกศลภ. บรรณาธิการ. คู่มือการปฏิบัติงานแบคทีเรีย สำหรับโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพมหานคร : กองโรงพยาบาลภูมิภาค, 2542.9-14.

8. Kurien M, Sheelan S, Jeyaseelan L. et al. Fine needle aspiration in chronic tonsillitis: reliable and valid diasnostic test. J Laryngol otol 2003;117:973-5.

9. Markowitz M, Gerber MA, Kaplan EL. Treatment of Streptococcal pharygotonsillitis; report of penicillins demise are premature. J Pediatr 1993;123:679-85.

10. Brook I. Bacteriology of acute and chronic frontal sinusitis. Acrh otolaryngol Head Neck Surg 2002;128:583-5.

11. Brook I. Bacteriology of acute and chronic sphenoid sinusitis. Ann Otol Rhinol

Laryngol 2002;111:1002-4.

12. Hamory BH, Sande MA, Sydnor A Jr. et al. Etiology and antimicrobial therapy of acute maxillary sinusitis. J Infect Dis 1979;139:197-202.

13. สุภาวดี ประคุณหังสิต, มาลัย วรจิต ร. การรักษาโพรงกระดูกแมกซิลลาเป็นหนองโดยการชะล้างด้วยน้ำเกลือเปรียบเทียบกับการใช้ยาปฏิชีวนะ. รามาธิบดีเวชสาร 2528;8:85-90.

14. สุภาวดี ประคุณหังสิต, ฉัตรชัย บุญเจ็ด, สุรพล ชื่อดตรง. เชื้อแบคทีเรียที่เป็นต้นเหตุในการอักเสบเฉียบพลันของโพรงอากาศข้างจมูก ณ โรงพยาบาลรามาธิบดี. รามาธิบดีเวชสาร 2536 ;16:323-9.

15. Wald ER, Guerra N, Byers C. Upper respiratory tract infections in young children: duration of and frequency of complications. Pediatrics 1991;87:129-33.

16. Erkan M and others: Bacteriology of chronic suppurative otitis media. Ann Otol Rhinol Laryngol 1994;103:14-24.

17. Van Buchem FL, Dunk JHM, Van't Hof MA. Therapy of acute otitis media : myringotomy, antibiotic or neither? A double-blind study in children. Lancet 1981;2:883-7.

18. Finegold SM, Fylnn MJ, Rose FV, et al. Bacteriologic finding associated with chronic bacterial maxillary sinusitis in adults. Clin Infect Dis 2002;35:428-33.

19. Brook I. Bacteriology of acute and chronic ethmoid sinusitis (abstract #D-138).

In: Abstracts of the 103 General meeting of the American society for Medical Microbiology(ASM). Washington (DC): 2003.

20. Fung Tomc JC, Huczko E, Stinkle T, et al. Antimicrobial activity of cefprozil compared with those of 13 oral cepheims and 3 macrolides. *Antimicrob Agent Chimother* 1995;39:533-8.

21. Lund VJ, Kennedy DW. Staging for sinusitis. *Otolaryngol Head and Neck Surg* 1997;117(3):35-40.

22. ปทุมพิศ วิมลวัตรเวที. การเก็บวัสดุส่งตรวจหาเชื้อแบคทีเรีย. ใน: บุญช่วย เขี่ยมโกศลาก . บรรณานิกการ.คู่มือการปฏิบัติงานแบคทีเรียสำหรับโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป .กรุงเทพมหานคร: กองโรงพยาบาลภูมิภาค, 2542.9-14.

23. Felmingham D, Feldman C, Hryniewicz W, et al. Surveillance of resistance in bacteria causing community-acquired respiratory tract infection. *Clin Microbiol Infect*. 2002;8(suppl 2):12-12.

24. Thornsberry C, Sahm DF, Kelly LJ, et al. Regional trends in antimicrobial resistance surveillance among clinical isolates of *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, and *Moraxella catarrharis* in the United States: result from the TRUST Surveillance Program, 1999-2000. *Clin Infect Dis*. 2002;34 (suppl 1):il-24.

25. JeJiaszewicz J, Mly narczyk G,

Nlynarczyk A. Present and future problems of resistant for resistant in gram positive cocci. *Infection*. 1998;26:1-6.

26. Dominguez MA, Pallares R. Antibiotic resistance in respiratory pathogens. *Curr Opin pulm Med* 1998;4:173-9.

27. Brook I. Microbiology and antimicrobial managment of sinusitis. *Otolaryngol Clin N Am* 2004;37:253-66.

28. Powel M, McVey D, Kassim MH, et al. Antimicrobial susceptibility of *Streptococcus pneumoniae*, *Hemophilus infilenza* and *Moraxella (Branhamella) catarharis* isolated in the UK from sputum. *J Antimicrob chemother* 1991;28:249-59.

29. Livermoor DM, Beta-lactamase inlaboratory and clinical resistance, *clin Microbiol Rev* 1995;8:557-84.

30. Sahm DF, Jones ME, Hickley ML, Diakun DR, Mani SV, Thornsberry C. Resistance surveillanc of *Streptococcus pneumoniae*, *Hemophilus infilenzae* and *Moraxella catarharis* islated in Asia and Erope 1997-1998. *J Antimicrob chemother* 2000;45:457-66.

31. Orden B, perez Trallero E, Montes M, et al. Erythromycim resistance of streptococcus pyogen in Madrid. *Prediatr Infect Dis J* 1998;17:470-3.

32. Spanger SK, Jacobs MR, Pankuch GA, et al. Susceptibility of 170 penicillin-sus-

ceptible and-resistant Pneucocci to six oral cephalosporins, four Quinolones, dedsacetylcefotaxime, Ro 23-9424 and RP67829. J Antimicrob Chemother 1993;31:273-80.

33. JelJaszewicz J, Mlynarczyk G, Mlynarczyk A. Current threats of antibiotic resistance in bacteria. Blok Operracyjny 1998;3-4:49-55.

34. Bootsma GH, Aerts PC, Posthuma G, et al. Morexella(Brahamella) catarrhalis BRO beta-lactamase: a lipoprotein of Gram-positive origin? Bacteriol 1991;181:5090-3.

35. Fairbank DNF. Microbiology, Infection and Antibiotic therapy. In : Bailey BJ, eds. Head and Neck Surgery Otolaryngology. 3rd edition. Philadelphia. A Wolter Kluwer, Com. 2001: 47-54.

36. Erbeling EJ, Rompalo AM. Current Concept in Antibiotic therapy. In : Commings CW, eds. Otolynology-Head and Neck Surgery. 3rd edition. St.Louis. Mosby-year Book, Inc. 1998 : 102-7.

37. Clinical practice guidelines. Management of sinusitis. Pedriatics 2001;108:798-807.

รูปแบบการดำเนินงานหมู่บ้านสร้างสุขภาพ ในอำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่

(Pattern on health forming village actions in Amphoe Denchai, Phrae province)

คณาธิป มุดเจริญ ส.บ.,ร.ม.

Mr. Kanatip Mudcharoen B.P.H., M.P.E

สงกรานต์ ทะตัน ส.บ.

Mr. Sukarn taton

B.P.H.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินงานสนับสนุนให้เกิดกิจกรรมการสร้างสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์, การสนทนากลุ่ม, การจัดเวทีประชาคมแกนนำสุขภาพ โดยศึกษาหมู่บ้าน พื้นที่อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ จำนวน 3 หมู่บ้าน ดำเนินการวิจัยระหว่าง มีค.-กย. 2547 ผลการศึกษา รูปแบบการดำเนินงานหมู่บ้านสร้างสุขภาพ ประกอบด้วยการมีผู้นำด้านสุขภาพตัวอย่างหมู่บ้านละ 10 คน มีบทบาทในการนำการพัฒนา ควบคุมกำกับแผนงานและกิจกรรมสร้างสุขภาพระดับหมู่บ้าน มีการประสานขอรับการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน มีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน ผลการดำเนินงานกิจกรรมการสร้างสุขภาพในระดับหมู่บ้านทุกหมู่บ้านมีชมรมสร้างสุขภาพ หมู่บ้านละ 1 ชมรม ประชาชนมีการปลูกผักพื้นบ้านรับประทานเอง ร้อยละ 80 ของครัวเรือน มีการตรวจสารปนเปื้อนในร้านอาหารในระดับหมู่บ้าน แต่ตรวจไม่พบสารปนเปื้อน ทุกหมู่บ้านมีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุหมู่บ้านละ 1 ชมรม มีการรวมกลุ่มเพื่อดำเนินกิจกรรมร่วมกันของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เดือนละ 1 ครั้ง ๆ ละ 1 วัน ผู้สูงอายุได้รับการตรวจสุขภาพ ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน สตรีได้รับการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูก และสามารถตรวจมะเร็งเต้านมได้ด้วยตนเอง มีการตรวจคัดกรองผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในหมู่บ้าน การศึกษาความรู้ ความเข้าใจและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนพบว่ามีความรู้ระดับดี ร้อยละ 100 จากการเปรียบเทียบความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการสร้างสุขภาพพบว่าความรู้ ความเข้าใจของประชาชน ก่อนและหลังการดำเนินงานโครงการหมู่บ้านสร้างสุขภาพ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % (P-value > 0.05) และประชาชนมีความตระหนักต่อปัญหาสุขภาพและมีพฤติกรรมสร้างสุขภาพดีขึ้น

ABSTRACT

A study on health forming village has purpose to know about actions to support health forming activity by community participation. This study is participatory action research : PAR. Data has been collected by interview, group discussion, health-core community rostrum and consequent report. This study was conducted in 3 villages of Tambon

Traiyo, Amphur Denchai, Phae province that is the health care responsible area of Pakban health station.

The study show that health forming village consist of At least 10 village health leaders have roles in develop control and supervise health activities Coordination for supporting from government and private agency. Follow up and evaluation. Result from village health activity has found that there are own health clubs in every villages. 80% of household have cultivated local household vegetable. There is contamination substance inspection in food shop but no contamination is found. An elder clubs have been set up in Every village and the members have participation to take activity once a month continuously. These elder also have health checking and from this activity induce them to health learning to each other. Women have health checking for cervical cancer and can exam breast cancer by themselves. There is activity for screening for hypertension case in the villages. About knowledge and health behavior are in good level at 100%. Comparing knowledge and understanding about health forming before and after implement a health forming village project has found differential, statistical significant at 95% confidently level (P-value>0.05) and people have realized on health problem and have improved health forming behavior.

คำสำคัญ : รูปแบบการสร้างสุขภาพชุมชน, การวิจัยแบบมีส่วนร่วม

Key word : Pattern on health forming, Participatory Action Reseach : PAR

บทนำ

การดำเนินงานสุขภาพที่ผ่านมาของกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดบทบาทการทำงานครอบคลุมทั้ง 4 ด้านได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย ระบบสุขภาพที่ผ่านมาเป็นระบบที่มุ่งเน้นการจัดการด้านสุขภาพที่เน้นการตั้งรับหรือเน้นการรักษาพยาบาลมากกว่าเชิงรุกที่เป็นกิจกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ส่งผลให้ความสำเร็จของการสร้างสุขภาพโดยประชาชนไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร กล่าวคือ

แม้ว่าจะมีการปฏิรูประบบสุขภาพที่เน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ และมีการสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดระบบสุขภาพได้ด้วยตนเอง แต่ผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้นยังเป็นการจัดการโดยหน่วยงานภาครัฐ ประชาชนยังเป็นผู้รับบริการ และยังอยู่ในภาวะพึ่งพิงภาครัฐอยู่ในกระบวนการดำเนินงานบุคลากรภาครัฐยังขาดกลไกการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการระบบสุขภาพด้วยตนเอง จากบทเรียนการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานที่ผ่านมามีแนวโน้มนโยบายการสาธารณสุขในการบริหาร

จัดการเปลี่ยนแปลงไปโดยให้ความสำคัญการพัฒนาาระบบสุขภาพทั้งระบบ เน้นการพัฒนาศักยภาพและพัฒนาองค์ประกอบต่างๆ ไปพร้อมๆ กัน จึงมีความจำเป็นต้องให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลและสร้างสุขภาพของตนเอง รวมทั้งเปิดโอกาสให้มีการตัดสินใจในการบริหารจัดการสุขภาพของคนในชุมชนเพื่อจะนำไปสู่มิติใหม่ในการดูแลสุขภาพของคนไทยที่เรียกว่า "ระบบสุขภาพภาคประชาชน" (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2546) ในการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชนต้องดำเนินงานสุขภาพแบบบูรณาการโดยไม่แยกสุขภาพออกจากวิถีชีวิตของคนในชุมชน และสอดคล้องกับบริบททั้งด้านสังคมการเมือง เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม ตลอดจนต้องตอบสนองปัญหาและความต้องการของประชาชน เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนด้านสุขภาพโดยกลุ่มประชาชน และมีการประสานเครือข่ายการดำเนินงานระหว่างชุมชนด้วยกัน กอปร กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายเมืองไทย แข็งแรง (Healthy Thailand) มีเป้าหมายให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนกิจกรรมสร้างสุขภาพเพื่อให้เกิดชมรมสร้างสุขภาพเป้าหมาย 1 ชมรมต่อหนึ่งหมู่บ้าน โดยมีตัวชี้วัดด้านสุขภาพ 5 ด้าน หรือ 5 อ. ได้แก่ ออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ อโรคยา และอนามัยชุมชน และกำหนดเป้าหมายในปี 2545-2547 เป็นปีของการสร้างสุขภาพ กำหนดเป้าหมายในปี 2547 ต้องมีหมู่บ้านสร้างสุขภาพ ร้อยละ 80 ตำบลสร้างสุขภาพ ร้อยละ 50 อำเภอสร้างสุขภาพ ร้อยละ 50 และจังหวัดสร้างสุขภาพ ร้อยละ 25 โดยยึดเป้าหมายตามโครงการเมืองไทยแข็งแรง

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเด่นชัยในฐานะหน่วยงานที่มีบทบาทในการสนับสนุนทั้งการบริหาร บริการและวิชาการแก่สถานีอนามัยในสังกัด ได้ให้ความสำคัญของกระบวนการดำเนินงานหมู่บ้านสร้างสุขภาพ เพื่อให้การดำเนินงานตามนโยบายเมืองไทยสุขภาพดีสู่การปฏิบัติในระดับหมู่บ้านได้บรรลุตามวัตถุประสงค์ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้กำหนดแนวทางการศึกษาแนวทางการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสร้างสุขภาพ เพื่อให้เกิดหมู่บ้าน/ชุมชนที่เข้มแข็งในการจัดการด้านสุขภาพได้ด้วยตนเอง

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินงานหมู่บ้านสร้างสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. สร้างแกนนำสุขภาพเพื่อมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างสุขภาพในระดับหมู่บ้าน
2. เพื่อการกระตุ้นสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพ ตามกิจกรรม 5 อ. ได้แก่ ออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ อโรคยา และอนามัยชุมชน
3. ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจและพฤติกรรมด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองที่ถูกต้อง

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้มุ่งศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนระดับหมู่บ้าน เพื่อดำเนินกิจกรรมสร้างสุขภาพ และแก้ไขปัญหาโรคติดต่อ ได้แก่ ดำเนินกิจกรรมการออกกำลังกาย บริโภคอาหารที่สะอาดปลอดภัย การป้องกันยาเสพติดและสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ การป้องกันและควบคุม

โรคไข้เลือดออก มะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน อนามัยสิ่งแวดล้อม และศึกษาความรู้ ความเข้าใจและพฤติกรรมของประชาชนในการสร้างสุขภาพศึกษาในพื้นที่หมู่บ้านเขตรับผิดชอบของ สถานีอนามัยปากปาน ตำบลไทรย้อย อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ จำนวน 3 หมู่บ้าน ศึกษาระหว่างเดือนมีนาคม 2547 ถึงเดือนกันยายน 2547

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

กลุ่มเป้าหมายและประชากรที่ศึกษาศึกษาเฉพาะหมู่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัย ปากปาน จำนวน 3 หมู่บ้าน ตำบล ไทรย้อย อำเภอเด่นชัยจังหวัดแพร่ ประชากรที่ศึกษาดังนี้

- 1) แกนนำสุขภาพระดับหมู่บ้านๆ ละ 10 คน จำนวน 30 คน
- 2) ประชากรที่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัยจำนวน 150 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1) เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนดำเนินงานโดยการสัมภาษณ์ประชาชน
- 2) การสร้างแกนนำการจัดสัมมนาแกนนำสุขภาพตามหลักสูตรการสร้างแกนนำสุขภาพ จำนวน 2 วันกระบวนการสัมมนาประกอบด้วย การวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาสุขภาพ การกำหนดวิสัยทัศน์สุขภาพ การนำวิสัยทัศน์สู่การปฏิบัติ การกำหนดตัวชี้วัดการสร้างสุขภาพระดับหมู่บ้าน การกำหนดแผนงาน/กิจกรรมสร้างสุขภาพระดับหมู่บ้าน

3) การดำเนินแผนงาน/โครงการสร้างสุขภาพระดับหมู่บ้านสู่การปฏิบัติโดยแกนนำสุขภาพ เก็บข้อมูลจากเวทีประชาคมหมู่บ้าน การบันทึกกิจกรรมของแกนนำสุขภาพ และรายงานผลงานโครงการเมืองไทยแข็งแรง

4) การเก็บข้อมูลหลังการดำเนินงาน โดยการสัมภาษณ์ประชาชน และการจัดสนทนากลุ่มแกนนำสุขภาพหมู่บ้าน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างแกนนำสุขภาพระดับหมู่บ้านที่ใช้วิจัยครั้งนี้ เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชนและสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ที่ได้รับการคัดเลือกจากประชาชนในหมู่บ้านๆ ละ 10 คน รวม 30 คน สำหรับกลุ่มตัวอย่างประชาชนทั่วไปจะเลือกสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย ร้อยละ 30 ของหลังคาเรือน เลือกตัวแทนหลังคาเรือนละ 1 คน หมู่บ้านละ 50 คน รวมทั้งสิ้น 150 คน

เครื่องมือในการวิจัย

- 1) แบบสอบถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มประกอบด้วยลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ ความเข้าใจและ พฤติกรรมการสร้างสุขภาพ กิจกรรมในชุมชน
- 2) แบบรายงานผลการดำเนินงานสร้างแกนนำสุขภาพ การดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการ เครื่องมือทั้งหมดได้ผ่านการทดสอบทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพแล้ว

วิธีวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ เพื่ออธิบายกระบวนการสร้างแกนนำสุขภาพ ผลการดำเนินงานหมู่บ้านสร้าง

สุขภาพ และเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์

ผลการศึกษา

กระบวนการสร้างแกนนำสุขภาพ เป็นการจัดเวทีประชาคมแกนนำสุขภาพประจำหมู่บ้าน ละ 10 คน หลักสูตรการสัมมนาเกิดจากการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอเด่นชัย เนื้อหาหลักสูตรประกอบด้วย การเรียนรู้สถานการณ์สุขภาพของคนในหมู่บ้าน การกำหนดวิสัยทัศน์แบบมีส่วนร่วม การดำเนินงานเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ การกำหนดตัวชี้วัดผลงาน และการจัดทำแผนปฏิบัติงานสร้างสุขภาพระดับหมู่บ้าน ใช้ระยะเวลาสัมมนา 2 วัน ผลการสัมมนาทำให้ผู้ร่วมสัมมนารับทราบสถานการณ์สุขภาพของคนในระดับหมู่บ้านส่วนใหญ่ตายด้วยโรคเอดส์ โรควัณโรค อุบัติเหตุ และส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคหวัด อาการปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ และข้อ โรคเบาหวาน วัณโรค กิจกรรมสร้างสุขภาพในหมู่บ้านทุกหมู่บ้านมีกลุ่มออกกำลังกาย กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มเยาวชน โดยการสนับสนุนงบประมาณจาก อบต. ปัญหาสุขภาพที่ได้รับผลกระทบจากสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรธรรมชาติไม่มีเนื่องจาก ในหมู่บ้านที่ศึกษาไม่มีโรงงาน ปัญหาที่กระทบต่อสุขภาพคือเหตุรำคาญกลิ่นเหม็นจากการเลี้ยงสุกร ปัญหาโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อที่ชาวบ้านประสบปัญหาคือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคเอดส์ และโรคไข้เลือดออก โรคอุจจาระร่วง ความคิด ความเชื่อ ค่านิยม ของคนในชุมชนที่มีผลต่อสุขภาพ พบว่าประชาชนในหมู่บ้านเริ่มมีความคิดเกี่ยวกับการสร้างสุขภาพเพิ่มมากขึ้น มีความเชื่อการใช้สมุนไพร โดยเฉพาะการ

ใช้เหล้าดองสมุนไพร ชอบดื่มสุราที่บ้านและเบียร์ สุรูปได้วิสัยทัศน์ของหมู่บ้านสร้างสุขภาพ สุรูปเป็นวิสัยทัศน์ว่า " ชาวบ้านมีสุขภาพดี มีความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพอนามัย ไม่ป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ มีการออกกำลังกาย บริโภคอาหารสะอาด ปลอดภัย อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี " การกำหนดแผนงาน/โครงการ ที่จะทำให้บรรลุวิสัยทัศน์การสร้างสุขภาพ คือ การจัดตั้งชมรมออกกำลังกายเพื่อให้คนในหมู่บ้านได้มีโอกาสออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การสนับสนุนให้บริโภคผักปลอดสารพิษ การคุมตรวจสารปนเปื้อนในร้านอาหารและแผงลอย การจัดตั้งคณะกรรมการป้องกันยาเสพติดระดับหมู่บ้าน การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก การปรับปรุงอนามัยสิ่งแวดล้อมโดยเน้นการจัดหน้าบ้านนำมอง การเสนอให้ อบต. จัดการขยะมูลฝอย และเหตุรำคาญจากฟาร์มหมู/ไก่

การดำเนินกิจกรรมสร้างสุขภาพ ผู้ที่ขับเคลื่อนให้เกิดกิจกรรมสร้างสุขภาพในระดับหมู่บ้านคือ แกนนำสุขภาพระดับหมู่บ้าน ผลการดำเนินงานสร้างสุขภาพในระดับหมู่บ้านพบว่า ทุกหมู่บ้านมีชมรมสร้างสุขภาพ หมู่บ้านละ 1 ชมรม ประชาชนมีการปลูกผักพื้นบ้านรับประทานเอง ร้อยละ 80 ของครัวเรือน มีการตรวจสารปนเปื้อนในร้านอาหารในระดับหมู่บ้านพบว่าตรวจไม่พบสารปนเปื้อน ทุกหมู่บ้านมีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุหมู่บ้านละ 1 ชมรม มีการรวมกลุ่มเพื่อดำเนินกิจกรรมร่วมกันของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เดือนละ 1 ครั้ง ๆ ละ 1 วัน ผู้สูงอายุได้รับการตรวจสุขภาพ ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน สตรีได้รับการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูก สตรีที่

สามารถตรวจมะเร็งเต้านมได้ด้วยตนเอง มีการตรวจคัดกรองผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในหมู่บ้าน ปัจจุบันมีผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษา

ความรู้ ความเข้าใจและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน การรับรู้ของประชาชนต่อกิจกรรมการสร้างสุขภาพ พบว่ามีกลุ่มออกกำลังกาย ร้อยละ 73.33 กิจกรรมการปลูกผักปลอดสารพิษ ร้อยละ 80.00 ในหมู่บ้านมีการจัดกิจกรรมป้องกันควบคุมโรค ร้อยละ 96.00 มีกิจกรรมป้องกันยาเสพติดร้อยละ 48.67 ในหมู่บ้านมีการดำเนินกิจกรรมตรวจมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม ร้อยละ 59.33 ในหมู่บ้านมีการดำเนินกิจกรรมตรวจความดันโลหิต ร้อยละ 71.33 ในหมู่บ้านมีการดำเนินกิจกรรมตรวจค้นหาผู้ป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 62.67 และพบว่าประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับดี ก่อนโครงการประชาชนมีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 53.30 รองลงมาในระดับดี ร้อยละ 46.70 หลัง โครงการพบว่าประชาชนมีความรู้ระดับดี ร้อยละ 100 จากการเปรียบเทียบความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการสร้างสุขภาพพบว่าความรู้ ความเข้าใจของประชาชน ก่อนและหลังการดำเนินงานโครงการหมู่บ้านสร้างสุขภาพมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % (P-value > 0.05)

พฤติกรรมการสร้างสุขภาพของประชาชน พบว่า พฤติกรรมการออกกำลังกายของประชาชนได้ออกกำลังกายทุกสัปดาห์ๆ ละ 3 วัน ๆ นาน 30 นาที ร้อยละ 49.30 ด้านอาหารพบว่าประชาชนก่อน-หลัง รับประทานอาหารท่านั่งด้วยส้อมทุกครั้ง ถึงร้อยละ 88.00 รองลงมาไม่ได้ล้างมือ

ก่อนร้อยละ 12.00 การบริโภคผักของประชาชนส่วนใหญ่ซื้อจากตลาดสด ร้อยละ 67.30 ปลูกผักรับประทานเอง ร้อยละ 80.00 การเลือกซื้อสารปรุงแต่งอาหารส่วนใหญ่ร้อยละ 84.00 สังเกตฉลาก และเครื่องหมายอ.ย.และใช้หลัก 3 ป(ประโยชน์ ประหยัด ปลอดภัย) ในการเลือกซื้ออาหาร เกี่ยวกับการลดปัญหาการเกิดโรคในหมู่บ้าน สำหรับโรคไข้เลือดออก พบว่าประชาชนส่วนใหญ่นอนในมุ้งเพื่อป้องกันยุงลายกัดจึงไม่ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ประชาชนส่วนใหญ่จะกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายทุกสัปดาห์ โดยใช้ทรายอะเบท เปลี่ยนน้ำ กำจัดแหล่งที่มีน้ำขัง ร้อยละ 75.30 สำหรับโรคเบาหวานพบว่ากลุ่มเป้าหมายเป็นโรคเบาหวาน 13 คน และทุกคนสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ถูกต้องโดยพบแพทย์ตามนัดและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างสม่ำเสมอ สำหรับโรคความดันโลหิต ร้อยละ 88.00 ของกลุ่มเป้าหมายเคยวัดความดันโลหิต พบป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 36.70 สำหรับโรคมะเร็ง พบว่าได้รับการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 49.30 และสามารถแนะนำสมาชิกในครอบครัวตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูก และสามารถตรวจมะเร็งเต้านมได้ด้วยตนเองร้อยละ 87.73

การวิจารณ์และอภิปรายผลการวิจารณ์และอภิปรายผล

รูปแบบการดำเนินงานหมู่บ้านสร้างสุขภาพ เป็นโครงการนำร่องเพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินงานตามโครงการเมืองไทยสุขภาพดีในระดับหมู่บ้านโดยใช้หลักการมีส่วนร่วมของประชาชนโดยการเปิดโอกาสให้แกนนำประชาชน

เข้ามามีส่วนร่วมในการคิด การตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติ และร่วมประเมินผล เพื่อให้การดำเนินงานตาม กิจกรรมเมืองไทยสุขภาพดีสู่การปฏิบัติในระดับหมู่บ้าน ให้แกนนำสุขภาพเป็นเจ้าภาพในการขับเคลื่อนการดำเนินงานกิจกรรมสร้างสุขภาพ 5 อ. ในระดับหมู่บ้าน ซึ่งผลการดำเนินงานต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมของประชาชน ตัวชี้วัดสำคัญคือ แกนนำสุขภาพสามารถจัดการสุขภาพของคนในหมู่บ้านได้ (ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน ภาคเหนือ จ. นครสวรรค์ : 2545) ซึ่งกระบวนการสร้างแกนนำสุขภาพถือว่าเป็นกระบวนการที่สำคัญเพื่อให้แกนนำได้รับทราบนโยบาย สามารถวิเคราะห์สถานการณ์สภาพ กำหนดแผนงาน/โครงการดำเนินงานกิจกรรมสร้างสุขภาพได้ ใช้เทคนิคการสร้างอนาคตร่วม (Future Search Conference) จัดสัมมนาตัวแทนหมู่บ้านที่คัดเลือกจากตัวแทน อสม ผู้นำชุมชน สมาชิก อบต. ตัวแทนผู้สูงอายุ และตัวแทนกลุ่มต่าง ๆ หมู่บ้านละ 10 คน จะมีบทบาทในการขับเคลื่อนให้กลุ่ม/ชมรมสร้างสุขภาพเช่น กลุ่มออกกำลังกาย ชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มเยาวชน ดำเนินกิจกรรมสร้างสุขภาพตามแผนงาน/โครงการที่กำหนดร่วมกันโดยแกนนำสุขภาพระดับหมู่บ้าน หน่วยงานที่ให้การสนับสนุนได้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พัฒนาการ เกษตรตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบล กิจกรรมที่ถือว่าเป็นกระแสนิยมของคนในหมู่บ้านคือ การออกกำลังกาย การเดินแอโรบิค การสอนรำไม้เท้าป่าบุญมีการปลูกผักพื้นบ้านรับประทานเอง การตรวจสารปนเปื้อนในอาหาร การป้องกันยาเสพติดระดับหมู่บ้าน การจัดกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ และการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพโรคติดต่อ และโรคไม่

ติดต่อ กิจกรรมที่ประชาชนสามารถดำเนินงานได้เอง คือ การสำรวจ ลูกน้ำยุงลาย การจัดกิจกรรมรณรงค์กำจัดและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในแต่ละกลุ่ม/ชมรม ได้มีการจัดทำทะเบียนสมาชิก ซึ่งถือว่าเป็นฐานข้อมูลการสร้างสุขภาพตามโครงการเมืองไทยสุขภาพดี เป็นการเชื่อมโยงข้อมูลข่าวสารกับสถานีอนามัย จุดสำเร็จของการดำเนินงานหมู่บ้านสร้างสุขภาพก็คือ การคัดเลือกผู้นำแกนนำสุขภาพที่มีความรู้ความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ การยอมรับศรัทธาจากประชาชนในหมู่บ้าน และเป็นบุคคลเสียสละ ประการที่สองก็คือโครงการที่เกิดขึ้นจากการร่วมคิดของแกนนำสุขภาพจะต้องได้รับการตอบสนองจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น การผสมผสานกิจกรรมร่วมกับกิจกรรมของชุมชนที่ดำเนินอยู่แล้ว เช่น การรวมกลุ่มเพาะเห็ด การทำหม้อไม่เปีย เป็นต้น ประการที่สาม ผู้นำชุมชนจะเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการกระตุ้น เป็นผู้จัดเวทีการพูดคุยในวันประชุมประจำเดือน และกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) จะต้องมีการประชุมติดตามผลงานอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง กิจกรรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่นำเข้าสู่ระดับหมู่บ้านแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ กิจกรรมตามแผนงาน/โครงการสร้างสุขภาพที่ดำเนินการโดยชุมชน และกิจกรรมที่เจ้าหน้าที่รุกไปให้บริการในชุมชน เช่น การตรวจหาเชลล์มะเร็งปากมดลูก การตรวจสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ และการจัดประชาคมสุขภาพระดับหมู่บ้านรูปแบบที่ได้ดำเนินงานที่ผ่านมาก็ถือว่าเป็นรูปแบบที่เหมาะสม เพราะกิจกรรม ที่เกิดขึ้นในระดับหมู่บ้านเกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชนและมีการมอบบทบาทหน้าที่ให้แกนนำสุขภาพเป็นเจ้า

ภาพในการขับเคลื่อนให้เกิดกิจกรรมตามแผนงาน/โครงการที่กำหนด โดยใช้สื่อชุมชนที่มีอยู่แล้วในหมู่บ้าน เช่น หอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน เวทีการประชุมประจำเดือนของผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน และการประชุมของกลุ่มต่างๆ เช่น กลุ่ม อสม. คณะกรรมการกองทุนหมู่บ้าน เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศูนย์ฝึกรอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน ว่าความยั่งยืนของหมู่บ้านสร้างสุขภาพ คือหมู่บ้านสามารถจัดการสุขภาพได้ด้วยตนเอง โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ ได้แก่ การมีกองทุนหมู่บ้าน หรือความสามารถในการระดมทุนทั้งในหมู่บ้าน หรือเงินงบประมาณจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การมีองค์ความรู้ในการสร้างสุขภาพขององค์กรชุมชน หรือประชาชน และการบริหารจัดการ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานสร้างสุขภาพ เพื่อให้เกิดกิจกรรมต่อเนื่องและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ผลจากการศึกษารูปแบบการดำเนินงานหมู่บ้านสร้างสุขภาพ มีข้อเสนอแนะดังนี้

ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงาน

1) ในการนำนโยบายเมืองไทยสุขภาพดีสู่การปฏิบัติในระดับหมู่บ้าน ต้องมีการประสานงานกับหน่วยงานราชการ ท้องถิ่น และองค์กรชุมชนเพื่อให้ทราบนโยบายที่ชัดเจน ซึ่งจะเป็นผลดีต่อการดำเนินงานในระดับหมู่บ้าน

2) การพัฒนาแนวความคิดเชิงบูรณาการแก่แกนนำสุขภาพเพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีอยู่แล้วในชุมชน จะส่งผลให้แกนนำหรือประชาชน ได้มีทิศทางการดำเนินงานด้านการสร้างสุขภาพ โดยชุมชน เพื่อชุมชน

3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ภาคีรัฐอื่นๆ จำเป็นได้รับการพัฒนาแนวความคิดการทำงานแบบมีส่วนร่วม และเทคนิค บทบาทการเป็นวิทยากรกระบวนการ

4) พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารระดับหมู่บ้าน เพื่อให้แกนนำสุขภาพได้มองเห็นผลของการพัฒนาด้านสุขภาพและแนวโน้มของสถานการณ์ และปัญหาสุขภาพที่จะเกิดในอนาคต เพื่อจะได้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดแผนงาน/โครงการพัฒนา

5) แผนงาน/โครงการด้านสุขภาพจะเกิดผลเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน องค์การบริหารส่วนตำบล จะต้องให้การสนับสนุนงบประมาณ และมีการควบคุมกำกับกิจกรรม ตามเป้าหมายตามวัตถุประสงค์แผนงาน/โครงการนั้น ๆ และ/หรือ การผลักดันให้เกิดคณะกรรมการสุขภาพระดับตำบลขึ้น จะทำให้เกิดการขับเคลื่อนสุขภาพภาคประชาชนที่เป็นรูปธรรมชัดเจนยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1) การศึกษาครั้งนี้เพียงได้รูปแบบการดำเนินงานหมู่บ้านสร้างสุขภาพเท่านั้น ความคิดเห็น ข้อเสนอแนะรายกิจกรรม 5 อ. ยังได้ข้อมูลไม่ลึกพอ อยากเสนอให้มีการศึกษารายกิจกรรมของ 5 อ. ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในชุมชน

2) การศึกษาการสร้างสุขภาพแบบองค์รวมในระดับหมู่บ้าน เนื่องจากเพราะการดูแลสุขภาพประชาชนยังมีการใช้การดูแลตามความเชื่อไสยศาสตร์ การใช้น้ำมันต์ การแพทย์พื้นบ้าน การใช้สมุนไพร เพื่อผสมผสานให้เกิดรูปแบบการสร้างสุขภาพแบบองค์รวม

เอกสารอ้างอิง

1. จีรวรรณ หัสโรค์ และอดิศร วงศ์คงเดช . ความคิดเห็นของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลต่อการกระจายอำนาจการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานสู่องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.).ขอนแก่น. ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนากิจการสาธารณสุขมูลฐานภาคตะวันออกเฉียงเหนือ; 2540.
2. จีรวรรณ หัสโรค์ ขวัญชัย หมั่นคำ ปราณี คำศิริรักษ์ และคณะ .ประชาคมสุขภาพตำบล ศึกษากรณีตำบลหนองหว่านอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม.พิมพ์ครั้งที่ 2 คลังนานาวิทยา จ.ขอนแก่น ; 2542.
3. ชูชัย ศุภวงศ์ และยุวดี คาคการณ ไกล. ประชาคมทรรคนะนักคิดในสังคมไทย. กรุงเทพฯ ฯ. สำนักพิมพ์มติชน ; 2540.
4. ชชาติชาย ณ เชียงใหม่.ประชาสังคม .ในประชาคมทรรคนะนักคิด, กรุงเทพฯ,สำนักพิมพ์มติชน ; 2540 : 93-118.
5. พรทิพย์ สุประดิษฐ์ และคณะ.สถานการณ์ปัจจุบัน และแนวโน้มของงานสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย . สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน ; 2543.
6. พลเดช ปิ่นประทีป .สู่ความเป็นไท ด้วยพลังท้องถิ่น เสนอกรอบแนวคิดเพื่อการจัดทำแผน 9 .สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา. พิมพ์โดยสถาบันท้องถิ่นพัฒนา ; 2542: 21-54.
7. ทวีศักดิ์ นพเกษร .วิกฤตสังคมไทยกับบทบาทวิทยากรกระบวนการ (เล่ม 1,2) : 2542 ธีเนศ อภรณ์สุวรรณ.ประชาสังคมพัฒนาการและนโยบายแห่งอนาคต (อ้างในจีรวรรณ หัสโรค์ ขวัญชัย หมั่นคำ ปราณี คำศิริรักษ์ และคณะ) .ประชาคมสุขภาพตำบล ศึกษากรณีตำบลหนองหว่านอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม.พิมพ์ครั้งที่ 2 .คลังนานาวิทยา จ.ขอนแก่น ; 2542.
8. ธีรยุทธ บุญมี .ประชาสังคมในประชาคมทรรคนะนักคิด. กรุงเทพฯ.สำนักพิมพ์มติชน ; 2540: 93-118.
9. ประเวศ วะสี . สังคมดีไม่มีขายอยากได้ต้องร่วมสร้าง. หนังสือชุดประชาคม ลำดับที่ 17. 2542: 6-8.
10. ประเวศ วะสี .ประชาคมตำบล ยุทธศาสตร์เพื่อเศรษฐกิจพอเพียง ศิลธรรมและสุขภาพ .พิมพ์ครั้งที่ 3.สำนักพิมพ์มติชน ; 2541: 36-46.
11. สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ. ประชาคมกับการพัฒนาสุขภาพ บทวิเคราะห์ทางวิชาการ. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ; 2540.
12. สำนักงานคณะกรรมการการพัฒนากิจการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ .ภาพรวมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมไทย.เอกสารประกอบการประชุมสัมมนาระดมความคิดเห็น ในระดับจังหวัด และระดับอนุภาค ; 2542: 1-27.
13. สัณญา สัณญาวิวัฒน์ .ทฤษฎีสังคมวิทยา การสร้าง การประเมินค่า และการใช้ประโยชน์.ตำรา. ในโครงการตำราพื้นฐานคณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2539: 67-73.
14. สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน .ข้อมูลการบริหารจัดการงานสาธารณสุขมูลฐานภายใต้ระบบงบประมาณแนวใหม่ เอกสาร

อัดสำเนา ; 2541.

15. ศูนย์ฝึกอบรม และพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนภาคเหนือ จังหวัดนครสวรรค์. แนวทางการดำเนินงานหมู่บ้านสร้างสุขภาพ, 2545.

16. ศูนย์ประสานงานประชาคมจังหวัดน่าน. ปัจจัยการเกิดขบวนการการมีส่วนร่วม. 2542. เอกสารอัดสำเนา

17. เอนก เหล่าธรรมทัศน์. การเมืองแบบใหม่ การเมืองพึ่งตนเอง, เอกสารประกอบการอบรม. ทิศทางการพัฒนางานสาธารณสุข ปี 2000 ณ ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน วันที่ 21 - 23 ธันวาคม 2542.

18. เอนกเหล่าธรรมทัศน์ .แนวคิดประชาสังคม, อ้างในหนังสือประชาสังคมในทรรคนะนักคิดในสังคมไทย .พิมพ์ครั้งที่ 3 .สำนักพิมพ์มติชน- 2541: 73-89.

19. อนุชาติ พวงสำลี .ข้อเสนอเชิงแนวคิด เพื่อการพัฒนากระบวนการสร้างสรรค์ประชาคมจังหวัดนครปฐม. คณะสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. 2539.

20. Be Phillips .Frank A and Others. Management of training Program. Illinois: Richard D. Irwin Inc.1960.

21. David Mathews. Elements of strong Civil Society And HEALTHY Public life. Kettering Foundation April ,1996.

ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในการตรวจวินิจฉัยและควบคุม โรคหนอนพยาธิ อำเภอเทิง จังหวัดเชียงราย ปี 2547

(Competency of health volunteers in diagnosis and control of Helminthiasis in Teung District, Chiangrai Province 2004)

อดุลย์ศักดิ์ วิจิตร วท.ม.(ปรสิตวิทยา)* Adulsak Wijit M.Sc. (Parasitology)*

อำนาจ เขื่อนแก้ว ป.สาธารณสุขศาสตร์** Aumnouy Keankeaw Cert. in public health**

ปรีชา มโนยศ ป.สาธารณสุขศาสตร์** Preecha Manoyos Cert. in public health **

* สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่ * Office of Disease Prevention and Control 10, Chiangmai

** สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเทิง จังหวัดเชียงราย ** Teung Public Health Office

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาศักยภาพให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) สามารถตรวจวินิจฉัยและควบคุมโรคหนอนพยาธิในชุมชนเอง ภายใต้การควบคุมกำกับของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ และให้ผู้นำหมู่บ้านมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเสนอรูปแบบการดำเนินงานควบคุมโรคหนอนพยาธิในชุมชน วิธีการศึกษา : การศึกษาแบบวิจัยประเมินผล ระยะเวลาดำเนินการ เดือนมิถุนายน 2546-มิถุนายน 2547 พื้นที่ศึกษา 12 ตำบล อ. เเทิง จังหวัดเชียงราย 1. จัดเวทีเสวนา เพื่อให้ได้แนวคิดการวางแผน รูปแบบการดำเนินงาน เครือข่าย ผู้นำหมู่บ้าน จำนวน 30 คน ระยะเวลา 1 วัน 2. จัดอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 30 คน เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานและเป็นพี่เลี้ยง ระยะเวลา 3 วัน 3. จัดอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คัดเลือกโดยผู้นำหมู่บ้าน จำนวน 32 คน จาก 12 หมู่บ้าน หมู่บ้านละ 2-3 คน ระยะเวลาอบรม 9 วัน เกณฑ์การประเมินผล ความรู้ภาคทฤษฎี ผ่านร้อยละ 60 ภาคปฏิบัติผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 4. การดำเนินงานในชุมชน จัดประชาคมหมู่บ้าน การให้ความรู้หาแนวทางการแก้ไขปัญหาารวมกันในชุมชน การจัดตั้งกองทุน หนอนพยาธิ ตรวจและรักษาโรคหนอนพยาธิในชุมชนเอง ภายใต้การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ 5. ติดตาม ประเมินผล การดำเนินงานรวบรวมผลการปฏิบัติงานในระยะ 1 ปี ผลการศึกษา : ผู้นำหมู่บ้าน จัดเวทีประชาคม 12 หมู่บ้านได้รูปแบบมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและวางแผนการดำเนินงานร่วมกัน สร้างเครือข่ายระหว่างผู้นำในแต่ละตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความรู้ก่อนและหลังการอบรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) อสม. มีความรู้ก่อนและหลังการอบรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ผ่านเกณฑ์การทดสอบภาคทฤษฎีร้อยละ 60 ทุกคน ผ่านเกณฑ์การทดสอบภาคปฏิบัติ ร้อยละ 80 ผ่านเกณฑ์ 27 คน (ร้อยละ 84.4) ไม่ผ่านเกณฑ์ 2 คน (ร้อยละ 6.2) ถอนตัวออกระหว่างการอบรม 3 คน (ร้อยละ 9.4) ผลการปฏิบัติงานของอสม. หลังอบรมในรอบ 1 ปี ดำเนินการให้ความรู้แก่ประชาชน แจกคัลป์ ตรวจอุจจาระ ประชาชนในหมู่บ้านตนเองและข้างเคียง มีผลงานการตรวจในแต่ละหมู่บ้าน ตั้งแต่ 215-3,613

ราย รวมตรวจทั้งหมด 17,929 ราย พบพยาธิ 7,275 ราย (40.5%) ส่วนใหญ่พบพยาธิใบไม้ตับ 4,072 ราย (22.7%) ความชุกของโรคระหว่าง 0.65-57.5 %รักษาผู้พบพยาธิทุกราย มีการจัดกองทุนโรคหนอนพยาธิขึ้นจำนวน 16 กองทุน มีเงินทุนหมุนเวียนตั้งแต่ 1,190-12,560 บาท ได้จากการเรียกเก็บจากผู้รับบริการในหมู่บ้านรายละ 10-50 บาท ตามมติของการจัดประชาคมในแต่ละพื้นที่ ค่าใช้จ่ายบางส่วนแบ่งเฉลี่ยตอบแทนให้อสม. เป็นค่าตรวจรายละ 3-5 บาท การสนับสนุนเวชภัณฑ์และวัสดุการตรวจได้จากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 ครั้งแรกทุกหมู่บ้าน

สรุปผลและข้อเสนอแนะ : การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า อสม.มีศักยภาพสามารถดำเนินการตรวจวินิจฉัยและควบคุมโรคหนอนพยาธิในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพนับเป็นรูปแบบการดำเนินงานที่ดี อีกวิธีหนึ่งที่น่ามาใช้ขยายผลในลักษณะดังกล่าวได้

คำสำคัญ : อาสาสมัครสาธารณสุข, การดำเนินงานชุมชนมีส่วนร่วม, รูปแบบการควบคุมโรคหนอนพยาธิ

Abstract

The purposes of the study are to make health volunteers able to diagnose and control helminthiasis in community under the supervision of public health officers and allow the local leader to participate in the control program. The methodology :The study period was from June 2003 - June 2004. The activities of this project were: the meeting of local leader for brainstorming and planning; training 30 health officer to support health volunteers; training of 32 health volunteers selected from 12 villages; implementation by community education, setting up helminthiasis fund, detection and treatment of helminthiasis under the support of local health officers; and follow-up and evaluation of the project after 1 year. Results: The local leaders could organize community participation in 12 villages. A network are created among local leaders. Health officers and health volunteers significantly gained more knowledge after training than before training ($p < 0.05$). Health volunteers had performed 17,929 stool examination. Helminths were detected in 7,275 samples (40.5%). Liver fluke was found most 4,072 samples (22.7%). The prevalence were 0.65 - 57.57 %. All villagers with helminthiasis were treated. Sixteen helminthiasis funds were founded by collecting 10 - 50 baht from each client depending on agreement in each community. The funds ranged from 1,190 to 12,560 baht. Some of the expenses were paid to health volunteers for stool examination at 3 to 5 baht per sample. Medical equipment and supplies were initially supported by The Office of Disease Prevention and Control, 10.

Conclusion and recommendation : It can be concluded from this study that health volunteers are capable of diagnosing and controlling helminthiasis in communities. This disease control model is being expanded to other communities.

Key words : Health volunteers, Community participation, Helminthiasis control model

บทนำ

โรคหนอนพยาธิยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญที่ต้องควบคุมป้องกันอย่างต่อเนื่องจากการดำเนินงานที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ต้องอาศัยบุคลากรสาธารณสุขภาครัฐเป็นสำคัญ ประกอบกับภารกิจมากมายของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับสถานีอนามัย อีกทั้งยังมีข้อจำกัดด้านนัการจึงทำให้การดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง การเสริมสร้างพลังชุมชนให้เข้มแข็งเพื่อพัฒนาสุขภาพของคนในชุมชนด้วยการผลักดันให้ชุมชนตระหนักในการดูแลสุขภาพจะทำให้เกิดการพึ่งตนเองได้ของประชาชน ซึ่งการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อสม.¹ เป็นกำลังสำคัญในการเปลี่ยนแปลงให้มีความเชื่อมั่นว่า อสม.มีศักยภาพสามารถดำเนินงานการตรวจค้นหาวินิจฉัยโรคหนอนพยาธิเบื้องต้นได้ ภายใต้การควบคุมดูแลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การศึกษานี้ถือว่าการบุกเบิกงานด้านการตรวจวินิจฉัยโรคหนอนพยาธิ ภาคประชาชน อันเป็นการขับเคลื่อนพลังของชุมชน เพื่อแก้ไขปัญหาโรคหนอนพยาธิในท้องถิ่นและเป็นการเพิ่มคุณค่าให้อสม. ในการสร้างสุขภาพชุมชนที่ยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินผลโครงการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการตรวจวินิจฉัยและควบคุมโรคหนอนพยาธิในชุมชนเองภายใต้การควบคุมกำกับของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ และการดำเนินงานของผู้นำหมู่บ้านในการมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นรูปแบบการดำเนินงานควบคุมโรคหนอนพยาธิในชุมชน

ขอบเขตการศึกษา

12 หมู่บ้าน ใน 12 ตำบลของอำเภอเทิง จ. เชียงราย ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ผู้นำหมู่บ้านจำนวน 30 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 30 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 32 คน

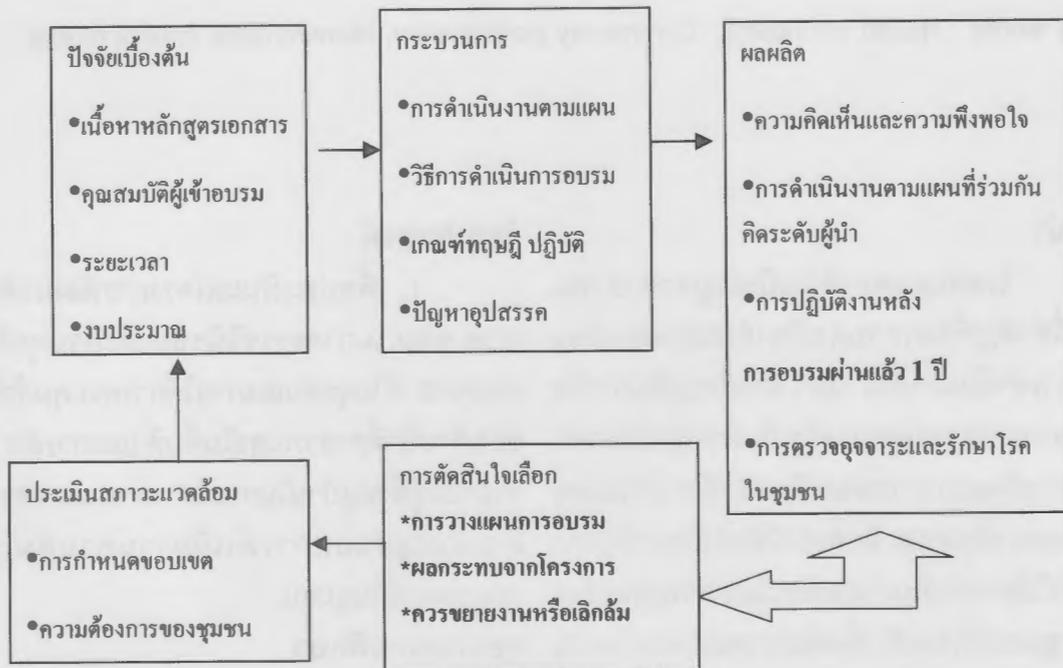
ระยะเวลาการดำเนินการ

เดือนมิถุนายน 2546 - เดือนมิถุนายน 2547

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและปริมาณ แบบสอบถาม

รูปแบบการศึกษา: แบบวิจัยประเมินผล²



วิธีการดำเนินงาน

1. จัดประชุมเพื่อเตรียมความพร้อม ในระดับเจ้าหน้าที่ 1 วัน จำนวน 12 คน ในระดับผู้นำชุมชน 1 วัน จำนวน 30 คน จัดอบรมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้เป็นพี่เลี้ยง และนิเทศด้านการตรวจวินิจฉัยโรคใช้เวลา 3 วัน จำนวน 30 คน คัดเลือก อสม. เพื่อทำการอบรมในการตรวจวินิจฉัยโรคหนองพยาธิ
2. จัดการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จัดอบรม อสม. เพื่อให้เป็นพนักงานจุลทัศน์กรในการตรวจวินิจฉัยโรคหนองพยาธิเบื้องต้น ภายใต้การควบคุมดูแลของเจ้าหน้าที่

สาธารณสุข ใช้เวลาในการอบรม 9 วัน โดยใช้หลักสูตรกรมควบคุมโรคติดต่อ แล้วปรับปรุงตามความเหมาะสม การตรวจดูภาวะใช้วิธีคาได้ ริคสเมียร์^{3,4,5,6}

3. ดำเนินงานหลังการอบรม ประชุม จัดเวทีประชาคมหมู่บ้าน และจัดประชุมให้ความรู้แก่ประชาชน การตรวจค้นหาและรักษาผู้ป่วยพยาธิ โดย อสม. ภายใต้การควบคุมดูแลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และภายใต้การสนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรท้องถิ่น

4. ติดตาม ประเมินผล

ผลการศึกษา

การวิเคราะห์ปัจจัยเบื้องต้น

กิจกรรมในหลักสูตร ตามความคิดเห็นของผู้นำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอสม. มีความเหมาะสม ของสถานที่ เนื้อหา กิจกรรมในหลักสูตร อยู่ในระดับดีถึงดีมาก ระยะเวลาส่วนใหญ่เห็นว่าเหมาะสมร้อยละ 80 มีบางส่วนมีการปรับปรุงเล็กน้อย และควรเพิ่มงบประมาณที่ใช้ในการอบรมให้พอเพียง ผู้เข้าอบรมทุกระดับมีความพร้อมอยู่ในระดับมาก คุณสมบัติของอสม. อายุ การศึกษา ไม่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนา สิ่งสำคัญคือ ความตั้งใจ อุดมคติ

วิเคราะห์ด้านกระบวนการอบรม

ผู้อบรมเห็นว่ามีเหมาะสมมาก เป็นบรรยากาศที่เป็นเอง สลัดระหว่างภาคทฤษฎีและปฏิบัติ มีผู้อบรมบางคนที่มีปัญหาเรื่องสายตาระหว่างการดูกล้อง ขาดแคลนกล้องจุลทรรศน์ และภารกิจส่วนตัวที่ไม่สามารถอบรมได้ตลอดหลักสูตร ปัญหาความกังวลเกี่ยวกับการทดสอบภาคปฏิบัติ ผู้นำหมู่บ้านมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและ วางแผนการดำเนินงานร่วมกัน ในเครือข่ายระหว่างผู้นำในแต่ละตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความรู้ก่อนและหลังการอบรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) มีข้อคิดเห็นเกี่ยวกับการอบรมระยะเวลาสั้นเกินไป ควรได้รับการสนับสนุน และ ขวัญกำลังใจจากผู้บริหาร อสม. มีการประเมินความรู้จากแบบทดสอบก่อน และหลังการอบรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ผ่านเกณฑ์การทดสอบภาคทฤษฎีร้อยละ 60 ทุกคน ภาคปฏิบัติ จากการตรวจอุจจาระมาตรฐานผ่านเกณฑ์การทดสอบร้อยละ

80 จำนวน 27 คน (ร้อยละ 84.4) ไม่ผ่านเกณฑ์ 2 คน (ร้อยละ 6.2) ถอนตัวออกระหว่างการอบรม 3 คน (ร้อยละ 9.4) เนื่องจากมีภาระกิจอื่น และไม่ทนต่อกลิ่นอุจจาระ

วิเคราะห์ด้านผลผลิต

ติดตามผลการปฏิบัติงานหลังอบรม 1 ปี ผู้นำหมู่บ้านได้จัดกิจกรรมการประชุม วางแผนและจัดทำเวทีประชาคมในทุกหมู่บ้านในกิจกรรมการควบคุมโรคในหมู่บ้าน การให้ความรู้ การมีส่วนร่วม การตรวจ และรักษา การจัดตั้งกองทุนโรคหนองพยาธิ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกิจกรรมการจัดเวทีประชาคมหมู่บ้าน การติดตามการดำเนินงานของ อสม. จ่ายยารักษาผู้ป่วยพยาธิ ขยายเครือข่ายอสม. ในหมู่บ้านอื่นๆ ข้างเคียง นอกเหนือจากหมู่บ้านเป้าหมายหลัก ในดำเนินงานควบคุมโรคหนองพยาธิ

ผลการปฏิบัติงานของอสม. หลังการอบรมสามารถดำเนินกิจกรรมการควบคุมโรคให้ความรู้แก่ประชาชน แจกตลับ ตรวจอุจจาระร่วมจ่ายยารักษาผู้ป่วยพยาธิทุกราย ให้ประชาชนในหมู่บ้านตนเองและข้างเคียง มีผลงานการตรวจในแต่ละหมู่บ้าน ตั้งแต่ 215-3,613 ราย รวมตรวจอุจจาระทั้งหมด 17,929 ราย พบพยาธิ 7,275 ราย (40.5%) ส่วนใหญ่พบพยาธิใบไม้ตับ 4,072 ราย (22.7%) ความชุกของโรคระหว่าง 0.65-57.5% ผลงานหมู่บ้านเป้าหมายหลักมีความครอบคลุมตั้งแต่ร้อยละ 41.3-91.2 มีหมู่บ้านความครอบคลุมเกิน ร้อยละ 60 จำนวน 9 หมู่บ้าน (75%) เกิดกองทุนโรคหนองพยาธิเพื่อพัฒนาสุขภาพของคนในชุมชนจำนวน 16 กองทุน โดยมีเงินทุนหมุนเวียนตั้งแต่ 1,190-12,560 บาท ได้จากการเรียกเก็บ

จากผู้รับบริการในหมู่บ้านรายละ 10-50 บาท ตามมติของการจัดประชาคมในแต่ละพื้นที่ ค่าใช้จ่ายบางส่วนแบ่งเฉลี่ยตอบแทนให้อสม. เป็นค่าตรวจรายละ 3-5 บาท การสนับสนุนเวชภัณฑ์และวัสดุ การตรวจได้จากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 ครั้งแรกทุกหมู่บ้าน

ผลกระทบของโครงการ ได้มีการขยายการดำเนินงานในกลุ่ม อสม.ผู้ช่วย ในหมู่บ้านหลักและหมู่บ้านข้างเคียง แสดงให้เห็นว่าผู้อบรมได้นำเอาความรู้และประสบการณ์ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อชุมชนและสังคมอย่างแท้จริง

วิเคราะห์สภาวะแวดล้อม ความพร้อมและความต้องการของชุมชนดี ควรได้รับการสนับสนุน ส่งเสริมจากภาครัฐเพื่อพัฒนางานให้ดียิ่งขึ้นไป ขอขอบเขตการดำเนินงานควรอยู่ภายใต้การดูแลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

สรุปผลและข้อเสนอแนะ

ผู้เข้าอบรมมีความคิดเห็นอยู่ในระดับดีต่อการดำเนินการตามแผนและกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพตนเอง จากการติดตามผลหลังการอบรม 1 ปี มีผลผลิตเป็นที่น่าพอใจ ผู้อบรมมีความมั่นใจในตนเอง สามารถดำเนินการควบคุมโรคและวินิจฉัยโรคหนองพยาธิในหมู่บ้านได้อย่างดี ภายใต้การควบคุมดูแลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ แผนการขยายงานอาจจะต้องคำนึงถึงศักยภาพของชุมชน ผู้นำประกอบการตัดสินใจ การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า อสม. มีศักยภาพสามารถดำเนินการตรวจวินิจฉัยและควบคุมโรคหนองพยาธิในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพนับเป็นรูปแบบการดำเนินงานที่ดี ซึ่งน่าจะเป็นแนวทางแก้ไขปัญหาโรคหนองพยาธิในชุมชนเป็น

อย่างดียิ่งอีกวิธีหนึ่ง

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี คณะผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์ทรงวุฒิ หุตามัย ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่ และคุณสมโพธิ บวรสิน นักวิชาการสาธารณสุข 9 ที่ให้การสนับสนุน และให้ข้อเสนอแนะ ในการศึกษาครั้งนี้ จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

ขอขอบคุณ รศ.ดร. น.พ. พิชาติ อุปราญเคราะห์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะและตรวจสอบแก้ไข จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

ขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เชียงราย ที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงาน และขอขอบคุณ คุณอินโพธิ หน่อแหวน สาธารณสุขอำเภอเทิง เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยตำบลทุกตำบล ในอำเภอเทิง กำนัน ผู้ใหญ่บ้านและอาสาสมัครสาธารณสุข ที่ได้ร่วมดำเนินงานในท้องถิ่นตนเอง จนประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน สำนักงานปลัดกระทรวงฯ กระทรวงสาธารณสุข .แนวทางการดำเนินงานตามนโยบายรัฐบาลภาคประชาชน. พิมพ์ครั้งที่ 2 สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน ; 2544.
2. สมคิด พรหมจ้อย. เทคนิคการประเมินโครงการ. พิมพ์ครั้งที่ 1 สุพรรณ: โรงพิมพ์ออฟเซทอาร์ท ออโตเมชัน สุพรรณบุรี ; 2542: 220.
3. กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. หนังสือโรคหนองพยาธิประกอบภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1 ; 2541: 95.

4. กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. ประสิทธิภาพของพยาธิวิทยาการแพทย์ทฤษฎีและปฏิบัติการ. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์แห่งประเทศไทย ; 2537: 263

5. กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มืออบรมวิทยากรหลักสูตรพนักงานจุลทัศน์กร และผู้นิเทศงานโรคหนอง ; 2537: 33.

6. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการวินิจฉัยโรคหนองพยาธิโดยวิธีคาโต้ (Kato thick smear) พิมพ์ครั้งที่ 2 เชียงใหม่ ; 2545: 49.



ความสมดุลในการพัฒนา สถาบันหลักทางสังคม หลายสถาบันเกิดอ่อนแอ เป็นช่องว่างทำให้ ปัญหายาเสพติดได้แพร่ระบาดอย่างรวดเร็วและ กว้างขวางมากขึ้น ผู้เกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติด ไม่ว่าจะเป็นนายทุน ผู้ผลิต ผู้ค้า ผู้นำเข้า และผู้ ส่งออกยาเสพติด ก็ได้อาศัยผลพวงจากการ เปลี่ยนแปลงดังกล่าวนำยาเสพติดหลากหลายรูปแบบ เข้ามาเผยแพร่ในหมู่ประชาชน ส่ง ผลกระทบต่อทรัพยากรบุคคลที่สำคัญต่อการ พัฒนาประเทศ โดยเฉพาะกลุ่มเยาวชน จากการ สสำรวจข้อมูลการติดยาเสพติดของสำนักงาน คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ปปส.) ร่วมกับสำนักวิจัยเอแบค - เคเอสซีอินเตอร์ เตนโพลล์ (เอแบคโพลล์) ในช่วงกลางปี 2542 พบนักเรียนตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 จนถึง จบปริญญาตรี มีส่วนเกี่ยวข้องกับยาเสพติดใน ฐานะผู้เสพ ผู้ติด และผู้ค้า สูงถึง 663,290 คน คิดเป็นร้อยละ 12.36

อำเภอเวียงสา ได้เร่งรัดรับสมัครสมาชิก TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษา ชุมชน และสถานประกอบการ ในเดือน มกราคม - กุมภาพันธ์ 2547 มีผู้สมัครรวมทั้งสิ้น 5,390 คน แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์การดำเนินงานของสมาชิก TO BE NUMBER ONE ในการป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างเป็นรูปธรรม ดังนั้น ผู้วิจัย จึงได้จัดทำโครงการศึกษารูปแบบการดำเนินงาน TO BE NUMBER ONE ในระดับตำบล/หมู่บ้านขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบและกระบวนการเสริม สร้างความเข้มแข็งของกลุ่มเยาวชน ให้สอดคล้อง กับการดำเนินงานโครงการ TO BE NUMBER ONE

2. เพื่อส่งเสริมการจัดตั้งชมรม TO BE NUMBER ONE ระดับตำบล/หมู่บ้านในลักษณะ เครือข่ายความร่วมมือและการเรียนรู้ร่วมกันของ กลุ่มเยาวชน

3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลสำเร็จต่อการ ดำเนินงานตามโครงการ TO BE NUMBER ONE ระดับตำบล/หมู่บ้าน

ขอบเขตการศึกษาวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มเยาวชน ตำบลล้าน อำเภอรอบนอก 10 - 24 ปี ที่เป็นสมาชิก TO BE NUMBER ONE ในการสร้างกระบวนการ เรียนรู้ร่วมกันของตัวแทนหรือกลุ่มแกนนำ เพื่อนำไปพัฒนาเป็นเครือข่ายการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การเรียนรู้ร่วมกัน ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยใช้ระยะเวลา 1 ปี (มกราคม - ธันวาคม 2547) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความรู้ ความเข้าใจ พฤติกรรมการป้องกันการเสพยาเสพติด

2) ประเด็นคำถามความคิดเห็นของแกน นำเยาวชนและสมาชิกชมรมฯ ต่อการดำเนินงาน โครงการ TO BE NUMBER ONE ระดับตำบล/หมู่บ้าน

ขั้นตอนการวิจัย

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 การรับสมัครสมาชิก TO BE NUMBER ONE ระดับหมู่บ้าน ดำเนินการในเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ 2547

1.2 คัดเลือกแกนนำเยาวชน จาก 10 หมู่บ้านๆละ 10 คน รวม 100 คน โดย กำหนดคุณสมบัติ คือ เป็นเยาวชนที่มีอายุตั้งแต่

10 - 24 ปี เป็นบุคคลที่มีบุคลิกภาพเป็นผู้นำ ได้รับการยอมรับจากกลุ่มเยาวชนในหมู่บ้าน การคัดเลือกให้สมาชิก TO BE NUMBER ONE เป็นผู้คัดเลือก ดำเนินการในเดือน มีนาคม 2547

1.3) จัดทำแบบสอบถามและหลักสูตรการสัมมนาแกนนำเยาวชนแบบมีส่วนร่วม

2. ชั้นปฏิบัติการ

2.1 จัดสัมมนาแกนนำเยาวชนกลุ่มเป้าหมาย 100 คน จำนวน 2 วัน โดยจัดให้มีการประชุม/เสวนากลุ่มย่อย กลุ่มละ 10 คน ใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยใช้เทคนิค A-I-C ตามประเด็นที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ ประกอบด้วย ความรู้ ความเข้าใจเรื่องยาเสพติด การวิเคราะห์สถานการณ์การติดยาเสพติดของคนในหมู่บ้าน การกำหนดวิสัยทัศน์แบบมีส่วนร่วม การนำวิสัยทัศน์สู่การปฏิบัติ การจัดทำแผนการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด

2.2 จัดตั้งคณะกรรมการ TO BE NUMBER ONE ระดับตำบล/หมู่บ้าน หลังจากการสัมมนา แกนนำในหมู่บ้าน ดำเนินการในช่วงเดือน มีนาคม 2547

2.3 การดำเนินงานตามแผนงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด ดำเนินการตั้งแต่เดือน มีนาคม 2547 เป็นต้นไป

2.4 การนิเทศติดตามและสนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่ เดือนละ 1 ครั้ง

3. ชั้นประเมินผลและสรุปผล

3.1 การประเมินผลงาน ดำเนินการในเดือน มกราคม 2548 ได้แก่ การประเมินกระบวนการสัมมนาสร้างแกนนำเยาวชน การ

ประเมินผลความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการป้องกันยาเสพติด ก่อน - หลังการสัมมนา การจัดตั้งชมรม TO BE NUMBER ONE ระดับตำบล/หมู่บ้าน การประเมินพฤติกรรม การป้องกันยาเสพติดของเยาวชน การสนทนากลุ่มแกนนำเยาวชน และสมาชิกชมรมฯ ต่อการดำเนินงานโครงการ TO BE NUMBER ONE ระดับตำบล/หมู่บ้าน

3.2 สรุปทเรียนโครงการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ในเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรม SPSS / PC + for window ใช้สถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพจะอธิบายกระบวนการสัมมนาแกนนำเยาวชน และความคิดเห็นต่อการดำเนินงานของชมรม TO BE NUMBER ONE ระดับตำบล/หมู่บ้าน

ผลของการศึกษาวิจัย

1. รูปแบบและกระบวนการเสริมสร้างความเข้มแข็งของกลุ่มเยาวชนตามโครงการ TO BE NUMBER ONE ระดับตำบล/หมู่บ้าน กลุ่มเยาวชนต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และมีความตระหนัก และมีการกำหนดวิสัยทัศน์ของกลุ่ม เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ โดยกระบวนการมีส่วนร่วม

2. การจัดตั้งชมรม TO BE NUMBER ONE ระดับตำบล/หมู่บ้านในลักษณะเครือข่ายความร่วมมือและการเรียนรู้ร่วมกัน โดยการรวมตัวของกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน/เพื่อนเตือนเพื่อน

3. ปัจจัยที่มีผลสำเร็จต่อการดำเนินงานตามโครงการ TO BE NUMBER ONE ระดับตำบล/หมู่บ้าน จะต้องอาศัยการทำงานแบบพหุภาคี ทั้ง

ภาคีรัฐ ภาคเอกชน ภาคชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยกระบวนการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมตรวจสอบ โดยใช้กลไกการทำงานแบบเครือข่าย จึงจะทำให้การแก้ไขปัญหาเสพติดได้บรรลุผล

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาประชากรกลุ่มตัวอย่าง ในกลุ่มแกนนำเยาวชน และสมาชิกชมรม TO BE NUMBER ONE จำนวน 250 คน พบว่า

1. รูปแบบและกระบวนการเสริมสร้างความเข้มแข็งของกลุ่มเยาวชนตามโครงการ TO BE NUMBER ONE มีดังนี้ 1.1) ต้องมีการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนักกับรู้ปัญหาาร่วมกัน 1.2) เสริมสร้างการมีส่วนร่วม โดยการระดมสรรพกำลังมาร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมตรวจสอบ ทำให้เกิดกิจกรรมการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ 1.3) การแสวงหาแนวร่วม โดยแสวงหาแนวร่วมจากคนในชุมชนและแสวงหาแนวร่วมจากภายนอกชุมชน 1.4) การขยายเครือข่าย โดยทำให้เกิดความร่วมมือและการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน 1.5) การสร้างความยั่งยืน ต้องได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนจากทุกภาคส่วน จึงจะทำให้กลุ่มมีความเข้มแข็ง

2. มีการจัดตั้งชมรม TO BE NUMBER ONE ระดับตำบล/หมู่บ้านในลักษณะเครือข่ายความร่วมมือและการเรียนรู้ร่วมกันของกลุ่มเยาวชน พบว่า เยาวชนสามารถจัดตั้งชมรม TO BE NUMBER ONE ระดับตำบล/หมู่บ้าน ได้โดยมีคณะกรรมการชมรม จำนวน 11 คน ประกอบด้วย ประธาน 1 คน รองประธาน 2 คน กรรมการ 6 คน เลขานุการ 1 คน เภรัญญิก 1 คน กลุ่ม

เยาวชนสามารถจัดตั้งกลุ่มออกกำลังกาย มีสมาชิก 4,981 คน การจัดทำห้องสมุดในหมู่บ้าน การปลูกผักสวนครัว การปลูกต้นไม้ในสถานที่สาธารณะ จำนวน 1,000 ต้น การเข้าวัดฟังเทศน์ ช่วงเข้าพรรษา การรักษาวัดวัฒนธรรม ประเพณีพื้นบ้าน กิจกรรมเพื่อนเตือนเพื่อน ดำเนินงานโดยแกนนำเยาวชน 1 คน ต้องหาเพื่อนสนิท 4 คน เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ ความเข้าใจในการป้องกันยาเสพติด การเตือนเพื่อนเพื่อสอดส่องดูแลพฤติกรรมของเพื่อนไม่ให้ไปยุ่งเกี่ยวกับสิ่งเสพติด ทำให้เกิดเครือข่ายความร่วมมือและการเรียนรู้ร่วมกันของกลุ่มเยาวชน เกิดกลุ่มเพื่อนเตือนเพื่อน จำนวน 250 กลุ่ม มีสมาชิก 1,152 คน และผลจากการประเมิน ความรู้ ความเข้าใจของเยาวชนเกี่ยวกับการป้องกันยาเสพติดจากแบบสอบถาม จำนวน 250 คน พบว่า เยาวชนส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับดีมากหลังจากการดำเนินงานตามโครงการแล้ว ร้อยละ 88.4 และผลจากการเปรียบเทียบความแตกต่างความรู้ของเยาวชนเปรียบเทียบ ก่อน - หลังโครงการพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% (P-value > 0.05)

3. ปัจจัยที่มีผลสำเร็จต่อการดำเนินงานโครงการ TO BE NUMBER ONE ระดับตำบล/หมู่บ้าน ในลักษณะเครือข่ายความร่วมมือและการเรียนรู้ร่วมกันของกลุ่มเยาวชน พบปัจจัยที่สำคัญต่อการแก้ไขปัญหาเสพติด จะต้องอาศัยการทำงานแบบพหุภาคี ทั้งภาครัฐภาคเอกชน ภาคชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยกระบวนการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมตรวจสอบ โดยใช้กลไกการทำงานแบบเครือข่าย จึงจะทำให้การ

แก้ไขปัญหายาเสพติดได้บรรลุผล

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงาน

1.1) ในการจัดสัมมนาแกนนำเยาวชน ต้องอาศัยเจ้าหน้าที่ที่มีทักษะการเป็นวิทยากร กระบวนการ และแนวคิดการทำงานแบบมีส่วนร่วม

1.2) การดำเนินงานให้บรรลุตามแผนงาน/โครงการ ต้องได้รับการกระตุ้นและสนับสนุนจากหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องอย่างจริงจัง เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

1.3) การที่จะให้เยาวชนที่ศึกษาในสถานศึกษา เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานระดับหมู่บ้านอาจประสบปัญหา ดังนั้น ควรให้กลุ่มหนุ่มสาวในหมู่บ้านมีส่วนร่วม เพราะจะได้มีเวลาในการขับเคลื่อนมากกว่าเยาวชนที่อยู่ระหว่างการศึกษา

1.4) กิจกรรมที่จะให้เยาวชนมีส่วนร่วม ควรเป็นกิจกรรมที่มีเวลาในช่วงหยุดราชการ หรือช่วงปิดภาค การศึกษา เพราะจะได้พลังร่วมของเยาวชนจำนวนมาก และควรเป็นกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน/เพื่อนเตือนเพื่อนเพราะจะทำให้เกิดความผูกพันระหว่างเพื่อนต่อเพื่อน และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อการศึกษารูปแบบการดำเนินงานโครงการ TO BE NUMBER ONE ระดับตำบล/หมู่บ้าน ไม่ได้ศึกษาวิจัยถึงความคิดเห็นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรชุมชนต่อกิจกรรมโครงการ TO BE

NUMBER ONE ซึ่งจะทำให้ได้รายละเอียดของความคิดเห็นมากยิ่งขึ้น เพื่อนำมาพัฒนาแนวทางการดำเนินงานในระดับชุมชนได้อย่างหลากหลายวิธี

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงกลาโหม กระทรวงมหาดไทย และองค์กรพัฒนาเอกชน. คู่มือวิทยากรฝึกอบรมทักษะชีวิต เพื่อป้องกันเอดส์ ด้วยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ; 2539.

2. กรมสุขภาพจิต. คู่มือแนวทางการดำเนินงานแก้ไขปัญหาคาการระบาดของยาบ้าด้านการแพทย์และสาธารณสุขโดยกองประสานการปฏิบัติการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ด้วยการสนับสนุนจากสำนักงาน ป.ป.ส. สำนักนายก รัฐมนตรี

3. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการสอน ทักษะชีวิตเพื่อป้องกันสารเสพติดในสถานศึกษาระดับ ประถมศึกษา ; 2542.

4. กรมสุขภาพจิต, TO BE NUMBER ONE โครงการรณรงค์และแก้ไขปัญหายาเสพติดในทุลกระท่อมหญิงอุบลรัตนราชกัญญา สิริวัฒนาพรรณวดี ; 2545.

5. กองสาธารณสุขภูมิภาค, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. บ้านน้ำเกียน : การพัฒนาชุมชนแบบมีส่วนร่วมระหว่างบ้าน วัด โรงเรียน และสถานีนอนามัย, นนทบุรี ; 2541.

6. กองประสานการปฏิบัติการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด กรมการแพทย์

กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการปฏิบัติงาน ทางรอด วิกฤตและทางออกของปัญหาการระบาดของยาบ้า ; 2545.

7. กมลทิพย์ แจ่มกระจ่าง. "หลักการและเทคนิคการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนาของประชาชน" วารสารสาธารณสุขมูลฐาน ภาคกลาง 2540 ; 12.

8. จีรวรรณ หัสโรค ขวัญชัย หมั่นคำปราณี คำศิริรักษ์ และคณะ. ประชาคมสุขภาพตำบล ศึกษากรณีตำบลหนองหว้านอำเภอเมืองจังหวัดมหาสารคาม, พิมพ์ครั้งที่ 2 จ.ขอนแก่น คลังนานาวิทยา ; 2542.

9. ดุสิต ดวงสา. คู่มือและหลักสูตรการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครในการทำงานด้านเอดส์และการให้คำปรึกษาในชุมชน, การวิเคราะห์ชุมชนอย่างมีส่วนร่วม ; 2540.

10. ทวีศักดิ์ นพเกษร. วิกฤตสังคมไทยกับบทบาทวิทยากรกระบวนการ (เล่ม 1, 2); 2542.

11. ภาวิณี อยู่ประเสริฐ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้สารเสพติดของนักเรียนวัยรุ่นในกรุงเทพมหานคร, วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์บัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.

12. อารยา สิโรตม, ม.ล. และคณะ ; ความสัมพันธ์ระหว่างชุมชนแออัดกับยาเสพติด ; รายงานวิจัย : 2540.

13. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, ภาพรวมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมไทย, เอกสารประกอบการประชุมสัมมนาระดมความคิดเห็นในระดับจังหวัดและระดับอนุภาค ; 2542: 1-27.

14. โรงพยาบาลธัญญารักษ์. รูปแบบการดำเนินงานแก้ไขปัญหายาเสพติดในสถานศึกษา การประชุมปฏิบัติการพิจารณาแนวทางและหลักสูตรการพัฒนาบุคลากรทางการศึกษาเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ณ สำนักงานป.ป.ส. วันที่ 28-30 กรกฎาคม 2541. เอกสารอัดสำเนา

15. โรงพยาบาลอินทร์บุรีร่วมกับโรงเรียนสิงห์บุรีและวิทยาลัยเทคนิคสิงห์บุรี. ประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหายาเสพติดในสถานศึกษา การประชุมปฏิบัติการพิจารณาแนวทางและหลักสูตรการพัฒนาบุคลากรทางการศึกษาเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด วันที่ 28-30 กรกฎาคม 2541 ณ สำนักงาน ป.ป.ส. ศูนย์ประสานงานประชาคมจังหวัดน่าน ปัจจัยการเกิดขบวนการการมีส่วนร่วม ; 2542. เอกสารอัดสำเนา

16. ศูนย์แนะแนวการศึกษาและอาชีพ กรมวิชาการ กระทรวงศึกษา. รูปแบบและแนวทางการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดโดยใช้กระบวนการแนะแนว, การประชุมปฏิบัติการพิจารณาแนวทางและหลักสูตรการพัฒนาบุคลากรทางการศึกษาเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ณ สำนักงาน ป.ป.ส. วันที่ 28-30 กรกฎาคม 2541. เอกสารอัดสำเนา

17. สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ. ประชาคมกับการพัฒนาสุขภาพ บทวิเคราะห์ทางวิชาการ, พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ; 2540.

18. สัญญา สัญญาวิวัฒน์. ทฤษฎีสังคมวิทยา การสร้าง การประเมินค่า และการใช้ประโยชน์ตำรา ในโครงการตำราพื้นฐานคณะรัฐศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539: 67-73.

19. สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. ข้อมูลการบริหารจัดการงานสาธารณสุขมูลฐานภายใต้ระบบงบประมาณแนวใหม่, 2541. เอกสารอัดสำเนา

20. สำนักงานพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, รายงานการประชุมวิชาการทักษะชีวิต เรื่อง การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ครั้งที่ 2, กระทรวงสาธารณสุข วันที่ 25-26 มีนาคม 2542. เอกสารอัดสำเนา

21. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด สำนักงานนายกรัฐมนตรี, แผนปฏิบัติงานเพื่อเอาชนะยาเสพติด พ.ศ. 2544 - 2545. เอกสารอัดสำเนา

22. สำนักพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด สำนักงาน ป.ป.ส. สำนักงานนายกรัฐมนตรี. คู่มือประกอบการปฏิบัติงานแก้ไขปัญหายาเสพติดในโรงเรียน . เอกสารอัดสำเนา

23. David Mathews. Elements of strong Civil Society And Healthy Public life. Kettering Foundation April,1996.



การมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสชุมชน และโรงเรียน ตำบลเหมืองหม้อ อำเภอเมือง จังหวัดแพร่

(Participation of Community Leaders in Prevention Leptospirosis in Community and School Tombon Maungmo Amphoe Muang, Phrae Province)

ประเสริฐ สีสุข ส.ศ.บ.

Prasert Seesung B.PH.

ประจวบ ประจงแต่ง ส.ศ.บ.

Prajup Pragongteng B.PH.

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองแพร่

Muang Public Health Office, Phrae Province

อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่

บทคัดย่อ

การวิจัยประเมินผลการดำเนินงานการประเมินผลโครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วม ของแกนนำชุมชนในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสในชุมชนและโรงเรียน มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสภาพแวดล้อมและบริบท (Context Evaluation) ปัจจัยนำเข้า(Input Evaluation) กระบวนการ(Process Evaluation) และเพื่อประเมินผลผลิต(Product Evaluation) ผลการประเมินสรุปผลดังนี้ สภาพแวดล้อมและบริบท (Context Evaluation) พบว่าหมู่บ้านเป้าหมายส่วนใหญ่ล้อมรอบด้วยทุ่งนา ประชาชนมีพฤติกรรมเสี่ยงจากการดำนา การเกี่ยวข้าว การลุยน้ำช่วงดูแล ข้าวก่อนออกรวง การหาปลา หาปู ชาวนาโดยเฉพาะผู้ชายยังไม่นิยมสวมรองเท้าบู๊ทใตนา ด้านนโยบายการควบคุมป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสจังหวัดแพร่ จะเน้น การมีส่วนร่วมของชุมชน เสริมสร้างศักยภาพในชุมชนระดับตำบลโดยเน้นพื้นที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค ประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) ด้านบุคลากร วิทยากรกระบวนการ ด้านงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนตำบลทุกหมู่บ้านหมู่บ้านละ 5,000 บาท รวม 60,000 บาท กองทุนรองเท้าบู๊ทและกองทุนหมู่บ้าน 1 ล้านบาท การประเมินกระบวนการ(Process Evaluation) การจัดทำหลักสูตรการเรียนรู้เรื่องการ ป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสในชุมชนและนักเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 4 - 6 และแนวทางการจัดสัมมนาแกนนำชุมชนดำเนินการสัมมนาสร้างแกนนำชุมชนเพื่อให้มีส่วนร่วมในการทำงานควบคุมป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ในแต่ละหมู่บ้านมีการจัดทำประชาคมหมู่บ้านปลอดโรคเลปโตสไปโรซิส การจัดการเรียนการสอนในโรงเรียนระดับ ประเมินผลผลิต (Product Evaluation) ผลจากการประเมินผลความรู้ ความเข้าใจของประชาชนและนักเรียนพบว่า หลังการดำเนินโครงการประชาชนมี ความรู้ในระดับดีร้อยละ 88.1 และ ร้อยละ 94.8 จากการเปรียบเทียบ ความรู้ของประชาชนเกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส ก่อน - หลัง การดำเนินงานโครงการ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ค่า $p > 0.000$ พฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสในประชาชน พบว่า ในระดับครอบครัวมีการเก็บอาหารเศษอาหารที่มิดชิด

เพื่อป้องกันหนูมากินหรือปัสสาวะรด มีการทำเป็นประจำ ร้อยละ 32.38 การป้องกันหนูในที่พัก พบว่ามีประชาชนที่ทำการป้องกันนำสังกะสีมาตีรอบเสาป้องกันหนูขึ้นบ้านหรือยุงฉางข้าว ร้อยละ 28.53 กำจัดโดยกากับดัก ร้อยละ 36.21 ใช้น้ำยาเบื่อ ร้อยละ 72.11 เลี้ยงแมว ร้อยละ 25.32 เก็บมูลฝอยในภาชนะที่มีมิดชิด ร้อยละ 95.83 การกำจัดหนูตามไร่นา มีการกำจัดหนู ร้อยละ 92.63 ส่วนใหญ่กำจัดโดย ถางหญ้า เช่น หญ้าคา หรือ หญ้าอื่น ๆ ที่เป็นที่ยอาศัยของหนู ร้อยละ 100 ใช้น้ำยาเบื่อ ร้อยละ 80.63 กาวและกับดัก ร้อยละ 21.92 ชูครูทำลายรังหนู ร้อยละ 38.41 จับมาทำอาหาร ร้อยละ 18.69 และการป้องกันตนเอง การไปทำงานในไร่ สวน ท่งนา ย่ำโคลน เลี้ยงสัตว์ ส่วนใหญ่จะปฏิบัติตนเองโดยสวมรองเท้าบู๊ตทุกครั้ง ร้อยละ 49.68 เกี่ยวกับการประกอบอาหารและบริโภคอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ล้างมือทุกครั้งเมื่อจับต้องเนื้อสัตว์ ร้อยละ 94.23 การรับประทานเนื้อดิบ เช่น ลาบดิบ ย่างเนื้อสุกๆดิบๆ ส่วนใหญ่ รับประทานบางครั้ง (สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง) ร้อยละ 48.07 การฆ่าแหล่งเนื้อสัตว์ ส่วนใหญ่ไม่นิยมสวมถุงมือ ร้อยละ 82.05 ในการจับปู ปลา หรือสัตว์น้ำ ทุกครั้งมีการป้องกันตนเองพบว่าส่วนใหญ่ไม่นิยมสวมถุงมือ ร้อยละ 74.68 ในโรงเรียนพบว่า มีกิจกรรมการจัดการเรียนการสอนเรื่องโรคเลปโตสไปโรซีส การจัดป้ายนิเทศ/การจัดบอร์ดเผยแพร่ความรู้ การรณรงค์กำจัดหนูและกำจัดแหล่งอาศัยของหนู โดยทำความเข้าใจกับบริเวณโรงเรียน การเผยแพร่ความรู้แก่ชุมชนโดยนักเรียน และการร่วมรณรงค์กำจัดหนูร่วมกับชุมชน

Abstract

The objective of this research is to evaluate context, input, Process and Product of the project that had been implemented to prevent Leptospirosis in the community. Results of research showed that Context: most villages were surrounded by Farms. Farmers look a risk in contracting Leptospirosis during farming, especially farmers who did not wear boots, the policy of Province health office about preventing Leptospirosis focused on risk areas where the community actively interested in the program. Input evaluation: personal and budgets were supported by Tambon administration authority, every village allocated 5,000 baht in preventing this disease, total 60,000 baht. Boot fund and some of village fund (1,000,000 baht) were used in abuse prevention. Process evaluation: there are Health education about Leptospirosis was conducted at primary school level. Process evaluation: The knowledge & understanding of people & students are in high level (88.1 and 94.8%), the comparison of knowledge on prevention Leptospirosis before and after implementation were statistically significant at P-value > 0.000 and confidence interval =95%. The behavior of people to prevent Leptospirosis included keeping food in a safe place 32.38%, taking care of house sanitary 28.53%, eradication rats by using glue and trapping 36.21%, rearing cats

in house 25.32%, practicing sanitary refuse disposal 95.83%, eradicating rodents in farm 92.65%, destroying grass 100%, using poisoning bait 80.63%, using glue & trapping 21.92%, rating only cooked meat 18.69%, wearing boots every time 49.68%, washing hands every time after touching meat 48.07%, killing animal without wearing gloves 82.05%, touching fish, crabs without gloves 74.68%. In school, There were many activity, such as learning & teaching about preventing Leptospirosis disease, information boards, campaigns about rodents control with the community, and cleaning up rooms and fields in school.

คำสำคัญ : การมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชน, โรงเรียน การป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีส

Key words : Participation of community School, Prevention Leptospirosis

บทนำ

โรคเลปโตสไปโรซีส (Leptospirosis) พบครั้งแรกในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2485 ซึ่งในขณะนั้นเกิดน้ำท่วมครั้งใหญ่ โดยนายแพทย์ วิรัช ยูนิพันธ์ พบผู้ป่วยครั้งแรกที่โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 4 ราย เสียชีวิต 2 ราย จากนั้นมาพบโรคนี้พบขึ้นเรื่อยๆ ในช่วงปี พ.ศ. 2515 - 2524 พบ ผู้ป่วยปีละ ประมาณ 10- 20 ราย ในปี พ.ศ. 2525 มีรายงานผู้ป่วยจำนวน 55 ราย และในปี 2526 มีรายงานผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 113 ราย ปลายปี พ.ศ. 2531 ต่อต้นปี พ.ศ. 2532 มีรายงานป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 272 และ 270 ตามลำดับ และมีการระบาดที่จังหวัดสงขลาจำนวน 78 ราย จากนั้นพบผู้ป่วย เพิ่มขึ้นเป็น จำนวน 134 ราย ในปี พ.ศ. 2538 ในปี 2539 พบผู้ป่วยในภาคอีสาน จำนวน 325 ราย (ร้อยละ 81.66 ของผู้ป่วยทั่วประเทศ) ในปี 2540 มีรายงานผู้ป่วยมากถึง 2,236 ราย พบมาก ในจังหวัดบุรีรัมย์ สุรินทร์ อุตรดิตถ์ ขอนแก่น หนองบัวลำภู นครราชสีมา มหาสารคาม เลย ร้อยเอ็ด หนองคาย และศรีสะเกษปี พ.ศ. 2540 พบผู้ป่วย 382 ราย ตาย 15 ราย ส่วนใหญ่

พบผู้ป่วยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่วนในภาคเหนือ ในปี พ.ศ. 2540 - 2541 พบผู้ป่วยจำนวน 47 ราย เสียชีวิต 20 ราย พบมากในจังหวัด เชียงใหม่ พิษณุโลก เพชรบูรณ์ และจังหวัดแพร่ พบมากช่วงเดือนสิงหาคม - พฤศจิกายน กลุ่มที่ติดเชื้อสูงสุดได้แก่ กลุ่มชานา ร้อยละ 51.8 กรรมกร ร้อยละ 13.5 เชื้อที่พบมากคือ *Leptospira grippotyphosa* ร้อยละ 25.5 *L.icterohaemorrhagiae* ร้อยละ 23.2 และ *L. bataviae* ร้อยละ 20.3 (สำนักงานควบคุมโรคเลปโตสไปโรซีส : 2544)

สถานการณ์โรคเลปโตสไปโรซีสในจังหวัดแพร่ ซึ่งได้รับรายงานการเกิดโรคครั้งแรก ใน ปี พ.ศ. 2538 จำนวน 3 ราย ปี พ.ศ. 2539 จำนวน 2 ราย ปี พ.ศ. 2542 จำนวน 98 ราย คิดเป็น 22.87 ต่อแสนประชากร เสียชีวิต 6 ราย ลักษณะการกระจายโรคพบมากในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง ในสัดส่วน ชาย : หญิง เท่ากับ 2 : 1 พบผู้ป่วยช่วงอายุ 15 - 78 ปี กลุ่มที่พบมากที่สุด ช่วงอายุ 35 - 44 ปี พบมากในเขตพื้นที่อำเภอเมือง รongลงมา อำเภอร้องกวาง และอำเภอสูงเม่นตามลำดับ

(งานระบาดวิทยา ,สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ : 2546) ในปี พ.ศ. 2542- 2545 ในส่วนสถานการณ์การเกิดโรคเลปโตสไปโรซิสของตำบลเหมืองหม้อ พบว่าเริ่มมีรายงานโรคในปี 2542 พบผู้ป่วยจำนวน 2 ราย ปี 2543 พบผู้ป่วยจำนวน 2 ราย เสียชีวิต 1 รายปี 2544 พบผู้ป่วยจำนวน 5 ราย เสียชีวิต 1 ราย ปี 2545 พบผู้ป่วยจำนวน 2 ราย ปี 2546 พบผู้ป่วยจำนวน 2 รายปี 2547 พบผู้ป่วยจำนวน 3 ราย

การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส ของจังหวัดแพร่ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ได้กำหนดรูปแบบการดำเนินงานในลักษณะเชิงรุกสู่ชุมชนหากพบผู้ป่วยจะส่งรักษาในโรงพยาบาลชุมชนเพื่อวินิจฉัยเบื้องต้น จากนั้นส่งผู้ป่วยเพื่อยืนยันโรค โดยใช้เกณฑ์อาการและลักษณะทางคลินิกที่โรงพยาบาลแพร่ พร้อมรายงานโรคเพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับพื้นที่ดำเนินการสอบสวนโรค ค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม พร้อมกับปฏิบัติตามมาตรการในการควบคุมป้องกันการระบาด คือ การให้สุขศึกษา การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์พาหะนำโรค และการเฝ้าระวังผู้ป่วยในพื้นที่ตลอดเวลา 2 เดือน ในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ในระดับอำเภอ โดยคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ ได้ประสานการดำเนินงานกับองค์กร การปกครองส่วนท้องถิ่น เกษตรอำเภอ/ตำบล โรงเรียน องค์กรชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อร่วมกิจกรรมการป้องกันโรคในระดับชุมชน และโรงเรียน เพื่อให้ประชาชนเกิดความตระหนักต่อปัญหาการเกิดโรค และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคเลปโตสไปโร

ซิสที่ถูกต้อง ในปี พ.ศ. 2546 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ได้กำหนดโครงการส่งเสริม การมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสในโรงเรียนและชุมชน ศึกษาในพื้นที่เสี่ยงต่อโรคเลปโตสไปโรซิสจังหวัดแพร่ขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ องค์กรการปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน ในการป้องกันการเกิดโรคเลปโตสไปโรซิส เพื่อสนับสนุนการเรียนรู้เพื่อป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสแก่นำชุมชนและนักเรียนระดับประถมศึกษา ศึกษาในพื้นที่อำเภอที่เป็นพื้นที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค เพื่อทราบผลการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการดังกล่าว ทางสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองแพร่จึงได้กำหนดโครงการประเมินผลโครงการนี้ขึ้นเพื่อนำผลจากการประเมินมากำหนดรูปแบบการควบคุมป้องกันโรค ต่อไป

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อประเมินสภาพแวดล้อมและบริบท (Context Evaluation)
- 2) เพื่อประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation)
- 3) เพื่อประเมินกระบวนการ (Process Evaluation)
- 4) เพื่อประเมินผลผลิต (Product Evaluation)

กรอบแนวคิดในการประเมินผล

ตารางที่ 1 กรอบแนวคิดในการประเมิน

กรอบการประเมินผล	ประเด็นการประเมินผล	ตัวชี้วัด
1. ประเมินสภาพแวดล้อมและบริบท(Context Evaluation)	1.1 สภาพแวดล้อม	ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมและพฤติกรรมเสี่ยงโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนพื้นที่ที่ศึกษา
	1.2 นโยบายการป้องกัน และควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส	ข้อมูลนโยบายการป้องกัน และควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส
2. ปัจจัยนำเข้า(Input Evaluation)	2.1 บุคลากร	จำนวนบุคลากรสาธารณสุข ครู ตัวแทนองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และแกนนำชุมชน
	2.2 งบประมาณที่ใช้ในกิจกรรมต่าง ๆ ในการดำเนินงาน	จำนวนงบประมาณโครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมแกนนำชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสในชุมชนและโรงเรียน
	2.3 การสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	จำนวน และแหล่งงบประมาณที่สนับสนุนโครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมแกนนำชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสในชุมชนและโรงเรียน
3. กระบวนการ(Process Evaluation)	3.1 การประสานการดำเนินงานโครงการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	ข้อมูลการประชุม / สัมมนา หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

กรอบการประเมินผล	ประเด็นการประเมินผล	ตัวชี้วัด
4. ผลผลิต(Product Evaluation)	3.2 การจัดทำหลักสูตร - การจัดทำหลักสูตรการเรียนรู้ เรื่องการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสในชุมชน	- ข้อมูลการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดทำหลักสูตรการเรียนรู้เรื่องการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสในกลุ่มแกนนำชุมชน
	- การจัดทำหลักสูตรการเรียนรู้ เรื่องการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสในกลุ่มนักเรียนระดับประถมศึกษา ศึกษาศึกษาชั้น ป.4-6	- ข้อมูลการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดทำหลักสูตรการเรียนรู้เรื่องการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสในกลุ่มแกนนำชุมชน
	3.3 การจัดสัมมนาแกนนำชุมชน เพื่อเป็นวิทยากรการจัดเวทีเรียนรู้ การป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส	- ข้อมูลการจัดสัมมนาแกนนำชุมชนเพื่อเป็นวิทยากรการจัดเวทีเรียนรู้การป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส
	3.4 การจัดเวทีชาวบ้านเพื่อเรียนรู้ เรื่องการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส	- ข้อมูลการจัดเวทีชาวบ้านเพื่อเรียนรู้เรื่องการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส
	3.5 การจัดการเรียนการสอนใน โรงเรียนระดับประถมศึกษา	- ข้อมูลการจัดการเรียนการสอน ในโรงเรียนระดับประถมศึกษา
	3.6 การประชาสัมพันธ์ความรู้ เรื่องโรคเลปโตสไปโรซิส	- ข้อมูลกิจกรรมการประชาสัมพันธ์ ความรู้เรื่องโรคเลปโตสไปโรซิส
4.1 ความรู้ ความเข้าใจการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสในกลุ่มแกนนำชุมชน	4.1 ความรู้ ความเข้าใจการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสในกลุ่มแกนนำชุมชน	- จำนวน ร้อยละของประชาชนที่มีความรู้ ความเข้าใจการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส
4.2 ความรู้ ความเข้าใจการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสในกลุ่มนักเรียนระดับประถมศึกษา ปีที่ 4-6	4.2 ความรู้ ความเข้าใจการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสในกลุ่มนักเรียนระดับประถมศึกษา ปีที่ 4-6	- จำนวน ร้อยละของนักเรียนที่มีความรู้ ความเข้าใจการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส

กรอบการประเมินผล	ประเด็นการประเมินผล	ตัวชี้วัด
	4.3 ผลการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส ในโรงเรียนและชุมชน	- กิจกรรมการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสใน โรงเรียนและชุมชน
	4.4 อัตราป่วย/ตาย	- ข้อมูลการป่วยตายด้วยโรคเลปโตสไปโรซิส

ระเบียบวิธีการการประเมินผล

ใช้รูปแบบ CIPP Model ในการประเมินผล ตามทฤษฎีการประเมินผลของ สตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam) (อ้างในสมหวัง พิริยานุวัฒน์: 2528) ศึกษาในพื้นที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเลปโตสไปโรซิส ของตำบลเหมืองหม้อ พื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัยเหมืองหม้อ จำนวน 6 หมู่บ้าน

กลุ่มเป้าหมายและขนาดตัวอย่าง

วิทยากรกระบวนการ ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ได้แก่ ในระดับตำบล ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอและตำบล จำนวน 5 คน ครูผู้สอน และศึกษานิเทศก์ จำนวน 4 คน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลจำนวน 4 คน แกนนำชุมชนหมู่บ้านละ 5 คน รวม 39 คน กลุ่มเป้าหมายแกนนำชุมชน ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ได้แก่ แกนนำที่คัดเลือกในระดับหมู่บ้านของหมู่บ้านเป้าหมายหมู่บ้านละ 30 คน จำนวน 6 หมู่บ้าน รวมทั้งสิ้น 180 คน ขนาดตัวอย่างประชาชนที่จะประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิสจะคัดเลือกตัวอย่างกลุ่มประชาชนทั่วไป ประชากรตัวอย่างคิดจากจำนวนหลังคาเรือน (ตัวแทนครัวเรือนละ 1 คน) ได้ประชากรตัวอย่าง

จำนวน 312 คน ศึกษาในช่วงปี 2546 ผลการศึกษา

สภาพแวดล้อมและบริบท (Context Evaluation) พบว่าหมู่บ้านเป้าหมาย ส่วนใหญ่ล้อมรอบด้วยทุ่งนา ประชาชนส่วนใหญ่ทำการเกษตร เพราะมีน้ำใช้สำหรับการเกษตรจากโครงการชลประทานที่เชื่อมต่อมาจากฝายแม่สอง อำเภอสอง มีน้ำใช้ตลอดทั้งปี หลังจากสิ้นฤดูดำนา ชาวบ้านจะปลูกถั่วเหลือง ถั่วลิสง ผัก และพืชสวน ประชาชนมีพฤติกรรมเสี่ยงจากการดำนา การเกี่ยวข้าว การล่นน้ำช่วงดูแลข้าวก่อนออกรวง การหาปลา หาปู ชาวนาโดยเฉพาะผู้ชายยังไม่นิยมสวมรองเท้าบูทไถนา ส่วนการปลูกข้าว และการเกี่ยวข้าวชาวนาส่วนใหญ่จะสวมรองเท้าบูท ด้านนโยบายการควบคุมป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสจังหวัดแพร่ จะเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน เสริมสร้างศักยภาพในชุมชนระดับตำบลในจังหวัด โดยเน้นพื้นที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค เป็นการกระตุ้นสนับสนุนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง องค์กรชุมชน และภาคท้องถิ่นได้มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา และป้องกันโรคในระดับชุมชน การวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ ให้การสนับสนุนการศึกษาวิจัยผลิตชุดทดสอบตรวจวินิจฉัยโรค แม่นยำ ใช้เวลาน้อย การสนับสนุนงานวิจัย การวินิจฉัยรักษา ด้าน

พฤติกรรม และด้านระบาดวิทยา การประชาสัมพันธ์ จัดรณรงค์ในพื้นที่เสี่ยงและสนับสนุนเอกสารวิชาการและการสนับสนุนจังหวัดชุดตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ เวชภัณฑ์ สื่อสิ่งพิมพ์ และสนับสนุนงบประมาณ

ประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) ด้านบุคลากร วิทยากรกระบวนการ ประกอบด้วยนักวิชาการสาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เมือง ศึกษานิเทศก์ ครู และตัวแทนจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งจะมีบทบาทในการเป็นวิทยากรกระบวนการที่จะจัดสัมมนาเพื่อสร้างแกนนำชุมชน จำนวน 39 คน และแกนนำชุมชนที่คัดเลือกโดยผู้นำชุมชน ทั้ง 6 หมู่บ้านละ 30 คน รวมทั้งสิ้น 180 คน ด้านงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานอื่นๆ ผลจากการศึกษาพบว่าในแต่ละหมู่บ้านได้รับงบประมาณสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนตำบลทุกหมู่บ้านหมู่บ้านละ 5,000 บาท รวม 60,000 บาท ทุกหมู่บ้านมีกองทุนรณรงค์หมู่บ้าน ผลจากการสำรวจพบว่าแต่ละหมู่บ้านมีกองทุนรณรงค์หมู่บ้านคิดเป็นมูลค่าตั้งแต่ 2,000 ถึง 5,000 บาท และบางหมู่บ้านได้รับงบสนับสนุนจากกองทุนหมู่บ้าน 1 ล้านบาท

การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation) เริ่มต้นตั้งแต่การประสานการดำเนินงานโครงการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งระดับอำเภอ เพื่อกำหนดแนวทางการดำเนินงานตามโครงการ คือ การประชุมเพื่อจัดทำหลักสูตรการเรียนรู้เรื่องการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสในชุมชนและนักเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 4 - 6 และ แนวทางการจัดสัมมนาแกนนำชุมชนดำเนิน

การสัมมนาสร้างแกนนำชุมชนเพื่อให้มีส่วนร่วมในการทำงานควบคุมป้องกันโรคเลปโต สไปโรซิส แกนนำชุมชนที่ผ่านการสัมมนาฯ แล้ว จะเป็นผู้ขับเคลื่อนให้เกษตรกร หรือกลุ่มเสี่ยง ในหมู่บ้านมีการป้องกันตนเองไม่ให้สัมผัสเชื้อโรคเลปโต ในแต่ละหมู่บ้านมีการจัดทำประชาคมหมู่บ้านปลอดโรคเลปโตสไปโรซิส ส่งผลให้ทุกหมู่บ้านได้แนวทางการปฏิบัติไม่ให้ติดเชื้อโรคเลปโตสไปโรซิส การจัดการเรียนการสอนในโรงเรียนระดับประถมศึกษา การจัดการเรียนการสอนเรื่องโรคเลปโตสไปโรซิสบูรณาการการสอนนักเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 4-6 โดยการ ประสานงานของแกนนำชุมชนหรือครูประจำชั้นของทุกโรงเรียนทั้ง 2 โรงเรียน

ประเมินผลผลิต (Product Evaluation) การประเมินผลความรู้ ความเข้าใจของประชาชน ก่อนและหลังการดำเนินโครงการ พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ทั้งก่อนและหลังการดำเนินงานโครงการมีความรู้ในระดับดี ก่อนการดำเนินงานโครงการมีประชาชนที่ตอบถูกมีช่วงคะแนนตั้งแต่ ร้อยละ 70.8 - 88.1 หลังการดำเนินงานโครงการพบว่าประชาชนที่ตอบถูกมีช่วงคะแนนตั้งแต่ ร้อยละ 76.0 - 100.0 ระดับความรู้ของประชาชนเกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิสพบว่า ก่อนโครงการประชาชนมีความรู้ในระดับดี ร้อยละ 51.3 หลังการดำเนินโครงการประชาชนมีความรู้ในระดับดีเพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 88.1 จากการ เปรียบเทียบความรู้ของประชาชนเกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส ก่อน - หลัง การดำเนินงาน โครงการ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ค่า $p > 0.000$

พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสในประชาชน ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมของประชาชนในการป้องกันตนเองไม่ให้ติดเชื้อโรคเลปโตสไปโรซีสพบว่า ระดับครอบครัวมีการเก็บอาหาร เศษอาหารที่มีติดเช็ดเพื่อป้องกันหนูมากิน หรือปัสสาวะรด มีการทำเป็นประจำ ร้อยละ 32.38 การป้องกันหนูในที่พัก พบว่า มีประชาชนที่ทำการป้องกันนำสังกะสีมาตีรอบเสาป้องกันหนูขึ้นบ้านหรือยุ่งฉางข้าว ร้อยละ 28.53 กำจัดโดยกากับดัก ร้อยละ 36.21 ใ้ยาเบื่อ ร้อยละ 72.11 เลี้ยงแมว ร้อยละ 25.32 เก็บมูลฝอยในภาชนะที่มีติดเช็ด ร้อยละ 95.83 การกำจัดหนูตามไร่นา มีการกำจัดหนู ร้อยละ 92.63 ส่วนใหญ่กำจัดโดย ถางหญ้า เช่น หญ้าคา หรือ หญ้าอื่น ๆ ที่เป็นที่อาศัยของหนู ร้อยละ 100 ใ้ยาเบื่อ ร้อยละ 80.63 กาวและ กัดดัก ร้อยละ 21.92 ขุดรูทำลายรังหนู ร้อยละ 38.41 จับมาทำอาหาร ร้อยละ 18.69 การป้องกัน ตนเอง การไปทำงานในไร่ สวน พุงนา ย่ำโคลน เลี้ยงสัตว์ ส่วนใหญ่จะปฏิบัติตนเองโดยสวม รองเท้าบูททุกครั้ง ร้อยละ 49.68 เกี่ยวกับการประกอบอาหารและบริโภคอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ล้างมือทุกครั้งเมื่อจับต้องเนื้อสัตว์ ร้อยละ 94.23 การรับประทานเนื้อดิบ เช่น ลาบดิบ ย่างเนื้อสุกๆ ดิบ ๆ ส่วนใหญ่ ทานบางครั้ง (สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง) ร้อยละ 48.07 การฆ่าแหละเนื้อสัตว์ ส่วนใหญ่ไม่นิยมสวมถุงมือ ร้อยละ 82.05 ในการจับปู ปลา หรือ สัตว์น้ำ ทุกครั้งมีการป้องกันตนเอง พบว่าส่วนใหญ่ไม่นิยมสวมถุงมือ ร้อยละ 74.68 และพบว่า ร้อยละ 100.00 การได้นำความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสไปพูดคุยให้คนใน

ครอบครัว

การประเมินความรู้ ความเข้าใจของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 4-6 พบว่า มีความรู้ก่อนดำเนินงานโครงการอยู่ในช่วงคะแนน ร้อยละ 57.1 - 90.9 ความรู้หลังการดำเนินงานโครงการ พบว่า อยู่ในช่วงคะแนน ร้อยละ 83.1 - 100.0 ระดับความรู้ของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 4-6 ก่อนโครงการอยู่ในระดับดี ร้อยละ 50.6 หลังโครงการอยู่ในระดับดี ร้อยละ 94.8 ผลจากการเปรียบเทียบคะแนน ก่อน - หลัง โครงการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ค่า p - value > 0.05

การประเมินกิจกรรมการควบคุมป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสในระดับหมู่บ้านพบว่าหมู่บ้านเป้าหมายส่วนใหญ่ มีการจัดเวทีประชาคมหมู่บ้าน ปลอดโรคเลปโตสไปโรซีส การจัดตั้งกองทุนรองเท้าบูท การให้ความรู้แก่ชาวบ้านทางหอกระจายข่าว และการแนะนำโดย อสม. การรณรงค์กำจัดหนู การรณรงค์ทำความสะอาด กำจัดขยะในบ้าน และการจัดตั้งกลุ่มชวนา หน่วยงานที่ให้การสนับสนุนกิจกรรมในระดับหมู่บ้าน ได้แก่ อบต. ส่วนใหญ่จะสนับสนุน งบประมาณยาเบื่อหนู สนับสนุนงบประมาณอบรม/สัมมนา สนับสนุนรองเท้าบูท และ สนับสนุนป้ายประชาสัมพันธ์ ในโรงเรียนพบว่า มีกิจกรรม การจัดการเรียนการสอน เรื่องโรคเลปโตสไปโรซีสการจัดป้ายนิเทศ/การจัดบอร์ดเผยแพร่ความรู้ การรณรงค์กำจัดหนูและกำจัดแหล่งอาศัย ของหนูโดยทำความสะอาดบริเวณโรงเรียน การเผยแพร่ความรู้แก่ชุมชนโดยนักเรียน และ การร่วมรณรงค์กำจัดหนูร่วมกับชุมชน

ผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสในโรงเรียนและชุมชน

ตามรายงานผลการดำเนินงานกิจกรรมควบคุมป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสระดับหมู่บ้านพบว่าในภาพรวมทั้งตำบลส่วนใหญ่ทุกหมู่บ้านจะมีการจัดเวทีประชาคมเพื่อหามาตรการการป้องกันและการเกิดโรค กิจกรรมที่เกิดขึ้นได้แก่ การจัดตั้งกองทุนรองเท้าสนับสนุนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่จำนวน 50 คู่ เพื่อนำมาจำหน่ายแก่เกษตรกรในหมู่บ้าน นำเงินที่จำหน่ายได้เป็นกองทุนรองเท้าบู๊ท เพื่อหมุนเวียนซื้อรองเท้าบู๊ทมาจำหน่ายแก่เกษตรกร การให้ความรู้แก่ชาวบ้านทางหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน การรณรงค์กำจัดหนูในหมู่บ้าน การรณรงค์กำจัดมูลฝอยในบ้าน หน่วยงานที่ให้การสนับสนุนส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก อบต. เช่น เมื่อหนูให้หมู่บ้าน การอบรม/สัมมนา รองเท้าบู๊ท ป้ายประชาสัมพันธ์ และการประกวดคู่มือดีเด่นและบ้านดีเด่น เป็นต้น

โรงเรียน ซึ่งมีจำนวน 2 แห่ง กิจกรรมที่ได้ดำเนินงาน ได้แก่ การจัดการเรียนการสอนนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 - 6 การจัดป้ายนิเทศ/การจัดบอร์ดเผยแพร่ความรู้เรื่องการควบคุมป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ในโรงเรียนการจัดรณรงค์กำจัดหนูร่วมกับชุมชน และการเผยแพร่ความรู้เรื่องโรคเลปโตสไปโรซิสสู่ชุมชน โดยผ่านหอกระจายข่าว ช่วงฤดูการระบาดของโรค รายงานการเกิดโรคเลปโตสไปโรซิส จากรายงานการเกิดโรคของสำนักงานสาธารณสุขตั้งแต่ปี 2543 - 2546 พบว่า ก่อนดำเนินงานโครงการ ตั้งแต่ปี 2543 - 2545 มี ปี 2543 จำนวนผู้ป่วย 3 ราย เสียชีวิต 1

ราย ปี 2544 จำนวนผู้ป่วย 6 ราย เสียชีวิต 1 ราย และปี 2545 มีผู้ป่วย จำนวน 2 ราย ตามลำดับ และในปี 2546 ซึ่งเป็นปีที่ได้ดำเนินงานโครงการ พบผู้ป่วย 2 ราย

วิจารณ์และการอภิปรายผล

ผลจากการประเมินสภาพแวดล้อมพบว่า ส่วนใหญ่หมู่บ้านเป้าหมายมีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเจริญเติบโตของเชื้อ และการแพร่กระจายเชื้อ เพราะมีแหล่งรังโรคที่สำคัญ ได้แก่ วัชพุ่ม และหนู มีการแพร่เชื้อลงสู่ทุ่งนาโดยผ่าน ลำเหมือง ทำให้มีแหล่งเสี่ยงสำคัญทุ่งนาและชานา จึงเป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญต่อการติดเชื้อมากกว่ากลุ่มอาชีพอื่นๆ โดยเฉพาะพฤติกรรมกรรมที่ไม่นิยมสวมรองเท้าบู๊ท ขณะไถนา ดำนา และการกำจัดปุ๋ยตามทุ่งนาซึ่งชาวนายังนิยมสวมถุงมือจำนวนน้อยการเก็บปุ๋ยจะมีโอกาสเกิดบาดแผลที่มือและมีโอกาสสัมผัสปัสสาวะหนูตามคันนาได้

จากสภาพปัญหาการเกิดโรคเลปโตสไปโรซิสจึงจำเป็นต้องให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาและป้องกันโรค สอดคล้องกับนโยบายการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ที่เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่เกิดโรค และสนับสนุนการวิจัยด้านพฤติกรรม ซึ่งควรสนับสนุนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ให้มากขึ้นเพื่อให้เจ้าหน้าที่ได้เข้าถึงข้อมูลด้านพฤติกรรมของประชาชนต่อการป้องกันตนเองที่ถูกต้องมากขึ้น เพื่อพัฒนาโปรแกรมการให้สุขศึกษาตรงเนื้อหา และกลุ่มเป้าหมายมากที่สุด ดังนั้นระดับนโยบายควรที่จะได้พัฒนาบุคลากรด้านวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ ส่วนด้านงบประมาณการแก้ไขปัญหาควรโอนภารกิจ

ให้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเฉพาะ งบประมาณการกำจัดพาหะนำโรค ป้ายประชาสัมพันธ์ การสนับสนุนประชาคมหมู่บ้านในการแก้ไขปัญหาโรคและอื่นๆ

กระบวนการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรค เลปโตสไปโรซิสเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ภายใต้การประสานการดำเนินงานแบบพหุภาคีกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้แก่สาธารณสุข ศึกษา เกษตร และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โดยจัดให้มีการสร้างแกนนำชุมชนให้มีส่วนร่วม ดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสในระดับหมู่บ้านซึ่งแกนนำชุมชนจะมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนให้เกิดกิจกรรมในระดับหมู่บ้าน ภายใต้การสนับสนุนงบประมาณจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น(วารณีสโกลและคนาธิป มุดเจริญ: 2545)

ในกระบวนการเรียนรู้เพื่อแก้ไขปัญหา จำเป็นต้องจัดเวทีระดับชุมชนบ่อยครั้งในลักษณะการทำเวทีประชาคมระดับหมู่บ้าน ซึ่งจะเป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างชาวบ้าน ผู้นำชุมชน แกนนำ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สำหรับในสถาบันการศึกษาผู้บริหารการศึกษาจะต้องผสมผสานหลักสูตรเชิงบูรณาการกับกระบวนการเรียนการสอนปกติของโรงเรียน และใช้เทคนิคการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (ศรีสมร กมลเพชร:2542) ซึ่งจะเป็นการผสมผสานแนวคิดในภาคส่วนของชุมชนและนักการศึกษาซึ่งจะส่งผลต่อการป้องกันโรคของประชาชนในชุมชน นักเรียนจะได้เรียนรู้จากข้อเท็จจริงเกี่ยวกับโรคที่เกิดขึ้นในชุมชน ซึ่งผลจากการดำเนินงานตามโครงการพบว่า ประชาชน และนักเรียนมีความรู้ในระดับดี และมีความรู้ ความเข้าใจเพิ่มมากขึ้นหลังจากได้ดำเนิน

งานจัดการเรียนการสอนแบบมีส่วนร่วม อาจสรุปได้ว่าการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาโรค เลปโต สไปโรซิสโดยชุมชน จะต้องใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ทั้งการร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติและร่วมประเมินผล ซึ่งจะเป็นกระบวนการเรียนรู้อย่างแท้จริง และเป็นแนวทางการแก้ไขปัญหาอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ผลจากการประเมินผลการดำเนินงาน โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชน ในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสในโรงเรียนและชุมชน ดังนี้

1) ในระดับจังหวัด ควรสร้างแนวร่วมการทำงานแบบบูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผลจากการดำเนินงานที่ผ่านมา จะนำงบประมาณมาเป็นแนวทางการสร้างความร่วมมือโดยมีหน่วยงานสาธารณสุขเป็นเจ้าภาพ ซึ่งจะขาดความต่อเนื่องในการดำเนินกิจกรรมในระยะเวลาต่อ ๆ มา ซึ่งจะส่งผลให้ขาดการกระตุ้นการขับเคลื่อนในระดับชุมชน ดังนั้นควรให้ระดับท้องถิ่นเป็นผู้ประสานการดำเนินงานในระดับชุมชน หน่วยงานราชการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเป็นผู้กระตุ้นและให้การสนับสนุน ทั้งโรงเรียน หน่วยงานสาธารณสุข เกษตร และภาคองค์กรชุมชน หรือ กระตุ้นให้เกิดแผนบูรณาการด้านสุขภาพระดับชุมชน

2) ในระดับอำเภอควรเป็นผู้ประสานกับหน่วยงานท้องถิ่น ให้มีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาและป้องกันโรคอย่างต่อเนื่อง มีการประสานข้อมูลซึ่งกันและกันอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะการสนับสนุนงบประมาณที่เหมาะสม

สำหรับการแก้ไขปัญหาในท้องถิ่น ซึ่งจะส่งผลให้ระดับชุมชนเกิดการขับเคลื่อนกิจกรรมป้องกันโรคอย่างต่อเนื่อง

3) ในระดับชุมชนและโรงเรียน ควรจัดเวทีประชาคมอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เป็นเวทีเรียนรู้ เพื่อแก้ไขปัญหา และป้องกันโรค จะทำให้ระดับครอบครัวเกิดความตระหนักต่อปัญหาโรคเลปโตสไปโรซิส และสามารถนำความรู้ที่ได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเลปโตสไปโรซิสได้อย่างถูกต้องและเกิดกิจกรรมที่ชุมชนจัดขึ้นเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เช่น เกิดกองทุนรณรงค์น้ำดื่ม เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรคติดต่อ. คู่มือการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2 บริษัทโรงพิมพ์ตะวันออกจำกัด, 2544.

2. กรมควบคุมโรคติดต่อ. คู่มือการการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส ผู้การมีส่วนร่วมขององค์การบริหารส่วนตำบล. โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตร แห่งประเทศไทยจำกัด; 2542.

3. กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข คู่มือวิชาการโรคเลปโตสไปโรซิส. โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตร แห่งประเทศไทยจำกัด; 2542.

4. กรมควบคุมโรคติดต่อ และสำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ คู่มือนักเรียน เรื่องโรคเลปโตสไปโรซิส. พิมพ์ครั้งที่ 1 ที่โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2544.

5. ชัยยงสิทธิ์ เดชธรรมและภวัต อารินทร์ การศึกษากระบวนการประชาคมสุขภาพตำบล เพื่อแก้ไขปัญหาโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่จังหวัดแพร่. รายงานวิจัย; 2545.

6. พงษ์สวัสดิ์ รัตนแสงและคณะ. การระบาดของโรคเลปโตสไปโรซิส อำเภอโกสัมพินธ์ จังหวัดมหาสารคาม. รายงานวิจัย; 2544.

7. ศูนย์ประสานงานทางวิชาการโรคติดต่อ. รวมบทคัดย่อโครงการวิจัยของกรมควบคุมโรคติดต่อที่ดำเนินการในช่วงแผน ๗ 8 (พ.ศ. 2540 - 2544); 2545.

8. ศรีสมร กมลเพชร และคณะ. การพัฒนารูปแบบโรคเลปโตสไปโรซิสด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอห้วยแถลง จังหวัดนครราชสีมา. รายงานวิจัย; 2544.

9. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม. โรคที่เกิดจากหนูทุกชุมชน เอกสารเผยแพร่. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่, คู่มือการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส; 2542. เอกสารอัดสำเนา

10. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่. แนวทางการสนับสนุนการดำเนินงานควบคุมโรคติดต่อระดับจังหวัดและอำเภอ ปีงบประมาณ 2546. เอกสารอัดสำเนา

11. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่. ผลการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส; 2546. เอกสารอัดสำเนา

12. เสาวภา พรสิทธิ์ และคณะ. ความรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส ในประชากรกลุ่มเสี่ยง. รายงานวิจัย; 2542.

13. เสาวภา พรสิทธิ์และคณะ. พฤติกรรม

เสี่ยงการเป็นโรคเลปโตสไปโรซีส จังหวัดนครราชสีมา รายงานวิจัย; 2542

14. สมชาย ภาสอาจ และคณะ. เลปโตสไปโรซีส จังหวัดสกลนคร. รายงานวิจัย; 2542.

15. วนิตา วิระกุล. รายงานการประเมินผลการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซีสของชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. สำนักงานโครงการควบคุมโรคเลปโตสไปโรซีส กรมควบคุมโรคติดต่อ ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น; 2545.

16. วราณี ไส้ไกร และคณะ. รายงานวิจัยการพัฒนาแกนนำชุมชนในการทำงานควบคุมป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสในชุมชนจังหวัดแพร่; 2545

17. วราลักษณ์ ตั้งคณากุลและคณะ. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคเลปโตสไปโรซีสในประชากรเขตชนบท ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. รายงานวิจัย; 2542.

18. วราลักษณ์ ตั้งคณากุลและคณะ. ความชุกของโรคเลปโตสไปโรซีสโดยไม่มีอาการในประชากรกลุ่มเสี่ยง พ.ศ. 2541 รายงานวิจัย ; 2542.

19. อุดม พรหมกร และคณะ. ระบาดวิทยาโรคเลปโตสไปโรซีส อำเภอเมืองจังหวัดแพร่. ศูนย์ระบาดวิทยาภาคเหนือ; 2541.

20. อาริยะ สัจจาวัฒนาและคณะ. พฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเลปโตสไปโรซีสในช่วงเดือนกรกฎาคม - สิงหาคม 2542 จังหวัดบุรีรัมย์. รายงานวิจัย; 2542.

62

วารสารสารานุกรมสยาม

ปีที่ 1 ฉบับ 1 มกราคม - เมษายน 2548

การรับรู้ข้อมูลข่าวสารของประชาชนเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ ในเขตภาคเหนือตอนบน

(Perception of Information on Disease Prevention and Control among people in Northern Thailand)

นารดลดา ชันธิกุล

กศ.ม.

Nardlada Khantikul M.Ed.

อังคณา ธีรสวัสดิ์

ร.ป.ม.

Angkana Theerasawasde M.P.A.

สมศักดิ์ นาคกลิ่นกุล

วท.บ.

Somsak Nakklinkoon B.Sc.

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10

Office of Disease Prevention and Control 10

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

Department of Disease Control,

Ministry of Public Health, Thailand

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Study) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการรับรู้ข้อมูลข่าวสารของประชาชนเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ในเขตภาคเหนือตอนบน ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย ลำพูน ลำปาง แม่ฮ่องสอนและพะเยา เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ระหว่างเดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2547 รวมทั้งสิ้น จำนวน 1,872 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป เพื่อหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติค่าที (t-test) สถิติค่าเอฟ (F-test) และค่า Chi-square ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคมีค่าเฉลี่ยร้อยละ 65.9 ซึ่งส่วนใหญ่เคยได้รับความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกมากที่สุด รองลงมาคือ โรคเอดส์ อุบัติเหตุ โรคหัวใจและหลอดเลือด และวัณโรค ตามลำดับ ส่วนช่องทางที่กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารโรคไข้เลือดออก โรคเอดส์ อุบัติเหตุ และวัณโรค คือ สื่อประเภทเครื่องมือ ได้แก่ โทรทัศน์ วิทยุ และหอกระจายข่าว/เสียงตามสาย ส่วนโรคหัวใจและหลอดเลือด คือ สื่อบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข นอกจากนี้ยังพบว่าการรับรู้ผ่านสื่อทุกประเภทมีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องการป้องกันและควบคุมโรคอยู่ในระดับที่ต้องแก้ไข ร้อยละ 71.4 นอกจากนี้ปัจจัยด้านอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือนและการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคมีอิทธิพลทำให้ความรู้เรื่อง การป้องกันควบคุมโรคต่างกัน ดังนั้นการให้ข้อมูลข่าวสารกับประชาชนควรมีการพัฒนาเนื้อหาความรู้และวิธีการให้ข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัยและเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย โดยผ่านทางช่องทาง/สื่อที่เหมาะสม เพื่อให้ได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพให้มากขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

Abstract

The main objective of this study was to investigate perception of Information on Disease Prevention and Control among people in Northern Thailand ; Chiang Mai, Chiang Rai, Lam Poon, Lam Pang, Mae Hong Son and Pha Yao Province. 1,872 Samples were recruited into the study by Multi-stage random sampling. The instruments used in this study were set of interview questionnaires. Data was analyzed by using descriptive statistics, Student's t-test, One-way analysis of variance and Chi-square test. The result of the study showed that the perception of Information on Disease Prevention and Control was 65.9 %. Most of people had got the knowledge about Dengue Hemorrhagic Fever, AIDS, Accident, Cardio-vascular Disease and Tuberculosis respectively. The finding indicated that types of media for Dengue Hemorrhagic Fever, AIDS, Accident and Tuberculosis were Television, Radio and village broadcasts while Cardio-vascular Disease was public health officer. All of medias were significantly correlated with knowledge about disease prevention and control. In addition, 71.4 % of the sample was classified as "low" level on the knowledge of disease prevention and control. There were statistical significant difference in knowledge about disease prevention and control regarding: age, gender, marital status, level of education, occupation, income and perception of information. It was recommended that the perception of information on disease prevention and control should be developed content and method to provide knowledge by using appropriate media and channel in good condition.

คำสำคัญ : การรับรู้ข่าวสารของประชาชน การป้องกันควบคุมโรคและสุขภาพ

Key words : Information on disease, Prevention and Control

บทนำ

สืบเนื่องจากการการปรับปรุงระบบโครงสร้างการบริหารราชการแผ่นดิน¹ นโยบายการปฏิรูประบบราชการของรัฐบาลปัจจุบันได้ดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม หลังจากประกาศใช้พระราชบัญญัติปรับปรุง กระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545 เมื่อวันที่ 3 ตุลาคม 2545 โดยตั้งแต่ปีงบประมาณ 2546 เป็นต้นมา เป็นผลให้มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10

บพทพหน้าที่หนึ่งที่สำคัญและจำเป็นต้องดำเนินการในพื้นที่ คือ การดำเนินงานให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการป้องกันควบคุมโรค/ภัยสุขภาพจากหน่วยงานของกรมควบคุมโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่ง 5 โรค คือ โรคไข้เลือดออก โรคเอดส์ อุบัติเหตุ โรคหัวใจและหลอดเลือด และวัณโรค ซึ่งเป็นเป้าหมายในการดำเนินงานหลักของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งดัชนีการตายของประชากรไทยโดยเฉพาะโรคเอดส์ อุบัติเหตุจากรถ

และโรคหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของประชากรในภาคเหนือตอนบนครอบคลุมพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย ลำพูน ลำปาง พะเยา แม่ฮ่องสอน² ประกอบกับการรับรู้เกี่ยวกับโรคนั้นเป็นปัจจัยที่มีส่วนกำหนดแนวโน้มของการกระทำ หรือกระตุ้นให้บุคคลนั้นกระทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้ภาวะสุขภาพของตนดีขึ้น โดยเมื่อบุคคลมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคที่เกิดขึ้นตามสถานการณ์ที่เป็นจริงบุคคลนั้นก็จะได้ความหมายเกิดการตกลงใจให้คุณค่ากับสุขภาพของตน เกิดเจตคติและเจตคติดีใจและแสดงพฤติกรรมออกไป การรับรู้จึงเป็นส่วนหนึ่งของความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐาน ที่ทำให้บุคคลสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ อย่างจริงจังและมีเป้าหมายเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต ภาวะสุขภาพ และสวัสดิภาพที่ดีของตน³

ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ข้อมูลข่าวสารและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านการป้องกันและควบคุมโรคของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการให้ข้อมูลข่าวสาร เรื่องการป้องกันและควบคุมโรคแก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีด้านการป้องกันควบคุมโรค ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนดำรงไว้ซึ่งสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

1. รูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Study)

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) โดยมีขั้นตอนดังนี้ เลือกจังหวัดในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จำนวน 6 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย ลำปาง พะเยา แม่ฮ่องสอน และลำพูน กำหนดขนาดของประชากรตามกลุ่มอายุจากสำนักทะเบียนกลาง กรมการปกครอง เพื่อคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มอายุ โดยใช้วิธีของยามานะ สุ่มตัวอย่างแบบใช้ความน่าจะเป็นได้สัดส่วนกับขนาดประชากรในแต่ละจังหวัด หลังจากนั้นสุ่มอย่างง่าย โดยการจับสลากจังหวัดละ 2 อำเภอ ๆ ละ 2 ตำบล ๆ ละ 2 หมู่บ้าน รวมทั้งสิ้น 48 หมู่บ้าน และสุ่มตัวอย่างประชาชนในพื้นที่เพื่อเป็นตัวอย่างในการสัมภาษณ์ โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบตามบัญชีบ้านเลขที่ของหมู่บ้านเรียงกันตามลำดับ จากนั้นหาช่วงการสุ่มและเริ่มนับหน่วยเริ่มต้นใช้การสุ่มอย่างง่าย โดยการจับสลากเพื่อเก็บข้อมูลหลังคาเรือนต่อไปตามช่วงของการสุ่มทำการสุ่มเช่นนี้ไปเรื่อย ๆ จนครบจำนวนประชากร

3. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เป็นแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เป็นแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของประชาชน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การมีโรคประจำตัว ประสบการณ์ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก โรคหัวใจและหลอดเลือด อุบัติเหตุ วัณโรคและโรคเอดส์

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการ

ป้องกันและควบคุมโรค 5 โรค ได้แก่ ไข้เลือดออก โรคเอดส์ อุบัติเหตุ โรคหัวใจและหลอดเลือด และ วัณโรค

ตอนที่ 3 แบบสอบถามช่องทาง/สื่อที่ ประชาชนรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านการป้องกันและ ควบคุมโรค

4. วิธีดำเนินการและการเก็บรวบรวม ข้อมูล โดยนำแบบสัมภาษณ์เก็บรวบรวมข้อมูล จากประชาชน ตัวอย่างใน 6 จังหวัดภาคเหนือตอน บน โดยพนักงานสัมภาษณ์เป็นผู้เก็บรวบรวม ข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยได้อบรมพนักงานสัมภาษณ์เป็น เวลา 1 วัน เพื่อเตรียมความพร้อมในการเก็บรวบรวมข้อมูล

5. การวิเคราะห์ข้อมูล โดยการใช้ค่าสถิติพื้นฐาน เกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การ แจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน t-test และ F-test หากพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจะทดสอบเป็น รายคู่โดยวิธีของเชฟเฟ (Scheffe)

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 1,872 คน เป็น เพศหญิง ร้อยละ 51.6 และเพศชาย ร้อยละ 48.4 มีอายุระหว่าง 15 - 20 ปี ร้อยละ 25.5 ส่วนใหญ่มี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 57.7 มีการศึกษาระดับ ประถมศึกษา ร้อยละ 45.5 มีอาชีพเกษตรกรรม/ ทำไร่/ทำสวน ร้อยละ 31.2 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อ เดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 83.8 กลุ่ม ตัวอย่างไม่เคยมีประสบการณ์ป่วย/ญาติ/ผู้ใกล้ชิดป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 82.4 วัณโรค ร้อยละ 93.4 โรคเอดส์ ร้อยละ 85.3 โรคหัวใจและ

หลอดเลือด ร้อยละ 81.6 และอุบัติเหตุ ร้อยละ 49.8

2. การรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านการ ป้องกันและควบคุมโรคของประชาชน

การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการ ป้องกันและควบคุมโรคพบว่า ส่วนใหญ่เคยได้รับความรู้เรื่อง โรคไข้เลือดออกมากที่สุด ร้อยละ 79.6 รองลงมาคือ โรคเอดส์ ร้อยละ 77.4 อุบัติเหตุ ร้อย ละ 76.2 โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 54.6 และเคยได้รับความรู้เรื่องวัณโรคน้อยที่สุด ร้อยละ 50.8 โดยการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการ ป้องกันและควบคุมโรค มีค่าเฉลี่ยร้อยละ 65.9 (ภาพที่ 1)

ส่วนการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการ ป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก โรคเอดส์ อุบัติเหตุ และวัณโรค ซึ่งส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างได้รับรู้ข้อมูล ข่าวสารจากสื่อประเภทเครื่องมือมากที่สุด ร้อยละ 90.7 80.6 80.1 และ 53.8 ตามลำดับ ส่วนการ ได้รับข้อมูลข่าวสารของประชาชนเกี่ยวกับโรค หัวใจและหลอดเลือด ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างได้รับ รู้ข้อมูลข่าวสารจากสื่อประเภทสื่อบุคคล ร้อยละ 54.8 โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/อสม. (ภาพที่ 2)

3. ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก โรค หัวใจและหลอดเลือด อุบัติเหตุ วัณโรค และ โรคเอดส์

เมื่อพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของ กลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรค พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ในระดับที่ต้อง แก่ไข ร้อยละ 71.4 โดยกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่อง โรคไข้เลือดออก วัณโรค โรคไม่ติดต่อ อยู่ในระดับ

ที่ต้องแก้ไข (ค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าร้อยละ 80) ส่วนความรู้เรื่องโรคเอดส์อยู่ในระดับดี (ค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าร้อยละ 80) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถตอบข้อคำถามได้ถูกต้องมากกว่าร้อยละ 80 คือ ยุงลาย นำเชื้อไข้เลือดออกมาสู่คน ร้อยละ 95.5 วิธีป้องกันโรคไข้เลือดออก คือการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายทุก 7 วัน ร้อยละ 89.3 วัณโรคติดต่อกันโดยการไอ/จาม ร้อยละ 86.0 วัณโรคสามารถตรวจพบได้โดยการตรวจเสมหะ ร้อยละ 80.1 ท่านสามารถป้องกันการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ด้วยการออกกำลังกายเป็นประจำและสม่ำเสมอ ร้อยละ 81.5 การขับขี้รถจักรยานยนต์ต้องเปิดไฟและใส่หมวกกันน็อคทุกครั้ง ร้อยละ 93.9 หลังจากดื่มสุราและของมีเมาไม่ควรขับขี้รถทุกชนิด ร้อยละ 94.6 ผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดสูง ร้อยละ 80.9 โรคเอดส์สามารถป้องกันได้โดยการสวมถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 82.9 ผู้ที่ใช้เข็มฉีดยาร่วมกันมีโอกาสติดเชื้อโรคเอดส์ได้ ร้อยละ 87.2

4. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคของประชาชน

ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค คือ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคต่างกัน มีความรู้เรื่องการป้องกันและควบคุมโรคแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 (ตารางที่ 2 และ 3)

วิจารณ์

จากผลการศึกษา การรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านการป้องกันควบคุมโรคของประชาชนในเขตภาคเหนือตอนบนพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคเฉลี่ยร้อยละ 65.9 ซึ่งน้อยกว่าเป้าหมายในการดำเนินงานเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารของประชาชนตามที่กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข กำหนดว่า ร้อยละ 80 ของประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่สำรวจต้องได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค ซึ่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก โรคเอดส์ อุบัติเหตุ และวัณโรค ซึ่งส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารจากสื่อประเภท เครื่องมือ คือ โทรทัศน์ ถึงร้อยละ 90.7 รองลงมา คือ วิทยุ ร้อยละ 80.6 ส่วนโรคหัวใจและหลอดเลือดนั้น ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารจากสื่อบุคคล ร้อยละ 56.4 และ 54.8 ตามลำดับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/อสม. อย่างไรก็ตามพบว่าสื่อทุกประเภทไม่ว่าจะเป็นสื่อเครื่องมือ สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อบุคคลและสื่อกิจกรรมมีอิทธิพลทำให้ผู้ที่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคดีกว่าผู้ที่ไม่เคยรับรู้ข้อมูลข่าวสาร เมื่อพิจารณาระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนความรู้เฉลี่ย 16.04 คะแนน โดยส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับที่ต้องแก้ไข ร้อยละ 71.4 และระดับดี ร้อยละ 28.6 (ตารางที่ 1) โดยข้อคำถามในแบบสอบถามผู้ศึกษาได้พยายามคัดเลือกคำถามที่เกี่ยวกับชีวิตประจำวันมากที่สุด เมื่อพิจารณาแต่ละโรคพบว่า ความรู้เรื่องการป้องกันควบคุมโรคเอดส์อยู่ใน

ระดับดี มีค่าเฉลี่ย 4.08 อาจเนื่องจากการดำเนินงานเรื่องการให้ความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคเอดส์ ได้ดำเนินการอย่างจริงจังมาเป็นเวลานานและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ ส่วนการป้องกันควบคุมโรคใช้เลือดออก โรคหัวใจและหลอดเลือด อุบัติเหตุ และวัณโรคนั้นอยู่ในระดับที่ต้องแก้ไข จึงจำเป็นต้องเพิ่มการรับรู้ข้อมูลข่าวสารในการป้องกันควบคุมโรคที่ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งใช้เลือดออกควรเพิ่มเติมความรู้เรื่องอาการและการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ถูกต้อง ในส่วนของวัณโรคควรเพิ่มเติมความรู้เรื่องอาการ การดูแลรักษาผู้ป่วยและการปฏิบัติตัวในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยวัณโรค ส่วนเรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือดควรเพิ่มเติมความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และการสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้ สำหรับเรื่องโรคเอดส์นั้นถึงแม้ว่าจะแนะนำเฉลี่ยความรู้ที่อยู่ในระดับดีก็ตาม ควรมีการเพิ่มเติมการรับรู้เกี่ยวกับการติดต่อและการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอดส์ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเห็นว่า หากช่วยเหลือผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอดส์ทำให้มีโอกาสติดเชื้อได้ ซึ่งอาจดำเนินการเพิ่มการรับรู้ข้อมูลข่าวสารผ่านทางสื่อ/ช่องทางที่มีผลทำให้ความรู้เรื่องการป้องกันควบคุมโรคเพิ่มมากขึ้น เช่น สื่อเครื่องมือ (โทรทัศน์ วิทยุ หอกระจายข่าว/เสียงตามสาย) โดยเฉพาะอย่างยิ่งสื่อโทรทัศน์ซึ่งมีการดำเนินงานที่เข้มข้นกว่าสื่ออื่น ๆ รองลงมาคือ สื่อบุคคล (พ่อ/แม่/พี่น้อง/ญาติ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/อสม. และกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/อบต.) ส่วนสื่อสิ่งพิมพ์ (แผ่นพับ ไปสเตรอร์ หนังสือ นิตยสาร หนังสือพิมพ์) และสื่อกิจกรรม (การจัดนิทรรศการ การรณรงค์ และการประชุมประจำเดือนของหมู่บ้าน) ทั้งนี้การรับรู้

ข้อมูลข่าวสารที่ดีนั้นควรให้มีการใช้ประสาทสัมผัสทุกด้าน จึงควรใช้สื่อหลายอย่างในลักษณะสื่อประสมให้เหมาะสมกับพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย⁵ ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ในการป้องกันควบคุมโรค คือ จังหวัด อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค ต่างกันมีความรู้เรื่องการป้องกันควบคุมโรคแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ สนิท พิงสาย⁶ ที่พบว่า ปัจจัยทางเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ นอกจากนี้ผลการ ศึกษาพบว่า จังหวัดที่มีคะแนนเฉลี่ยความรู้มากกว่าร้อยละ 70 คือ จังหวัดพะเยา เชียงใหม่ และลำพูน ดังนั้นอาจต้องดำเนินการให้กับประชาชนในพื้นที่จังหวัดเชียงราย แม่ฮ่องสอน และลำปาง เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่ดังกล่าว มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องเพิ่มมากขึ้นต่อไป ทั้งนี้อาจเนื่องจากการดำเนินงานให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคสำหรับประชาชนในพื้นที่แต่ละแห่งแตกต่างกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับปัญหาของพื้นที่นั้น ๆ หากพบว่าประชาชนมีอัตราการป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่งสูงก็จะมี การดำเนินงานที่เข้มข้นมาก ทำให้ประชาชนมีการรับรู้มากขึ้นเป็นผลให้มีคะแนนความรู้สูง สำหรับอายุพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 21-30 ปี 31-40 ปี และ 41-50 ปี มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 15-20 ปี ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ที่มีอายุมากจะมีความสามารถในการ

ประเมินสถานการณ์ ตัดสินใจเลือกแนวทางในการดูแลตนเอง และมีความรับผิดชอบในการดูแลตนเอง รวมทั้งมีความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลได้ดี ประกอบกับสื่อต่างๆ สามารถเข้าถึงประชาชนได้อย่างรวดเร็วทุกวัน จึงทำให้มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารมากขึ้นมีผลทำให้มีความรู้ในระดับดี สอดคล้องกับแนวคิดของโอเรม¹ ที่กล่าวว่า อายุมีอิทธิพลต่อการแสวงหาความรู้และวิธีการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดและความสามารถในการดูแลตนเองนี้จะพัฒนาได้สูงสุดในวัยผู้ใหญ่ สำหรับสถานภาพสมรสคู่มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสโสด ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 57.7 การมีสถานภาพสมรสคู่ นั้นสามารถให้คำแนะนำซึ่งกันและกันได้ สำหรับระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องการป้องกันและควบคุมโรคต่างกัน โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษา มัธยมศึกษา และประถมศึกษา มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ทั้งนี้เนื่องจากระดับการศึกษามีผลทำให้พฤติกรรมของบุคคลแตกต่างกัน สอดคล้องกับ ประภาเพ็ญสุวรรณ⁷ ที่กล่าวว่า โดยทั่วไปบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงน่าจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติที่ถูกต้องทางด้านสุขภาพอนามัยดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาต่ำ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพแตกต่างกันมีความรู้เรื่องการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงต่างกัน โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่อง

การป้องกันควบคุมโรคสูงกว่าอาชีพอื่น อาจเนื่องจากเป็นอาชีพที่ต้องมีการแลกเปลี่ยนความรู้ อีกทั้งโอกาสการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารมีมากกว่า รวมถึงการพบปะสังสรรค์กับผู้ร่วมงานที่มีระดับการศึกษาและมีความรู้ เป็นเหตุให้มีการพัฒนาความรู้ ความคิดตลอดจนได้รับข้อมูลข่าวสารไม่ว่าจะเป็นด้านการป้องกันควบคุมโรค หรือการดูแลสุขภาพในด้านอื่น ๆ ได้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการสนับสนุนข้อมูลข่าวสารและความรู้เกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคที่ถูกต้องผ่านสื่อ ที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ข้อมูลข่าวสารของประชาชน ซึ่งควรเลือกสื่อที่สามารถเข้าถึงประชาชนได้มากที่สุดและมีผลทำให้การรับรู้และความรู้ของประชาชนเพิ่มมากขึ้น

2. ควรมีการส่งเสริมและพัฒนาสื่อต่าง ๆ ให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งอาจใช้วิธีการ/สื่อ/ช่องทางหลายอย่างร่วมกัน อีกทั้งการให้ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชน ควรจัดเป็นงานประจำที่มีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอและมีความต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณนายแพทย์ทรงวุฒิ นุตาคมย์ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 ที่ได้ให้คำปรึกษาและแนะนำในการทำวิจัย และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ทุกท่านจากหน่วยควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงทุกแห่ง ที่ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล ทำให้การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ประสบความสำเร็จที่ตั้งใจ คณะผู้วิจัยขอขอบคุณไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ปาณบตี เอกะจัมปะและคณะ. โครง

สร้างใหม่ของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อสุขภาพคนไทย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2545.

2. ชื่นฤทัย กาจจนนะจิตราและคณะ. สุขภาพคนไทย 2546. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัยเสริมสุขภาพ (สสส.); 2547.

3. Orem D.E. Nursing Concept of Practice. 4 th ed St. Louis : Mosby Year Book, 1991.

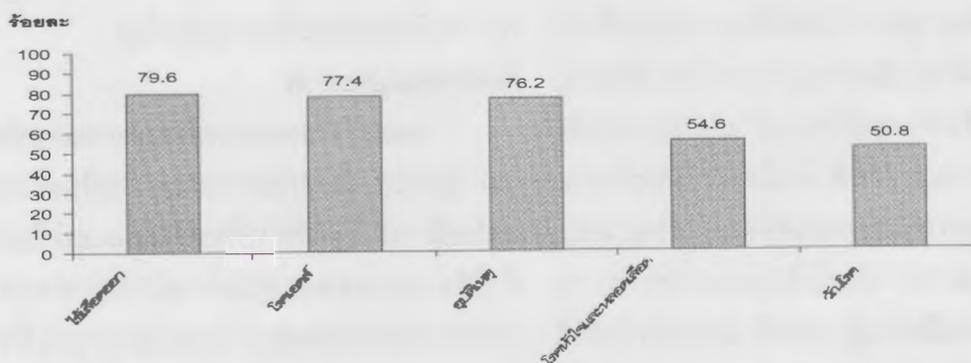
4. ปาริชาติ สถาปิตานนท์และคณะ. การสื่อสารสุขภาพศักยภาพของสื่อมวลชนในการสร้างเสริมสุขภาพ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ภาพพิมพ์; 2546.

5. พงษ์พันธ์ อินตะวิกานนท์. เทคนิคการใช้สื่อสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ. กรุงเทพฯ : ศูนย์ผลิตและพัฒนาสื่อสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2539.

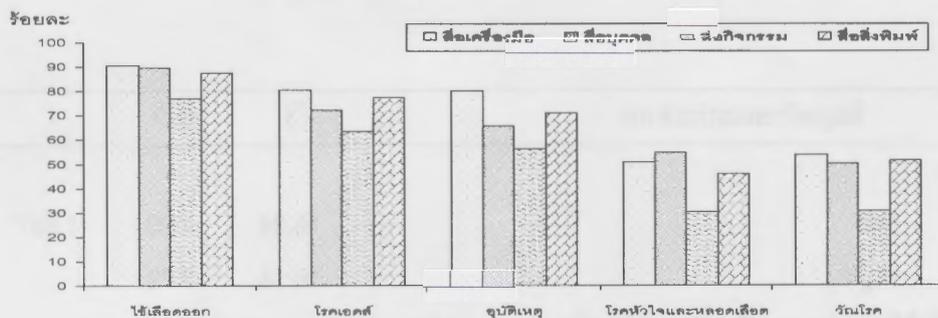
6. สนิท พึ่งสาย. ความสัมพันธ์ปัจจัยร่วมด้านประชากร ปัจจัยด้านความเชื่อทางด้านสุขภาพ และปัจจัยร่วมด้านแรงสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรมโรงพยาบาลตากสิน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: ,มหาวิทยาลัยมหิดล; 2539. เอกสารอัดสำเนา.

7. ประภาเพ็ญ สุวรรณ. ทศนคติ : การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์พีระพัฒนา; 2532.

ภาพที่ 1 ร้อยละของประชาชนที่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านการป้องกันควบคุมโรค จำแนกตามรายโรค



ภาพที่ 2 ร้อยละของการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันควบคุม 5 โรคหลักจำแนกตามสื่อ



ตารางที่ 1 ร้อยละของระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับความรู้เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด	กลุ่มตัวอย่าง		ค่าสถิติ
	จำนวน	ร้อยละ	
ระดับดี (คะแนน 18 - 23 คะแนน)	535	28.6	ค่าเฉลี่ย = 16.04 S.D. = 3.85 Min = 1 MAX = 23
ระดับที่ต้องแก้ไข (คะแนน 0 - 17 คะแนน)	1337	71.4	
รวม	1872	100.0	

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการป้องกันควบคุมโรคจำแนกตามตัวแปรเพศและการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพจำแนกตามรายโรคของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลลักษณะประชากร	\bar{X}	S.D.	t	P
เพศ				
- ชาย	15.84	4.00	-1.867	0.062*
- หญิง	16.18	3.72		
การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค				
<input type="checkbox"/> ไข้เลือดออก				
- ไม่เคย	14.9078	4.2254	-7.719	0.000*
- เคย	16.5627	3.4504		
<input type="checkbox"/> วัณโรค				
- ไม่เคย	15.6129	3.7256	-7.462	0.000*
- เคย	16.9260	3.4747		
<input type="checkbox"/> โรคหัวใจและหลอดเลือด				
- ไม่เคย	15.2265	3.7906	-11.159	0.000*
- เคย	17.1422	3.3105		
<input type="checkbox"/> อุบัติเหตุ				
- ไม่เคย	15.3284	4.0029	-6.028	0.000*
- เคย	16.5708	3.4951		
<input type="checkbox"/> โรคเอดส์				
- ไม่เคย	15.0156	4.1215	-7.833	0.000*
- เคย	16.6453	3.4208		

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนความรู้เรื่องการป้องกันควบคุมโรคจำแนกตามราย
จังหวัด อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ต่อเดือน

ข้อมูลลักษณะประชากร	\bar{X}	S.D.	F	P
จังหวัด				
- เชียงใหม่	16.64	2.63	10.849	0.000*
- ลำพูน	16.07	3.48		
- ลำปาง	15.47	4.55		
- พะเยา	17.22	3.64		
- เชียงราย	15.67	3.95		
- แม่ฮ่องสอน	15.49	3.36		
อายุ				
- 15 - 20 ปี	15.31	3.98	6.080	0.000*
- 21 - 30 ปี	16.44	3.68		
- 31 - 40 ปี	16.31	3.56		
- 41 - 50 ปี	16.23	3.66		
- 51 - 60 ปี	16.14	4.20		
สถานภาพสมรส				
- โสด	15.58	3.94	6.067	0.002*
- คู่	16.26	3.78		
- ม่าย/หย่า/แยก	15.92	3.71		
ระดับการศึกษา				
- ไม่ได้เรียนหนังสือ	14.45	4.41	10.681	0.000*
- ประถมศึกษา	16.19	3.74		
- มัธยมศึกษา	16.21	3.74		
- สูงกว่ามัธยมศึกษา	16.17	3.87		

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลลักษณะประชากร	\bar{X}	S.D.	F	P
อาชีพ				
- ไม่ได้ทำงาน/นักเรียน/นักศึกษา	15.19	4.11	11.319	0.000*
- ค้าขาย	16.24	3.48		
- เกษตรกรรม/ทำไร่/ทำสวน	16.47	3.85		
- รับจ้าง	15.98	3.71		
- รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	18.11	2.91		
รายได้ต่อเดือน				
- ต่ำกว่า 5,000 บาท	15.95	3.91	5.776	0.000*
- 5,000 – 10,000 บาท	16.63	3.52		
- 10,001 – 15,000 บาท	18.08	2.64		
- มากกว่า 15,000 บาทขึ้นไป	17.39	3.08		

ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคยาสูบของเยาวชนในพื้นที่รับผิดชอบ ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดพิษณุโลก

(The behavior of tobacco consumption of student in schools in the areas under the responsibilities of Office of prevent and control 9, Phitsanulok.)

เยาวเรศ วิสูตรโยธิน วท.ม Yauvarad visutyothin M.Sc.

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดพิษณุโลก

Office of Disease Prevention and Control 9, Phitsanulok

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคยาสูบของเยาวชนในสถานศึกษา ในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 6 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดน่าน แพร่ อุตรดิตถ์ พิจิตร พิษณุโลก เพชรบูรณ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียน ทศนคติของนักเรียนต่อการสูบบุหรี่ การรับรู้ของนักเรียนต่อพิษภัยของบุหรี่ ความคิดเห็นความต้องการเลิกบุหรี่ของนักเรียน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 27 โรงเรียนเป็นนักเรียนจำนวน 2,160 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าร้อยละ ผลการวิจัยพบว่า มีนักเรียนเคยลองสูบบุหรี่ร้อยละ 28 ส่วนใหญ่เคยลองสูบบุหรี่ครั้งแรก เมื่ออายุระหว่าง 12-13 ปี ช่วงอายุน้อยที่สุดที่เคยลองสูบบุหรี่คือ น้อยกว่า 8 ปี ดังนั้นการปลูกฝังค่านิยมการไม่สูบบุหรี่ของเยาวชน ควรเริ่มตั้งแต่อายุน้อยๆ คือระดับประถมศึกษาตอนต้น วิธีการได้บุหรี่ยาสูบคือซื้อจากร้านค้า ซึ่งขัดกับพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 ที่ห้ามมิให้มีการขายบุหรี่แก่เยาวชนอายุน้อยกว่า 18 ปี สำหรับทัศนคติต่อบุหรี่ ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าควันบุหรี่มีอันตรายต่อสุขภาพอย่างแน่นอน ทัศนคติต่อการเลิกบุหรี่ ครึ่งหนึ่งมีความเห็นว่าเลิกไม่ยากอย่างแน่นอน เหตุผลสำคัญในการตัดสินใจเลิกสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่เพื่อทำให้สุขภาพดีขึ้น ดังนั้นประเด็นในการชักชวนเยาวชนให้เลิกบุหรี่ยาสูบจะชูประเด็นในเรื่องสุขภาพ ความช่วยเหลือเมื่อจะเลิกบุหรี่ ส่วนใหญ่ได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อน ดังนั้นการช่วยเหลือผู้ต้องการเลิกบุหรี่ ควรมีสถานบริการที่สามารถให้บริการเลิกบุหรี่ยาสูบอย่างเพียงพอ และเน้นการมีส่วนร่วมสนับสนุนและให้กำลังใจจากบุคคลในครอบครัวและเพื่อน

คำสำคัญ : พฤติกรรมการสูบบุหรี่ เยาวชนในโรงเรียน

ABSTRACT

This research is the survey research to study the behavior of tobacco consumption of students in schools in the areas under the responsibilities of Office of prevent and control

9 Phitsanulok (Nan, Phrae, Uttaradit, Phichit, Phitsanulok and Phetchabun). The objective of this research is to survey the behavior of tobacco smoking of students, the attitude of smoking and quit smoking, the perception of hazard of secondary hand smoking. The sample sizes are collected from 27 schools. There are 2,160 students. The statistics used in this research are percent. The result of research found that students first started smoking since 12 - 13 years olds. The minimal age is below 8 years old. Thus the value Establishment should begin at primary education. The students received cigarette from purchase from the shops. This is in conflict with the law that prohibits the cigarette selling to the youth under 18 year old. The students thought smoking cigarette are harmful and it is not difficult to quit smoking. The reason to quit smoking are the health problem, so the issue to persuade quit smoking is about health. The ones who want to quit smoking had derived the help from the friends, so there should have adequate quit smoke clinics and emphasize family and peer relationships.

Key words: Behavior of tobacco smoking, Youths in schools

บทนำ

บุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ เพราะมีอันตรายต่อสุขภาพอนามัยของบุคคล สถิติการเจ็บป่วยและการตายจากการสูบบุหรี่ก็มีมากขึ้น แต่ความนิยมสูบบุหรี่ในสังคมกลับเป็นไปอย่างกว้างขวางมาก การสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพทั้งของผู้สูบเองและผู้ที่อยู่ใกล้เคียง ซึ่งนับว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก จากรายงานปี 2538 ควันบุหรี่ ก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกายเป็นอย่างมากซึ่งสามารถทำให้เกิดมะเร็งที่ปอด คอ ปาก กระเพาะ และไต นอกจากนี้ยังมีผลต่อการทำงานของหัวใจ โดยก่อให้เกิดความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็วขึ้น หลอดเลือดแดงหดตีบตัน เพิ่มไขมันในเลือด และเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้เกิดโรคหัวใจ หรือหัวใจขาดเลือด นอกจากจะทำให้เกิดอันตรายทางด้าน

ร่างกายแล้วยังทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ ที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่และค่าใช้จ่ายที่ต้องซื้อบุหรี่

กลุ่มวัยรุ่น คือ การแสดงออกของอายุ เพศ วัยที่จะต้องมีการรวมกลุ่มรวมตัวและมีค่านิยมต่างๆ ซึ่งคิดว่าเป็นการแสดงออกและเป็นเรื่องของความโดดเด่น ทำท่าย พฤติกรรมการเล่นแบบ โดยเฉพาะจากภาพยนตร์ วัยรุ่นจึงเป็นกลุ่มที่ง่ายต่อการ ริ เริ่ม ลอง สูบบุหรี่ ซึ่งนำไปสู่การเสพติดชนิดอื่นที่รุนแรงกว่าได้ง่าย

จากสถิติอัตราการสูบบุหรี่ของผู้มีอายุ 11 ปีขึ้นไป ในปี 2539 2542 และ 2544 พบว่ามีอัตราการสูบบุหรี่ ร้อยละ 46.7, 42.4 และ 20.6 โดยพบว่าในปี 2542 กลุ่มอายุ 11 ถึง 14 ปี มีอัตราร้อยละของ 0.2 โดยเป็นเพศชายร้อยละ 0.5 และไม่พบการสูบบุหรี่ในเพศหญิง กลุ่มอายุ 15-24 ปี

มีอัตราร้อยละของการสูบบุหรี่เท่ากับ 12.3 โดยเป็นเพศชายร้อยละ 24.0 เพศหญิงร้อยละ 0.3 ปี 2544 พบว่า กลุ่มอายุ 11 ถึง 14 ปี มีอัตราร้อยละของการสูบบุหรี่เท่ากับ 0.1 โดยเป็นเพศชายร้อยละ 0.2 และเป็นเพศหญิงร้อยละ 0.1 กลุ่มอายุ 15-24 ปี มีอัตราร้อยละของการสูบบุหรี่เท่ากับ 13.5 โดยเป็นเพศชายร้อยละ 26.0 เพศหญิงร้อยละ 0.6 จากสถิติจะพบว่าในภาพรวมมีการสูบบุหรี่ลดลง แต่ในกลุ่มนักเรียนนั้นมีจำนวนผู้สูบบุหรี่เพิ่มขึ้น และจากผลการสำรวจจำนวนผู้สูบบุหรี่รายภาค พบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีผู้สูบบุหรี่เป็นประจำมากที่สุด ร้อยละ 25.7 รองลงมาคือภาคใต้ ร้อยละ 24.4 ภาคเหนือ ร้อยละ 23.5 ภาคกลางร้อยละ 19.9 และกรุงเทพฯ มีผู้สูบบุหรี่ประจำน้อยที่สุด ร้อยละ 15.7 จากการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2547 พบว่าคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป สูบบุหรี่ถึงร้อยละ 37.71 หรือคิดเป็นจำนวน 18.6 ล้านคน (กลุ่มส่งเสริมสนับสนุนวิชาการ . 2547: 8)

การดำเนินงานที่ผ่านมาได้มีการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้นักเรียน และประชาชนทั่วไป ได้ทราบเกี่ยวกับโทษและพิษภัยของการสูบบุหรี่ แต่ยังไม่มีการสำรวจข้อมูลพื้นฐานและการสูบบุหรี่ของนักเรียนในโรงเรียนอย่างจริงจัง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของนักเรียน ได้แก่ เจตนาต่อการสูบบุหรี่, การเลิกบุหรี่ เพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแผนป้องกันแก้ไขปัญหาการสูบบุหรี่ของนักเรียน ในพื้นที่ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดพิษณุโลก ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสำรวจข้อมูลพื้นฐานและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนในจังหวัดในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จ.พิษณุโลก
2. เพื่อสำรวจการรับรู้และทัศนคติของนักเรียนต่อการสูบบุหรี่
3. เพื่อสำรวจการรับรู้โทษ พิษภัยของบุหรี่ของนักเรียน
4. เพื่อสำรวจความคิดเห็นความต้องการเลิกบุหรี่ของนักเรียน
5. ความช่วยเหลือที่ได้รับเมื่อจะเลิกบุหรี่

วิธีการศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ นักเรียนกลุ่มอายุ 13 - 15 ปี ของโรงเรียนในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ จังหวัดพิษณุโลก แพร่ น่าน อุตรดิตถ์ เพชรบูรณ์ และ พิจิตร จำนวน 27 โรงเรียน ทำการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โรงเรียนในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จ.พิษณุโลก จาก 6 จังหวัด จำนวน 27 โรงเรียน นักเรียนโรงเรียน ละ 80 คน รวมเป็น 2,160 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แบบสอบถาม ขององค์การอนามัยโลก ตามโครงการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคยาสูบของเยาวชน โดย Center of Disease Control ประเทศสหรัฐอเมริกา แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้ แบบสอบถามนักเรียนเกี่ยวกับบุหรี่ ประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐานและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ทัศนคติ

ต่อการสูบบุหรี่ การรับรู้โทษ พิษภัย และผลกระทบ จากควันบุหรี่มือสอง ความคิดเห็นความต้องการ เลิกบุหรี่ ความช่วยเหลือที่ได้รับเมื่อจะเลิกบุหรี่ การวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาครั้งนี้ เป็นการ วิเคราะห์เชิงพรรณนา (Descriptive Analysis) เพื่อ อธิบายข้อมูลพื้นฐานและพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ ของกลุ่มนักเรียนสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์คือ ร้อย ละ (Percentage)

ผลการศึกษา

นักเรียนที่ศึกษาจำนวน 2,160 คน เป็น เพศชาย ร้อยละ 64.54 , เพศหญิง ร้อยละ 35.46 ส่วนใหญ่อายุ 14 ปี รองลงมาอายุ 15 ปี , อายุ 13 ปี และอายุ 12 ปี ตามลำดับ ศึกษาชั้นมัธยม ศึกษาปีที่ 3 ร้อยละ 34.68 , มัธยมศึกษาปีที่ 2 ร้อยละ 33.06, มัธยมศึกษาปีที่ 1 ร้อยละ 28 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายสูบบุหรี่ มากกว่านักเรียนหญิง และมักจะสูบในที่

สาธารณะต่างๆ (เช่น สวนสาธารณะ, ห้างสรรพ สินค้า, มุมถนนต่างๆ) มีนักเรียนเคยลองสูบบุหรี่ ร้อยละ 28 ส่วนใหญ่เคยลองสูบบุหรี่ครั้งแรก เมื่อ อายุระหว่าง 12-13 ปี รองลงมาอายุ 14 -15 ปี และช่วงอายุน้อยที่สุดที่เคยลองสูบบุหรี่คือ น้อย กว่า 8 ปี (ตารางที่ 1) โดยได้บุหรี่มาจากการซื้อ จากร้านค้า รองลงมาคือขอยืมบุหรี่มาจากคนอื่น (ตารางที่ 2) สำหรับทัศนคติต่อบุหรี่ ส่วนใหญ่มี ความคิดเห็นว่าควันบุหรี่ มีอันตรายต่อสุขภาพ อย่างแน่นอน(ตารางที่ 3) ทัศนคติต่อการเลิกบุหรี่ ครั้งหนึ่งมีความเห็นว่าเลิกไม่ยากอย่างแน่นอน (ตารางที่ 4) เหตุผลสำคัญในการตัดสินใจเลิกสูบ บุหรี่ ส่วนใหญ่เพื่อทำให้สุขภาพดีขึ้น รองมาคือ ครอบครัวไม่ชอบ (ตารางที่ 5) ความช่วยเหลือเมื่อ จะเลิกบุหรี่ ส่วนใหญ่ได้รับความช่วยเหลือจาก เพื่อน (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 1 พฤติกรรมการลองสูบบุหรี่ของนักเรียน

พฤติกรรมการลองสูบบุหรี่(N = 2,160)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่เคยลองสูบบุหรี่	1,570	71.90
เคยลองสูบบุหรี่	590	28.10
กลุ่มอายุที่ลองสูบบุหรี่(N= 590)		
อายุน้อยกว่า 8 ปี	24	4.07
อายุ 8 - 9 ปี	40	6.78
อายุ 10 - 11 ปี	92	15.59
อายุ 12 - 13 ปี	245	41.53
อายุ 14 ปี ขึ้นไป	189	32.03

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียน

วิธีการได้บุหรืมาสูบ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ซื้อบุหรืจากร้านค้า	156	42.86
ให้เงินคนไปซื้อบุหรืมาให้	40	10.99
ขอยืมบุหรืจากคนอื่น	88	24.18
ขโมยบุหรืมาสูบ	1	0.27
คนอื่นที่มีอายุมากกว่าให้บุหรื	64	17.58
หาวิธีที่จะเอาบุหรืมาสูบเอง	15	4.12
รวม	364	100.00

ตารางที่ 3 ทักษะคดีที่มีต่อการสูบบุหรื

ทักษะคดีที่มีต่อการสูบบุหรื	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่เป็นอันตรายอย่างแน่นอน	222	10.28
บางทีอาจจะไม่เป็นอันตราย	70	3.24
บางทีอาจจะเป็นอันตราย	107	4.95
เป็นอันตรายอย่างแน่นอน	1,761	81.53
รวม	2,160	100.00

ตารางที่ 4 ทักษะคดีที่มีต่อการเลิกสูบบุหรื

ทักษะคดีที่มีต่อการเลิกสูบบุหรื	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่ยากอย่างแน่นอน	1,117	51.71
บางทีอาจจะไม่ยาก	353	16.34
บางทีอาจจะยาก	346	16.02
ยากอย่างแน่นอน	344	15.93
รวม	2,160	100.0

ตารางที่ 5 เหตุผลที่เลิกสูบบุหรี่ของผู้ที่เลิกบุหรี่

เหตุผลที่เลิกสูบบุหรี่	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ทำให้สุขภาพดีขึ้น	205	44.66
ประหยัดเงิน	53	11.56
ครอบครัวของฉันไม่ชอบ	83	18.09
เพื่อน ๆ ของฉันไม่ชอบ	23	5.01
เหตุผลอื่น	95	20.68
รวม	459	100.00

ตารางที่ 6 ความช่วยเหลือที่ได้รับเมื่อจะเลิกบุหรี่ของผู้ที่เลิกบุหรี่

ความช่วยเหลือที่ได้รับเมื่อจะเลิกบุหรี่	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เคยได้รับการเข้าร่วมโปรแกรมการอดบุหรี่	146	30.48
เคยได้รับจากเพื่อน	192	40.08
เคยได้รับจากสมาชิกในครอบครัว	48	10.02
เคยได้รับ ทั้งจากการเข้าร่วมโปรแกรม หรือจากผู้เชี่ยวชาญ		
มีอาชีพ และจากเพื่อนหรือสมาชิก ในครอบครัว	34	7.10
ไม่เคยได้รับความช่วยเหลือ	59	12.32
รวม	479	100.00

อภิปรายผล

การศึกษานี้มีนักเรียนอายุตั้งแต่ 12-15 ปี เคยลองสูบบุหรี่แล้วถึงร้อยละ 28 ช่วงอายุน้อยที่สุดที่เคยลองสูบบุหรี่คือ น้อยกว่า 8 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยที่ยังขาดวิจารณญาณในการแยกแยะสิ่งผิดถูก ทำให้ถูกชักจูงง่ายนอกจากนี้ยังพบว่าได้บุหรืมาจากการซื้อจากร้านค้า ซึ่งขัดกับพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 ที่ห้ามมิให้มิ

การขายบุหรี่แก่เยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี นักเรียนส่วนใหญ่มีเข้าใจในโทษพิษภัยของบุหรี่ แต่ก็ยังมีนักเรียนส่วนหนึ่งยังคงสูบบุหรี่อยู่ แสดงว่ามีแรงจูงใจอื่นที่อยู่เหนือเรื่องสุขภาพ สำหรับผู้ที่ตัดสินใจเลิกบุหรี่เหตุผลสำคัญคือเพื่อทำให้สุขภาพดีขึ้น รองมาคือครอบครัวไม่ชอบ ความช่วยเหลือเมื่อจะเลิกบุหรี่ ส่วนใหญ่ได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อน และได้เข้าโปรแกรมการช่วยเหลือการอด

บุหรี่ปองลงมา

ข้อเสนอแนะ

1. การปลูกฝังค่านิยมการไม่สูบบุหรี่ของเยาวชน ควรเริ่มตั้งแต่อายุน้อยๆ คือระดับประถมศึกษาตอนต้น

2. การบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มแข็ง ห้ามมิให้มีการขายบุหรี่แก่เยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี ตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535, ห้ามมิให้สูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ เป็นการจำกัดให้สูบบุหรี่ยากขึ้น ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535

3. การช่วยเหลือผู้ต้องการเลิกบุหรี่ ควรมีสถานบริการที่สามารถให้บริการเลิกบุหรี่อย่างเพียงพอ และเน้นการมีส่วนร่วมสนับสนุนและให้กำลังใจจากบุคคลในครอบครัวและเพื่อน

4. ประเด็นในการรณรงค์เพื่อเลิกบุหรี่ น่าจะชูประเด็นในเรื่องสุขภาพและครอบครัว

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาของ เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน นักเรียน ที่เป็นกลุ่มเป้าหมายการศึกษาวิจัยของจังหวัดพิษณุโลก แพร์ น่าน อุดรดิตต์ พิจิตร เพชรบูรณ์ และเจ้าหน้าที่กลุ่มโรคไม่ติดต่อ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จ.พิษณุโลก ซึ่งให้ความช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขอขอบคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ นอกจากนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณ คุณสมภพ สุทัศน์วิริยะ จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังทอง ที่ให้การช่วยเหลือในการบันทึกข้อมูลและการใช้สถิติในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มส่งเสริมสนับสนุนวิชาการ. คู่มือแนวทางการดำเนินงานเป้าหมาย ตัวชี้วัด การป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ปีงบประมาณ 2548 แก่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12, สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค; 2547 เอกสารอัดสำเนา.

2. มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. มาตรการในการควบคุมการบริโภคยาสูบ มกราคม 2548. เอกสารอัดสำเนา.

3. กัญญา ศรีนวล. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระภิกษุในจังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา); 2536.

4. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2546.

5. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2546.

6. อรทัย ลิ้มตระกูล. ความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาระดับอุดมศึกษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2534.

7. ถานินทร์ สุธีประเสริฐ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนักศึกษาวิทยาลัย

เทคนิค จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม; 2544; 24

8. รัญจวน คำวชิรพิทักษ์และวรนุช แหยมแสง. การป้องกันและควบคุมพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของบุคคลในวัยเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่. รายงานการศึกษาระดับปริญญาตรี สถาบันการควบคุมการบริโภคยาสูบ, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพฯ ๙ 2539.

9. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข . พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2546 : 26 - 27.

10. ประกิต วาที่สาธกกิจ. สถานการณ์และแนวโน้มการบริโภคยาสูบและมาตรการการควบคุมการบริโภคยาสูบ; 2548. เอกสารอัดสำเนา.

พฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อของเจ้าหน้าที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ 10 เชียงใหม่

(Risk behavior of non-communicable disease of the officers of Department of Prevention and Control Region 10 Chiangmai.)

เสาวเนย์ วินูลสันติ พ.บ.

Saowanee Wiboolsanti M.D

นพพร ศรีนัด วท.บ.(สุขศึกษา)

Nopporn Sripad B.Sc. (Health Education)

กลุ่มโรคไม่ติดต่อ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่

non-communicable disease group. Department of Prevention and Control Region 10 Chiangmai.

บทคัดย่อ

ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพโดยเฉพาะพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อของเจ้าหน้าที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 โดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อของเจ้าหน้าที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 คือ อายุมาก พฤติกรรมการบริโภคแอลกอฮอล์เกิน การออกกำลังกายไม่เพียงพอ และภาวะน้ำหนักเกิน การปรับแก้พฤติกรรมเสี่ยงทำได้ โดยให้ความรู้ การสื่อสารเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ การนำมาซึ่งโรคอะไรต่างๆ และพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเป็นอย่างไร ด้านองค์กรควรสร้างแรงจูงใจหรือกิจกรรมที่เอื้อต่อการปฏิบัติที่ถูกต้องแก่เจ้าหน้าที่และที่สำคัญตัวผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงเองต้องตระหนักและอยากปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งการเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ย่อมต้องเป็นตัวอย่างที่ดีแก่ประชาชน ในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องต่อไป

Abstract

This report studies health behaviors especially risk behaviors of non-communicable disease of the officers of Department of Prevention and Control Region 10 by questionnaires. The study finds that risk factors of the officers are aging, over- consumption of alcohol, inadequate exercise and overweight. Risk behaviors can adapt by risks communication and health education. The organization has to create motivation and activities to promote right health behaviors. The significant things are the ones who have risk behaviors aware and be willing to adapt themselves. Due to we take role as public health officers, so we should perform as good models to general population.

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต และอายุขัยเฉลี่ยของประชากรที่เพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้แนวโน้มของภาระโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียในประเทศไทย [Disability Adjusted Life Year (DALYS)] เปลี่ยนแปลงจากโรคติดต่อ เป็นโรคไม่ติดต่อ เป็นจำนวน 9 ใน 10 โรค และปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมที่นำมาสู่โรคไม่ติดต่อ ได้แก่ การบริโภคยาสูบ, การบริโภคแอลกอฮอล์เกิน, วิถีชีวิตที่นิ่งๆนอนๆ ขาดการออกกำลังกาย, การบริโภคอาหารไม่ถูกส่วน เช่น การบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ, การบริโภคเกลือและไขมันเกินขนาด, ภาวะน้ำหนักเกิน รวมถึงการไม่สวมหมวกนิรภัย เป็นต้น²

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อของเจ้าหน้าที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เพื่อเป็นข้อมูลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้องต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Study) แบบ Cross-sectional study โดยประชากรที่ศึกษาเป็นเจ้าหน้าที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 ทั้งข้าราชการและลูกจ้าง ทั้งหมด จำนวน 602 คน

เครื่องมือที่ใช้ศึกษา คือ แบบสอบถามพฤติกรรมและสภาวะสุขภาพของเจ้าหน้าที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล โดยสอบถามเรื่องเพศ, อายุ, สถานภาพ, การศึกษา

, ลักษณะงานที่ปฏิบัติ

2. แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ โดยสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรม การสูบบุหรี่, การดื่มแอลกอฮอล์, การบริโภคผักและผลไม้, การออกกำลังกาย, การคาดเข็มขัด/สวมหมวกนิรภัย, การตรวจวัดความดันโลหิต

3. แบบสอบถามสภาวะสุขภาพ โดยสอบถามเรื่องน้ำหนัก, ส่วนสูง, ขนาดของความดันโลหิต

การจัดการและรวบรวมข้อมูล ทำโดยผู้ศึกษาส่งแบบสอบถามไปยังหน่วยงานต่างๆ หน่วยงานที่สังกัดสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 และขอความร่วมมือให้เจ้าหน้าที่ทุกคนตอบแบบสอบถาม และส่งกลับมายังผู้ศึกษา โดยรวบรวมส่งกลับคืนมาในนามของหน่วยงานของตน ทั้งนี้ผู้ตอบแบบสอบถามให้ความร่วมมือส่งข้อมูลกลับมาภายในเวลาที่กำหนดโดยไม่มีการติดตาม

การวิเคราะห์ข้อมูล บันทึกข้อมูลเข้าเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยผู้ศึกษา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ความถี่, ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ค่าต่ำสุด, ค่าสูงสุด, ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระยะเวลาดำเนินการ เดือน สิงหาคม 2547

ผลการศึกษา

ประชากรเป้าหมาย เป็นเจ้าหน้าที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 ทุกคน มีผู้ตอบกลับแบบสอบถาม จำนวน 555 คน คิดเป็นร้อยละ 92 เป็นชาย ร้อยละ 68.6, หญิง ร้อยละ 31.4 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 38.4, กลุ่มอายุรองลงมาคือ 51-60 ปี ร้อยละ 31.5, อายุน้อยที่สุด คือ 21 ปี, อายุมากที่สุดคือ 61 ปี, อายุเฉลี่ย

คือ 45+ 9.5 ปี ประชากรส่วนใหญ่มีสถานะภาพสมรส ร้อยละ 79.5 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่อยู่ที่ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช. ร้อยละ 32.7 รองลงมาคือ ระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 26.6 ลักษณะงานที่ปฏิบัติเป็นงานนั่งโต๊ะ ร้อยละ 73 โดยแบ่งเป็นนั่งโต๊ะทำงานมากกว่า 4 ชั่วโมง ร้อยละ 45.5 , นั่งโต๊ะทำงานน้อยกว่า 4 ชั่วโมง ร้อยละ 27.7 ส่วนที่เหลือ ร้อยละ 26.8 ลักษณะงานเป็นการปฏิบัติงานในพื้นที่ (ตารางที่ 1)

พฤติกรรมสุขภาพ

การสูบบุหรี่ มีผู้เคยสูบบุหรี่ร้อยละ 47.6 (ตารางที่ 2) ในจำนวนนี้ร้อยละ 44.2 ยังคงสูบบุหรี่อยู่ในปัจจุบัน, ร้อยละ 55.8 เลิกสูบบุหรี่แล้ว (ตารางที่ 3) ในกลุ่มที่ยังสูบบุหรี่อยู่ ส่วนใหญ่สูบบุหรี่ 6-10 มวนต่อวัน การดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่เคยดื่มแอลกอฮอล์ (ตารางที่ 2) แต่ปัจจุบันเลิกดื่มแล้ว ร้อยละ 5.1 มีผู้ที่ยังดื่มอยู่ในปัจจุบัน ถึงร้อยละ 94.9 ส่วนใหญ่จะดื่มนานๆ ครั้ง คือ 1-2 ครั้งต่อเดือน มีผู้ดื่มทุกวันอยู่ ร้อยละ 6.3 (ตารางที่ 5) โดยผู้ที่ดื่มทุกวัน จะดื่มวันละ 1-2 แก้ว เป็นส่วนใหญ่ (ตารางที่ 6) ส่วนผู้ที่ดื่มแต่ไม่ประจำทุกวัน จะดื่ม 1-2 แก้ว เป็นส่วนใหญ่เช่นกัน (ร้อยละ 46.1) ผู้ที่ดื่มปริมาณมากกว่าครั้งละ 10 แก้วขึ้นไป มีจำนวนมากถึงร้อยละ 20 (ตารางที่ 7) ชนิดของแอลกอฮอล์ที่ดื่ม ส่วนใหญ่เป็น ประเภทสุรา/วิสกี้ (ตารางที่ 8)

การบริโภคผักและผลไม้ ส่วนใหญ่จะบริโภคผักและผลไม้ทุกวัน (ร้อยละ 70) โดยจะบริโภคผัก 1-2 ถ้วยต่อครั้ง เป็นส่วนใหญ่ และปริมาณผลไม้ที่บริโภคต่อวันจะมากกว่า 1 ผลขึ้นไป เป็นส่วนใหญ่ (ตารางที่ 2)

การออกกำลังกาย มีผู้ไม่ออกกำลังกายถึงร้อยละ 29.6 โดยจำนวนนี้ไม่ออกกำลังกายเลย ร้อยละ 14.9 และอื่นๆ เช่น ออกเมื่อว่าง ,แล้วแต่โอกาส ,ทำงานก็ได้ออกกำลังกายแล้ว เป็นต้น ร้อยละ 14.7 สำหรับผู้ที่ออกกำลังกาย ส่วนใหญ่จะสามารถออกกำลังกายได้ 3 วันต่อสัปดาห์ (ตารางที่ 2) และออกครั้งละ 30 นาทีหรือมากกว่าขึ้นไป ถึงร้อยละ 92 (ตารางที่ 9)

การสวมหมวกและคาดเข็มขัดนิรภัย ส่วนใหญ่จะสวมหมวกและคาดเข็มขัดนิรภัย ทุกครั้ง (ตารางที่ 2)

สภาวะสุขภาพ ภาวะความดันโลหิต ส่วนใหญ่เคยวัดความดันโลหิต ร้อยละ 83 (ตารางที่ 2) และในกลุ่มนี้ มีความดันโลหิตสูงกว่าหรือเท่ากับ 140/90 เพียงเล็กน้อย (ตารางที่ 10)

ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index) ครั้งหนึ่ง มีค่าอยู่ในเกณฑ์ดีมาก (18.5-22.9) ส่วนผู้ที่ต้องเพิ่มน้ำหนักตัว (BMI < 18.5) มีร้อยละ 4.3 ผู้ที่ต้องควบคุมอาหาร (BMI > 23) มีจำนวนเกือบครึ่ง คือร้อยละ 46 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ลักษณะประชากรของเจ้าหน้าที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10

ลักษณะประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ (N=555)		
หญิง	174	31.4
ชาย	384	68.6
อายุ (N=500)		
21-30 ปี	47	8.5
31-40 ปี	118	21.4
41-50 ปี	211	38.4
51-60 ปี	173	31.5
มากกว่า 60 ปี	1	0.2
สถานะภาพ (N=555)		
โสด	72	13.0
สมรส	441	79.5
หย่า/ร้าง/หม้าย	42	7.5
การศึกษา (N=553)		
ประถมศึกษา	47	8.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	119	21.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	181	32.7
อนุปริญญา/ ปวส.	59	10.7
ปริญญาตรี/ สูงกว่า	147	26.6
ลักษณะงาน (N=541)		
นั่งโต๊ะมากกว่า 4 ชั่วโมง	246	45.5
นั่งโต๊ะน้อยกว่า 4 ชั่วโมง	150	22.7
ปฏิบัติงานในพื้นที่	145	26.8

การวัดความดันโลหิต (N=544)

เคย	450	82.7
ไม่เคย	94	17.3

ตารางที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงสุขภาพของเจ้าหน้าที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 (ต่อ)

ปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ค่าดัชนีมวลกาย (N=511)		
< 18.5	22	4.3
18.5-22.9	255	49.9
23-24.9	108	21.1
> 25	126	24.7
รวม	511	100.0

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน ของเจ้าหน้าที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10

การสูบบุหรี่ในปัจจุบัน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สูบ	84	32.3
สูบไม่ประจำ	31	11.9
เลิกสูบแล้ว	145	55.8
รวม	260	100.0

ตารางที่ 4 ปริมาณบุหรี่ที่สูบต่อวัน ของผู้ที่สูบบุหรี่ในปัจจุบัน

ปริมาณบุหรี่ที่สูบต่อวัน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1-5 มวน	42	42.0
6-10 มวน	46	46.0
11-20 มวน (1ซอง)	11	11.0
มากกว่า 1 ซอง	1	1.0
รวม	100	100.0

ตารางที่ 5 พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบัน ของเจ้าหน้าที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10

การดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบัน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เลิกดื่มแล้ว	21	5.1
ดื่มทุกวัน	26	6.3
1-3 ครั้งต่อสัปดาห์	92	22.2
1-2 ครั้งต่อเดือน	275	66.4
รวม	414	100.0

ตารางที่ 6 ปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่มต่อวัน ของผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ทุกวัน

ปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่มต่อวัน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1-2 แก้ว	11	45.8
3-5 แก้ว	8	33.3
6-9 แก้ว	1	4.2
10 แก้ว ขึ้นไป	4	16.7
รวม	24	100.0

ตารางที่ 7 ปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่มต่อวัน ของผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ไม่ทุกวัน

ปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่มต่อวัน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1-2 แก้ว	124	46.1
3-5 แก้ว	79	29.4
6-9 แก้ว	12	4.4
10 แก้ว ขึ้นไป	54	20.1
รวม	24	100.0

ตารางที่ 8 ชนิดของแอลกอฮอล์ที่ดื่ม

ชนิดของแอลกอฮอล์	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สุรา / วิสกี้	178	60.3
เบียร์	73	24.7
ไวน์	8	2.7
อื่นๆ	36	12.3
รวม	295	100.0

ตารางที่ 9 ระยะเวลาในการออกกำลังกายแต่ละครั้งของผู้ที่ออกกำลังกาย

ระยะเวลาในการออกกำลังกาย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
น้อยกว่า 30 นาที	28	8.0
30 นาที หรือนานกว่า	323	92.0
รวม	351	100.0

ตารางที่ 10 ขนาดของความดัน ของผู้ที่เคยตรวจวัดความดันโลหิต

ความดันโลหิต	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มากกว่า/ เท่ากับ 140/90 มม.ปรอท	27	7.3

น้อยกว่า 140/90 มม. ปรอท	341	92.2
จำไม่ได้	2	0.5
รวม	370	100.0

วิจารณ์

การศึกษานี้พบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ ของเจ้าหน้าที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 คืออายุมาก พฤติกรรมการบริโภคแอลกอฮอล์เกิน การออกกำลังกายไม่เพียงพอ และภาวะน้ำหนักเกิน อายุหรือวัยที่สูงขึ้น ทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงและเสื่อมของเซลล์ รวมถึงหน้าที่ การทำงานของอวัยวะและระบบต่างๆของร่างกาย นำไปสู่การเกิดโรคไม่ติดต่อต่างๆ ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีระของร่างกายที่เกิดเองตามธรรมชาติ ไม่สามารถแก้ไขได้ แต่สามารถชะลอได้ เพราะฉะนั้นต้องสร้างความเข้าใจในหมู่เจ้าหน้าที่ถึงความเสี่ยงของตน เพื่อจะได้ตระหนักและเห็นความสำคัญในการปฏิบัติตนและดูแลสุขภาพให้ถูกต้อง

พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ของเจ้าหน้าที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อยู่ในสถานการณ์ที่น่าเป็นห่วง คือ มีผู้ดื่มมาก (ความชุกสูง) ส่วนความถี่ในการดื่ม มีจำนวนไม่น้อยที่ดื่มทุกวัน และการดื่มแต่ละครั้งจะดื่มหนัก (ครั้งละหลายๆแก้ว) รวมถึงชนิดของแอลกอฮอล์ที่ดื่มจะมีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์สูง คือ สุรา/ วิสกี้ เนื่องจากเจ้าหน้าที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ซึ่งโดยปกติอัตราการดื่มแอลกอฮอล์ ของเพศชายจะสูงกว่าหญิง จึง

ทำให้อัตราการดื่มแอลกอฮอล์ ของเจ้าหน้าที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 สูง อย่างไรก็ตามเป็นค่านิยมของคนไทยมาช้านานแล้ว ไม่ว่าจะมึนงานเลี้ยงฉลองเนื่องในโอกาสพิเศษใดๆ เช่นงานเทศกาลต่างๆ แม้แต่งานเลี้ยงพบปะสังสรรค์ ธรรมดาแทบทุกงานต้องมีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร่วมด้วยเสมอ แอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคไม่ติดต่อทั้งเรื้อรัง ที่สำคัญได้แก่โรคตับแข็ง , โรคมะเร็งตับ หรือโรคไม่ติดต่อเฉียบพลัน เช่น เมาแล้วขับ ซึ่งทำให้เกิดอุบัติเหตุรวมไปถึงปัญหาสังคมและอาชญากรรมที่อาจเกิดตามมา เช่น เมาสุรา แล้วทะเลาะวิวาททำร้ายร่างกาย หรือความรุนแรงในครอบครัว เป็นต้น³ จะเห็นว่าปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ต้องแก้ไขปรับเปลี่ยน ไม่เพียงแต่ในกลุ่มของเจ้าหน้าที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เท่านั้น ซึ่งเป็นปัญหาในระดับชาติเช่นกัน แต่การปรับเปลี่ยนค่านิยมที่ฝังรากลึกมานานในสังคมเป็นเรื่องยาก ต้องอาศัยระยะเวลาและความต่อเนื่องของการรณรงค์ ให้ความรู้ และสื่อสารความเสี่ยง เพื่อให้เกิดความตระหนักและเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามมา การสร้างค่านิยมที่ถูกต้อง เช่น ไม่จัดให้มีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในงานเลี้ยงสังสรรค์ของหน่วยงาน หรืออย่างน้อยก็เป็นเครื่องดื่มที่มีความส่วนผสมของแอลกอฮอล์ต่ำ ใน

ขณะเดียวกัน ในระดับชาติ รัฐบาลได้พยายามปลูกฝังค่านิยมที่ถูกต้อง ให้แก่เยาวชนรุ่นใหม่ รวมถึงบังคับใช้กฎหมาย ห้ามจำหน่ายบุหรี่และสุราแก่เยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี (พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พศ. 2546) และกำหนดเวลาห้ามจำหน่ายสุรา (ประกาศคณะปฏิวัติ ฉบับที่ 253 พศ.2515) เพื่อลดการบริโภคแอลกอฮอล์ลงด้วย

สำหรับพฤติกรรมที่ไม่ออกกำลังกาย เป็นปัจจัยเสี่ยงอีกอย่างหนึ่งของเจ้าหน้าที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เนื่องจากยังมีผู้เข้าใจว่าการออกกำลังกายที่บ้าน หรือการปฏิบัติงานประจำของตนซึ่งต้องใช้แรง เป็นการออกกำลังกายแล้ว ซึ่งถ้าสามารถแก้ความเข้าใจผิดนี้ได้ จะสามารถเพิ่มอัตราการออกกำลังกายได้ เนื่องจากปัจจุบันกระแสการสร้างเสริมสุขภาพโดยการออกกำลังกายเป็นที่ยอมรับ ทุกคนเห็นประโยชน์ของการออกกำลังกายว่า ทำให้ร่างกายแข็งแรง สมรรถภาพการทำงานของกล้ามเนื้อ ระบบประสาท ปอด หัวใจ และระบบไหลเวียนโลหิตดีขึ้น เพิ่มภูมิต้านทานให้ร่างกาย นอกจากนี้ในชุมชนยังจัดกิจกรรมที่เอื้อต่อการออกกำลังกาย เช่น มีชมรมสร้างเสริมสุขภาพ มีการรวมกลุ่มสมาชิกร่วมออกกำลังกาย ในรูปแบบต่างๆ เช่น เดินแอโรบิก รำมวยจีน เป็นต้น ดังนั้น ต้องสร้างความรู้ ความเข้าใจเรื่องการออกกำลังกายที่ถูกต้องแก่เจ้าหน้าที่ จะทำให้เจ้าหน้าที่หันมาออกกำลังกายกันมากขึ้น สาเหตุอีกประการของการออกกำลังกายน้อย คือภาระงานที่มาก บางครั้งเสร็จไม่ทันในเวลางาน จำต้องอยู่ทำต่อจนเสร็จ หรือนำงานกลับมาทำต่อที่บ้าน หรือปัจจุบันเป็นยุคที่เน้นให้ข้าราชการต้องพัฒนาสมรรถนะของบุคคลากร (Competency)⁴ บ่อยครั้ง

ที่เจ้าหน้าที่ต้องนั่งอบรม สัมมนาจนถึงเย็นค่ำ แล้วต้องกลับมาประชุมกลุ่มต่อในตอนกลางคืนเพื่อเตรียมงานที่จะนำเสนอในวันรุ่งขึ้น ทำให้ไม่สามารถแบ่งเวลาออกมาออกกำลังกายได้ องค์กรเองต้องสร้างกิจกรรมที่เอื้อต่อการปฏิบัติที่ถูกต้อง เช่น อนุญาตให้เจ้าหน้าที่ใช้เวลา ในการออกกำลังกายได้ วันละ 1 ชั่วโมง โดยให้หยุดภาระงานต่างๆไว้ชั่วคราว

สำหรับภาวะน้ำหนักเกิน พบว่าจำนวนเกือบครึ่งต้องควบคุมน้ำหนัก ซึ่งเป็นผลจากพฤติกรรมที่ออกกำลังกายน้อยและดื่มแอลกอฮอล์มาก ทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกิน ซึ่งมีส่วนอย่างมากต่อการเกิดโรคข้อและกระดูกอักเสบ, นำไปสู่ภาวะเบาหวาน, ความดันโลหิตสูง และถ้ามีภาวะเสี่ยงอื่นร่วมด้วย เช่น ระดับไขมันในเลือดสูง อาจทำให้เกิดภาวะโรคอื่นตามมา เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น⁵ ในขณะที่พฤติกรรม การบริโภคผักและผลไม้ของเจ้าหน้าที่อยู่ในเกณฑ์เหมาะสมแล้ว วิธีแก้ไขคือต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การออกกำลังกาย และการดื่มแอลกอฮอล์ให้ถูกต้อง

สรุปและข้อเสนอแนะ

เจ้าหน้าที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 ยังมีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ คือ พฤติกรรมการบริโภคแอลกอฮอล์เกิน, การออกกำลังกายไม่เพียงพอ และภาวะน้ำหนักเกิน ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่สามารถปรับเปลี่ยนให้ถูกต้องได้ โดยสิ่งที่ควรทำมีดังนี้

1. สิ่งที่ต้องทำอันดับแรก คือแจ้งข้อมูลย้อนกลับให้ทราบว่าเจ้าหน้าที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ อะไรบ้าง

2. ให้ความรู้โดยสื่อสารความเสี่ยง⁵ ว่า ปัจจัยเสี่ยงที่ว่ำนั่นก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพอย่างไร นำมาซึ่งโรคอะไร และพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเป็นอย่างไร

3. องค์กรเองต้องสร้างแรงจูงใจหรือกิจกรรมที่เอื้อต่อการปฏิบัติที่ถูกต้อง เช่น ไม่จัดให้มีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในงานเลี้ยงสังสรรค์ของหน่วยงาน หรืออย่างน้อยก็เป็นเครื่องดื่มที่มีความสวนผลของแอลกอฮอล์ต่ำ หรืออนุญาตให้เจ้าหน้าที่ใช้เวลา ในการออกกำลังกาย วันละ 1 ชั่วโมง ในเวลาว่าง

4. ตัวผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงเองต้องตระหนักและอยากปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เจ้าหน้าที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 ถือว่าเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ภาระหน้าที่ งานที่ปฏิบัติทุกอย่าง ก็เพื่อเป้าประสงค์สุดท้าย คือ ประชาชนไทยมีสุขภาพดี ดังนั้นตัวเจ้าหน้าที่เอง ย่อมต้องเป็นตัวอย่งที่ดีแก่ประชาชน ในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ เหตุผลง่าย และตรงไปตรงมาเช่นนี้ น่าจะเป็นแรงจูงใจที่ดี ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงในสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 ทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการตอบแบบสอบถามและส่งกลับข้อมูลมายังผู้ศึกษา รวมถึงนายแพทย์ธนรักษ์ ผลิพัฒน์ ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษาและช่วยแก้ไขในการจัดทำต้นฉบับ

เอกสารอ้างอิง

1. Ministry of Public Health. Burden of diseases and injuries in Thailand. Available on internet :[http:// 203:157.19.191 / index-burden.html](http://203:157.19.191/index-burden.html) , Cited on Nov. 2002.

2. World Bank. Health Sector Priorities review , พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร :1990.

3. สำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า. งดดื่มเหล้าเข้าพรรษา. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: บริษัทฟ้าอภัย จำกัด; 2547.

4. คณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (กพร.). แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบราชการไทย(พศ. 2546-2550). เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การพัฒนาระบบบริหารทรัพยากรบุคคลแบบอิงผลสัมฤทธิ์เชิงสมรรถนะ (Competency Based Human Resource Management) : 23-24 มิถุนายน 2546; ณ โรงแรมอมารี แอร์พอร์ต ดอนเมือง. กรุงเทพมหานคร; 2546.

5. World Health Organization. The World Health report 2002, Reducing Risks. Promoting Healthy Life. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : สามเจริญพาณิชย์ ; 2546.

การให้การปรึกษาอย่างมีคุณภาพ

ทิพาพร อัสพรณะสมบัติ สส.บ.(เกียรตินิยม),สส.ม

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10

ผลกระทบทางด้านสังคม อารมณ์ จิตใจของผู้ป่วย/ ผู้ติดเชื้อเอดส์ ในระยะแรกที่โรคเอดส์ ระบาดเข้ามาในประเทศไทย มีความรุนแรงถึงขั้นฆ่าตัวตายจำนวนมาก เนื่องจากไม่มียารักษาโรค การช่วยเหลือเยียวยาทางด้านจิตใจด้วยกระบวนการให้การปรึกษา สามารถช่วยเหลือผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อ เอดส์ต่อสู้กับอารมณ์ความรู้สึกทุกข์ วิตกกังวลของตนเองอย่างเข้าใจและยอมรับสามารถดำเนินชีวิตได้ อย่างปกติสุขได้ บุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่ จึงได้รับการอบรม เรื่อง การให้การปรึกษาจากหน่วยงานที่ภาครัฐและเอกชนจำนวนมากในระยะเวลาสั้นเพียง 3-5 วัน ส่วนใหญ่เน้นการเรียนในห้องเรียน ไม่มีการฝึกทักษะการปฏิบัติงานจริง จึงมักเป็นการพูดคุยกับผู้มีปัญหาเพื่อปลอบใจ ให้ข้อมูล ให้คำแนะนำ ชักจูงหวานล่อม ให้มีความคิดความเชื่อ และเลือกตัดสินใจตามผู้ทำหน้าที่ให้บริการปรึกษา ปัญหา จึงยังคงค้างคาใจอยู่ ไม่สามารถแก้ไขให้สำเร็จลุล่วงไปได้ ผู้รับการปรึกษบางรายกลับมีอาการ ความรู้สึกเลวร้ายมากขึ้นถึงขั้นฆ่าตัวตายก็มี

การให้การปรึกษาที่มีประสิทธิภาพ

ผู้ทำหน้าที่ให้การปรึกษา จะต้องเรียนรู้และฝึกให้รู้จักและเข้าใจตนเองก่อน เพื่อเตรียมความพร้อมที่จะรู้จักและเข้าใจผู้อื่น จึงจะสามารถนำแนวคิด หลักการ และเทคนิคต่างๆในการให้การปรึกษา แก่ผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอดส์โดยมีองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น การให้การปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อเอดส์ให้กินยาต้าน ไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วนต่อเนื่อง จะต้องมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเอดส์ คุณและโทษของยาต้าน ไวรัสเอดส์ สูตรยา ผลข้างเคียงของยา เป็นต้น

การฝึกฝน การประเมินตนเอง และได้รับการนิเทศ (Supervise) จากผู้เชี่ยวชาญ จะช่วยให้เกิด การเรียนรู้ที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง ในด้านความคิด อารมณ์ จิตใจ และความรู้สึกให้มีความพร้อมใน การรับรู้เข้าใจและติดตามเข้าถึงผู้รับบริการได้ชัดเจน โดยใช้ทักษะและกระบวนการให้การปรึกษาอย่าง เป็นธรรมชาติมากขึ้น เข้าใจคำพูดและภาษาท่าทางที่ติดต่อสื่อสารกัน สามารถเผชิญปัญหาและรับ อารมณ์ของผู้รับบริการได้อย่างสงบ รู้จังหวะในการพูดคุย (Response) และเตรียมคิดหาแนวทางโดย เปิดประเด็นพูดคุยถึงอารมณ์ ความรู้สึก ความรู้ ความสามารถที่มีอยู่ ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเกิดการ เรียนรู้วิธีคิด วิธีเปลี่ยนแปลงความคิด สามารถปรับความคิด ความรู้สึก และตัดสินใจได้ด้วยตนเอง

จุดมุ่งหมายของการให้การปรึกษา

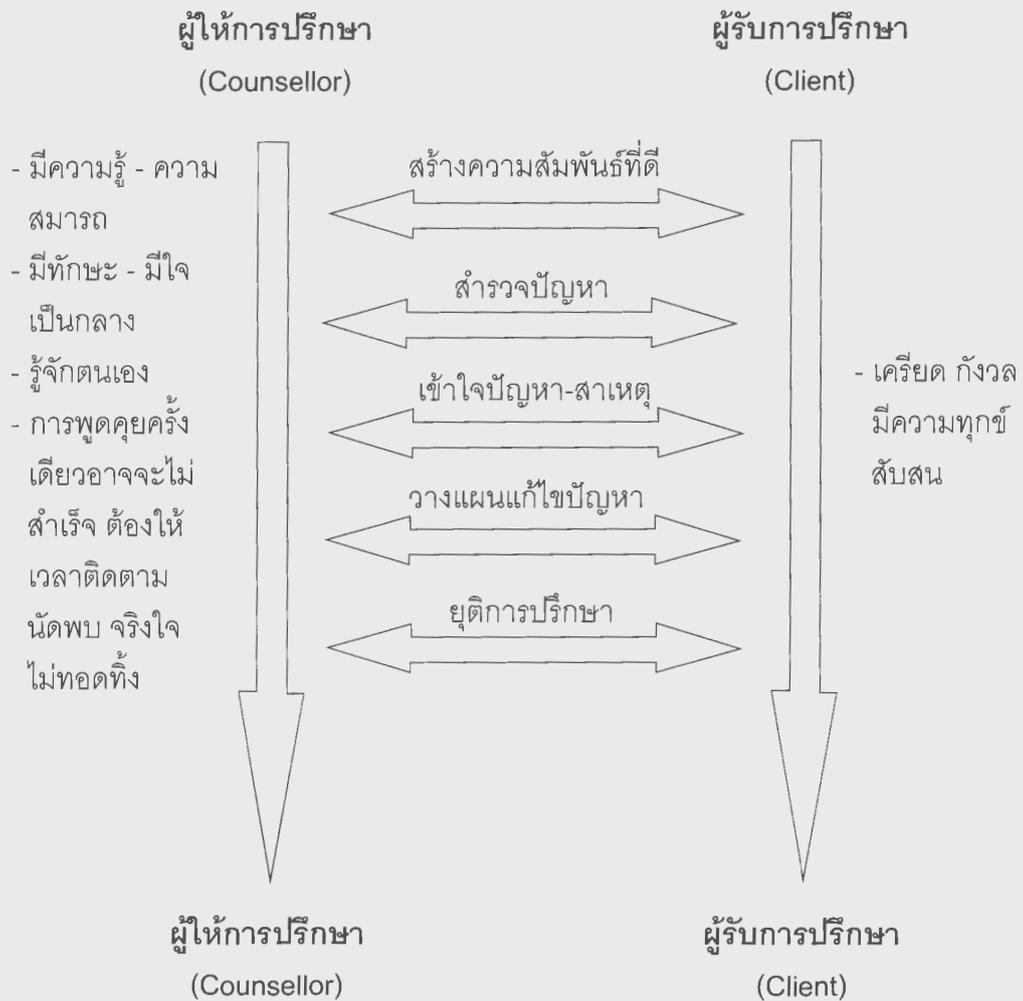
1. ช่วยให้ผู้รับการปรึกษายอมรับและเกิดความรับผิดชอบต่อปัญหาของตนเอง พร้อมทั้งปรับปรุงแก้ไขตนเองก่อน

2. มองเห็นประเด็นปัญหาสำคัญที่เกี่ยวข้อง เรียนรู้การติดต่อสื่อสาร และการสร้างสัมพันธภาพกับผู้เกี่ยวข้องเพื่อร่วมมือกันแก้ไขปัญหา

3. มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาซ้ำซ้อนและสามารถแก้ไข ป้องกันปัญหาได้ด้วยตนเอง

คุณสมบัติสำคัญของผู้ให้การศึกษา

1. มีความตระหนักรู้และเข้าใจตนเอง
2. มีคุณธรรม รู้จักเดินทางสายกลาง รู้จักการใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพ
3. ไวต่อการรับรู้อารมณ์ ความรู้สึก คำพูด ภาษาท่าทาง ทำให้รู้จักจุดอ่อนจุดแข็งในการจัดการปัญหาของผู้รับคำปรึกษา
4. เปิดใจกว้าง จริงใจ พร้อมที่จะรับฟัง ยอมรับไม่ว่าผู้รับการปรึกษาจะเป็นอย่างไร ไม่ยึดติดกับตัวเอง จะช่วยให้เกิดการติดต่อสื่อสารกันได้ดีด้วยดี
5. มีความรักในเพื่อนมนุษย์ และพร้อมที่จะช่วยเหลือ
6. มีการบันทึก Case ต่อเนื่อง และบันทึกสิ่งต่างๆที่เป็นข้อดี - ข้อเสีย สิ่งที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และสิ่งที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อทบทวน เรียนรู้ สิ่งที่เกิดขึ้นอย่างชัดเจน จะเป็นประโยชน์แก่ผู้อื่นได้
7. มีความสามารถในการให้การปรึกษาที่พัฒนาขึ้นเรื่อย ๆ จากการทบทวน ประมวลผลแต่ละรายที่ให้การปรึกษามีจุดบกพร่องหรือสิ่งดี ๆ ที่ทำให้เกิดการเรียนรู้และแก้ไขอย่างไร เป็นการพูดคุยกับผู้รับการปรึกษาอย่างมีขั้นตอน ในแต่ละขั้นตอนต้องอาศัยเทคนิคและทักษะในการพูดคุยเคลื่อนไหวไปตามลำดับขั้นอย่างเป็นธรรมชาติ



สุดท้ายผู้ให้การปรึกษา (Counsellor) หายไปเพราะ Client สามารถหาทางออกมีแนวทางการแก้ไขปัญหาได้ หรือ สามารถอยู่กับปัญหาอย่างสร้างสรรค์หรือสันติ

ปรับเปลี่ยนแนวคิด พฤติกรรม สามารถวางแผนดำเนินชีวิต ในทางสร้างสรรค์ ด้วยตนเอง
 ดร.จิ้น แปรี

ขั้นที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ

คุณสมบัติที่ดีของผู้ให้การปรึกษา จะช่วยให้เกิดสัมพันธภาพกับผู้รับการปรึกษาเมื่อแรกพบได้ และเมื่อได้มีการพูดคุย ทำความเข้าใจวัตถุประสงค์ ขอบเขต และกระบวนการของการพูดคุย จะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจและมีความพร้อมที่จะร่วมมือกันเรียนรู้ปัญหาและแก้ไขปัญหาดังตนเอง

ขั้นที่ 2 การสำรวจปัญหา เพื่อเข้าสู่ปัญหาและการลำดับความสำคัญของปัญหา เป็นการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ ความคิด อารมณ์ ความรู้สึก การแสดงออก คำพูด ท่าที ความพอใจ หรือความไม่พอใจ ความรู้ ความเข้าใจปัญหาของผู้รับการปรึกษาและปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยผู้ให้การปรึกษามีความสามารถในการใช้ทักษะที่จะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเกิดการเรียนรู้ สำรวจ รวบรวม ข้อมูลด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับปัญหา เพื่อเข้าสู่ปัญหาและการวางแผนแก้ไขปัญหาดัง

ขั้นที่ 3 การทำความเข้าใจปัญหาและการวางแผนแก้ไขปัญหาดัง

ผู้ให้การปรึกษาสามารถช่วยให้ผู้รับการปรึกษามองเห็นปัญหาที่แท้จริงและความต้องการที่ชัดเจนสามารถกำหนดเป้าหมายที่เป็นไปได้เป็นขั้น ๆ และวางแผนแก้ไขปัญหาดังต่อไปได้

ขั้นที่ 4 การวางแผนและการดำเนินการตามแผนและเป้าหมาย

แผนและเป้าหมายที่ตั้งไว้ อาจเปลี่ยนแปลงได้ ไม่สามารถทำตามแผนที่วางไว้เมื่อนำไปปฏิบัติ แล้วพบว่าทำไม่ได้หรือไม่เหมาะสม หรืออาจมีข้อมูลใหม่ที่เปลี่ยนแปลง หรือมีความเข้าใจที่แตก

ต่างไปจากเดิม ก็สามารถเปลี่ยนแปลงแผนและเป้าหมายได้ ซึ่งอาจมีการขอรับการปรึกษาต่อเนื่อง เพื่อช่วยสนับสนุนส่งเสริม ให้ผู้รับการปรึกษาสามารถมองเห็นและจัดระบบข้อมูล ช่วยให้เห็นปัญหาที่ซ่อนเร้นและปัญหาที่แท้จริง

ขั้นที่ 5 การยุติการให้การปรึกษา

เมื่อผู้ให้การปรึกษาเห็นว่า ผู้รับการปรึกษาสามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาดังด้วยตนเองต่อไปได้แล้ว จะต้องช่วยให้ผู้รับการปรึกษารับรู้ และเตรียมความพร้อมที่จะยุติการปรึกษา แต่ถ้าผู้รับการปรึกษายังรู้สึกกลัวที่ต้องเผชิญปัญหาโดยลำพัง ผู้ให้การปรึกษาจะค่อย ๆ ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเรียนรู้ศักยภาพตนเอง มีความสามารถพึ่งตนเองต่อไปได้ในที่สุดจะตัดสินใจในการยุติการปรึกษาได้เอง

เทคนิคและทักษะของการให้การปรึกษา

1. เทคนิคและทักษะในการสร้างความสัมพันธ์ มีทักษะในการแสดงความสนใจ ใส่ใจ ด้วยกิริยา ท่าทาง คำพูด แววตา ที่ยินดีต้อนรับพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือ

- แสดงความจริงใจ ทำให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นอยากมาขอรับคำปรึกษา

- มีอารมณ์ร่วม (Empathy) และยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไขด้วยท่าทีที่แสดงถึงเข้าใจอารมณ์ ความรู้สึก วิถีคิด วิถีมองสิ่งต่างๆของผู้รับการปรึกษา ไม่ประเมินคุณค่าของผู้รับการปรึกษา ไม่มีท่าทีตัดสินว่าดีหรือเลว จะช่วยให้ผู้รับการปรึกษารู้สึกปลอดภัยที่จะแสดงอารมณ์ ความรู้สึกที่แท้จริงออกมา เกิดการสำรวจอารมณ์ที่ลึกลงไปได้อีก

2. เทคนิคและทักษะในการสำรวจปัญหา

และการทำความเข้าใจปัญหา สาเหตุเป็นการพูดคุยต่อเนื่อง เพื่อติดตามอารมณ์ ความรู้สึกเรื่องราวของผู้รับการปรึกษา ร่วมกันค้นหาประเด็นปัญหาและความต้องการโดยใช้ทักษะต่าง ๆ ในการพูดคุยเพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้มีโอกาสเล่าเรื่อง ทบทวนความคิด อารมณ์ความรู้สึกของตนเอง เกิดการเรียนรู้และเข้าใจตนเอง สามารถบอกความคิด ความรู้สึก ปัญหาสาเหตุ และความต้องการที่แท้จริงของตนเองเพื่อหาแนวทางแก้ไขต่อไปได้

การเข้าถึงอารมณ์ ความคิด ความรู้สึก สำคัญเป็นอันดับแรก ให้เข้าใจและอยู่กับเขา ช่วยให้เขามองเห็นประเด็นในใจของเขา เห็นจุดบกพร่องจากความคิด อารมณ์ และเกิดการวางปมให้ถูกต้อง จะคลี่คลายได้ที่ละเปาะ ทักษะสำคัญที่ใช้ในการสำรวจปัญหา

1. การตั้งคำถาม ไม่เน้นเนื้อหา ไม่สัมภาษณ์ ถามตอบ ไม่ใช่คำถามนำ ไม่ใช่คำว่าทำไม ควรใช้คำถามเปิด เพื่อเปิดโอกาสให้เขาพูดได้มากที่สุด ช่วยให้ได้ระบาย ช่วยให้ได้รับรู้เรื่องราว อารมณ์ ความรู้สึก ความคิด ความเข้าใจที่มีอยู่ โดยการ ฟัง สังเกต ทวนซ้ำ สะท้อนความรู้สึก ให้เขาได้ตอบสนองความรู้สึกได้ชัดเจนขึ้น มีการสรุปเป็นช่วง ๆ ว่า เขารู้สึกอย่างไร มีปัจจัยอะไรที่เกี่ยวข้อง สามารถดึงข้อมูลออกมาให้เห็นชัดเจน ตรวจสอบความเข้าใจถูกต้องร่วมกัน แล้วค้นหารายละเอียด ซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่ลึกลงไป

2. เป็นผู้ฟังที่ดี อดทนติดตามเรื่องราวและอารมณ์ความรู้สึกด้วยความสนใจ มีสมาธิในการฟัง จับความรู้สึก จับประเด็นแยกแยะ รับรู้ข้อเท็จจริง ในเรื่องที่พูดคุยกัน การเป็นผู้ฟังที่ดี บางครั้ง

จะช่วยให้เขาเล่าความในใจทั้งหมดให้ฟังโดยที่เราไม่ต้องใช้คำถามเลยก็ได้

3. การสะท้อนความรู้สึก ถ้าสามารถจับอารมณ์ความรู้สึก ความคิด ของผู้พูดได้และสะท้อนออกมา จะช่วยให้ผู้พูดได้มีโอกาสคิดทบทวน และคลี่คลายปมได้ การสะท้อนที่ดี ต้องมีจังหวะในการสะท้อนและสะท้อนได้รวดเร็วไม่รอนาน ถ้าสะท้อนได้ตรงใจผู้พูด จะเกิดความรู้สึกที่ดี ว่ามีคนเข้าใจ รู้ใจ ทำให้มีเรื่องที่จะเปิดเผยออกมามากขึ้น

4. การทวนซ้ำในสิ่งที่ผู้รับการปรึกษาคิด และพูดออกมาเป็นการย้ำให้เห็นว่าเรากำลังฟังเขาอยู่ เพื่อตรวจสอบความเข้าใจตรงกัน และเปิดโอกาสให้คิดทบทวนและขยายความต่อให้ชัดเจนขึ้น

5. มีความรู้สึกร่วมแต่ไม่มากเกินไป เพื่อเข้าสู่โลกของความคิด ความรู้สึกของเขา ทำให้มีความรู้สึกเข้าใจกันมากขึ้น สามารถจับประเด็นปัญหาและมองเห็นทิศทางในการแก้ไข

6. มีการสรุปเรื่องราว อารมณ์ ความรู้สึก ให้ชัดเจน อาจเป็นการสรุปร่วมกัน ค้นหาข้อสรุปในบางประเด็น ช่วยให้มีโอกาสใคร่ครวญและหยุดคิดร่วมกัน ตรวจสอบความเข้าใจให้ตรงกัน ในที่สุด จะรู้ปัญหาสาเหตุ รู้ความต้องการจริง ๆ

เทคนิคและทักษะในการวางแผนแก้ไขปัญหา

ใช้ทักษะให้เขามีส่วนร่วมคิด จัดการกับปัญหา เขาคิดอะไรไว้ จะวางแผนอย่างไร มีวิธีการอย่างไร มีเป้าหมายหลักเป้าหมายรองอย่างไร ควรเริ่มต้นอะไรก่อน หลัง อาจต้องมีการสาธิตหรือฝึกซ้อมการกระทำหรือคำพูด ทำให้เห็นแนวทางได้

ชัดเจนขึ้น ถ้าไม่มีการเตรียมการ อาจแสดงผิด หรือพูดไม่เป็น ทำให้สถานการณ์เลวร้ายลงได้

เทคนิคและทักษะการยุติการปรึกษา

อาจยุติการพูดคุยในขั้นหนึ่ง (ยุติSession) และนัดหมายมาพบพูดคุยกันต่อเนื่อง ก่อนการยุติการพูดคุยอาจมีการสรุป มีการพูดคุยกันถึงระยะเวลาที่พูดคุยผ่านมาและให้รู้ว่ยังมีเวลาเหลืออยู่อีกกี่นาที ผู้พูดอาจรีบพูดในสิ่งที่อยากพูดหรือเพิ่มเติมอะไรอีก จะนัดหมายกันอย่างไรต่อไป แต่หากเรื่องที่พูดคุยกันเป็นเรื่องวิกฤติ อาจต้องให้เวลาเพื่อคุยกันให้กระจ่างชัดเดี๋ยวนั้น

เอกสารอ้างอิง

1. สุรินทร์ รณเกียรติ ทักษะและกระบวนการให้การปรึกษา. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2538 : 1-76
2. ทิพาพร อัสสรณะสมบัติ การให้การปรึกษาแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต. เชียงใหม่: นพบุรีการพิมพ์; 2546 : 1-48
3. ทิพาวัตติ เอมะวรรณณะ การให้การปรึกษาสู่มืออาชีพ. 2546 เอกสารอัดสำเนา
4. จีน แบร์รี่ Death and Dying Counselling. 2547. เอกสารอัดสำเนา