

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

วัตถุประสงค์

เพื่อเผยแพร่บทความวิชาการที่เกี่ยวกับการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่สนับสนุนการดำเนินงานในเขตสุขภาพที่ 9 และเพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างนักวิชาการและบุคลากรทางด้านสาธารณสุข

สำนักงาน

กลุ่มพัฒนาวิชาการ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9

อ.เมือง จ.นครราชสีมา

โทร 044-212900 ต่อ 147

โทรสาร 044-218018

E-mail : Journaldpc9@gmail.com

Website <http://www.odpc9.org>

ที่ปรึกษา

1. ศ.นพ.ธีระ รามสูต
2. นพ.กฤษฎา มโหทาน

บรรณาธิการอำนวยการ

นพ.กิตติพงศ์ สัญชาติวิรุฬห์

บรรณาธิการ

พญ.สุลีพร จิระพงษา

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นางญาดา ไตอุตชนม์

ฝ่ายจัดการ

1. นางสาวกรรณิกา บัวทะเล
2. นางปาริชาติ จิตกลาง

กองบรรณาธิการนอกหน่วยงาน

1. ศ.เกียรติคุณ ดร.พันธุ์ทิพย์ รามสูต
สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ
2. รศ.ดร.โยธิน แสงดี มหาวิทยาลัยมหิดล
3. รศ.อรุณ จิรวัดนกุล มหาวิทยาลัยขอนแก่น
4. ผศ.ดร.สุชาติ รัชชกุล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
5. ผศ.ดร.มณฑา เก่งการพานิช มหาวิทยาลัยมหิดล
6. ผศ.ดร.ทัศนีย์ ศิลาวรรณ มหาวิทยาลัยมหิดล
7. ดร.เพ็ญศรี รักวงศ์ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
8. ดร.สังสิทธิ์ สังวรโยธิน มหาวิทยาลัยมหิดล
9. นายสุรัชย์ ศิลาวรรณ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
10. ผศ.ดร.หนึ่งหทัย ขอผลกลาง มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
11. ผศ.ดร.ศุภวรรณ มโนสุนทร นักวิชาการอิสระ
12. ดร.ธีระวุธ ธรรมกุล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
13. ดร.สมรภาพ บรรหารักษ์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

กองบรรณาธิการในหน่วยงาน

1. นพ.บุญเลิศ ศักดิ์ชัยนันท์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
2. พญ.เพชรวรรณ พึ่งรัศมี กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
3. นางกาญจนา ยังขาว สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นม.
4. นางนันทนา แท้ประเสริฐ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นม.

กำหนดออกเผยแพร่

3 ฉบับ

ฉบับที่ 1 เดือนตุลาคม - มกราคม

ฉบับที่ 2 เดือนกุมภาพันธ์ - พฤษภาคม

ฉบับที่ 3 เดือนมิถุนายน - กันยายน

จำนวน

30 เล่ม

พิมพ์ที่

หจก. เลิศศิลป์ สารสนเทศ โฮลดิ้ง

336 ถ.สุรนารี ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30000

โทรศัพท์ 044-252883

โทรสาร 044-342238

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ตีพิมพ์ปีละ 3 ครั้ง เผยแพร่บทความวิชาการเกี่ยวกับการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ รายละเอียดเกี่ยวกับการส่งบทความหรือรายงานการวิจัยเพื่อลงตีพิมพ์ ศึกษาได้จากคำแนะนำสำหรับผู้เขียนซึ่งอยู่ด้านท้ายของวารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 ทุกฉบับ ทางกองบรรณาธิการจะไม่พิจารณาตีพิมพ์บทความหรือรายงานการวิจัย ถ้าไม่ได้เขียนในรูปแบบคำแนะนำ และบทความที่ได้ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 แล้ว ไม่สามารถนำไปเผยแพร่ในวารสารวิชาการอื่นๆได้

ส่งผลงาน/บทความ/รายงานการวิจัยมายัง

งานวิจัยและพัฒนาระบบวิชาการ กลุ่มพัฒนาวิชาการ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30000

ลิขสิทธิ์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา Website <http://www.odpc9.org>

สารบัญ / Content

ปีที่ 25 ฉบับที่ 1 เดือนตุลาคม 2561 - มกราคม 2562

1. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา Factors Effecting to Disease Prevention Behaviors in Risk Group for Stoke at Chaloe Phra Kiat Hospital, Nakhon Ratchasima Province แชมป์ สุทธิศิริศิลป์.....	5
2. การประเมินสมรรถนะของระบบเฝ้าระวังโรคมือ เท้า ปาก และโรคติดเชื้อเอนเทอโรไวรัส จังหวัดสุรินทร์ พ.ศ. 2559 Surveillance Evaluation of Hand Foot Mouth and Enterovirus Infection Diseases, Surin Province, 2016 ลักษณะ สีนวลแล และคณะ.....	16
3. การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนและตัวแบบบุคคลในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบล ทุ่งกระตาดพัฒนา อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ พ.ศ. 2560 Community Participation Development and Role Model on Dengue Hemorrhagic Fever Prevention and Control in Thungkratadphattana, Nongki District, Buriram Province A.D. 2017 ชนิตา เสนคราม และรชานนท์ จ่วนใจรัก.....	27
4. การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลละกอ ตำบลศรีละกอ อำเภोजักราช จังหวัดนครราชสีมา Potentiality Development for Elderly with Plasma Glucose Uncontrollable of Type 2 Diabetes Mellitus in Health Promoting Hospital Lakor, Srilakor Sub-District, Chakkarat District, Nakhon Ratchasima Province คมศร เทียงกระโทก และพัชรี ศรีภูตา.....	37
5. การพัฒนารูปแบบระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนโดยชุมชนในพื้นที่เขต รอยต่อชายแดนไทย - กัมพูชา จังหวัดสุรินทร์ พ.ศ. 2557-2559 The Model Development of Event base Surveillance System that Affect Public Health by Community at Border Thailand - Cambodia in Surin Province, 2014 - 2016 กาญจนา ยิ่งขาว.....	48
6. การพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคเรื้อนภายหลังการปรับเปลี่ยนนิคมสู่ชุมชนปกติ โดยชุมชน มีส่วนร่วม : กรณีศึกษานิคมโรคเรื้อนปราสาท อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ Model Development of Community-based Rehabilitation The Leprosy Effect After try to Change Leper Colony to be Normal Community: Case Study of Prasat Leper Colony, Prasat District, Surin Province นิยม ไกรบุย และโกเมศ อนุรัตน์.....	55
7. การพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนเพื่อการจัดการขยะมูลฝอย : กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่งในอำเภอเมือง นครราชสีมาจังหวัดนครราชสีมา Capacity Building of Community Leaders for Waste Management: A Case Study in a Community in Muang District, Nakhon Ratchasima Province ประมาณ กิริรัมย์ และพัชรี ศรีภูตา.....	64
ท้ายเล่ม คำแนะนำสำหรับผู้เขียน	74

บรรณาธิการแถลง

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา ฉบับนี้เป็นฉบับที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562 ได้รวบรวมบทความวิชาการที่น่าสนใจ ซึ่งได้ผ่านการกลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างเข้มข้นจำนวน 7 เรื่อง นำเสนอเนื้อหาบทความวิชาการเกี่ยวกับเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง, การประเมินสมรรถนะของระบบเฝ้าระวังโรคมือ เท้า ปาก และโรคติดเชื้อเอนเทอโรไวรัส, การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนและตัวแบบบุคคลในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก, การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้, การพัฒนารูปแบบระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน, การพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคเรื้อนภายหลังการปรับเปลี่ยนนิคมสู่ชุมชนปกติ โดยชุมชนมีส่วนร่วม และการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชน เพื่อการจัดการขยะมูลฝอย

ขอขอบพระคุณทุกท่านที่สนใจวารสารฯ และร่วมเสนอบทความวิชาการในวารสาร ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านในแต่ละสาขาหลากหลายสถาบันที่ช่วยให้ ข้อเสนอแนะ ทำให้บทความมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น หากท่านผู้อ่านได้ข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษา ของวารสารฉบับนี้ไปใช้ประโยชน์ คณะผู้จัดทำจะรู้สึกเป็นเกียรติมากที่ได้สร้างคุณประโยชน์แก่หน่วยงาน และวงการสาธารณสุขในการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ต่อไป

พญ.ชุลีพร จิระพงษา
บรรณาธิการ

**ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง
โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา**

**Factors Effecting to Disease Prevention Behaviors in Risk Group
for Stoke at Chaloe Phra Kiat Hospital, Nakhon Ratchasima Province**

แชมป์ สุทธิศรีศิลป์

Champ Suttisrisin

โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา

Chaloem Phra Kiat Hospital, Nakhon Ratchasima Province

*Corresponding author E-mail : champ.suttisrisin@gmail.com

(Received: May 4, 2017 ; Accepted : April 30, 2018)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมการป้องกันโรค และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ประชากรในการศึกษา ได้แก่ ผู้ที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคหลอดเลือดสมองในปี 2559 โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา ที่มีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด จำนวน 250 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือ แบบสอบถาม และแบบประเมินความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนมีนาคม – เมษายน 2560 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Multiple regression analysis ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 56.8 มีความเสี่ยงสูงต่อโรคหลอดเลือดสมอง รองลงมา ร้อยละ 29.2 และ 14.0 มีความเสี่ยงสูงมาก และเสี่ยงสูงปานกลาง ตามลำดับ โดยมีความเสี่ยงในเรื่องดัชนีมวลกายหรือขนาดรอบเอวมากกว่าปกติ ร้อยละ 64.8 รองลงมา มีระดับไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง มีระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติ เป็นโรคเบาหวานและมีปัญหาที่ไต มีญาติสายตรงเป็นโรคหัวใจขาดเลือดหรืออัมพาต สุกดิบหรือเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง หรือโรคหัวใจ ร้อยละ 34.4, 28.4, 27.2, 20.8, 20.0, 10.8, 8.4 และ 2.4 ตามลำดับ กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระดับต่ำ ร้อยละ 52.4 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง และดี ร้อยละ 44.4 และ 3.2 ตามลำดับ ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ การรับรู้ภาวะเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัว โดยมีผลเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) ตัวแปรดังกล่าวร่วมกันอธิบายการผันแปรของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 41.9

คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกันโรค กลุ่มเสี่ยง โรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

The objective of this survey research was to study the risk of stroke, disease prevention behaviors and factors affecting disease prevention behavior in risk group stroke. The population consisted of 250 client, who have been screened for stroke in 2016 at Chaloe Phra Kiat hospital, Nakhon Ratchasima province and were risk groups for stroke, Research instruments were questionnaire and risk assessment for stroke record form. Data collecting was carried on during March to April 2017, and analyzed by descriptive statistics and multiple regression analysis. The study found the followings: The risk group stroke, 56.8% were high risk for stroke, 29.2 and 14.0% were at very high risk and moderate high risk, respectively. There were risk factors for body mass index or waist circumference

more than normal, 64.8%, followed by high blood lipid levels, high blood pressure, abnormal blood sugar, diabetes with kidney problems, had direct relative were ischemic heart disease or paralysis, smoking cigarette and had blood vessel disease and heart disease, 34.4, 28.4, 27.2, 20.8, 20.0, 10.8, 8.4 and 2.4%, respectively. The risk group, 52.4% had low stroke prevention behaviors, followed by the moderate and high at 44.4 and 3.2%, respectively. Factors affecting stroke prevention behaviors in the risk group stroke were perceived risk of stroke, and family support, positive statistically significant (p -value <0.01). These variables could explain the variability of disease prevention behaviors among risk group stroke, at 41.9%.

Keywords : disease prevention behavior, risk group, stroke

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองส่งผลกระทบทำให้เสียชีวิต และเกิดความพิการที่อาจจะหลงเหลืออยู่ ผู้เป็นโรคหลอดเลือดสมอง 100 คน จะเสียชีวิต 20 คน ส่วนที่รอดชีวิต 80 คน จะมีความพิการสูงถึง 60 คน มีเพียง 20 คน เท่านั้น ที่จะสามารถดำรงชีวิตได้ใกล้เคียงกับคนปกติแต่จะมีความพิการหลงเหลืออยู่⁽¹⁾ และทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตต่ำลงและมีการสูญเสียระยะเวลาของการมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพ⁽²⁾ ในด้านจิตใจผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวในด้านอัตมโนทัศน์ได้⁽³⁾ นอกจากนี้ยังส่งผลให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ ทั้งส่วนตัว ครอบครัวและประเทศชาติ โดยพบต้นทุนทางตรงสำหรับการรับบริการในกรณีเป็นผู้ป่วยใน 1,489.78 บาทต่อวันนอน และสำหรับการรับบริการผู้ป่วยนอก เท่ากับ 1,010.22 บาทต่อครั้ง และค่าเสียโอกาสเนื่องจากการขาดงานและความพิการ 101,681.20 บาท และสูญเสียเนื่องจากการเสียชีวิต 15,766.66 บาท รวมต้นทุนเฉลี่ยจากการเจ็บป่วยจากโรคหลอดเลือดสมอง 162,664.97 บาทต่อปี⁽⁴⁾

โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา ตั้งในปี 2555 - 2559 มีอัตราการป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 27, 50, 56, 46 และ 59 ต่อแสนประชากร ซึ่งมีแนวโน้มที่สูงขึ้นก่อให้เกิดโอกาสของการเสียชีวิต และเกิดความพิการ เสียค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ และเป็นภาระทางด้านการแพทย์และครอบครัวเพิ่มขึ้น ดังนั้นการป้องกันโรคของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองจึงมีความสำคัญ ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขได้มุ่งเน้นให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับรู้ เข้าใจแนวทางสร้างเสริมสุขภาพ ตระหนักถึงภาวะเสี่ยงและมีพฤติกรรมควบคุมป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่อโรควิถีชีวิตได้เพิ่มขึ้น⁽⁵⁾ เนื่องจากต้นทุนการดูแลสุขภาพต่ำกว่ากลุ่มป่วย การป้องกันในระยะเริ่มแรกจะช่วยลดระยะเวลาของการเป็นโรคหลอดเลือดสมองลงได้ ลดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการตายและลดภาระค่าใช้จ่าย ซึ่งทุกฝ่ายต้องให้ความสำคัญเพื่อกำหนดแนวทาง และมาตรการในการแก้ไขปัญหาอย่างจริงจัง ผู้วิจัยในฐานะแพทย์ผู้ดำเนินการรักษาพยาบาล และควบคุม ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา จึงสนใจศึกษาความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมการป้องกันโรคและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค ในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการที่โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา เพื่อนำผลการวิจัยมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนให้ความรู้ สนับสนุน รวมทั้งส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการดูแลป้องกันไม่ให้กลุ่มเสี่ยงเกิดโรคดังกล่าวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง

นิยามศัพท์

กลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง 1) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน 2) กลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน 3) ผู้ที่อายุ 35 ปี ขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และพบว่ามีความผิดปกติมากกว่า 5 ข้อ หรือมีประวัติโรคหัวใจหรือโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งได้แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มเสี่ยงสูง คือ กลุ่มที่ได้รับการคัดกรองโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและพบว่ามีความผิดปกติ มากกว่า 2 ข้อ หรือเป็นโรคเบาหวานมากกว่าสิบปี หรือเป็นโรคเบาหวานที่คุมไม่ได้ติดต่อกัน หรือมีประวัติญาติสายตรงเป็นโรคหลอดเลือดสมอง หรือโรคหัวใจขาดเลือดก่อนวัย

2. กลุ่มเสี่ยงสูงปานกลาง คือ กลุ่มที่ได้รับการคัดกรองโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และพบว่ามีความผิดปกติ 3 – 5 ข้อ หรือระดับความดันโลหิตสูงมากกว่า 170/100 มิลลิเมตรปรอทสองครั้งติดต่อกัน มากกว่าสองครั้งรอบการตรวจรักษา หรือระดับโคเลสเตอรอลมากกว่าหรือเท่ากับ 309 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์

3. กลุ่มเสี่ยงสูงมาก คือได้รับการคัดกรองโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และมีความผิดปกติมากกว่า 5 ข้อหรือมีประวัติโรคหัวใจหรือโรคหลอดเลือดสมอง หรือโรคเบาหวานและมีปัญหาที่ใด

การดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา ที่ได้รับการคัดกรองว่ามีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2559 – เดือนธันวาคม พ.ศ.2559 ซึ่งมีรายชื่ออยู่ในทะเบียนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงของโรงพยาบาล ทั้งหมดจำนวน 250 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถาม ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

2. แบบประเมินความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยข้อมูลความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในเรื่อง การมีญาติสายตรง (พ่อหรือแม่/พี่หรือน้อง) ที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือดหรืออัมพาต การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด น้ำหนักและส่วนสูง/ขนาดรอบเอว การเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เคยเป็นโรคหัวใจ และการเป็นโรคเบาหวานที่มีปัญหาเรื่องไต

เครื่องมือดังกล่าวได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา(Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อดูความชัดเจน ความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และความสอดคล้องด้วยดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objectives Congruence : IOC) ซึ่งมีค่า IOC ของแต่ละข้อคำถามอยู่ระหว่าง 0.6 – 1.0 นอกจากนี้ ได้วิเคราะห์ความเชื่อถือได้ของมาตรวัดโดยการวัดความสอดคล้องภายใน แบบครอนบาค อัลฟา (Cronbach's Alpha) ได้ค่าความเชื่อถือของแบบวัด การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง = 0.70 การได้รับ

การสนับสนุนในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง = 0.72 การรับรู้ภาวะเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง = 0.80 การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง = 0.76 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง = 0.73 การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง = 0.97 และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง = 0.74

เก็บรวบรวมข้อมูล ในเดือนมีนาคม – เมษายน 2560

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติดังนี้คือ

1. วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ตัวแปรที่ศึกษา และความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด
2. วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้ Multiple regression analysis (enter)

ผลการศึกษา

ลักษณะส่วนบุคคลของประชากรที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60.8) มีอายุ 35 – 59 ปี (ร้อยละ 73.2) โดยเฉลี่ยมีอายุ 49.4 ปี และมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 76.4) มีการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 32.8 รองลงมามีการศึกษาระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. อนุปริญญา/ปวส. และมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 24.8, 19.6, 11.6 และ 11.2 ตามลำดับ ส่วนในเรื่องอาชีพ พบว่า ร้อยละ 31.2 มีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ข้าราชการบำนาญ รองลงมาคือ รับจ้าง เกษตรกรรม ค่าขาย/ธุรกิจส่วนตัว และทำงานบ้าน/นักเรียน/นักบวช ร้อยละ 25.2, 19.2, 13.6 และ 10.8 ตามลำดับ มีรายได้ น้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 39.6 รองลงมา มีรายได้ มากกว่า 20,000 บาท และ 10,000 – 20,000 บาท ร้อยละ 28.0 และ 27.2 ผู้ไม่มีรายได้ ร้อยละ 5.2 มีรายได้โดยเฉลี่ย 17,961 บาท ในการรักษาพยาบาล ร้อยละ 32.0 เบิกค่ารักษาพยาบาลได้ รองลงมา ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ ใช้สิทธิประกันสังคม และชำระเงินเอง ร้อยละ 31.6, 23.6 และ 2.8 ตามลำดับ มีโรคประจำตัวถึงร้อยละ 58.0 โดยพบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 36.4, 24.0 และ 23.6 ในช่วงเวลา 1 ปีที่ผ่านมา เข้ารับการรักษาพยาบาล น้อยกว่า 5 ครั้ง ร้อยละ 38.4 และ 5 – 10 ครั้ง ร้อยละ 34.4 โดยเฉลี่ยเข้ารับการรักษาพยาบาล 9.5 ครั้ง ทั้งนี้ ปัจจุบันสูบบุหรี่ ร้อยละ 10.8 (โดยสูบ 5 – 10 มวน/วัน ร้อยละ 6.8, น้อยกว่า 5 มวน/วัน ร้อยละ 3.6 และมากกว่า 10 มวน/วัน ร้อยละ 0.4 ทั้งนี้ สูบมานาน 5 – 10 ปี ร้อยละ 3.6, มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 6.8) เคยสูบบุหรี่แล้ว ร้อยละ 12.0 มีบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 16.0

ความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ร้อยละ 56.8 มีความเสี่ยงสูงต่อโรคหลอดเลือดสมอง รองลงมา ร้อยละ 29.2 และ 14.0 มีความเสี่ยงสูงมาก และเสี่ยงสูงปานกลาง ตามลำดับ (ตารางที่ 1) โดยมีปัจจัยเสี่ยงในเรื่อง ดัชนีมวลกายหรือขนาดรอบเอวมากกว่าปกติ มากที่สุด ร้อยละ 64.8 รองลงมา มีปัจจัยเสี่ยงในเรื่องระดับไขมันในเลือด ความดันโลหิตสูง มีระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติ เป็นโรคเบาหวาน และมีปัญหาเรื่องไต มีญาติสายตรงเป็นโรคหัวใจขาดเลือดหรืออัมพาต สูบบุหรี่ เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และเป็นโรคหัวใจ ร้อยละ 34.4, 28.4, 27.2, 20.8, 20.0, 10.8, 8.4 และ 2.4 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละระดับความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง

ความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน (N = 250)	ร้อยละ (100.0)
เสี่ยงสูง	142	56.8
เสี่ยงสูงปานกลาง	35	14.0
เสี่ยงสูงมาก	73	29.2

การรับรู้ภาวะเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ประชากรที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่ ร้อยละ 73.2, 80.8, 87.6 และ 70.0 รับรู้ภาวะเสี่ยง การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง รับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง รับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมอง และรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับสูง ตามลำดับ เมื่อพิจารณาการรับรู้ภาวะเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สิ่งชักนำให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบผลการศึกษา ดังนี้

การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ประชากรที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 58.0 ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในระดับต่ำ รองลงมาร้อยละ 31.2 และ 10.8 อยู่ในระดับปานกลางและสูง ตามลำดับ โดยได้รับข้อมูลข่าวสารเป็นประจำมากที่สุดคือ จากคำแนะนำจากแพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์ ร้อยละ 38.4 รองลงมาคือ จากเพื่อนหรือบุคคลที่รู้จัก โทรทัศน์หรือวิทยุ อาสาสมัคร สาธารณสุข สื่อสิ่งพิมพ์ ป้ายโฆษณาและอินเทอร์เน็ต ร้อยละ 28.4, 23.2, 23.2, 22.0 และ 20.8 ตามลำดับ

การได้รับการสนับสนุนในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ประชากรที่เสี่ยง ต่อโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 48.0 ได้รับการสนับสนุนในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จากครอบครัวในระดับสูง รองลงมาร้อยละ 38.4 และ 13.6 ได้รับการสนับสนุนในระดับปานกลาง และต่ำ ตามลำดับ โดยพบว่า ได้รับการสนับสนุนเป็นประจำ ตั้งแต่ร้อยละ 64.0 ขึ้นไป ในเรื่องดูแลหรือสนับสนุน ให้ท่านไปตรวจร่างกายหรือพบแพทย์ ไม่สนับสนุนให้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และหรือสูบบุหรี่ ให้กำลังใจ เมื่อท่านเกิดความเครียด และสนับสนุนส่งเสริมให้ท่านออกกำลังกาย ส่วนในเรื่องปรุงอาหารที่ไม่เค็ม และ ปรุงอาหารโดยไม่ใช้น้ำมันที่มีไขมันอิ่มตัวสูง ได้รับการสนับสนุนเป็นประจำ ร้อยละ 39.2 และ 31.2 ตามลำดับ

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในภาพรวม พบว่า กลุ่มที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระดับต่ำ ร้อยละ 52.4 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง และดี ร้อยละ 44.4 และ 3.2 เมื่อพิจารณาพฤติกรรมในแต่ละด้าน พบว่า ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ส่วนใหญ่ ร้อยละ 79.2 อยู่ในระดับต่ำ ส่วนด้านการรับประทานอาหาร และด้านการจัดการความเครียด ร้อยละ 51.6 อยู่ในระดับปานกลาง แต่ด้านการออกกำลังกาย ร้อยละ 54.8 อยู่ในระดับต่ำ สำหรับด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป ร้อยละ 50.4 อยู่ในระดับดี โดยมีรายละเอียด ดังนี้

- การรับประทานอาหาร มีการรับประทานอาหารหรือเครื่องดื่มหรือผลไม้รสหวาน และรับประทาน รสเค็ม บ่อยครั้งถึงเป็นประจำ ร้อยละ 57.2 และ 42.4 นอกจากนี้มีการลดหรือหลีกเลี่ยงอาหารมันนานๆ ครั้ง ถึงไม่ได้ปฏิบัติ ร้อยละ 88.8

- การออกกำลังกาย มีการออกกำลังกายอย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์ นานๆ ครั้งๆ ละ 30 นาที และ ทำกิจกรรมที่ต้องใช้กำลังงานนานๆ ครั้งถึงไม่ได้ปฏิบัติ ร้อยละ 58.8 และ 37.2

- การจัดการกับความเครียด มีการจัดการโดยเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจจะปรึกษากับผู้ใกล้ชิด เมื่อเกิดความเครียด มีการผ่อนคลายด้วยวิธีการต่างๆ และเมื่อเกิดความโกรธ หงุดหงิด สามารถควบคุมอารมณ์ได้นานๆ ครั้ง ถึงไม่ได้ปฏิบัติ ร้อยละ 33.2, 25.2 และ 30.0
- การควบคุมปัจจัยเสี่ยง มีการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และสูบบุหรี่ บ่อยครั้งถึงเป็นประจำ ร้อยละ 17.2 และ 13.2 มีการพักผ่อนโดยนอนหลับอย่างน้อยวันละ 6 – 8 ชั่วโมง และควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้เพิ่มขึ้นนานๆ ครั้ง ถึงไม่ได้ปฏิบัติ ร้อยละ 14.4 และ 39.2
- การดูแลสุขภาพทั่วไป มีการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และไปตรวจร่างกายหรือพบแพทย์ตามนัดนานๆ ครั้ง ถึงไม่ได้ปฏิบัติ ร้อยละ 11.2 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ร้อยละพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองของประชากรที่ศึกษา จำแนกรายประเด็น (N = 250)

รายการ	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่ได้ปฏิบัติ
การรับประทานอาหาร				
รับประทานอาหารหรือเครื่องดื่มหรือผลไม้รสหวาน	19.6	37.6	40.0	2.8
ลดหรือหลีกเลี่ยงอาหารมัน	12.8	38.4	44.4	4.4
รับประทานรสเค็ม	10.8	31.6	49.2	8.4
การออกกำลังกาย				
ออกกำลังกาย > 3 วัน/สัปดาห์ นานครั้งละ 30 นาทีเป็นอย่างน้อย	16.4	24.8	46.8	12.0
ทำกิจกรรมที่ต้องใช้กำลังงาน	26.8	36.0	31.6	5.6
การจัดการกับความเครียด				
เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจจะปรึกษากับผู้ใกล้ชิด	33.2	33.6	26.4	6.8
เมื่อเกิดความเครียด มีการผ่อนคลายด้วยวิธีการต่างๆ	38.0	36.8	24.8	0.4
เมื่อเกิดความโกรธ หงุดหงิด สามารถควบคุมอารมณ์ได้	29.2	40.8	28.4	1.6
การควบคุมปัจจัยเสี่ยง				
ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	6.8	10.4	32.8	50.0
พักผ่อนโดยนอนหลับอย่างน้อยวันละ 6 – 8 ชั่วโมง	45.6	40.0	11.2	3.2
การควบคุมปัจจัยเสี่ยง				
ควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้เพิ่มขึ้น	24.8	36.0	30.8	8.4
สูบบุหรี่	5.6	7.6	3.2	83.6
การดูแลสุขภาพทั่วไป				
ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์	62.0	26.8	10.4	0.8
ไปตรวจร่างกายหรือพบแพทย์ตามนัด	52.8	36.0	10.8	0.4

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การรับรู้ภาวะเสี่ยง การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัว มีผลเชิงบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) ตัวแปรดังกล่าว รวมกันอธิบายการผันแปรของพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 41.9 (ตารางที่ 3) โดยมีสมการถดถอยพหุ ดังนี้คือ

$$\text{พฤติกรรมการป้องกันโรค} = 11.703 + 1.515 (\text{การรับรู้ภาวะเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง}) + 0.341 (\text{การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัว})$$

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ถดถอยพหุปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง

ตัวแปร	B	SE	Beta	P-value
เพศ (หญิง)	0.603	0.517	0.060	0.244
อายุ	0.009	0.024	0.021	0.698
สถานภาพสมรส (คู่)	0.016	0.582	0.001	0.978
ระดับการศึกษา (ปี)	0.046	0.068	0.038	0.502
การรับรู้ภาวะเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	1.515	0.123	0.632	0.000
การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	-0.184	0.193	-0.049	0.342
การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรค	0.097	0.141	0.035	0.492
การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการจัดการโรค	0.022	0.047	0.023	0.638
การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	0.067	0.091	0.039	0.460
การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัว	0.341	0.122	0.148	0.006
ตัวคงที่	11.703	2.754		<0.001

Adjust R² = 0.419, SEE = 3.745, F = 18.939, Sig. F <0.001

วิจารณ์

จากผลการศึกษาในเรื่องความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง เกือบ 1 ใน 3 เป็นผู้ที่มีความเสี่ยงสูงมาก โดยเสี่ยงจากภาวะอ้วนลงพุงมากถึง 2 ใน 3 นอกนั้นเป็นความเสี่ยงจากสาเหตุอื่นๆ ทั้งนี้ เนื่องจากปัจจุบันได้มีร้านสะดวกซื้อกระจายอยู่ทุกที่ทั้งในเมืองและนอกเมือง ทำให้ง่ายต่อการบริโภคอาหาร มีการโฆษณาขายอาหารต่างๆ และอาหารที่ขายก็มักเป็นพวกที่มีไขมันสูง อาทิ ไก่ทอดต่างๆ เฟรนช์ฟราย ชา กาแฟซึ่งมักจะมีไขมันทรานส์ (ครีมเทียม) เป็นส่วนประกอบ ที่สำคัญคือ ส่วนใหญ่ขาดการออกกำลังกายจึงทำให้เกิดการอ้วนลงพุง ซึ่งเป็นความเสี่ยงที่พบมากที่สุด จะเห็นได้จากผลการศึกษาที่พบว่า ร้อยละ 39.2 กลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้เป็นขั้นบันได ครึ่ง หรือไม่ได้ทำ และยังพบว่ามีมารับประทานอาหาร และออกกำลังกายที่เหมาะสมในระดับปานกลางถึงต่ำ ร้อยละ 97.2 และ 90.8

และจากผลการศึกษา พบว่าเกือบ 3 ใน 4 ของกลุ่มเสี่ยงมีการรับรู้ภาวะเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระดับสูง ทั้งนี้เป็นเพราะว่ากลุ่มเสี่ยงดังกล่าวนี้ กว่าครึ่งหนึ่งเป็นผู้ที่มีโรคประจำตัว ที่ต้องมารักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลเป็นประจำ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และไขมันในเลือดสูง โดยเฉลี่ยต้องมาพบแพทย์ทำการรักษาเกือบ 10 ครั้ง / ปี ทำให้กลุ่มเสี่ยงนี้ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ได้พบเห็น พูดคุยแลกเปลี่ยนโดยตรงกับผู้เจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่บ่อยครั้ง ทำให้มีการรับรู้ภาวะเสี่ยง

การเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระดับสูง และจากผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีผลเชิงบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงว่า กลุ่มบุคคลที่รับรู้ภาวะเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากจะพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมาก บุคคลที่รับรู้ภาวะเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองน้อยจะพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองน้อย เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ทั้งนี้ บุคคลจะปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค หรือหลีกเลี่ยงการเกิดโรคได้จะต้องมีความเชื่อเกี่ยวกับสิ่งต่อไปนี้ว่า ตนเป็นบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้น⁽⁶⁾ โดยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะเป็นผลให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมในการป้องกันโรค สอดคล้องกับเบ็คเกอร์ (Becker)⁽⁷⁾ ที่กล่าวว่า เมื่อบุคคลอยู่ในภาวะความเจ็บป่วยและได้รับการวินิจฉัยโรค การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะแตกต่างไปจากผู้มีสุขภาพดีนั้น คือ ในแต่ละบุคคลจะคาดคะเนได้ถึงโอกาสเสี่ยงต่ออาการเจ็บป่วย และถ้าบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วย จะมีระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคสูงขึ้น ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสุทิสสา ทิจะยัง⁽⁸⁾ พบว่า การรับรู้ภาวะเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กนกกาญจน์ สวัสดิภาพ⁽⁹⁾ และกษมา เชียงทอง⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค กูดแมน (Goodman)⁽¹¹⁾ พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงมีความสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง แต่แตกต่างจากการศึกษาของ จินดาพร ศิลาทอง⁽¹²⁾ ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และชยุตน์นันทน์ ใจดี⁽¹³⁾ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ

นอกจากนี้ ผลการศึกษายังพบว่าการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัว มีผลเชิงบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หมายความว่า บุคคลที่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัวมาก จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมาก เป็นเพราะว่าเมื่อบุคคลในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่อันตราย ย่อมก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิต เนื่องจากครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมที่อยู่ใกล้ชิดกับบุคคลมากที่สุด และมีอิทธิพลต่อการช่วยเหลือให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี⁽¹⁴⁾ การสนับสนุนจากครอบครัวนั้นจะช่วยให้เกิดการจัดหาทรัพยากรที่เหมาะสม ครอบครัวจะมีการสื่อสาร ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน จึงทำให้บุคคลที่เจ็บป่วยหรือมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งนี้ การได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว ช่วยเหลือให้บุคคลสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม หรือมีพฤติกรรมที่เหมาะสมกับโรคที่เป็น ส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพ ช่วยปกป้องบุคคลจากความเครียด ช่วยให้เกิดความร่วมมือกับการป้องกัน/รักษาตามคำแนะนำหรือการรักษาของแพทย์มากขึ้น ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค⁽¹⁵⁾ จึงเป็นปัจจัยสนับสนุนที่ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพร หุตการ⁽¹⁶⁾ ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ ตลอดจนเพื่อน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พชรินทร์ ท่วมผิวทอง⁽¹⁷⁾ พบว่า การได้รับคำแนะนำ สนับสนุนจากบุคคล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรค กนกกาญจน์ สวัสดิภาพ⁽⁹⁾ พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และทัชชกร หมั่นนิพัฒน์ (18) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหืด

ข้อเสนอแนะ

1. ทางโรงพยาบาลควรดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นความเสี่ยง ของกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงมากต่อโรคหลอดเลือดสมอง โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในเรื่องต่างๆ ดังนี้

1.1 การรับประทานอาหาร ควรหลีกเลี่ยงอาหารมัน อาหารเค็ม และอาหารหรือเครื่องดื่มหรือผลไม้ที่มีรสหวาน

1.2 การออกกำลังกาย ควรออกกำลังกายอย่างน้อย 3 วัน / สัปดาห์ นานครั้งละ 30 นาที เป็นอย่างน้อย อย่างสม่ำเสมอ และควรทำกิจกรรมที่ต้องใช้กำลังงานบ่อยๆ หรือเป็นประจำ

1.3 จัดการความเครียดให้เหมาะสม โดยเมื่อมีความเครียดหรือไม่สบายใจ ก็ควรปรึกษาผู้ใกล้ชิด / ทาวิธีผ่อนคลายด้วยวิธีการต่างๆ และควรควบคุมอารมณ์ให้ได้

1.4 ควบคุมปัจจัยเสี่ยงในเรื่องงดหรือเลิกการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่และควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้เพิ่มขึ้น

2. การรับรู้ภาวะเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัว มีผลเชิงบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นควรดำเนินการดังนี้

2.1 ให้ความรู้ คำแนะนำ และข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ให้กลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองเกิดการรับรู้ ภาวะเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในเรื่องการรับประทานอาหารรสเค็มจัด การอ้วนลงพุง การรับประทานไข่แดง กะทิ ไขมันจากสัตว์เป็นประจำ อาการเตือนในเรื่อง มองไม่ชัด ตามัว เดินเซ เดินลำบาก และการกลืนลำบาก และปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ในเรื่อง มีอายุมากกว่า 45 ปี บิดาหรือมารดาเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และเพศชายมีโอกาสเกิดโรคนี้มากกว่าเพศหญิง

2.2 ส่งเสริมสนับสนุนการให้กลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคหลอดเลือดสมองจากแหล่งข้อมูลต่างๆ เพิ่มมากขึ้น

3. ส่งเสริมสนับสนุนให้ครอบครัวกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ช่วยเหลือในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในเรื่องการปรุงอาหารที่ไม่เค็ม และไม่ใช้น้ำมันที่มีไขมันอิ่มตัวสูง

4. ในการดูแลในแต่ละกลุ่มเสี่ยง ควรมีการดำเนินการตามแนวทาง ดังนี้

4.1 กลุ่มเสี่ยงสูง ดำเนินการให้ความรู้และคำแนะนำเรื่องโรค และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ติดตามการลดความเสี่ยงทุก 3 เดือน และนัดตรวจคัดกรองโรคหลอดเลือดสมองซ้ำทุก 5 ปี

4.2 กลุ่มเสี่ยงสูงปานกลาง ดำเนินการให้ความรู้คำแนะนำและเสริมทักษะในเรื่องโรค และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงให้ได้อย่างน้อย 3 ปัจจัยหลัก ให้การรักษาด้วยยาในรายที่มีความจำเป็นต้องรักษาด้วยยา ติดตามและประเมินผลเป็นระยะๆ อย่างใกล้ชิดหรืออย่างน้อยทุกๆ 1 – 2 เดือน และนัดตรวจคัดกรองโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูงปานกลางซ้ำปีละครั้ง

4.3 กลุ่มเสี่ยงสูงมาก ดำเนินการให้พบแพทย์เพื่อประเมินความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองโดยละเอียด และหรือวินิจฉัยเพื่อป้องกันและรักษาอย่างเร่งด่วน ติดตามผลการวินิจฉัยเพื่อนำมาวางแผนการดูแลผู้ป่วย ให้ความรู้ คำแนะนำและเสริมทักษะเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและให้การบริการเฉพาะด้านตามแผนที่วางไว้ และติดตามและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด

เอกสารอ้างอิง

1. พัทธราภรณ์ สมหาญวงศ์, วารินทร์ บินโฮเซ็น และน้ำอ้อย ภักดีวงศ์. สถานการณ์ของการจัดการดูแลผู้เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษา ที่แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ อินเตอร์เนชั่นแนล. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2555; 30(2) :101-110.
2. Sukkhumanpitak J, Nantsupawat W, Hornboonherm P. Development of a Care Model for Male Stroke Patients in Secondary Hospital Using A Participatory Action Research. Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division 2012; 30(1): 32-38.
3. Imsuk K. Effects of a Multidisciplinary Developmental Care Model in Patients with Stroke at Chao Phya Abhaibhubejhr. Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division 2011; 29(3): 15-24.
4. สถาบันประสาทวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการศึกษาเพื่อพัฒนาระบบทางการแพทย์ระดับตติยภูมิ และสูงกว่าด้านโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ : สำนักงานกิจการโรงพยาบาลเพื่อการส่งเสริมการสาธารณสุข, 2552.
5. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลสถิติสาธารณสุขปี 2548-2556. (ออนไลน์). 2556. (เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2559) เข้าถึงได้จาก <http://bpo.ops.moph.go.th/Healthinformation/ill42-48.htm>.
6. Becker and Mainman. L.A. The Health Belief Model: Origin and Correlation in Psychological Theory. Health Education Monographs 1974; 2: 300 -385.
7. Becker, M.H. Theoretical Model of Adherence and Strategies. In Shumaker S.A., E.B.Schron, & J.K. Ockene (Eds), The Handbook of Health Behaviors Change. New York : Springer Publishing.1990.
8. สุทธิสา ทิจะยัง. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, มหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2557.
9. กนกกาญจน์ สวัสดิภาพ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้มีไขมันในเลือดผิดปกติในจังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. 2554.
10. กษมา เชียงทอง. ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้อาการเตือนและพฤติกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงหลอดเลือดสมอง อำเภอต๋อยสะแก จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุข ศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2554.
11. Goodman, T.G. Perception and Knowledge of Stroke Risk as Predictors for Risk of Stroke (Doctor of Philosophy Public Health, Walden University.) (Online) 2012. (cited 2017 April 10). Available from: <http://searchproquest.Com/ip>.
12. จินดาพร คีลาทอง. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้ใหญ่ในชุมชน อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, มหาวิทยาลัย คริสเตียน. 2553.

13. ชญานันท์ ใจดี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก. Rama Nurse J 2553; 18 (3):389-401.
14. น้ำเพชร มาตาชนก. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการของครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหอบหืดด้วยผู้ป่วยใหญ่ โรงพยาบาลบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยบูรพา. 2550.
15. Cobb, S. Social Support as a Moderate of Life Stress. Psychosomatic Medicine. 1979 ; 38.
16. สุพร หุตาการ. พฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ต้องขังทัณฑสถานในโรงพยาบาลราชทัณฑ์. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา ภาควิชาพลศึกษา, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. 2549.
17. พชรินทร์ ท้วมผิทอง. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทหารผ่านศึก. วิทยานิพนธ์ ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. 2549.
18. ทัชชกร หมั่นนิพัฒน์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหืดในผู้ป่วยโรคหืดที่มารับบริการในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ จังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, มหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2555.

**การประเมินสมรรถนะของระบบเฝ้าระวังโรคมือ เท้า ปาก
และโรคติดเชื้อเอนเทอโรไวรัส จังหวัดสุรินทร์ พ.ศ. 2559**

**Surveillance Evaluation of Hand Foot Mouth
and Enterovirus Infection Diseases, Surin Province, 2016**

ลักขณา สีนวลแล, สุทธิลักษณ์ หนูรอด, กัญญรัตน์ สระแก้ว
lakkana Leenuanlae, Suttalak Nurod and Kanyarat Sakaew
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา

Office of Disease Prevention and Control 9th Nakhon Ratchasima

*Corresponding author E-mail:Lak.pui@gmail.com

(Received: September 14, 2017 ; Accepted : March 16, 2017)

บทคัดย่อ

โรคมือเท้าปาก และโรคติดเชื้อไวรัสเอนเทอโร เป็นโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาในประเทศไทย ตั้งแต่ พ.ศ. 2544 แต่ละปีประเทศไทยพบผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก และพบผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิตในจังหวัดสุรินทร์อัตราป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ประเมินระบบเฝ้าระวังโรคมือ เท้า ปาก และโรคติดเชื้อไวรัสเอนเทอโร จังหวัดสุรินทร์ พ.ศ.2559 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณลักษณะเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพของระบบเฝ้าระวังศึกษาขั้นตอนการรายงาน และให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงระบบเฝ้าระวัง วิธีการศึกษาเป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ในโรงพยาบาลศูนย์สุรินทร์ โรงพยาบาลปราสาท โรงพยาบาลกาบเชิง โรงพยาบาลท่าตูม และโรงพยาบาลสังขะ ประชากรที่ทำการศึกษาคือผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลในจังหวัดสุรินทร์ที่มีอายุไม่เกิน 15 ปี ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม – 31 ธันวาคม 2559 กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลที่ศึกษา ที่มีอายุไม่เกิน 15 ปีตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม – 31 ธันวาคม 2559 สืบค้นข้อมูลผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก และโรคติดเชื้อไวรัสเอนเทอโรจากเวชระเบียนผู้ป่วยในโรงพยาบาล และรายงานในระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา รายงาน 506 ปี พ.ศ. 2559 ผลการศึกษาพบว่าใน 5 โรงพยาบาลที่ศึกษามีเวชระเบียนที่ทบทวนทั้งหมด 1,058 ราย และสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง 33 ราย ค่าพยากรณ์บวกร้อยละ 50.40 ความไวร้อยละ 61.43 ความถูกต้องตัวแปรเพศร้อยละ 99.60 ตัวแปรอายุร้อยละ 99.80 ตัวแปรวันเริ่มป่วยร้อยละ 48.19 ความทันเวลาในการรายงานผู้ป่วยเข้าสู่ระบบเฝ้าระวังภายในเวลา 3 วัน อยู่ที่ร้อยละ 92.94 ข้อมูลในเวชระเบียนและในรายงาน 506 เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเด็กอายุ 0 – 3 ปี พบสูงในเดือนมิถุนายน–สิงหาคม ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานมีทัศนคติที่ดีต่อระบบเฝ้าระวัง สรุปและวิจารณ์ผลพบว่าค่าพยากรณ์ผลบวกและความไวอยู่ในระดับพอใช้ได้ ความทันเวลาในการรายงานอยู่ในเกณฑ์ดี ข้อมูลจากระบบรายงานสามารถเป็นตัวแทนของข้อมูลในเวชระเบียนได้ ระบบรายงานและโปรแกรมที่ง่ายก็เป็นปัจจัยเอื้อให้ผู้ปฏิบัติสามารถปฏิบัติงานได้ง่ายขึ้น มีการนำข้อมูลมาใช้ในการแจ้งเตือนและติดตามสถานการณ์ เพื่อให้ระบบเฝ้าระวังมีประสิทธิภาพมากขึ้น ผังการไหลเวียนข้อมูลของจังหวัดควรปรับปรุงให้เป็นปัจจุบันเพื่อให้เจ้าหน้าที่ใหม่เข้าใจขั้นตอนการทำงาน ควรมีการส่งตัวอย่างตรวจเพื่อแยกเชื้อที่เป็นสาเหตุในโรงพยาบาลที่ติดชายแดนยังมีปัญหาการแจ้งรายงานผู้ป่วยต่างตัวให้กับฝั่งเพื่อนบ้านทราบ ซึ่งจำเป็นต้องมีช่องทางที่ชัดเจนเพื่อเป็นประโยชน์ในการป้องกันควบคุมโรคไม่ให้แพร่ระบาดมายังฝั่งไทยได้

คำสำคัญ: โรคมือ เท้า ปาก, โรคติดเชื้อเอนเทอโรไวรัส, ค่าพยากรณ์บวก, ความไว

Abstract

Hand-foot-and-mouth disease(HFMD) and disease from enterovirus Infection have been classied as notiable diseases under the national surveillance in Thailand since 2001. Each year, Thailand has a large number of patients and there are patients with severe illness and death. In Surin province, the incidence rate of HFMD tended to increase. Surin Health Provincial Office and The Office of Disease Prevention and Control 9, Nakhon Ratchasima collaborated to Surveillance Evaluation of HFMD and Enterovirus infection in Surin Province, 2016. The objective was to study the quantitative and qualitative attributes of the surveillance system, the reporting process and provide suggestions on improving the surveillance system. A cross-sectional study was conducted. We studied in Surin hospital, Prasat hospital, Kapchoeng hospital, Thatoom hospital and Sangkha hospital. The study population consisted of patients who were hospitalized in Surin province, aged less than 15 years from 1 January to 31 December 2016. The sample consisted of patients who were admitted to hospital aged less than 15 years from 1 January to 31 December 2016. Searched for HFMD and enterovirus Infection from patient records and reports from the National Notication Disease Surveillance (R506). From the ve hospitals, we reviewed 1,058 medical records, and interviewed 33 health personnel. The system had positive predictive value of 50.4%, sensitivity of 61.4% for these two diseases. The accuracy of the information was 99.6% for gender, 99.8% for age, and 48.2% for onset date. The timeliness of the reporting within 3 days was 92.9%. Information in the medical records and in the R506 reports was in the same direction. Most patients were 0–3 years old, high number of cases in June–August. In addition, administrators and practitioners have a positive attitude toward the surveillance system. In conclusion, the positive predictive value and sensitivity were at moderate level. Timeliness in reporting is good. Data from the surveillance system could represent the medical records. The program was simple and allowed easy operation of the system. Information from the surveillance system was used to alert the network, monitor the situation and plan for disease control. So that the surveillance system more effective, the ow chart of the province should be updated for the new staff can understand the work process. Samples should be sent to isolate the causative organism. In the border hospital, there is also a problem of informing foreign patients about the situation in the neighboring countries. It is necessary to have process for the prevention and control of the disease not to spread to Thailand.

Keywords: Hand Foot and Mouth Disease, Enterovirus Infectious Diseases, Positive predictive value, sensitivity

บทนำ

โรคมือเท้าปากและโรคติดเชื้อไวรัสเอนเทอโร เป็นโรคติดต่อที่ต้องรายงานในระบบเฝ้าระวังโรค (รายงาน 506) ของสำนักกระบาดวิทยา โดยถูกจัดให้เป็นโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาในประเทศไทยตั้งแต่ พ.ศ. 2544 และมีการปรับปรุงให้มีการรายงานโรคแผลในคอหอย (Herpangina) เข้าสู่ระบบเฝ้าระวังเพิ่มเติม จากเดิมที่มีเพียงโรคมือ เท้า ปาก เพียงรหัสเดียวโดยเริ่มในปี พ.ศ. 2555 ในแต่ละปีประเทศไทยพบผู้ป่วย

เป็นจำนวนมาก รวมถึงพบผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิตและที่ผ่านมาก็มีการระบาดเป็นระยะๆ ในจังหวัดสุรินทร์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 - 2559 โรคมือ เท้า ปาก เป็นโรคที่อยู่ใน 10 อันดับโรคสำคัญ ในปี พ.ศ. 2559 มีผู้ป่วย 1164 ราย อัตราป่วยเท่ากับ 83.54 ต่อประชากรแสนคน⁽¹⁾ ต่ำที่สุดในเขตสุขภาพที่ 9 แม้ว่าอัตราป่วยจะน้อยที่สุดในเขตแต่เมื่อดูแนวโน้มการเกิดโรค พบว่ามีแนวโน้มการเกิดโรคเพิ่มขึ้น นอกจากนั้น จังหวัดสุรินทร์เป็นจังหวัดที่มีจำนวนประชากรอายุไม่เกิน 15 ปีเป็นอันดับ 3 ของเขต แต่อัตราป่วยกลับน้อยกว่าจังหวัดชัยภูมิที่มีจำนวนประชากรกลุ่มอายุไม่เกิน 15 ปี จำนวนน้อยที่สุด เพื่อให้ทราบสมรรถนะที่แท้จริงของระบบเฝ้าระวังจึงได้ทำการประเมินระบบเฝ้าระวังในจังหวัดสุรินทร์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณลักษณะเชิงปริมาณในประเด็นความไว (Sensitivity) ค่าพยากรณ์บวก (Predictive value positive) ความทันเวลา (Timeliness) ความเป็นตัวแทน (Representativeness) และคุณภาพของข้อมูล (Data quality) เพื่อศึกษาคุณลักษณะเชิงคุณภาพในประเด็นการนำไปใช้ประโยชน์ (Usefulness) การยอมรับของผู้ที่เกี่ยวข้อง (Acceptability) ความยากง่าย (Simplicity) ความยืดหยุ่น (Flexibility) และความมั่นคงของระบบ (Stability) ศึกษาขั้นตอนการรายงานโรค และเพื่อให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงระบบเฝ้าระวังโรคมือ เท้า ปาก และโรคติดเชื้อไวรัสเอนเทอโรของจังหวัดสุรินทร์โดยมีนิยามที่ใช้ในการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ดังนี้⁽²⁾

1. ผู้ป่วยสงสัยโรคมือ เท้า ปาก หรือ โรคแผลในคอหอย (Herpangina) หมายถึง ผู้ที่มีอาการไข้ มีแผลเปื่อยหลายแผลในปากและมีอาการเจ็บร่วมกับมีตุ่มน้ำพองขนาดเล็กที่ฝ่ามือ นิ้วมือ ฝ่าเท้า และบางครั้งอาจมีปรากฏที่ก้น

2. ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสเอนเทอโรที่มีอาการรุนแรง⁽³⁾ หมายถึง 1) ผู้ป่วยมีไข้ร่วมกับอาการหอบเหนื่อย เจ็บปื้น และมีอาการหรืออาการแสดงที่บ่งชี้การติดเชื้อในระบบประสาทส่วนกลางอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้ ชัก/เกร็ง หรือตรวจร่างกายพบ meningeal sign หรือ encephalitis หรือสั่น หรือแขน ขาอ่อนแรง หรือตรวจร่างกายพบ myoclonic jerk ไม่ว่าผู้ป่วยจะมีหรือไม่มีอาการของโรคมือเท้าปาก หรืออาการของโรคแผลในคอหอย 2) ผู้ป่วยมีอาการของโรคมือ เท้า ปาก (Hand-foot-mouth disease) หรือโรคแผลในคอหอย (Herpangina) ร่วมกับมีไข้สูง 39 องศาเซลเซียสและมีอาการแสดงอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ อาเจียน หรือท้องเสีย หรือซึม หรือหอบเหนื่อย หรืออาการทางระบบประสาทส่วนกลาง (ตามข้อ 1)

วิธีการศึกษา (Methods)

เป็นการศึกษาภาคตัดขวางทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ทำการศึกษาในโรงพยาบาลศูนย์คือ โรงพยาบาลสุรินทร์ โรงพยาบาลทั่วไปคือโรงพยาบาลปราสาท และโรงพยาบาลชุมชนอีก 3 แห่งจาก 15 แห่ง เลือกโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย คือ โรงพยาบาลกาบเชิง โรงพยาบาลท่าตูม และโรงพยาบาลสังขะ ระยะเวลาที่ทำการศึกษาดังแต่วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม 2559 โดยประชากรที่ทำการศึกษาคือผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลในจังหวัดสุรินทร์ที่มีอายุไม่เกิน 15 ปีตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม 2559 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคือผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสุรินทร์ ปราสาท กาบเชิง ท่าตูม และโรงพยาบาลสังขะ ที่มีอายุไม่เกิน 15 ปีตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม 2559

1. การศึกษาคุณลักษณะเชิงปริมาณ การประเมินสมรรถนะของระบบเฝ้าระวังพิจารณาจากตัวแปรดังนี้

1.1 ค่าพยากรณ์บวก (Predictive value positive) หมายถึง สัดส่วนของผู้ป่วยในระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รายงาน 506 รหัส 71) ที่ตรวจสอบแล้วว่าเข้าได้ตามนิยามผู้ป่วยสงสัยโรคมือ เท้า ปาก และโรคติดเชื้อไวรัสเอนเทอโรต่อจำนวนผู้ป่วยที่ถูกรายงานเข้าสู่ระบบเฝ้าระวัง ของสำนักโรคระบาดวิทยา⁽⁴⁾

1.2 ความไว (Sensitivity) หมายถึง สัดส่วนการรายงานผู้ป่วยสงสัยที่เข้าตามนิยาม การเฝ้าระวัง (รายงาน 506) ของสำนักโรคระบาดวิทยากรมควบคุมโรค⁽⁴⁾

1.3 ความทันเวลา (Timeliness) หมายถึง การรายงานผู้ป่วยเข้าสู่ระบบเฝ้าระวังภายใน 3 วัน นับตั้งแต่วันที่วินิจฉัยจนถึงวันที่รายงานเข้าระบบเฝ้าระวังรายงาน 506⁽⁴⁾ และมีการรายงานผู้ป่วยลงพื้นที่เพื่อการควบคุมโรคได้ภายใน 24 ชั่วโมง

1.4 คุณภาพของข้อมูล หมายถึง ความครบถ้วนและถูกต้องของการบันทึกตัวแปรต่างๆ เข้าสู่รายงาน 506 ในตัวแปร ได้แก่ รหัสการวินิจฉัย (ICD10) อายุ เชื้อชาติ วันเริ่มป่วย วันที่วินิจฉัย และผลการรักษา โดยเทียบกับเวชระเบียน⁽⁴⁾

ศึกษาคุณลักษณะเชิงปริมาณโดยทบทวนข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ข้อมูลการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ รายงานและบันทึกการสอบสวน ข้อมูลระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รายงาน 506) สำนักระบาดวิทยา พ.ศ. 2559 รหัส ICD-10-TM⁽⁵⁾ ที่ใช้ในการทบทวนเวชระเบียนได้แก่ B08.4 Hand Foot Mouth, B08.5 Herpangina, K12.0 Aphthous ulcer, A85.0 Enteroviral encephalitis, A86.0 Viral encephalitis, unspiced, A87.0 Enteroviral meningitis, B33.22 Viral Myocarditis, B33.24 Viral cardiomyopathy, B34.1 Coxsackie / Enterovirus / Echovirus infection, I40.0 Acute myocarditis, unspiced, I41 Myocarditis in diseases classied elsewhere, B09 Unspiced viral infection characterized by skin and mucous membrane lesions, B 08.8 Other specied viral infections characterized by skin and mucous membrane lesions

การดึงข้อมูลและการทบทวนผู้ป่วยจากเวชระเบียนดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่เวชระเบียนของโรงพยาบาล ขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. ขอจำนวนผู้ป่วยตามรหัส ICD 10 TM ของแต่ละโรงพยาบาล จากนั้นคิดสัดส่วนเวชระเบียนที่จะต้องค้นแต่ละโรงพยาบาลจากจำนวนเวชระเบียนทั้งหมด เมื่อได้จำนวนเวชระเบียนที่ต้องค้นแต่ละโรงพยาบาลแล้วนำมาคิดสัดส่วนของแต่ละรหัส ICD 10 ในแต่ละโรงพยาบาลที่จะต้องค้น

2. ให้แต่ละโรงพยาบาลดึงรายชื่อผู้ป่วยตามรหัส ICD 10 เรียงตามวันเดือนปีเริ่มป่วยมาให้อีกก่อนและผู้ประเมินสุ่มผู้ป่วยจากรายชื่อแยกแต่ละรหัส ICD 10 ตามที่ได้กำหนดสัดส่วนไว้แล้วและให้เจ้าหน้าที่เวชระเบียนของโรงพยาบาลค้นข้อมูลผู้ป่วยตามรายชื่อที่สุ่มไว้แล้ว

3. ทีมผู้ประเมินเป็นผู้อ่านผลการวินิจฉัยจากเวชระเบียน และบันทึกข้อมูลผู้ป่วยแต่ละรายโดยใช้แบบทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปากและโรคติดเชื้อเอนเทอโรไวรัสที่ออกแบบไว้

4. ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่บันทึกในรายงาน 506 กับข้อมูลจากเวชระเบียน โดยตรวจสอบจากแบบทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปากและโรคติดเชื้อเอนเทอโรไวรัสที่ได้จากการทบทวนเวชระเบียนกับข้อมูลผู้ป่วยที่ถูกรายงานเข้าสู่ระบบเฝ้าระวัง 506 จากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ตามตัวแปรที่กำหนดโดยทีมผู้ประเมิน

2. ขนาดตัวอย่างของการศึกษาคุณลักษณะเชิงปริมาณ คำนวณหาขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ W.G.cochran (1953)⁽⁷⁾ $Z = 1.96$, $P = 0.47$ ⁽⁶⁾, $q = 1-p = 0.53$, $d =$ ค่าคลาดเคลื่อนจาก p ที่ยอมรับได้ใช้ $= 0.047$ ขนาดตัวอย่างที่ได้เท่ากับ 435 ราย

3. การเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล เก็บข้อมูลผู้ป่วยโดยใช้แบบทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก และโรคติดเชื้อเอนเทอโรไวรัส และบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมสำเร็จรูป สรุปข้อมูลรายโรงพยาบาลตามแบบสรุปข้อมูลการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคมือ เท้า ระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 9 - 13 มกราคม 2559 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์นำเสนอข้อมูลเป็นค่าความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐาน อัตราส่วน และสัดส่วน

4. การศึกษาคุณลักษณะเชิงคุณภาพ พิจารณาจากตัวแปรดังนี้ การนำไปใช้ประโยชน์ (Usefulness) การยอมรับของผู้ที่เกี่ยวข้อง (Acceptability) ความยากง่าย (Simplicity) ความยืดหยุ่น (Flexibility) และความมั่นคงของระบบ (Stability) โดยวิธีการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องในระบบเฝ้าระวังดังนี้

1. ผู้เกี่ยวข้องระดับโรงพยาบาล คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล กุมารแพทย์หรือแพทย์ผู้เกี่ยวข้อง พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกกุมาร/ทั่วไป พยาบาลแผนกผู้ป่วยในกุมาร/ทั่วไป เจ้าหน้าที่รับผิดชอบระบบเฝ้าระวัง
2. ผู้เกี่ยวข้องในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา คือ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน หัวหน้างานควบคุมโรค เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบระบบเฝ้าระวัง
3. สอบถามขั้นตอนการรายงานโรคและความคิดเห็นต่อระบบเฝ้าระวังโรคมือ เท้า ปาก และโรคติดเชื้อไวรัสเอนเทอโร ตามแบบสัมภาษณ์ระบบเฝ้าระวังโรคมือ เท้า ปาก และโรคติดเชื้อไวรัสเอนเทอโรมาตรฐาน

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาคุณลักษณะเชิงปริมาณ

ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม – 31 ธันวาคม 2559 จังหวัดสุรินทร์มีเวชระเบียนทั้งหมด 1,802 นำมาทบทวนทั้งหมด 1,058 ราย (ตารางที่ 1) และเป็นผู้ป่วยที่รายงานในระบบรายงาน 506 จำนวน 496 ราย เข้าตามนิยาม 250 ราย ไม่เข้านิยาม 246 ราย

ตารางที่ 1 จำนวนเวชระเบียนที่นำมาทบทวนในการประเมินสมรรถนะระบบเฝ้าระวังโรคมือ เท้า ปาก และโรคติดเชื้อไวรัสเอนเทอโร จำแนกตามโรงพยาบาลที่ดำเนินการ ในเขตพื้นที่จังหวัดสุรินทร์ ปี พ.ศ. 2559

โรงพยาบาล	เวชระเบียนทั้งหมด (จำนวน)	เวชระเบียนที่นำมาทบทวน (จำนวน)
สุรินทร์	690	321
ปราสาท	471	325
กาบเชิง	197	163
ท่าตูม	142	102
สังขะ	302	147
รวม	1,802	1,058

ค่าพยากรณ์บวกในการรายงานของระบบเฝ้าระวัง (Predictive Value Positive, PVP)

ภาพรวมของค่าพยากรณ์บวกเท่ากับร้อยละ 50.40 ในโรงพยาบาลสุรินทร์ โรงพยาบาลกาบเชิง และโรงพยาบาลท่าตูมสูงกว่าร้อยละ 50 ในขณะที่โรงพยาบาลอื่นๆ ต่ำกว่าร้อยละ 50 (ตารางที่ 2) เมื่อแยกรหัสโรคพบว่าโรคมือ เท้า ปาก ส่วนใหญ่มีค่าพยากรณ์บวกมากกว่า Herpangina ยกเว้นโรงพยาบาลสังขะ (ตารางที่ 3) เมื่อแยกประเภทผู้ป่วย พบว่าค่าพยากรณ์บวกในผู้ป่วยในเท่ากับร้อยละ 84.21 ผู้ป่วยนอกเท่ากับร้อยละ 62.57 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 2 ค่าพยากรณ์บวก (Predictive Value Positive,PVP) และความไว (Sensitivity) ผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก และโรคติดเชื้อไวรัสเอนเทอโร ในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษในจังหวัดสุรินทร์ ปี พ.ศ. 2559

โรงพยาบาล	จำนวนผู้ป่วย ที่รายงาน 506	จำนวนผู้ป่วย ที่เข้านิยาม	จำนวนผู้ป่วยที่เข้า นิยามและรายงาน 506	Predictive Value Positive	Sensitivity
สุรินทร์	121	163	86	71.07	52.76
ปราสาท	175	83	65	34.14	78.31
กาบเชิง	57	64	34	59.65	53.13
ท่าตูม	69	60	41	59.342	68.33
สังขะ	74	37	24	32.43	64.86
รวม	496	407	250	50.40	61.43

ความไวในการรายงานของระบบเฝ้าระวัง (Sensitivity)

ภาพรวมความไวของการรายงานเท่ากับร้อยละ 61.43 โรงพยาบาลทั้งหมดมีความไวสูงกว่าร้อยละ 50 เมื่อแยกรหัสพบว่าโรคมือ เท้า ปาก มีความไวมากกว่าร้อยละ 50 และHerpangina มีความไวสูงกว่าร้อยละ 50 มีเพียงโรงพยาบาลสุรินทร์ และโรงพยาบาลกาบเชิงเท่านั้นที่มีความไวต่ำกว่าร้อยละ 50 (ตารางที่ 2 - 3) ความไวของการรายงานในผู้ป่วยในเท่ากับร้อยละ 48.48 และผู้ป่วยนอกเท่ากับร้อยละ 49.06 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 3 ค่าพยากรณ์บวก (Predictive Value Positive, PVP) และความไว (Sensitivity) แยกโรคผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก และโรคติดเชื้อไวรัสเอนเทอโร ในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษาจังหวัดสุรินทร์ ปี พ.ศ. 2559

โรงพยาบาล	HFM					Herpangina				
	ผู้ป่วยที่ รายงาน 506	ผู้ป่วยที่ เข้านิยาม	506 เข้า นิยาม	PVP	Sensitivity	ผู้ป่วยที่ รายงาน 506	ผู้ป่วยที่ เข้านิยาม	506 เข้า นิยาม	PVP	Sensitivity
สุรินทร์	107	127	78	72.90	61.42	14	29	8	57.14	27.59
ปราสาท	130	58	52	40.00	89.66	45	17	13	28.89	76.47
กาบเชิง	36	35	24	66.67	68.57	21	26	10	47.62	38.46
ท่าตูม	51	41	31	60.78	75.61	18	16	10	55.56	62.50
สังขะ	42	12	9	21.43	75.00	32	21	15	46.88	71.43
รวม	366	273	194	53.01	71.06	130	109	56	43.08	51.38

ตารางที่ 4 ร้อยละค่าพยากรณ์บวก (Predictive Value Positive, PVP) และความไว (Sensitivity) แยกประเภท ผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก และโรคติดเชื้อไวรัสเอนเทอโร ในโรงพยาบาลศึกษาจังหวัดสุรินทร์ปี พ.ศ. 2559

โรงพยาบาล	ผู้ป่วยนอก		ผู้ป่วยใน	
	PVP	Sensitivity	PVP	Sensitivity
สุรินทร์	68.81	51.02	91.67	73.33
ปราสาท	37.14	83.33	0.00	0.00
กาบเชิง	59.65	53.13	-	-
ท่าตูม	59.09	70.91	100.00	40.00
สังขะ	30.00	70.00	75.00	37.50
รวม	49.06	62.57	84.21	48.48

ความทันเวลา (Timeliness)

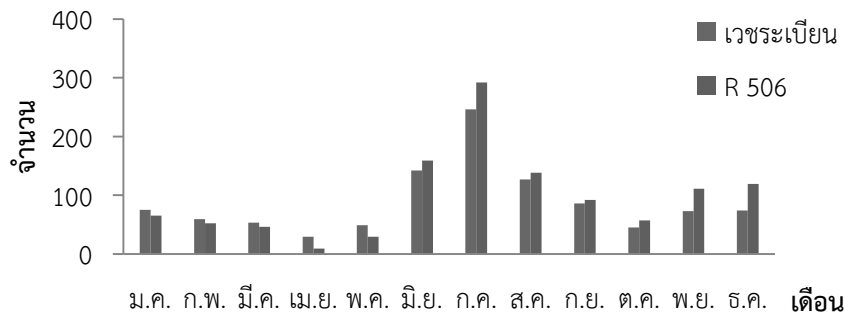
ความทันเวลาในการรายงานผู้ป่วยเข้าสู่ระบบเฝ้าระวังภายในเวลา 3 วัน โรงพยาบาลที่ทำการศึกษารายงานข้อมูล 506 มีทั้งหมด 496 ราย รายงานทันเวลาภายใน 3 วัน 461 ราย อยู่ที่ร้อยละ 92.94 โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีความทันเวลามากกว่าร้อยละ 90 ความทันเวลาในการแจ้งรายงานผู้ป่วยลงพื้นที่เพื่อควบคุมโรคภายใน 24 ชั่วโมง ทั้งหมด 381 ราย คิดเป็นร้อยละ 76.81 ส่วนใหญ่แจ้งรายงานผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมงมากกว่าร้อยละ 80 ยกเว้นโรงพยาบาลสุรินทร์ที่มีการรายงานอยู่ที่ร้อยละ 36.36

ความถูกต้องของการบันทึกข้อมูลเฝ้าระวัง

จากข้อมูลผู้ป่วยในระบบเฝ้าระวัง 506 เปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียน พบว่าผู้ป่วยที่เข้าตามนิยามและมีรายงานในระบบเฝ้าระวัง 506 เท่ากับ 250 ราย เมื่อแยกแต่ละตัวแปรพบว่าความถูกต้องในการบันทึกข้อมูลของตัวแปรเพศเท่ากับร้อยละ 99.60 ตัวแปรอายุร้อยละ 99.80 ตัวแปรประเภทของผู้ป่วยร้อยละ 97.98 ตัวแปรเชื้อสายร้อยละ 98.79 ตัวแปรวันเริ่มป่วยร้อยละ 48.19 และความถูกต้องในตัวแปรวันพบผู้ป่วยเท่ากับร้อยละ 92.74

ความเป็นตัวแทนของข้อมูล

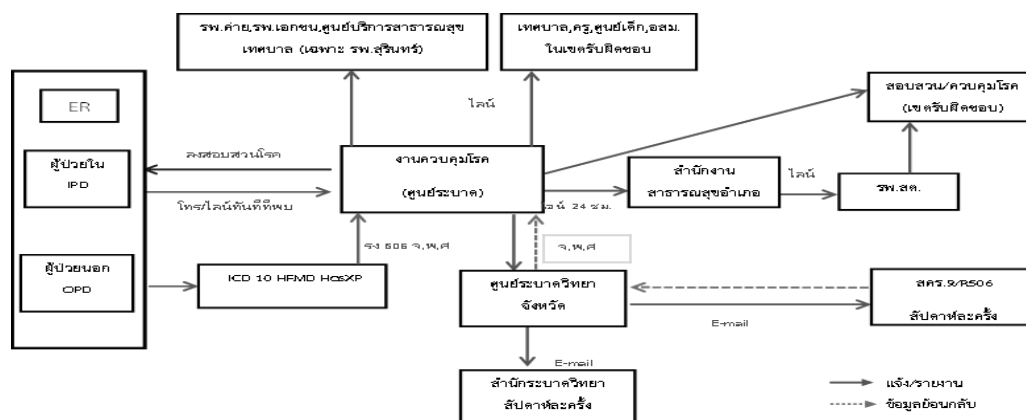
ความเป็นตัวแทนด้านเพศและอายุจากฐานข้อมูลในรายงาน 506 เปรียบเทียบกับเวชระเบียนพบว่าเพศชายมากกว่าเพศหญิงอัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชายในระบบเฝ้าระวัง เท่ากับ 1:1.28 และเวชระเบียนเท่ากับ 1:1.13 และค่ามัธยฐานและค่า IQR ของอายุเท่ากับ 2 ปี เป็นไปในทิศทางเดียวกัน [Median age(yrs)=2] พบการระบาดสูงในช่วงเดือนมิถุนายน - สิงหาคม และพบสูงสุดเดือนกรกฎาคม ซึ่งสอดคล้องกันทั้งสองฐาน (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 จำนวนผู้ป่วยโรคมือเท้าปากจากรายงาน 506 เปรียบเทียบกับเวชระเบียน จำแนกรายเดือนที่เริ่มป่วยในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษาในจังหวัดสุรินทร์ปี พ.ศ. 2559

ผลการศึกษาคุณลักษณะเชิงคุณภาพ

จากการสัมภาษณ์ตัวแทนกลุ่มเป้าหมายจำนวน 33 คน พบว่าระบบการรายงานโรคคือระบบรายงาน 506 เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ ข้อมูลการรักษาจะถูกบันทึกเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาล หลังจากนั้นเจ้าหน้าที่ระบาดวิทยาจะทำการดึงข้อมูลจากระบบและบันทึกข้อมูลลงในระบบรายงาน 506 และส่งข้อมูลให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะส่งข้อมูลต่อไปยังสำนักระบาดวิทยาและสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา (รูปที่ 2)



รูปที่ 2 โครงสร้างการเฝ้าระวังโรคมือ เท้า ปาก ของโรงพยาบาลที่ทำการศึกษในจังหวัดสุรินทร์

ผู้เกี่ยวข้องส่วนใหญ่ให้การยอมรับระบบเฝ้าระวังมีความเห็นว่าเป็นโรคที่จำเป็นต้องเฝ้าระวังเนื่องจากสามารถระบาดเร็ว ติดต่อกันง่าย และเกิดขึ้นกับเด็ก ระบบเฝ้าระวังมีความง่าย การส่งรายงานไม่ยุ่งยาก รายงานได้ภายใน 24 ชม. ด้านความยืดหยุ่นส่วนใหญ่มีบุคลากรที่สามารถปฏิบัติงานแทนได้ เมื่อมีการปรับเปลี่ยนรหัส ICD 10 หรือโปรแกรม R506 สามารถปรับเปลี่ยนตามได้ ด้านความมั่นคงของระบบเฝ้าระวัง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์มีแนวทางไหลเวียนข้อมูล 506 ในการเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา บุคลากรงานระบาดได้รับการอบรมการใช้โปรแกรมการเฝ้าระวัง มีเจ้าหน้าที่จากจังหวัดเป็นพี่เลี้ยงประโยชน์ของระบบเฝ้าระวัง (Usefulness) ผู้บริหารมีการนำข้อมูลเข้าประชุมประจำเดือน ให้สัมภาษณ์กับสื่อวิทยุแพทย์ พยาบาลใช้ข้อมูลเพื่อให้วินิจฉัยได้เร็ว และใช้ในการดูแลผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ SRRT ใช้ข้อมูลในการวางแผนป้องกันควบคุมโรค และเผยแพร่ข้อมูลสถานการณ์ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

จากการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องระบบเฝ้าระวังพบว่า ผังการไหลเวียนและการจัดทำข้อมูล/การรายงานไม่เป็นปัจจุบัน ยังคงใช้ผังที่ระบุการรายงานโรคโดยใช้ผ่านแม่เหล็กหรือโมเด็ม ซึ่งปัจจุบันการส่งข้อมูลจัดส่งผ่านทาง E-mail ในบางโรงพยาบาลพบปัญหาหน่วยงานของโรงพยาบาลไม่รายงานโรคตามระบบที่ได้ตกลงกันได้ ทำให้เกิดความล่าช้าในการรายงานเข้าสู่ระบบเฝ้าระวัง ทุกโรงพยาบาลแทบจะไม่มี การส่งตรวจแยกเชื้อไวรัสเลย ว่าโรคมือ เท้า ปาก ที่พบนั้นมีเชื้อสาเหตุเป็นเชื้อตัวใดในโรงพยาบาลที่ติดชายแดนยังมีปัญหาในเรื่องการแจ้งรายงานผู้ป่วยที่เป็นต่างด้าวยังไม่มีช่องทางแจ้งส่งต่อผู้ป่วยให้กับฝั่งเพื่อนบ้านทราบเพื่อการควบคุมโรคต่อไป โรงพยาบาลสุรินทร์ในปีที่ผ่านมา มีการดึงข้อมูลเข้าสู่ระบบเฝ้าระวังและรายงานสัปดาห์ละ 1 ครั้งเท่านั้นเนื่องจากปริมาณงานที่มากและมีผู้รับผิดชอบเพียงคนเดียวทำให้การรายงานไม่ทันเวลา

อภิปรายผล

ค่าพยากรณ์บวก (Predictive Value Positive,PVP) และความครบถ้วนของการรายงาน (Sensitivity)

ความไว (Sensitivity) ของระบบเฝ้าระวังโรคมือ เท้า ปากและโรคติดเชื้อไวรัสเอนเทอโร ในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษในจังหวัดสุรินทร์อยู่ในระดับที่พอใช้ได้เท่ากับร้อยละ 61.43 สูงกว่าจังหวัดนครราชสีมาที่ศึกษาในปี พ.ศ. 2555 เท่ากับร้อยละ 42.14⁽⁶⁾ เมื่อแยกตามรหัสโรคพบว่าความไว Herpangina และความไวในผู้ป่วยในต่ำซึ่งบ่งบอกว่าการรายงานโรคมือ เท้า ปาก และโรคติดเชื้อไวรัสเอนเทอโรยังมีการรายงานต่ำกว่าความเป็นจริงค่อนข้างมากและอาจส่งผลกระทบต่อ การตรวจจำการระบาดของโรคให้มีประสิทธิภาพลดลงแต่ก็ยังถือว่าอยู่ในระดับที่น่าพอใจและค่าพยากรณ์ผลบวก (Predictive Value Positive,PVP) พบว่าอยู่ที่ร้อยละ 50.40 ซึ่งอยู่ในระดับพอใช้ได้ไปในทิศทางเดียวกันกับค่าความไวของการรายงาน แต่ยังมีโรงพยาบาลที่มีค่า PVP

ต่ำกว่าร้อยละ 50 ซึ่งแสดงว่าสัดส่วนของผู้ป่วยในระบบเฝ้าระวังเข้าได้ตามนิยามผู้ป่วยต่ำ เนื่องจากในการรายงานโรคเข้าสู่ระบบเฝ้าระวังนั้นผู้รับผิดชอบระบบเฝ้าระวังจะรายงานโรคตามแพทย์วินิจฉัย ไม่ได้รายงานโรคตามนิยามของสำนักระบาดวิทยา ซึ่งบางครั้งพบว่าอาการนั้นไม่เข้ากันกับนิยามของโรคมือ เท้า ปาก ซึ่งสาเหตุหนึ่ง ที่พบคือการบันทึกอาการไม่ละเอียด

ความเป็นตัวแทนความทันเวลาและความถูกต้องของการรายงาน

ข้อมูลในระบบเฝ้าระวังและข้อมูลจากเวชระเบียนเป็นไปในทิศทางเดียวกันซึ่งแสดงว่าข้อมูลของผู้ป่วย ที่ถูกรายงานเข้าสู่ระบบเฝ้าระวังสามารถเป็นตัวแทนของข้อมูลผู้ป่วยโดยภาพรวมของจังหวัดได้ ในขณะที่ ความถูกต้องของข้อมูลพบว่าแต่ละตัวแปรมีความถูกต้องมากกว่าร้อยละ 90 ยกเว้นในตัวแปรวันเริ่มป่วยที่มีความถูกต้องของการรายงานเพียงร้อยละ 48.19 อาจเกิดจากการบันทึกประวัติผู้ป่วยในเวชระเบียนนั้น วันเริ่มป่วยไม่ได้ถูกบันทึกเป็นวันที่ที่ชัดเจนแต่ละระบุนำมาโรงพยาบาลเป็นเวลากี่วันทำให้ในการนับย้อนกลับไปอาจเกิดความคลาดเคลื่อนได้ คุณภาพข้อมูลดี สามารถส่งข้อมูลได้ทันเวลาภายใน 3 วัน มากกว่าร้อยละ 90 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพในการทำงานที่ดี แต่ก็ยังพบความผิดปกติของข้อมูลผู้ป่วยในเฝ้าระวัง ซึ่งพบว่าวันที่รายงานในระบบเฝ้าระวังกับวันที่พบผู้ป่วยในเวชระเบียนนั้นเป็นคนละช่วงเวลาซึ่งแตกต่างกันมาก (มากกว่า 100 วัน) อาจเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยรายนั้นถูกวินิจฉัยด้วยโรคมือ เท้า ปาก มากกว่า 1 ครั้งใน 1 ปี และเป็นคนละเหตุการณ์กันการแจ้งรายงานโรคให้พื้นที่ทราบยังล่าช้าอยู่โดยเฉพาะในโรงพยาบาลสุรินทร์ ที่มีการแจ้งรายงานภายใน 24 ชั่วโมงต่ำเพียงร้อยละ 36.36 ซึ่งแสดงว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ถูกรายงานให้พื้นที่ ทราบและเป็นไปได้ว่าในรายดังกล่าวอาจไม่ได้รับการควบคุมโรค ซึ่งอาจทำให้การระบาดของโรคมีการ แพร่กระจายไปในวงกว้างได้

คุณลักษณะเชิงคุณภาพของระบบเฝ้าระวัง

จากการสัมภาษณ์ตัวแทนของจังหวัด และโรงพยาบาล พบว่าระบบเฝ้าระวังโรคในโรงพยาบาล ที่ทำการศึกษาในจังหวัดสุรินทร์มีขั้นตอนการกระบวนการจัดเก็บข้อมูล เรียบเรียงข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การแปลผลข้อมูล การใช้ประโยชน์จากข้อมูล อย่างเป็นระบบ ผู้บริหารเองให้การยอมรับว่าเป็นโรคที่มีความสำคัญ และมีการนำข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังที่ได้รับจากผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยาไปใช้ประโยชน์ในการวางแผน การดำเนินงานและการควบคุมโรค ในส่วนผู้ปฏิบัติงานซึ่งเป็นกลุ่มที่ขับเคลื่อนระบบเฝ้าระวังก็ให้การยอมรับ และเห็นความสำคัญของระบบเฝ้าระวังโรค ทำให้ระบบเฝ้าระวังของจังหวัดสุรินทร์ถูกขับเคลื่อนได้อย่างเป็น ระบบ นอกจากนั้นโปรแกรมที่ใช้ในการรายงานที่ง่ายก็เป็นปัจจัยอีกอย่างหนึ่งทำให้ผู้ปฏิบัติสามารถปฏิบัติงาน ได้ง่ายขึ้น อย่างไรก็ตามการที่โรงพยาบาลสุรินทร์มีความไวของการรายงานต่ำ จากการสัมภาษณ์บุคลากรพบว่า โรงพยาบาลสุรินทร์มีบุคลากรที่ทำงานระบาดวิทยาเพียงคนเดียวแต่ปริมาณผู้ป่วยของโรงพยาบาลสุรินทร์มีมาก ผังการไหลเวียนข้อมูลของระดับจังหวัดก็เป็นส่วนหนึ่งในการทำงานโดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ที่มารับงานใหม่ เพื่อใช้ เป็นแนวทางในการทำงานจึงควรปรับปรุงให้เป็นปัจจุบัน ในบางโรงพยาบาลพบว่าหน่วยงานของโรงพยาบาล ไม่ได้รายงานโรคตามที่ได้ตกลงกันไว้ทำให้เกิดความล่าช้าในการรายงานโรคเข้าสู่ระบบเฝ้าระวัง รวมถึงการป้องกัน ควบคุมโรคที่ทันทั่วทั้ง ในการเฝ้าระวังโรคการเฝ้าระวังเชื้อก็เป็นสิ่งสำคัญแต่ในจังหวัดสุรินทร์ พบว่าทุกโรงพยาบาล ที่ศึกษาไม่มีการส่งตรวจแยกเชื้อเลยดังนั้นเพื่อให้ระบบเฝ้าระวังมีประสิทธิภาพมากขึ้นจึงจำเป็นต้องส่งตรวจ แยกเชื้อด้วย ในโรงพยาบาลที่ติดชายแดนที่มีผู้ป่วยเพื่อนบ้านเข้ามารับการรักษายังมีปัญหาการแจ้งรายงาน ผู้ป่วยให้กับฝั่งเพื่อนบ้านทราบซึ่งจำเป็นต้องมีช่องทางที่ชัดเจน เพื่อเป็นประโยชน์ในการป้องกันควบคุมโรค ไม่ให้แพร่ระบาดมายังฝั่งไทยได้

ข้อจำกัดในการศึกษา ในการสัมภาษณ์บุคลากรของโรงพยาบาลบางท่านไม่อยู่ ทำให้ข้อมูลที่ได้ไม่ครบถ้วน ในการทบทวนเวชระเบียน มีระยะเวลาในการเก็บข้อมูลน้อยในขณะที่แต่ละโรงพยาบาลมีปริมาณเวชระเบียนที่ต้องทบทวนค่อนข้างมาก

สรุปผลการศึกษา โดยภาพรวมของระบบเฝ้าระวังโรคมือ เท้า ปาก และโรคติดเชื้อไวรัสเอนเทอโรในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษาในจังหวัดสุรินทร์ พบว่าค่าพยากรณ์ผลบวกและความไวของการรายงานอยู่ในระดับพอใช้ได้ ความทันเวลาในการรายงานอยู่ในเกณฑ์ดี ความทันเวลาในการแจ้งรายงานผู้ป่วยลงสู่พื้นที่เพื่อการควบคุมโรคอยู่ในเกณฑ์ที่ดี ยกเว้นโรงพยาบาลสุรินทร์ที่ยังต่ำอยู่ ความเป็นตัวแทนของข้อมูลในระบบเฝ้าระวังสามารถเป็นตัวแทนของผู้ป่วยในจังหวัดสุรินทร์ได้ ความถูกต้องของตัวแปรส่วนใหญ่ถูกต้องอยู่ในเกณฑ์ดีถึงดีมาก มีก็เพียงแต่ตัวแปร วันเริ่มป่วยมีความถูกต้องน้อย นอกจากนั้นผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานมีทัศนคติที่ดีต่อระบบเฝ้าระวังโรคมือ เท้า ปาก ระบบรายงานและโปรแกรมที่ง่ายก็เป็นปัจจัยเอื้อให้ผู้ปฏิบัติสามารถปฏิบัติงานได้ง่ายขึ้นและมีประสิทธิภาพระบบเฝ้าระวังที่ดีควรมีการนำข้อมูลการเฝ้าระวังไปใช้ประโยชน์ ซึ่งพบว่าในจังหวัดสุรินทร์ได้มีการนำข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังมาใช้ในการแจ้งเตือนเครือข่าย รวมถึงติดตามสถานการณ์และใช้วางแผนในการควบคุมโรคโดยผู้ปฏิบัติงานและผู้บริหารด้วยและเพื่อการปรับปรุงระบบเฝ้าระวังให้มีสมรรถนะที่ดีขึ้นจะต้องมีการปรับปรุงระบบเฝ้าระวังตามปัญหาที่พบทั้งในเรื่องผังการไหลเวียนและการจัดทำข้อมูล/การรายงานให้เป็นปัจจุบันเพื่อสนับสนุนการทำงานของอำเภอโดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ที่รับงานใหม่ในโรงพยาบาลที่พบปัญหาไม่ได้รายงานโรคตามระบบที่ได้ตกลงกันไว้ทำให้เกิดความล่าช้าในการรายงานโรคต้องให้รายงานตามข้อตกลง และเพื่อให้เกิดการเฝ้าระวังเชื้อที่เป็นสาเหตุของโรคมือ เท้า ปาก ต้องมีการส่งตัวอย่างตรวจเพื่อแยกเชื้อไวรัสที่เป็นสาเหตุ นอกจากนั้นการแจ้งรายงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลชายแดนกับฝั่งประเทศกัมพูชายังไม่มีช่องทางแจ้งข่าวที่ชัดเจนซึ่งในกรณีนี้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ได้แก้ปัญหาโดยการตั้งผู้รับผิดชอบงานเข้าอยู่ในกลุ่มไลน์เครือข่ายชายแดนเพื่อใช้เป็นช่องทางในการแจ้งรายงานผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงระบบเฝ้าระวัง

1. ผังการไหลเวียนและการจัดทำข้อมูล/การรายงาน ของจังหวัดควรปรับปรุงให้เป็นปัจจุบัน
2. โรงพยาบาลบางแห่งหน่วยงานของโรงพยาบาลไม่ได้รายงานโรคตามระบบที่ได้ตกลงกันไว้ ควรจะมีการประชุมทบทวนแนวทางการไหลเวียนข้อมูล หรือมีแผนที่ชัดเจนเป็นเอกสารให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
3. ทุกโรงพยาบาลไม่มีการส่งตรวจแยกเชื้อไวรัสโรคมือ เท้า ปาก ควรจะมีการกำหนดสัดส่วนการส่งตรวจเป็นประจำเพื่อหา confirmed case และ probable case และเพื่อเป็นการเฝ้าระวังชนิดของเชื้อในพื้นที่ด้วย
4. ในโรงพยาบาลที่ติดชายแดนซึ่งมีผู้ป่วยจากฝั่งเพื่อนบ้านเข้ามารับการรักษา พบปัญหาการแจ้งรายงานผู้ป่วยที่เป็นต่างด้าวยังไม่มีช่องทางแจ้งส่งต่อผู้ป่วยควรจะมีช่องทางแจ้งรายงานผู้ป่วยที่ชัดเจน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณแพทย์หญิงสุลีพร จิระพงษา อาจารย์ที่ปรึกษาจากสำนักกระบวนวิชา ที่ให้คำแนะนำ การวางแผนงาน การทำงานและการเขียนรายงานตลอดจนการเขียนบทความฉบับนี้จนสำเร็จออกมาได้ และขอขอบคุณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์และโรงพยาบาลสุรินทร์ปราสาทกาบเชิงท่าตูม และโรงพยาบาลสังขะ ที่อำนวยความสะดวกและให้ข้อมูลต่างๆที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการศึกษาประเมินระบบเฝ้าระวังในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักกระบาดวิทยา.ระบบเฝ้าระวังโรค (รายงาน 506). [serial online] 2559. [ค้นข้อมูลเมื่อ 3 กุมภาพันธ์ 2559]; ค้นข้อมูลจาก:<http://www.boe.moph.go.th/boedb/surdata/disease.php?dcontent=old&ds=71>
2. กระทรวงสาธารณสุข. นิยามโรคติดต่อประเทศไทย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์, 2546.
3. สำนักกระบาดวิทยาและกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. แนวทางเฝ้าระวัง สอบสวน และรายงานโรค กรณีสงสัย ติดเชื้อเอนเทอโรไวรัส(12 กรกฎาคม 2555). [serial online] 2559. [ค้นข้อมูลเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2559]; ค้นข้อมูลจาก: URL:http://thaigcd.ddc.moph.go.th/uploads/pdf/baby/13.7.58/Measure_HFM.pdf
4. U.S.Department of Health and Human Service, Centre of Disease Control and Prevention. Update Guideline for Evaluating Public Health Surveillance Systems, MMWR 2001; 50: 1-25.
5. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)-WHO Version for ;2016.[serial online] 2016. [cited 2016 Feb 3]; Available from: URL:<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/I>
6. สำนักกระบาดวิทยา.รายงานการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคมือ เท้า ปาก และโรคติดเชื้อไวรัสเอนเทอโร ประเทศไทย พ.ศ. 2555. [Internet]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ13 พฤศจิกายน 2559]. เข้าถึงได้จาก http://www.boe.moph.go.th/les/report/20140320_87651203.pdf
7. ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง. [Internet]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ13 พฤศจิกายน 2559]. เข้าถึงได้จาก <https://sites.google.com/site/bbnmonsl/khnad-khxng-klum-tawxyang>

**การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนและตัวแบบบุคคลในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
ตำบลทุ่งกระตาดพัฒนา อำเภอนongki จังหวัดบุรีรัมย์ พ.ศ. 2560**

Community Participation Development and Role Model

on Dengue Hemorrhagic Fever Prevention and Control

in Thungkratadphattana, Nongki District, Buriram Province A.D. 2017

ชนิศา เสนคราม และrachanon Nguanajirak

Chanisa Senkram and Rachanon Nguanajirak

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

Faculty of Public Health, Nakhon Rachasima Rajabhat University

*Corresponding author E-mail:chanisa_2550@hotmail.com

(Received: February 19,2018 ; Accepted :April 20,2018)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยมีส่วนร่วมของชุมชนและตัวแบบบุคคล ทำการศึกษาในชุมชนบ้านกลาง ตำบลทุ่งกระตาดพัฒนา อำเภอนongki จังหวัดบุรีรัมย์ แบ่งออกเป็น 3 ระยะคือ (1) การศึกษาบริบทชุมชน (2) กระบวนการพัฒนา และ (3) ผลลัพธ์ของกระบวนการพัฒนา ผู้ให้ข้อมูลมีจำนวนทั้งหมด 52 คน ประกอบด้วย ตัวแทนประชาชนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และสมาชิกสภาเทศบาลตำบลนongki เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยแบบบันทึกกิจกรรม แบบสังเกตการณ์มีส่วนร่วม และการสนทนากลุ่ม ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสำรวจดัชนีความชุกถูกน้ำยุงลาย แบบสอบถามความรู้ ความตระหนัก และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ดำเนินการวิจัยในเดือนเมษายนถึงเดือนกรกฎาคม 2560 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาแบบสามเล่า ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนา และเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังกระบวนการพัฒนาด้วยสถิติ Paired t-test ผลการศึกษาระบุว่าชุมชนยังพบว่าประชาชนมีความตระหนักในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกน้อยโดยเห็นว่าการป้องกันและควบคุมโรคดังกล่าวยังคงเป็นหน้าที่หลักของ อสม. และผู้นำชุมชน สำหรับกระบวนการพัฒนาด้วยการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Inuence Control: AIC) และการบริหารคุณภาพวงจรเดมมิง (Deming cycle : PDCA)เกิดโครงการที่เป็นความต้องการของชุมชนประกอบด้วย (1) หมู่บ้านและโรงเรียนสะอาดปลอดลูกน้ำยุงลาย (2) การให้ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกในชุมชน และ (3) เพื่อนช่วยเพื่อนบ้านปลอดลูกน้ำยุงลาย หลังดำเนินการทำให้คนในชุมชนเกิดการมีส่วนร่วมจากการร่วมคิดและมีการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเป็นอย่างดีการนำเสนอตัวแบบบุคคลสามารถสร้างแรงจูงใจให้คนในชุมชนป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดได้ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยรวมด้านความรู้ ความตระหนัก และการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกพบว่า หลังการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในด้านความรู้ (Mean diff. = 1.96, $P<0.001$) ความตระหนัก (Mean diff. = 0.75, $P<0.001$)และการมีส่วนร่วม(Mean diff. = 5.30, $P<0.001$)ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ส่วนค่าดัชนี HI ของโรคไข้เลือดออกในชุมชนมีความชุกสูงสุดในเดือนมิถุนายนของปีที่ผ่านมา (2559) เท่ากับ 18.2 และลดลงเท่ากับ 9.1 ในเดือนมิถุนายนปี 2560 การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นแบบอย่างของการมีส่วนร่วมของชุมชนและตัวแบบบุคคลที่มีผลต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

คำสำคัญ : ตัวแบบบุคคล, การวางแผนแบบมีส่วนร่วม, การบริหารคุณภาพวงจรเดมมิง

Abstract

This participatory action research aimed to develop the prevention and control of DHF using community participation and the role model. The study was implemented in Thungkratadphattana Sub-district, Nongki District, Buriram Province, which was divided into 3 phases in studying the community context, the process development and its results of the development. There were fifty-two informants consisted with forty of the resident representatives, one of each the community health officer, teacher and leader, seven of village health volunteers and two of the municipal council members. Qualitative data were collected by activity record and observation forms and a group discussion, and quantitative data were collected using a household index and a questionnaire of knowledge, awareness and community participation of DHF prevention and control. This study was conducted in April to July 2017. Content analysis of triangulation method was used for qualitative data and descriptive statistics and paired t-test were used for comparing mean scores of the quantitative data between before and after the development process. A result of the community context study was found that the local residents still lack of the awareness toward the disease prevention and control, activities remains to the burden of the village health volunteers and community leaders. For the development process with participatory planning of AIC and Deming's cycle (PDCA), three community projects were required: (1) mosquito free in villages and schools, (2) providing knowledge about DHF in the community and (3) neighbor-led aid for mosquito free. By the results had occurred from the community thinking and participation and including its practices for the disease prevention and control. The role model. It can be enhanced to prevent and control the disease. When comparing the differences in mean scores of the knowledge, awareness and participation on DHF prevention and control, it was found that after the development, the mean scores in the disease prevention and control were significantly increased ($P < 0.001$, $P < 0.001$ and $P < 0.001$, respectively). In comparing the household index (HI) of the high prevalence of the disease in June of the year of 2016 was amounted from 18.2 and decreased to 9.1 in June of the year of 2017. This revealed that the development of disease prevention and control by community participation and personalization presenting can promote Dengue prevention and control effectively.

Keywords : Role model, Participatory planning, Deming's cycle

บทนำ

โรคไข้เลือดออกยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนและเศรษฐกิจของประเทศที่ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและการควบคุมป้องกันโรค สถานการณ์โรคไข้เลือดออกในประเทศไทย 5 ปี (2555 - 2559) มีผู้ป่วย คิดเป็นอัตราป่วยต่อแสนประชากรเท่ากับ 118.29, 234.37 , 61.11, 219.46 และ 95.38 ตามลำดับ และอัตราป่วยตายร้อยละ 0.11, 0.09 ,0.10, 0.10 และ 0.11¹ ตามลำดับ

สำหรับจังหวัดบุรีรัมย์มีผู้ป่วยคิดเป็นอัตราป่วยต่อแสนประชากรเท่ากับ 174.63, 161.23, 30.90, 116.10 และ 47.33 ตามลำดับ และอัตราป่วยตายร้อยละ 0.04, 0.12, 0.21, 0.10 และ 0.13 ตามลำดับ²

โดยพบว่าอำเภอหนองกี่ ในปี 2559 มีผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคไข้เลือดออกจำนวน 1 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตาย ร้อยละ 1.43 และในปี 2558 ตำบลทุ่งกระตาดพัฒนา มีจำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกมากที่สุด คิดเป็น อัตราป่วย 239.34 ต่อแสนประชากร³ และในช่วงเดือนมิถุนายน 2558 ถึงเดือนตุลาคม 2558 มีพื้นที่ ที่ไม่สามารถควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ภายใน 28 วัน นับจากวันที่พบผู้ป่วยรายแรกจนถึงผู้ป่วยรายใหม่ ในสัปดาห์ที่ 5 ซึ่งมีความเชื่อมโยงกับผู้ป่วยรายแรก เหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก ที่จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาอย่างจริงจัง จากการศึกษารูปแบบการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกโดยเชื่อว่า ถ้าประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการคิดและวางแผนแนวทางแก้ไข จะทำให้สมาชิกได้ตระหนักถึงบทบาท ของตนเองและชุมชนในการควบคุมชีวิต สภาพแวดล้อมและความเป็นอยู่ของตนเองมากยิ่งขึ้น⁴ และการสร้าง เครือข่ายตามแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมที่สามารถพัฒนางานด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและความรู้ร่วมกันของคนในชุมชน⁵ เป็นพลังชุมชน ที่สามารถร่วมกันป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนได้

ด้วยเหตุนี้ เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมหาแนวทางแก้ไข และพัฒนาแนวทางป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกด้วยตนเอง อีกทั้งเพื่อการสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชน ผู้วิจัยจึงทำการศึกษา เพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนและตัวแบบบุคคลในพื้นที่ตำบลทุ่งกระตาดพัฒนา อำเภอหนองกี่ จังหวัด บุรีรัมย์ โดยใช้แนวคิดของเทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) กระตุ้นให้เกิดพลังการสร้างสรรค์ และรับผิดชอบต่อการพัฒนาชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของบ้านกลาง ตำบล ทุ่งกระตาดพัฒนา อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์
2. เพื่อพัฒนาระบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของบ้านกลาง ตำบลทุ่งกระตาดพัฒนา อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของบ้านกลาง ตำบลทุ่งกระตาดพัฒนา อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) เพื่อ การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและตัวแบบบุคคลบ้านกลาง ตำบล ทุ่งกระตาดพัฒนา อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ทำการศึกษา เดือนเมษายน 2560 – กรกฎาคม 2560

1. ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

ประชากร ได้แก่ ประชาชนและผู้นำชุมชนในเขตพื้นที่บ้านกลาง ตำบลทุ่งกระตาดพัฒนา อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 432 คน ประกอบด้วย (1) ประชาชน จำนวน 410 คน (2) ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 1 คน (3) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 17 คน (4) สมาชิกสภาเทศบาลตำบลหนองกี่ที่รับผิดชอบ พื้นที่บ้านกลาง จำนวน 2 คน (5) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 1 คน

กลุ่มเป้าหมาย จากการคัดเลือกแบบเจาะจง แบ่งออกตามระยะการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 ดำเนินการตั้งแต่ 1 เมษายน – 25 เมษายน 2560 กลุ่มเป้าหมายได้แก่ แกนนำสุขภาพ บ้านกลาง จำนวน 12 คนประกอบด้วย (1) ตัวแทนประชาชนจาก จำนวน 5 คน (2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

จำนวน 1 คน (3) ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 1 คน (4) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 3 คน
(5) สมาชิกสภาเทศบาลตำบลหนองกี่ที่รับผิดชอบพื้นที่บ้านกลาง จำนวน 2 คน

ระยะที่ 2 กระบวนการพัฒนาดำเนินการตั้งแต่ 26 เมษายน – 31 กรกฎาคม 2560 และ

ระยะที่ 3 ผลลัพธ์กระบวนการพัฒนาดำเนินการตั้งแต่ 9 มิถุนายน – 31 กรกฎาคม 2560
กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 52 คน ประกอบด้วย (1) ตัวแทนประชาชนจาก 4 คุ่ม คุ่มละ 10 คน จำนวน 40 คน
(2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 1 คน (3) ครู จำนวน 1 คน (4) ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 1 คน (5) อาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 7 คน (6) สมาชิกสภาเทศบาลตำบลหนองกี่ที่รับผิดชอบพื้นที่บ้านกลาง
จำนวน 2 คน

2. ขั้นตอนและวิธีดำเนินการ มี 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทชุมชน ได้แก่ สภาพภูมิศาสตร์ ประวัติศาสตร์ชุมชน เศรษฐกิจสังคม
วัฒนธรรม การปกครอง ระบบสุขภาพ ข้อมูลทางระบาดวิทยาโรคไข้เลือดออก 5 ปีย้อนหลัง ความรู้
ความตระหนักและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก รวมถึงดัชนีความชุก
ของลูกน้ำยุงลาย (HI)

ระยะที่ 2 การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยใช้เทคนิค
กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม AIC และกระบวนการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่องตามวงจรของเดมมิง (PDCA)
มาปรับปรุงและพัฒนากิจกรรม รวมถึงใช้ตัวแบบบุคคลตามทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์ส
ในขั้นตอนการลงมือปฏิบัติการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนด้วย

ระยะที่ 3 ผลลัพธ์การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและตัวแบบบุคคล
โดยเปรียบเทียบความรู้ ความตระหนักและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
รวมถึงดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลาย (HI) ก่อนและหลังกระบวนการพัฒนา

3. การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ
นครราชสีมา เลขที่ใบรับรอง HE-03-2560

4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกตามระยะการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 เครื่องมือในการศึกษาบริบทชุมชน ได้แก่ 1) แบบสำรวจข้อมูลในการศึกษาบริบทชุมชน
ประกอบด้วย สภาพภูมิศาสตร์ ประวัติศาสตร์ชุมชน เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การปกครอง ระบบสุขภาพ
2) แบบบันทึกสถานการณ์โรคไข้เลือดออก 3) แบบสังเกต 4) แบบสัมภาษณ์ และ 5) แนวทางการสนทนากลุ่ม
เกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน

ระยะที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุม
โรคไข้เลือดออก ได้แก่ 1) แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ ความตระหนักและการมีส่วนร่วมในการป้องกันและ
ควบคุมโรคไข้เลือดออก 2) แนวทางการสนทนากลุ่ม 3) แบบสังเกตการมีส่วนร่วม และ 4) แบบบันทึกกิจกรรม

ระยะที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ของกระบวนการพัฒนา ได้แก่ 1) แบบสอบถาม
เกี่ยวกับความรู้ ความตระหนักและการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และ 2) แบบสำรวจ
ลูกน้ำยุงลายของกระถางสาธารณสุข

เครื่องมือที่สร้างได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item
Objective Congruence: IOC) เท่ากับ 0.61 นำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีขนาดและลักษณะทางประชากร
ใกล้เคียงกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลของการศึกษานี้ในเขตตำบลโนนสุวรรณ อำเภอโนนสุวรรณ จังหวัดบุรีรัมย์

จำนวน 30 คน โดยการวิเคราะห์ข้อมูลด้านความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกด้วยวิธีการของ (Kuder Richardson 20: KR-20) มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.71 ด้านความตระหนักและการมีส่วนร่วม พิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.86 และ 0.79 ตามลำดับ

5. การวิเคราะห์ข้อมูล (1) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลด้วยวิธีการสามเส้า (Triangulation) แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และ (2) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบข้อมูลด้วยสถิติ Paired - t-test

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 บริบทชุมชน

บ้านกลาง ตำบลทุ่งกระตาดพัฒนา อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ มีพื้นที่ทั้งหมด 78 ไร่ 2 งาน มี 219 หลังคาเรือน ประชากร 432 คน เป็นชาย 224 คน และหญิง 208 คน ประชากรส่วนใหญ่มีรายได้หลักจากการประกอบอาชีพเกษตรกรรม เป็นสังคมเมืองกึ่งชนบท มีขนบธรรมเนียมประเพณีแบบชาวอีสาน ด้านระบบสุขภาพมีทั้งการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์ภาคประชาชน และการแพทย์แผนปัจจุบัน การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า ประชาชนขาดความตระหนักในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนยังคงเป็นหน้าที่ของ อสม.และผู้นำชุมชนที่ต้องเข้าไปดูแลและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายให้ หากไม่เกิดโรคไข้เลือดออกกับสมาชิกในครอบครัวประชาชนก็จะไม่ตระหนักถึงความสำคัญในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย

ระยะที่ 2 การพัฒนาการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและตัวแบบบุคคล ใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่องตามวงจรของเดมมิง (PDCA) 4 ขั้นตอน

1. ขั้นตอนการวางแผน (plan) ใช้เทคนิคกระบวนการ AIC 6 ขั้นตอน สรุปโครงการ/กิจกรรมจากการวางแผนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่จะดำเนินการในงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก 3 โครงการคือ (1) โครงการหมู่บ้านและโรงเรียนสะอาดปลอดลูกน้ำยุงลาย (2) โครงการให้ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกในชุมชนและ (3) โครงการเพื่อนช่วยเพื่อนบ้านปลอดลูกน้ำยุงลาย

2. การลงมือปฏิบัติ (Do) ตามโครงการโดยประชาชนร่วมมือกันปรับปรุงสภาพแวดล้อมทั้งในหมู่บ้านและโรงเรียน รวมถึงการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุง และประชาสัมพันธ์ทางหอกระจายข่าวหมู่บ้านให้ความรู้และกระตุ้นให้ทุกครัวเรือนป้องกันตนเองไม่ให้เกิดโรคไข้เลือดออก รวมถึงสำรวจลูกน้ำยุงลายแบบไขว้ โดยให้อสม. จับฉลากไขว้เขตรับผิดชอบแล้วทำการสำรวจลูกน้ำยุงลายร่วมกับประชาชน

3. การตรวจสอบผลการปฏิบัติ (Check) ผลการดำเนินโครงการ/กิจกรรม ทำให้ชุมชนและโรงเรียนมีสภาพแวดล้อมสะอาดเรียบร้อย ประชาชนมีความตื่นตัวในการดูแลครัวเรือนของตนเองมากขึ้น รวมถึง อสม. ดูแลเขตรับผิดชอบของตนเองจริงจังมากขึ้น ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมสำรวจลูกน้ำยุงลาย ทำให้รู้สึกว่าเป็นเจ้าของโครงการด้วย ผลที่ได้คือ ดัชนีความชุกลูกน้ำยุงลายลดลงต่ำกว่าเกณฑ์ คือ เดือนพฤษภาคม ค่า HI เท่ากับ 7.81 อีกทั้งประชาชนให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมร่วมกันเป็นอย่างดี

4. การปฏิบัติตามผลการตรวจสอบ (Act) ปรับเวลาการดำเนินกิจกรรมเพื่อให้เอื้อต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน และไม่ส่งผลกระทบต่อการประกอบอาชีพของประชาชน

หลังจากได้ดำเนินการตามแผนแล้ว มีการทำประชาคมเพื่อสะท้อนผลการปฏิบัติและปรับปรุงแผนการดำเนินกิจกรรม (Re-Plan) ที่ผ่านมา โดยมีข้อเสนอแนะจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลว่า ควรจัดให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากผู้สูญเสียบุคคลในครอบครัวด้วยโรคไข้เลือดออก ซึ่งตัวแบบบุคคลเป็นมารดา

ของผู้เสียชีวิตจากโรคไข้เลือดออกในปี พ.ศ. 2559 เขตพื้นที่ตำบลดอนอะราง อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อเป็นการสร้างแรงจูงใจและแลกเปลี่ยนการดำเนินงานกิจกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก (Re-Do) ผลจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์จากตัวแบบบุคคลดังกล่าว ทำให้คนในชุมชนได้รับรู้ถึงความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก และความสำคัญในการป้องกันตนเองไม่ให้ยุ่งลยกัดและมีความตระหนักในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยการดูแลบ้านเรือนให้สะอาด ไม่ให้มีแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ทั้งนี้ มีการเสนอแนะให้ทำป้ายเตือนติดตามครัวเรือน “โปรดระวังโรคไข้เลือดออกอันตรายถึงชีวิต” จากนั้นตรวจสอบผลการปฏิบัติ (Re-check) ด้วยการสำรวจลูกน้ำยุงลายโดย อสม. ร่วมกับประชาชน ทำให้ประชาชนมีความตระหนักในการกำจัดลูกน้ำยุงลายมากขึ้นส่งผลให้ดัชนีความชุกลูกน้ำยุงลายลดลงต่ำกว่าเกณฑ์ คือเดือนมิถุนายน ค่า HI เท่ากับ 9.1 เดือนกรกฎาคม ค่า HI เท่ากับ 8.8 และปฏิบัติตามผลการตรวจสอบอีกครั้ง (Re-Act) ด้วยการสำรวจความครอบคลุมการติดป้ายเตือนและการสำรวจลูกน้ำยุงลายให้ครบทุกหลังคาเรือน ผลปรากฏว่าติดป้ายเตือน จำนวน 176 หลังคาเรือน คิดเป็นร้อยละ 80.36 สำรวจลูกน้ำยุงลาย 198 หลังคาเรือน คิดเป็นร้อยละ 90.41 อย่างไรก็ตาม ส่วนที่ยังไม่ครอบคลุมผู้วิจัยได้เสนอแนะให้ดำเนินการให้ครบทุกหลังคาเรือนต่อไป

ระยะที่ 3 ผลลัพธ์ของกระบวนการพัฒนาการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

หลังการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนและตัวแบบบุคคล พบว่า กลุ่มเป้าหมายมีความรู้ ความตระหนัก และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกหลังกระบวนการพัฒนาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 96.2, 100 และ 51.9 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกดีกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดย พบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ (Mean diff. = 1.96, $P < 0.001$) ความตระหนัก (Mean diff. = 0.75, $P < 0.001$) และการมีส่วนร่วม (Mean diff. = 5.30, $P < 0.001$) ในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ความตระหนัก และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกก่อนและหลังกระบวนการพัฒนา (n=52)

คะแนนเฉลี่ยรวม	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		Mean Diff.	95 % CI	t	p
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.				
ความรู้	11.23	1.09	13.19	1.03	1.96	1.63 ถึง 2.28	12.08	<0.001
การมีส่วนร่วม	30.35	4.00	35.65	3.49	5.30	4.53 ถึง 6.07	13.82	<0.001
ความตระหนัก	44.25	1.25	44.94	0.23	0.75	0.40 ถึง 1.09	4.06	<0.001

สอดคล้องกับค่าดัชนี HI ที่มีแนวโน้มลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับเดือนเดียวกันในปี 2559 ตั้งแต่เดือนพฤษภาคมถึงเดือนกรกฎาคมมีค่าเท่ากับ 7.81, 9.12 และ 8.75 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบดัชนีความชุกลูกน้ำยุงลาย (ค่า HI) ของพื้นที่ตำบลทุ่งกระตาดพัฒนา อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ ปี 2559 และปี 2560

เดือน	ค่า HI ปี 2559	ค่า HI ปี 2560
มกราคม	12.3	11.2
กุมภาพันธ์	11.3	10.3
มีนาคม	17.1	13.1

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบดัชนีความชุกของน้ำยุงลาย (ค่า HI) ของพื้นที่ตำบลทุ่งกระตาดพัฒนา อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ ปี 2559 และปี 2560 (ต่อ)

เดือน	ค่า HI ปี 2559	ค่า HI ปี 2560
เมษายน	9.8	9.7
พฤษภาคม	11.3	7.8
มิถุนายน	18.2	9.1
กรกฎาคม	14.6	8.8
สิงหาคม	12.3	8.2
กันยายน	10.8	7.6
ตุลาคม	9.6	8.1
พฤศจิกายน	8.3	9.2
ธันวาคม	9.6	9.8

ที่มา : โรงพยาบาลหนองกี่. 2560.

อภิปรายผล

การพัฒนาการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนด้วยเทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) และกระบวนการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่องตามวงจรของเดมมิง (PDCA) ทั้งนี้ กิจกรรมที่เกิดขึ้นมาจากการมีส่วนร่วมระดมความคิดของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน พบว่ากลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ซึ่งเป็นกลุ่มที่ใช้ชีวิตประจำวันส่วนใหญ่อยู่กับครัวเรือน และส่วนใหญ่ได้รับข่าวสารเรื่องโรคไข้เลือดออกจากหอกระจายข่าวของหมู่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุตาปณีย์ เอื้องคำประเสริฐ⁶ ได้ศึกษาการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกบ้านโนนเมือง ตำบลโนนเมือง อำเภอขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา พบว่าการพัฒนาตามกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม AIC หลังการพัฒนากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนดัชนีความชุกของน้ำยุงลายมีแนวโน้มลดลง อาจเป็นผลมาจากในระดับครัวเรือนสามารถจัดให้มีแสงสว่างเข้าถึง และมีการป้องกันไม่ให้ยุงลายไข่โดยการใส่ทรายกำจัดลูกน้ำในโอ่ง/ภาชนะเก็บน้ำใช้ ดัชนีความชุกของน้ำยุงลายลดลงต่ำกว่าเกณฑ์ คือเดือนพฤษภาคม ค่า HI เท่ากับ 7.81 แสดงให้เห็นว่า ค่า HI ที่ลดลงนั้นเป็นผลมาจากความร่วมมือกันกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายของประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กรรณิการ์ อุดมกัน⁷ ได้ศึกษาการพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกบ้านนาซอหมูที่ 4 ตำบลท่าเรือ อำเภอนาหว้า จังหวัดนครพนม พบว่า หลังการดำเนินงานดัชนีความชุกของน้ำยุงลายลดลง มีค่า HI เท่ากับศูนย์ อาจเป็นผลมาจาก ประชาชนมีความรู้เรื่องยุงลายเป็นพาหะนำโรคไข้เลือดออก และวิธีการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ทำให้ประชาชนมีความร่วมมือในการเปลี่ยนถ่ายน้ำในและขัดล้างภาชนะก่อนใส่น้ำใหม่ทุกครั้งรวมถึงการใส่ปลาหางนกยูงไว้ในอ่างเพื่อกินลูกน้ำยุงลาย

เมื่อประเมินการดำเนินกิจกรรม จากการตอบแบบสอบถาม ชุมชนเห็นว่าโรคไข้เลือดออกเป็นโรคที่ทุกครัวเรือนต้องมีการป้องกันอย่างต่อเนื่อง และการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืนปฏิบัติได้โดยการกำจัดลูกน้ำยุงลาย แสดงให้เห็นว่า การที่ให้ชุมชนได้ร่วมทำกิจกรรมที่ชุมชนคิดเองทำให้ชุมชนรู้สึกเป็นเจ้าของโครงการ

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุวคนธ์ ผุดผ่อง⁸ ได้ศึกษาการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมในชุมชนบ้านทุ่งแต่หมู 1 ตำบลทุ่งแต่อำเภอเมืองจังหวัดยโสธร ผลการศึกษาพบว่า การรณรงค์ให้ความรู้การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยรถประชาสัมพันธ์และหอกระจายข่าว ประชาชนมีความตระหนักและให้ความร่วมมือในการป้องกันและควบคุมโรคมากขึ้น ประชาชนมีแนวคิดเกี่ยวกับการปรับตัวที่เหมาะสม เมื่อได้รับข่าวสารเกี่ยวกับอันตรายต่อสุขภาพจะเกิดการตอบสนองทางความคิดและมีผลต่อการปรับตัวที่เหมาะสม⁹

อย่างไรก็ดี หลังการปรับปรุงแผนได้เน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์จากตัวแบบบุคคลเพื่อสร้างแรงจูงใจในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ซึ่งจากการตอบแบบสอบถามแสดงให้เห็นว่าชุมชนมีความตระหนักและให้ความร่วมมือในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคไข้เลือดออกมากขึ้น แสดงให้เห็นว่าตัวแบบบุคคลเป็นสื่อที่มีความสำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก สามารถสร้างการรับรู้ความรุนแรงให้กับกลุ่มเป้าหมายเกิดความกลัวและตระหนักถึงอันตรายของโรคไข้เลือดออก ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์ที่เชื่อว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคและการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคกระตุ้นให้เกิดความกลัวทางอ้อมเพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการป้องกันโรคโดยต้องให้รับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดโรคในระดับที่สูงขึ้นกระบวนการกระตุ้นต้องทำให้บุคคลเกิดความเชื่อในความสามารถของตนเองและผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น⁹ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยรวมความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกก่อนและหลังกระบวนการพัฒนา พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ไชยรัตน์ เอกอุ่น⁴ ได้ศึกษารูปแบบการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของประชาชนในเขตตำบลโพหนอง อำเภอสีดา จังหวัดนครราชสีมา พบว่า หลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ที่ถูกต้องอยู่ในระดับสูง ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อาจเป็นผลมาจากกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกทางหอกระจายข่าวในหมู่บ้าน และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลที่มีประสบการณ์จากการสูญเสียบุคคลในครอบครัวด้วยโรคไข้เลือดออก เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยรวมความตระหนักในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกก่อนและหลังกระบวนการพัฒนา พบว่า หลังการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยความตระหนักเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) เห็นได้จาก ชุมชนมีความตระหนักเพิ่มขึ้นในเรื่องโรคไข้เลือดออกเป็นโรคที่ทุกครัวเรือนต้องมีการป้องกันอย่างต่อเนื่อง และการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืนปฏิบัติได้โดยการกำจัดลูกน้ำยุงลาย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ มาตุภูมิ พอกระโทก¹⁰ ได้ศึกษาการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยกระบวนการเสริมพลังอำนาจ ตำบลด่านเกวียน อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา พบว่า หลังดำเนินการพัฒนากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความตระหนักในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคไข้เลือดออกสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) อาจเป็นผลมาจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์จากตัวแบบบุคคลเพื่อสร้างแรงจูงใจในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ส่งผลทำให้ชุมชนมีความตระหนักและให้ความร่วมมือในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคไข้เลือดออก

ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกก่อนและหลังกระบวนการพัฒนา พบว่า หลังการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) เห็นได้จาก ชุมชนมีส่วนร่วมในการร่วมพูดคุยกับเพื่อนบ้าน อสม. หรือผู้นำชุมชน และเข้าร่วมกิจกรรมในการสำรวจลูกน้ำยุงลายเพิ่มมากขึ้นซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ธนกฤต ชูคันหอม¹¹ ได้ศึกษาการพัฒนาการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยชุมชนมีส่วนร่วมตำบลโคกพระ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคามผลการศึกษาพบว่า หลังการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ย

การมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) อาจเป็นผลมาจากชุมชนได้วางแผนและคิดกิจกรรมที่จะทำในโครงการต่างๆ เอง ทำให้ชุมชนรู้สึกเป็นเจ้าของโครงการ ส่งผลให้การมีส่วนร่วมของชุมชนเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ ค่าดัชนี HI ที่ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับเดือนเดียวกันในปี 2559 เห็นได้จากชุมชนมีการป้องกันไม่ให้ยุงลายวางไข่ และการดูแลสภาพแวดล้อมบริเวณบ้านไม่ให้มีแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุวัฒน์ เรกระโทก¹² ที่ได้ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตพื้นที่สถานีอนามัย ตำบลห้วยบง อำเภอตำบลดอนนา จังหวัดนครราชสีมา พบว่า หลังกระบวนการพัฒนาดัชนีความชุกของยุงลายลดลงจากร้อยละ 35.6 เป็นร้อยละ 8.7 อาจเป็นผลมาจาก ประชาชนมีความรู้ความร่วมมือนและความตระหนักในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตาม จุดเด่นของการศึกษานี้บ่งชี้ว่าการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกนั้น จำเป็นต้องสนับสนุนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ตรงจากตัวแบบบุคคลเพื่อสร้างการรับรู้และเพิ่มแรงจูงใจ ซึ่งส่งผลทำให้ชุมชนมีความตระหนักและให้ความร่วมมือในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนาการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคในชุมชนให้ประสบความสำเร็จมากยิ่งขึ้น ควรส่งเสริมให้ชุมชนตระหนักเกี่ยวกับโรคเพิ่มมากขึ้นโดยนำเทคนิคการนำเสนอตัวแบบดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคอื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน
2. การศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษากวิธีอื่นมาใช้ร่วมกับการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกหรือปัญหาสาธารณสุขอื่นในพื้นที่ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณะผู้นำชุมชน สมาชิกสภาเทศบาลตำบลหนองกี่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประชาชนในเขตบ้านกลาง ที่ได้สนับสนุนและมีส่วนร่วมในการเก็บข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. (2559). รายงาน 506 สถานการณ์โรคไข้เลือดออก. [ออนไลน์]. <http://dhf.ddc.moph.go.th/549.htm> [20 กุมภาพันธ์ 2560].
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์. รายงาน 506 สถานการณ์โรคไข้เลือดออกปีงบประมาณ 2559. บุรีรัมย์ : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์, 2559
3. โรงพยาบาลหนองกี่. รายงาน 506 สถานการณ์โรคไข้เลือดออกปีงบประมาณ 2559: โรงพยาบาลหนองกี่, 2559
4. ไชยรัตน์ เอกอุ่น. รูปแบบการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของประชาชนในเขตตำบลโพธิ์ทอง อำเภอสีดา จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2557 ; 7(3) : 64-71.
5. สมนึกตกค้าง. การพัฒนางานด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกขององค์การบริหารส่วนตำบลอ่าวน้อย อำเภอเมือง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. รายงานการศึกษาระดับปริญญาตรี วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการปกครองท้องถิ่น วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2555.
6. สุตาปณีย์ เอื้องคำประเสริฐ. การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกบ้านโนนเมือง ตำบลโนนเมือง อำเภอขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนาสุขภาพชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา. 2556.

7. กรรณิการ์ อุดมกัน. การพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกบ้านนาซ่อม หมู่ที่ 4 ตำบลท่าเรือ อำเภอนาหว้า จังหวัดนครพนม.วารสารศูนย์บริการวิชาการ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2556 ; 3(4) : 10-16.
8. สุวพันธ์ ผุดผ่อง. การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมในชุมชนบ้านทุ่งแต่ หมู่ 1 ตำบลทุ่งแต่ อำเภอเมืองจังหวัดยโสธร. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2555 ; 35(3) : 72-79.
9. Rogers, R.W. "A protection Mativation Theory of Fear Appeals and Attitude Change". The Journal of psychology 1975 ; 91(23) : 99.
10. มาตุภูมิ พอกระโทก. การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยกระบวนการเสริมพลังอำนาจ ตำบลด่านเกวียน อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา. วารสารราช พฤษ 2557 ; 12(3) : 123-131.
11. ธนกฤต ชูคันหอม. การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลโคกพระ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม.วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.2558 ; 34(4) : 358-365.
12. สุวัฒน์ เรกระโทก. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของประชาชนในเขตพื้นที่สถานีอนามัยหนองใหญ่ ตำบลห้วยบง อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา. วารสารราชพฤษ 2553 ; 8(2) : 159-164.

**การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลละกอ ตำบลศรีละกอ อำเภोजักราช จังหวัดนครราชสีมา**

**Potentiality Development for Elderly with Plasma Glucose Uncontrollable
of Type 2 Diabetes Mellitus in Health Promoting Hospital Lakor,
Srilakor Sub-District, Chakkarat District, Nakhon Ratchasima Province**

คมศร เทียงกระโทก และพัชรี ศรีคุตา

Khomsorn Thiangkrathok and Phatcharee Sikuta

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

Faculty of Public Health, Nakhon Ratchasima Rajabhat University

*Corresponding author E-mail: khomsorn_health@hotmail.com

(Received: May 10, 2018 ; Accepted : July 4, 2018)

บทคัดย่อ

งานวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้โดยการนำกรอบแนวคิด Action research ของ Susman และ Evered ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) การวินิจฉัยปัญหาสุขภาพ 2) การวางแผนปฏิบัติงาน 3) การลงมือปฏิบัติกิจกรรม 4) การประเมินผลกิจกรรม 5) การปรับปรุงผลการเรียนรู้ และทฤษฎีความสามารถของตนเองของ Bandura ประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติมาประยุกต์ใช้กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ที่มารับบริการคลินิกโรคเบาหวาน จำนวน 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบเก็บข้อมูลบริบทชุมชน แบบสอบถาม แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบบันทึกการประชุม แบบสังเกตการมีส่วนร่วม และแบบบันทึกกิจกรรมของผู้วิจัย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบ Wilcoxon Signed-rank test ผลการวิจัย พบว่า หลังการพัฒนาศักยภาพส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีศักยภาพด้านความรู้เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูงจากร้อยละ 45 เป็น ร้อยละ 80 และสูงกว่าก่อนการพัฒนามีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.001$) ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูงจากร้อยละ 30 เป็น ร้อยละ 75 และสูงกว่าก่อนการพัฒนามีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.001$) ด้านความคาดหวังต่อผลลัพธ์เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูงจากร้อยละ 30 เป็น ร้อยละ 75 และสูงกว่าก่อนการพัฒนามีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.001$) ด้านทัศนคติเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูงจากร้อยละ 50 เป็น ร้อยละ 80 และสูงกว่าก่อนการพัฒนามีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.008$) ด้านพฤติกรรมเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดีมากจากร้อยละ 15 เป็น ร้อยละ 40 และสูงกว่าก่อนการพัฒนามีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.008$) และมีระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) ลดลง ร้อยละ 100 ลดลงมาอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (ต่ำกว่า 7.00 mg%) ร้อยละ 30 และลดลงกว่าก่อนการพัฒนามีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$)

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ การพัฒนาศักยภาพ โรคเบาหวาน

Abstract

The purpose of this action research was to study the results of potentiality development for Elderly with plasma glucose Uncontrollable of Type 2 Diabetes Mellitus by applying the action research concept of Susman and Evered which has five phases: 1) Health problems diagnosing

2) Action planning 3) Action Taking 4) Evaluating 5) Specifying Learning including Self-Efficacy Theory of Bandura consists of Self-Efficacy and Outcome Expectation. The samples were 20 elderlies with uncontrollable type 2 diabetes mellitus who received health services in a diabetes clinic. Methods used to collect data included a community context information study, questionnaire, focus group guideline, meeting record, observation guideline, and activities record by researcher. Data analysis used descriptive statistic such as frequency, percentage, mean, median, maximum, minimum, standard deviation and analytical statistic with Wilcoxon Signed-rank test. The results showed that after the potential development for Elderly with plasma glucose Uncontrollable of Type 2 Diabetes Mellitus of knowledge was at high level from 45% to 80% and significantly higher than before potential development at the significance level ($p=.001$). Self-efficacy was at high level from 30% to 75% and significantly higher than before at the significance level ($p=.001$). Outcome expectation was at high level of from 30% to 75% and significantly higher than before at the significance level ($p=.001$). Attitude was at high level from 50% to 80% and significantly higher than before at the significance level ($p=.008$). Behavior was good from 15% to 40% and significantly higher than before at the significance level ($p=.008$). The Glycosylated Hemoglobin (HbA1c) were decreased of 100%, with 30% were in the low level (below 7.00 mg%) and significantly decreased than before at the significance level ($p<.001$).

Keyword: Elderly, Potentiality Development, Diabetes Mellitus

บทนำ

ประชากรโลกก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในปี 2583 ซึ่งเห็นได้จากการคาดการณ์ที่มีการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 6,705 ล้านคน ในปี 2551 คาดการณ์ว่าจะเป็น 8,000 ล้านคน ในปี 2568 และ 9,352 ล้านคน ในปี 2593⁽¹⁾ ในขณะที่ประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทยมีจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง โดยในปี 2537 มีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 6.8 ของประชากรทั้งประเทศ และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.4, 10.7, 12.2 ในปี 2545, 2550, 2554 ตามลำดับ⁽¹⁾ และผลสำรวจปี 2557 พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 14.9 ของประชากรทั้งหมด จากจำนวนผู้สูงอายุทั้งสิ้น 10,014,699 คน

โรคเบาหวาน เป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศทั่วโลกทำให้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพความเป็นอยู่ของประชาชนเป็นอย่างมากและเป็นสาเหตุทำให้เกิดการป่วยและตายก่อนวัยอันสมควรจากภาวะแทรกซ้อนต่อตา ไต ระบบประสาท หัวใจและหลอดเลือดสมอง องค์การอนามัยโลก (WHO) และสมาคมเบาหวานระหว่างประเทศ (International Diabetes Federation : IDF) คาดการณ์ว่าโรคเบาหวานจะเพิ่มจาก 177 ล้านคนในปี 2543 เป็น 300 ล้านคนในปี 2568 และจะเพิ่มขึ้นมากกว่า 435 ล้านคนในปี พ.ศ. 2573 หากไม่มีการดำเนินการในการป้องกันและควบคุมที่มีประสิทธิภาพ⁽²⁾ จากรายงานสถิติสาธารณสุขของประเทศไทย พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 500,347 คน ในปี 2550 เป็น 802,017 คน ในปี 2558⁽³⁾ จังหวัดนครราชสีมา พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 104,410 คน ในปี 2557 เป็น 111,193 คน ในปี 2559 และอำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมาพบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 2,368 คน ในปี 2557 เป็น 2,628 คน ในปี 2559⁽⁴⁾

จากฐานข้อมูลสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลละกอ อำเภोजักราช⁽⁵⁾ ระหว่างปี พ.ศ. 2555 - 2559 พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทุกปี คิดเป็นอัตรา 112.80, 123.80, 132.50, 136.80 และ 141.00 ต่อพันประชากร ตามลำดับ และมีจำนวนผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพิ่มขึ้นทุกปี คิดเป็นอัตรา 10.50, 11.00, 11.70, 13.20 และ 14.40 ต่อพันประชากร ตามลำดับ ปัญหาที่พบจากการให้บริการคลินิกโรคเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลละกอในปี พ.ศ. 2559⁽⁵⁾ พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีผลการตรวจเลือดประจำปี HbA1c มากกว่า 7 mg% จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 27.78 ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และจากการทำแผนปฏิบัติการด้านสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ 2559 พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่มีพฤติกรรม การรับประทานอาหารไม่ถูกต้อง รับประทานยาไม่ถูกต้องและไม่ได้ออกกำลังกาย เนื่องจากผู้สูงอายุขาดความตระหนักและไม่เชื่อมั่นว่าตนจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองได้ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา ได้แก่ ไตวาย เบาหวานขึ้นจอประสาทตาทำให้ตาบอดได้ ซาปลายประสาท เช่น ชาเท้าทำให้ไม่รู้สึกละและเกิดบาดแผลซึ่งทำให้แผลไม่หายและถูกตัดเท้าได้ในที่สุดและเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ เป็นต้น

จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลละกอ ตำบลศรีละกอ อำเภोजักราช จังหวัดนครราชสีมา โดยการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด Action research ของ Susman และ Evered^(6,7) ร่วมกับทฤษฎีความสามารถของตนเองของ Bandura⁽⁸⁾ เพื่อให้ผู้สูงอายุดังกล่าวมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด เพื่อลดหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนและให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขในสังคม

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลละกอ ตำบลศรีละกอ อำเภोजักราช จังหวัดนครราชสีมา

วิธีการศึกษา

1. รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยการนำกรอบแนวคิด Action research ของ Susman และ Evered และทฤษฎีความสามารถของตนเองของ Bandura มาประยุกต์ใช้ดำเนินการวิจัยโดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วย

ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทชุมชน ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของชุมชน เช่น ประวัติศาสตร์ชุมชน สภาพภูมิศาสตร์ เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ การศึกษา การเมืองการปกครอง สภาพสิ่งแวดล้อม และระบบสุขภาพชุมชนเก็บรวบรวมจากแฟ้มข้อมูลสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลละกอ และศึกษาข้อมูลบริบทของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ ทักษะ พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c)

ระยะที่ 2 กระบวนการพัฒนาศักยภาพ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) การวินิจฉัยปัญหาสุขภาพ เป็นการศึกษาสภาพปัญหาจากการสนทนากลุ่มเพื่อสอบถามถึงปัญหาสุขภาพ ภาวะแทรกซ้อน และความต้องการความช่วยเหลือจากสังคม 2) การวางแผนปฏิบัติงาน เป็นการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา จัดลำดับความสำคัญของปัญหา วางแผนการปฏิบัติงานและกิจกรรม 3) การลงมือปฏิบัติกิจกรรม เป็นการจัดกิจกรรมเสริมสร้าง

ศักยภาพในการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังนี้ 3.1) การให้รู้สึกรู้สึกษาในการดูแลสุขภาพของตนเอง 3.2) สร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองและสร้างความคาดหวังต่อผลลัพธ์ 3.3) พัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพของตนเอง และ 3.4) กระตุ้นเตือนการดูแลสุขภาพ 4) การประเมินผลกิจกรรม เป็นการจับเวทีประชุม พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน รวมถึงปัญหาอุปสรรคที่พบและแนวทางแก้ไขร่วมกัน หลังจากการจัดกิจกรรม เสริมสร้างความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ ทักษะและพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ และ 5) การปรับปรุงผลการเรียนรู้ เพื่อปรับปรุงแก้ไขกระบวนการดำเนินงานและกิจกรรมหลังจากการจัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพ

ระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์ของกระบวนการพัฒนาศักยภาพจากแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย ด้านความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ ทักษะ พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c)

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของตำบลศรีละกอ อำเภोजักราช จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 40 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของตำบลศรีละกอ อำเภोजักราช จังหวัดนครราชสีมา โดยใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 20 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ เพศชายหรือหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ไม่มีความพิการที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม ไม่มีปัญหาการได้ยิน การมองเห็น การพูดและสามารถสื่อสารเข้าใจได้ และสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัย

3. ระยะเวลาในการวิจัยระหว่างเดือนเมษายน-ธันวาคม 2560

4. เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ประกอบด้วย

4.1 เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการพัฒนา ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) การวินิจฉัยปัญหาสุขภาพ 2) การวางแผนปฏิบัติงาน 3) การลงมือปฏิบัติกิจกรรม 4) การประเมินผลกิจกรรม และ 5) การปรับปรุงผลการเรียนรู้

4.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลทุติยภูมิด้านบริบทชุมชน 2) แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นแบ่งออกเป็น 6 ส่วน คือ 2.1) ข้อมูลทั่วไป 2.2) ความรู้ในการดูแลสุขภาพจำนวน 15 ข้อ 2.3) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพจำนวน 10 ข้อ 2.4) ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ในการดูแลสุขภาพจำนวน 10 ข้อ 2.5) ทักษะในการดูแลสุขภาพจำนวน 15 ข้อ 2.6) พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ จำนวน 17 ข้อ 3) แนวทางการสนทนากลุ่ม 4) แบบบันทึกการประชุม 5) แบบสังเกตการมีส่วนร่วมและ 6) แบบบันทึกกิจกรรมของผู้วิจัย

เกณฑ์ในการแปลผลแบบสอบถามส่วนที่ 2 มีคำตอบให้เลือก 2 ระดับ คือ ถูกและผิด ข้อคำถามเชิงบวกมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ 1 และ 0 คะแนนตามลำดับข้อคำถามเชิงลบมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ 0 และ 1 คะแนนตามลำดับ

แบบสอบถามส่วนที่ 3 - 4 มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย ข้อคำถามเชิงบวกมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ 3, 2 และ 1 คะแนนตามลำดับข้อคำถามเชิงลบมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ 1, 2 และ 3 คะแนนตามลำดับ

แบบสอบถามส่วนที่ 5 มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ข้อคำถามเชิงบวกมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ 3, 2 และ 1 คะแนนตามลำดับ ข้อคำถามเชิงลบมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ 1, 2 และ 3 คะแนนตามลำดับ

แบบสอบถามส่วนที่ 6 มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นครั้งคราว และไม่เคยปฏิบัติ ข้อคำถามเชิงบวกมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ 2, 1 และ 0 คะแนนตามลำดับ ข้อคำถามเชิงลบมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ 0, 1 และ 2 คะแนนตามลำดับการแปลความหมายจากค่าช่วงคะแนน คือ ค่าสูงสุด-ค่าต่ำสุด/จำนวนขั้นคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ด้านความรู้ในการดูแลสุขภาพ ระดับสูง คือ มีคะแนนระหว่าง 12-15 คะแนน ระดับปานกลาง มีคะแนนระหว่าง 9-11 คะแนน และระดับต่ำ มีคะแนนระหว่าง 0-8 คะแนน ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองความคาดหวังต่อผลลัพธ์ และทัศนคติในการดูแลสุขภาพ ระดับสูง คือ มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34-3.00 คะแนน ระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.67-2.33 คะแนน และระดับต่ำ มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.66 คะแนน ด้านพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพระดับดีมาก คือ มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.67-2.00 คะแนน ระดับดี มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.33-1.66 คะแนน และระดับควรปรับปรุง มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 0.00-1.32 คะแนน

5. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การวิจัยครั้งนี้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ (Content Validity) นำเครื่องมือไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาที่วัตถุประสงค์ ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา และความถูกต้องของการวัด โดยได้นำแบบสอบถามมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาและวัตถุประสงค์ (Index of item-Objective Congruence หรือ IOC) แล้วคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5-1.0 คือ ข้อคำถามที่มีคุณภาพนำไปใช้ได้ และหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในตำบลทองหลาง อำเภोजักราช จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 30 คน โดยการวิเคราะห์ความเที่ยงตรงด้านความรู้ด้วยวิธีการของ Kuder Richardson โดยใช้สูตร KR-21 เท่ากับ 0.72 และวิเคราะห์ความเที่ยงตรงด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ ทัศนคติและพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.80, 0.82, 0.83 และ 0.79 ตามลำดับแล้วปรับปรุงแก้ไขโดยการตัดข้อคำถามทิ้งและเพิ่มข้อคำถามในแบบสอบถามให้มีความสมบูรณ์เหมาะสมก่อนนำไปใช้จริง

6. การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัยการวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา และได้อนุมัติจริยธรรมการวิจัยเมื่อวันที่ 25 เมษายน 2560 เลขที่รับรอง HE-005-2560

7. การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสนทนากลุ่ม การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบ Wilcoxon Signed-rank test

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า เป็นเพศชายและหญิงเท่ากัน (ร้อยละ 50) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 66-70 ปี (ร้อยละ 45) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 68.85 ปี มีน้ำหนักเฉลี่ยเท่ากับ 58.75 กิโลกรัม มีส่วนสูงเฉลี่ยเท่ากับ 159.70 เซนติเมตร และมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 65) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 100) ส่วนมากมีระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานระหว่าง 6-10 ปี (ร้อยละ 55)

ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 9.85 ปี มีระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) ระหว่าง 7.00–8.99mg% มากที่สุด (ร้อยละ 70) ระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) เฉลี่ย 7.24mg% และกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และรับประทานยาตามแพทย์สั่ง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (n = 20)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน		
1-5 ปี	4	20
6-10 ปี	11	55
11 ปีขึ้นไป	5	25
Max = 30.00, Min = 2.00, = 9.85, Median = 10.00, S.D. = 6.26		
ระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1C)		
ต่ำกว่า 7.00 mg%	6	30
7.00–8.99 mg%	14	70
Max = 8.70, Min = 6.10, = 7.24, Median = 7.35 , S.D. = 0.62		
การรักษาโรคเบาหวาน		
ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์		
ปฏิบัติ	20	100
ไม่ปฏิบัติ	0	0
รับประทานยาตามแพทย์สั่ง		
ปฏิบัติ	20	100
ไม่ปฏิบัติ	0	0

2. คะแนนด้านความรู้ พบว่า หลังการพัฒนากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 80 สูงกว่าก่อนการพัฒนาซึ่งมีร้อยละ 45 ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง พบว่า หลังการพัฒนากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 75 สูงกว่าก่อนการพัฒนาซึ่งมีร้อยละ 30 ด้านความคาดหวังต่อผลลัพธ์ พบว่าหลังการพัฒนากลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวังต่อผลลัพธ์ในการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 75 สูงกว่าก่อนการพัฒนาซึ่งมีร้อยละ 30 ด้านทัศนคติ พบว่าหลังการพัฒนากลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติในการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 80 สูงกว่าก่อนการพัฒนาซึ่งมีร้อยละ 50 และด้านพฤติกรรม พบว่าหลังการพัฒนากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 40 สูงกว่าก่อนการพัฒนาซึ่งมีร้อยละ 15 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของระดับความรู้การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ทัศนคติ และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 20)

ด้าน/ระดับ	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้				
ระดับสูง	9	45	16	80
ระดับปานกลาง	10	50	4	20
ระดับต่ำ	1	5	-	-
การรับรู้ความสามารถของตนเอง				
ระดับสูง	6	30	15	75
ระดับปานกลาง	14	70	5	25
ระดับต่ำ	-	-	-	-
ความคาดหวังต่อผลลัพธ์				
ระดับสูง	6	30	15	75
ระดับปานกลาง	14	70	5	25
ระดับต่ำ	-	-	-	-
ทัศนคติ				
ระดับสูง	10	50	16	80
ระดับปานกลาง	10	50	4	20
ระดับต่ำ	-	-	-	-
พฤติกรรม				
พฤติกรรมระดับดีมาก	3	15	8	40
พฤติกรรมระดับดี	13	65	12	60
พฤติกรรมระดับควรปรับปรุง	4	20	-	-

3. ค่ามัธยฐานด้านความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพพบว่า ก่อนการพัฒนากลุ่มตัวอย่างมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 11 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.75 หลังการพัฒนากลุ่มตัวอย่างมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 13 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.67 เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่ามัธยฐานโดยใช้สถิติทดสอบ Wilcoxon Signed-rank test พบว่า หลังการพัฒนามีความรู้สูงกว่าก่อนการพัฒนายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.001$) ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพ พบว่า ก่อนการพัฒนากลุ่มตัวอย่างมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 2.20 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.26 หลังการพัฒนากลุ่มตัวอย่างมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 2.75 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.34 เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่ามัธยฐานโดยใช้สถิติทดสอบ Wilcoxon Signed-rank test พบว่า หลังการพัฒนามีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงกว่าก่อนการพัฒนายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.001$) ด้านความคาดหวังต่อผลลัพธ์ในการดูแลสุขภาพ พบว่า ก่อนการพัฒนา

กลุ่มตัวอย่างมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 2.20 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.23 หลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 2.75 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.33 เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่ามัธยฐาน โดยใช้สถิติทดสอบ Wilcoxon Signed-rank test พบว่า หลังการพัฒนามีความคาดหวังต่อผลลัพธ์สูงกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.001$) ด้านทัศนคติในการดูแลสุขภาพ พบว่า ก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 2.40 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.25 หลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 2.50 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.22 เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่ามัธยฐาน โดยใช้สถิติทดสอบ Wilcoxon Signed-rank test พบว่า หลังการพัฒนามีทัศนคติสูงกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.008$) และด้านพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ พบว่า ก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 1.53 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.17 หลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 1.65 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.16 เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่ามัธยฐาน โดยใช้สถิติทดสอบ Wilcoxon Signed-rank test พบว่า หลังการพัฒนามีพฤติกรรมดีกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.008$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างค่ามัธยฐานด้านความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ทัศนคติ และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ก่อนและหลังการพัฒนา ($n = 20$)

ด้าน	Median	S.D.	p-value
ความรู้			
ก่อนการพัฒนา	11	1.75	.001*
หลังการพัฒนา	13	1.67	
การรับรู้ความสามารถของตนเอง			
ก่อนการพัฒนา	2.20	0.26	.001*
หลังการพัฒนา	2.75	0.34	
ความคาดหวังต่อผลลัพธ์			
ก่อนการพัฒนา	2.20	0.23	.001*
หลังการพัฒนา	2.75	0.33	
ทัศนคติ			
ก่อนการพัฒนา	2.40	0.25	.008*
หลังการพัฒนา	2.50	0.22	
พฤติกรรม			
ก่อนการพัฒนา	1.53	0.17	.008*
หลังการพัฒนา	1.65	0.16	

Sign test, $p < .05$

4. ระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า หลังการพัฒนามีระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) อยู่ในเกณฑ์ปกติ ที่ระดับต่ำกว่า 7.00 mg% (ร้อยละ 30) ส่วนใหญ่มีระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) อยู่ในระดับ 7.00–8.99 (ร้อยละ 70) ดังตารางที่ 4 และเปรียบเทียบความแตกต่างค่ามัธยฐานระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ก่อนการพัฒนามีค่ามัธยฐานเท่ากับ 7.75 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.15 หลังการพัฒนามีค่ามัธยฐานเท่ากับ 7.35 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.62 เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่ามัธยฐานโดยใช้สถิติทดสอบ Wilcoxon Signed-rank test พบว่า หลังการพัฒนามีระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) ลดลงต่ำกว่าก่อนการพัฒนามีความสำคัญทางสถิติที่ ($p < .001$) ดังตารางที่ 5 ตารางที่ 4 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ก่อนและหลังการพัฒนา ($n = 20$)

ระดับน้ำตาลในเลือด(HbA1c)	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำกว่า 7.00 mg%	–	–	6	30
7.00–8.99mg%	15	75	14	70
9.00–10.99 mg%	5	25	–	–

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างค่ามัธยฐานระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ก่อนและหลังการพัฒนา ($n = 20$)

ระดับน้ำตาลในเลือด(HbA1c)	Median	S.D.	p-value
ก่อนการพัฒนา	7.75	1.15	< .001
หลังการพัฒนา	7.35	0.62	

Sign test, $p < .05$

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลละกอ ตำบลศรีละกอ อำเภोजักราช จังหวัดนครราชสีมาผู้วิจัยอภิปรายผลการศึกษาในประเด็น ดังต่อไปนี้

1. ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีทัศนคติในการดูแลสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น เกิดจากกระบวนการการสนทนากลุ่มเพื่อร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาทำให้ทราบถึงปัญหาที่แท้จริงของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้เพื่อนำไปสู่การจัดกิจกรรมแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ถูกต้องตามสภาพปัญหาที่แท้จริง สอดคล้องกับวิจัยของเกตุสินี สิงห์คำ⁽⁹⁾ ที่กล่าวว่า การพัฒนาการควบคุมอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้ศึกษากับผู้สูงอายุ เกิดกระบวนการคิดวิเคราะห์สาเหตุปัจจัยที่แท้จริงนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมอาหาร เพื่อแก้ไขปัญหาระดับน้ำตาลในเลือดสูงของตนเอง

2. พฤติกรรมการรับประทานอาหารให้เหมาะสม และการออกกำลังกายด้วยการเดินเป็นประจำส่งผลให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ส่วนใหญ่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) ได้ดีขึ้น สอดคล้องกับวิจัยของเกตุสินี สิงห์คำ⁽⁹⁾ ที่กล่าวว่าผู้สูงอายุสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมยิ่งขึ้นส่งผลให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้นโดยผู้สูงอายุ

ทุกคนมีระดับน้ำตาลในเลือดและค่า HbA1c ลดลง และสอดคล้องกับวิจัยของเบญจพร แก้วคำไต้⁽¹⁰⁾ ที่กล่าวว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายด้วยการเดินเป็นเวลา 8 สัปดาห์ มีระดับฮีโมโกลบินเอวันซีลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ

3. ระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ลดลง แต่ยังคงอยู่ในเกณฑ์ปกติ (น้อยกว่า 7 mg%) ไม่ได้ เนื่องจากผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารประเภทแป้งต็ม ผลไม้ที่มีรสหวาน อาหารประเภททอด และอาหารประเภทขนมที่มีรสหวาน มันที่ยังไม่เปลี่ยนแปลงจากเดิมก่อนที่จะเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ดังจะเห็นได้จากระดับพฤติกรรมส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 60

4. กระบวนการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ประสบผลสำเร็จได้นั้น ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้จะต้องมีความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีความรู้ มีทัศนคติที่ดี มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีความคาดหวังในผลลัพธ์หรือการตั้งเป้าหมาย มีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องและเหมาะสม และมีกำลังใจ การดูแลเอาใจใส่จากสมาชิกภายในครอบครัว

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

ควรนำกระบวนการพัฒนาศักยภาพนี้ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มอื่นๆ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลละกอ ตำบลศรีละกอ อำเภोजักราช จังหวัดนครราชสีมา โดยการจัดกิจกรรมอบรม และออกเยี่ยมบ้านต่อเนื่องอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง และให้ผู้ดูแลเข้าร่วมในกระบวนการพัฒนาศักยภาพด้วย

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาติดตามและประเมินผลโดยเพิ่มระยะเวลาในการติดตามนานขึ้น เพื่อประเมินความคงทนของพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลละกอและบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ตลอดจนผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทุกคนที่เกี่ยวข้อง ที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีตลอดระยะเวลาของการดำเนินการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานผลเบื้องต้นการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย [ออนไลน์]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 2559/03/13] เข้าถึงได้จาก https://www.m-society.go.th/article_attach/14494/18145.pdf.
2. ทิพารัตน์ คงนาง. ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชน [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2556.
3. สำนักโรคไม่ติดต่อ. รายงานประจำปี 2559. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข [ออนไลน์]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 2559/01/19] เข้าถึงได้จาก http://thaincd.com/document/le/download/paper-manual/รายงานประจำปี_59_สำนักโรคไม่ติดต่อ.pdf.

4. กระทรวงสาธารณสุข. ระบบรายงาน Health Data Center (HDC v4.0)[ออนไลน์].2558 [เข้าถึงเมื่อ 2560/01/19] เข้าถึงได้จากhttps://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php.
5. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลละกอ. รายงานประจำปี. นครราชสีมา : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลละกอ; 2559.
6. สุนทร โสภณอัมพรเสนีย์. การพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโดยกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจ บ้านหนองพลวง ตำบลหนองพลวง อำเภोजักราช จังหวัดนครราชสีมา [วิทยานิพนธ์]. นครราชสีมา: มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ; 2551.
7. Susman, G.I and Evered, R.D. Action research [ออนไลน์]. 1978. [เข้าถึงเมื่อ 2559/03/19] เข้าถึงได้จาก https://www.researchgate.net/gure/Action-research-model-Susman-and-Evered-1978_g1_250866189.
8. Mashburn, D. Self efficacy, self reliance, adherence to self care, and glycemic control among Cherokee with type 2 diabetes.University of Minnesota, 2012.
9. เกศินี สิงห์คำ. การพัฒนาการควบคุมอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานและไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในชุมชน. [รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2555.
- 10.เบญจพร แก้วคำใต้. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายด้วยการเดินที่มีต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซีและสุขสมรรถนะในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน[วิทยานิพนธ์]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2558.

**การพัฒนาแบบระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน
โดยชุมชนในพื้นที่เขตรอยต่อชายแดนไทย – กัมพูชา จังหวัดสุรินทร์ พ.ศ. 2557–2559**

**The Model Development of Event base Surveillance System that Affect Public Health
by Community at Border Thailand – Cambodia in Surin Province, 2014 – 2016**

กาญจนา ยังกา

Kanjana Yangkao

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา

Office of Disease Prevention and Control 9th Nakhon Ratchasima

*Corresponding author E-mail:K_yangkao@hotmail.com

(Received: January 31,2018 ; Accepted : May 30,2018)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพในชุมชนโดยชุมชน ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) ประชากรได้แก่ แกนนำหมู่บ้านที่อยู่ตามแนวชายแดนในอำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 84 คน กลุ่มตัวอย่างได้แก่ แกนนำบ้านโพนทอง ต.ด่าน และ บ้านโจรก ต.เกษตรถาวร อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ หมู่บ้านละ 20 คน ผลการศึกษา ทั้ง 2 หมู่บ้านมีการจัดตั้งระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ที่ผิดปกติและส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชน โดยผ่านผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขโดยเหตุการณ์ที่เฝ้าระวังเป็นเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับโรค ภัย ไข้เจ็บและสิ่งแวดล้อม ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังที่จัดตั้งขึ้น พบว่ามีเหตุการณ์ที่ได้รับแจ้งจากอาสาสมัคร จำนวนทั้งสิ้น 25 เหตุการณ์ เป็นเหตุการณ์ในคน 11 เหตุการณ์ และเหตุการณ์ในสัตว์ 14 เหตุการณ์ ในการเก็บข้อมูลของอาสาสมัครมีความถูกต้อง ทันเวลา ร้อยละ 100 ความทันเวลาในการแจ้งข่าวไป รพ.สต. มีความทันเวลาร้อยละ 100 ความทันเวลาในการตรวจสอบข่าวเหตุการณ์ผิดปกติของ รพ.สต. ภายในเวลาที่กำหนด 3 ชั่วโมง ร้อยละ 100 ส่วนความครบถ้วนของการแจ้งข่าวแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ รพ.สต. และปศุสัตว์อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 40 ผลการประเมินการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยการสำรวจในกลุ่มตัวอย่าง 60 คน พบว่าประชาชนทั้ง 2 หมู่บ้าน สนใจเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 90.93 ประชาชนเห็นด้วยเรื่องการจัดตั้งระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนโดยชุมชน ส่วนใหญ่มีความเห็นว่าเป็นที่ควรจัดตั้งระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ เพราะจะได้รับรู้ข้อมูลได้ทันเหตุการณ์ รู้สาเหตุและแก้ไขได้ทันที่ทั้งนี้จากการศึกษาในครั้งนี้ทำให้ทราบว่า การพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคในชุมชน โดยให้ชุมชนจัดการเองทั้งหมด จะต้องสร้างแนวคิดในการดูแลสุขภาพและการบริหารจัดการระบบเฝ้าระวังที่เหมาะสมในชุมชน รวมทั้งสนับสนุนการจัดหางบประมาณในการดำเนินงานแก่ชุมชน และหน่วยงานภาครัฐควรสนับสนุนด้านวิชาการและจัดหางบประมาณสำหรับการดำเนินงานของชุมชน

คำสำคัญ : ระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์

Abstract

The study aimed to develop surveillance system that affect public health by community at border Thailand and Cambodia in Surin province. Research and development was designed for this study. The samples were 40 people who are the leaders of Phonthong Village, Dan sub-district and BanJaroke Village, Kasetthavorn sub-district, Kabchoeng district Surin province. The result show that both villagers have set up surveillance system about uncommon events that required to set up

by leader of community and health volunteers. Moreover; surveillance system found 25 uncommon events include 11 events and 14 events in human and animal respectively. The reports 100 percents of accuracy and timely, completeness of reports to inform information were 40 percents. Participant of people were shown 90.93 percents, they concerned events that effected with health. In addition, most people agreed to set up surveillance system. In conclusion, for development for surveillance system should be managed by community while government should be supported academic and budget for operations.

Keyword : Event base surveillance system

บทนำ

ในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา ได้เกิดการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ขึ้นทั่วโลกอย่างต่อเนื่อง ทั้งโรคติดเชื้อชนิดใหม่ที่เพิ่งค้นพบการระบาดในมนุษย์ หรือโรคติดเชื้อที่พบในพื้นที่ใหม่ โดยสาเหตุของการเกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่เป็นผลมาจากปัจจัยหลายประการ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงด้านประชากรและพฤติกรรมมนุษย์ การเปลี่ยนแปลงของตัวเชื้อโรค การค้าขายไม่ถูกต้อง เกิดการติดต่อยาปฏิชีวนะ การพัฒนาด้านเทคโนโลยี และอุตสาหกรรม รวมทั้งผลจากการเปลี่ยนแปลงทางนิเวศวิทยาของสัตว์นำโรคและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งภาวะโลกร้อนที่กำลังเป็นปัญหาสำคัญ เหล่านี้ล้วนเป็นสาเหตุให้โรคติดต่ออุบัติใหม่ส่วนใหญ่มีธรรมชาติที่ซับซ้อน ยากต่อการจัดการ ทั้งนี้หากขาดระบบและเครื่องมือในการป้องกันควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพแล้ว โรคเหล่านี้ย่อมก่อให้เกิดความสูญเสียในชีวิตและสุขภาพของประชาชน รวมถึงส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจอย่างมหาศาล

สำหรับในประเทศไทย พบการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่อยู่เป็นระยะๆ มาอย่างต่อเนื่องเช่นกัน และมีความเสี่ยงที่จะเกิดการแพร่กระจายเชื้อจากประเทศเพื่อนบ้านในภูมิภาคเอเชีย ที่มีการระบาดของโรคไข้หวัดนกทั้งในคนและในสัตว์อีกด้วย นอกจากนี้ การระบาดใหญ่ของไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (H1N1) pdm09 ยังทำให้มีผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตเป็นจำนวนมาก⁽¹⁾ ในปี พ.ศ. 2555 ได้เกิดการระบาดของโรคมือ เท้า ปาก จากเชื้อ Enterovirus 71 ขึ้นในประเทศกัมพูชา มีผู้เสียชีวิต 54 ราย⁽²⁾

จากการระบาดที่ผ่านมารัฐบาลได้กำหนดแนวทางและมาตรการต่างๆ เพื่อการป้องกันควบคุมโรค โดยมีความร่วมมือในหลาย หน่วยงาน ทั้งภาครัฐ เอกชน และองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และชุมชน ในการระวังโรคในคน ในสัตว์ปีกและนกอธรรมชาติ แต่จากการดำเนินงานของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 พบว่าการดำเนินการเฝ้าระวังโรคดังกล่าว ยังขาดความไวต่อการป้องกันโรค ประชาชนเข้าถึงองค์ความรู้ ทำให้ขาดความเข้าใจและความตระหนักต่อปัญหาดังกล่าว นอกจากนั้นมีการคาดการณ์จากผู้เชี่ยวชาญว่า ในอนาคตอาจจะเกิดโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำขึ้นมาได้อีก จึงควรที่ทุกประเทศจะทำการเฝ้าระวังอย่างเข้มแข็ง ซึ่งอาจจะต้องอาศัยความร่วมมือจากประชาชนมากขึ้น ดังนั้นจึงควรศึกษาระบบเฝ้าระวังใหม่ๆ ที่ไวต่อการป้องกันควบคุมโรคได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เพื่อบรรเทาการเกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่อุบัติซ้ำหรือเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคตต่อไป

และจากการที่ประเทศไทยจะเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนในปลายปี 2558 กองอาเซียน กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้ทำการวิเคราะห์ผลกระทบด้านสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่โรคติดต่ออุบัติซ้ำ เช่น ไข้กาฬหลังแอ่น การแพร่กระจายของโรคติดต่อที่สำคัญ เช่นวัณโรค อหิวาต์อย่างรุนแรง การเกิดโรคระบาดในเด็ก อัตราการเกิดของของเด็กในกลุ่มแรงงานสตรีต่างตัวมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี ความครอบคลุม

ในการรับมือโรคขึ้นไม่สามารถติดตามได้ ต้องมีการรณรงค์บ่อยครั้ง เช่น โปлио⁽³⁾ ซึ่งผลกระทบดังกล่าวส่วนใหญ่จะมีช่องทางนำเข้าตามแนวชายแดน หากไม่มีระบบเฝ้าระวังที่มีความไวเพียงพอ อาจจะก่อให้เกิดอันตรายกับประชาชนที่อาศัยอยู่ตามแนวชายแดนและประชาชนที่มีโอกาสสัมผัสโรคได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพในชุมชนโดยชุมชน เพื่อเตรียมความพร้อมรับการระบาดของโรคในพื้นที่เขตรอยต่อชายแดนไทย – กัมพูชา จังหวัดสุรินทร์ ที่มีประสิทธิภาพและสามารถใช้ประโยชน์ได้จริง

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้

1. ระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ หมายถึง การจัดระเบียบในการรวบรวมเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในทางที่จะส่งผลเสียต่อสุขภาพของประชาชน⁽⁴⁾
2. ชุมชน หมายถึง หมู่ชน, กลุ่มคนที่อยู่รวมกันเป็นสังคมขนาดเล็ก อาศัยอยู่ในอาณาบริเวณเดียวกัน และมีผลประโยชน์ร่วมกัน⁽⁴⁾ ในการศึกษาครั้งนี้หน่วยนับ 1 ชุมชน เท่ากับ 1 หมู่บ้าน
3. เหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วมีผลลัพธ์กระเทือนไปถึงสุขภาพของประชาชน⁽⁵⁾
4. พื้นที่ตามแนวชายแดนไทย – กัมพูชา หมายถึง พื้นที่ระดับหมู่บ้านที่อยู่ติดเขตแนวชายแดนใน อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์

วัสดุและวิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development)

ประชากรที่ศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรได้แก่ แกนนำหมู่บ้านที่อยู่ติดเขตตามชายแดนในอำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 84 คน มีอายุ 20 ปีขึ้นไป เนื่องจากลงนามยินยอมการให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แกนนำ ที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านโพหนอง ตำบลด่าน และ บ้านโจรก ตำบลเกษตรถาวร อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ มาไม่ต่ำกว่า 6 เดือน หมู่บ้านละ 20 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 40 คน

ระยะเวลาศึกษาวิจัย 27 เดือน (มิถุนายน 2557 – กันยายน 2559)

ขั้นตอนการดำเนินงาน

การศึกษานี้มีกำหนดเวลา 2 ปี โดยปีที่ 1 มีขั้นตอนดังนี้

1. ทำการประสานเครือข่ายการดำเนินงานระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล และองค์กรปกครองท้องถิ่น เพื่อคัดเลือกชุมชนเฝ้าระวัง ในอำเภอเป้าหมาย จำนวน 2 ตำบล ตำบลละ 1 หมู่บ้าน
2. ประชุมคณะวิจัยและผู้เกี่ยวข้องเพื่อจัดทำข้อเสนอกรอบแนวคิดระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนโดยชุมชน
3. จัดอบรมการสร้างเสริมพลัง (Empowerment) แก่อาสาสมัคร
4. จัดประชุมเสนอข้อเสนอกรอบแนวคิดและให้ชุมชนพิจารณาและพัฒนาระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพในชุมชน (จัดในหมู่บ้าน) โดยให้ชุมชนกำหนดรูปแบบในการเฝ้าระวังเอง โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เสนอแนวคิด/ให้ข้อมูลประกอบการประชุม ในประเด็นต่อไปนี้

4.1 การกำหนดวิสัยทัศน์ชุมชนเรื่องการเฝ้าระวังเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

4.2 กำหนดเหตุการณ์ที่ต้องเฝ้าระวัง(ที่คาดว่าจะมีอาการสำคัญในกลุ่มโรคอุบัติใหม่/ อุตุนิซ้า) ได้แก่ ชนิดของเหตุการณ์ผิดปกติที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ การระบุสถานการณ์ปัญหา วิธีการแจ้งเตือน และส่งต่อข้อมูลข่าวสารแก่ภาครัฐ แบบรายงานข้อมูลเฝ้าระวังเหตุการณ์ผิดปกติ ระยะเวลาในการแจ้งข่าว การสอบทานของ รพ.สต.ในพื้นที่ตรวจสอบข่าวหลังได้รับแจ้ง และการดำเนินการควบคุมป้องกันโรค

ในกรณีที่หมู่บ้านที่ทำการศึกษามีระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ที่จัดตั้งโดยหน่วยงานภาครัฐ ผู้วิจัยจะควบคุมการดำเนินงานตามกรอบการศึกษาเท่านั้น โดยดำเนินการควบคุมกับระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ปกติ

5. ติดตามการจัดเก็บข้อมูลเฝ้าระวังเหตุการณ์ เดือนละ 1 ครั้ง โดยติดตามในประเด็นต่อไปนี้

5.1.1 ความถูกต้องในการจัดเก็บข้อมูลของอาสาสมัคร ตรวจสอบความถูกต้องในการกรอกข้อมูลตามแบบฟอร์มการจัดเก็บข้อมูล และตรวจสอบกับผู้นำชุมชนเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ได้รับรายงาน

5.1.2 ความทันเวลาในการจัดเก็บข้อมูลของอาสาสมัคร ตรวจสอบระยะเวลาที่อาสาสมัครบันทึกข้อมูลเปรียบเทียบกับระยะเวลาที่เกิดเหตุการณ์ กำหนดให้รายงานภายใน 24 ชั่วโมง

5.1.3 ความทันเวลาในการแจ้งข่าวของอาสาสมัคร ตรวจสอบระยะเวลาที่อาสาสมัครแจ้งข่าวไป รพ.สต. เปรียบเทียบกับระยะเวลาที่เกิดเหตุการณ์ กำหนดให้รายงานภายใน 24 ชั่วโมง

5.1.4 ความทันเวลาในการตรวจสอบข่าวเหตุการณ์ผิดปกติของ รพ.สต.ตรวจสอบระยะเวลาที่ รพ.สต. ตรวจสอบข่าวเหตุการณ์เปรียบเทียบกับระยะเวลาที่ได้รับรายงาน กำหนดให้ตรวจสอบภายในเวลา 3 ชั่วโมง หลังได้รับแจ้ง

5.1.5 กรณีที่หมู่บ้านที่ทำการศึกษามีระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ที่จัดตั้งโดยหน่วยงานภาครัฐ ผู้วิจัยจะติดตามความทันเวลาในการแจ้งข่าวของอาสาสมัครในโครงการ และความทันเวลาของการแจ้งข่าวในระบบปกติ (เฉพาะเหตุการณ์ที่มีการรายงานทั้ง 2 ระบบ) เพื่อประเมินความทันเวลาของการแจ้งข่าวทั้ง 2 ระบบ

6. ประเมินผลการมีส่วนร่วมของประชาชนโดยการสัมภาษณ์ และสอบถามประชาชน ด้านการรับรู้ว่าการจัดทําระบบเฝ้าระวัง และการได้รับการแจ้งข่าวเหตุการณ์ผิดปกติ

ในปีที่ 2 ดำเนินการทบทวนผลการดำเนินการในปีที่ผ่านมา ติดตามการดำเนินงาน เดือนละ 1 ครั้ง ประเมินผลการดำเนินงาน และสรุปรูปแบบการเฝ้าระวังเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

งานวิจัยฉบับนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรม กรมควบคุมโรค

ผลการศึกษา

การดำเนินงานในพื้นที่ศึกษา 2 หมู่บ้าน พบว่า มีการจัดตั้งระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนโดยชุมชน โดยมีแนวคิด ดังนี้

1. ไม่อยากให้ชุมชนมีโรคระบาด
2. เมื่อมีโรคระบาดในชุมชน สามารถควบคุมโรคและประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้
3. เมื่อมีโรคในชุมชนจะต้องมีการแจ้งข่าวสารให้คนในชุมชนทราบอย่างรวดเร็ว
4. ให้ผู้นำชุมชนกระตุ้นเตือน ให้คนในชุมชนเฝ้าระวังและป้องกันโรคระบาดที่เกิดขึ้น
5. ผู้นำในชุมชน อสม., รพ.สต., ครูอนามัย, และอบต. มีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคระบาดตามฤดูกาลในชุมชน
6. ชุมชนได้รับข่าวสารจากโรงพยาบาล, แพทย์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อย่างรวดเร็วและเชื่อถือได้

7. โรคสนใจและอยากเฝ้าระวัง ได้แก่ โรคไข้เลือดออก โรคเลปโตสไปโรซิส (ฉี่หนู) โรคตาแดง โรคหิวาตโรค โรคไข้หวัดใหญ่ โรคฉี่หนู โรคมือเท้าปาก โรคไข้หวัดนก โรคหัด ภัยสุขภาพ เช่น ภัยจากสารเคมี ภัยจากน้ำท่วม เป็นต้น

ผลการการจัดตั้งระบบเฝ้าระวัง พบว่ามีเหตุการณ์ที่ได้รับแจ้งจากอาสาสมัคร จำนวนทั้งสิ้น 25 เหตุการณ์ เป็นเหตุการณ์ในคน 11 เหตุการณ์ และเหตุการณ์ในสัตว์ 14 เหตุการณ์ โดยเหตุการณ์ในคนจะเป็นโรคที่เกิดขึ้นตามฤดูกาล มีเพียง 1 รายที่เสียชีวิตโดยไม่ทราบสาเหตุ ส่วนเหตุการณ์ในสัตว์ส่วนใหญ่เป็นสัตว์ปีกป่วยตายโดยไม่ทราบสาเหตุ

จากการเฝ้าระวังเหตุการณ์ผิดปกติ พบว่า ความถูกต้องในการจัดเก็บข้อมูลของอาสาสมัคร มีความถูกต้อง ร้อยละ 100 ความทันเวลาในการจัดเก็บข้อมูลและความทันเวลาในการแจ้งข่าวของอาสาสมัคร ร้อยละ 100 การแจ้งข่าวไป รพ.สต. 4 เหตุการณ์ มีความทันเวลาทั้ง 4 เหตุการณ์ และความทันเวลาในการตรวจสอบเหตุการณ์ภายในเวลาที่กำหนด 3 ชั่วโมง ครบทั้ง 4 เหตุการณ์ และความครบถ้วนของการรายงานแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ รพ.สต. และปศุสัตว์อำเภอ จำนวน 10 เหตุการณ์ คิดเป็นร้อยละ 40

ผลการประเมินการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อโครงการ ทำการสำรวจในกลุ่มตัวอย่างบ้านโนนทอง จำนวน 40 คน และบ้านโจรก จำนวน 20 คน พบว่า ประชาชนหมู่บ้านโนนทอง สนใจเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ ร้อยละ 90 โดยสนใจเรื่องไข้เลือดออก มากที่สุด รองลงมาโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไข้หวัด ตามลำดับ ส่วน ประชาชนหมู่บ้านโจรก สนใจเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 100 โดยสนใจเรื่องไข้เลือดออก รองลงมา ไข้หวัดและสัตว์ป่วยตาย ตามลำดับ

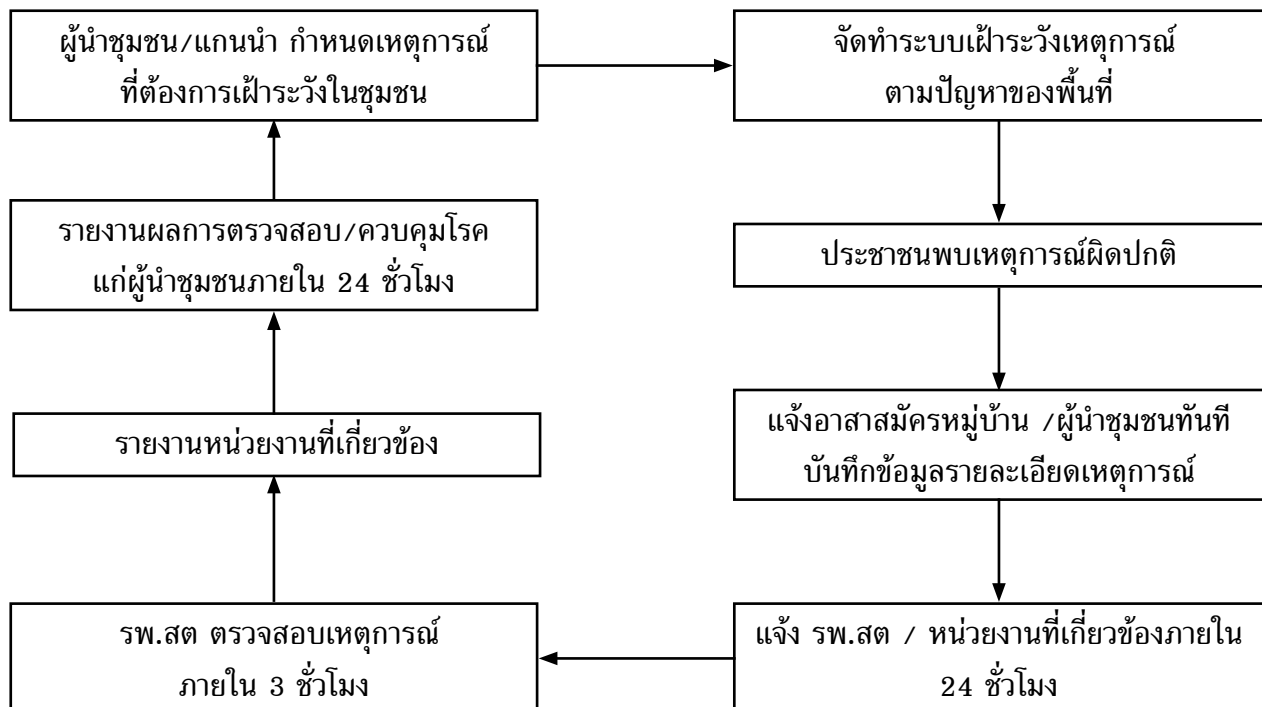
กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทั้ง 2 หมู่บ้าน ทราบว่ามีการดำเนินโครงการในหมู่บ้าน และเมื่อประชาชนมีการเจ็บป่วยหรือได้รับผลกระทบด้านสุขภาพ จะแจ้ง อสม. คิดเป็นร้อยละ 54.45 หากเจ็บป่วยก็ไปหาหมอที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเกษตรถาวรหรือโรงพยาบาลเชิงเอง

ส่วนในเรื่องการจัดตั้งระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนโดยชุมชน สามารถช่วยให้หน่วยงานภาครัฐได้รับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเร็วขึ้น ร้อยละ 63.64 และ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเห็นว่าจำเป็นต้องจัดตั้งระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ฯ เพราะจะได้รับรู้ข้อมูลได้ทันเหตุการณ์ รู้สาเหตุและแก้ไขได้ทันทั่วทั้งที่ สามารถเข้าถึงคนคนชราในหมู่บ้านได้ดี ทำให้การดูแลประชาชนทั่วถึงและการส่งข่าวเร็วขึ้น ช่วยให้ความสะดวกกับประชาชนมากขึ้น

จากการศึกษา สรุปได้ว่าการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังเหตุการณ์เฝ้าระวังเหตุการณ์ในชุมชนตามแนวชายแดน ควรมีลักษณะเป็น

1. รูปแบบเฝ้าระวังที่ไม่จำเพาะเจาะจงหรือกำหนดเป็นรูปแบบมาตรฐาน สามารถมีรูปแบบที่แตกต่างกันตามบริบทของชุมชน แต่มีวัตถุประสงค์และหลักการเดียวกัน
2. รูปแบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ต้องสอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน การคมนาคม และการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขของรัฐและเอกชน
3. เป็นรูปแบบที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ตั้งแต่การออกแบบระบบเฝ้าระวัง ขอบเขตในการเฝ้าระวังเครื่องมือที่ใช้ ช่องทางการรับ – แจ้งข่าว
4. เป็นรูปแบบที่ค่อยเป็นค่อยไป โดยการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่แบบ Development oriented (เดิมเจ้าหน้าที่จะสนับสนุนแบบ Consumption oriented)

สรุปรูปแบบการเฝ้าระวังเหตุการณ์ในชุมชนที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้



วิจารณ์

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าระดับผู้นำชุมชน และอาสาสมัคร ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็น อสม. ครู และ อบต. มีความสนใจเข้าร่วมการศึกษา และเชื่อว่ามีประโยชน์ในการที่จะจัดตั้งระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในหมู่บ้าน ด้วยตนเอง โดยแต่ละหมู่บ้านมีการระดมสมองในการจัดทำกรอบแนวคิดและแนวทางในการดำเนินงานเฝ้าระวังของตนเอง การใช้กระบวนการเสริมพลัง (Empowerment) จะช่วยให้เกิดการมีส่วนร่วมในกลุ่มอาสาสมัครได้ดียิ่งขึ้น เมื่อพิจารณาจากกรอบแนวคิดการเฝ้าระวังเหตุการณ์โดยชุมชนที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าชุมชนให้ความสำคัญกับโรคติดต่อ ที่พบได้อย่างสม่ำเสมอ เช่น โรคไข้เลือดออก ไข้หวัดใหญ่ และมือ เท้าปาก เป็นต้น ในด้านการรายงานและการแจ้งข่าว ยังอาศัยกลไกระบบสุขภาพในชุมชน ได้แก่การแจ้งอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน แจ้งผู้ใหญ่บ้าน การแจ้งข่าวต่อให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปศุสัตว์อำเภอ องค์การบริหารส่วนตำบล ยังมีน้อย ในด้านความร่วมมือของประชาชน พบว่าประชาชนส่วนใหญ่ทราบว่า มีระบบเฝ้าระวังโรคในชุมชน แต่ยังไม่ให้ความสำคัญในการแจ้งความเจ็บป่วยเนื่องจากอยู่ใกล้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลชุมชน เมื่อเจ็บป่วยสามารถไปโรงพยาบาลได้เลย ซึ่งคล้ายกับการศึกษาของกาญจนา ยังขาว และคณะ⁽⁶⁾ ที่พบว่าประชาชนยังไม่พร้อมในการจัดตั้งระบบเฝ้าระวังโรคในชุมชน แต่มีความสนใจอยากให้มีระบบเฝ้าระวัง โดยพร้อมที่จะให้ความร่วมมือในการแสดงความคิดเห็นและร่วมดำเนินการเก็บข้อมูลในพื้นที่

รูปแบบการจัดตั้งระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ โดยให้ชุมชนที่อาศัยตามแนวชายแดนไทย – กัมพูชา ดำเนินการเองตั้งแต่การออกแบบระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ จัดทำเครื่องมือ การจัดเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล และนำข้อมูลไปแจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จากการศึกษานี้ พบว่ามีความเป็นไปได้แต่หน่วยงานภาครัฐต้องช่วยเหลือในการจัดกระบวนการสร้างเสริมพลัง และสนับสนุนให้แกนนำและอาสาสมัคร นำเสนอความต้องการของชุมชน เมื่อได้ข้อสรุปแล้วให้จัดทำแนวทางและเครื่องมือการเฝ้าระวัง และหน่วยงานภาครัฐเข้ามาช่วยติดตามดูแลอย่างใกล้ชิด และตอบสนองอย่างรวดเร็วเมื่อได้รับการแจ้งข่าวจากชุมชน

ประเด็นที่พบเพิ่มเติมจากการศึกษานี้ คือประเด็นโรคที่สนใจในการเฝ้าระวังที่ไม่ได้เลือกไว้ตั้งแต่แรก การเฝ้าระวังอาการในสัตว์ที่ตายโดยไม่ทราบสาเหตุ และการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อม การใช้สารเคมี เช่น ยากำจัดศัตรูพืช น้ำกรดที่ใช้ในการกรีดยาง เป็นต้น

จากการศึกษาในครั้งนี้ทำให้ทราบว่า การพัฒนารูปแบบระบบเฝ้าระวังโรคในชุมชนโดยให้ชุมชนจัดการเองทั้งหมด จะต้องใช้เวลาในการสร้างแนวคิดในการดูแลสุขภาพและการบริหารจัดการระบบเฝ้าระวังที่เหมาะสมในชุมชน รวมทั้งสนับสนุนการจัดหางบประมาณในการดำเนินงานแก่ชุมชน หากจะดำเนินการในช่วงนี้หน่วยงานภาครัฐยังคงเป็นแกนหลักในการดำเนินการไปก่อน

ข้อเสนอแนะจากการศึกษานี้

ควรรูปแบบจากการศึกษานี้ไปทดลองใช้ในชุมชนตามแนวชายแดนไทย กัมพูชา พื้นที่อำเภออื่นๆ และอาจจะเลือกศึกษาในหมู่บ้านที่อยู่ห่างไกลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้บริหารหน่วยงานดังต่อไปนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกาบเชิง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด่าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกษตรถาวร ผู้ใหญ่บ้านโพหนอง ตำบลด่าน ผู้ใหญ่บ้านโจรก ตำบลเกษตรถาวร อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ ที่อนุญาตให้ทีมวิจัยเข้าดำเนินการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ (ร่าง) แผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ (พ.ศ. 2555-2559)
2. องค์การอนามัยโลก. Evere complications of hand, foot and mouth disease (HFMD) caused by EV-71 in Cambodia – conclusion of the joint investigation. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 13 กรกฎาคม 2556]. แหล่งข้อมูล http://www.who.int/csr/don/2012_07_13/en/index.html
3. รยากร งามดี. ประชาคมอาเซียน 2558 ผลกระทบ ASCC. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 13 กรกฎาคม 2556]. แหล่งข้อมูล <http://www.chiangmai.m-society.go.th>
4. กาญจนา ยังขาว. ระบาดวิทยาเชิงปฏิบัติการสำหรับทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล. เข้าถึงได้จาก <http://dpc5.ddc.moph.go.th/epid/asset/km.html>
5. ราชบัณฑิตยสถาน, ความหมาย “เหตุการณ์” [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 13 กรกฎาคม 2556]. แหล่งข้อมูล <http://rirs3.royin.go.th/new-search/word-41-search.asp>
6. กาญจนา ยังขาว, สุทธิลักษณ์ หนูรอด. การพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคในชุมชนที่เหมาะสมต่อโรคติดต่ออุบัติใหม่ จังหวัดนครราชสีมา. เอกสารโรเนียว. 2547

การพัฒนาแบบแผนการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคเรื้อนภายหลังการปรับเปลี่ยนนิคมสู่ชุมชนปกติ โดยชุมชนมีส่วนร่วม : กรณีศึกษานิคมโรคเรื้อนปราสาท อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์

Model Development of Community-based Rehabilitation

The Leprosy Effect After try to Change Leper Colony to be Normal Community:

Case Study of Prasat Leper Colony, Prasat District, Surin Province

นิยม ไกรปุย¹ และ โกเมศ อนุรัตน์²

Niyom kraipui¹ and Gomes Unarat²

¹สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา

¹The Office of Disease Prevention and Control 9, Nakhon Ratchasima

²สถาบันราชประชามาสาย

²Rajprachasamasai Institute

*Corresponding author E-mail:nkraipui@yahoo.com

(Received: December 24, 2017 ; Accepted : April 26, 2018)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ใช้เทคนิควิธีการแบบผสม (mixed method) เพื่อศึกษา การพัฒนาแบบแผนการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคเรื้อนโดยชุมชนมีส่วนร่วมหลังการเปลี่ยนแปลงจาก นิคมโรคเรื้อนเป็นชุมชนปกติ โดยใช้แนวคิดการจัดการแบบมีส่วนร่วม จากการศึกษาพบว่า บริบทสภาพปัญหา ในอดีตนิคมโรคเรื้อนปราสาทถูกบุกรุกที่ดินทำกิน และปัญหาหลังการถ่ายโอนนิคมพบความรังเกียจของประชาชน ในชุมชนต่อผู้ป่วยโรคเรื้อน ชุมชนไม่มีความใกล้ชิดกันมีความรังเกียจ ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนส่วนใหญ่ มีข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมทางสังคมร้อยละ 41.7 ที่จะต้องมีการฟื้นฟูสภาพ พบว่ารูปแบบการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย โรคเรื้อนหลังปรับเปลี่ยนจากนิคมสู่ชุมชนปกติ ประกอบด้วย 1) การจัดตั้งกลุ่มจิตอาสาพระราชสมาสัย ขับเคลื่อนการส่งเสริมกิจกรรมฟื้นฟูสภาพ ผู้พิการจากโรคเรื้อนกับผู้พิการในชุมชนทั่วไป 2) การบูรณาการงาน ของทีมจิตอาสา ทีมประกอบด้วย แกนนำชุมชน บุตรผู้พิการจากโรคเรื้อนและผู้พิการในชุมชนทั่วไป กับตัวแทน ผู้พิการจากโรคเรื้อน ร่วมดำเนินการ ดังนี้ 2.1 วิเคราะห์ปัญหาและการฟื้นฟูด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม 2.2 ร่วมทำแผนการฟื้นฟูสภาพ 2.3 ร่วมระดมทุนและตั้งกองทุนฟื้นฟูสภาพในการพัฒนาอาชีพ 2.4 การส่งเสริม ประเพณีวัฒนธรรม มีความใกล้ชิดกันลดความรังเกียจ 2.5 การส่งเสริมสุขภาพผู้พิการจากโรคเรื้อนและผู้พิการ ในชุมชน

คำสำคัญ: การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคเรื้อน, ภายหลังการปรับเปลี่ยนนิคมสู่ชุมชนปกติ, ชุมชนมีส่วนร่วม

Abstract

Participatory action research was designed to the study, and the researchers used mixed method for studying. The purpose of this study is to examine based community model of leprosarium, participant management was applied as conceptualism for changing leprosarium to normal community. The results found that in history the land of Prasat leprosarium was invaded. Moreover, the study showed hidden problems among leprosy patients, for example, they were stigma by other people in community. The leprosy patients were limited to social participation approximately 41.7 percent, so they needed rehabilitation. According to the study, it is indicated that the model for changing leprosarium to normal community including; 1) Rajprachasamasai volunteers for rehabilitated activities for leprosy cases were required to set up. 2) The volunteers including the leaders of communities, children of disability leprosy patients,

and other disability cases were recommended to integrate the activities. They should cooperate to analyze the problems together, and rehabilitated physical, psychological and social. In addition, they should participate to plan the rehabilitation strategies. They should raise fund for development their careers. Involvement the culture reducing the disgust that other people felt was required, and health promotion in disability leprosy cases and other disability cases should be done in communities.

Keywords: rehabilitation the leprosy, after try to change leper colony to be normal community, community based

บทนำ

โรคเรื้อนเป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่ทำให้เกิดความพิการ ซึ่งความพิการในผู้ป่วยโรคเรื้อนเป็นสาเหตุที่ทำให้โรคเรื้อนเป็นปัญหาสำคัญทั้งทางสาธารณสุข เศรษฐกิจและสังคม ประเทศไทยได้ใช้ยาแดปโซนในการรักษาโรคเรื้อนตั้งแต่ปี 2507 และเปลี่ยนมาเป็นยาผสมเคมีบำบัดแบบใหม่ขององค์การอนามัยโลกในปี 2532 เป็นผลสำเร็จต่อการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนและพิการน้อยลง แต่อดีตมีผู้ป่วยโรคเรื้อนที่พิการเป็นจำนวนมาก จึงมีการจัดตั้งนิคมโรคเรื้อน เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีความพิการเป็นที่น่ารังเกียจ เข้ามาอาศัยอยู่ในนิคม ซึ่งจะได้รับค่าอาหาร เบี้ยยังชีพ บ้านพัก รวมถึงการส่งเสริมอาชีพ การดูแลความพิการ แต่ในปัจจุบันเนื่องจากมียาผสมเคมีบำบัดแบบใหม่ ทำให้รักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนให้หายจากโรค จำนวนผู้พิการมีจำนวนลดน้อยลง กรมควบคุมโรคจึงมีนโยบายให้พัฒนานิคมโรคเรื้อนเป็นชุมชนปกติ โดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา ได้พัฒนานิคมโรคเรื้อนปราสาท จังหวัดสุรินทร์ ให้เป็นนิคมโรคเรื้อนสู่ชุมชนปกติ ตั้งแต่ปี 2547 มีภาคีเครือข่ายในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา

จากสถานการณ์ผู้ป่วยโรคเรื้อนของประเทศไทย ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2552 มีผู้ป่วยโรคเรื้อนในทะเบียนรักษาทั่วประเทศ จำนวน 671 คน ความชุกของโรคในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่มีความพิการระดับ 2 คือผู้ป่วยที่สามารถมองเห็นความพิการของอวัยวะใดอวัยวะหนึ่งได้ รวมจำนวน 52 ราย และเป็นผู้ป่วยเด็กที่พิการอายุต่ำกว่า 15 ปีจำนวน 9 ราย⁽¹⁾ นิคมโรคเรื้อนจังหวัดสุรินทร์มีผู้ป่วยโรคเรื้อนที่อาศัยอยู่ในนิคมจำนวน 24 คน จากสภาพความพิการทางด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ทำให้ชุมชนเกิดความรู้สึกกลัว อาจก่อให้เกิดปัญหาทางสังคม เศรษฐกิจ และการดำรงชีวิตในสังคมตามมา อันเนื่องมาจากการตีตรา ความรังเกียจจากชุมชนและความรู้สึกด้านลบที่มีต่อตนเอง⁽²⁾ ซึ่งเป็นอุปสรรคในการทำกิจกรรมของคนพิการร่วมกับชุมชนและการประกอบอาชีพที่ส่งผลให้มีฐานะยากจน บางรายหมดสิ้นหนทางจึงต้องหาเลี้ยงชีพโดยการขอทาน ดำเนินชีวิตอย่างไรซึ่งศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์⁽³⁾

ดังนั้นการให้การฟื้นฟูสภาพคนพิการของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนโดยชุมชน หลังการถ่ายโอนนิคมโรคเรื้อน จึงมีเหตุผลความจำเป็นในการศึกษาพัฒนาการของการปรับเปลี่ยนนิคมโรคเรื้อนเป็นชุมชนปกติ เพื่อเป็นรูปแบบการถ่ายโอนนิคมโรคเรื้อนโดยการสำรวจสภาพปัญหาความพิการและสภาพสังคมเศรษฐกิจ และเพื่อพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคเรื้อนภายหลังการปรับเปลี่ยนนิคมโรคเรื้อนเป็นชุมชนปกติที่จะได้นำข้อค้นพบที่ได้เป็นรูปแบบการดำเนินการถ่ายโอนนิคมโรคเรื้อนอื่นๆ สู่ชุมชนปกติต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพัฒนาการ ของการปรับเปลี่ยนนิคมโรคเรื้อนเป็นชุมชนปกติ
2. เพื่อสำรวจสภาพปัญหาความพิการ และสภาพสังคมเศรษฐกิจผู้ป่วยโรคเรื้อนในนิคมตำบลปราสาท
3. เพื่อพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคเรื้อนภายหลังการปรับเปลี่ยนนิคมโรคเรื้อนเป็นชุมชนปกติ

นิยามศัพท์

ผู้ป่วยโรคเรื้อน หมายถึง ผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อนที่ป่วยจากการติดเชื้อโรคเรื้อนและได้รับผลกระทบจาโรคเรื้อนจนพิการทาง ตา มือ เท้า อย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายส่วน และได้รับการสงเคราะห์จากกรมควบคุมโรค

นิคมโรคเรื้อน หมายถึง ชุมชนที่ผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อนมารวมตัวกันในพื้นที่ที่มีเจ้าหน้าที่รัฐสังกัดกรมควบคุมโรคเข้ามาดูแล

ชุมชนปกติ หมายถึง หมู่บ้านที่มีการบริหารจัดการของกระทรวงมหาดไทยภายใต้การกำกับขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

รูปแบบการฟื้นฟูสภาพ หมายถึง ผู้ป่วยหรือผู้ที่เคยป่วยด้วยโรคเรื้อนและได้รับการดูแล ฟื้นฟู ด้านร่างกาย เศรษฐกิจและสังคม และเพิ่มขีดความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ การเคลื่อนไหวเท้า การดูแลตนเอง การทำงานด้วยมือ และความชำนาญในการใช้มือ ให้ดีขึ้นกว่าเดิม

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) ตามแนวของ Stephen Kemmis และ McTaggart⁽⁴⁾ ประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติการ การสังเกตการณ์ และการสะท้อนกลับ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อนในนิคมโรคเรื้อนปราสาท สุรินทร์ จำนวน 24 คน ญาติผู้ป่วยโรคเรื้อน 24 คน ผู้นำชุมชน ตำบลเชื้อเพลิง อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อนในนิคมโรคเรื้อนปราสาทสุรินทร์ทั้งหมดและ ญาติผู้ป่วยโรคเรื้อน (ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน) จำนวน 24 คน ผู้นำชุมชนรอบๆนิคมโรคเรื้อนหมู่บ้านละ 2 คน รวม 31 คน และดำเนินการวิเคราะห์ บริบทนิคมโรคเรื้อนที่ได้ดำเนินการตามบันทึกข้อตกลง(MOU) ระหว่างผู้ป่วยโรคเรื้อน ประชาชนที่เกี่ยวข้อง การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของ โดยมีระยะเวลาในการวิจัย 1 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมเชิงปริมาณ ได้แก่ RDA toolkit ที่ปรับจากต้นฉบับ ทำการสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างตามแบบวัดขีดจำกัดในการทำกิจกรรม แบบวัดขีดจำกัดในการทำกิจกรรม (Salsa Scale) แบบวัดขีดจำกัดในการมีส่วนร่วมทางสังคม แบบวัดความรู้สึกถูกตีตรา(Jacoby Stigma Scale) แบบวัดเกี่ยวกับการเลือกปฏิบัติ(Questions about discrimination) แบบวัดทัศนคติและการรับรู้ของชุมชน (EMIC: Community Stigma Scale)⁽⁵⁾ และ เครื่องมือในการเก็บรวบรวมเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ แบบบันทึกการประชุมกลุ่มการทำประชาคม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงพรรณนา จากการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา อย่างเป็นระบบตามประเด็นเนื้อหาที่ศึกษาบริบทของนิคมโรคเรื้อนและชุมชนรอบๆนิคมโรคเรื้อน และแสดงข้อมูล ในรูปของการบรรยาย

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป โดยแยกข้อมูลเบื้องต้นด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาประกอบไปด้วย การศึกษาข้อมูลทั่วไป สภาพปัญหาของผู้ป่วยโรคเรื้อน และผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในนิคมปราสาทจังหวัดสุรินทร์ ขั้นตอนการพัฒนา ของการปรับเปลี่ยนนิคมโรคเรื้อนเป็นชุมชนปกติ ผลการสำรวจสภาพปัญหาความพิการ และสภาพสังคมเศรษฐกิจผู้ป่วยโรคเรื้อนในนิคมตำบลปราสาท และรูปแบบการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคเรื้อนภายหลังการปรับเปลี่ยนนิคมโรคเรื้อนเป็นชุมชนปกติผลของการพัฒนา และปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. ข้อมูลทั่วไป นิคมโรคเรื้อนปราสาท จังหวัดสุรินทร์เริ่มก่อตั้งเมื่อวันที่ 26 กันยายน 2508 ผู้ว่าราชการจังหวัดสุรินทร์ ทำหนังสือตอบรับถึงอนามัย จังหวัดสุรินทร์ ขอใช้ที่ดินสาธารณประโยชน์ป่าดงดิบ ตำบลไพร่ อำเภอปราสาท เพื่อสร้างนิคมโรคเรื้อน อ้างถึงมีการใช้ประโยชน์ที่ดินอยู่แล้วโดยเป็นที่อยู่อาศัยของผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อนที่ไม่มีที่อยู่และที่ทำกินมาตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2496 พื้นที่ 525 ไร่ ซึ่งที่ดินจังหวัดชี้แจงว่า จะต้องมีการโอนสภาพป่าสงวนก่อน การขอใช้ที่ดินอันเป็นสาธารณสมบัติของแผ่นดินจะต้องดำเนินการให้ถูกต้องตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย แต่เรื่องถูกเก็บไว้อีก 14 ปี โดยอนามัยจังหวัดสุรินทร์ไม่ได้ดำเนินการต่อซึ่งพบว่าที่ดินของนิคมโรคเรื้อนปราสาทเป็นที่สาธารณะประโยชน์ หรือเป็นที่ดินว่างเปล่าเป็นที่เลี้ยงสัตว์ของชุมชน ทางเจ้าพนักงานที่ดินจังหวัดสุรินทร์ ให้คำแนะนำว่าหากมีการถ่ายโอนนิคมโรคเรื้อนให้แก่องค์การบริหารส่วนตำบลเชื้อเพลิง ควรให้ที่ดินของนิคมโรคเรื้อนจัดสรรที่ดินทำกินแก่ผู้ยากไร้ ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการถือครองที่ดินของประชาชนในนิคม สิทธิถือครองแต่ละครอบครัวให้แบ่งชัดเจน และส่วนอื่นที่ไม่ใช่สิทธิถือครองของประชาชนในนิคม ให้เป็นผู้อุทิศขององค์การบริหารส่วนตำบลเชื้อเพลิง ดำเนินการถ่ายโอนนิคมโดยการวิเคราะห์ชุมชน การเก็บข้อมูล จัดทำแผนพัฒนาและฟื้นฟูสภาพผู้พิการจากโรคเรื้อน การจัดทำประชาคมระหว่างผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนกับหน่วยงานองค์กรที่เกี่ยวข้องในการ บูรณาการนิคมโรคเรื้อนสู่ชุมชนปกติ การจัดทำร่าง MOU ระหว่างผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนกับหน่วยงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้องจากการทำประชาคม และการจัดพิธีลงนาม MOU การติดตามประเมินผลด้วยการสัมภาษณ์และการถอดบทเรียนด้วยเทคนิคการจัดการความรู้ระหว่างกลุ่มผู้เกี่ยวข้องต่างๆ พบว่า ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนมีความไว้วางใจหน่วยงานของรัฐ และมั่นใจว่าผลจากการบูรณาการจะสามารถพัฒนานิคมโรคเรื้อนเป็นชุมชนปกติได้ด้วยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในพื้นที่ เพื่อความเสมอภาค และเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการของรัฐในการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น องค์กรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนั้นยินดีสนับสนุน เพราะเป็นบทบาทหน้าที่ในการดูแลประชาชนอยู่แล้ว เช่น เรื่องที่ดิน และการดูแลสุขภาพของคนในพื้นที่ให้เกิดความเท่าเทียมรวมทั้งการจัดสรรทรัพยากรด้านสุขภาพของระบบปกติในพื้นที่ แต่หน่วยงานของกรมควบคุมโรคที่ดูแลนิคมโรคเรื้อนเดิมจะต้องพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงและร่วมพัฒนานิคมโรคเรื้อนสู่ชุมชนปกติด้วยการยอมที่จะถอนตัวออกในบทบาทของการบริหารจัดการต้องใช้องค์กรในพื้นที่เข้ามาดำเนินการ ใช้เวลาดำเนินงาน 4 ปี เนื่องจากผู้ดำเนินการร่วมวิจัยมาจากหน่วยงานต่างๆ และมีปัญหาเรื่องการสื่อสารและการตีความใน MOU ไม่ตรงกัน โดยเฉพาะผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในระยะแรกหลังจากการลงนามใน MOU จะยังไม่ค่อยไว้วางใจว่าหน่วยงานภาครัฐจะดำเนินการได้จริงหรือไม่ เนื่องจากระบบราชการบางครั้งต้องใช้เวลาในการดำเนินการเป็นเวลานาน ทำให้ต้องมาพูดทำความเข้าใจกันใหม่ในประเด็นเดิมๆ ที่มีข้อยุติแล้ว

จากการประเมินผลพบว่า หน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเชื้อเพลิงได้เข้าไปดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อนตามบทบาทหน้าที่และจัดตั้งจิตอาสาประชาชนอาสาสมัครในชุมชน เพื่อดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการจากโรคเรื้อนในชุมชน ทำให้ผู้พิการเกิดความพึงพอใจ องค์กรบริหารส่วนตำบลให้การดูแลด้านสาธารณสุข ปลูกสร้างถนนคอนกรีตภายในชุมชนราชประชาร่วมใจ อีกทั้งสนับสนุนเบี้ยคนพิการให้กับผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนเพิ่มขึ้นอีกคนละ 500 บาท ที่สำคัญคือกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคง

ของมนุษย์ ได้มีประกาศกระทรวงฯ ยกเลิกการเป็นนิคมโรคเรื้อนปราสาทฯ นั้น หมายความว่าชุมชนราชประชา
ร่วมใจ เป็นชุมชนปกติอย่างถูกต้องทั้งพหุวัฒนธรรมและวิถีชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการฟื้นฟูสภาพโดยชุมชน
(Community Base Rehabilitation : CBR) โดยใช้เครือข่ายในชุมชนเป็นฐานอันจะนำไปสู่การลดความรังเกียจ
ระหว่างชุมชน นำไปสู่การหลอมรวมชุมชนเข้าด้วยกัน (Inclusive) เพื่อการสนับสนุนความเสมอภาค ยกย่อง
ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนอย่างยั่งยืนต่อไป

2. สภาพปัญหาผู้ป่วยโรคเรื้อนหลังการปรับเปลี่ยนนิคมโรคเรื้อนเป็นชุมชนปกติ

พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อนในนิคม จำนวน 24 ราย สามารถผ่านการคัดกรองด้วยคำถามเบื้องต้น 8 ข้อ
ส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องอาการชาที่มือและ/หรือเท้า มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 20.9 รองลงมาคือมีความลำบาก
ในการเดินขึ้นบันได และมีการอ่อนแรงที่มือ และ/หรือเท้า เช่น ถือแก้วน้ำหรือจับสิ่งของ คิดเป็นร้อยละ 15.2
และ 15.1 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของปัญหาเบื้องต้นของผู้ป่วยโรคเรื้อน

ปัญหา (คำถามคัดกรอง)	จำนวน (N =24)	ร้อยละ
1. มีความลำบากในการมองเห็น แม้สวมแว่นตา	7	8.1
2. มีความลำบากในการเดินหรือขึ้นบันได	13	15.2
3. มีความลำบากในการชำระล้างร่างกายหรือสวมใส่เสื้อผ้า	11	12.8
4. มีกิจกรรมบางอย่างที่ไม่สามารถปฏิบัติได้	9	10.5
5. มีอาการชาที่มือ และ/หรือเท้า	18	20.9
6. มีการอ่อนแรงที่มือ และ/หรือเท้า เช่น ถือแก้วน้ำหรือจับสิ่งของ	13	15.1
7. มีบาดแผลตามมือ และ/หรือเท้า	11	12.8
8. มีปัญหาเกี่ยวกับความสัมพันธ์หรือการมีส่วนร่วมในกิจกรรมอื่นๆ	4	4.7

พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อนส่วนใหญ่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม โดยมีข้อจำกัดเพียงเล็กน้อยร้อยละ 25
รองลงมาคือมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมระดับปานกลาง ร้อยละ 20.9 และพบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อนส่วนใหญ่
ไม่มีข้อจำกัดหรืออุปสรรคในการมีส่วนร่วมทางสังคม คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมา คือ มีข้อจำกัดในการมี
ส่วนร่วมทางสังคมมาก คิดเป็นร้อยละ 16.7 ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนส่วนใหญ่ไม่มีข้อจำกัดในการมีส่วนร่วม
ทางสังคมเช่นกัน คือร้อยละ 58.3 และมีข้อจำกัด ร้อยละ 41.7(ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละข้อจำกัดในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคเรื้อนและผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน

ข้อจำกัด/ อุปสรรค	ผู้ป่วยโรคเรื้อน				ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน	
	ข้อจำกัด		ข้อจำกัด/อุปสรรค		ระดับข้อจำกัด/อุปสรรค	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มี	9	37.5	12	50	14	58.3
มีเพียงเล็กน้อย	6	25	3	12.5	3	12.5
มีปานกลาง	5	20.9	2	8.3	2	8.3
มีมาก	2	8.3	4	16.7	4	16.7
มีมากที่สุด	2	8.3	3	12.5	1	4.2

พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อนเกินครึ่งมีความรู้สึกถูกตีตรา โดยผู้ป่วยโรคเรื้อนรู้สึกว่าการของตนเองจะสร้างความรู้สึกอึดอัดใจให้กับบุคคลอื่นถึงและรู้สึกว่าความพิการของตนเองจะทำให้คนอื่นปฏิบัติต่อตนเองด้อยกว่าคนอื่น ๆ จะหลีกเลี่ยงที่จะพบกับตนเป็นต้น และพบว่าผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการถูกเลือกปฏิบัติ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของความรู้สึกถูกตีตราและการถูกเลือกปฏิบัติของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน

ความรู้สึกถูกตีตรา/การถูกเลือกปฏิบัติ	ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน			
	ความรู้สึกถูกตีตรา		การถูกเลือกปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มี	10	41.7	13	54.2
มีเพียงเล็กน้อย	7	29.2	4	16.7
มีปานกลาง	4	16.6	5	20.8
มีมาก	3	12.5	2	8.3

3. ขั้นตอนการพัฒนาารูปแบบการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคเรื้อนภายหลังการปรับเปลี่ยนนิคมสู่ชุมชนปกติแบบการมีส่วนร่วม มีขั้นตอนการวางแผน การปฏิบัติการ การสังเกตการณ์ และการสะท้อนกลับ ดังนี้

1. การวางแผน ในการเตรียมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคเรื้อนแบบมีส่วนร่วม โดยวางแผนการจัดตั้งกลุ่มจิตอาสาประชาชนมาช่วย เพื่อส่งเสริมกิจกรรมฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคเรื้อนและผู้พิการในชุมชนดังนี้

1.1 การสรรหาและคัดกรอง ทีมงานผู้มีจิตอาสาในการฟื้นฟูสภาพและทำงานด้านผู้พิการ

1.2 การสำรวจข้อมูล มาจัดทำฐานข้อมูลเพื่อจัดทำรูปแบบ การพัฒนาผู้พิการโดยชุมชน

2. การปฏิบัติการ มีการดำเนินการจัดตั้งกลุ่มจิตอาสาประชาชนมาช่วย เพื่อส่งเสริมกิจกรรมฟื้นฟูสภาพผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อนและผู้พิการในชุมชนโดย

2.1 ฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพ ทีมจิตอาสาประชาชนมาช่วย โดยการให้ความรู้ความเข้าใจในผู้ป่วยโรคเรื้อนลดการตีตรา และการฟื้นฟู สภาพผู้พิการ การส่งเสริมอาชีพ การใช้เครื่องมือ ในการจำแนกประเภทของปัญหาผู้พิการจากโรคเรื้อน ว่ามีข้อจำกัดอะไรบ้าง

2.2 ทำการระดมทุนและการจัดตั้งกองทุนฟื้นฟูสภาพผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อน

2.3 ทำแผนการฟื้นฟูสภาพ มีรูปแบบคือใช้ประสบการณ์ของคนในชุมชน โดยวิเคราะห์ชุมชนดัดแปลงวัสดุที่มีอยู่ในท้องถิ่น ในการฟื้นฟูสภาพ การดูแลผู้พิการในชุมชนกับเจ้าหน้าที่สหวิชาชีพแนะนำหลักการฟื้นฟูสภาพ ทำโดยตัวเองเพื่อตัวเองการหลอมรวมผู้พิการอื่นๆ ที่อยู่ในชุมชน เข้ารับการฟื้นฟูสภาพ (Self help group) เพื่อลดความรังเกียจของคนในชุมชน

3. การสังเกตการณ์ ผลการพัฒนาารูปแบบการฟื้นฟูสภาพ มีดังนี้

3.1 มีการพัฒนาอาชีพ การใช้เงินกองทุนเดิมในนิคม ในการ ตั้งกองทุนกลุ่มอาชีพ การพัฒนาแหล่งน้ำให้เกิดความสะดวกต่อการนำมาใช้ในการเกษตรและการทำสวนผักปลอดสารพิษ

3.2 มีการส่งเสริมประเพณีวัฒนธรรม กิจกรรมวันราชประชาสมาสัย ของตำบล ในชุมชนนิคมราชประชาร่วมใจ ให้ทุกชุมชนได้มีความใกล้ชิดกันมากยิ่งขึ้นเพื่อลดความรังเกียจทางสังคม

3.3 มีการฟื้นฟูสภาพ การส่งเสริมสุขภาพประชาชนของจิตอาสาที่สถานีอนามัยตำบลเชื้อเพลิง โดยการให้ความรู้ที่ถูกต้องด้าน การดูแลสุขภาพ แบบองค์รวม มีสถานบริการสาธารณสุขในหมู่บ้าน

4. การสะท้อนกลับ เกิดการบริหารจัดการภายในชุมชน คือ การเลือกผู้นำโดยชุมชนเอง ตั้งงบประมาณมาพัฒนา สาธารณูปโภคในนิคม และโครงสร้างพื้นฐานต่างๆ ให้เพียงพอ และส่งผลต่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อนและผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อนจากการฟื้นฟูสภาพ ที่ใช้ประสบการณ์จิตอาสาในชุมชน มีการดัดแปลงวัสดุที่มีอยู่ในท้องถิ่น ในการฟื้นฟูสภาพแบบการหลอมรวมผู้พิการอื่นๆ ที่อยู่ในชุมชน การดูแลผู้พิการในชุมชน

สรุปอภิปรายผล

จากผลการศึกษาผู้ป่วยโรคเรื้อนหลังการถ่ายโอนนิคมโรคเรื้อน มีขีดจำกัดในการทำกิจกรรม โดยมีขีดจำกัดเพียงเล็กน้อยและปานกลาง ซึ่งสอดคล้องและเป็นไปตามกรอบแนวคิดเรื่องกระบวนการทำหน้าที่การทำงานของร่างกายและความพิการ(ICF)⁽⁶⁾ เนื่องจากการทำหน้าที่ของร่างกายของบุคคลเป็นปฏิกริยาร่วมกันหรือเป็นความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนระหว่างภาวะสุขภาพและปัจจัยอื่นๆ เช่น ปัจจัยสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านบุคคลที่อาจทำให้เกิดผลมากกว่าหนึ่งทาง ในที่นี้เมื่อผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนมีความพิการเกิดขึ้นนั้นหมายถึงการทำงานของร่างกายและโครงสร้างเกิดการชำรุด บกพร่อง ซึ่งย่อมที่จะเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพ⁽⁷⁾ ทำให้เกิดขีดจำกัดในความสามารถที่เกิดจากความบกพร่องหนึ่งอย่างหรือมากกว่า เช่น ขีดจำกัดในการทำกิจกรรม หรือข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมทางสังคม เป็นต้น

ผู้ป่วยโรคเรื้อนหลังการถ่ายโอนนิคมโรคเรื้อนและผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อน ไม่มีข้อจำกัด/อุปสรรคในการมีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องมาจากผู้ป่วยโรคเรื้อนเกินกว่าครึ่งยังสามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ ได้แก่ การเพาะปลูกต้นกล้วยไม้ยูคาขาย และ การเลี้ยงสัตว์ จึงทำให้ไม่มีข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมทางสังคม สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอินโดนีเซีย⁽⁸⁾ เป็นเพราะบริบทในสังคมไทยที่มีลักษณะครอบครัวขนาดใหญ่และมีวัฒนธรรมในการช่วยเหลือเกื้อกูล เลี้ยงดูซึ่งกันและกันในยามแก่เฒ่า จึงทำให้แม้บุคคลนั้นจะมีความพิการสูงอายุหรือมีความบกพร่องของร่างกาย⁽⁹⁾ แต่กลับไม่ค่อยมีปัญหาในการมีส่วนร่วมทางสังคมหรือหากมีก็เพียงเล็กน้อยจึงทำให้ค่าดังกล่าวสูง การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างขีดจำกัดในการทำกิจกรรมและข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมทางสังคมในผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน และประชาชนที่มีอายุและเพศเดียวกันนั้น พบว่ามีความสัมพันธ์กันในทางบวกซึ่งหมายความว่า เมื่อขีดจำกัดในการทำกิจกรรมเพิ่มมากขึ้นก็จะทำให้ข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมทางสังคมเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วยซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริมาศ และคณะ⁽¹⁰⁾ เกี่ยวกับความรู้สึกถูกตีตรา พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อน หลังการถ่ายโอนนิคมโรคเรื้อน ตีตราตนเอง เกินกว่าครึ่งมีความรู้สึกถูกตีตรา และครึ่งหนึ่ง รู้สึกว่าความพิการของตนเองจะสร้างความรู้สึกอึดอัดใจให้กับบุคคลอื่น ความพิการเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการรังเกียจจากบุคคลอื่นและความรู้สึกกลัวผู้อื่นรังเกียจตนเอง

ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนมีความรู้สึกตีตราเนื่องจากความพิการที่ยังปรากฏอยู่และความพิการยังลุกลามไปเรื่อยๆ ถึงแม้จะไม่มีเชื้อโรคเรื้อนแล้วก็ตาม ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่คนอื่นรังเกียจตนเอง ผู้ป่วยจากโรคเรื้อนส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการถูกเลือกปฏิบัติ เนื่องจากผู้ป่วยโรคเรื้อนมีรายได้จากการสงเคราะห์ผู้พิการและค่าอาหารจากกรมควบคุมโรค ทำให้มีโอกาสนในการได้รับการยอมรับจากชุมชนมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อนในชุมชนประชาร่วมใจ ส่วนใหญ่มีความพิการที่มือและเท้า ไม่มีข้อจำกัดหรืออุปสรรคในการทำกิจกรรมในการมีส่วนร่วมทางสังคม จึงควรมีการดูแลเพื่อป้องกันความพิการและการฟื้นฟูสภาพทางกายโดยเฉพาะในรายที่มีความพิการมาก ต้องได้รับการผ่าตัดแก้ไขความพิการเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข

2. ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนที่มีความรู้สึกถูกตีตรา และรู้สึกว่าความพิการของตนเอง สร้างความรู้สึก
อึดอัดใจให้กับบุคคลอื่น รู้สึกว่าความพิการของตนเองจะทำให้คนอื่นปฏิบัติต่อตนเองด้อยกว่า ดังนั้นควรให้สมาชิก
ในครอบครัวช่วยเหลือในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการไม่ให้เพิ่มมากขึ้นและช่วยดูแลความสะอาด
เนื่องจากผู้ป่วยโรคเรื้อนมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง

3. รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการฟื้นฟูสภาพผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อน ในการจัดตั้ง
กลุ่มจิตอาสาประชาสัมพันธ์ในการส่งเสริมกิจกรรมฟื้นฟูสภาพผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อนและผู้พิการ
ในชุมชน ที่มีทีมงานจิตอาสาในการฟื้นฟูสภาพและทำงานด้านผู้พิการยังไม่มีความรู้ด้านการวิเคราะห์ การใช้
เครื่องมือ International Classification of Functioning Disability and Health (ICF) ที่เป็นแบบแผนการจำแนก
หน้าที่ของร่างกาย ความพิการและสุขภาพในการทำฐานข้อมูล ควรมีการทำแผนการฟื้นฟูสภาพตามหลัก
Community Based Rehabilitation(CBR)⁽¹¹⁾ ที่มีการใช้ประสบการณ์ของคนในชุมชน การดัดแปลงวัสดุ
ที่มีอยู่ในท้องถิ่น ในการฟื้นฟูสภาพ และทีมสหวิชาชีพ (แพทย์, นักกายภาพ, พยาบาล, นักจิตวิทยา,
นักสังคมสงเคราะห์) เข้ามาแนะนำให้ถูกต้องตามหลักการฟื้นฟูสภาพ

4. การระดมทุนและการจัดตั้งกองทุนฟื้นฟูสภาพผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อน ควรให้ผู้นำชุมชน
ครอบครัวผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อนและผู้พิการเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมของกลุ่มจิตอาสา

5. การพัฒนาอาชีพ ที่มีการใช้เงินกองทุนเดิมในนิคม และการจัดตั้งกองทุนกลุ่มอาชีพ การพัฒนา
แหล่งน้ำให้เกิดความสะดวกต่อการนำมาใช้ในการเกษตรและการทำสวนผักปลอดสารพิษในรั้วบ้านตามแนว
พระราชดำริ ปลูกกินเองเหลือแบ่งปันเพื่อนบ้าน ควรทำประชาคมในระดับตำบลและการส่งเสริมครอบครัว
เข้าร่วมกิจกรรม หรือการเข้าไปหลอมรวมกิจกรรมที่มีอยู่แล้วในชุมชน ให้เข้ากับประเพณีวัฒนธรรม กิจกรรม
ของชุมชนทุกชุมชนได้มีความใกล้ชิดกันมากยิ่งขึ้น เพื่อลดความรังเกียจทางสังคม

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลงได้ด้วยความร่วมมืออย่างยิ่ง จากผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนสมาชิกชุมชน
ในตำบลเชื้อเพลิง อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ ทุกท่านและขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร.พันธุ์ทิพย์
รามสูต ที่ให้คำแนะนำและเป็นพี่ปรึกษานานวิจัยครั้งนี้ ตลอดจนผู้ให้การสนับสนุนงบประมาณ ดำเนินการวิจัย
จาก Netherlands Leprosy Relief (NLR) ผ่านสถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์
สาธารณสุขอำเภอปราสาท ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปราสาท ที่ให้การสนับสนุนบุคลากร และพื้นที่การทำวิจัย
ในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเชื้อเพลิง และองค์การบริหารส่วนตำบล
เชื้อเพลิง ที่เป็นองค์กรในการขับเคลื่อนงานฟื้นฟูสภาพโดยชุมชน จนเกิดเป็นจิตอาสาในการดูแลฟื้นฟูสภาพ
ผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อน และผู้พิการในชุมชนจนได้รูปแบบการศึกษานี้ตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้
ทุกประการ

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันราชประชาสมาสัย.รายงานสถานการณ์โรคเรื้อน.นนทบุรี,2552.(เอกสารถ่ายสำเนา)
2. ประชาธิป กะทา. การตีตราและรังเกียจตาดังนั้น.วารสารหมออนามัย, 2550.
3. สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ. พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต
คนพิการ พ.ศ. 2550. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. ดีสุวรรณ ชัพพลาย
เชอร์วิส, 2552.

4. องค์อาจ นัยพัฒน์. การออกแบบการวิจัยเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ และผสมผสานวิธีการ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2554. พีเพิ่มให้
5. The Salsa Collaborative Study Group. The Development of a shot questionnaire for screening of activity limitation and safety awareness (SALSA) in clients affected by leprosy or diabetes. Disabil Rehabil., 2007
6. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.บัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน ความพิการและสุขภาพ (ฉบับภาษาไทย), 2547.
7. อีระ รามสูต. ตำราโรคเรื้อน. กรุงเทพฯ: นิเวศมตา, 2535.
8. The National Leprosy Control Program. Rapid Assessment of Disability in Leprosy in Indonesia, 2008.
9. สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ.อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ. กรุงเทพมหานคร: หจก.ไอเดีย สแควร์, 2552
- 10.ศิริมาศ รอดจันทร์, โกวิท คัมภีรภาพ, จินตนา วรสายัณห์, สงกรานต์ ภู่พุก, พจนา ธัญญกิตติกุล และคณะ (2550) คุณภาพชีวิตและการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน, วารสารราชประชาสมาสัย, 5 (1): 1-14.
- 11.World Health Organization. Community – based rehabilitation : CBR Guidelines (Supplementary booklet), 2010.

**การพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนเพื่อการจัดการขยะมูลฝอย :
กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่งในอำเภอเมืองนครราชสีมาจังหวัดนครราชสีมา**

Capacity Building of Community Leaders for Waste Management:

A Case Study in a Community in Muang District, Nakhon Ratchasima Province

ประมาณ กิริรัมย์, พัทธี ศรีคุตา

Praman Kiriram and Phatcharee Srikuta

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

Faculty of Public Health, NakhonRatchasimaRajabhat University

*Corresponding author E-mail:yao_noi@hotmail.com

(Received: Mary 10,2018 ; Accepted :July 9, 2018)

บทคัดย่อ

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาศักยภาพของแกนนำชุมชน และเพื่อศึกษาผลของการพัฒนาศักยภาพของแกนนำชุมชนในการกำหนดแนวทางการจัดการขยะมูลฝอยบ้านโพนสูง หมู่ที่ 4 ตำบลหมื่นไวย อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา โดยใช้กระบวนการบริหารคุณภาพของเดมมิง (Demming Cycle, PDCA) และประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self-efficacy) และทฤษฎีความสามารถตนเอง ของ Bandura กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แกนนำชุมชนบ้านโพนสูง หมู่ที่ 4 ตำบลหมื่นไวย อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบเก็บข้อมูลบริบทชุมชน แบบสอบถาม แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบบันทึกการประชุม แบบสังเกตการมีส่วนร่วม และแบบบันทึกกิจกรรมของผู้วิจัย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และสถิติทดสอบ Paired t-test ผลการวิจัยพบว่า ภาพรวมแกนนำชุมชนมีการพัฒนาที่ดีขึ้นกว่าก่อนการเสริมสร้างศักยภาพ มีการคัดแยกขยะในระดับครัวเรือน ส่วนใหญ่ยังมีปริมาณขยะอินทรีย์ ซึ่งสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ แกนนำชุมชนบ้านโพนสูง จึงเสนอให้องค์การบริหารส่วนตำบลหมื่นไวย ทำการสนับสนุนงบประมาณ ดังนี้ 1) จัดหาอุปกรณ์สำหรับการทำปุ๋ย/นำหมักชีวภาพจากขยะอินทรีย์ให้กับครัวเรือนเพื่อเป็นการส่งเสริมให้เกิดการคัดแยกขยะอินทรีย์ และ 2) จัดซื้อไก่เพื่อแจกจ่ายให้ครัวเรือนต้นแบบสำหรับกำจัดขยะอินทรีย์ของครัวเรือน และแกนนำชุมชนบ้านโพนสูงกำหนดแนวทางการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนดังนี้ ครัวเรือนต้องมีการคัดแยกขยะมูลฝอย มีการนำขยะเปลี่ยนเป็นอาหาร โดยการสนับสนุนลูกไก่บ้านให้กำจัดขยะอินทรีย์ในแต่ละครัวเรือน และให้มีครัวเรือนต้นแบบ 20 ครัวเรือน หลังจากนั้นให้ขยายผลสู่ครัวเรือนอื่นๆ ดำเนินการเปลี่ยนขยะเป็นปุ๋ย โดยมีกลุ่มเพาะเลี้ยงไส้เดือนดินในชุมชน เพื่อกินเศษอาหารที่เหลือจากครัวเรือน กำหนดมาตรการใช้ถุงผ้าแทนการใช้ถุงพลาสติกที่ตลาดรักแผ่นดิน ถิ่นโพนสูงและลดราคาสินค้าให้กับผู้ใช้ถุงผ้ามาจำหน่ายที่ตลาด การนำขยะอินทรีย์ไปทำน้ำหมักชีวภาพโครงการถนนปลอดถังขยะ การจัดการขยะอันตรายชุมชนอย่างถูกวิธีและรณรงค์ทำความสะอาดถนนสาธารณะภายในชุมชนทุกสัปดาห์ที่ 2 ของเดือน

คำสำคัญ : การพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการกำหนดแนวทางการจัดการขยะมูลฝอย

Abstract

The purposes of this participatory action research were to develop the potential of community leaders and to study the results of potentiality development for community leaders in Community waste management guideline establishment of Phonsung Village, Meunwai Sub-District, Muang

NakhonRatchasima District, NakhonRatchasima Province. The action research concepts were Demming Cycle (PDCA) and applying self-efficacy theory of Bandura has self-efficacy and outcome expectancy. The research participants were 30 community leaders of Ban Phonsung Moo 4, Muenwai Sub-District, Muang District, Nakhon Ratchasima Province. Methods used to collect data included a community context information study, questionnaire, focus group discussion, meeting record, participatory observation and recording of daily field note by a researcher. For the analysis of data were frequent, percentage, mean, standard deviation, maximum, minimum and paired t-test. For the analysis of data, the community leaders were developing solid waste management in community and organic waste could be useful. The community leaders of Ban Phon Sung were MuenWai Subdistrict Administrative Organization to support a budget as follows; 1) to provide organic fertilizer equipment organic waste for support solid waste management in community and 2) to purchase chicken dispense to solid waste management community model. The community leaders of Ban Phon Sung were specified guideline for solid waste management as follows; solid waste management in community, waste of food by supporting chickens clean out organic waste in community and setting 20 communities model. After that, the community were extended the results to transform a waste to compost by earthworm stock farming in community for eating food scraps that remnant from the community, a handmade bag measure of RakPhan Din Thin Phon Sung market to support handmade bag by special discounting for people who use handmade bag not a plastic bag, enzyme ionic plasma from organic waste of without a garbage bin street project, hazardous waste community management, and clean public street in the community every the second week of the month.

Keyword : Capacity Building of Community Leaders Guidelines for Waste Management

บทนำ

ในปัจจุบันปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นทั่วประเทศในปี 2560 ประมาณ 27.40 ล้านตัน เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.26 จากปี 2559 ที่เกิดขึ้น 27.06 ล้านตัน เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของประชากรและการขยายตัวของชุมชนเมือง แต่อัตราการเกิดขยะมูลฝอยต่อคนลดลงจาก 1.14 กิโลกรัม/คน/วัน ในปี 2559 เป็น 1.13 กิโลกรัม/คน/วัน โดยเป็นผลมาจากความร่วมมือของหน่วยงานท้องถิ่น ประชาชน และภาคเอกชนในการลดและใช้ประโยชน์จากขยะ มูลฝอยและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริหารจัดการขยะมูลฝอยใน 2560 เปรียบเทียบกับปี 2559 ปริมาณขยะมูลฝอยที่ถูกนำไปกำจัดอย่างถูกต้องเพิ่มขึ้นร้อยละ 22 จาก 9.57 ล้านตัน เป็น 11.70 ล้านตัน มีปริมาณขยะมูลฝอยที่ถูกนำกลับมาใช้ประโยชน์เพิ่มขึ้น ร้อยละ 47 จาก 5.80 ล้านตัน เป็น 8.52 ล้านตัน ส่งผลให้ปริมาณขยะมูลฝอยที่ถูกนำไปกำจัดอย่างไม่ถูกต้องลดลง ร้อยละ 39 จาก 11.69 ล้านตัน เป็น 7.18 ล้านตัน การคัดแยกขยะมูลฝอยจากต้นทางยังไม่สามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง โดยบางแห่งยังมีการเก็บขนขยะมูลฝอยที่คัดแยกไว้แล้วรวมกับขยะที่จะต้องกำจัด ความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการให้บริการเก็บขนขยะ มูลฝอย การกำจัดขยะมูลฝอยในบางพื้นที่ยังดำเนินการไม่ถูกต้องตามหลักวิชาการ บางพื้นที่ไม่สามารถดำเนินการได้ เนื่องจากประชาชนต่อต้าน การขาดความร่วมมือและความตระหนักจากประชาชน นักท่องเที่ยว และผู้ประกอบการในการลดและคัดแยกขยะมูลฝอยตั้งแต่ต้นทาง รวมถึงยังมีการใช้สินค้าและ/หรือบรรจุภัณฑ์ที่กำจัดยากและย่อยสลายตามธรรมชาติได้ยากโดยเฉพาะถุงพลาสติกและโฟม

แผนพัฒนาจังหวัดนครราชสีมา 4 ปี ระหว่างปี พ.ศ. 2559 - 2561 ยุทธศาสตร์ที่ 5 การบริหารจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม และ Roadmap การจัดการขยะมูลฝอยและของเสียอันตรายฉบับผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการความสงบแห่งชาติ เมื่อวันที่ 26 สิงหาคม 2557 ซึ่งมุ่งเน้นการจัดทำแผนแม่บทการจัดการขยะมูลฝอยของประเทศ การคัดแยกขยะมูลฝอยตั้งแต่ต้นทาง การจัดการขยะมูลฝอยชุมชน และการสร้างวินัยคนในชาติมุ่งสู่การจัดการอย่างยั่งยืน ประกอบกับแนวทางปฏิบัติงานด้านการจัดการขยะมูลฝอยจังหวัดนครราชสีมา “จังหวัดสะอาด โคราซไร้ขยะ” ตามแนวทาง “ประชารัฐ” ระยะ 1 ปี พ.ศ. 2559-2560 ภายใต้แผนแม่บทการบริหารจัดการขยะมูลฝอยของประเทศ พ.ศ. 2559-2564 ซึ่งมุ่งเน้นหลักการดำเนินการจัดการขยะมูลฝอยภายใต้หลักการ 3Rs (Reduce Reuse Recycle) และหลักการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน “ประชารัฐ” ได้แก่ ภาครัฐ ภาคการศึกษา ภาคศาสนา และภาคประชาสังคม/ประชาชน ในการคัดแยกขยะ ณ แหล่งกำเนิดและการลดปริมาณขยะทำให้แต่ละชุมชนต้องเริ่มมีการวางแผนเพื่อการจัดการขยะมูลฝอยในอนาคต ซึ่งแนวทางที่เหมาะสมในการจัดการขยะมูลฝอยจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยอาศัยความร่วมมือจากผู้นำชุมชนและประชาชนในชุมชนที่จะช่วยขับเคลื่อนนโยบายและกิจกรรมด้านการจัดการขยะในชุมชน

บ้านโพนสูง หมู่ที่ 4 ตำบลหมื่นไวย อำเภอเมืองนครราชสีมา เป็นชุมชนหนึ่งที่ประสบปัญหาการจัดการขยะมูลฝอย เนื่องจากเป็นสถานที่ต้นแบบในการดำเนินงานด้านการเกษตร ทำให้ประชาชนและหน่วยงานทั้งภาครัฐ และเอกชนมาศึกษาดูงานด้านการเกษตร จึงก่อให้เกิดปริมาณขยะมูลฝอยที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดขยะตกค้างเกิดกลิ่นเหม็น และก่อให้เกิดทัศนียภาพที่ไม่น่ามองในชุมชน อีกทั้งยังเป็นแหล่งเพาะพันธุ์พาหะนำโรค สร้างความเดือดร้อนให้กับประชาชนในพื้นที่จึงจำเป็นต้องดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าวเพราะนับวันขยะมูลฝอยยิ่งเพิ่มมากขึ้น จากการจัดทำแผนพัฒนาตำบลสามปี (พ.ศ. 2560-2562) ประชาชนบ้านโพนสูงได้มีการเล็งเห็นความสำคัญของปัญหาขยะมูลฝอยและความจำเป็นที่จะต้องลดปริมาณขยะมูลฝอยตั้งแต่ระดับครัวเรือน แต่ผู้นำชุมชนยังขาดความเชื่อมั่นว่าตนจะสามารถจัดการและลดปริมาณขยะมูลฝอยชุมชนได้ส่วนหนึ่งเกิดจากการขาดความรู้ความเข้าใจ และเทคนิคในการจัดการขยะมูลฝอยของชุมชน⁽²⁾

สถานการณ์ด้านขยะมูลฝอยจังหวัดนครราชสีมา มีปริมาณขยะเกิดขึ้น 2,264 ตัน/วันเก็บขนขยะไปกำจัด 1,173 ตัน/วัน (ร้อยละ 51.81) มีการกำจัดถูกต้องตามหลักวิชาการ 435 ตัน/วัน (ร้อยละ 19.21) (ศูนย์กำจัดขยะของเทศบาลนครนครราชสีมา, ศูนย์กำจัดขยะเทศบาลตำบลสูงเนินและขนไปกำจัดที่บริษัทปูนซีเมนต์ TPI และมีปริมาณขยะสะสม 760,825 ตัน ได้รับการจัดการ 238,991 ตัน (ร้อยละ 31.41) ผลจากการที่ไม่สามารถกำจัดขยะมูลฝอยได้หมด ทำให้เกิดการเทกองขยะมูลฝอยบนพื้นการกองบนพื้นแล้วเผา จึงก่อให้เกิดก๊าซเรือนกระจกอันเป็นสาเหตุทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสภาวะภูมิอากาศหรือภาวะโลกร้อน⁽¹⁾

องค์การบริหารส่วนตำบลหมื่นไวย ได้ดำเนินโครงการจัดตั้งธนาคารขยะเมื่อปี 2557 แต่การดำเนินกิจกรรมยังไม่มีอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนจึงต้องมีการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนให้ได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว และหากแกนนำและชุมชนมีความรู้ในการจัดการขยะมูลฝอยได้ถูกต้องโดยประยุกต์ใช้กระบวนการบริหารคุณภาพของเดมมิง(Demming Cycle, PDCA) และประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถตนเอง (Self Efficacy)⁽³⁾ มาใช้ในการพัฒนาแกนนำชุมชนในพื้นที่ เพื่อลดปริมาณทำให้ปัญหามูลฝอยได้รับการแก้ไขอย่างถูกวิธีและมีการแนวทางในการพัฒนาจัดการขยะมูลฝอยอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อพัฒนาศักยภาพของแกนนำชุมชนในการกำหนดแนวทางการจัดการขยะมูลฝอย
2. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาศักยภาพของแกนนำชุมชนในการกำหนดแนวทาง การจัดการขยะมูลฝอย

วิธีดำเนินการศึกษา

1. รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยการนำกรอบแนวคิด Demming Cycle : PDCA⁽⁴⁾ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นตอนการวางแผน (Plan) 2) ขั้นตอนการลงมือปฏิบัติ (Do) 3) ขั้นตอนการตรวจสอบผลการปฏิบัติ (Check) และ 4) ขั้นตอนการปรับปรุงตามผลการตรวจสอบ (Act) และทฤษฎีความสามารถของตนเองของ Bandura (1989)⁸ ประกอบด้วย 1) การรับรู้ความสามารถของตนเอง 2) ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติมาประยุกต์ใช้ดำเนินการวิจัยโดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วย

ระยะที่ 1 บริบทชุมชน โดยการศึกษาข้อมูลทุติยภูมิจากเอกสารแฟ้มข้อมูลจากองค์การบริหารส่วนตำบลหมื่นไวย ประกอบด้วย สภาพทางภูมิศาสตร์และสิ่งแวดล้อม สภาพประชากร เศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม และสภาวะสุขภาพของประชากรโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทุติยภูมิ รวบรวมข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบันที่เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน โดยการสนทนากลุ่มแกนนำชุมชน จำนวน 30 คน เพื่อเก็บข้อมูลปัญหาอุปสรรคในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน

ระยะที่ 2 กระบวนการพัฒนาศักยภาพประกอบด้วย

1. ขั้นตอนการวางแผน (Plan) รวบรวมข้อมูลการกำหนดวิสัยทัศน์ในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน การกำหนดแผนปฏิบัติการจัดการขยะมูลฝอย ดำเนินการสนทนากลุ่ม รวบรวมข้อมูลการมีส่วนร่วมในการวางแผน โดยการสังเกตอย่างมีส่วนร่วมในการวางแผน รวบรวมข้อมูลจากการปฏิบัติการวิจัยในพื้นที่จากการรับรู้ของผู้วิจัย รวบรวมข้อมูลความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ และการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน เรื่องการจัดการมูลฝอยก่อนเริ่มปฏิบัติการกิจกรรมตามโครงการโดยใช้แบบสอบถามความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ และการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน (Pre – Test)

2. ขั้นตอนการลงมือปฏิบัติ (Do) รวบรวมข้อมูลการลงมือปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน ได้แก่ รวบรวมข้อมูลการมีส่วนร่วมในการเข้าร่วมโครงการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชน โดยแบบสังเกตการมีส่วนร่วม โดยผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูลรวบรวมข้อมูลจากการปฏิบัติการวิจัยในพื้นที่จากการรับรู้ของผู้วิจัย โดยใช้แบบบันทึกประจำวันของผู้วิจัย (Daily Field Note)

3. ขั้นตอนการตรวจสอบผลการปฏิบัติ (Check) รวบรวมข้อมูลจากการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน การปรับแผนการดำเนินงานรวบรวมข้อมูลแนวทางการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนของแกนนำชุมชนในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน

4. ขั้นตอนการปรับปรุงตามผลการตรวจสอบ (Act) รวบรวมข้อมูลผลจากการปรับปรุงแนวทางในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนโดยการสนทนากลุ่ม

ระยะที่ 3 ผลลัพธ์ของกระบวนการพัฒนาศักยภาพ โดยการรวบรวมผลการประเมินความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ และการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนโดยใช้แบบสอบถามภายหลังพัฒนาศักยภาพแกนนำ (Post – Test) รวบรวมข้อมูลแนวทางจัดการขยะมูลฝอยชุมชนเพื่อเป็นกติกา/แนวทางในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ คือ แกนนำชุมชนบ้านโนนสูง ตำบลหมื่นไวย อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 30 คน โดยใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 30 คน และกลุ่มเป้าหมายคือชุมชนในพื้นที่บ้านโนนสูงโดยสมัครใจเข้าร่วมโครงการระยะเวลาในการวิจัย ระหว่างเดือนเมษายน-ธันวาคม 2560

3. เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบเก็บข้อมูลบริบทชุมชน 2) แนวทางการสนทนากลุ่ม 3) แบบบันทึกการประชุม 4) แบบสังเกตการมีส่วนร่วม 5) แบบบันทึกกิจกรรมของผู้วิจัย 6) แบบสอบถามใช้ในการวัดความรู้แบ่งเป็น 5 ส่วนข้อมูลด้านคุณลักษณะของประชากร ด้านความรู้ในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน การรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน ความคาดหวังต่อผลลัพธ์จากการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนและการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน ลักษณะของคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 3 ระดับคือ ทุกครั้ง บางครั้ง และไม่ปฏิบัติ โดยมีการแปลผลดังนี้ คือ ระดับสูง หมายถึงได้คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 2.40-3.00 คะแนน ระดับปานกลาง หมายถึง ได้คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1.80-2.39 คะแนน และ ระดับต่ำหมายถึงได้คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1.00-1.79 คะแนน

4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การวิจัยครั้งนี้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ (Content Validity) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างเนื้อหากับวัตถุประสงค์ ความถูกต้องเหมาะสมของภาษาและความถูกต้องของการวัด โดยแบบสอบถามได้นำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาและวัตถุประสงค์ (Index of item-Objective Congruence หรือ IOC) แล้วคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5-1.0 คือ ข้อคำถามที่มีคุณภาพนำไปใช้ได้ และหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำเครื่องมือด้านความรู้ไปทดลองใช้ (Try out) กับประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ที่บ้านคลองบริบูรณ์ หมู่ที่ 5 ตำบลหมื่นไวย อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 30 คน โดยการวิเคราะห์ข้อมูลด้านความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนของแกนนำชุมชนฯ วิเคราะห์ค่าความเที่ยงด้วยวิธีการของ Kuder Richardson โดยใช้สูตร KR-20 เท่ากับ 0.78 และด้านการรับรู้ความสามารถตนเอง ด้านความคาดหวังต่อผลลัพธ์ ด้านการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.78, 0.80 และ 0.82 แล้วนำข้อมูลที่ได้นำมาปรับปรุงแก้ไข

5. การพิทักษ์สิทธิ์

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีการลงชื่อในใบยินยอมการเข้าร่วมโครงการ มีการชี้แจงก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล มีการแนะนำตนเองของผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัย อธิบายถึงวัตถุประสงค์ วิธีการศึกษาวิจัย ประโยชน์จากการวิจัย ระยะเวลาที่ศึกษา เปิดโอกาสให้มีการซักถามข้อมูล ผู้เข้าร่วมโครงการสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการและสามารถบอกยกเลิกการเข้าร่วมโครงการเมื่อใดก็ได้ในการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ ข้อมูลเฉพาะจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวมของการวิจัย ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอคำรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา และได้อนุมัติจริยธรรมการวิจัยเมื่อวันที่ 25 เมษายน 2560 เลขที่ใบรับรอง HE-006-2560

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

6.1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลกับนักวิจัยร่วมด้วยวิธีสามเส้า (Triangulation) กับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง แล้วนำมาประมวลผลข้อค้นพบจนได้ความคิดเห็นสรุปตรงกัน แล้วนำมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และนำมาบรรยายเชิงพรรณนา (Descriptive)

6.2 ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลโดย

6.2.1 สถิติพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

6.2.2 สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการเสริมสร้างศักยภาพแกนนำในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน ด้านความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ และการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน โดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 บริบทชุมชนหมู่บ้านโพนสูง มีจำนวนครัวเรือน 283 หลังคาเรือน ประชากรรวมทั้งสิ้นจำนวน 846 คน แยกเป็น ชาย 411คน หญิง 435 คนรายได้เฉลี่ย 111,567 บาท/คน ลักษณะพื้นที่โดยทั่วไปในหมู่บ้านเป็นพื้นที่ราบลุ่ม พื้นที่โดยรวมเป็นทุ่งนามีคลองน้ำบริบูรณ์และคลองชลประทานไหลผ่าน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมโดยแบ่งเป็นด้านการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนประชาชนจะรวบรวมขยะภายในครัวเรือนนำมาทิ้งที่ถังรองรับขยะมูลฝอยที่องค์การบริหารส่วนตำบลหมื่นไวยจัดไว้ให้และรถจัดเก็บขยะมูลฝอยขององค์การบริหารส่วนตำบลหมื่นไวย⁽⁴⁾ จะเข้าบริการจัดเก็บขยะมูลฝอยบ้านโพนสูงทุกวันจันทร์ของสัปดาห์ และด้านการจัดการน้ำเสียจากชุมชน ยังไม่มีการจัดการน้ำเสียแต่อย่างใดมีเพียงวางระบายน้ำสาธารณะเป็นบางจุดเท่านั้นคุณลักษณะทางประชากรของแกนนำชุมชนในการจัดการขยะมูลฝอยบ้านโพนสูง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.67) มีอายุระหว่าง 33 – 78 ปี อายุเฉลี่ย 53.63 ปี ส่วนใหญ่มีอายุ 55 ปี (ร้อยละ 13.3) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 43.33) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 26.67) รายได้เฉลี่ย 12,866 บาท มีระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชนระหว่าง 10 – 71 ปี ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชนเฉลี่ย 46.50 ปี ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่อาศัยในชุมชน 55 ปี (ร้อยละ 13.33) ระยะเวลาส่วนใหญ่ที่ดำรงตำแหน่งแกนนำชุมชน 10 ปี (ร้อยละ 16.67) ระยะเวลาเฉลี่ยที่ดำรงตำแหน่งแกนนำชุมชน 11.35 ปีการวินิจฉัยปัญหาการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนจากการสนทนากลุ่มพบว่าแกนนำชุมชนคิดว่าปัญหาอุปสรรคในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนเกิดจากการที่ประชาชนขาดจิตสำนึกในการทิ้งขยะไม่ถูกที่และไม่มีความเข้าใจในการคัดแยกขยะก่อนทิ้ง ครัวเรือนส่วนใหญ่ยังไม่มีการคัดแยกขยะ อีกทั้งควรมีการ สร้างจิตสำนึกในชุมชนให้มีการคัดแยกขยะ โดยเริ่มต้นที่ครัวเรือนของตนเองก่อนขยายผลสู่ระดับชุมชน

ระยะที่ 2 กระบวนการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนบ้านโพนสูงในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนโดยการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ร่วมกับกระบวนการ PDCA และประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเอง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นตอนการวางแผน (Plan) ผู้วิจัยดำเนินการสนทนากลุ่มแกนนำชุมชนในการจัดการขยะมูลฝอยโดยใช้กระบวนการ AIC โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1) ขั้นตอนการสร้างความรู้ (Appreciation : A) เพื่อกำหนดวิสัยทัศน์ในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนเป็นการเรียนรู้ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ขั้นตอนนี้จะเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมทุกคน แสดงความคิดเห็น รับฟังและหาข้อสรุปร่วมกันอย่างสร้างสรรค์เป็นประชาธิปไตยยอมรับในความคิดของเพื่อนสมาชิก 2) ขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา (Inuence : I) เพื่อกำหนดกิจกรรม/โครงการในการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนเป็นขั้นตอนการหาวิธีการและเสนอทางเลือกในการพัฒนา ตามที่ได้สร้างภาพพึงประสงค์ หรือที่ได้ช่วยกันกำหนด วิสัยทัศน์ (A2) เป็นขั้นตอนที่จะต้องช่วยกันหามาตรการ วิธีการ และค้นหาเหตุผลเพื่อกำหนดทางเลือกในการพัฒนา กำหนด

เป้าหมาย กำหนดกิจกรรม และจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม 3) ขั้นตอนการสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control : C) เพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนเป็นการสร้างยอมรับและทำงานร่วมกัน โดยนำเอาโครงการหรือกิจกรรมต่าง ๆ มาสู่การปฏิบัติ และจัดกลุ่มผู้ดำเนินการ ซึ่งจะรับผิดชอบโครงการ

2. ขั้นตอนลงมือปฏิบัติ (Do) โดยการจัดกิจกรรมเสริมสร้างความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน ดังนี้ 1) โครงการการบริหารจัดการขยะมูลฝอยชุมชนเพื่อป้องกันโรคระบาด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่ออบรมให้ความรู้กับประชาชนในการคัดแยกขยะ และเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการขยะโดยชุมชน 2) โครงการการจัดตั้งธนาคารขยะ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างจิตสำนึกให้กับประชาชนในการคัดแยกขยะ เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการขยะโดยชุมชน และเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่ครัวเรือนและชุมชนในการบริหารจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม โดยมีการนำแกนนำชุมชน บ้านโนนสูง และคณะทำงานด้านบริหารจัดการขยะมูลฝอยชุมชน “จังหวัดสะอาด” เข้ารับการอบรมให้ความรู้ในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน และศึกษาดูงานชุมชนต้นแบบการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน ณ ชุมชนบ้านหนองโจด ตำบลโนนแดง อำเภอโนนแดง จังหวัดนครราชสีมา 3) กิจกรรมการติดตั้งจุดรวบรวมขยะอันตรายชุมชน โดยมีการดำเนินการติดตั้งจุดรวบรวมขยะอันตรายชุมชนบ้านโนนสูง จำนวน 1 จุด ณ บริเวณที่ทำการผู้ใหญ่บ้านโนนสูง 4) การคัดแยกขยะในระดับครัวเรือนโดยมีการณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทุกครัวเรือนได้มีการคัดแยกขยะก่อนทิ้งโดย ผู้ใหญ่บ้านโนนสูงได้มีการประชาสัมพันธ์โดยประกาศทางเสียงตามสาย และ 5) แกนนำชุมชนบ้านโนนสูงจำนวน 30 คน ประชุมกำหนดกิจกรรมเพื่อจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนและให้ชุมชนนำไปปฏิบัติ

3. ขั้นตอนการตรวจสอบผลการปฏิบัติ (Check) ผู้วิจัยทำการสนทนากลุ่มแกนนำชุมชน จำนวน 30 คน เพื่อสะท้อนปัญหา อุปสรรคในการจัดกิจกรรม/โครงการด้านการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน และสะท้อนปัญหาของแนวทางในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนร่วมกัน ปัญหาอุปสรรค พบว่ายังมีปริมาณขยะอินทรีย์ในพื้นที่อีกมากที่จะสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ อีกทั้งทางอบต.หมื่นไวย ซึ่งมีหน้าที่ในการจัดเก็บขยะมูลฝอยยังมีการจัดเก็บขยะแบบรวมทุกประเภท ไม่มีรถแยกจัดเก็บขยะอินทรีย์ ทำให้ประชาชนส่วนใหญ่ยังทิ้งขยะอินทรีย์ปะปนในถังขยะทั่วไป แกนนำชุมชนบ้านโนนสูงจึงเสนอให้องค์การบริหารส่วนตำบลหมื่นไวยทำการสนับสนุนงบประมาณ ปัญหาของแนวทางในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน พบว่าบางกิจกรรมต้องได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐ เช่น การสนับสนุนงบประมาณในการจัดซื้อไม้เพื่อแจกจ่ายให้ครัวเรือนต้นแบบ และวัสดุอุปกรณ์ทำปุ๋ยจากขยะอินทรีย์

4. ขั้นตอนการปรับปรุงตามผลการตรวจสอบ (Act) ภายหลังจากที่แกนนำชุมชนบ้านโนนสูง หมู่ที่ 4 ตำบลหมื่นไวย อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา ได้สะท้อนปัญหาและเสนอแนะการปรับปรุงการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนแล้วแกนนำชุมชนได้เพิ่มกิจกรรมในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน โดยให้องค์การบริหารส่วนตำบลหมื่นไวย ดำเนินการจัดหาอุปกรณ์สำหรับการทำปุ๋ย/นำหมักชีวภาพจากขยะอินทรีย์ให้กับครัวเรือนเพื่อเป็นการส่งเสริมให้เกิดการคัดแยกขยะอินทรีย์ จัดซื้อไม้เพื่อแจกจ่ายให้ครัวเรือนต้นแบบสำหรับกำจัดขยะอินทรีย์ของครัวเรือน แล้วจึงขยายผลไปยังครัวเรือนอื่น โดยให้ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบงานจัดการขยะมูลฝอยตำบลหมื่นไวย ได้บรรจุแผนงานโครงการที่จะแก้ไขปัญหามูลฝอยชุมชนไว้ในแผนพัฒนาท้องถิ่น แกนนำชุมชนบ้านโนนสูง จะดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนเพื่อดำเนินการกิจกรรม/โครงการที่สามารถดำเนินการได้โดยไม่ใช้งบประมาณ เพื่อแก้ไขปัญหามูลฝอยชุมชนบ้านโนนสูง

ระยะที่ 3 ผลลัพธ์ของกระบวนการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนบ้านโนนสูงในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนดังนี้

รายการ	แปดผล	ร้อยละ
1. ด้านความรู้	หลังการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนมีความรู้เรื่องการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง	100.00
2. ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน	การพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนมีระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง	66.67
3. ด้านความคาดหวังต่อผลลัพธ์ในเรื่องการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน	การพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนมีระดับความคาดหวังต่อผลลัพธ์ในเรื่องการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง	86.67
4. ด้านการมีส่วนร่วม	การพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง	83.33

การกำหนดแนวทางในการจัดการมูลฝอยชุมชน โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ครั้วเรือนต้องมีการคัดแยกขยะมูลฝอย โดยแบ่งออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ 1. ขยะรีไซเคิล ได้แก่ ขวดพลาสติก ขวดแก้ว กระป๋องอะลูมิเนียม 2. ขยะอินทรีย์ ได้แก่ เศษอาหาร ผัก ผลไม้ 3. ขยะทั่วไป ได้แก่ โฟม ถุงพลาสติก 4. ขยะอันตราย ได้แก่ ถ่านไฟฉาย แบตเตอรี่ หลอดไฟ
2. ขยะเปลี่ยนเป็นอาหาร โดยการสนับสนุนลูกไก่บ้านเพื่อให้ได้กำจัดขยะอินทรีย์ในแต่ละครัวเรือนจำนวน 3 ตัว/ครัวเรือน และให้มีครัวเรือนต้นแบบ 20 ครัวเรือน หลังจากนั้นให้ขยายผลสู่ครัวเรือนอื่นๆ ต่อไป
3. ขยะเปลี่ยนเป็นปุ๋ย โดยให้มีกลุ่มเพาะเลี้ยงไส้เดือนดินในชุมชน เพื่อกินเศษอาหารที่เหลือจากครัวเรือน
4. มาตรการใช้ถุงผ้าที่ตลาดรักแผ่นดิน ถิ่นโนนสูง โดยส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนหันมาใช้ถุงผ้าแทนการใช้ถุงพลาสติก โดยจะมีส่วนลดราคาสินพิเศษให้กับผู้ที่ใช้ถุงผ้ามาจับจ่ายที่ตลาด
5. การนำขยะอินทรีย์ไปทำน้ำหมักชีวภาพโดยจะได้รับการสนับสนุนส่งเสริมการทำกิจกรรมจากองค์การบริหารส่วนตำบลหมื่นไวย
6. การจัดทำโครงการถนนปลอดถังขยะ เพื่อสร้างทัศนียภาพที่สวยงามและน่ามองให้กับถนนสาธารณะในชุมชน
7. การจัดการขยะอันตรายชุมชน โดยให้รวบรวมขยะอันตรายในชุมชนมาทิ้งที่จุดรวบรวมขยะอันตรายชุมชน ณ ที่ทำการผู้ใหญ่บ้านโนนสูง โดยองค์การบริหารส่วนตำบลหมื่นไวย จะได้ดำเนินการเก็บรวบรวมเพื่อนำส่งกำจัดอย่างถูกต้องต่อไป
8. การรณรงค์ทำความสะอาดถนนสาธารณะภายในชุมชนทุกสัปดาห์ที่ 2 ของเดือน เพื่อความเป็นระเบียบเรียบร้อยและทัศนียภาพที่สวยงาม

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการศึกษาในประเด็นสาเหตุของปัญหาทำให้ทราบถึงปัญหาที่แท้จริงของการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน เพื่อนำไปสู่การจัดการกิจกรรมการเสริมสร้างศักยภาพศักยภาพแกนนำชุมชนให้สามารถแก้ไขปัญหาได้ถูกต้อง ตามสภาพปัญหาที่แท้จริง⁽⁵⁾ การมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนเป็นการจัดการแบบยั่งยืนเพราะมีความสัมพันธ์กันระหว่างสังคมเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมสำหรับการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชนจะต้องเกิดจากความสมัครใจ เริ่มตั้งแต่ขั้นตอนคิดริเริ่มค้นหาปัญหาและหาสาเหตุของปัญหาของชุมชนวางแผนดำเนินกิจกรรมลงทุนและปฏิบัติงานและติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน การอบรมให้ความรู้การจัดการขยะมูลฝอยชุมชน รวมทั้งการศึกษาดูงานชุมชนต้นแบบ ทำให้แกนนำชุมชนเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองเมื่อเปรียบเทียบกับจัดการขยะมูลฝอยของชุมชนต้นแบบทำให้มีความมั่นใจในตนเองในองค์ความรู้และมีความคาดหวังต่อผลลัพธ์ในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน ที่ถูกต้องและเหมาะสม⁽⁶⁾ เชื่อมั่นว่าจะสามารถนำองค์ความรู้ไปปฏิบัติได้จริง ดังนั้นในการเสริมสร้างศักยภาพแกนนำชุมชนฯ ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเน้นกระบวนการที่ได้มาซึ่งปัญหาจากการรวบรวมวินิจฉัยปัญหาของชุมชน แล้วนำมาวิเคราะห์ประเมินสภาพปัญหา หาสาเหตุของปัญหา จัดลำดับความสำคัญของปัญหา วางแผนแก้ไขปัญหา และจัดกิจกรรมแก้ไขปัญหตามแผนงานที่วางไว้ร่วมกัน ซึ่งองค์ประกอบที่สำคัญที่จะนำไปสู่การจัดการขยะมูลฝอยชุมชนของแกนนำชุมชนฯ ให้ประสบผลสำเร็จได้ ประกอบด้วย 1) มีความตั้งใจที่จะปฏิบัติ 2) มีความรู้ 3) มีทัศนคติที่ดี 4) มีความเชื่อมั่นในตนเอง 5) มีการตั้งเป้าหมายให้ตนเอง 6) มีการจัดการขยะที่ถูกต้อง เหมาะสม และต่อเนื่อง และ 7) การมีส่วนร่วมจากทุกครัวเรือนในชุมชนและการกำหนดแนวทางในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน บางกิจกรรมต้องได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐ เช่น การสนับสนุนงบประมาณในการจัดซื้อไก่เพื่อแจกจ่ายให้ครัวเรือนต้นแบบ หรือ และบางกิจกรรมสามารถดำเนินการได้โดยการมีส่วนร่วมจากชุมชน เช่นการณรงค์ทำความสะอาดถนนสาธารณะที่กล่าวว่า ในการดำเนินการจัดการขยะมูลฝอยนั้นมีความเห็นร่วมกันว่าควรร่วมมือกันทั้งภาครัฐและภาคเอกชนและควรให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

องค์การบริหารส่วนตำบลหมื่นไวย ควรนำกระบวนการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนฯ ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนให้ครบทุกหมู่บ้าน เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนอย่างยั่งยืน

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาติดตามประเมินผลเพื่อประเมินความยั่งยืนของการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนฯ ในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุลและบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ตลอดจนแกนนำชุมชนบ้านโพนสูง ที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีตลอดระยะเวลาของการดำเนินการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. องค์การบริหารส่วนตำบลหมื่นไวย. เอกสารประกอบการประชุมการจัดทำแผนสามปี 2560 – 2562. องค์การบริหารส่วนตำบลหมื่นไวย. นครราชสีมา, 2560.
2. กรมควบคุมมลพิษ. ปัญหาสิ่งแวดล้อมจากขยะมูลฝอย [ออนไลน์]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 2559/12/20] เข้าถึงได้จาก http://www.pcd.go.th/info_serv/waste_rubbish.htm#top.
3. ปราณี ช่วยชัย. PDCA วงจรคุณภาพ[ออนไลน์]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 2559/10/23] เข้าถึงได้จาก [http : www.gotoknow.Org/posts/447820](http://www.gotoknow.org/posts/447820).
4. อัจฉรา อัครจุฑกุลชัย. การบริหารจัดการขยะและเทคโนโลยีที่เหมาะสมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ;กรณีศึกษาอบต.ไร่ส้มจ.เพชรบุรี. การบริหารจัดการขยะและเทคโนโลยีที่เหมาะสมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน; 2553.
5. ธงชัยทองทวี. ปัญหาสิ่งแวดล้อมจากขยะมูลฝอย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ :โรงพิมพ์วิฑูรย์การปก; 2558.

ท้ายเล่ม

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ยินดีรับบทความวิชาการหรือรายงานผลวิจัยเกี่ยวกับโรคติดต่อ โรคติดเชื้อ หรือโรคไม่ติดต่อ ตลอดจนผลงานควบคุมโรคต่างๆ โดยเน้นเรื่องที่จะส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์หรือกำลังตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นมาก่อน ทุกผลงานวิชาการที่ลงตีพิมพ์เผยแพร่จะต้องผ่านการพิจารณาลั่นกรองจากผู้เชี่ยวชาญทางด้านเนื้อหาและรูปแบบการวิจัย จำนวน 2 ท่าน ที่จะช่วยพัฒนาต้นฉบับให้มีคุณภาพมากขึ้น ทั้งนี้ทางกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานแก้ไขเรื่องต้นฉบับและพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องเพื่อลงพิมพ์

1. บทความที่ส่งลงพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ ควรเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับดังนี้ บทคัดย่อ บทนำ วัสดุ และวิธีการ ผลวิจารณ์ ผลสรุป กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 12 หน้าพิมพ์

รายงานผลปฏิบัติงาน ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ วิธีการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน วิจารณ์ผลสรุป กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง

บทความพินิจวิชา ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสิ่งตรวจพบใหม่ หรือเรื่องที่น่าสนใจที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่างๆ ประกอบด้วย บทความย่อ บทนำ ความรู้ หรือข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องที่น่าสนใจเขียน วิจารณ์ หรือวิเคราะห์ ความรู้หรือข้อมูลที่นำมาเขียน สรุป เอกสารอ้างอิงที่ค่อนข้างทันสมัย

ย่อเอกสาร อาจย่อจากบทความภาษาต่างประเทศหรือภาษาไทยที่ตีพิมพ์ไม่เกิน 2 ปี

2. การเตรียมบทความเพื่อลงพิมพ์

ชื่อเรื่อง ควรสั้นกระชับรัด ใจได้ใจความที่ครอบคลุมและตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้เขียน ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาต่างประเทศ (ไม่ใช่คำย่อ) คำสำคัญ พร้อมทั้งอธิบายต่อท้ายชื่อและสถานที่ทำงาน

บทคัดย่อ คือ การย่อเนื้อหาสำคัญ ไม่อธิบายยาว ไม่วิจารณ์ละเอียด เอาแต่เนื้อหาที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์ และเป็นร้อยแก้วไม่แบ่งเป็นข้อๆ ความยาวไม่เกิน 150 คำ ในการเขียนบทคัดย่อมีส่วนประกอบดังนี้ วัตถุประสงค์ ขอบเขต การวิจัย วิธีรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล และวิจารณ์ผลหรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงเอกสารอยู่ในบทคัดย่อ ต้องเขียนทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ

บทนำ อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำวิจัยศึกษาค้นคว้าของผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมุติฐาน ขอบเขตของการวิจัย

วิธีและวิธีการวิจัย อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างและการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล หรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์

ผล/ผลการดำเนินงาน อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัยโดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์แล้วพยายามสรุปเปรียบเทียบกับสมมุติฐานที่วางไว้

วิจารณ์ผล ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัย ว่าเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือผลการวิจัยหรือผลการดำเนินงานของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

บทสรุป (ถ้ามี) ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัย วิธีการวิจัยอย่างสั้น ๆ รวมทั้งผลการวิจัย (สรุปให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะที่อาจนำผลงานการวิจัยไปใช้เป็นประโยชน์หรือให้ข้อเสนอแนะ ประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

เอกสารอ้างอิง ใช้การอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ โดยใส่ตัวเลขในวงเล็บยกไว้หลังข้อความ หรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม

3. รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง

3.1 การอ้างวารสาร

ก. ภาษาอังกฤษ ประกอบด้วย

ชื่อผู้แต่ง (สกุล อักษรย่อของชื่อ). ชื่อเรื่อง, ชื่อวารสาร ปี ค.ศ. ; ปีที่พิมพ์ (Volume) : หน้า

ในกรณีที่ผู้แต่งไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่งทุกคนคั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) แต่ถ้าเกินให้ใส่ชื่อ 3 คนแรก แล้วเติม et al.

ตัวอย่าง

Fisschl MA, Dickinson Gm, Scott GB. Evaluation of heterosexual partners, children household contacts of adult with AIDS. JAMA 1987 ; 2557 640 – 644.

ข. ภาษาไทย ใช้เช่นเดียวกับภาษาอังกฤษ แต่ชื่อผู้แต่งให้เขียนชื่อเต็มตามด้วยนามสกุลและใช้ชื่อวารสารเป็นตัวเต็ม

ตัวอย่าง

ธีระ งามสุต, นิวัต มนตรีสุวัต, สุรศักดิ์ สัมปัตตะวนิช, และคณะ. อุบัติการณ์โรคเอดส์ระยะแรก โดยการศึกษาจุลพยาธิวิทยา คลินิกจากกวางของผิวหนังผู้ป่วยโรคเอดส์ที่สงสัยเป็นโรคเอดส์ 589 ราย. วารสารโรคติดต่อ 2527 ; 10 : 101 – 102.

3.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

ก. การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

ชื่อผู้แต่ง (สกุล อักษรย่อของชื่อ). ชื่อหนังสือ, ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์, ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

Joman K. Tuberculosis case – finding and chemotherapy, Geneva : World Health Organization, 1979.

ข. การอ้างบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน : ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์ ; ปีที่พิมพ์ : หน้า.

ตัวอย่าง

ศรีชัย หล่ออารีย์สุวรรณ. การติดยาของเชื้อมาลาเรีย. ใน : ศรีชัย หล่ออารีย์สุวรรณ, ดนัย บุณนาค, คุณหญิงตระหนักจิต หารินสุต, บรรณาธิการ. ตำราอายุรศาสตร์เขตร้อน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : รวมทรงคน; 2553 : 115 – 120.

3.3 การอ้างอิงวิทยานิพนธ์

ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์:มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้รับปริญญา.

ตัวอย่าง

อังคาร ศรีชัยรัตนกุล. การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้เป็นโรคซึมเศร้าชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.

3.4 การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ [ประเภทของเรื่อง/วัสดุ]. ปีพิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ ปี เดือน วันที่]. เข้าถึงได้จาก/ <http://...>

4. การส่งต้นฉบับ

4.1 ให้พิมพ์ตีหน้าเดียวลงบนกระดาษสัน ขนาด A4 (21 x 29.7 ซม.) ใช้ Font Angsana new ขนาดตัวอักษร 16 จำนวน 12 แผ่น

4.2 การเขียนต้นฉบับควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด ยกเว้นคำภาษาไทยที่แปลไม่ได้หรือแปลแล้วทำให้ใจความไม่ชัดเจน

4.3 ภาพประกอบ ถ้าเป็นภาพลายเส้นต้องเขียนด้วยหมึกบนกระดาษหนาแน่น ถ้าเป็นภาพถ่ายควรเป็นภาพสไลด์หรืออาจใช้ภาพโปสเตอร์แทนก็ได้ การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหากอย่าเขียนลงในรูป

4.4 การส่งเรื่องตีพิมพ์ให้ส่งต้นฉบับ เป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ มาที่ E-mail : Journaldpc9@gmail.com

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ

5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาลงพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบแต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

5.3 เรื่องที่ได้รับพิจารณาลงพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ผู้เขียนทราบ

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ถือว่าเป็นผลงานวิชาการหรือวิจัย และวิเคราะห์ ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ไม่ใช่ความเห็นของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 หรือกองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้เขียนจำต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน