



วารสารสหวิชาการเพื่อสุขภาพ

Multidisciplinary Journal for Health

ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2566 Volume 5 Issue 2 July - December 2023

MDJH | ISSN 2673-0855

กรณีศึกษา

หน้า

การสอบสวนโรคเฉพาะรายกรณีผู้ป่วยโรคไข้สมองอักเสบเจอี: กรณีศึกษา

1 - 8

ตำบลปากน้ำ อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา

ชุตিকাญจน์ ถาวรเจริญ, สุกร น้อยใจบุญ ธนวัฒน์ ศรีศักดิ์เจริญ

และพันธมิตร ยืนยง

บทความวิจัย

หน้า

1. การเฝ้าระวังผลกระทบต่อการแพร่โรคพยาธิใบไม้เลือด พยาธิใบไม้ตับ

9 - 24

ที่มีหอยเป็นโฮสต์กึ่งกลางนำโรค และมีชีวิตครบวงจรในน้ำ ในพื้นที่โครงการ

ประจวบคิยวสินธุ์ จังหวัดเชียงใหม่ ปี 2563

นัทธวัชวัล กัญญะลา, กรรณิการ์ แก้วจันทะ และอดุลย์ศักดิ์ วิจิตร

2. การพัฒนากระบวนการตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วม

25 - 34

ของภาคเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโยชะกา

เทวิกา นิลวงษ์

3. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 30 2ส

35 - 43

ด้านความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในหมู่บ้าน

จัดการสุขภาพ ตำบลแก้มอัน อำเภोजอมบึง จังหวัดราชบุรี

ศุภวรรณ พงศ์ทอง

4. การพัฒนารูปแบบการให้บริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3A ในคลินิก

44 - 55

โรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงน้ำรักษ์

สุทธิลักษณ์ มิตศิลป์

วารสารสหวิชาการเพื่อสุขภาพ

วารสารสหวิชาการเพื่อสุขภาพ จัดทำโดยวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย ภูมิศึกษา และบทความวิชาการด้านสาธารณสุข และวิทยาศาสตร์สุขภาพในสาขาที่เกี่ยวข้อง

เจ้าของ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

บรรณาธิการ ดร.ภญ. กมลนัฏ ม่วงยิ้ม วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จ.ชลบุรี

ผู้ช่วยบรรณาธิการ ดร.ภญ. อรรคณ์ หวังประดิษฐ์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จ.ชลบุรี

กองบรรณาธิการ

ศ.ดร. ชยันต์ พิเชียรสุนทร	ราชบัณฑิต สำนักงานราชบัณฑิตยสภา
Prof. Dr. Tsutomu Kitajima	Faculty of Social Science, Kyorin University, Japan
รศ.ดร. สุธรรม นันทมงคลชัย	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.ดร. ทวีวรรณ ศรีสุขคำ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
รศ.ดร. อุทัยทิพย์ เจียวิวรรณกุล	คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.ดร. ภูมิ อติศักดิ์วัฒนา	คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร. ชุติศักดิ์ นิธิเกตุกุล	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รศ.ดร. สุวรรณ อินทร์น้อย	คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรมและเทคโนโลยี สถาบันเทคโนโลยีเจ้าคุณทหารลาดกระบัง
ผศ. พรพิมล วงศ์สุวรรณ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ดร.สุวิมล แสนเวียงจันทร์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี
ดร.จักรกฤษณ์ พลราชม	คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
ดร. นุสรา ประเสริฐศรี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์
ดร. ฉันทนา โสวัตร	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จ.สุพรรณบุรี
ดร.ภก. บุญมี โพธิ์คำ	วิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร จ.ปราจีนบุรี
ดร. วรยุทธ นาคอ้าย	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จ.ชลบุรี
ดร. วรัญญ์ศิษา ทรัพย์ประเสริฐ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จ.ชลบุรี

บทบรรณาธิการ

สวัสดีค่ะผู้อ่านทุกท่าน ฉบับนี้คือของขวัญปีใหม่สำหรับทุกท่านค่ะ และฉบับนี้ก็เป็นประจักษ์พยานว่าวารสารสหวิชาการเพื่อสุขภาพได้ทำหน้าที่เป็นสื่อกลางในการเผยแพร่บทความวิจัยและบทความวิชาการมาครบ 5 ปี เต็มแล้ว

ในปี 2562 เป็นปีแรกที่เรารู้ได้ทันทีว่าเราผ่านไปได้ด้วยการอุ้มชูของทีมบรรณาธิการผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขาวิชาการที่ส่งเสริมให้วารสารของเราเป็นสหวิชาการเพื่อสุขภาพได้อย่างแท้จริง โดยมีปัจจัยแห่งความสำเร็จอีกประการคือ ความมุ่งมั่นที่จะสร้างความเปลี่ยนแปลงใน Academic business ที่เรามุ่งมั่นจะทำให้วารสารสหวิชาการเพื่อสุขภาพเป็นแรงสนับสนุนแบบให้เปล่าแต่มีคุณภาพ เพื่อเป็นปัจจัยเอื้อสำหรับการเติบโตทางวิชาการของบรรดานักวิชาการสาธารณสุขที่เป็นนักรบในสมรภูมิสุขภาพ และเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์อีกหนึ่งชิ้นที่เป็นแหล่งเรียนรู้และแหล่งเผยแพร่ผลงานวิชาการที่ผู้ประพันธ์/นักวิจัยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการของตนเอง เพราะการเรียนรู้เพื่อนำไปสู่การพัฒนาตนเองได้อย่างเต็มศักยภาพนั้น ถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมวลมนุษยชาติ

แต่ด้วยบริบทของหน่วยงานที่เปลี่ยนแปลงไป เรามีการผลิตผลงานวิชาการและนวัตกรรมจากนักศึกษาในเครือข่ายเพิ่มมากขึ้น วารสารสหวิชาการเพื่อสุขภาพจึงตัดสินใจที่จะผันตัวเองมาเป็นปัจจัยเอื้อในความสำเร็จของนักศึกษาที่จะเผยแพร่ผลงานสู่สาธารณะผ่านวารสารที่มีมาตรฐานในระดับชาติ ดังนั้นเราจึงมุ่งเป้าไปที่มาตรฐาน TCI เป็นอันดับแรก ประกอบกับการที่เรามีปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือการมีบรรณาธิการฝ่ายผลิตเข้ามาดูแลวารสารทำให้เป้าหมาย TCI ที่ตั้งไว้ไม่ไกลเกินเอื้อม

แม้ลำดับความสำคัญของกลุ่มผู้ประพันธ์/นักวิจัย จะเปลี่ยนไปแต่เรายังคงเอื้อและสนับสนุนการเติบโตทางวิชาการของบุคลากรสาธารณสุขอย่างสม่ำเสมอเหมือนเดิม ดังนั้นหากท่านสนใจสามารถส่งผลงานวิจัยและผลงานวิชาการที่มีคุณภาพหลากหลายประเด็นมาเผยแพร่ ทั้งบทความด้านการแพทย์ ทันตกรรม เภสัชกรรม การแพทย์แผนไทย การพยาบาล สาธารณสุข และการศึกษาทางด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้อ่านและผู้สนใจได้นำไปใช้ประโยชน์ผ่านช่องทางอิเล็กทรอนิกส์บนฐานข้อมูล TCI โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย จากเว็บไซต์ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MDHJ/issue/archive>

ดิฉันขอใช้โอกาสนี้ขอบคุณผู้ร่วมเสนอผลงานทั้งบทความวิจัยและบทความวิชาการ ตลอดจนผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ทำให้เกียรติประเพณีบทความ และช่วยให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ ส่งผลให้วารสารสหวิชาการเพื่อสุขภาพมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น รวมทั้งขอขอบคุณทีมงานที่ช่วยกันสร้างสรรค์ให้วารสารเติบโตในวงการวิชาการในฐานะที่เป็นสื่อกลางในการเผยแพร่องค์ความรู้ที่นำไปสู่การพัฒนาสุขภาพต่อไป



ดร.ชญ. กมลนันทน์ ม่วงยิม

บรรณาธิการ

การสอบสวนโรคเฉพาะรายกรณีผู้ป่วยโรคไข้สมองอักเสบเจอี ตำบลปากน้ำ อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา

ชุดิกาญจน์ ถาวรเจริญ* สุกร น้อยใจบุญ* ธนวัฒน์ ศรีศักดิ์เจริญ* พันธะกานต์ ยืนยง*

บทคัดย่อ

วันที่ 11 สิงหาคม 2566 งานควบคุมโรค โรงพยาบาลบางคล้า ได้รับรายงานจากศูนย์ระบาดวิทยาโรคติดต่อ จังหวัดฉะเชิงเทรา พบผู้ป่วยยืนยันโรคไข้สมองอักเสบเจอี (JE) จำนวน 1 ราย ตรวจพบและเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ทีมสอบสวนโรค โรงพยาบาลบางคล้า จึงลงพื้นที่สอบสวนโรคระหว่างวันที่ 11 – 17 สิงหาคม 2566 โดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้ 1) เพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรค 2) เพื่อศึกษาลักษณะทางระบาดวิทยาของโรคตามบุคคล เวลา สถานที่ 3) เพื่อค้นหาแหล่งโรค วิธีการถ่ายทอดโรค และผู้สัมผัสโรค 4) เพื่อหามาตรการในการป้องกัน ควบคุมโรค การศึกษานี้เป็นการศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนาโดยใช้แบบสอบสวนเฉพาะรายโรคไข้สมองอักเสบ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการศึกษากาแฟมันที่รายงานการรักษาของผู้ป่วย และการสัมภาษณ์ผู้ปกครอง

ผลการสอบสวนโรคพบว่า ผู้ป่วยเป็นเพศชายอายุ 3 ปี 7 เดือน สัญชาติไทย ไม่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้สมองอักเสบ (JE) เมื่อวันที่ 9 กรกฎาคม 2566 เริ่มมีอาการไข้ ไม่ไอ ไม่มีน้ำมูก คลื่นไส้ อาเจียนเป็นน้ำ 2 ครั้ง ถ่ายเหลว 1 ครั้ง และรับประทานอาหารได้น้อยลง เข้ารับการรักษาที่คลินิกในอำเภอนมสารตามจังหวัดฉะเชิงเทรา จากนั้นวันที่ 11 กรกฎาคม 2566 มีอาการไข้ กระสับกระส่าย ซึม หลับ ไม่พูดคุย จึงไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลนวมสารคาม และส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลพุทธโสธร และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตามลำดับ ผลตรวจห้องปฏิบัติการ พบว่า Anti-Japanese Encephalitis IgM 65 unit (ค่าปกติ 0-39 unit) Anti-Dengue IgM 6 unit (ค่าปกติ 0-39 unit) Anti-Dengue IgG 9 unit (ค่าปกติ 0-99 unit) ผลการสำรวจสิ่งแวดล้อมลักษณะบ้าน หน้าต่ามีมุงลาด แต่ประตูไม่มีมุงลาด นอนไม่กางมุ้ง บริเวณรอบบ้านมีขยะจำนวนมาก เป็นทุ่งนาที่อยู่ระหว่างเตรียมปลูกและมีน้ำขัง ข้อเสนอแนะในการป้องกันควบคุมโรคครั้งนี้ควรมีการดำเนินการให้ภูมิคุ้มกันโรคเชิงรุก โดยการสำรวจเด็กกลุ่มเป้าหมายที่พักอาศัยในพื้นที่และติดตามการให้วัคซีนให้ครอบคลุม และรณรงค์ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงรำคาญตลอดจนการจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชนให้สะอาด อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

คำสำคัญ: สอบสวนโรค, โรคไข้สมองอักเสบเจอี (JE), ฉะเชิงเทรา

* โรงพยาบาลบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา

Email: yy.phanthakan@gmail.com

**Case Investigation of Japanese encephalitis (JE)
in Pak-nam sub-district, Bang-khla district, Chachoengsao province**

Chitikan Taworncharoen* Suporn NoiJaiboon* Thanawat Srisakcharoen* Phanthakan Yuenyong*

Abstract

On August 11, 2023, Bang-khla Hospital received a report of one confirmed case of Japanese Encephalitis (JE) from the Chachoengsao Epidemiology Center for Infectious Diseases. The patient was identified and treated at Chulalongkorn Hospital. The disease investigation team of Bang-khla Hospital subsequently conducted field investigation from August 11 to 17, 2023 with the following objectives: 1) to confirm the disease diagnosis 2) to study the epidemiological characteristics of the disease in terms of individual, time, and location 3) to identify the sources of disease, methods of transmission method, and contacts, and 4) to find measures for disease prevention and. This study was a descriptive epidemiological investigation using specific JE investigation form. Data were collected by patients' treatment reports and parents' interview.

The results indicated that the patient was 3-year and 7-month-old Thai male. The patient has never been vaccinated against JE and developed symptoms on July 9, 2023. These symptoms included fever, no cough, no runny nose, nausea, vomiting (twice), diarrhea and reduced food intake. The patient received treatment at a clinic in Phanom Sarakham District. On July 11, 2023, the patient exhibited fever, restlessness, lethargy, and speechlessness. Thus, prompting treatment at Phanom Sarakham Hospital. The patient was subsequently transferred to Buddhasothorn Hospital and Chulalongkorn Hospital for further treatment. Laboratory results showed anti-JE IgM at 65 units (normal range 0-39 units), anti-dengue IgM at 6 units (normal range 0-39 units), and anti-dengue IgG at 9 units (normal range 0-99 units). The environmental survey revealed that there was mosquito net in the windows, but no net in the doors and no bed netting at patient's house. There was a significant amount of household waste in the surrounding area. The house was in a rice field with waterlogged soil for cultivating. Recommendations for disease prevention in this case include proactive immunization targeting children residing in the area, monitoring vaccination status, and advocating for the destruction of mosquito breeding grounds. Additionally, environmental management should be consistently and regularly carried out to maintain cleanliness of the community.

Keywords: Case investigation, Japanese Encephalitis (JE), Chachoengsao

* Bang-khla Hospital, Chachoengsao

Email: yy.phanthakan@gmail.com

บทนำ

โรคไข้มองอักเสบ คือ กลุ่มโรคที่มีการอักเสบของเนื้อสมอง ซึ่งสามารถจำแนกเป็นโรคต่าง ๆ ได้จำนวนมาก เชื้อที่พบได้บ่อยและมีความสำคัญ คือ เชื้อไข้มองอักเสบเจอี (Japanese Encephalitis: JE)¹ โดยมีสุกรเป็นรังโรคที่สำคัญ สุกรที่ติดเชื้อมีโอกาสการ แต่เชื้อจะอาศัยอยู่ในกระแสเลือด เมื่อยุงพาหะกัด เชื้อจึงจะถ่ายทอดไปสู่คน ยุงพาหะที่นำโรค คือ ยุงรำคาญ ได้แก่ *Culex tritaeniorhynchus* และ *Culex gelidus* ส่วนใหญ่มักจะระบาดในช่วงฤดูฝน ประมาณเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนตุลาคม ลักษณะอาการเบื้องต้น ส่วนใหญ่จะมีอาการไข้สูง ปวดศีรษะ คอแข็ง กระตุก สั่น มีอาการชัก เป็นอัมพาต หรือมีอาการเพื่อจนกระทั่งหมดสติ โรคนี้มีอัตราป่วยตายสูง ประมาณร้อยละ 10 – 20 และประมาณ 2 ใน 3 ของผู้รอดชีวิต จะมีความพิการทั้งทางร่างกายและระบบประสาท ในขณะที่การรักษาส่วนใหญ่จะเป็นการรักษาตามอาการ เพื่อลดความเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน แต่หากมีการติดเชื้อที่เยื่อหุ้มสมอง ต้องมีการตรวจน้ำจากเยื่อหุ้มสมอง มาวินิจฉัยเพิ่มเติม² โดยเป็นการดูแลรักษาเฉพาะใน ICU บางครั้งจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ การป้องกัน และควบคุมโรค ทำได้โดยการหลีกเลี่ยงไม่ให้ถูกยุงกัด ไม่ควรเลี้ยงหมูในบริเวณใกล้บ้านที่อยู่อาศัย และป้องกันโดยการฉีดวัคซีน 2 ครั้ง ห่างกัน 1 เดือน และฉีดกระตุ้นอีก 1 ครั้ง หลังจากฉีดเข็มที่ 2 ได้ 1 ปี ซึ่งควรเริ่มให้วัคซีนนี้เมื่ออายุ 1 ปีครึ่ง พร้อมกับการให้ booster dose DTP และ OPV³

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไข้มองอักเสบเจอีในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554–2563 พบว่าโรคไข้มองอักเสบ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อย โดยปี พ.ศ. 2557 มีอัตราป่วยต่ำสุด 0.89 ต่อประชากรแสนคน แล้วเพิ่มขึ้นจนสูงสุดในปี พ.ศ. 2562 เป็น 1.36 ต่อประชากรแสนคน สำหรับอัตราป่วยมีแนวโน้มสูงผิดปกติเมื่อปี พ.ศ. 2559 ถึง 2.65 ต่อประชากรแสนคน⁴ ในส่วนของจังหวัดฉะเชิงเทรา และอำเภอบางคล้า ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561-2565 พบว่า ไม่มีรายงานผู้ป่วยด้วยโรคไข้มองอักเสบเจอี ใดๆ ก็ดี เมื่อวันที่ 11 สิงหาคม 2566 เวลา 11.25 น. งานควบคุมโรคติดต่อ โรงพยาบาลบางคล้า ได้รับแจ้งจากศูนย์ระบาดวิทยาโรคติดต่อจังหวัดฉะเชิงเทราว่า พบผู้ป่วยยืนยันโรคไข้มองอักเสบเจอี เป็นผู้ป่วยส่งต่อจากโรงพยาบาลพุทธโสธร ไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ยืนยันผลเป็นโรคไข้มองอักเสบเจอี จำนวน 1 ราย เป็นเพศชาย อายุ 3 ปี 7 เดือน มีที่พักอาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ร่วมกับ ทีม SRRT อำเภอบางคล้า จึงร่วมลงพื้นที่สอบสวนโรค เพื่อกันหามาตรการในการป้องกัน ควบคุมโรคต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรค
2. เพื่อศึกษาลักษณะทางระบาดวิทยาของโรคตามบุคคล เวลา สถานที่
3. เพื่อกันหาแหล่งโรค วิธีการถ่ายทอดโรค และผู้สัมผัสโรค
4. เพื่อหามาตรการในการป้องกัน ควบคุมโรค

วิธีการสอบสวนโรค

การสอบสวนโรคครั้งนี้ใช้การศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียน บันทึกทางการแพทย์ของโรงพยาบาลบางคล้าและโรงพยาบาลพุทธโสธร นอกจากนี้ยังมีการค้นหาเพิ่มเติมด้วยการรวบรวมข้อมูลจากมารดา และญาติผู้ป่วย โดยมีนิยามประเภทของผู้ป่วย ดังนี้

1. ผู้ป่วยสงสัย (Suspected case) หมายถึง ผู้ที่มีอาการตามเกณฑ์ทางคลินิก
2. ผู้ป่วยเข้าข่าย (Probable case) หมายถึง ผู้ที่มีอาการตามเกณฑ์ทางคลินิกและมีประวัติเชื่อมโยงทางระบาดวิทยากับผู้ป่วยยืนยัน ร่วมกับมีผลบวกตามเกณฑ์ทาง ห้องปฏิบัติการทั่วไปข้อใดข้อหนึ่ง
3. ผู้ป่วยยืนยัน (Confirmed case) หมายถึง ผู้ที่มีอาการตามเกณฑ์ทางคลินิก และมีผลบวกตามเกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการจำเพาะข้อใดข้อหนึ่ง

ผลการสอบสวนโรค

1. ข้อมูลสถานการณ์โรคใช้สมองอักเสบเฉียบพลัน

สถานการณ์โรคใช้สมองอักเสบเฉียบพลัน จากข้อมูลระบาดวิทยาอำเภอบางคล้า ตั้งแต่ปี 2561 – 2565 พบว่าอำเภอบางคล้าไม่มีรายงานผู้ป่วยด้วยโรคใช้สมองอักเสบเฉียบพลัน

2. ข้อมูลทางระบาดวิทยา

วันที่ 11 สิงหาคม 2566 เวลา 11.25 น. งานควบคุมโรคติดต่อ โรงพยาบาลบางคล้า ได้รับแจ้งจากศูนย์ระบาดวิทยาโรคติดต่อจังหวัดฉะเชิงเทราว่า พบผู้ป่วยยืนยันโรคใช้สมองอักเสบเฉียบพลัน เป็นผู้ป่วยส่งต่อจากโรงพยาบาลพุทธโสธร ไปรับการรักษาต่อโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการวันที่ 8 สิงหาคม 2566 ยืนยันผลโรคใช้สมองอักเสบเฉียบพลัน จำนวน 1 ราย เป็นเพศชาย อายุ 3 ปี 7 เดือน สัญชาติไทย อาชีพนักเรียน ภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดฉะเชิงเทรา ไม่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคใช้สมองอักเสบเฉียบพลัน ทั้งเข็มที่ 1 และ 2 เนื่องจากป่วยก่อนวันนัดรับวัคซีน จึงเลื่อนวันรับวัคซีน และมารับวัคซีนอีกครั้งเมื่ออายุ 1 ปี 6 เดือน ในวันที่ 7 กรกฎาคม 2564 รับวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอและคอตีบ ไอกรน บาดทะยัก และนัดมารับวัคซีนป้องกันโรคใช้สมองอักเสบเฉียบพลัน ในวันที่ 8 มิถุนายน 2565 แต่ไม่ได้มารับวัคซีนป้องกันโรคใช้สมองอักเสบเฉียบพลัน

วันที่ 9 กรกฎาคม 2566 มารดาแจ้งว่าผู้ป่วยเริ่มมีอาการไข้ ไม่มีน้ำมูก ไม่ดื่มนม รับประทานอาหารได้น้อย คลื่นไส้ อาเจียน และถ่ายเหลว เข้ารับการรักษาที่คลินิกหนึ่งในอำเภอนมสารตาม แพทย์สงสัยโรคไข้เลือดออก จากนั้นวันที่ 11 กรกฎาคม 2566 เวลา 19.00 น. ผู้ป่วยมีอาการไข้ ชีพจร ไม่มีแรง ลดไข้แล้วอาการยังไม่ดีขึ้น จึงเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบางคล้า โดยดำเนินการรักษาตามอาการแต่ผู้ป่วยไม่ดีขึ้น จึงส่งต่อโรงพยาบาลพุทธโสธร และรักษาในโรงพยาบาลพุทธโสธร ถึงวันที่ 21 กรกฎาคม 2566 แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน จากนั้นวันที่ 24 กรกฎาคม 2566 ผู้ป่วยมีอาการไข้ กระสับกระส่ายและมีอาการชักญาติจึงพาไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลพนมสารคาม และถูกส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลพุทธโสธร แพทย์วินิจฉัยเชื้อหุ้มสมองอักเสบแต่ไม่ทราบชนิดของเชื้อที่ทำให้เกิดโรค จึงส่งต่อเพื่อรับการรักษาที่

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยเพื่อทำการตรวจค้นหาโรคอีกครั้ง และแพทย์ได้วินิจฉัยว่าเป็นโรคไข้สมองอักเสบเจอี

การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น

จากการค้นหาผู้ป่วยสงสัยในตำบลปากน้ำ ช่วงระหว่างวันที่ 11-17 สิงหาคม 2566 ไม่พบผู้ป่วยสงสัย และจากการสำรวจความครอบคลุมการได้รับวัคซีนในตำบลปากน้ำในเด็กไทย อายุ 0-7 ปี จำนวน 233 คน เด็กต่างชาติ อายุต่ำกว่า 15 ปี จำนวน 10 คน พบว่าได้รับวัคซีนล่าช้า เป็นเด็กไทย จำนวน 6 คน เด็กต่างชาติ จำนวน 4 คน ในส่วนของเด็กที่เรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลปากน้ำ จำนวน 23 คน พบว่าได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ทุกคน

ข้อมูลสภาพแวดล้อมบ้านผู้ป่วย

ลักษณะบ้านเป็นบ้านเช่า มี 2 ห้อง ห้องหน้าเป็นผนังยิปซัมชั้นเดียว ห้องด้านหลังยกพื้นก่ออิฐชั้นเดียว หน้าต่างมีมุ้งลวด แต่ประตูไม่มีมุ้งลวด บริเวณบ้านของผู้ป่วยมีลักษณะเป็นร่องน้ำ และมีวัชพืชขึ้นเต็มพื้นที่ ถัดจากบ้านเป็นทุ่งนาที่อยู่ระหว่างการไถหน้าดินเตรียมปลูกพืชมีน้ำขังในทุ่งนาและภายในบ้านมีลูกน้ำของยุงรำคาญ และยุงลายอยู่ในโอ่งน้ำ รวมถึงวัสดุที่ไม่ได้ใช้ภายในบ้าน

ประวัติเดินทาง

วันที่ 30 มิ.ย. 2566 ผู้ป่วยติดตามบิดา มารดาไปตัดไม้บริเวณเชิงโรงงานแปรรูปสุกรห่างจากบ้านประมาณ 2 กิโลเมตร ลักษณะเป็นป่าไม้ข้างถนน ซึ่งผู้ป่วยได้นั่งเล่นรอบบริเวณป่าใกล้กับจุดตัดไม้ และเดินทางกลับบ้านในเวลา 19.00 น.

วันที่ 2 ก.ค. 2566 บิดา มารดา และผู้ป่วยเดินทางไปที่บ้านยาย ในตำบลเขาหินซ้อน อำเภอพนมสารคาม โดยบริเวณใกล้บ้านมีฟาร์มเลี้ยงสุกร และเดินทางกลับบ้านในวันเดียวกัน

ประวัติการเจ็บป่วย

วันที่ 9 กรกฎาคม 2566 มารดาแจ้งว่าผู้ป่วยมีอาการไข้ ไม่ไอ ไม่มีน้ำมูก ไม่ดูคนม ทานได้น้อย คลื่นไส้ อาเจียนเป็นน้ำ 2 ครั้ง ถ่ายเหลว 1 ครั้ง ไปรับการรักษาที่คลินิกในอำเภอพนมสารคาม แพทย์สงสัยไข้เลือดออก ส่งไปเจาะเลือดที่ รพ.พนมสารคาม แพทย์ให้กลับบ้านแจ้งว่าสงสัยติดเชื้อแบคทีเรีย

วันที่ 11 ก.ค. 2566 ผู้ป่วยมีอาการไข้ ชีพจร ไม่มีแรง ตาลอย อ่อนแรงทั้งตัว ไม่มีน้ำมูก เริ่มมีอาการไอมีเสมหะในลำคอ และเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบางคล้า ด้วยอาการไข้ ชีพจร ตาลอย มองทางขวาตลอดเวลา แพทย์ประเมินอาการ และดำเนินการรักษาอาการผู้ป่วยแต่ไม่ดีขึ้น จึงส่งต่อโรงพยาบาลพุทธโสธร

วันที่ 12 - 21 ก.ค. 2566 รับการรักษาที่โรงพยาบาลพุทธโสธร

วันที่ 24 ก.ค. 2566 ผู้ป่วยมีอาการไข้ กระสับกระส่าย นอนไม่หลับ และไม่รับประทานอาหาร ชีพจรไม่พุดคย ญาติจึงพาไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลพนมสารคามและถูกส่งไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลพุทธโสธร

วันที่ 24 – 27 ก.ค. 2566 รับการรักษาที่โรงพยาบาลพุทธโสธร แพทย์วินิจฉัย เชื้อหุ้มสมองอักเสบ แต่ไม่ทราบชนิดของเชื้อที่ทำให้เกิดโรค ดำเนินการส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

วันที่ 4 ส.ค. 2566 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จะเลือดส่งตรวจหาแอนติบอดี ไวรัสเจี และเดงกีด้วยเทคนิค ELISA

วันที่ 8 ส.ค. 2566 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการด้วยเทคนิค ELISA ยืนยันโรค ไข้สมองอักเสบเจี
ผลการตรวจห้องปฏิบัติการ

Anti-Japanese Encephalitis IgM 65 unit (ค่าปกติ 0-39 unit)

Anti-dengue IgM 6 unit (ค่าปกติ 0-39 unit)

Anti-dengue IgG 9 unit (ค่าปกติ 0-99 unit)

3. มาตรการควบคุมโรค

ผู้รับผิดชอบงานสุขศึกษา ร่วมให้ความรู้เรื่องโรค ไข้สมองอักเสบเจี กับครอบครัวผู้ป่วยและประชาชน รวมถึงรณรงค์ทำความสะอาดบ้านผู้ป่วยและบริเวณโดยรอบ รวมถึงประสานเทศบาลตำบลปากน้ำ ดำเนินการพ่นสารเคมีกำจัดยุงรำคาญและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุง โดยใช้เครื่องพ่นยุงแบบละอองฝอย (ULV) ในบ้านและบริเวณโดยรอบบ้านพักผู้ป่วย ซึ่งใกล้ฟาร์มเลี้ยงสุกร และศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 3 ครั้ง ในวันที่ 12, 14 และ 18 สิงหาคม 2566 ตามลำดับ

ดำเนินการเฝ้าระวังการเกิดโรคอย่างต่อเนื่องติดต่อกันเป็นเวลา 30 วัน จนถึง 10 กันยายน 2566 และรณรงค์ฉีดวัคซีนตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กที่ได้รับวัคซีนล่าช้า ได้แก่ เด็กไทย อายุ 0-7 ปี จำนวน 6 คน และเด็กต่างด้าว อายุ 0-15 ปี จำนวน 4 คน

อภิปรายผลการสอบสวนโรค

ผลการสอบสวนโรค พบผู้ป่วยโรค ไข้สมองอักเสบ โดยพบเชื้อ Anti-Japanese Encephalitis จากการสอบสวนโรคพบว่า เชื้อดังกล่าวพบในบริเวณพื้นที่ของจังหวัดฉะเชิงเทรา และจากการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ ที่ใกล้เคียงภายในบ้าน ชุมชน และสถานศึกษา ไม่พบผู้ป่วยรายใหม่ที่มีอาการหรือมีประวัติการสัมผัสโรคที่เข้ากับโรค ไข้สมองอักเสบ นอกจากนี้การสำรวจสิ่งแวดล้อมบริเวณบ้านผู้ป่วย รวมถึงพื้นที่เสี่ยงจากการทำงาน ของบิดามารดาผู้ป่วย ยังพบลูกน้ำยุงรำคาญ และยุงลายอยู่ แต่ในพื้นที่ไม่พบผู้ป่วยโรค ไข้สมองอักเสบ มากกว่า 5 ปี ทำให้ต้องมีการเฝ้าระวังโรคอย่างเข้มงวด สิ่งที่ต้องดำเนินการต่อ คือ การติดตามการรักษาของผู้ป่วย จนกว่าจะครบการรักษาและแพทย์อนุญาตให้กลับมาดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ทั้งยังต้องเฝ้าระวังตามประวัติการเดินทางของผู้ป่วย ป้องกันไม่ให้เกิดการระบาดของโรค พร้อมทั้งประชาสัมพันธ์ และให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค ไข้สมองอักเสบ และระวังไม่ให้ลูกยุงรำคาญกัด รวมถึงการติดตามการเข้ารับวัคซีนตามกลุ่มวัยของเด็กในพื้นที่ ทั้งที่เป็นคนไทย และคนต่างชาติ

ในพื้นที่ของอำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา เป็นพื้นที่ที่ไม่พบผู้ป่วย ไข้สมองอักเสบมากกว่า 5 ปี แต่ยังพบว่า มีแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงรำคาญภายในพื้นที่บ้านของผู้ป่วย ทำให้ต้องมีการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์

ลูกน้ำ ตามมาตรการที่กำหนดหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรมีการเฝ้าระวังการแพร่กระจายของโรคทั้งเชิงรุก และเชิงรับ โดยเฉพาะเด็กที่ได้รับวัคซีนไม่ครบตามเกณฑ์อายุ และควรมีการทบทวนการรายงานข้อมูลการสอบสวนโรคใช้สมองอักเสบ ในการเตรียมความพร้อมโดยใช้แนวทางที่มีการพัฒนาเพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน ทั้งยังมีการให้ความรู้และสร้างความเข้าใจกับประชาชนในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องทราบถึงความสำคัญของโรคใช้สมองอักเสบ และการได้รับวัคซีนตามเกณฑ์อายุ แนะนำให้นอนในมุ้งและทายากันยุง เพื่อป้องกันไม่ให้ถูกยุงกัด หรือกรณีมีบุคคลภายในบ้านมีอาการป่วยด้วยไข้ ปวดกล้ามเนื้อ หนาวสั่น หรือสงสัยว่าจะป่วยด้วยโรคที่มียุงเป็นพาหะนำโรค ให้รีบไปพบแพทย์หรือสถานพยาบาลใกล้บ้าน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการดำเนินการให้ภูมิคุ้มกันโรคในเชิงรุก สร้างความตระหนักให้ประชาชนเห็นความสำคัญของโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน และติดตามความครอบคลุมในประชากรกลุ่มเสี่ยง
2. รมรณรงค์ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงรำคาญ ตลอดจนการจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชนให้สะอาดอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ทีมผู้วิจัยขอขอบคุณเป็นอย่างยิ่งสำหรับภาคีเครือข่ายที่ร่วมกิจกรรมรณรงค์ควบคุมป้องกันโรคใช้สมองอักเสบ โดยใช้กระบวนการแบบบูรณาการทุกภาคส่วนจนกิจกรรมต่าง ๆ สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา เทศบาลตำบลปากน้ำ รพ.สต.บ้านม่วงโพรง ผู้นำชุมชนและอสม.ตำบลปากน้ำ รวมถึงผู้ดูแลผู้ป่วยและญาติที่ได้ให้ข้อมูลในการสอบสวนครั้งนี้ ชุมชน และประชาชนทุกคนที่ให้ความร่วมมือ ช่วยเหลือ เสียสละเวลาร่วมดำเนินงาน จนโครงการนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์สมองและประสาท โรงพยาบาลเพชรเวช. มีไข้สูง ปวดศีรษะ สัญญาณอันตรายของโรคใช้สมองอักเสบ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 14 ส.ค.2566] เข้าถึงได้จาก www.petcharavejhospital.com/th/article/article_detail/Encephalitis_JE.
2. วินัย รัตนสุวรรณ. โรคใช้สมองอักเสบ [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 18 ส.ค.2566] เข้าถึงได้จาก https://www.si.mahidol.ac.th/th/department/preventive/article_detail.asp?id=2
3. โรงพยาบาลพิษณุเวช. การรับวัคซีนสำหรับลูกน้อย [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 18 ส.ค.2566] เข้าถึงได้จาก <https://www.pitsanuvej.com/articles/vaccine-table>
4. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา. รายงานประจำปี สถานการณ์โรคที่เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา. นครราชสีมา: สำนักงานป้องกันควบคุมโรค; 2565
5. กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สสจ.ฉะเชิงเทรา. รายงานผู้ป่วยโรคใช้สมองอักเสบ จังหวัดฉะเชิงเทรา ปี 2565. ฉะเชิงเทรา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด; 2565

6. กองระบาดวิทยา. นิยามโรคและแนวทางการรายงานโรคติดต่ออันตราย และโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังในประเทศไทย. นนทบุรี. แคนนา กราฟฟิค; 2563
7. กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค. กำหนดการให้วัคซีน ตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี; 2566

**การเฝ้าระวังผลกระทบต่อการแพร่โรคพยาธิใบไม้เลือด พยาธิใบไม้ตับ
ที่มีหอยเป็นโฮสต์กึ่งกลางนำโรค และมีชีวิตครบวงจรในน้ำ
ในพื้นที่โครงการประจักษ์บายน้ำแม่สอย จังหวัดเชียงใหม่ ปี 2563**

นัทธชวัล กัญญะลา* กรรณิการ์ แก้วจันตะ* อคุลย์ศักดิ์ วิจิตร*

บทคัดย่อ

โครงการประจักษ์บายน้ำแม่สอยเป็นโครงการพัฒนาแหล่งน้ำเพื่อการเกษตรกรรมในพื้นที่ลุ่มน้ำปิงตอนล่างพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่และลำพูน โดยอยู่ในแผนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของกรมชลประทาน การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราการติดโรคหนอนพยาธิในประชาชนโฮสต์กึ่งกลางในธรรมชาติ ซึ่งได้แก่ปลาจืดเกล็ดขาว และหอยน้ำจืดฝาดเดียว ในพื้นที่ลุ่มน้ำปิงฝ่งจังหวัดเชียงใหม่และลำพูน มีพื้นที่ศึกษาจำนวน 9 หมู่บ้าน ผู้ได้รับผลกระทบ 12,101 ราย ดำเนินการในช่วงปี 2563

ผลการตรวจหาไข่ตัวอ่อนและปล้องสุกหนอนพยาธิในอุจจาระโดยการสุ่มตัวอย่าง 177 ราย ด้วยวิธี Formalin-ethyl acetate concentration technique (FECT) พบว่าประชาชนติดเชื้อโรคหนอนพยาธิ 2 ชนิด จำแนกเป็นไข่คล้ายพยาธิใบไม้ตับ *Opisthorchis viverrini*-like ร้อยละ 7.91 พยาธิ *Strongyloides stercoralis* ร้อยละ 2.82 การติดเชื้อหนอนพยาธิ 2 ชนิด ในคนเดียวกัน ร้อยละ 1.13 และพบโปรโตซัวในลำไส้ จำนวน 2 ชนิด จำแนกเป็น *Blastocystis hominis* ร้อยละ 1.69 และ *Giardia lamblia* ร้อยละ 0.56 การศึกษาโฮสต์พยาธิกึ่งกลางของพยาธิใบไม้จากการสำรวจการติดเชื้อตัวอ่อนของพยาธิในระยะเชอคาเรียในหอยน้ำจืดด้วยวิธี Digestion method จากหอยน้ำจืดจำนวน 1,098 ตัวอย่าง พบการติดเชื้อหนอนพยาธิจำนวน 134 ตัวอย่าง ในหอยน้ำจืด 8 ชนิด มีค่าความชุกเท่ากับ 12.2 % การศึกษาตัวอ่อนระยะติดต่อเมตาเซอร์คาเรียในปลาน้ำจืดเกล็ดขาว พบการติดเชื้อในปลาน้ำจืด จำนวน 9 ชนิด ผลการศึกษาหาตัวอ่อนพยาธิในมูลสัตว์รังโรค (สุนัข แมว วัว และควาย) ด้วยวิธี FECT จำนวน 200 ตัวอย่าง พบสัตว์รังโรคติดเชื้อพยาธิจำนวน 89 ตัว คิดเป็นร้อยละ 44.50

สรุปผลการศึกษาพบการติดเชื้อโรคหนอนพยาธิหลายชนิด ทั้งในประชาชนและโฮสต์กึ่งกลางในพื้นที่โครงการประจักษ์บายน้ำแม่สอย ซึ่งเป็นชนิดของพยาธิที่มีความสำคัญ และเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขในพื้นที่ มีสาเหตุจากพฤติกรรมอุปโภคบริโภคของประชาชนและสภาพสิ่งแวดล้อมตามธรรมชาติในพื้นที่ จึงควรต้องดำเนินการตรวจสอบตามแผนปฏิบัติงานโครงการ และให้มีการเก็บข้อมูลให้ประชาชนในพื้นที่เพื่อดำเนินการป้องกันการแพร่กระจายของโรคหนอนพยาธิที่เป็นปัญหาดังกล่าวหลังสิ้นสุดโครงการ

คำสำคัญ: การติดเชื้อหนอนพยาธิ, โฮสต์กึ่งกลาง, ประจักษ์บายน้ำแม่สอย

*สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่

E-mail: nadchawankanyala@gmail.com

Surveillance of the impact on the spread of parasitic infections in intermediate hosts at the Mae-Soi Watergate Project, Chiang Mai Province, 2020

Natchawan Kanyala* Kannika Kaeowchanta* Adulsak Wijit*

Abstract

Mae-Soi Watergate Project is a developmental project of water resources for agricultural purposes in the Ping River basin, the lower part of Chiang Mai and Lamphun provinces. It is a part of the impact assessment and environmental health protection plan by the Department of Irrigation. The purpose of this study is to investigate the prevalence of parasitic infections in the intermediate in the natural environment including freshwater fish and snails in the Ping River area on the Chiang Mai and Lamphun provinces' sides. The study covered 9 villages, affecting a total of 12,101 people, carried out in 2020.

The detection of eggs, and larval stages of parasites in human feces using the Formalin-ethyl acetate concentration technique (FECT) in 177 randomly selected samples showed that the samples were infected with two types of parasites: *Opisthorchis viverrini*-like at 7.91% and *Strongyloides stercoralis* at 2.82%. Co-infection of both parasitic types in the same individual was observed at 1.13%. Additionally, two types of protozoa, *Blastocystis hominis* at 1.69% and *Giardia lamblia* at 0.56%, were also detected. The study of intermediate hosts of *Opisthorchis viverrini*-like from the examination of metacercarial infection in freshwater snails using the digestion method showed that out of 1,098 snail samples, 134 were found to be infected with the parasites, with an infection rate of 12.2%. Similarly, the study of metacercarial infection in freshwater fish found that 9 fish species were infected with these parasites. The study also investigated the presence of larval-stage parasites in the feces of domestic animals such as dogs, cats, cows, and buffaloes using the FECT method. Out of 200 samples, 89 animals were found to be infected with parasites, constituting 44.50% of the examined samples.

In summary, this study identified multiple parasitic infections in both the human population and semi-domestic hosts in the Mae Soi Watergate Project. *Opisthorchis viverrini*-like is a significant health concern in the region due to the consumption habits and natural environmental conditions. These findings emphasize the importance of continued monitoring and data sharing to prevent the spread of these parasitic infections after the project's completion.

Keywords: Parasite infection, Intermediate hosts, Mae-Soi Watergate

* Office of Disease Prevention and Control, Region 1 Chiang Mai

E-mail: nadchawankanyala@gmail.com

บทนำ

การพัฒนาแหล่งน้ำในการก่อสร้างเขื่อน อ่างเก็บน้ำ หรือคลองระบายน้ำแบบระบบชลประทาน ล้วนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบนิเวศแหล่งน้ำ ซึ่งนอกจากจะส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ที่มีการพัฒนาแหล่งน้ำดังกล่าว โดยทั่วไปหลังการก่อสร้างเขื่อน หรืออ่างเก็บน้ำจะพบโรคที่มากับระบบนิเวศ ได้แก่ โรคมาลาเรีย โรคเท้าช้าง โรคพยาธิใบไม้ในเลือด เนื่องจากมีพาหะนำโรคที่สามารถขยายพันธุ์ได้ในบริเวณน้ำนิ่ง ซึ่งเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุข¹ การพัฒนาแหล่งน้ำ โครงการเขื่อน หรืออ่างเก็บน้ำเป็นโครงการซึ่งถูกกำหนดให้ต้องทำการศึกษาและจัดทำผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม (Environmental Impact Assessment: EIA) ทั้งคุณภาพสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติ และสุขภาพ ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ.2535 โดยมีมาตรการป้องกันและแก้ไขผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม การตรวจติดตามสิ่งแวดล้อมตามมาตรการที่ได้ระบุไว้ในโครงการ เมื่อดำเนินโครงการแล้ว ทั้งนี้การติดตามตรวจสอบผลกระทบทางด้านสาธารณสุข กรมชลประทานได้ขอความร่วมมือและสนับสนุนงบประมาณให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมผลกระทบต่อสุขภาพที่อาจจะเกิดขึ้นจากการดำเนินงานโครงการพัฒนาแหล่งน้ำ การดำเนินงานดังกล่าว จำเป็นต้องมีระบบฐานข้อมูลและเครือข่ายการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การติดตามตรวจสอบเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและรวดเร็ว²

โครงการประจักษ์บายน้ำแม่สอยที่ตั้งประจักษ์บายน้ำ ตั้งอยู่บ้านหนองคัน ตำบลแม่สอย อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่และตำบลหนองปลาทราย อำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน เป็นประจักษ์บายหลักโค้งจำนวน 10 บานประตู ขนาดความกว้าง 12.50 เมตร สูง 8 เมตร ความกว้างของอาคารรวมบันไดปลา 152 เมตร ซึ่งการเปิดปิดประจักษ์บายน้ำจะมีผลกระทบต่อระบบนิเวศของน้ำท้ายเขื่อน ลักษณะความจุระดับน้ำ +266.00 เมตร ระดับน้ำทะเลปานกลาง ระดับสันบาน 0266.00 เมตร ระดับน้ำทะเลปานกลาง ปริมาณกักเก็บ 9.35 ล้าน ลบ.ม. ปริมาณไหลเข้าประตูน้ำเฉลี่ย 3,298.78 ล้าน ลบ.ม./ปี พื้นที่โครงการประจักษ์แม่สอย 59,740 ไร่ มีประสิทธิภาพในการแก้ไข และบรรเทาปัญหาการขาดแคลนน้ำในพื้นที่เพาะปลูกของประชาชนในพื้นที่ ทั้งด้านการเกษตร การอุปโภคบริโภค และการรักษาระบบนิเวศน์ท้ายน้ำ โดยคำนึงถึงผลกระทบต่อปริมาณน้ำของเขื่อนภูมิพล³ จึงมีพื้นที่ที่ได้รับประโยชน์และได้รับผลกระทบจากโครงการ คือ สองฝั่งแม่น้ำปิง ได้แก่ พื้นที่อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ และพื้นที่อำเภอเวียงหนองล่อง และอำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน

ในปี พ.ศ.2556 กรมควบคุมโรค⁴ ได้ศึกษาข้อมูลพื้นฐาน ทำการสำรวจค้นหาปัญหาโรคหนอนพยาธิในประชาชน ในสัตว์รังโรค และ โฮสต์กึ่งกลางหอยน้ำจืด ในพื้นที่ผลกระทบโครงการประจักษ์แม่สอย จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งวงจรชีวิตพยาธิใบไม้ตัวเต็มวัย อาศัยอยู่ในอวัยวะส่วนต่าง ๆ ของโฮสต์ซึ่งเป็นคนหรือสัตว์ที่มีกระดูกสันหลัง มีการผสมพันธุ์แบบอาศัยเพศ และออกไข่ในบริเวณอวัยวะที่อาศัยอยู่ ไข่ออกสู่ภายนอกร่างกายโดยปนออกมากับอุจจาระ เสมหะ หรือปัสสาวะลงสู่สิ่งแวดล้อมเป็นตัวอ่อนระยะไมราซิเดียม (Miracidium) ออกจากไข่ว่ายไปในน้ำแล้วไชเข้าสู่หอยน้ำจืดซึ่งเป็นโฮสต์ตัวกลางตัวที่ 1 (First intermediate host)

แล้วเจริญเป็นตัวอ่อนระยะสปอโรซิสต์ (Sporocyst) บริเวณลำไส้ของหอยหรือเจริญไปเป็นตัวอ่อนระยะสปอโรซิสต์ลูก (Daughter sporocyst) สำหรับพยาธิใบไม้เลือดจะมีระยะสปอโรซิสต์ 1 รุ่นหรือ 2 รุ่น แล้วแต่ชนิดของพยาธิ ส่วนพยาธิใบไม้ชนิดอื่นจะเจริญต่อไปเป็นระยะรีเดีย (Redia) และเซอร์คาเรีย (Cercaria) เมื่อเซอร์คาเรียเจริญเต็มที่ไข่จะไขออกจากหอยว่ายอยู่ในน้ำ เมื่อพบโฮสต์ตัวกลางตัวที่ 2 (Second intermediate host) ที่เหมาะสม เช่น กุ้ง หอย ปู ปลาจะไขเข้าไปและสลัดหางทิ้ง แล้วสร้างถุงซิสต์กลายเป็นตัวอ่อนระยะเมตาเซอร์คาเรีย (Metacercaria) ซึ่งเป็นระยะติดต่อ เมื่อคนหรือสัตว์มีกระดูกสันหลังซึ่งเป็นโฮสต์สุดท้าย (Definitive host) มากินตัวอ่อนพยาธิระยะเมตาเซอร์คาเรียเข้าไป ตัวอ่อนพยาธิจะออกจากถุงซิสต์บริเวณส่วนบนหรือส่วนต้นของลำไส้เล็กแล้วเดินทางไปยังอวัยวะของโฮสต์ที่พยาธิเหล่านั้นต้องการอาศัยอยู่เจริญเป็นตัวเต็มวัย

จากการสำรวจหอยช่วงฤดูฝน ในเดือนมิถุนายน ซึ่งอยู่ในช่วงกำลังก่อสร้างเขื่อน ยังไม่พบไข่พยาธิในเลือด *Schistosoma mekongi* ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขในตัวอย่างอุจจาระของประชาชนในพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบและในสัตว์รังโรค รวมทั้งโฮสต์กึ่งกลาง นอกจากนี้ผลการสำรวจหอยพาหะไม่พบหอย *Neotricula aperta* อย่างไรก็ดี จากการศึกษาช่วงเดียวกันพบหนอนพยาธิประจำถิ่นสำคัญได้แก่ พยาธิใบไม้ตับ ซึ่งมีอัตราความชุก ร้อยละ 31.5 ของประชาชนในพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบ รวมถึงพยาธิปากขอ และพยาธิแส้ม้าในสุนัขและแมวที่สามารถติดต่อสู่คนได้

การศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมก่อนทำการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพในการแพร่โรคหนอนพยาธิเป็นการติดตามการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ด้านการแพร่โรคหนอนพยาธิที่เกิดจากน้ำเป็นสื่อ ได้แก่ การค้นหาผู้ติดเชื้อโรคหนอนพยาธิ และ โปรโตซัวในลำไส้ของประชาชนที่อยู่ในพื้นที่รับน้ำของโครงการฯ การติดเชื้อโรคหนอนพยาธิโฮสต์กึ่งกลาง ได้แก่ หอยน้ำจืดชนิดฝาคีว ปลาน้ำจืดชนิดเกล็ดขาว รวมทั้งมูลสัตว์รังโรค (สุนัข แมว วัว และควาย) ทำให้ทราบปัญหาและสามารถให้การรักษาดังจรรยาบรรณโรคหนอนพยาธิของประชาชน และสัตว์รังโรคในพื้นที่เป้าหมาย และวางแผนในการควบคุมโรคทางด้านสาธารณสุขในพื้นที่ ซึ่งจะช่วยให้สามารถทำนายสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงหรือมีอุบัติการณ์ของโรคเพิ่มขึ้น เพื่อเสนอต่อผู้รับผิดชอบให้ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งอาศัยข้อมูลทางด้านวิชาการเป็นแนวทางในการจัดการเพื่อแก้ไขผลกระทบทางด้านสาธารณสุข โดยกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกัน ตลอดจนให้มีการถ่ายทอดเทคโนโลยีสู่ผู้รับผิดชอบงานในระดับพื้นที่ เพื่อเฝ้าระวังป้องกันโรคอย่างต่อเนื่อง รวมถึงสร้างกระบวนการเรียนรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้องในการลดโรคของพื้นที่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาชนิดและความหนาแน่นของปลาน้ำจืดและหอยน้ำจืด
2. เพื่อศึกษาอัตราความชุก และการติดเชื้อหนอนพยาธิในคนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลแม่สอย

อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่

3. เพื่อศึกษาความชุกของหนองพยาธิในหอย และปลาน้ำจืดจากแหล่งน้ำธรรมชาติที่เป็นโฮสต์กึ่งกลางของพยาธิใบไม้เลือด พยาธิไม้ตับ และพยาธิใบไม้ลำไส้

4. เพื่อศึกษาความชุกของหนองพยาธิในสัตว์รังโรคมาสู่คน ได้แก่ สุนัข แมว วัว และควาย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาการติดเชื้อโรคหนองพยาธิของประชาชน หอยและปลาที่เป็นโฮสต์กึ่งกลางพยาธิใบไม้ สัตว์รังโรค (สุนัข แมว วัว และควาย) กำหนดพิกัดพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบ และพื้นที่ที่ได้รับประโยชน์ในการศึกษานี้ ทำการศึกษาในพื้นที่ตำบลแม่สอย อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ และตำบลหนองปลาทราย อำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน ซึ่งเป็นพื้นที่ติดลำน้ำปิง และอยู่ในพื้นที่โครงการประจักษ์น่านแม่สอย เพื่อตรวจสอบการติดเชื้อโรคหนองพยาธิในประชาชนและโฮสต์กึ่งกลาง มีพื้นที่สำรวจและเก็บตัวอย่างแสดงในตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 พื้นที่สำรวจและเก็บตัวอย่างโรคหนองพยาธิ

พื้นที่ศึกษาในประชาชน/สัตว์รังโรค	พิกัดกลุ่มตัวอย่างหอยน้ำจืด/ ปลาน้ำจืดเกล็ดขาว	
	จุดสำรวจ/หมู่บ้าน	หอยน้ำจืด/ปลาน้ำจืดเกล็ดขาว
ตำบลแม่สอย อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่		
หมู่ที่ 1 บ้านสบเปะ	หมู่ที่ 1 บ้านสบเปะ	18°25'39"N 98°63'81"E
หมู่ที่ 2 บ้านนาบก	หมู่ที่ 2 บ้านนาบก	18°25'71"N 98°62'28"E
หมู่ที่ 3 บ้านม่อนหิน	หมู่ที่ 3 บ้านม่อนหิน	18°24'82"N 98°60'38"E
หมู่ที่ 1 บ้านหนองคัน	หมู่ที่ 1 บ้านหนองคัน	18°27'56"N 98°64'09"E
หมู่ที่ 3 บ้านแม่สอย	หมู่ที่ 3 บ้านแม่สอย	18°28'30"N 98°64'78"E
หมู่ที่ 7 บ้านสบสอย	หมู่ที่ 7 บ้านสบสอย	18°29'07"N 98°64'69"E
ตำบลหนองปลาทราย อำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน		
หมู่ที่ 2 บ้านหนองปลาทราย	หมู่ที่ 2 บ้านหนองปลาทราย	18°34'25"N 98°70'79"E
หมู่ที่ 7 บ้านสันเจดีย์ริมปิง	หมู่ที่ 7 บ้านสันเจดีย์ริมปิง	18°33'77"N 98°70'40"E
หมู่ที่ 8 บ้านปากล้อง	หมู่ที่ 8 บ้านปากล้อง	18°34'96"N 98°70'59"E

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการสุ่ม โดยกำหนดให้ 1 หมู่บ้าน คือ 1 cluster (Cluster sampling technique) ได้จำนวนตัวอย่างทั้งหมด 177 คน ตามสูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างของ Daniel⁵

การเลือกตัวอย่างเข้าสู่การศึกษา ใช้การสุ่มตัวแทนจากหลังคาเรือนละ 1 ตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายกระจายตามกลุ่มอายุ และเพศในสัดส่วนที่นักวิจัยกำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ตรวจหาไข่ และตัวอ่อนพยาธิในอุจจาระด้วยกล้องจุลทรรศน์ โดยวิธี Formalin-Ethyl acetate Concentration Technique (FECT)⁶ ดำเนินการเก็บตัวอย่างในช่วงเดือนมิถุนายน 2563
2. ตรวจสอบการติดเชื้อตัวอ่อนพยาธิใบไม้ในโฮสต์กึ่งกลาง ได้แก่ หอยน้ำจืด ทำการชอนเก็บตัวอย่างเพื่อนำมาวิเคราะห์ตัวอย่างความหนาแน่นของประชากรหอย และตรวจสอบการติดเชื้อด้วยวิธี Digestion method⁷ ดำเนินการเก็บตัวอย่างในช่วงเดือนกรกฎาคม 2563
3. ตรวจสอบการติดเชื้อตัวอ่อนระยะติดต่อของพยาธิใบไม้ในปลาน้ำจืดชนิดเกล็ดขาว ทำการเก็บตัวอย่างด้วยการจับด้วยแหโดยประชาชนในพื้นที่ที่กรณีที่ไม่สามารถจับปลาตามปกติที่กำหนดได้ ทีมผู้วิจัยจะขอซื้อปลาจากประชาชนในชุมชนที่ลงจับในพื้นที่รัศมี 200 เมตรจากจุดสำรวจ เพื่อศึกษาการติดเชื้อในระยะ Metacercariae ด้วยวิธี Digestion method⁷ ดำเนินการเก็บตัวอย่างในช่วงเดือนกรกฎาคม 2563
4. หาตัวอ่อนพยาธิในมูลสัตว์รังโรค (สุนัข แมว วัว และควาย) ด้วยวิธี FECT⁶ โดยเก็บมูลสุนัขและแมวจากตัวอย่างมูลสดที่ได้จากสัตว์ที่ถ่ายออกมาใหม่ ส่วนมูลวัวและควาย ทำการล้างอุจจาระโดยตรงออกจากทวารหนักของสัตว์ ดำเนินการเก็บตัวอย่างในช่วงเดือนกรกฎาคม 2563 โดยผู้เชี่ยวชาญจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคหนองพยาธิ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี เลขที่ COA.NO.2020/T12 เมื่อวันที่ 25 มีนาคม พ.ศ. 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ประเมินผลโดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม หรือข้อมูลจากการศึกษาในอดีต รวมถึงข้อมูลความชุกโรคหนองพยาธิใบไม้ในคนและโฮสต์กึ่งกลาง โดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป

ผลการวิจัย

1. โรคหนองพยาธิและโปรโตซัวในอุจจาระประชาชน

จากการตรวจอุจจาระในกลุ่มตัวอย่างประชาชนจำนวนทั้งหมด 177 คน โดยประชาชนกลุ่มตัวอย่างจากตำบลบึงเปะ อำเภोजอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 6 หมู่บ้าน และกลุ่มตัวอย่างจากตำบลหนองปลาทราย อำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน จำนวน 3 หมู่บ้าน พบว่าประชาชนติดเชื้อหนองพยาธิและโปรโตซัวในลำไส้ทั้งหมด 25 คน คิดเป็นร้อยละ 14.12 โดยพบว่าการติดเชื้อโรคหนองพยาธิ จำนวน 2 ชนิด จำแนกเป็นไข่คล้ายพยาธิใบไม้ตับ *Opisthorchis viverrini*-like จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 7.91 พยาธิสตรองจิลอยด์ *Strongyloides stercoralis* จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 2.82 การติดเชื้อหนองพยาธิ 2 ชนิดในคนเดียวกัน จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.13 และตรวจพบโปรโตซัวในลำไส้ จำนวน 2 ชนิด จำแนกเป็น

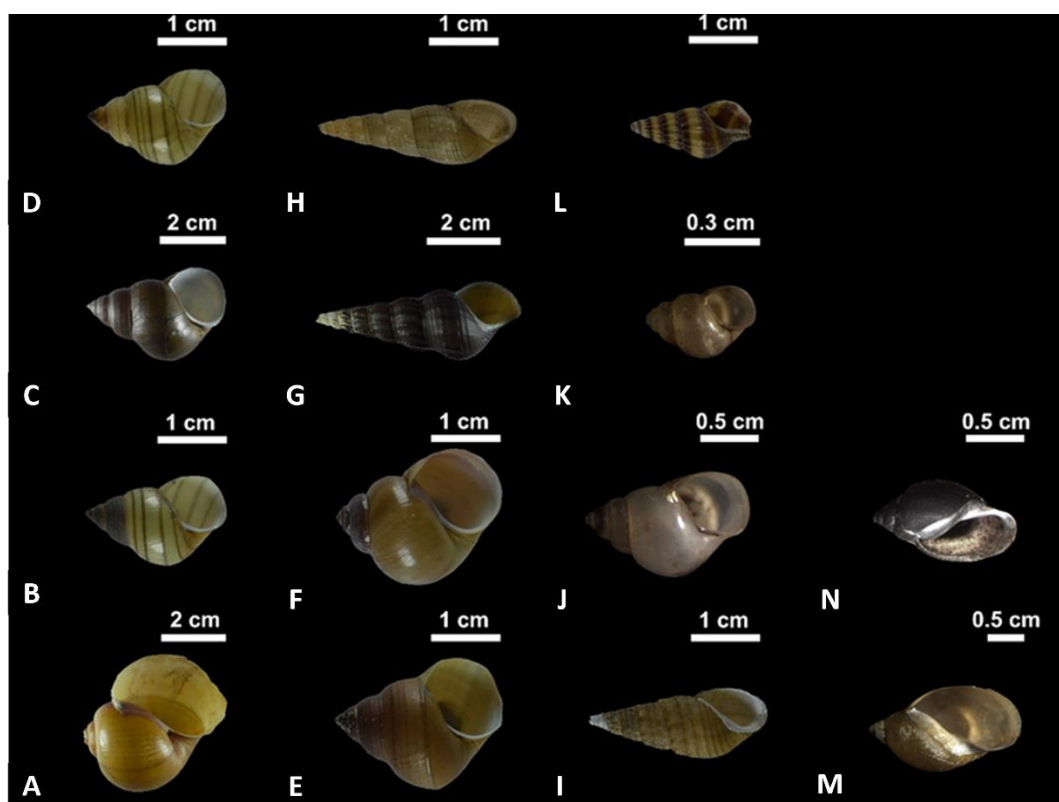
Blastocystis hominis จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 1.69 และ *Giardia lamblia* จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.56 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการตรวจอุจจาระประชาชน ในพื้นที่โครงการประจักษ์บายน้ำแม่สอย ปี 2563

ชื่อสถานบริการ สาธารณสุข	หมู่ที่/ชื่อหมู่บ้าน	จำนวน ส่งตรวจ	จำนวนที่พบ พยาธิและ โปรโตซัว ในลำไส้	ผลการตรวจ				
				<i>Opisthorchis viverrini</i>	<i>Strongyloides stercoralis</i>	Mixed infection	<i>Blastocystis hominis</i>	<i>Giardia lamblia</i>
โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล บ้านวังน้ำหยาด	หมู่ 1 บ้านหนองคัน	9	0	0	0	0	0	0
			(0.00)	(0.00)	(0.00)	(0.00)	(0.00)	(0.00)
	หมู่ 3 บ้านแม่สอย	10	2	1	0	0	0	1
			(20.00)	(10.00)	(0.00)	(0.00)	(0.00)	(10.00)
	หมู่ 7 บ้านสบสอย	10	3	3	0	0	0	0
			(30.00)	(30.00)	(0.00)	(0.00)	(0.00)	(0.00)
โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล บ้านสบเปะ	หมู่ 1 บ้านสบเปะ	16	5	4	0	1 (6.25) (Ov+Ss)	0	0
			(31.25)	(25.00)	(0.00)		(0.00)	(0.00)
	หมู่ 2 บ้านนาทบ	15	4	0	3	1 (6.67) (Ov+T spp.)	0	0
			(26.67)	(0.00)	(20.00)		(0.00)	(0.00)
	หมู่ 3 บ้านม่อนหิน	14	5	4	1	0	0	0
			(35.71)	(28.57)	(7.14)	(0.00)	(0.00)	(0.00)
โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล หนองปลาซวย	หมู่ 1 บ้านหนองสูง	14	0	0	0	0	0	0
			(0.00)	(0.00)	(0.00)	(0.00)	(0.00)	(0.00)
	หมู่ 2 บ้านหนอง ปลาซวย	45	2	1	0	0	1	0
			(4.44)	(2.22)	(0.00)	(0.00)	(2.22)	(0.00)
	หมู่ 6 บ้านหนองเจริญ	10	1	1	0	0	0	0
			(10.00)	(10.00)	(0.00)	(0.00)	(0.00)	(0.00)
	หมู่ 7 บ้านสันเจดีย์ริมปิง	24	2	0	0	0	2	0
			(8.33)	(0.00)	(0.00)	(0.00)	(8.33)	(0.00)
	หมู่ 8 บ้านปากล้อง	10	1	0	1	0	0	0
			(10.00)	(0.00)	(10.00)	(0.00)	(0.00)	(0.00)
รวม			25	14	5	2	3	1
			177	(14.12)	(7.91)	(2.82)	(1.69)	(0.56)

2. การติดเชื้อมหอยน้ำจืดโดยไม่ระยะเชอร์คาร์เรียในหอยน้ำจืด

จากการศึกษาหอยน้ำจืดบริเวณโครงการประจวบฯ น้ำแม่สอย พื้นที่ตำบลสบเปะ อำเภอมืองทอง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 6 หมู่บ้าน และกลุ่มตัวอย่างจากตำบลหนองปลาสุว อำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน จำนวน 3 หมู่บ้าน พบหอยน้ำจืดจากพื้นที่โครงการประจวบฯ น้ำแม่สอย จาก 9 จุดเก็บตัวอย่าง จำนวน 1,098 ตัว จัดจำแนกตามลักษณะทางสัณฐานวิทยาของเปลือกหอยได้ 7 วงศ์ 11 สกุล 14 ชนิด ดังภาพที่ 1 และจากตัวอย่างหอยน้ำจืดจำนวน 1,098 ตัวอย่าง พบการติดเชื้อหอยพยาธิจำนวน 134 ตัวอย่าง ในหอยน้ำจืด 8 ชนิด จากทั้งหมด 14 ชนิด มีค่าความชุกร้อยละ 12.2 โดยการติดเชื้อพยาธิมีค่าความชุกที่แตกต่างกัน ซึ่งหอยบางชนิดเป็นโฮสต์กึ่งกลางของพยาธิที่เป็นอันตรายต่อประชาชนในพื้นที่ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3



ภาพที่ 1 ชนิดของหอยน้ำจืดที่พบในพื้นที่โครงการประจวบฯ น้ำแม่สอย จากจำนวน 9 จุดเก็บตัวอย่าง ได้แก่ (A) *Pomacae canaliculate*; (B) *Filopaludina filosa*; (C) *Filopaludina martensi martensi*; (D) *Filopaludina sumatrensis polygramma*; (E) *Idiopoma dissimilis*; (F) *Mekongia swainsoni swainsoni*; (G) *Brotia costula costula*; (H) *Melanoides tuberculata*; (I) *Tarebia granifera*; (J) *Bithynia siamensis siamensis*; (K) *Bithynia pulchella*; (L) *Anentome helena*; (M) *Radix auricularia rubiginosa*; (N) *Physa acuta*

ตารางที่ 3 การติดพยาธิของหอยน้ำจืดในพื้นที่โครงการประจักษ์น่านแม่สอย จังหวัดเชียงใหม่-ลำพูน

วงศ์	ชนิดหอย	จำนวนหอยทั้งหมด	จำนวนหอย ที่ติดหนอนพยาธิ	ความชุก (ร้อยละ)
Ampullariidae	<i>Pomacea canaliculata</i>	10	0	0
Physidae	<i>Physa acuta</i>	14	0	0
Bithyniidae	<i>Bithynia siamensis siamensis</i>	103	6	5.8
	<i>Bithynia pulchella</i>	237	83	35
Viviparidae	<i>Filopaludina filosa</i>	5	0	0
	<i>Filopaludina martensi martensi</i>	126	15	11.9
	<i>Filopaludina sumatrensis polygramma</i>	110	7	6.4
	<i>Idiopoma dissimilis</i>	20	3	15
	<i>Mekongia swainsoni swainsoni</i>	69	6	8.7
Lymnaeidae	<i>Radix auricularia rubiginosa</i>	91	0	0
Nassariidae	<i>Anentome helena</i>	208	11	5.3
Thiaridae	<i>Brotia costula costula</i>	100	0	0
	<i>Melanoides tuberculata</i>	4	3	75
	<i>Tarebia granifera</i>	1	0	0
รวม		1098	134	12.2

3. ความชุกชนิดตัวอ่อนพยาธิใบไม้ระยะติดต่อเมตาเซอร์คาเรียในปลาน้ำจืด

จากการศึกษาความชุกของพยาธิใบไม้ระยะติดต่อเมตาเซอร์คาเรียในปลาเกล็ดขาว บริเวณโครงการประจักษ์น่านแม่สอย โดยการเก็บตัวอย่างปลาน้ำจืดในพื้นที่ตำบลสบเปะ อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 6 หมู่บ้าน ตัวอย่าง 100 ตัว พบการติดเชื้อพยาธิจำนวน 62 ตัว คิดเป็นร้อยละ 62 ดังแสดงในตารางที่ 4 และกลุ่มตัวอย่างจากตำบลหนองปลาทราย อำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน จำนวน 3 หมู่บ้าน ตัวอย่าง 100 ตัว พบการติดเชื้อพยาธิจำนวน 34 ตัว คิดเป็นร้อยละ 34 ดังแสดงในตารางที่ 5 ทั้งนี้พบปลาน้ำจืดรวมทั้งหมด 11 ชนิด ได้แก่ ปลากระสูบขีด (*Hampala macrolepidota*) ปลากระมัง (*Puntioplites proctozyson*) ปลากระแห (*Barbodes schwaenfeldi*) ปลาเกล็ดถี่ (*Thynnichthys thynnoides*) ปลาตะเพียนขาว (*Barbonymus gonionotus*) ปลาแปบควาย (*Paralaubuca typus*) ปลาสร้อยนกเขา (*Osteochilus vittatus*) ปลาหลังหนาม, หนามหลัง, ขี้ยอก, น้ำปี้ (*Mystacoleucus marginatus*) ปลาร่องไม้ดัด (*Osteochilus microcephalus*) ปลาสร้อยขาว, ขาว (*Henicorhynchus siamensis*) ปลาสร้อยลูกกล้วย, ซ่า (*Labiobarbus leptocheila*)

ตารางที่ 4 อัตราการติดเชื้อตัวอ่อนพยาธิใบไม้ในกระดองเมตาเซอรคาเรียในตัวอย่างปลาน้ำจืด พื้นที่ตำบลแม่สอยและตำบลบ้านแปะ อำเภोजอมทอง จังหวัดเชียงใหม่

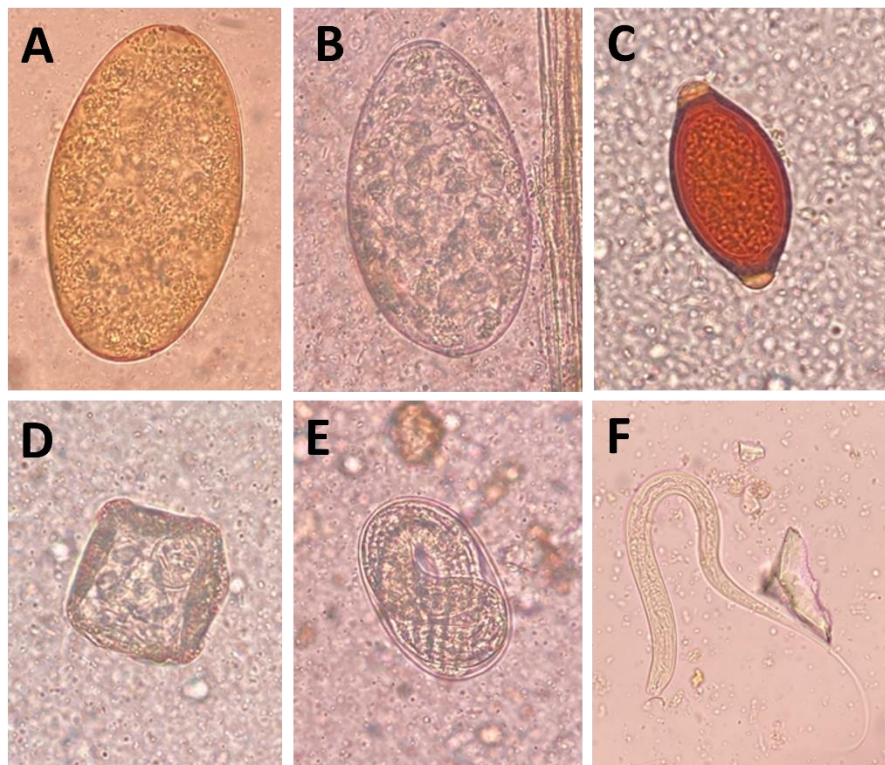
ชื่อสามัญ	ชื่อวิทยาศาสตร์	จำนวน ส่งตรวจ (ตัว)	จำนวนที่	ชนิดของเมตาเซอรคาเรีย		พบ 2 ชนิด	Unidentified
			พบตัวอ่อน พยาธิ	<i>Haplorchis</i> <i>taichui</i>	<i>Haplorchoides</i> <i>spp.</i>		
กระสูบขีด	<i>Hampala macrolepidota</i>	2	2 (100.00)	0 (0.00)	1 (50.00)	0 (0.00)	1 (50.00)
กระมัง	<i>Puntioplites proctozysron</i>	17	10 (58.82)	5 (29.41)	3 (17.65)	1 (5.88)	1 (5.88)
กระแห	<i>Barbodes schwaenfeldi</i>	14	6 (42.86)	1 (7.14)	3 (21.43)	2 (14.29)	0 (0.00)
เกล็ดถี่	<i>Thynnichthys thynnoides</i>	1	1 (100.00)	1 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
ตะเพียนขาว	<i>Barbonymus gonionotus</i>	4	3 (75.00)	1 (25.00)	1 (25.00)	1 (25.00)	0 (0.00)
แปบควาย	<i>Paralaubuca typus</i>	2	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
สร้อยนกเขา	<i>Osteochilus vittatus</i>	3	1 (33.33)	0 (0.00)	1 (33.33)	0 (0.00)	0 (0.00)
หลังหนาม, หนาม	<i>Mystacoleucus</i>	39	25	2	21	2	0
หลัง, ขี้ขอก, น้ำขี้	<i>marginatus</i>		(64.10)	(5.13)	(53.85)	(5.13)	(0.00)
ร้องไม้ดัด	<i>Osteochilus</i>	1	0	0	0	0	0
	<i>microcephalus</i>		(0.00)	(0.00)	(0.00)	(0.00)	(0.00)
สร้อยขาว, ขาว	<i>Henicorhynchus</i>	7	6	6	0	0	0
	<i>siamensis</i>		(85.71)	(85.71)	(0.00)	(0.00)	(0.00)
สร้อยลูกกล้วย, ซ่า	<i>Labiobarbus leptocheila</i>	10	8 (80.00)	2 (20.00)	4 (40.00)	0 (0.00)	2 (20.00)
รวม		100	62 (62.00)	18 (18.00)	34 (34.00)	6 (6.00)	4 (4.00)

ตารางที่ 5 อัตราการติดเชื้อตัวอ่อนพยาธิใบไม้ในระยเมตาเซอร์คาเรียในตัวอย่างปลาน้ำจืด พื้นที่ตำบลหนองปลาทราย อำเภอบ้านไส้ จังหวัดลำพูน

ชื่อสามัญ	ชื่อวิทยาศาสตร์	จำนวน ส่งตรวจ (ตัว)	จำนวนที่ พบตัวอ่อน พยาธิ	ชนิดของเมตาเซอร์คาเรีย		พบ 2 ชนิด	Unidentified
				<i>Haplorchis</i> <i>taichui</i>	<i>Haplorchoides</i> <i>spp.</i>		
กระสับซิด	<i>Hampala macrolepidota</i>	4	1 (25.00)	0 (0.00)	1 (25.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
กระมัง	<i>Puntioplites proctozysron</i>	1	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
ตะเพียนขาว	<i>Barbonymus gonionotus</i>	19	6 (31.58)	1 (5.26)	2 (10.53)	2 (10.53)	1 (5.26)
แปบควาย	<i>Paralaubuca typus</i>	2	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
หลังหนาม, หนาม	<i>Mystacoleucus</i>	49	22	4	12	5	1
หลัง, ขี้ขอก, น้ำปี้	<i>marginatus</i>		(44.90)	(8.16)	(24.49)	(10.20)	(2.04)
จาด	<i>Poropuntius deauratus</i>	6	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
ชีวกวาย	<i>Rasbora tornieri</i>	17	5 (29.41)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	5 (29.41)
กระดี่นาง	<i>Trichopodus microlepis</i>	1	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
กระดี่หม้อ	<i>Trichopodus</i> <i>trichopterus</i>	1	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
รวม		100	34 (34.00)	5 (5.00)	15 (15.00)	7 (7.00)	7 (7.00)

4. โรคหนอนพยาธิในสัตว์รังโรค

จากการตัวอย่างมูลสัตว์รังโรค (สุนัข แมว วัว และควาย) ในพื้นที่โครงการประดูระบายน้ำแม่สอย จำนวน 200 ตัวอย่าง พบสัตว์รังโรคติดเชื้อพยาธิจำนวน 89 ตัว คิดเป็นร้อยละ 44.50 จำแนกเป็น *Fasciola* spp. ร้อยละ 13.50 *Paramphistomatidae* ร้อยละ 24.50 *Monezia* spp. ร้อยละ 0.50 Strongyle type egg ร้อยละ 18 *Strongyloides* spp. ร้อยละ 11.5 *Trichuris* spp. ร้อยละ 2 *Ancylostoma caninum* ร้อยละ 4.5 *Hymenolepis diminuta* ร้อยละ 0.5 *Dipylidium caninum* ร้อยละ 0.5 และติดเชื้อพยาธิมากกว่าชนิดเดียว (Multi-infection) ร้อยละ 24.5 ซึ่งรายละเอียดชนิดของไข่และตัวอ่อนหนอนพยาธิที่พบในมูลสัตว์รังโรคพื้นที่อ่างเก็บน้ำแม่สอย จากกล้องจุลทรรศน์ แสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แสดงชนิดของไข่และตัวอ่อนหนอนพยาธิที่พบในมูลสัตว์รังโรค พื้นที่อ่างเก็บน้ำแม่สอย ได้แก่ (A) *Fasciola* spp.; (B) Paramphistomatidae; (C) *Trichuris* spp.; (D) *Monezia* spp.; (E) Strongyle type egg; (F) *Strongyloides* spp.

อภิปรายผลการวิจัย

1. โรคหนอนพยาธิ และโปรโตซัวในอุจจาระประชาชน

จากการศึกษาโรคหนอนพยาธิในอุจจาระของกลุ่มตัวอย่างประชาชนในพื้นที่โครงการประจักษ์บานน้ำแม่สอย จากพื้นที่ตำบลสบเปะ อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 6 หมู่บ้าน และกลุ่มตัวอย่างจากตำบลหนองปลาทราย อำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน จำนวน 3 หมู่บ้าน พบการติดเชื้อพยาธิ 2 ชนิด โดยมีอัตราการติดเชื้อโรคหนอนพยาธิทั้งหมดร้อยละ 10.73 โดยพบไข่พยาธิใบไม้ตับ *Opisthorchis viverrini*-like จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 7.91 พยาธิสตรองจิลอยด์ *Strongyloides stercoralis* จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 2.82 ซึ่งเป็นการติดเชื้อหนอนพยาธิเช่นเดียวกับรายงานหนอนพยาธิในอุจจาระประชาชนที่ประจักษ์บานน้ำแม่สอย จังหวัดเชียงใหม่⁴ การการศึกษาครั้งนี้พบว่าไข่พยาธิใบไม้ตับ *Opisthorchis viverrini*-like มีอัตราการติดเชื้อต่ำกว่ารายงานการศึกษาปี 2556 ที่มีการรายงานการติดเชื้อร้อยละ 31.5⁴ สำหรับโปรโตซัวในลำไส้ยังคงตรวจพบชนิด *Blastocystis hominis* ร้อยละ 1.69 และ *Giardia lamblia* ร้อยละ 0.56 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากการศึกษาเมื่อปี พ.ศ.2556

2. การติดเชื้อตัวอ่อนพยาธิใบไม้ระยะเซอร์คาเรียในหอยน้ำจืด

จากการตรวจสอบชนิดพันธุ์หอยน้ำจืดบริเวณประตูระบายน้ำแม่สอย พบหอยน้ำจืดจำนวน 1,098 ตัว จำแนกได้ 14 ชนิด พบการติดเชื้อหนอนพยาธิจำนวน 134 ตัวอย่าง ในหอยน้ำจืด 8 ชนิด มีค่าความชุกร้อยละ 12.2 ซึ่งจากการสำรวจการติดเชื้อในครั้งนี้พบตัวอ่อนของพยาธิใบไม้ตับในคน (*Opisthorchic viverrine*) ซึ่งมีความสำคัญทางการแพทย์และมีรายงานว่าหอย *Bithynia siamensis* เป็นโฮสต์กึ่งกลางอันดับ 1^๙ อย่างไรก็ดี จากการสำรวจไม่พบหอย *Neotrixula aperta* ซึ่งเป็นโฮสต์กึ่งกลางพยาธิใบไม้ในเลือดของคน (*Shistosoma mekongi*) รวมถึงตัวอ่อนระยะเซอร์คาเรียพยาธิใบไม้ในเลือดของคน เช่นเดียวกับรายงานวิจัยปี 2556 ที่ไม่พบการติดเชื้อตัวอ่อนพยาธิใบไม้ชนิดนี้ และหอยน้ำจืดที่เป็นโฮสต์กึ่งกลางพยาธิใบไม้ในเลือดของคนที่เป็นอันตรายต่อประชาชนในพื้นที่ประตูระบายน้ำแม่สอย⁴

3. ความชุกชนิดตัวอ่อนพยาธิใบไม้ระยะติดต่อเมตาเซอร์คาเรียในปลาน้ำจืด

จากการศึกษาก่อนหน้านี้ มีรายงานการติดเชื้อพยาธิใบไม้ระยะติดต่อในปลาน้ำจืด ซึ่งพบได้ทั่วไปในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย^๙ ในการศึกษาครั้งนี้พบตัวอ่อนพยาธิใบไม้ระยะเมตาเซอร์คาเรีย กลุ่มพยาธิใบไม้ลำไส้ขนาดเล็ก ได้แก่ พยาธิ *Haplorchoides* spp. ร้อยละ 34 พยาธิ *Haplorchis taichui* ร้อยละ 18 และพบปลาน้ำจืดที่ติดเชื้อพยาธิทั้ง 2 ชนิด ร้อยละ 6 ตามลำดับ จากการศึกษาปลาน้ำจืดชนิดเกล็ดขาวในพื้นที่โครงการฯ พบปลาน้ำจืดติดเชื้อจำนวน 9 ชนิด โดยพบปลาหลังนามติดเชื้อมากที่สุด ร้อยละ 75 ซึ่งจากการศึกษาในพื้นที่ พบระยะติดต่อของพยาธิ *Haplorchoides* spp. และพยาธิ *Haplorchis taichui* โดยพยาธิทั้งสองชนิดนี้มีรายงานการค้นพบในปลาน้ำจืดหลายชนิด ส่วนใหญ่ในปลาน้ำจืดที่มีเกล็ดขนาดเล็กที่เรียกว่า กลุ่มปลาเกล็ดขาว¹⁰ และพบระยะติดต่อพยาธิใบไม้ขนาดเล็กในกลุ่มปลาเกล็ดขาวหลายชนิดในจังหวัดเชียงใหม่¹¹ นอกจากนี้ยังพบว่ามีการติดเชื้อ *Haplorchoides* spp. และพยาธิ *Haplorchis taichui* ร่วมกันได้บ่อยในกลุ่มปลาเกล็ดขาวและปลาน้ำจืดหลายชนิด¹¹⁻¹³ ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า พยาธิ *Haplorchoides* spp. มีความชุกค่อนข้างมากถึงร้อยละ 34 เมื่อเทียบกับรายงานก่อนหน้านี้ที่ทำการสำรวจพยาธิใบไม้ตับระยะติดต่อในปี พ.ศ.2535-2539 จาก 14 จังหวัด¹⁰ พบความชุกของพยาธิสูงในจังหวัด ปราจีนบุรี สระแก้ว และอุดรธานี โดยมีความชุกอยู่ระหว่างร้อยละ 25.00-28.00 และพบว่าพยาธิใบไม้ส่วนใหญ่ที่พบเป็นพยาธิใบไม้ลำไส้ขนาดเล็กซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยครั้งนี้

4. โรคหนอนพยาธิในสัตว์รังโรค

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ไม่พบพยาธิใบไม้ในเลือดในสัตว์รังโรค แต่พบสัตว์รังโรคติดเชื้อพยาธิ จำนวน 16 ตัว คิดเป็นร้อยละ 32.0 ผลการตรวจพยาธิ พบสุนัขติดเชื้อพยาธิ ร้อยละ 11.11 จำแนกเป็น Paramphistomatidae, *Strongyloides* spp., *Ancylostoma* spp. ในพื้นที่ตำบลหนองปลาสาวย อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดลำพูน จำนวน 100 ตัวอย่าง จำแนกชนิดสัตว์รังโรค ประกอบด้วย สุนัขจำนวน 49 ตัว วัว จำนวน 44 ตัว แมว จำนวน 4 ตัว และควายจำนวน 3 ตัว พบสัตว์รังโรคติดเชื้อพยาธิ จำนวน 51 ตัว คิดเป็นร้อยละ 51.00 ผลการตรวจพบสุนัขติดเชื้อพยาธิ ร้อยละ 16.33 จำแนกเป็น *Strongyloides* spp. ร้อยละ 10.20 *Trichuris* spp. ร้อยละ 8.16

Ancylostoma caninum ร้อยละ 14.28 *Hymenolepis diminuta* และ *Dipylidium caninum* ร้อยละ 2.04 สอดคล้องกับการศึกษาของ กัลยาณี จันธิมา และคณะ¹⁴ ที่ดำเนินการตรวจวิเคราะห์โรคหนอนพยาธิในสัตว์รังโรค โดยเทคนิคการตกตะกอน (Formalin Eher Concentration Technique) ในสัตว์รังโรคได้แก่ สุนัข แมว วัว และควาย จำนวน 542 ตัวอย่าง พื้นที่อ่างเก็บน้ำลำชี จังหวัดชัยภูมิพบว่าสัตว์รังโรคมีการติดเชื้อพยาธิในระดับสูงและพยาธิบางชนิดสามารถติดต่อจากสัตว์สู่คนได้ เช่นพยาธิปากขอ *Fasciola* spp. และ โปรโตซัวในลำไส้ *Entamoeba* spp. ดังนั้นการตรวจพบเชื้อพยาธิและโปรโตซัวในลำไส้ของสัตว์รังโรค อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพของคนได้ จึงควรมีการเฝ้าระวังด้านสุขอนามัย มีการตรวจอุจจาระของสัตว์รังโรค (สุนัข แมว วัว และควาย) ทุก 6 เดือน - 1 ปี มีการให้ยารักษาโรคพยาธิ เพื่อตัดวงจรพยาธิไม่ให้นำโรคมารสู่คน จึงควรมีการตรวจโรคพยาธิในสัตว์รังโรคควบคู่กับการตรวจโรคพยาธิในประชาชนบริเวณพื้นที่

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่าอัตราการติดเชื้อหนอนพยาธิในคน หอยน้ำจืด ปลาน้ำจืด และสัตว์รังโรค ในพื้นที่โครงการประตุน้ำแม่สอย ตำรวจไม่พบหอยน้ำจืดและปลาน้ำจืด ซึ่งเป็นโฮสต์กึ่งกลาง ติดเชื้อตัวอ่อนพยาธิใบไม้ตับในคน แต่จากการตรวจสอบการติดเชื้อพยาธิในอุจจาระของประชาชนในพื้นที่ ยังพบการติดเชื้อของโรคพยาธิหลายชนิด ดังนั้นควรมีการเฝ้าระวังด้านสุขอนามัย มีการตรวจอุจจาระของสัตว์รังโรค (สุนัข แมว วัว และควาย) ทุก 6 เดือน - 1 ปี มีการให้ยารักษาโรคพยาธิ เพื่อตัดวงจรพยาธิไม่ให้นำโรคมารสู่คน นอกจากนี้ควรมีการตรวจโรคพยาธิในสัตว์รังโรคควบคู่กับการตรวจโรคพยาธิในประชาชน โดยหลังจากการตรวจโรคพยาธิในประชาชนแล้ว ควรมีการคืนข้อมูลสู่ประชาชนและให้ยารักษาโรคพยาธิในประชาชนที่ติดเชื้อพยาธิ รวมถึงการรณรงค์ให้ความรู้และวิธีป้องกันโรคพยาธิกับประชาชนในพื้นที่ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขคอยติดตามตรวจสอบการแพร่โรคหนอนพยาธิอย่างสม่ำเสมอ ตลอดจนนำข้อมูลมาปรับปรุงในการวางแผนยุทธศาสตร์ในการป้องกันควบคุมโรคหนอนพยาธิในพื้นที่ เพื่อลดการแพร่ระบาดของโรคให้น้อยลง และลดปัญหาสาธารณสุขได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ นายแพทย์สุเมธ องค์กรธรณี ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ ที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงาน และขอขอบคุณ รศ.ดร. ชโลบล วงศ์สวัสดิ์ ผศ.ดร. พิระวุฒิ วงศ์สวัสดิ์ ที่คอยแนะนำ ให้คำปรึกษา

ขอขอบคุณ อ.ดร. ณัฐดิ นันตรัตน์ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่ร่วมดำเนินการศึกษาเรื่องหอย และขอขอบคุณ สัตวแพทย์หญิงปราณี รอดเทียน ที่ร่วมดำเนินการศึกษาเรื่อง การตรวจมูลสัตว์รังโรค ขอขอบคุณ นายอภิชาติ สายอาภรณ์ นายจันแก้ว อัยยัย สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ ที่ช่วยปฏิบัติงานภาคสนาม จนทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำพูน สาธารณสุขอำเภอจอมทอง สาธารณสุขอำเภอบ้านโฮ่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังน้ำหยาด

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสบเปะ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปลาสะวาย ที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานด้วยดีตลอดมา ขอขอบคุณผู้ใหญ่บ้าน อสม. แกนนำชุมชน และประชาชนทุกคนที่ให้ความร่วมมือ ช่วยเหลือ เสียสละเวลาร่วมดำเนินงาน จนโครงการนี้สำเร็จ ลุล่วงไปได้ด้วยดี

สุดท้ายนี้ขอขอบคุณ กรมชลประทาน กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ที่ได้สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการ

เอกสารอ้างอิง

1. วรยุทธ นาคอ้าย, สุภัทรา ศรีทองแท้, อัมภัส วิเศษโมรา, อรนาถ วัฒนวงษ์. อัตราการติดเชื้อหนอนพยาธิในโฮสต์ และโฮสต์กึ่งกลางในพื้นที่โครงการประตุน้ำแม่สอย จังหวัดลำพูนปี 2560 2563; 27(3): 22-37.
2. กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย. การติดตามตรวจสอบผลกระทบต่อสุขภาพจากโครงการพัฒนาแหล่งน้ำ [อินเทอร์เน็ต]. 2562.[เข้าถึงเมื่อ 15 มีนาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก <http://monitor.anamai.moph.go.th/main.php?filename=importance>.
3. กรมชลประทาน.รายงานการวิเคราะห์ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมโครงการประตุน้ำแม่สอยจังหวัดเชียงใหม่. กรุงเทพฯ: กรมชลประทาน; 2554
4. กรมควบคุมโรค.รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการประตุน้ำแม่สอย จังหวัดเชียงใหม่ปีงบประมาณ 2556. กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข; 2556.
5. Daniel WW. Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Science. 7th edition. New York:John Wiley & Sons; 1999.
6. Truant AL, Elliott SH, Kelly MT, Smith JH. Comparison of formalin-ethyl ether sedimentation, formalin-ethyl acetate sedimentation, and zinc sulfate flotation techniques for detection of intestinal parasites. J Clin Microbiol 1981; 13(5): 882-4.
7. odushkin I, Ruth T, Huhtasaari A. Comparison Of Two Digestion Methods For Elemental Determinations In Plant Material By ICP Techniques. Anal Chim Acta 1999;378(1): 191–200.
8. Wykoff DE, Beaver PC, Winn MM. Studies on Schistosomiasis in Thailand. Annual Progress Report, SEATO Medical Research Laboratory, Bangkok; 1965.
9. Wongsawad Ch, Rojanspaibul A, Mhad-arechin N, Pachanawan A, Marayong T, Suwattanacoupt S, et al. Metacercaria from freshwater fishes of Mae Sa stream, Chiang Mai, Thailand. Sountheast Asian J Trop Med Public Health 2000; 31(Suppl 1): 54-57.
10. Waikagul J. Opisthorchis viverrini metacercariae in Thai freshwater fish. Sountheast Asian J Trop Med Public Health 1998; 29: 324-6.

11. Kumchoo K, Wongsawad Ch, Joung-Yil Ch, Vanittanakorn P, Rojanapaibun A. High prevalanc of Haplochis taichui matacercariae in Cyprinoid fish from Chiang Mai province,Thailand. Sountheast Asian J Trop Med Public Health 2005; 36(2): 451-5.
12. พิศิษฐ์ สุนทราวิฑูร. ตัวอ่อนพยาธิใบไม้ระยะเมตาเซอ์คาร์เรียในปลาน้ำจืดของไทย. วารสารวิทยาศาสตร์บูรพา 2557; 19(2): 237-49.
13. พิศิษฐ์ สุนทราวิฑูร เอมอร ดอกไม้ขาว.ความชุกตัวอ่อนพยาธิใบไม้ระยะเมตาเซอ์คาร์เรียในปลาวงศ์ปลาตะเพียน ตำบลริมกกอำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย. สัตวแพทยมหานครสาร 2557; 9(2): 113-120
14. กัลยาณี จันธิมา ชมัยพร นิลราช และ ชัชวาล น้อยวังนัง. โรคหนอนพยาธิในพื้นที่อ่างเก็บน้ำลำชี จังหวัดชัยภูมิ. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2566; 17(2): 701-713.

การพัฒนากระบวนการตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วม ของภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโยธะกา

เทวีกา นิลวงษ์*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนากระบวนการตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยใช้แนวทางการพัฒนาคุณภาพของ Demming เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการสังเกตและการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และเครือข่าย โดยเฉพาะเจาะจงจำนวน 95 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาและสถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนาการตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัย 2 วรรอบ ด้วยการพัฒนาศักยภาพเครือข่าย การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ การปฏิบัติการ และการประเมินผล ผลการพัฒนาพบว่า สามารถเพิ่มจำนวนเด็กปฐมวัยในการคัดกรองพัฒนาการได้มากขึ้น และเด็กที่มีภาวะผิดปกติได้รับการส่งต่อเพื่อการกระตุ้นพัฒนาการได้ตามกำหนด การมีส่วนร่วมและความเข้มแข็งของภาคีเครือข่าย คือปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนากระบวนการ

คำสำคัญ: พัฒนาการเด็กปฐมวัย, กระบวนการพัฒนา, การมีส่วนร่วมของเครือข่าย

*โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โยธะกา อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา

E-mail: jubjang.naka@hotmail.com

The development of early childhood development screening process by network participation of Yothaka health promoting hospital

Tewika Ninwong*

Abstract

This action research was aimed to develop the early childhood development screening process by network participation. This study adopted the Deming cycle for specially collecting qualitative data through observations and in-depth interviews with 95 individuals including public health officials, village health volunteers, community leaders, and network members. The data were analyzed using content analysis and descriptive statistic.

It was found that the development of early childhood development screening process was improved in two cycles by enhancing network capabilities, supporting materials and equipment, operational activities, and performance evaluations. The results revealed that the screening process increased the number of screened young children, and those with developmental abnormalities were appropriately referred for developmental stimulation. The involvement and strength of the network are identified as critical factors for the success of the development process.

Keywords: Early childhood development, Developing process, Network participation

* Yothaka Sub-district Health Promotion Hospital, Bang Nam Piao, Chachoengsao

E-mail: jubjang.naka@hotmail.com

บทนำ

พัฒนาการของมนุษย์เป็นกระบวนการที่มีความต่อเนื่องกันจนตลอดชีวิตตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา¹ ซึ่งบุคลากรด้านสุขภาพต้องเข้าไปมีบทบาทส่งเสริมสนับสนุน นั่นคือการกระตุ้นพัฒนาการในเด็กปฐมวัย (0-6 ปี) ซึ่งเป็นวัยที่มีความสำคัญที่สุด² เนื่องจากเด็กในวัยนี้มีการพัฒนาด้านร่างกาย ด้านอารมณ์และจิตใจ ด้านสังคม และด้านสติปัญญาอย่างรวดเร็ว ประกอบกับธรรมชาติพฤติกรรมของเด็กวัยนี้ที่มีความอยากรู้อยากเห็น ชอบซักถาม กระตือรือร้นในการเรียนรู้สิ่งต่างๆ รอบตัว ดังนั้นผู้เกี่ยวข้องต้องรับรู้และเข้าใจในพัฒนาการและการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย เพื่อให้สามารถกระตุ้นและจัดประสบการณ์ให้เด็กอย่างมีประสิทธิภาพ และแปลผลพัฒนาการในทุก ๆ ด้านครบถ้วนสมบูรณ์³

ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมาเด็กปฐมวัยในประเทศไทยมีพัฒนาการที่ไม่สมวัยสูงถึงเกือบร้อยละ 30 ของเด็กปฐมวัยทั้งหมด ซึ่งอยู่ในระดับที่น่าเป็นห่วง เนื่องจากเป็นสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง และยังไม่มิตีท่าว่าจะได้รับการพัฒนาหรือแก้ไข้ปัญหาให้ดีขึ้นได้ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข มีรายงานสถานการณ์ข้อมูลเฝ้าระวังการส่งเสริมสุขภาพด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัยว่า ในการคัดกรองเด็กปฐมวัยจำนวน 1,345,511 คน ยังคงมีเด็กปฐมวัยไทยที่มีพัฒนาการสงสัยบกพร่องหรือล่าช้าอยู่เป็นจำนวนถึง 377,253 คนหรือคิดเป็นร้อยละ 28 ของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองทั้งหมด⁴

สถานการณ์พัฒนาการเด็กในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โยธะกา พบปัญหาการตรวจคัดกรองพัฒนาการ โดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM)³ เป็นเครื่องมือ ยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายเด็กอายุ 0-6 ปี ในพื้นที่ตำบลโยธะกา โดยรูปแบบการทำงานเดิมนั้นสามารถทำการตรวจพัฒนาการเด็กได้แค่ 4 ราย ต่อวัน แต่มีจำนวนกลุ่มเป้าหมายทั้งหมดถึง 350 รายในพื้นที่ ซึ่งจากการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาโดยการพูดคุย การสังเกต การขอคำปรึกษา พบว่าผู้ปกครองเด็กปฐมวัยยังขาดความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนักถึงความสำคัญของพัฒนาการเด็ก ถึงร้อยละ 80 ของพื้นที่ รวมไปถึงการขาดทักษะในการคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการเด็ก นอกจากนี้จำนวนบุคลากรของ รพ.สต. โยธะกา ซึ่งเป็นหน่วยงานรับผิดชอบก็มีจำกัด ส่งผลให้บุคลากรแต่ละคนมีภาระงานจำนวนมากจนไม่สามารถดำเนินการตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กได้ภายในเวลาที่กำหนด

จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า แนวโน้มของเด็กในพื้นที่ตำบลโยธะกามีเด็กพัฒนาการล่าช้าจำนวนมากขึ้นจากการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามคู่มือ DSPM และพบว่าเด็กส่วนใหญ่ติดโทรศัพท์มากขึ้น เพราะผู้ปกครองส่วนใหญ่ไม่มีเวลาในการเลี้ยงดูหรือการกระตุ้นพัฒนาการ จึงใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วยเลี้ยงดูบุตรหลาน หรือตามใจลูก ปล่อยให้อยู่กับสื่ออิเล็กทรอนิกส์ผ่านเทคโนโลยี เช่น มือถือ แท็บเล็ต หรือให้บุตรหลานดูทีวีทั้งวัน โดยไม่กำหนดเวลาดูให้เหมาะสม ส่งผลให้เด็กขาดพัฒนาการด้านการสื่อสาร ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ ขาดสมาธิ ก้าวร้าว ชน สมาธิสั้น มีพฤติกรรมอหิสติก คือ ต่อต้าน โลกส่วนตัวสูง สื่อสารกับคนอื่นน้อย แม้อูเหมือนขณะใช้สื่อ เด็กจะนิ่ง แต่เมื่อขออุปกรณ์คืน เด็กจะไม่ยอม เกิดการดิ้นรน ทั้งนี้

พบว่าถ้าลดการใช้สื่อผ่านหน้าจอของเด็กลง พฤติกรรมเด็กก็จะกลับมาปกติได้ นอกจากนี้สาเหตุของการพัฒนาการของเด็กด้อยชะงักล่าช้า อาจมีผลมาจากการเข้าไม่ถึงการบริการสาธารณสุขในพื้นที่ รวมถึงทัศนคติและความเชื่อของผู้ปกครองที่คิดว่าพัฒนาการเด็กล่าช้าเป็นเรื่องเล็กน้อย “เดี๋ยวโตก็ทำได้เอง” “ไปโรงเรียนครูก็สอนเอง” “ฉันคิดว่าลูกหลานเก่งสามารถเปิดโทรศัพท์ดูได้ เปิดโทรทัศน์ได้เองโดยไม่รอผู้ปกครอง” ทั้งนี้ผู้ปกครองยังมีความเข้าใจและรับรู้ที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับการประเมินและพัฒนาการเด็กปฐมวัย ส่งผลให้เด็กหลายคนขาดความมั่นใจในตัวเอง ไม่มีสมาธิอยู่นิ่ง กรีดเสียงร้องโวยวายเอาแต่ใจ ขว้างปาสิ่งของเวลาไม่ได้ในสิ่งที่ต้องการ¹

ด้วยกระบวนการตรวจคัดกรองพัฒนาการในแต่ละครั้งต้องใช้ระยะเวลาเพื่อให้เด็กคุ้นเคยกับผู้ตรวจพัฒนาการ โดยการตรวจคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการเด็กก่อนปฐมวัย ด้วยรูปแบบบริการเดิม ในระยะเวลา 1 เดือนจะสามารถตรวจคัดกรองเด็กได้เพียง 17 ราย เท่านั้น ด้วยข้อจำกัดเรื่องบุคลากร ที่มีเจ้าหน้าที่ 4 คน ทำการคัดกรองแบบตั้งรับที่ รพ.สต. ในวันรับวัคซีนพื้นฐาน (EPI) ที่มีเดือนละครั้งเท่านั้น และด้วยกระบวนการตรวจพัฒนาการที่ล่าช้านี้ทำให้พบว่าเด็กส่วนใหญ่ที่ได้รับการตรวจพัฒนาการส่วนใหญ่จะอยู่ในกลุ่มสีแดง และสีเหลือง เป็นกลุ่มที่จำเป็นต้องทำการกระตุ้นติดตาม และต้องส่งต่อทันทีในบางราย ดังนั้นเพื่อลดจำนวนเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าไม่สมวัยและเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของเจ้าหน้าที่ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการให้ครอบคลุมพื้นที่อย่างรวดเร็ว รพ.สต. โยธะกาจึงจำเป็นต้องปรับปรุงกระบวนการตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อให้สามารถคัดกรองเด็กพัฒนาการล่าช้าได้อย่างทันทั่วถึง และสามารถกระตุ้นพัฒนาการได้สมวัย หรือส่งต่อให้ได้รับการรักษาอย่างฉับไว

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบของกระบวนการพัฒนาภาคีเครือข่ายในการตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็ก
2. เพื่อศึกษาผลของกระบวนการพัฒนาภาคีเครือข่ายในการตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็ก

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนากระบวนการคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ทำการศึกษาระหว่างเดือน มิถุนายน 2564 ถึง มิถุนายน 2565 ผู้ร่วมวิจัยปฏิบัติการ ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน 88 คน พยาบาลจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 1 คน นักวิชาการสาธารณสุขและพยาบาลเทคนิคจาก รพ.สต. 2 คน เจ้าหน้าที่จากมูลนิธิสร้างเสริมความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง (สคส.) สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนัก 4 แผนสุขภาพเด็ก เยาวชน และครอบครัว ร่วมปฏิบัติการโดยการพัฒนาศักยภาพคุณแม่วัยใสในพื้นที่ คัดกรองพัฒนาการเยี่ยมบ้านเพื่อกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัย 4 คน รวมจำนวน 95 คน กลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย เด็กปฐมวัย จำนวน 350 คน และ แม่/ผู้ปกครอง จำนวน 350 คน แบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 เป็นการศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์พัฒนาการเด็กของพื้นที่และประเมินประสิทธิภาพของกระบวนการเดิมในการตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยของ รพ.สต. โยธะกา

ระยะที่ 2 วิจัยเชิงปฏิบัติการพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยผ่านกระบวนการจัดการคุณภาพ (PDCA) 4 ขั้นตอน ตามแนวคิดวงจรคุณภาพของ Deming (1982) กระบวนการ PDCA สะท้อนผลการปฏิบัติงานเป็นวงจร 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย ขั้นชี้แจงปัญหา วิเคราะห์ปัญหา สังเคราะห์แนวทางแก้ปัญหาและวางแผน (Plan: P) ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action: A) ขั้นควบคุม ติดตาม ประเมินผล (Check: C) และ ขั้นสรุปผล วางแผนปรับปรุงและพัฒนา (Act: A)⁶

ระยะที่ 3 การประเมินผลและการสะท้อนผลการดำเนินงาน โดยการสนทนากลุ่ม (Focus group) ในกลุ่มผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องเพื่อสรุปผลและถอดบทเรียนโดยใช้เทคนิคการทบทวนหลังปฏิบัติ (After Action Review: AAR) แยกตามองค์ประกอบ ตามหลักการบริหารแบบ 3S (Stuff Staff System) และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล (In-depth interview)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนากระบวนการ และเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนากระบวนการ ได้แก่ แบบบันทึกคัดกรองพัฒนาการตามกลุ่มวัยคู่มือการตรวจพัฒนาการเด็กสำหรับ อสม. และคู่มือการสังเกตและกระตุ้นพัฒนาการเด็กสำหรับผู้ปกครองที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้อง 3 ท่าน

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลจากการสังเกต แบบบันทึกข้อมูลการกำกับติดตามประเมินผล แบบเครื่องมือสนทนากลุ่ม และแบบสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานและผู้ปกครองที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้อง 3 ท่าน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธร ชลบุรี เลขที่ COA.NO.2021/S45 เมื่อวันที่ 20 พฤษภาคม 2564

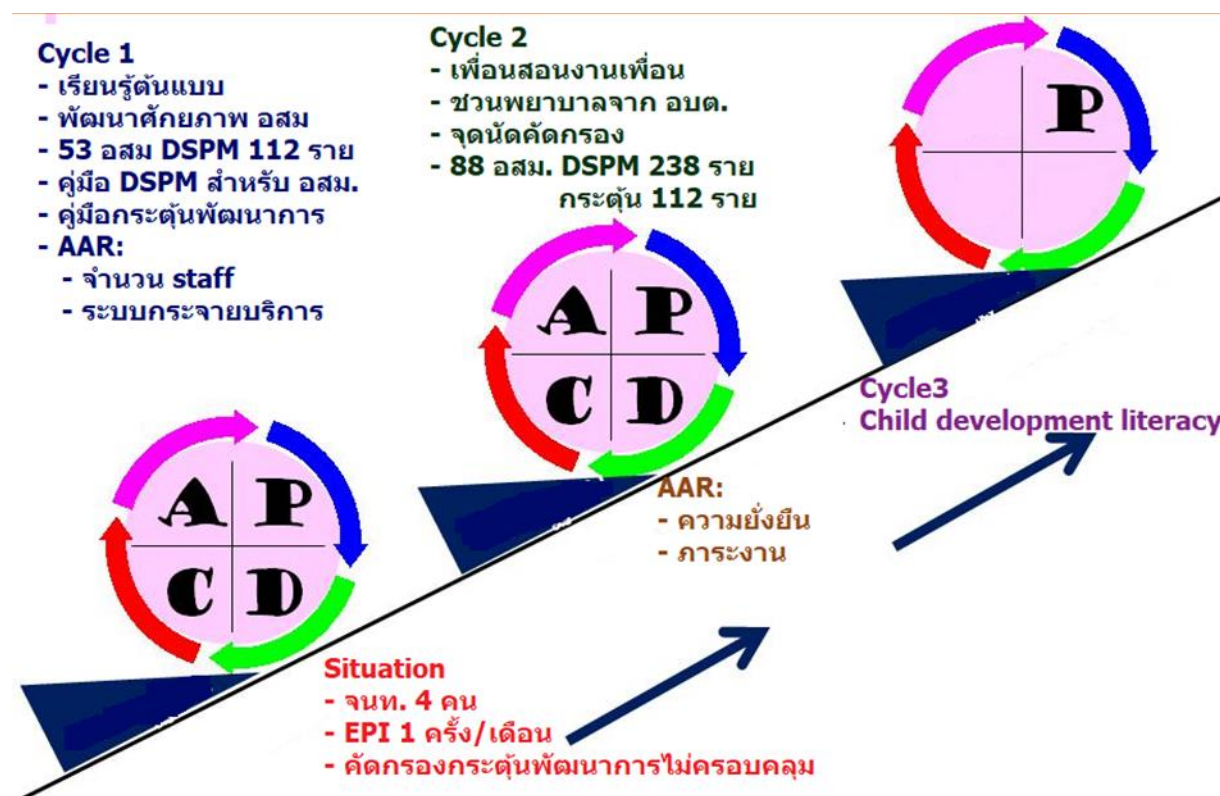
การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การสังเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย

1. กระบวนการพัฒนาการตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

กระบวนการพัฒนาการตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัย ตำบล โยธะกา โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตามแนวคิดวงจรคุณภาพของ Demming หรือ PDCA สามารถอธิบายได้ด้วยแผนภาพที่ 1 ดังนี้



ภาพที่ 1: กระบวนการพัฒนาการตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัย ตำบลโยธะกา

PDCA1: ในวงจรที่ 1 รูปแบบการทำงานสามารถสรุปเป็น keyword ได้ดังนี้ “รู้จักตนเอง แล้วใช้จุดแข็งความเข้มแข็งของทีมงาน ไปคว้าโอกาสที่มาพร้อมกับเครือข่าย มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาประสิทธิภาพงานประจำ” คำอธิบายคือเจ้าหน้าที่ รพ.สต. โยธะกา ได้เรียนรู้จากโครงการ คุณแม่วัยใส ที่มูลนิธิสร้างเสริมความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง (สคส.) มาดำเนินงานใน รพ.สต. โพรงอากาศ ซึ่งเป็น รพ.สต. ที่อยู่ใกล้กัน ว่าสามารถพัฒนาต่อขยายศักยภาพ อสม. ให้ตรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงเข้าไปร่วมเรียนรู้ และชักชวนให้มาขยายผลในพื้นที่ของ รพ.สต. โยธะกา เนื่องจากทีมงานเครือข่ายอสม. (Staff) ของ รพ.สต. โยธะกานั้นมีความเข้มแข็ง (Strength) เป็นทุนเดิมอยู่แล้ว นอกจากนี้ทางองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) โยธะกาให้การสนับสนุน (Opportunity) ด้านงบประมาณ (Finance: Stuff) มาโดยตลอด ดังนั้นการดำเนินงานพัฒนาระบบตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยและการจัดซื้อจัดหาอุปกรณ์สำหรับตรวจ DSMP (Tool: Stuff) จึงไม่เป็นปัญหา สิ่งที่ยังต้องพัฒนาต่อคือ ระบบการทำงาน (System) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพให้เจ้าหน้าที่ที่มีจำนวนจำกัดนั้นสามารถคัดกรอง กระตุ้น/ส่งต่อ เพื่อแก้ไขปัญหาพัฒนาการเด็กปฐมวัยได้อย่างทันทั่วถึงและมีประสิทธิภาพสูงสุดเพื่อสร้างทรัพยากรมนุษย์ของชาติที่มีคุณภาพต่อไป จึงได้ดำเนินการพัฒนาเครือข่ายเพื่อสนับสนุนกระบวนการตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัย รพ.สต. โยธะกาที่มีกิจกรรม ประกอบด้วย ประชุมอบรมชี้แจงทำความเข้าใจทีมเครือข่ายสุขภาพตำบล โยธะกา อสม. ตำบลโยธะกา อบต. โยธะกา พัฒนาต่อขยายศักยภาพ อสม. เพื่อให้สามารถตรวจคัดกรอง และกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัย รวมถึงการส่งต่อได้ทันทั่วถึงที่ผู้รับผิดชอบงานพัฒนาการเด็กของ รพ.สต.

โยธการ่วมมือกับพื้นที่ต้นแบบ โครงการคุณแม่วัยใส รพ.สต. โพรงอากาศ และ เครือข่ายมูลนิธิ สคส. ได้จัดทำคู่มือจำนวน 2 เล่ม คือ คู่มือการตรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยสำหรับ อสม. และ คู่มือการสังเกตและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยสำหรับผู้ปกครอง ให้สามารถตรวจคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยได้ จากนั้นจัดอบรมพัฒนาศักยภาพ อสม. โดยในวันขึ้นอบรมวันแรก มี อสม. ในพื้นที่สนใจเข้าร่วม 53 คน จากทั้งหมด 88 คน จากนั้นลงพื้นที่ตรวจคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยได้ทั้งสิ้น 112 ราย หลังการดำเนินการแล้วเสร็จจึงได้ทำการสนทนากลุ่มเพื่อถอดบทเรียนหลังการทำงานทันทีพบว่า จำนวนผู้ตรวจคัดกรองมีน้อยเกินไป เนื่องจากเป้าหมายที่ต้องการ คือ คัดกรองวันเดียวให้ครบทั้ง 350 ราย นอกจากนี้ อุปสรรคที่ทำให้ทำงานได้ช้าลงคือ ลักษณะการกระจายของที่อยู่อาศัยของชาวบ้านที่กระจัดกระจาย ทำให้รูปแบบการคัดกรองเดิมซึ่งใช้การเดินทางไปตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กทีละหลัง จึงทำได้ล่าช้า ไม่สามารถไปถึงเป้าหมายที่คาดหวัง คือ 350 ราย ในเวลา 1 วัน ได้

PDCA 2: ในวงรอบที่ 2 รูปแบบการทำงานสามารถสรุปเป็น keyword ได้ดังนี้ “ขยายผลด้วยการสอนงานและออกแบบกระบวนการให้บริการ” คำอธิบายคือ อสม. 53 คน ไปชักชวนให้ อสม. อีก 35 คน ที่เหลือ มาเรียนรู้และฝึกปฏิบัติด้วยการลงพื้นที่ไปตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กที่เหลือไปพร้อม ๆ กัน อีกทั้งยังชวนพยาบาลจากกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมของ อบต. มาช่วยควบคุมกำกับ นอกจากนี้ยังระบุจุดนัดพบเพื่อ DSPM กระจายไปตามภูมิศาสตร์การตั้งบ้านเรือน หรือที่เรียกว่า “ชุมชนบ้าน” แล้วให้ อสม. ที่รับผิดชอบในละแวกนั้นไปนัดกลุ่มเป้าหมายของตน เพื่อรวบรวมแม่และเด็กที่อยู่ในละแวกเดียวกันมารับการตรวจคัดกรอง ในสถานที่และเวลาที่กำหนด แล้วจัดแบ่งกลุ่ม อสม. ให้กระจายครอบคลุมทุกจุดนัดพบและเพียงพอต่อการทำงานในเวลาจำกัดที่มีอยู่ ทำให้อสม. ทั้ง 88 คน สามารถตรวจ คัดกรอง 238 ราย ที่เหลือ และ กระตุ้นพัฒนาการได้ 112 ราย หลังการดำเนินการแล้วเสร็จ จึงได้ทำการสนทนากลุ่มเพื่อถอดบทเรียนหลังการทำงานทันทีพบว่า ถึงแม้จะสามารถจัดระบบ DSPM ให้มีประสิทธิภาพตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้แล้วก็ตาม แต่รูปแบบที่ปรับปรุงแล้วนี้ก็ยังไม่ส่งเสริมให้พ่อแม่/ผู้ปกครอง จัดการพัฒนาการเด็กปฐมวัยของตนเองได้อย่างยั่งยืน เพราะส่วนใหญ่ยังเป็น อสม. และ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เป็นคนดำเนินการให้ จึงตกลงกันว่า ในวงรอบถัดไป จะดำเนินการส่งเสริมความรู้ด้านพัฒนาการเด็ก (Child development literacy) ให้กับพ่อแม่ และ ผู้ปกครอง ในวงรอบที่ 3 ต่อไป

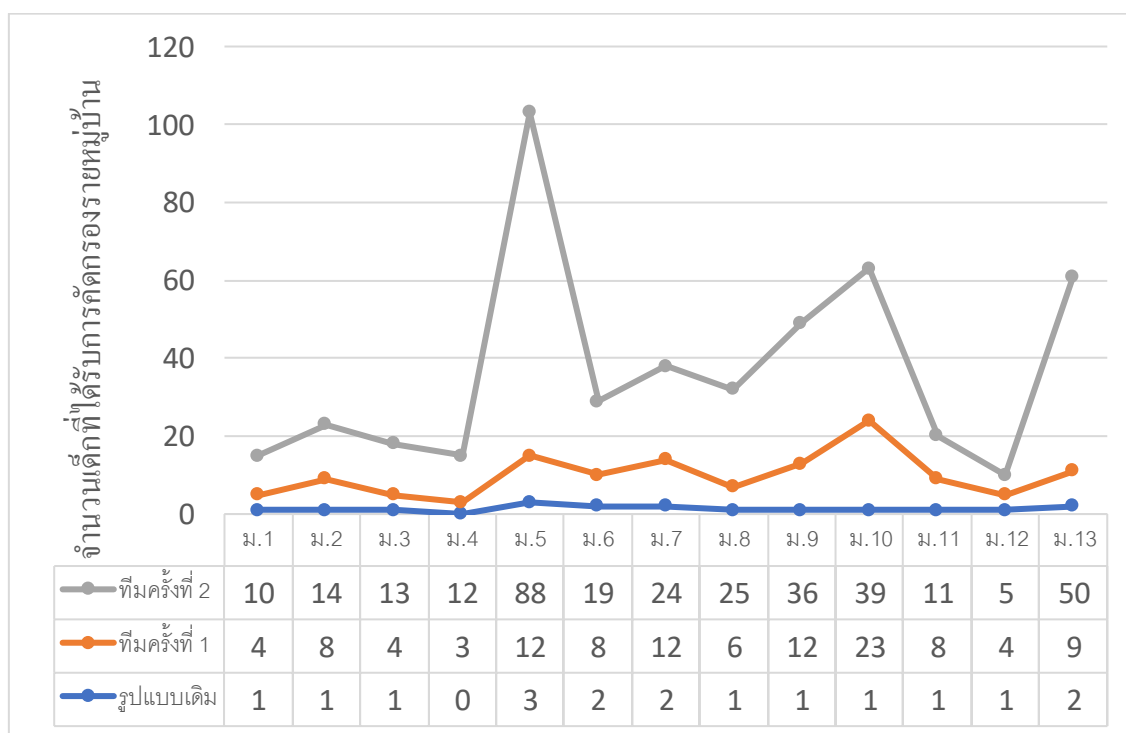
2. ผลการดำเนินงานตรวจคัดกรองและประสิทธิภาพของรูปแบบการตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยของ รพ.สต.โยธกา

ผลการดำเนินงานวงจร PDCA ที่ 1 ทำการประเมินประสิทธิภาพกระบวนการคัดกรองพัฒนาการเด็กแบบเดิม โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 คน ทำการตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กในวันดำเนินงาน EPI ที่ รพ.สต. พบว่าสามารถคัดกรองได้เพียง 4 คนต่อวันเท่านั้น เมื่อวิเคราะห์บริบทของตำบลโยธกา พบว่าเป็นตำบลที่มีจุดแข็งสำคัญคือ มีภาคีเครือข่ายสุขภาพที่เข้มแข็ง มีการทำงานแบบบูรณาการและปฏิบัติงานร่วมกันด้วยดีมาโดยตลอด เมื่อทำการศึกษาต้นทุนศักยภาพ ต้นทุนสังคมและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง

กับพัฒนาการเด็กเพื่อสร้างเครือข่ายการทำงาน โดยต้นทุนทางสังคมและเครือข่ายที่ถูกเลือกใช้ คือ ชุมชนต้นแบบคุณแม่วัยใส รพ.สต. โพรงอากาศ 1 คน และเจ้าหน้าที่จากมูลนิธิสร้างเสริมสุขภาพผู้หญิง (สคส.) 4 คน ที่ประสบความสำเร็จในการดำเนินงานโครงการคุณแม่วัยใสในพื้นที่ รพ.สต. โพรงอากาศมาแล้ว ดังนั้น เจ้าหน้าที่จาก รพ.สต. โยธะกา จำนวน 1 คน ร่วมกับเครือข่ายคุณแม่วัยใสต้นแบบจึงได้ทำการอบรมพัฒนาศักยภาพ อสม. จำนวน 51 คน ที่สามารถตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กได้ 113 คน ต่อวัน อีกทั้งยังช่วยแนะนำผู้ปกครองจำนวน 113 คน ให้สามารถสังเกตและกระตุ้นพัฒนาการลูกของตนเองได้

ผลการดำเนินงาน วงจร PDCA ที่ 2 อสม. จำนวน 53 คน ได้วิเคราะห์บริบทการทำงานของตนเองและออกแบบการทำงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการคัดกรองพัฒนาการเด็กที่ครอบคลุมทั้งพื้นที่ จึงได้ชักชวนเพื่อน อสม. อีก 37 คนที่เหลือให้มาร่วมเรียนรู้และฝึกตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กไปด้วยกัน ตลอดจนไปชักชวนพยาบาลที่รับผิดชอบงานสาธารณสุขของ อบต. มาร่วมงานด้วย จนสามารถตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กได้ 350 คนต่อวัน นอกจากนี้ยังช่วยแนะนำผู้ปกครองจำนวน 350 คน ให้สามารถสังเกตและกระตุ้นพัฒนาการลูกของตนเองได้

ทั้งนี้ สามารถสรุปประสิทธิภาพการดำเนินการคัดกรองพัฒนาการเด็กโดยเปรียบเทียบจำนวนเด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองจากการดำเนินงานรูปแบบเดิมที่มีเจ้าหน้าที่ 4 คน ทำการตรวจคัดกรองในวันดำเนินงาน EPI ที่ รพ.สต. เดือนละครั้ง กับรูปแบบที่เกิดขึ้นในวงจร PDCA ที่ 1 (ทีมครั้งที่ 1) และรูปแบบที่เกิดขึ้นในวงจร PDCA ที่ 2 (ทีมครั้งที่ 2) ได้ตามภาพที่ 2



ภาพที่ 2 เปรียบเทียบประสิทธิภาพการดำเนินการคัดกรองพัฒนาการเด็กในรูปแบบต่าง ๆ

เมื่อพิจารณาผลการตรวจคัดกรองเด็กปฐมวัยทั้งหมด 350 คน พบว่าเด็กปฐมวัยจำนวน 78 คน มีพัฒนาล่าช้า ต้องรีบทำการส่งต่อเพื่อรักษาและกระตุ้นพัฒนาการทันที เด็กปฐมวัยจำนวน 146 คน ที่สงสัย มีพัฒนาการล่าช้า ต้องได้รับการกระตุ้นพัฒนาการได้ทันที และเด็กปฐมวัยอีก 109 คน ที่มีพัฒนาการปกติ แต่ต้องได้รับการเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาด้านพัฒนาการช้า ดังนั้นหากระบบการคัดกรองพัฒนาการ และส่งต่อล่าช้าเกินไปไม่ทันการณ์ ปัญหาพัฒนาการของเด็กปฐมวัยอาจสายเกินแก้ อาจส่งผลให้ทรัพยากรมนุษย์ของประเทศในอนาคตไม่มีคุณภาพเท่าที่ควร

อภิปรายผลการวิจัย

การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยเชิงรุกในชุมชนนี้ มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการกระตุ้นให้พ่อแม่/ผู้ปกครอง เกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญของการเฝ้าสังเกต และตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็ก รวมไปถึงการให้ความร่วมมือในการกระตุ้นพัฒนาการด้านต่าง ๆ ของบุตรหลาน เพื่อให้บุตรหลานของชุมชนมีพัฒนาการที่ดีสมวัย โดยปัจจัยแห่งความสำเร็จของกระบวนการตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย คือความเข้มแข็งของเครือข่าย ในการขับเคลื่อนระบบหรือการทำงานเป็นทีมที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน⁷

การดำเนินงานเพื่อพัฒนากระบวนการตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในครั้งนี้ นั้น มิได้ส่งผลแค่เพียงการแก้ปัญหาพัฒนาการเด็กปฐมวัยในพื้นที่เท่านั้น หากเป็นการพัฒนาชุมชนแบบองค์รวม โดยใช้ชุมชนเป็นฐานและประชาชนเองก็เป็นศูนย์กลางในการพัฒนา โดยมี อสม. และทีมภาคีเครือข่ายร่วมดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ดังนั้น ทั้งในส่วน of ประชาชน ภาคีเครือข่าย ในชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จึงต้องมีการส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ การสร้างพลังในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพราะเมื่อเกิดการเรียนรู้ แลกเปลี่ยน จนเป็นวงจรต่อเนื่องไม่รู้จบ จะทำให้เกิดพลังมหาศาล ในการดำเนินกิจกรรมร่วมกันในสังคมต่อไป⁸ ดังนั้นบทเรียนที่ได้จากการพัฒนากระบวนการตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ของ รพ.สต. โยธะกา ในครั้งนี้ จึงเป็นภาพเล็ก ที่สะท้อนภาพใหญ่ของการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการจัดระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชน โดยใช้กลไกการพัฒนาระบบโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดย 2 สิ่งสำคัญที่ได้เรียนรู้จากการศึกษานี้ คือ 1) การจัดการความรู้ (Knowledge management) ที่เป็นการค้นหาต้นทุนมนุษย์ ต้นทุนสังคมที่เป็นผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ตรงหรือคนต้นแบบ พื้นที่ต้นแบบ แล้วประสานให้มาถ่ายทอดประสบการณ์ ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเป็นพี่เลี้ยงในการพัฒนาต่อยอดศักยภาพในพื้นที่ของตน ให้สามารถจัดระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชนที่มีประสิทธิภาพได้ และ 2) การจัดการเชิงกลยุทธ์ (Strategic management) ที่เริ่มจากการตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน ว่าต้องการสร้างระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ จากนั้นทำการวิเคราะห์บริบทตั้งต้นในพื้นที่ด้วยหลัก 3S (Staff Staff and System) เหมือนที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้หรือ

อาจใช้เครื่องมือ SWOT analysis ก็ได้ เพื่อให้สามารถค้นหาต้นทุนมนุษย์ ต้นทุนสังคมในพื้นที่แล้วนำมาต่อยอดศักยภาพด้วยการจัดการความรู้ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

เพื่อสร้างให้เกิดความยั่งยืนของระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กในชุมชน ผู้รับผิดชอบงานพัฒนาการเด็กของ รพ.สต. ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้ พ่อแม่/ผู้ปกครองของเด็กมีความรู้ด้านพัฒนาการเด็ก (Child development literacy) จนสามารถจัดการพัฒนาการเด็กปฐมวัยของตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพย์ภารัตน์ ไชยชนะแสง⁹ ที่เสนอให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยการสร้างเครือข่ายครอบครัว บูรณาการกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กเข้าไปในกิจกรรมครอบครัว และพัฒนาศักยภาพครอบครัวให้สามารถเฝ้าระวังและกระตุ้นพัฒนาการเด็กได้

เอกสารอ้างอิง

1. พรรณทิพย์ศิริวรรณบุษย์. จิตวิทยาพัฒนาการ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.
2. Buysee V, Wesley PW. Consultation in Early Childhood Settings. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing; 2005.
3. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลคุ้มครองการสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2562.
4. ชีรชัย บุญยะลีพรรณ. สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
5. ศิริไชย หงษ์สงวนศรี. สสส.ห่วงโควิดทำเด็กติดมือถือเพิ่ม. [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 15 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://www.thaipbs.or.th/news/content/303804>
6. Deming, W. E. Out of the Crisis. Cambridge, MA: MIT Center for Advanced Engineering Study; 1982.
7. ประยงค์ อุทิสันธุ์, หยกแก้ว กมลวรรณ, สุกัญญา รุจิเมธภาส. ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการบริหารเครือข่ายการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยในจังหวัดอุดรธานี. Journal of Roi Kaensarn Academi. 2564; 6(7): 272-286.
8. สถาพร ภัทรานันท์. การสร้างพลังในภาคีเครือข่ายต่อผลการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชน หมู่ที่ 6 ต.ควนสตอ อ.ควนโดน จ.สตูล. [อินเทอร์เน็ต]. 2560. [เข้าถึงเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://shorturl.at/fqB27>
9. ทิพย์ภารัตน์ ไชยชนะแสง. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 1 – 2 ปี. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2560; 35(4): 176-184.

**ประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ด้านความรู้
ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในหมู่บ้านจัดการสุขภาพ
ตำบลแก้มอัน อำเภोजอมบึง จังหวัดราชบุรี**

ศุภวรรณ พงศ์ทอง*

บทคัดย่อ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) เป็นภาระต่อเศรษฐกิจและสังคมที่สำคัญในระดับโลก การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. และความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และระดับความรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ตำบลแก้มอัน อำเภोजอมบึง จังหวัดราชบุรี โดยทำการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 189 คน เก็บรวบรวมข้อมูล 2 ครั้ง ในช่วงเดือนสิงหาคมและกันยายน 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถามจากกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t – test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ตำบลแก้มอัน อำเภोजอมบึง จังหวัดราชบุรี มีคะแนนเฉลี่ยระดับความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. โดยรวมเพิ่มขึ้น ($t = -11.71, p < 0.05$) และค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. โดยรวมเพิ่มขึ้น ($t = -15.16, p < 0.05$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังจากได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจึงสามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในด้านอื่น ๆ ของชุมชนต่อไป

คำสำคัญ: พฤติกรรมสุขภาพ, ความรู้ด้านสุขภาพ, 3อ. 2ส., โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

*โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรางเฒ่า อำเภोजอมบึง จังหวัดราชบุรี

E-mail: aoiizwhan.ta@hotmail.com

The effectiveness of 3E 2S health behavior modification program based on health literacy in non-communicable disease patients at the health management village, Kaem On sub-district, Chom Bueng district, Ratchaburi province

Supawan Phongthong*

Abstract

Non-communicable diseases (NCDs) are a significant burden on the economy and society globally. The purpose of this research were to study the levels of 3E 2S health literacy and health behavior as well as the relationships between independent variables, including gender, age, marital status, education level, occupation, and health knowledge, with 3E 2S health behavior of patients with non-communicable diseases in the health management village at Kaem On sub-district, Chom Bueng district, Ratchaburi province. The research was conducted using a cross-sectional survey design with a sample of 189 non-communicable disease patients. Data were collected twice in August and September 2023 using questionnaires from the Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. Data analysis included descriptive statistics, mean, percentage, standard deviation, and paired t-test with a significance level set at 0.05.

The research findings indicated that the sample group of non-communicable disease patients in the health management villages of Kaem On sub-district, Chom Bueng district, Ratchaburi province, showed a statistically significant increase in the average scores of 3E 2S health literacy ($t = -11.71$, $p < 0.05$) and health behavior ($t = -15.16$, $p < 0.05$) after receiving the 3E 2S health behavior modification program. The program, therefore, can be applied to enhance health literacy in other aspects of the community in the future

Keywords: Early childhood development, Developing process, Network participation

* Rangkhae Sub-district Health Promoting Hospital, Chom Bueng, Ratchaburi

E-mail: aoiizwhan.ta@hotmail.com

บทนำ

ประชากรวัยทำงานเป็นกลุ่มที่เป็นกำลังสำคัญของครอบครัวและประเทศชาติ ทั้งในด้านแรงงาน เศรษฐกิจ และสังคม ประเทศไทยมีประชากรวัยแรงงานมากกว่าวัยอื่น ๆ จากผลการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากรในช่วงปี พ.ศ. 2548-2559 พบว่า ประชากรวัยทำงานกลุ่มอายุ 18-59 ปี มีจำนวน 31.7 ล้านคน สำหรับจังหวัดราชบุรี มีประชากรวัยทำงานจำนวน 494,130 คน ปัญหาสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานส่วนใหญ่เกิดจากการทำงานหนัก มีวิถีชีวิต ที่เร่งรีบ ทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การเคลื่อนไหวร่างกาย การดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ ความเครียด ซึ่งส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้

จากการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของสำนักงาน โครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 เพื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน พบว่าประชาชนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ 88.72 คะแนน จากคะแนนเต็ม 136 คะแนน และคนไทยร้อยละ 19.09 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ไม่เพียงพอ โดยผู้ที่ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากแหล่งใดเลยจะมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำกว่าผู้ที่ได้รับข่าวสารด้านสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และโทรทัศน์ วิทยุ หรือเสียงตามสาย/ หอกระจายเสียง เมื่อบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อย จะส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งต้องมีการดูแลสุขภาพของตนเองเพิ่มขึ้นจากภาวะปกติ

พื้นที่เขตสุขภาพที่ 5 มีแนวโน้มของปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือที่เรียกว่าโรควิถีชีวิต เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญซึ่งนับวันจะทวีความรุนแรงขึ้น โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นนโยบายในระดับกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้ประกาศแผนการป้องกันควบคุมโรค โดยมีเป้าหมายคือ ลดป่วย ลดตาย ลดพฤติกรรมเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยงในประชากร ซึ่งจังหวัดราชบุรีมีอัตราตาย และอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น³ จากสถานการณ์ปัญหาดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจในการศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. (การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา) เนื่องจากโปรแกรมนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ตำบลแก้มอัน อำเภोजอมบึง จังหวัดราชบุรี สามารถนำทักษะในการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ไปใช้ในการจัดการตนเอง ครอบครัวและชุมชน ตามหลัก 3อ.2ส. ได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส.และความรอบรู้ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(NCD) ในหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ตำบลแก้มอัน อำเภोजอมบึง จังหวัดราชบุรี
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. และความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) ในหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ตำบลแก้มอัน อำเภोजอมบึง จังหวัดราชบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เก็บข้อมูลสองครั้งในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พื้นที่ตำบลแก้มอัน อำเภोजอมบึง จังหวัดราชบุรี

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ตำบลแก้มอัน อำเภोजอมบึง จังหวัดราชบุรี จำนวน 358 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรของ Yamane (1967)⁴ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 189 คน โดยค่าสมมติสัดส่วนเท่ากับ 0.5 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด คือ เป็นผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีอายุระหว่าง 18-59 ปี ในหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ตำบลแก้มอัน อำเภोजอมบึง จังหวัดราชบุรี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้สร้างโปรแกรมเพื่อใช้ในการวิจัย ซึ่งเน้นการให้ความรู้ สื่อสารและรณรงค์ด้านสุขภาพในชุมชน โดยจัดกิจกรรมการเรียนรู้ ได้แก่ กิจกรรมออกกกำลังกาย แคนนำหมู่บ้านแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โปรแกรมลดพุง งดสูบบุหรี่ สุรา ลดหวานมันเค็ม จัดปัจจัยแวดล้อมให้เอื้อต่อการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เฝ้าระวังสื่อสารณะเพื่อให้รู้เท่าทันสื่อ โดยแบ่งการเรียนรู้เป็น 4 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์ มีรายละเอียดดังนี้ สัปดาห์ที่ 1 จัดกิจกรรมสื่อสาร และรณรงค์ด้านสุขภาพในชุมชน โดยจัดการประชาสัมพันธ์ไปตามหอกระจายข่าว และสื่อสารผ่านไปทาง อสม. สัปดาห์ที่ 2 จัดกิจกรรมการเรียนรู้ ได้แก่ กิจกรรมออกกกำลังกาย แคนนำหมู่บ้านแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จัดโปรแกรมลดพุง งดสูบบุหรี่ สุรา ลดหวานมันเค็ม สัปดาห์ที่ 3 จัดปัจจัยแวดล้อมให้เอื้อต่อการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการให้ความรู้และให้กลับไปปฏิบัติที่บ้านตนเองและมีการติดตามเป็นระยะ และสัปดาห์ที่ 4 ให้ความรู้เรื่องการเฝ้าระวังสื่อสารณะเพื่อให้รู้เท่าทันสื่อ หลังจากนั้น อีก 1 สัปดาห์ นัดกลุ่มเป้าหมายมารวมกันเพื่อประเมินหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามจากกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข³ ใช้ในการเก็บข้อมูลครั้งที่ 1 ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่าง และครั้งที่ 2 หลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่าง โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. เป็นแบบสอบถามที่เป็นคำถามปลายปิด แบบเลือกตอบเพียงหนึ่งคำตอบ จำนวน 6 ข้อ แปลคะแนนความรู้เป็น 3 ระดับ คือ ความรู้ความเข้าใจไม่ถูกต้อง ความรู้ความเข้าใจเพียงพอ และความรู้ความเข้าใจดี

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเองและรู้เท่าทันสื่อตามหลัก 3อ.2ส. จำนวน 10 ข้อ โดยแบ่งการวัดเป็น 5 ระดับ คือ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง ไม่ได้ปฏิบัติ เป็นคำถามเชิงบวก 9 ข้อ และเชิงลบ 1 ข้อ แปลผลคะแนนโดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ ไม่ดี พอใช้ และดีมาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส. เป็นคำถามปลายปิดแบบเลือกตอบเพียงหนึ่งคำตอบ จำนวน 3 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก 2 ข้อ และเชิงลบ 1 ข้อ แปลผลคะแนนโดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ ไม่ดี พอใช้ และดีมาก

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. จำนวน 6 ข้อ โดยแบ่งการวัดเป็น 5 ระดับ คือ 6-7 วัน/สัปดาห์ 4-5 วัน/สัปดาห์ 3 วัน/สัปดาห์ 1-2 วัน/สัปดาห์ ไม่ได้ปฏิบัติ เป็นคำถามเชิงบวก 3 ข้อ และเชิงลบ 2 ข้อ แปลผลคะแนนโดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ ไม่ดี พอใช้ และดีมาก

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี เลขที่ RbPH REC 086/2566 ลงวันที่ 28 สิงหาคม 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2 ส. ด้วยสถิติ paired t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เพศหญิง 114 คน คิดเป็นร้อยละ 60.31 มีอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 48-59 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 133 คน คิดเป็นร้อยละ 70.37 ระดับการศึกษา ระดับประถมศึกษา จำนวน 152 คนคิดเป็นร้อยละ 80.42 อาชีพใช้แรงงาน เช่น ทำไร่ ทำนา ทำสวน ใช้แรงงานกลางแจ้ง จำนวน 139 คน คิดเป็นร้อยละ 73.54

2. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3อ. 2ส. โดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง คือ 64.51 หลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3อ. 2ส. โดยรวมของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นเป็น 74.16 อยู่ในระดับพอใช้ เมื่อจำแนกแต่ละองค์ประกอบพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ในทุกองค์ประกอบ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนและระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่าง

องค์ประกอบ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม	
	คะแนน (ร้อยละ)	ระดับ	คะแนน (ร้อยละ)	ระดับ
1. ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ	60.17	พอใช้	74.29	พอใช้
2. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	61.05	พอใช้	68.41	พอใช้
3. การสื่อสารสุขภาพ	59.39	ไม่ดี	68.99	พอใช้
4. การจัดการตนเอง	60.73	พอใช้	69.85	พอใช้
5. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	60.66	พอใช้	75.40	พอใช้
6. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	83.89	ดีมาก	89.72	ดีมาก
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	64.51	พอใช้	74.16	พอใช้

3. พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.

ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง คือ 20.53 จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน อยู่ในระดับพอใช้ เมื่อเรียงลำดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างจากมากไปน้อย ได้แก่ มีการจัดการปัญหาของตนเองด้วยหลักการมองโลกในแง่ดี ไม่สูบบุหรี่หรือสูดควันบุหรี่ และไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตามลำดับ หลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นเป็น 25.68 อยู่ในระดับดีมาก เมื่อเรียงลำดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างจากมากไปน้อย ได้แก่ กินผักและผลไม้สดสะอาดเสมอวันละอย่างน้อยครึ่งกิโลกรัม การควบคุมปริมาณอาหารและควบคุมอาหารไม่ให้ หวาน มัน เค็มจัด ทุกมื้อ และมีการจัดการปัญหาของตนเองด้วยหลักการมองโลกในแง่ดี ตามลำดับ

4. เปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเฉลี่ย 3.61 คะแนน หลังการเข้าร่วมโปรแกรม มีค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเป็น 4.46 ($p < 0.05$) เช่นเดียวกับคะแนนเฉลี่ยการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

องค์ประกอบ	คะแนนก่อน		คะแนนหลัง		T-test	p-value
	เข้าร่วมโปรแกรม		เข้าร่วมโปรแกรม			
	Mean	SD	Mean	SD		
1. ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ	3.61	1.04	4.46	1.30	-10.04	< 0.001
2. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	6.10	1.49	6.84	1.22	-11.07	< 0.001
3. การสื่อสารสุขภาพ	8.91	1.98	10.37	1.09	-9.45	1.29
4. การจัดการตนเอง	9.11	0.96	10.51	0.88	-12.14	< 0.001
5. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	6.07	1.17	7.54	0.85	-16.11	< 0.001
6. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	10.07	0.79	10.77	0.78	-11.71	< 0.001

5. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. โดยรวมของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ย 3.44 คะแนน หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเป็น 4.38 คะแนน ($p < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ข้อปฏิบัติ	คะแนนก่อน		คะแนนหลัง		T-test	p-value
	เข้าร่วมโปรแกรม		เข้าร่วมโปรแกรม			
	Mean	SD	Mean	SD		
1. ท่านมีการควบคุมปริมาณอาหารและควบคุมอาหารไม่ให้หวานมัน/เค็มจัดทุกมื้อ	3.21	1.15	4.57	0.50	-16.22	< 0.001
2. ท่านกินผักและผลไม้สดสะอาดเสมอวันละอย่างน้อยครึ่งกิโลกรัม	2.86	0.99	4.99	0.07	-29.71	< 0.001
3. ท่านออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวต่อเนื่องจนรู้สึกเหนื่อยมีเหงื่อออก	3.08	1.10	3.08	1.10	-9.33	< 0.001
4. ท่านมีการจัดการปัญหาของตัวเองด้วยหลักการมองโลกในแง่ดี	3.94	0.67	4.83	0.40	-25.65	< 0.001
5. ท่านสูบหรือสูดควันบุหรี่	3.58	0.83	4.36	1.02	-8.05	< 0.001
6. ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	4.01	0.07	4.47	0.93	-4.71	< 0.001
รวม	3.44	0.80	4.38	0.67	-15.61	< 0.001

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่สอดคล้องกับบริบทชุมชนตำบลแก้มอันพบว่า มีประชากรผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย กลุ่มที่วิจัยส่วนมากเป็นประชาชนทั่วไป ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จึงเป็นชั้นประถมศึกษา ส่วนมากประกอบอาชีพ เกษตรกร ทำงานกลางแจ้ง สอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) นักจัดการสุขภาพชุมชนอำเภอบ้านเหลื่อม จังหวัดนครราชสีมา พบว่าส่วนใหญ่พบเพศหญิง ลักษณะการทำงานหลักคล้ายกัน คือ ทำไร่ ทำนา ทำสวน ใช้แรงงานกลางแจ้ง⁷

ผลการเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในหมู่บ้านจัดการสุขภาพตำบลแก้มอัน อำเภोजอมบึง จังหวัดราชบุรี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยระดับความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. โดยรวมเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) หลังการเข้าร่วมโปรแกรม ทั้งนี้เนื่องจาก รพ.สต. ได้จัดกิจกรรมสื่อสารและรณรงค์ด้านสุขภาพในชุมชนผ่านหอกระจายข่าว และการสื่อสารผ่าน อสม. ทำให้เกิดการรับรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่มากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนักจัดการสุขภาพชุมชน อำเภอบ้านเหลื่อม จังหวัดนครราชสีมา ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ โดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้วยการสื่อสารผ่าน อสม.⁵

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ตำบลแก้มอัน อำเภोजอมบึง จังหวัดราชบุรี พบว่า โดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) หลังเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งพบว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมาจากการพัฒนากิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของ รพ.สต. ที่ออกแบบกิจกรรมทั้งด้านการสื่อสารสาธารณสุข การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนบุคคล การจัดการด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยและการกำกับติดตามโดย อสม. สอดคล้องกับเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ของคลินิกหมอครอบครัวบ้านทุ่งเสี้ยว อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มมากขึ้นหลังเข้าโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ⁶

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในระยะติดตามผล เพื่อศึกษาถึงความคงทนของความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อการวางแผนในการดำเนินกิจกรรมเพิ่มเติมหรือกระตุ้นการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ และการพัฒนาอย่างเป็นระบบในการดูแลประชาชนในทุกกลุ่มวัย

เอกสารอ้างอิง

1. เอื้อจิต สุขพูล, ชลดา กิ่งมาลา, ภาวิณี แพงสุข, ธวัชชัย ยืนยาว, วัชรวิงค์ หวังมัน. ผลของโปรแกรมการพัฒนารอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน. วารสารสหวิชาการสาธารณสุข. 2563; 29(3): 419-429.
2. สำนักงานโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 เพื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน. รายงานการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ.2562. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ฟันนี้ พับลิชชิ่ง; 2563.
3. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: นิเวศรรคการพิมพ์; 2561.
4. Yamane T. Statistic: an introductory analysis. 2nd ed. NewYork: Happer and Row; 1967
5. อำนวย เนียมหมื่นไวย. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนารอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนั้กจัดการสุขภาพชุมชน อำเภอบ้านเหลื่อม จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. 2563; 4(2): 76-92.
6. ธนาสิทธิ์ วิจิตรพันธ์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้าน สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ของคลินิกหมอครอบครัวบ้านทุ่งเสียว อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่. วารสารสหวิชาการสาธารณสุข. 2564; 29(4): 618-624.

การพัฒนารูปแบบการให้บริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3A ในคลินิกโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงนาราง

สุทธิลักษณ์ มิตลิลปิน*

บทคัดย่อ

โรคไตเรื้อรัง เป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขของโลก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงนาราง ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูผู้ป่วยกลุ่มโรคไตเรื้อรังตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขแต่ยังพบการเพิ่มขึ้นของกลุ่มผู้ป่วยโรคไตระยะ 3A อย่างต่อเนื่อง การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบและระบบการให้บริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3A ในคลินิกโรคไตเรื้อรัง โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ให้ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยใช้กรอบการวิจัยของ Kemmis & McTaggart ศึกษาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3A ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงนาราง จำนวน 35 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบทดสอบความรู้แบบสัมภาษณ์ การสังเกต และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการให้บริการแบบใหม่

ผลการวิจัยพบว่า หลังการใช้รูปแบบการบริการแบบใหม่ ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคไตเรื้อรัง และการพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นในทุกข้อคำถาม ผู้ป่วยมีอัตราการกรองของไต (eGFR) ดีขึ้นร้อยละ 100 เป็นผลมาจากการแยกคลินิกโรคไตเรื้อรังออกจากคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ทำให้ได้รับข้อมูลที่จำเพาะต่อโรคมากขึ้น มีการใช้สื่อประกอบการให้สุศึกษาที่สนับสนุน กระตุ้นให้เกิดความเข้าใจง่ายและชัดเจน การชี้ให้เห็นข้อจำกัดและอุปสรรคในการดำเนินชีวิตหากไม่ปรับพฤติกรรม มีการวางแผน กำหนดเป้าหมายในการปรับพฤติกรรมร่วมกันเป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ใช้ความรู้ ทักษะ และกำจัดอุปสรรคได้ ทั้งนี้ ทีมติดตามพฤติกรรมควรได้รับการอบรมเพิ่มขึ้น เพื่อพัฒนาความรู้ให้สามารถตอบข้อสงสัยได้อย่างชัดเจน และในการติดตามควรมีแบบติดตามพฤติกรรมที่ชัดเจนเพื่อให้สามารถสรุปผล รวมทั้งง่ายต่อผู้ที่ติดตามพฤติกรรมในขณะเยี่ยมบ้านด้วย

คำสำคัญ: โรคไตเรื้อรัง, รูปแบบการให้บริการ, วิจัยเชิงปฏิบัติการ

*โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงนาราง อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา

E-mail: smit.sut@gmail.com

**Development of a service model for patients with chronic kidney disease stage
at Bueng Nam Rak sub-district health promoting hospital**

Sutthilax Mitsinlapin*

Abstract

Chronic kidney disease is a global public health problem. Bueng Nam Rak sub-district health promoting hospital actively promoted health of patients with chronic kidney disease. However, there is a continuous increase in the number of stage 3A chronic kidney disease patients. The objective of this study was to develop a service model and system for stage 3A chronic kidney disease patients in the chronic disease clinic with the participation of a network to meet patient needs. This study was an action research using Kemmis & McTaggart's research framework. The study included 35 patients with stage 3A chronic kidney disease treated at the Bueng Nam Rak sub-district health promoting hospital. Data collection included knowledge tests, interviews, observations, and laboratory results. Data were analyzed using descriptive statistics and comparisons of the average scores of knowledge and behaviors related to dietary intake before and after implementing the new service model.

The research findings indicated that after implementing the new service model, patients showed improved average scores in knowledge about chronic kidney disease and self-care behaviors. Patients also experienced 100% improvement in the glomerular filtration rate (eGFR). This improvement resulted from separating the chronic kidney disease clinic from other non-communicable disease clinics, providing more specific information about the disease. The use of supportive educational media that stimulated easy and clear understanding was also noted. However, the study identified limitations and obstacles in lifestyle adjustments, leading to the planning and setting of common goals for behavior modification. The follow-up team should receive increased training to enhance their knowledge, clarity in answering questions, and the ability to monitor patient behaviors. Clear behavior monitoring tools should be developed for easy summarizing and analysis during home visits.

Keywords: Chronic kidney disease (CKD), Service model, Action research

* Bueng Nam Rak Sub-district Health Promotion Hospital, Bang Nam Piao, Chachoengsao

E-mail: smit.sut@gmail.com

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease ; CKD) เป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขของโลก รวมถึงประเทศไทย ปัจจุบันมีประชากรไทยเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง ประมาณร้อยละ 17.6 หรือคิดเป็นผู้ป่วยราว 8 ล้านคน ในจำนวนดังกล่าว พบ 200,000 คนเป็นไตวายระยะสุดท้าย และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี¹ เนื่องจากเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาดนอกจากนี้มีการคัดกรองพบประชากรไทยทั่วประเทศที่มีอายุมากกว่า 18 ปี ประมาณ 7 ล้านคนเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-4² ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อชะลอการเสื่อมของไต จะทำให้ไตค่อย ๆ เสื่อมลงจนเข้าสู่ระยะสุดท้ายที่ต้องรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต (renal replacement therapy) ได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis) การล้างไตทางช่องท้อง (peritoneal dialysis) หรือการผ่าตัดปลูกถ่ายไต (kidney transplantation) หากมีระบบคัดกรองผู้ที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรังและค้นพบผู้ป่วยในระยะ แรกของโรค และให้ความรู้เรื่องอาหาร และการปฏิบัติตัว รวมถึงให้ยาที่เหมาะสม จะสามารถป้องกันและชะลอการเสื่อมของหน้าที่ไตได้

กระทรวงสาธารณสุข กำหนดแนวทางการดำเนินงาน หรือกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเพิ่มขึ้น³ แต่ในทางกลับกันผู้ป่วยไตกลับยังไม่ได้รับการดูแลอย่างเข้มงวด ไม่ว่าจะเป็นการได้รับข้อมูลข่าวสาร การใช้ยาต่างๆ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อชะลอการเสื่อมของไต ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเชิงรุกเพื่อชะลอความเสื่อมของไต โดยการค้นหา/คัดกรองผู้ป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มต้น เพื่อให้เข้าสู่การวินิจฉัยและให้ได้รับการ ดูแลอย่างรวดเร็ว ร่วมกับการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองที่เหมาะสมเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยง เพื่อชะลอการทำลายของไตและป้องกันความรุนแรงของโรคเป็นการลดภาระของระบบบริการสุขภาพ ลดค่าใช้จ่ายและการสูญเสียที่จะเกิดขึ้นได้

ในปี 2565 พื้นที่ตำบลบึงน้ำรักษ์มีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 806 คน รักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงน้ำรักษ์ จำนวน 336 คน เป็นโรคเบาหวาน 192 คน โรคความดันโลหิตสูง 144 คน จากการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต พบว่าผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนทางไต ระยะ 3 จำนวน 45 คน แบ่งเป็นไตเรื้อรังระยะ 3A จำนวน 35 คน และ 3B จำนวน 10 คน จากการทบทวนข้อมูลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเปรียบเทียบ 3 ปี ย้อนหลัง พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นของโรคไตเรื้อรังระยะ 3A ปี 2563 เพิ่มขึ้น 2 คน ปี 2564 เพิ่มขึ้น 3 คน และปี 2565 เพิ่มขึ้น 11 คน

ผลการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาของกลุ่มผู้ป่วยโรคไตระยะ 3A ที่เพิ่มจำนวนมากขึ้นพบว่ามีสาเหตุจากผู้ป่วยยังมีความรู้และทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง ไม่ทราบการดูแลตนเอง ปัจจัยที่ส่งเสริมการชะลอการเสื่อมของไต ปัจจัยที่ส่งผลให้ไตเสื่อมเร็วขึ้น ไม่ทราบระยะการดำเนินของโรคไตเรื้อรัง หรือเมื่อโรคดำเนินการไปในระยะสุดท้ายจะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตอย่างไร ซึ่งเหตุปัจจัยดังกล่าวส่งผลต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม ไม่จะเป็นการรับประทานยาไม่ตรงตามแพทย์สั่ง ลืมรับประทานยา ไม่ใส่ใจในการอ่านฉลากยา มีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรัง แม้จะมีการให้สุศึกษาในทุกครั้งที่มิหน่วยบริการโรคเรื้อรังแล้วก็ตาม ซึ่งนับเป็นอีกสาเหตุหนึ่ง

ที่สำคัญ กล่าวคือระบบการให้บริการหรือการให้ข้อมูลของเจ้าหน้าที่ที่ไม่ตรงต่อความต้องการของผู้ป่วย ไม่สามารถสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยรับฟังและเข้าใจได้ การให้สุศึกษาไม่ตรงกับกลุ่มโรค เนื่องจากไม่มีการแยกแต่ละกลุ่มโรคอย่างชัดเจนในการให้สุศึกษา ในการเยี่ยมผู้ป่วยแบบเชิงรุกที่ไม่ต่อเนื่อง ไม่มีระบบเครือข่ายในการติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างสม่ำเสมอ สาเหตุดังกล่าวเหล่านี้ส่งผลให้ไม่เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง จนสามารถนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนจนส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและสูญเสียค่าใช้จ่าย ในการรักษา รวมถึงการสูญเสียชีวิตได้

จากปัญหาในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพดังกล่าวข้างต้น จึงมีความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ โดยมุ่งเน้นการให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลของตนเอง ที่ถูกต้อง การสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ อันจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย รวมทั้งการพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาและพัฒนารูปแบบการให้บริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3 A ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ในคลินิกโรคไตเรื้อรัง รพ.สต.บึงนาราง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยใช้กรอบการวิจัยของ Kemmis & McTaggart⁴ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะไตเรื้อรังระยะ 3 A จำนวน 35 คน ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงนาราง ทำการศึกษา ระหว่างเดือนตุลาคม 2564 ถึงกันยายน พ.ศ.2565 โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูงที่มีอัตราการกรองของไต (eGFR) น้อยกว่า 60%
2. รับการรักษาในคลินิกโรคเรื้อรังในรพ.สต.บึงนาราง อ.บางน้ำเปรี้ยว จ.ฉะเชิงเทรา
3. สามารถสื่อสารด้วยการพูด อ่านเขียนได้ ช่วยเหลือตนเองได้
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้เรื่องไตแบบเลือกตอบถูก/ผิด จำนวน 20 ข้อ และแบบสอบถามถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการออกกำลังกายเป็นคำถามแบบปลายเปิด และเครื่องมือที่ใช้ประเมินภาวะสุขภาพ ได้แก่ เครื่องวัดความเค็ม ผลการตรวจประเมินอัตราการกรองของไต (eGFR) และสมุดโรคประจำตัวของผู้ป่วย รวมถึงยาที่ผู้ป่วยได้รับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบทดสอบความรู้เรื่องไตแบบเลือกตอบถูก/ผิด และแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรม การออกกำลังกาย ไปหาคุณภาพเครื่องมือโดยให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index) เท่ากับ 0.90

การเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้น Plan, Act, Observe และ Reflect มีรายละเอียด ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 รายละเอียดการเก็บรวบรวมข้อมูล 4 ขั้นตอน

ขั้นตอน	วิธีการดำเนินงาน	เครื่องมือ/วิธีการ	กลุ่มเป้าหมาย/ประชากร
Plan	1) ประชุมเจ้าหน้าที่รพ.สต. กำหนดโครงสร้างการดำเนินงาน และกำหนดผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงานคลินิกชะลอไตเสื่อม	- ระดมสมอง	- เจ้าหน้าที่รพ.สต.บึงนาราง จำนวน 7 คน
	2) ประชุมร่วมกับภาคีเครือข่าย ชี้แจงปัญหาสุขภาพ และนโยบาย การดำเนินงานในภาคชุมชนให้ ผู้นำชุมชนรับทราบ	- ระดมสมอง	- ผู้นำชุมชน ได้แก่ นายกอบต. ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกอบต. จำนวน 32 คน
	3) จัดทำแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูล ผู้ป่วยความรู้เรื่องโรคไตและการดูแลตนเอง ความถูกต้อง การรับประทานยา และพฤติกรรม การออกกำลังกาย	- ระดมสมอง	- เจ้าหน้าที่รพ.สต.บึงนาราง จำนวน 7 คน - ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 3A ที่รักษาในรพ.สต.บึงนาราง ปี 2565 จำนวน 35 คน
	4) จัดทำและเสนอขออนุมัติโครงการ		- เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ สสอ.
Act	1) พัฒนาสื่อประกอบการให้สุศึกษา ในคลินิกชะลอไตเสื่อม/ สื่อประชาสัมพันธ์ในชุมชน และคู่มือให้ความรู้เบื้องต้นโรคไตเรื้อรังสำหรับทีมรักษาไตเพื่อประกอบการทำงานเชิงรุกในชุมชน	- การมีส่วนร่วม	- เจ้าหน้าที่รพ.สต.บึงนาราง จำนวน 7 คน - เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ

ตารางที่ 1 รายละเอียดการเก็บรวบรวมข้อมูล 4 ขั้นตอน

ขั้นตอน	วิธีการดำเนินงาน	เครื่องมือ/วิธีการ	กลุ่มเป้าหมาย/ประชากร
	2) จัดตั้งคลินิกชะลอไตเสื่อมแยกจากคลินิกโรคเรื้อรังอื่นๆ ให้ความรู้และข้อมูลโดยเน้นเฉพาะโรคไตเรื้อรัง 3) จัดตั้งทีมรักษไต โดยคัดเลือกจากตัวแทนอสม. 4) พัฒนาช่องทางการสื่อสารภายในกลุ่มโดยใช้ App Line เพื่อส่งต่อข้อมูล ติดตามข้อมูลในทีมรักษไต 5) การพัฒนาศักยภาพทีมรักษไต และกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีม 6) กำหนดวัน เวลาในการติดตามพฤติกรรมแบ่งตามหมู่บ้าน โดยติดตามทุกวันศุกร์ของสัปดาห์	- การมีส่วนร่วม - สติกเกอร์สัญลักษณ์ 3A และสัญลักษณ์รูปไต - Application Line - อบรมให้ความรู้ - การเยี่ยมบ้าน/การเสริมพลัง	- เจ้าหน้าที่รพ.สต.บึงนารางจำนวน 7 คน - อสม. จำนวน 15 คน และอสค. จำนวน 10 คน - อสม. จำนวน 15 คน และอสค. จำนวน 10 คน - ทีมรักษไต ได้แก่ ตัวแทนอสม. จำนวน 15 คน และอสค. จำนวน 10 คน - เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง - ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 3A 35 คน
Observe	1) ประเมินผลความรู้ 2) การสังเกตพฤติกรรมการรับประทานเค็ม 3) การวัดความเค็มในอาหาร 4) การสังเกตเครื่องบริหารในบ้าน เปรียบเทียบกับก่อนปรับปรุงแบบการจัดการระบบบริการ 5) การประเมินการใช้ยาโดยใช้แบบสอบถาม เปรียบเทียบจากเวชระเบียน การใช้ยาสมุนไพร การสังเกตจากกล่องยาสามัญประจำบ้าน ภายในบ้านว่ามีสมุนไพรแบบต้มใช้หรือไม่	- แบบทดสอบความรู้เรื่องไต - แบบตอบถูก/ผิด - เครื่องวัดความเค็ม - แบบบันทึกพฤติกรรมอาการออกกำลังกาย - การสังเกต และการศึกษาจากเวชระเบียน - การตรวจ Cr. ประเมินอัตราการ	- ร้านขายอาหารในพื้นที่ตำบลบึงนารางจำนวน 12 ร้าน - ประชาชนทั่วไปที่บริโภคอาหารในร้านขายอาหารพื้นที่ตำบลบึงนาราง - ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 3A ที่รักษาในรพ.สต.บึงนารางปี 2565 จำนวน 35 คน - ทีมรักษไต ได้แก่ ตัวแทนอสม. จำนวน 15 คน และอสค. จำนวน 10 คน

ตารางที่ 1 รายละเอียดการเก็บรวบรวมข้อมูล 4 ขั้นตอน

ขั้นตอน	วิธีการดำเนินงาน	เครื่องมือ/วิธีการ	กลุ่มเป้าหมาย/ประชากร
	6) ประเมินความร่วมมือของทีมรักบี้ ไต รวมทั้งศักยภาพของทีมโดย ประเมินจากการให้ความร่วมมือ ในการเยี่ยมชมเชิงรุก 7) การให้การสนับสนุนของทีมภาคี เครือข่ายองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น	กรองของไต (eGFR) - สมุดโรค ประจำตัวของ ผู้ป่วยแต่ละราย ยาที่ผู้ป่วยได้รับ	
Reflect	การถอดบทเรียนด้วยเทคนิค Gibbs 6 ขั้นตอน	-การสนทนากลุ่ม -สัมภาษณ์เชิงลึก	- เจ้าหน้าที่รพ.สต.บึงนาราง จำนวน 7 คน - ทีมรักบี้ไต ได้แก่ ตัวแทน อสม. จำนวน 15 คน และอสม. จำนวน 10 คน - ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 3A ที่ รักษาในรพ.สต.บึงนารางปี 2565 จำนวน 35 คน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี เลขที่ SCPHC-IRB: 2021/T11 เมื่อวันที่ 27 กรกฎาคม 2564 ซึ่งผู้วิจัยได้ชี้แจงข้อมูลต่าง ๆ แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย และเปิดโอกาสให้สอบถามข้อมูลต่าง ๆ จนเป็นที่เข้าใจ รวมถึงได้รับทราบสิทธิในการออกจากโครงการโดยไม่มีเงื่อนไข หรือผลกระทบต่อการเข้ารับบริการในคลินิก แล้วจึงให้ลงชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการให้บริการแบบใหม่

ผลการวิจัย

1. ระดับความรู้ก่อนและหลังการพัฒนากระบวนการในคลินิกชะลอไตเสื่อม

ผลการดำเนินการปรับเปลี่ยน พัฒนาระบบบริการในคลินิกชะลอไตเสื่อมในรพ.สต.บึงนาราง ทำให้แยกการรับบริการได้อย่างชัดเจนระหว่างผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ออกจากผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต เป็นผลให้สะดวกต่อเจ้าหน้าที่ในการให้สุศึกษาที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่มเป้าหมาย การเข้าพบผู้รักษาที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น อีกทั้งผู้ป่วยรับรู้ตัวตนเอง มีสุขภาพเป็นอย่างไร รวมทั้งการจัดระบบบริการแบบใหม่โดยการแยกบริการ โดยพบว่าก่อนได้รับสุศึกษา ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 3A ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับควรปรับปรุง และระดับพอใช้ ร้อยละ 40 ระดับดี ร้อยละ 20 อย่างไรก็ตามหลังการให้สุศึกษา ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้ระดับดี เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 60 ระดับพอใช้ร้อยละ 40 และไม่มีผู้ป่วยที่มีความรู้อยู่ในระดับควรปรับปรุง รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ทั้งนี้ในคลินิกชะลอไตเสื่อม ในขณะที่ให้สุศึกษา ผู้ป่วยมีความกล้าในการตอบคำถาม ตอบคำถามด้วยความมั่นใจ มีปฏิสัมพันธ์ที่ดี ร่วมแสดงความคิดเห็นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมทั้งมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันระหว่างผู้ป่วยด้วย

ตารางที่ 2 ร้อยละของคะแนน และระดับความรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3A ก่อนและหลังการให้สุศึกษา

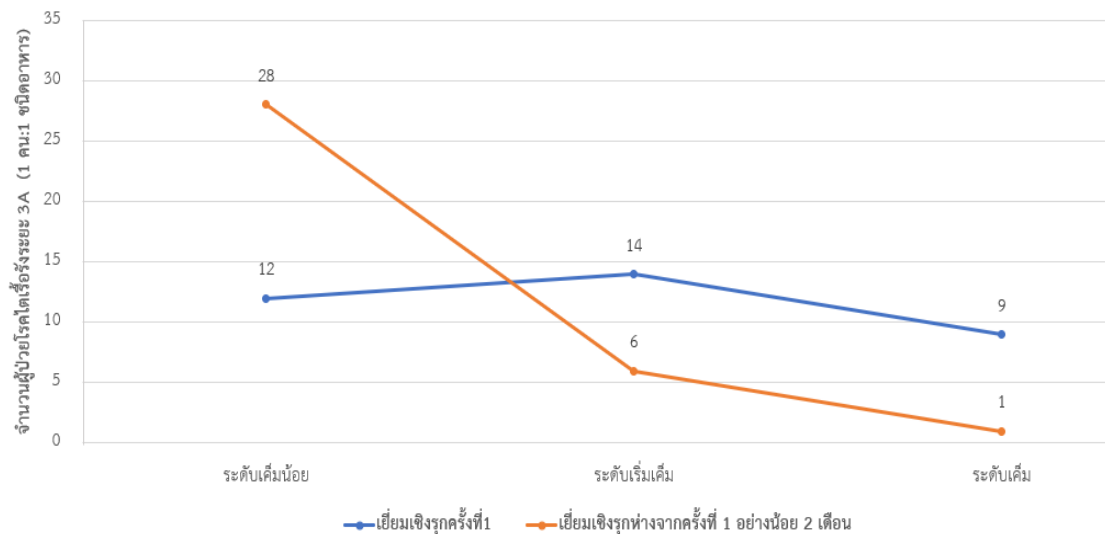
ร้อยละของคะแนน	ระดับความรู้	ก่อนการให้ความรู้		หลังการให้ความรู้	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำกว่าร้อยละ 60	ควรปรับปรุง	14	40	0	0
ร้อยละ 61-79	พอใช้	14	40	14	40
ร้อยละ 80 ขึ้นไป	ดี	7	20	21	60

2. การบริโภคอาหารและการรับประทานยา ก่อนและหลังการพัฒนากระบวนการในคลินิกชะลอไตเสื่อม

หลังการพัฒนากระบวนการในคลินิกชะลอไตเสื่อม พบว่าผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะ 3A มีการบริโภคอาหารที่เหมาะสมมากขึ้น จากการวัดโดยใช้เครื่องวัดความเค็มสุ่มตรวจอาหารหลากหลายชนิด และการสังเกตจากขวดเครื่องปรุงในบ้านผู้ป่วยโรคไตเสื่อมเรื้อรังระยะ 3A ซึ่งการเยี่ยมบ้านเชิงรุกครั้งที่ 1 ผู้ป่วยโรคไตเสื่อมเรื้อรังระยะ 3A ส่วนใหญ่มีการบริโภคอาหารในระดับเริ่มเค็ม จำนวน 14 คน ระดับเค็ม 9 คน และระดับเค็มน้อย 12 คน หลังจากพัฒนาระบบบริการเป็นเวลา 2 เดือน มีการเยี่ยมบ้านเชิงรุกครั้งที่ 2 พบว่าผู้ป่วยโรคไตเสื่อมเรื้อรังระยะ 3A ส่วนใหญ่มีการบริโภคอาหารในระดับเค็มน้อยเพิ่มขึ้นเป็น 28 คน ระดับเริ่มเค็ม 6 คน และระดับเค็ม 1 คน รายละเอียดดังแสดงในภาพที่ 1

ในส่วนของการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3A จากการสัมภาษณ์พบว่าผู้ป่วยรับประทานยาถูกต้องร้อยละ 100 ไม่พบผู้ป่วยรับประทานยาสมุนไพร นอกจากนี้จากการตรวจสอบร้านอาหารตามสั่ง และร้านก๋วยเตี๋ยวในพื้นที่ตำบลบึงนาราง พบว่าประชาชนบริโภคน้ำปลาสดลง แม้คำ

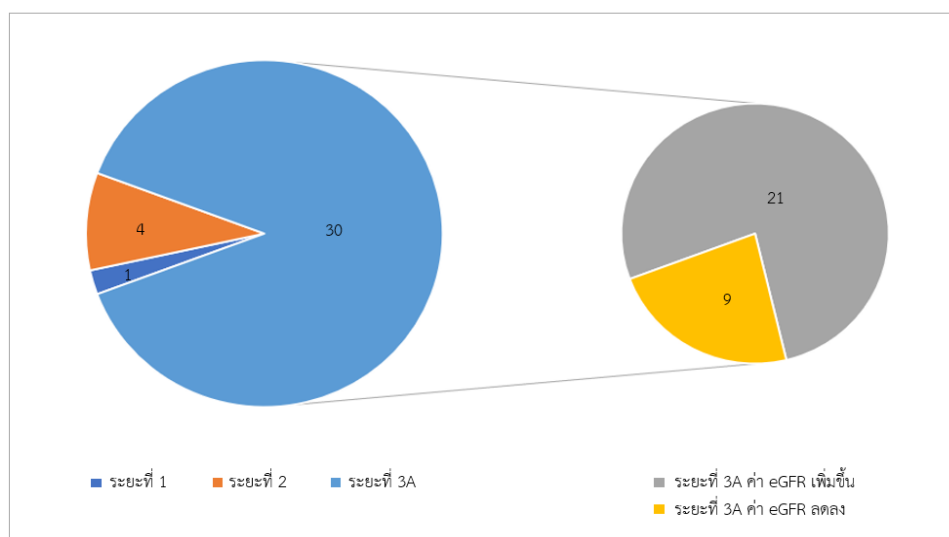
มีการใช้ปริมาณน้ำปลาบนโต๊ะเครื่องปรุงรสน้อยลงจากสัปดาห์ละ 2-3 ขวด เป็น 1-2 ขวด และจากการวัดความเค็มในน้ำถ้วยเดียวพบว่าอยู่ในระดับปกติทุกบ้าน ซึ่งประชาชนในพื้นที่ส่วนใหญ่ให้ความสนใจลดลงเป็นอย่างมาก



ภาพที่ 1 จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3A ที่บริโภคอาหารระดับเค็มน้อยเริ่มเค็มและเค็ม จากการสุ่มตรวจอาหารในบ้านของผู้ป่วย

3. อัตราการกรองของไต (eGFR) หลังการพัฒนาระบบบริการในคลินิกชะลอไตเสื่อม

เมื่อประเมินอัตราการกรองของไต (eGFR) ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3A จำนวน 35 คน หลังการพัฒนาระบบบริการในคลินิกชะลอไตเสื่อม พบว่า ผู้ป่วยมีระยะของโรคไตเรื้อรังดีขึ้นเป็นระยะ 1 จำนวน 1 คน ระยะที่ 2 จำนวน 4 คน คงเดิมที่ระยะ 3A จำนวน 30 คน โดยใน 30 คน มี eGFR ดีขึ้น 21 คน และ eGFR แย่ลงแต่ไม่มีการเปลี่ยนระยะเป็น 3B จำนวน 9 คน ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 อัตราการกรองของไต (eGFR) ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3A หลังการพัฒนาระบบบริการ

5. การสะท้อนผลที่ได้จากการพัฒนาระบบบริการในคลินิกชะลอไตเสื่อม

5.1 การใช้ระบบบริการในคลินิกแบบใหม่ช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงข้อมูลมากขึ้น ได้รับข้อมูลเฉพาะโรคและตรงต่อความต้องการมากขึ้น ในระยะเวลาที่เท่าเดิม

5.2 การใช้สื่อการเรียนรู้แบบใหม่ช่วยกระตุ้นความสนใจ และส่งเสริมให้เข้าใจได้ง่ายขึ้น

5.3 การมีภาคีเครือข่ายสุขภาพที่เข้มแข็ง มีทีมรักษไต เพิ่มเข้ามาในระบบการให้บริการ มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการติดตาม ให้ข้อมูล กระตุ้นการปรับเปลี่ยนสุขภาพของผู้ป่วยในชุมชน ช่วยลดเวลาในการทำงานของเจ้าหน้าที่ เพิ่มการติดตามได้มากขึ้น รวมทั้งเป็นผู้ประสานงานข้อมูลระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ง่ายยิ่งขึ้น

5.4 ระบบบริการใหม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยไตเรื้อรังชะลอการเสื่อมของไตได้ โดยไม่ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 3A ในคลินิกเปลี่ยนระยะเป็น 3B ในปีที่ผ่านมา ทำให้ช่วยลดภาระงานของเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะท้ายของโรค ลดปริมาณผู้ป่วยในโรงพยาบาลเนื่องจากผู้ป่วยไตระยะ 3B จะต้องรักษาในโรงพยาบาลเท่านั้น นอกจากนี้ยังช่วยลดภาระทางด้านเวลาและเศรษฐกิจของครอบครัวได้อีกด้วย

5.5 ทีมรักษไตเป็นผู้มีบทบาทอย่างยิ่งในการดำเนินงานที่ผ่านยังพบว่ายังไม่สามารถให้ข้อมูลกับผู้ป่วยได้ในบางเรื่อง จึงต้องมีการให้ความรู้กับทีมรักษไตเพิ่มขึ้น

5.6 เกิดความภาคภูมิใจกับผู้ป่วยเนื่องจากการปรับเปลี่ยนระบบแต่ละครั้งแม้ในทางปฏิบัติ จะใช้ระยะเวลาเท่าเดิม แต่ในขั้นเตรียมการ เตรียมความพร้อม เตรียมระบบ จะมีความไม่เคยชินของทั้งเจ้าหน้าที่ ของผู้ป่วย และภาคีเครือข่าย แต่ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาทำให้เห็นผลลัพธ์ที่บรรลุดตามวัตถุประสงค์ เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีนำมาซึ่งการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรค

อภิปรายผลการวิจัย

ผลของการใช้รูปแบบการให้บริการแบบใหม่ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3A ต่อความรู้ในการดูแลตนเอง อธิบายได้ว่าหลังการใช้รูปแบบการบริการแบบใหม่ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคไตเรื้อรัง และการพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้น เป็นผลมาจากการแยกคลินิกโรคไตเรื้อรังออกจากคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ทำให้ได้รับข้อมูลที่จำเพาะต่อโรคมมากขึ้น การให้ความรู้ที่ไม่ได้เป็นการบรรยายเพียงอย่างเดียว มีการใช้สื่อประกอบการให้สุศึกษาที่สนับสนุน กระตุ้นให้เกิดความเข้าใจง่าย และชัดเจนเห็นภาพ การชี้ให้เห็นข้อจำกัด และอุปสรรคในการดำเนินชีวิตหากไม่ปรับพฤติกรรม มีการวางแผน กำหนดเป้าหมาย ในการปรับพฤติกรรมร่วมกันเป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ใช้ความรู้ ทักษะ และกำจัดอุปสรรคได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศิริลักษณ์ มหาลี และคณะ ที่พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง และพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้นเมื่อได้รับ โปรแกรมสุศึกษาที่ประกอบด้วยกิจกรรมที่หลากหลาย ได้แก่ การบรรยายให้ความรู้ ใช้สื่อสุศึกษา การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสาธิต และการเยี่ยมบ้าน

นอกจากนี้ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยอาศัย กระบวนการที่ขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่องไม่ว่าจะเป็นการร่วมวางแผนของเจ้าหน้าที่ในคลินิก อสม. และตัว

ผู้ป่วยเอง การปฏิบัติตามกระบวนการที่วางแผนร่วมกัน การสังเกตการณ์เพื่อเฝ้าดูความเปลี่ยนแปลงและนำมาสะท้อนกลับให้กับบุคคลได้ทราบ รวมทั้งการกระตุ้นเตือนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของทีมรักษาก็มีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้ในชุมชน การติดตามพฤติกรรม และเป็นผู้นำด้านสุขภาพภาคประชาชน การสนับสนุนด้านการนำข้อมูลถึงตัวผู้ป่วยแต่ละราย และการประสานงานบุคลากรสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการจัดระบบบริการให้ได้ตามมาตรฐาน ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ช่วยให้เกิดความตระหนักในปัญหาสุขภาพของตนเองและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อชะลอไตเสื่อม ก่อให้เกิดความยั่งยืนในการดำเนินงานด้านผู้ป่วยและผู้ดูแล มีความรู้เพิ่มขึ้น นำมาสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองให้ดียิ่งขึ้น ส่งผลทำให้ชะลอไตเสื่อมได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของแพรวทิพย์ สุธีรประเสริฐ และวราทิพย์ แก่นการ⁶ ที่พบว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวและ อสม. มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม และ โปรแกรมสุขศึกษาที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและ อสม. ช่วยส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรังในชุมชนได้เป็นอย่างดี

จะเห็นได้ว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยมีปัจจัยเงื่อนไขที่ส่งเสริมความสำคัญในการพัฒนารูปแบบและนำรูปแบบไปใช้ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ในการดูแลสุขภาพ ทีมงานที่เข้มแข็ง ได้แก่ ผู้นำชุมชน อสม. อสค. ที่มุ่งมั่นตั้งใจ และดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพของตนเองเป็นอย่างดี ชุมชนมีเครือข่ายในการสนับสนุนช่วยเหลือการดำเนินงานให้บรรลุวัตถุประสงค์

ข้อเสนอแนะ

ทีมติดตามพฤติกรรม การปฏิบัติตนควรได้รับการอบรมเพิ่มขึ้น เพื่อพัฒนาความรู้ให้สามารถตอบข้อสงสัยได้อย่างชัดเจน และในการติดตามควรมีแบบติดตามพฤติกรรมที่ชัดเจนเพื่อให้สามารถสรุปผลรวมทั้งง่ายต่อผู้ที่ติดตามพฤติกรรมในขณะเยี่ยมบ้านด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการจัดการโรคไตเรื้อรัง (CKD) สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2559.
2. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. ข้อเสนอแนะเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2565 (ฉบับปรับปรุงเพิ่มเติม). กรุงเทพมหานคร: ศรีเมืองการพิมพ์; 2565.
3. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือปฏิบัติการเพื่อดำเนินงานลดโรคไตเรื้อรัง (CKD) ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2559.
4. Kemmis S, McTaggart R. The Action Research Planer (3rd ed.). Victoria: Deakin University; 1988.

5. ศิริลักษณ์ มหาลี, มณฑิชา รักศิลป์, ชีรวุฒิ เอกะกุล. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอน้ำเย็น จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารบัณฑิตวิทยาลัย พิษณุพรรณ. 2559; 11(1): 99-106.
6. แพรวทิพย์ สุธีรประเสริฐ, วราทิพย์ แก่นการ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรังในชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2561; 36 (4): 43-51.