

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

วัตถุประสงค์

เพื่อเผยแพร่บทความวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่สนับสนุนการดำเนินงานในเขตสุขภาพที่ 9 และเพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างนักวิชาการและบุคลากรทางด้านสาธารณสุข

สำนักงาน

กลุ่มพัฒนานวัตกรรมและวิจัย
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 สัตยชาติวิรุฬห์

บรรณาธิการ

พญ.สุลิตา จิระพงษ์

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นางญาดา โตอุตชนม์

ฝ่ายจัดการ

1. นางสมร นุ่มพ่อง
2. นางสาวกรรณิกา บัวทะเล
3. นางปาริชาติ จิตกลาง

กองบรรณาธิการนอกหน่วยงาน

1. ศ.เกียรติคุณ ดร.พันธุ์ทิพย์ รามสูต
สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ
2. รศ.อรุณ จิรวัดน์กุล มหาวิทยาลัยขอนแก่น
3. รศ.ดร.โยธิน แสงดี มหาวิทยาลัยมหิดล
4. รศ.ดร.มณฑา เก่งการพานิช มหาวิทยาลัยมหิดล
5. ผศ.ดร.สุชาดา รัชชกุล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
6. ผศ.ดร.ทัศนีย์ ศีลาวรรณ มหาวิทยาลัยมหิดล
7. ผศ.ดร.สังสิทธิ์ สังวรโยธิน มหาวิทยาลัยมหิดล
8. ผศ.ดร.หนึ่งหทัย ขอผลกลาง มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
9. ผศ.ดร.ศุภวรรณ มโนสุนทร นักวิชาการอิสระ
10. ผศ.ดร.สมรภพ บรรหารักษ์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
11. ผศ.ดร.ธีระวุธ ธรรมกุล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
12. ดร.ชัยยา นรเดชานันท์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม
13. ผศ. ดร.ฐารวี ชันสำโรง มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น
14. ดร.ชลาลัย หาญเจนลักษณ์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
15. นพ.เกรียงศักดิ์ เวทีวุฒาจารย์ นักวิชาการอิสระ
16. นางอัญชญา ประศาสน์วิทย์ นักวิชาการอิสระ

กองบรรณาธิการในหน่วยงาน

1. นพ.บุญเลิศ ศักดิ์ชัยนันท์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
2. พญ.เพชรวรรณ พึ่งรัมย์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
3. นพ.วีรวัฒน์ มโนสุทธิ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
4. นางกาญจนา ยิงขาว สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นม.
5. นางนันทนา แต่ประเสริฐ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นม.

กำหนดออกเผยแพร่

3 ฉบับ

ฉบับที่ 1 เดือนตุลาคม - มกราคม

ฉบับที่ 2 เดือนกุมภาพันธ์ - พฤษภาคม

ฉบับที่ 3 เดือนมิถุนายน - กันยายน

จำนวน

30 เล่ม

พิมพ์ที่

หจก.เลิศศิลป์ สาส์ณ โฮลดิ้ง

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

โทรศัพท์ 044-252883

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ตีพิมพ์ปีละ 3 ครั้ง
เผยแพร่บทความวิชาการเกี่ยวกับการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
รายละเอียดเกี่ยวกับการส่งบทความหรือรายงานการวิจัยเพื่อลงตีพิมพ์ ศึกษาได้จากคำแนะนำ
สำหรับผู้เขียนซึ่งอยู่ด้านท้ายของวารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9
จังหวัดนครราชสีมาทุกฉบับ ทางกองบรรณาธิการจะไม่พิจารณาตีพิมพ์บทความหรือรายงาน
การวิจัย ถ้าไม่ได้เขียนในรูปแบบคำแนะนำ และบทความที่ได้ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสำนัก
งานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ไม่สามารถนำไปเผยแพร่ในวารสารวิชาการ
อื่น ๆ ได้

ส่งผลงาน/บทความ/รายงานการวิจัยมายัง

กลุ่มพัฒนานวัตกรรมและวิจัย

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30000

ลิขสิทธิ์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา Website <http://odpc9.ddc.moph.go.th>

สารบัญ / Content

ปีที่ 26 ฉบับที่ 3 เดือนมิถุนายน - กันยายน 2563

1.	สมรรถภาพการมองเห็นด้านอาชีพของแรงงานนอกระบบกลุ่มถักวิกผม Occupational Vision Test in handmade wig makers สุภาพร แสนศรี, กฤษณ์ พัทนี และณัฏฐาณิชา หมั่นทวงษ์.....	5
2.	การสอบสวนการระบาดของโรคชิกุนกูยา จังหวัดสุรินทร์ วันที่ 4 พฤศจิกายน 2561 - วันที่ 15 มีนาคม 2562 Investigation of Chikungunya Disease, Surin Province November 4, 2018 - March 15, 2019 ปณิตา สุวานิช, สุวรรณี สิริเศรษฐภักดี, ฉนะฉิมธีร์ ลับโกษาพิพัฒน์, นายประภาส เหง้าพันธ์, จารุวรรณ บุตรดี และ สุนันทา พันขุนศรี.....	15
3.	การส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังโรงพยาบาลขามสะแกแสง Action research for promoting health among hypertension patients by using chronic care model (CDM) at Kham Sakeaseang hospital นิจิคุณ เขียวอยู่.....	25
4.	ประสิทธิผลโปรแกรมการติดตามการจัดทำแผนงานโครงการ (Project Tracking) สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดชัยภูมิ Effectiveness the Project Tracking System, Chaiyaphum Provincial Health Office ประมวล เหล่าสมบัติทวี, บัณฑิต พลแก้ว และอรวิทย์ บุญชู.....	35
5.	พฤติกรรมการบริโภคสุราของประชาชนในชุมชนที่มีการผลิตสุรากลั่นชุมชนตำบลสะเอียบ อำเภอสอง จังหวัดแพร่ Alcohol Consumption Behaviors Among People in Communities that Produce Community distilled Liquor in Sa-iab Subdistrict, Song District, Phrae Province พัชยา ชันทะรักษ์ ธีระวุธ ธรรมกุล และนิตยา เพ็ญศิริรักษา.....	44
6.	รายงานการสอบสวนการระบาดของโรคไข้ปวดข้อยุงลาย อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร ระหว่างวันที่ 26 กุมภาพันธ์ - 8 มีนาคม 2562 Investigation of a Mosquito-Borne Chikungunya Fever Outbreak in Langsuan District, Chumphon: February 26 - March 8, 2019 วิชญ์อนุบาล, ศักดิ์สิทธิ์มหารัตนวงศ์, วิวิทย์ฤกษ์ตรุณ, สุรุฒิ เมฆนิตติและประยูรหนูเมือง.....	54
7.	ผลของโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจต่อการลดค่าซิสโตลิกและน้ำตาลในเลือด สำหรับผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 Effects of a motivational interviewing program to reduced systolic and blood glucose levels for type 2 Diabetes Mellitus patients เทอดศักดิ์ เดชคง.....	62
8.	ความครบถ้วนการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำในพื้นที่จังหวัดปทุมธานี ปีงบประมาณ 2562 The Completeness of Registration among New and Relapse Tuberculosis Patients in Pathum Thani Province, Fiscal Year 2019 สุชาญวัชร สมสอน, กัทลี ทารคุโน, ชมพูนุท มะนาตย์, ดารณี ภักดีวารี.....	72
ท้ายเล่ม	คำแนะนำสำหรับผู้เขียน.....	80

บรรณาธิการแถลง

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา ดำเนินงานเข้าสู่ปีที่ 26 มุ่งเน้น สร้างองค์ความรู้ให้กับผู้อ่านด้านการควบคุมป้องกันโรค โดยนำเสนอบทความทางวิชาการหลากหลาย ประกอบด้วย วิจัยเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ รูปแบบวิจัยเชิงปฏิบัติการ วิจัยเชิงสำรวจ และวิจัยเชิงประเมิน เนื้อหาครอบคลุมการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ วารสารฉบับนี้กองบรรณาธิการคัดสรรบทความทางวิชาการเพื่อเผยแพร่ ประกอบด้วย โรคติดต่อมาโดยแมลง โรคที่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม โรคจากการประกอบอาชีพ และ วิจัยพัฒนาเชิงระบบ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ

บรรณาธิการขอขอบคุณผู้อ่านและผู้นิพนธ์ทุกท่านที่ให้ความสนใจวารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 ทั้งในแง่ของการเลือกอ่าน ส่งบทความลงตีพิมพ์ และขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่าน ที่เสียสละเวลาอันมีค่าเพื่อร่วมพัฒนาคุณภาพวารสาร ข้อเสนอแนะของท่านมีประโยชน์อย่างยิ่งในการพัฒนาคุณภาพบทความ หายนี้ ขอขอบพระคุณ คณะผู้บริหารและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่มีได้กล่าวถึง ณ ที่นี้ คณะผู้จัดทำรู้สึกภูมิใจและเป็นเกียรติอย่างยิ่ง หากเนื้อหาในบทความวิชาการฉบับนี้ถูกนำไปใช้ประโยชน์ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพให้กับประชาชนต่อไป

พญ.จุลิศร จิระพงษ์

บรรณาธิการ

สมรรถภาพการมองเห็นด้านอาชีพของแรงงานนอกระบบกลุ่มดักวิกผม**Occupational Vision Test in handmade wig makers**สุภาพร แสนศรี¹, กฤษณ์ พัทณี² และณัฐธิดา หมั่นหาวงษ์³Supapon Saensri¹, Grit patchanee² and Atthanicha Muenhawong³¹สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา,²โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลุมพุก,³โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวายจิก

*Correspondence to: E-mail: Kunpang4647@gmail.com

(Article submitted: September 6, 2019; Final version accepted: July 8, 2020)

บทคัดย่อ

ข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2560 ผู้มีงานทำ 37.7 ล้านคน แรงงานนอกระบบ 20.8 ล้านคน แรงงานนอกระบบดักวิกผมรับงานมาทำที่บ้านเป็นกลุ่มที่น่าสนใจ การทำงานมีลักษณะเฉพาะ ชี้นงานต้องอาศัยความชำนาญ เป็นงานละเอียด การทำงานอาจเกิดปัญหาสุขภาพของการมองจากการจ้องชี้นงานเป็นเวลานาน การศึกษาภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินสมรรถภาพการมองเห็นด้านอาชีพและปัจจัยที่ส่งผลต่อสมรรถภาพการมองเห็นของผู้ประกอบอาชีพกลุ่มดักวิกผม ทำการศึกษาพื้นที่ตำบลลุมพุก ตำบลสวายจิก อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ เลือกกลุ่มตัวอย่างตามความสะดวก ทุกคนที่สะดวกและสมัครใจ ยินดีเข้าร่วมการศึกษาเดือนมกราคม 2561 สัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ลักษณะงาน ตรวจคัดกรองสมรรถภาพการมองเห็น ผลการศึกษา แรงงานดักวิกผม จำนวน 91 คน ส่วนใหญ่ อายุ 35-46 ปี ร้อยละ 53 อายุงาน 11-20 ปี ร้อยละ 47 ทำงาน 3-8 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 77 ส่วนใหญ่ทำงาน 6-7 วันใน 1 สัปดาห์ ร้อยละ 93.4 ประสิทธิภาพการมองเห็นระยะใกล้ด้วยตา 2 ข้างต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 31 มองระยะใกล้ด้วยตา 2 ข้างต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 67 การมองเห็นไม่เหมาะกับงาน ร้อยละ 80 ทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถภาพการมองเห็นไม่เหมาะกับงาน คือ อายุ (ปี) ($OR_{adj} 0.82$; 95% CI: 0.75, 0.90) ปัจจัยอายุงาน ชั่วโมงการทำงานต่อวัน จำนวนวันทำงานในสัปดาห์ พบความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อเสนอแนะ ความสามารถในการใช้สายตาของผู้ประกอบอาชีพต้องมีความเหมาะสมและเข้ากันได้กับลักษณะของงาน การมองในระยะใกล้ต้องมีความคมชัด ควรใช้แว่นสายตาช่วยในการมองใกล้ขณะทำงาน พักสายตาทุก 30 นาที เพื่อถนอมสายตาและป้องกันมิให้สายตาเสื่อมก่อนวัย

คำสำคัญ : แรงงานดักวิกผม, สมรรถภาพการมองเห็นด้านอาชีพ

Abstract

According to the National Statistical Office in 2017, there were 37.7 million people employed, and 20.8 million were unregistered workers. The handmade wig making is a unique delicate work that requires expertise. They might have health problems if working for a long time. A cross-sectional study was designed to occupationally evaluate vision and factors that affected the work performance of wig makers. The study was conducted in the Lumphuk sub-district, Sawai Chik district, Muang district, Buriram province. Convenient sampling was done for selecting the participants, then the volunteers were invited to participate in the study in January 2018. General information interviews, job characteristics, screening, and vision tests were collected. The most of 91 wig makers were 35-46 years old. About 53% had a duration of work 11-20 years, 47% working 3-8 hours a day. Most of the participants (77%) worked 6-7 days a week. Far vision test for both eyes (Uncorrected) was conducted and found that 31% of

93.4% had the performance of vision lower than the normal. Also, near vision testing for both eyes (Uncorrected) was done and found that 67% of them had the performance of vision lower than the normal. About 80% had an unfit vision for the job. Age was significantly associated ($p < 0.05$) with unfit vision for job ($OR_{adj} = 0.82$; 95% CI: 0.75, 0.90). Duration of work, working hours per day, the number of working days a week were not significantly related to the performance of the vision. Suggestions, the ability to use the eyes of wig makers must be appropriate and compatible with the work done. Eyeglasses should be used for working especially when looking close up, rest your eyes every 30 minutes to conserve your eyes, and prevent premature eye deterioration was strongly recommended.

Keywords: Handmade wig makers, Occupational vision test

บทนำ

ประชากรกลุ่มวัยทำงาน คือ บุคคลที่มีช่วงอายุ 15–59 ปี จัดเป็นวัยที่มีกิจกรรมและมีความคล่องตัวในการทำงาน จากผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ. 2560⁽¹⁾ พบว่า จำนวนผู้มีงานทำทั้งสิ้น 37.7 ล้านคน เป็นผู้ทำงานที่ไม่ได้รับความคุ้มครองหรือไม่มีหลักประกันทางสังคมจากการทำงาน เรียกว่า แรงงานนอกระบบ 20.8 ล้านคน หรือร้อยละ 55.2 แรงงานนอกระบบมีหลากหลายประเภท ประกอบอาชีพตามความรู้ ความสามารถและทักษะเฉพาะของแต่ละบุคคล การประกอบอาชีพทำให้แรงงานมีโอกาสสัมผัสสิ่งคุกคามจากการประกอบอาชีพได้ สิ่งคุกคามแบ่งเป็น 5 ด้าน ด้านกายภาพ ด้านเคมี ด้านชีวภาพ ท่าทางการทำงาน จิตสังคมและความปลอดภัย⁽²⁾ ปัญหาสภาพแวดล้อมในการทำงานที่แรงงานนอกระบบประสบมากที่สุด คือ อริยาบถในการทำงานร้อยละ 43.3 มีฝุ่น คิวน์ กลิ่น ร้อยละ 26.6 และมีแสงสว่างไม่เพียงพอ ร้อยละ 13.5⁽¹⁾ แรงงานนอกระบบกลุ่มรับถักวิกผมมาถักที่บ้านเป็นกลุ่มแรงงานนอกระบบที่น่าสนใจ การทำงานมีลักษณะเฉพาะ ความหนักเบาของงานปานกลาง ใช้ทั้งกำลังร่างกายและกำลังความคิด ชิ้นงานต้องอาศัยความชำนาญ เป็นงานละเอียด การทำงานอาจเกิดปัญหาสุขภาพเรื่องของการมองเห็นจากการจ้องชิ้นงานเป็นเวลานาน ได้ ข้อมูลจากงานวิจัย ผลกระทบทางสายตาสำหรับกลุ่มวัยรุ่นตอนปลายที่เล่นเกมติดต่อกันเป็นเวลานาน กรณีศึกษา เกมผ่นรายในบ้านมืด ผลการศึกษา การจ้องหน้าจอคอมพิวเตอร์เป็นเวลานานเกินกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน จะทำให้ตาชาตน้ำหล่อเลี้ยงเกิดอาการระคายเคืองได้อยู่ในระดับสูง และถ้าระดับความสว่างไม่เหมาะสม อาจส่งผลกระทบต่อระบบของการกลอกตา ระบบกล้ามเนื้อและประสาท ซึ่งจะเกิดหลังจากใช้สายตานานผิดปกติ ทำให้เกิดอาการดวงตาล้า ดวงตาตึงเครียด ตาชา ตาแดง แสบตา⁽³⁾ งานวิจัยหลายฉบับนำเครื่องมือวิทยาศาสตร์ทางด้านอาชีวอนามัยมาใช้ประเมินทางสุขภาพในการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ สามารถประเมินได้ทั้งจากการใช้เครื่องมือวัดเชิงอ้อมจากแบบสอบถาม และวัดเชิงตรงจากเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์⁽⁴⁾ การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความล้าของสายตากับการตรวจสมรรถภาพทางสายตาในกลุ่มผู้ใช้งานคอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ผลการวิจัยพบว่า มีความชุกความล้าของสายตา ร้อยละ 24.4 ไม่พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล้าของสายตา ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถภาพทางสายตา ได้แก่ อายุและระยะเวลาที่เริ่มใช้งานคอมพิวเตอร์ ความสัมพันธ์ระหว่างความล้าของสายตาจากการใช้งานคอมพิวเตอร์กับสมรรถภาพทางสายตา พบว่า ผู้ใช้งานคอมพิวเตอร์ที่มีผลการตรวจสมรรถภาพทางสายตาไม่เหมาะสมกับงานมีอาการล้าของสายตาเป็น 2.67 เท่าของผู้ใช้งานคอมพิวเตอร์ที่ผลการตรวจสมรรถภาพทางสายตาเหมาะสม⁽⁵⁾ จากการศึกษาข้อมูลไม่พบการศึกษาการตรวจคัดกรองสมรรถภาพการมองเห็นในกลุ่มแรงงานถักวิกผม ซึ่งลักษณะงานเป็นงานละเอียด ใช้การจ้องชิ้นงานเป็นเวลานานในแต่ละวัน ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาค้นคว้า

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินสมรรถภาพการมองเห็นด้านอาชีพของแรงงานนอกระบบกลุ่มจักสาน
2. เพื่อทราบปัจจัยที่ส่งผลต่อสมรรถภาพการมองเห็นของแรงงานนอกระบบกลุ่มจักสาน

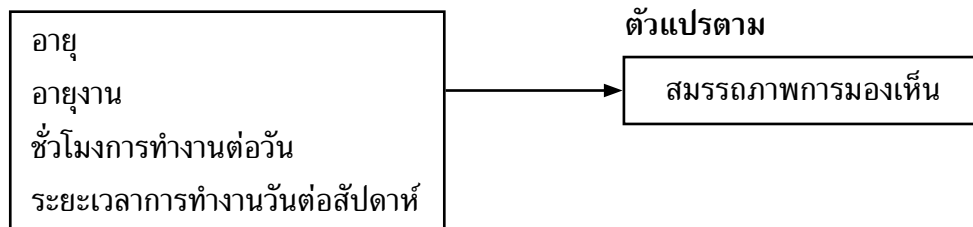
นิยามศัพท์

แรงงานนอกระบบ (Informal Sector) หมายถึง แรงงานที่ทำงานอิสระหรือเป็นแรงงานที่ไม่ได้รับความคุ้มครองสวัสดิการต่าง ๆ ตามที่กฎหมายกำหนดหรือแรงงานที่อยู่นอกเหนือการดูแลของภาครัฐ⁽⁶⁾

สมรรถภาพการมองเห็นด้านอาชีพ (Occupation Vision Test)⁽⁷⁾⁽⁸⁾ เป็นการตรวจคัดกรอง ประสิทธิภาพการมองเห็นของตาทั้งสองข้าง และตาแต่ละข้าง ระยะไกล (Far vision) ระยะใกล้ (Near vision) การแยกแยะสี (Color vision) การมองภาพ 3 มิติ (Stereopsis) การตรวจภาวะตาเขซ่อนเร้น (Phoria) ทั้งในแนวตั้งและแนวนอน การตรวจลานสายตา (Visual field)

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษาแบบเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ในรูปแบบตัดขวาง

(Cross-sectional descriptive studies)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ แรงงานนอกระบบกลุ่มจักสาน อาศัยในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลุ่มปักและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวายจิก อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 200 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ แรงงานนอกระบบกลุ่มจักสาน อาศัยในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ลุ่มปัก และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวายจิก อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 91 คน และยินดีเข้าร่วมการศึกษา

ขนาดตัวอย่าง และวิธีการสุ่มตัวอย่าง⁽⁹⁾

ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เป็นไปตามโอกาสทางสถิติ (Non-Probability Sampling) การสุ่มตามความสะดวก (Convenience Sampling) ยินยอมเข้ารับการตรวจสมรรถภาพการมองเห็น

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

n แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

P แทน สัดส่วนของประชากรที่ผู้วิจัยต้องการจะสุ่มซึ่งผู้วิจัยกำหนดให้เท่ากับ 0.05

Z แทน ค่าสถิติแจกแจงปกติมาตรฐานที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ค่าเท่ากับ 1.96

d แทน สัดส่วนของความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้เท่ากับ 0.05

$$n = \frac{p(1-p)z^2}{d^2} \quad \text{แทนค่า} \quad \frac{0.05(1-0.05)1.96^2}{0.05^2} = 72.99$$

จากการสอบถามบุคลากรในพื้นที่ มีแรงงานนอกระบบกลุ่มจักสาน จำนวน 200 คน เข้ารับการตรวจ 98 คน นำข้อมูลการสรุปวิเคราะห์ได้ 91 คน

ระยะเวลา: มกราคม 2561 – กันยายน 2561

การเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1

1. ประสานพื้นที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อดำเนินงาน นัดหมายกำหนดวัน เวลา สถานที่
2. ลงพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อธิบาย วัตถุประสงค์ดำเนินงาน ประโยชน์ที่จะได้รับ ขั้นตอนการดำเนินงาน การเก็บรวบรวมข้อมูล การปฏิบัติตัวก่อนเข้ารับการตรวจสมรรถภาพการมองเห็น การตรวจสมรรถภาพการมองเห็นและการยินยอมเข้ารับการตรวจ

ขั้นตอนที่ 2

1. ลงพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อธิบาย วัตถุประสงค์ดำเนินงาน ประโยชน์ที่จะได้รับขั้นตอนการดำเนินงาน การเก็บรวบรวมข้อมูล การปฏิบัติตัวก่อนเข้ารับการตรวจสมรรถภาพการมองเห็น การตรวจสมรรถภาพการมองเห็น และการยินยอมเข้ารับการตรวจให้กับกลุ่มเป้าหมาย
2. สัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ลักษณะงาน แรงงานนอกระบบกลุ่มจักสาน ตามแบบสัมภาษณ์
3. สัมภาษณ์ ตามแบบการตรวจคัดกรองสมรรถภาพการมองเห็น ด้านอาชีพ (Occupation Vision Test)⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽¹⁰⁾
4. ตรวจคัดกรองสมรรถภาพการมองเห็น ด้านอาชีพ (Occupation Vision Test)⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽¹⁰⁾

ขั้นตอนที่ 3

1. สรุปวิเคราะห์ข้อมูล
2. ค้นข้อมูลให้หน่วยงานเพื่อจัดกิจกรรม

เครื่องมือ

1. เอกสารการปฏิบัติตัวก่อนเข้ารับการตรวจสมรรถภาพการมองเห็น
 - พักสายตา จากการทำงานที่มีแสงสว่างอย่างน้อย 8-12 ชั่วโมง ก่อนเข้ารับการตรวจ
 - กรณีสวมแว่นสายตาหรือคอนแทคเลนส์ ให้นำมาด้วย
 - ควรพักผ่อนให้เพียงพอ (6-8) ชั่วโมงไม่อดนอนก่อนตรวจ
2. แบบสัมภาษณ์ข้อมูล อายุ (ปี) ลักษณะงาน อายุงาน ชั่วโมงทำงานต่อวัน จำนวนวันทำงานต่อสัปดาห์
3. แบบการตรวจคัดกรองสมรรถภาพการมองเห็น ด้านอาชีพ
4. เครื่องตรวจคัดกรองสมรรถภาพการมองเห็น ด้านอาชีพ (Occupation Vision Test) Model รุ่น VT1 Occupational Health Edition ผลิตภัณฑ์ FIM ประกอบด้วย การมองเห็นของตาทั้งสองข้างและตาแต่ละข้าง ระยะไกล (Far vision) ระยะใกล้ (Near vision) การแยกแยะสี (Color vision) การมองภาพ 3 มิติ (Stereopsis) การตรวจภาวะตาเขซ่อนเร้น (Phoria) แนวตั้งและแนวนอน การตรวจลานสายตา (Visual field)

การแปลผลและการวิเคราะห์ข้อมูล

แปลผลการคัดกรองตรวจสอบประสิทธิภาพการทำงานของสายตาผู้ปฏิบัติงานตามลักษณะการทำงานทางอุตสาหกรรม การวิเคราะห์ข้อมูลใช้กลุ่มที่ 2 Inspection ผู้ตรวจสอบคุณภาพ คือ กลุ่มบุคคลที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการตรวจสอบข้อบกพร่องจุดเล็ก ๆ ของการทำงานของเครื่องจักร งานประกอบ งานประดิษฐ์ชิ้นส่วน

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย วิเคราะห์ความสัมพันธ์ โดยใช้โปรแกรม STATA Version 10 โดยใช้สถิติ Binary Logistic Regression

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยได้คำนึงถึงการปฏิบัติตามหลักการพื้นฐานทางจริยธรรมการวิจัย 3 ด้าน คือ หลักการเคารพในตัวตนบุคคล หลักผลประโยชน์และไม่ก่อให้เกิดอันตราย และหลักความยุติธรรมโดยตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างดี และเพื่อป้องกันมิให้เกิดผลเชิงลบต่อผู้เข้าร่วมวิจัยโดยมิได้เจตนา

ผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างแรงงานนอกระบบจักสาน จำนวน 91 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 90 คน (ร้อยละ 99) อยู่ในช่วงอายุ 35-46 ปี จำนวน 48 คน (ร้อยละ 53) อายุเฉลี่ย 42 ปี อายุต่ำสุด 23 ปี อายุสูงสุด 57 ปี ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 75 คน (ร้อยละ 82.4)

แรงงานกลุ่มจักสาน ส่วนใหญ่มีอายุงานอยู่ในช่วง 11-20 ปี จำนวน 43 คน (ร้อยละ 47) มีอายุงานเฉลี่ย 13.99 ปี อายุงานต่ำสุด 1 ปี อายุงานสูงสุด 31 ปี ชั่วโมงการทำงานต่อวัน อยู่ในช่วง 7-10 ชั่วโมง จำนวน 48 คน (ร้อยละ 52.7) ทำงาน 6-7 วัน ใน 1 สัปดาห์ จำนวน 85 คน (ร้อยละ 93.4) ตารางแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 91 คน)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	1	1
หญิง	90	99
อายุ		
23 - 34 ปี	16	17
35 - 46 ปี	48	53
47 - 57 ปี	27	30
Mean (SD) = 42 (7.2), min = 23 max = 57 ปี		
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	75	82.4
มีโรคประจำตัว 1-3 โรค	16	17.6
อายุงาน		
1 - 10 ปี	31	34.0
11 - 20 ปี	43	47.0
21 - 31 ปี	17	19.0

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 91 คน) (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
Mean (S.D.) = 13.99 (7.06), min = 1, max = 31 ปี		
ชั่วโมงการทำงานต่อวัน		
3 - 6 ชั่วโมง	35	38.5
7 - 10 ชั่วโมง	48	52.7
11 - 13 ชั่วโมง	8	8.8
Mean (S.D.) = 7.44 (2.29), min = 3, max = 13 ชั่วโมงต่อวัน		
จำนวนวันทำงานใน 1 สัปดาห์		
4 - 5 วัน	6	6.6
6 - 7 วัน	85	93.4

ผลการตรวจคัดกรองสมรรถภาพการมองเห็นกลุ่มจักสานมีการมองระยะใกล้ด้วยตา 2 ข้าง อยู่ในเกณฑ์รับได้จำนวน 63 คน (ร้อยละ 69) ต่ำกว่าเกณฑ์จำนวน 28 คน (ร้อยละ 31) การมองระยะใกล้ด้วยตา 2 ข้าง อยู่ในเกณฑ์รับได้จำนวน 30 คน (ร้อยละ 33) ต่ำกว่าเกณฑ์จำนวน 61 คน (ร้อยละ 67) การประสานกันของตา 2 ข้าง อยู่ในเกณฑ์รับได้จำนวน 69 คน (ร้อยละ 76) ต่ำกว่าเกณฑ์จำนวน 22 คน (ร้อยละ 24) การกะความลึก 3 มิติ อยู่ในเกณฑ์รับได้จำนวน 50 คน (ร้อยละ 55) ต่ำกว่าเกณฑ์จำนวน 41 คน (ร้อยละ 45) การแยกแยะสี อยู่ในเกณฑ์รับได้จำนวน 87 คน (ร้อยละ 96) ต่ำกว่าเกณฑ์จำนวน 4 คน (ร้อยละ 4) การทดสอบภาวะตาเข พบการมองเห็นในแนวแกนปกติเมื่อมองวัตถุด้วยตาทั้งคู่จำนวน 53 (ร้อยละ 58) การมองเห็นเป็นแบบตาเข ช้อนเร้นในแนวตั้ง จำนวน 2 คน (ร้อยละ 2) การมองเห็นเป็นแบบตาเขช้อนเร้นในแนวนอนแบบเข้จำนวน 30 คน (ร้อยละ 33) การมองเห็นเป็นแบบตาเขช้อนเร้นในแนวนอนแบบเขออกจำนวน 6 คน (ร้อยละ 7) โดยรวม สมรรถภาพการมองเห็นเหมาะกับงานจำนวน 18 คน (ร้อยละ 20) ไม่เหมาะกับงานจำนวน 73 คน (ร้อยละ 80) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การตรวจคัดกรองสมรรถภาพการมองเห็น

สมรรถภาพการมองเห็น	จำนวน	ร้อยละ
ประสิทธิภาพการมองเห็นของการมองระยะใกล้ด้วยตา 2 ข้าง		
อยู่ในเกณฑ์รับได้	63	69
ต่ำกว่าเกณฑ์	28	31
ประสิทธิภาพการมองเห็นของการมองระยะใกล้ด้วยตา 2 ข้าง		
อยู่ในเกณฑ์รับได้	30	33
ต่ำกว่าเกณฑ์	61	67
การประสานกันของตา 2 ข้าง		
อยู่ในเกณฑ์รับได้	69	76
ต่ำกว่าเกณฑ์	22	24

ตารางที่ 2 การตรวจคัดกรองสมรรถภาพการมองเห็น (ต่อ)

สมรรถภาพการมองเห็น	จำนวน	ร้อยละ
คุณสมบัติการมองภาพสามมิติ		
อยู่ในเกณฑ์รับได้	50	55
ต่ำกว่าเกณฑ์	41	45
การแยกแยะสี		
อยู่ในเกณฑ์รับได้	87	96
ต่ำกว่าเกณฑ์	4	4
ภาวะตาเข		
การมองเห็นในแนวแกนปกติ	53	58
ตาเขซ่อนเร้นแนวตั้ง	2	2
ตาเขซ่อนเร้นแนวนอนเข้เข้า	30	33
ตาเขซ่อนเร้นแนวนอนเข้ออก	6	7
สมรรถภาพการมองเห็น		
เหมาะสมกับงาน	18	20
ไม่เหมาะสมกับงาน	73	80

การทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า มีตัวแปรอิสระเพียง 1 ตัว ที่มีผลต่อสมรรถนะการมองเห็นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถภาพการมองเห็น คือ อายุ เมื่อพิจารณาค่า Exp (B) พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อสมรรถนะการมองเห็นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีค่า Exp (B) น้อยกว่า 1 แสดงให้เห็นว่าตัวแปรนี้มีโอกาสที่ทำให้เกิดเหตุการณ์สมรรถนะการมองเห็นเหมาะสมกับงานลดลง ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงตัวแปรอิสระที่เข้าสมการ และไม่เข้าสมการด้วยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบ Enter Method

ปัจจัย	B	S.E.	Wald	df	Sig	Exp (B)
อายุงาน	.050	.056	.786	1	.375	1.051
ชั่วโมงทำงานต่อวัน	0.301	0.164	3.379	1	.066	1.352
อายุ	-.238	.059	16.251	1	< 0.01*	.788
ค่าคงที่	-101.488	5.720	.000	1	.999	.000

P<.05*

พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะการมองเห็นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ได้แก่ อายุ สมการที่ได้มีประสิทธิภาพในการทำนายร้อยละ 84.6 โดยพบขนาดความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านอายุ (ปี) ($OR_{adj} = 0.82$, 95% CI: 0.75, 0.90) คือ ทุก ๆ ปี ที่อายุเพิ่มขึ้นจะมีโอกาสมองเห็นเหมาะสมกับงานลดลง ร้อยละ 18 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายจากการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบขั้นตอน ในกลุ่มสมรรถภาพการมองเห็นเหมาะสมกับงานและไม่เหมาะสมกับงาน

ปัจจัย	Coefficient	S.E.	Wald Z	Odd Ratio
อายุ	-1.96	0.39	< 0.01	0.82
Model chi-square (df=4)	29.81			
P	< 0.01			
ประสิทธิภาพการทำนายได้ถูกต้องร้อยละ 84.6				

S.E. = Standard Error

อภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 99) เนื่องจากวิถีสังคมชนบท ผู้หญิงจะอยู่บ้านเพื่อดูแลครอบครัว ประกอบอาหาร ดูแลบุตร รับ-ส่งไปโรงเรียน และมีเวลาว่างในช่วงกลางวัน สามารถหารายได้เสริมให้ครอบครัว จึงทำให้มีผู้หญิงจักสานมากกว่าผู้ชาย และกลุ่มตัวอย่างมีการทำงานวันละ 3-8 ชม. ร้อยละ 77 ทำงาน 6-7 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 93.4 เนื่องจากการทำงานที่บ้านสามารถทำงานได้ตลอดเวลา กลุ่มตัวอย่างจึงทำงานได้ทุกวัน และจากผลการศึกษาพบประสิทธิภาพการมองเห็นระยะใกล้ด้วยตา 2 ข้าง ต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 67 สอดคล้องกับงานวิจัยในกลุ่มแรงงานนอกระบบอื่น ๆ การศึกษาการทดสอบสมรรถภาพร่างกายในงานอาชีพของกลุ่มชาวนา อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดสุรินทร์ ของมาน ปัทมะพลอย พบว่า เกษตรกรมีความผิดปกติของสายตาในการมองเห็นระยะใกล้มากที่สุด ร้อยละ 63.6⁽⁴⁾ การศึกษาภาวะเสี่ยงจากการทำงานและสุขภาพของกลุ่มแรงงานนอกระบบ ตำบลบ้านเลือก อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี ของดวงมณี และคณะ⁽¹⁰⁾ พบว่า แรงงานนอกระบบ มีสมรรถภาพการมองเห็นระยะใกล้ผิดปกติ ร้อยละ 67.7 อธิบายถึงความสอดคล้องตามพยาธิสภาพในช่วงอายุ อายุกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ร้อยละ 69 อายุ 40 ปีขึ้นไปในช่วงอายุนี้กล้ามเนื้อลูกตาทำงานได้ไม่เต็มที่ ทำให้มองภาพระยะใกล้ไม่ชัด⁽⁸⁾ งานจักสานมีลักษณะเฉพาะ ช่างงานอาศัยความชำนาญเป็นงานละเอียด ใช้การมองเห็นระยะใกล้ในการทำงาน แรงงานควรใช้แว่นสายตาช่วยการมองเห็นใกล้ตลอดเวลาทำงาน เพื่อป้องกันปัญหาสมรรถภาพการมองเห็นเสื่อมเร็ว⁽⁸⁾ การมองเห็นระยะใกล้ด้วยตา 2 ข้าง อยู่ในเกณฑ์รับได้ ร้อยละ 69 ปัญหาของการมองเห็นระยะใกล้ ระยะใกล้ไม่ชัดอาจเกิดได้จากโรคของดวงตา เช่น ต้อกระจก จอประสาทตาอักเสบ โรคเบาหวานขึ้นตา หรือภาวะสายตาเอียง⁽¹¹⁾ การมองเห็นภาพสามมิติ อยู่ในเกณฑ์รับได้ ร้อยละ 55 เป็นการตรวจความสามารถในการมองเห็นภาพเห็นความลึก ในคนปกติจะมองเห็นภาพเห็นความลึกได้เมื่อมีสายตาสองข้างที่เห็นชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ พบว่ามีเพียงร้อยละ 23 ที่มีการมองเห็นอยู่ในเกณฑ์รับได้ทั้งระยะไกล ระยะใกล้ การแยกแยะสีต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 4 สาเหตุที่พบได้บ่อยเกิดจากภาวะพันธุกรรม และไม่ส่งผลกระทบต่องานที่ทำ รวมทั้งการศึกษานี้ แรงงานสามารถทำงานได้ปกติ การจักสานส่วนมากจะจักสานสีด้า หรือน้ำตาล การตรวจภาวะตาเข พบภาวะตาเขซ่อนเร้น ร้อยละ 42 การประสานกันของตา 2 ข้าง พบต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 24 ซึ่งผลภาวะตาเขอาจเกิดจากภาวะการเมื่อยล้าของสายตาจากการเพ่งมองในขณะที่ทำการตรวจคัดกรอง หรือเกิดจากภาวะสายตาเอียง หรือตาเหล่ได้ แนะนำผู้เข้ารับการตรวจหากมีอาการปวดตา หรือปวดศีรษะเมื่อต้องเพ่งนาน ๆ ควรพบจักษุแพทย์⁽¹¹⁾⁽¹²⁾ สมรรถภาพการมองเห็นที่เหมาะสมกับงาน มีเพียงร้อยละ 20 ทั้งนี้งานที่ทำช่างงานต้องอาศัยความชำนาญเป็นงานละเอียดใช้สายตาในการมองเห็นระยะใกล้ในคนปกติแม้อายุไม่เกิน 40 ปี หากทำงานในระยะใกล้เกินไปจะทำให้เกิดอาการเมื่อยล้า ปวดตา ปวดศีรษะได้ การมองเห็นระยะใกล้ต้องอาศัยกล้ามเนื้อที่มากกว่าภาวะปกติ ได้แนะนำการแก้ไขปัญหามองภาพระยะใกล้ผิดปกติจากปัญหาสายตาสั้น สายตาเอียง และสายตาสูงอายุ

โดยการตัดแว่นสายตาให้เหมาะสม⁽¹¹⁾ แนะนำให้ตรวจยืนยันและทำการรักษากับจักษุแพทย์ต่อไป แนะนำการพักสายตาเป็นระยะโดยการหลับตา หรือเปลี่ยนไปมองสิ่งไกลโดยไม่เพ่ง ควรพัก 4-5 นาที หลังจากทำงานทุก 30 นาที และควรพักนาน 15-30 นาทีหลังทำงานทุก 2 ชั่วโมง⁽⁸⁾ จะเห็นได้ว่าการตรวจสมรรถภาพการมองเห็นในครั้งนี้เป็นการตรวจเพื่อเฝ้าระวังสุขภาพจากสิ่งคุกคามในการทำงาน ประเด็นปัญหาของแรงงานพบสมรรถภาพการมองเห็นมีความผิดปกติในทุก ๆ รายการตรวจ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กับอายุ (ปี) สอดคล้องกับการศึกษาของจรรยา ชิดนัย และคณะ⁽⁵⁾ พบอายุและระยะเวลาเริ่มใช้คอมพิวเตอร์มีผลต่อสมรรถภาพทางสายตา จากประเด็นปัญหาเมื่อพบความผิดปกติที่สำคัญ คือ การเฝ้าระวังให้ครบวงจร นำข้อมูลที่ได้ค้นพื้นที่และพื้นที่ดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะการนำผลการศึกษาไปใช้

จากผลการศึกษาด้วยเหตุที่แรงงานนอกระบบไม่ได้เป็นผู้ประกันตน จึงไม่อาจเข้าสู่ระบบการตรวจสุขภาพร่างกายได้ เช่นเดียวกับแรงงานที่มีประกันสังคม ในเชิงนโยบายภาครัฐควรมีนโยบายในการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงของลักษณะงาน โดยสามารถใช้สิทธิในการตรวจได้อย่างครอบคลุม มีโปรแกรมสำหรับการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงของลักษณะงานของแรงงานนอกระบบ โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามลักษณะงาน และการสนับสนุนด้านกำลังคนในหน่วยบริการปฐมภูมิ การสร้างองค์ความรู้ด้านอาชีวอนามัยให้สามารถดูแลแรงงานนอกระบบได้ ซึ่งจะช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตในการทำงานของแรงงานนอกระบบให้ดีกว่าเดิม

ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาครั้งต่อไป

1. ผลการศึกษา บ่งชี้ว่าควรมีการศึกษา เรื่อง การจัดทำทางในการทำงาน ที่มีความเฉพาะเจาะจง โดยใช้แบบประเมินด้านการยศาสตร์
2. ควรมีการศึกษา เรื่อง ผลของการใช้เลนส์ขยายกับสมรรถภาพการมองเห็นของแรงงาน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ กลุ่มแรงงานถักวิกผม ที่เข้ารับการตรวจคัดกรองทุกท่าน เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน อาชีวอนามัย ประจำสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลุ่มปึก และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสายจิก อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และประสานกลุ่มเป้าหมาย เป็นอย่างยิ่ง

ข้อจำกัดในการวิจัย (Limitations)

การศึกษาครั้งนี้ ดำเนินการในกลุ่มแรงงานนอกระบบตามความสมัครใจ และกลุ่มตัวอย่างมีจำนวน ไม่มาก และอาจไม่สามารถเข้ารับการตรวจได้ในวันที่ทำการศึกษา จึงใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวก

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจแรงงานนอกระบบ ปี 2560. กองสถิติพยากรณ์. กรุงเทพฯ. 2560.
2. วิวัฒน์ เอกบุรณะวิวัฒน์. สไลด์ประกอบการบรรยาย เรื่อง หลักการพื้นฐานด้านอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม บรรยายให้กับผู้เข้าร่วมโครงการอบรมระยะสั้นการพยาบาลอาชีวอนามัย สำหรับพยาบาลวิชาชีพ รุ่นที่ 4 เมื่อวันที่ 10 มิถุนายน พ.ศ. 2560 ณ ศูนย์ปฏิบัติการโรงแรมเทาทอง มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี. [ออนไลน์]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2561 มกราคม 5]. เข้าถึงได้จาก <http://www.summacheeva.org/> มุลนิธิสมมาอาชีวะ.

3. นัทพล พรหมนิล, พรชัย นามวิชา และจุฑาวุฒิ จันทรมาลี. ผลกระทบทางสายตาสำหรับกลุ่มวัยรุ่นตอนปลายที่เล่นเกมติดต่อกันเป็นเวลานาน กรณีศึกษาเกมผีนรียในบ้านมืด. คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต กรุงเทพฯ.[ออนไลน์]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2561 มกราคม 5]. [http://dusithost.dusit.ac.th/~juthawut_cha/download/Nightmare%20in%20the%20House%20\(Full%20Paper\)%20SDU%20Format.pdf](http://dusithost.dusit.ac.th/~juthawut_cha/download/Nightmare%20in%20the%20House%20(Full%20Paper)%20SDU%20Format.pdf).
4. ฌาน ปัทมะพลอย, พิมพร พลตงนอก และศิริณี เย็นใจ. การทดสอบสมรรถภาพร่างกายในงานอาชีพของช่างทำผมอาชีพชาวนา อำเภอบางบาล จังหวัดสุพรรณบุรี. มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา ก้าวทันโลกวิทยาศาสตร์. 2559; 16 (2): 119-137.
5. จุฑา ชิตนัย, วิรงค์รอง จารุชาติ และศิริธร ชิตนัย. ความสัมพันธ์ระหว่างความล้าของสายตากับการตรวจสมรรถภาพทางสายตาในกลุ่มผู้ใช้งานคอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาลอุตรดิตถ์. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2556; 7(2): 47-56.
6. สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา. สำนักวิชาการ: กลุ่มงานวิจัยและข้อมูล. รายงานนอกระบบ: การคุ้มครองประกันสังคม. รายงานวิชาการ. กรุงเทพฯ, กันยายน 2549.
7. สมเกียรติ ศิริรัตนพุกษ์, วันเพ็ญ พิศตรระกุล. พิษวิทยาและอาชีวเวชศาสตร์ การเฝ้าระวังสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพ หน่วยที่ 13 ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3. นนทบุรี: สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2553.
8. อรพันธ์ อันติมานนท์. คู่มือการใช้เครื่องมือทางอาชีวเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: พระพุทธศาสนาแห่งชาติ ; 2556.
9. ภิรมย์ กมลรัตนกุล, มนต์ชัย ชาลาประวรรณ และทวีสิน ต้นประยูร. หลักการทำวิจัยให้สำเร็จ. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด; 2550.
10. ดวงมณี ทองงาม. ภาวะเสี่ยงจากการทำงานและสุขภาพของกลุ่มแรงงานนอกระบบตำบลบ้านเลือก. รายงานวิจัย ฉบับสมบูรณ์. ราชบุรี. โรงพยาบาลโพธาราม. [ออนไลน์]. 2552 [เข้าถึงเมื่อ 2561 มกราคม 5]. เข้าถึงได้จาก <http://www.photharamhosp.go.th/ptrhos/attachments/article/30/pdf18.pdf>.
11. วิวัฒน์ เอกบุรณะวัฒน์. สมบูรณ์ ปัญญากรณ์. บทความจะอย่างไรเมื่อผลตรวจสายตาอาชีพออกมาผิดปกติ. [ออนไลน์]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2561 มกราคม 5]. เข้าถึงได้จาก <http://www.summacheeva.org/> มูลนิธิสมาอาชีพ.
12. วิวัฒน์ เอกบุรณะวัฒน์ และคณะ. แนวทางการตรวจและแปลผลสมรรถภาพการมองเห็น. [ออนไลน์]. 2561. [เข้าถึงเมื่อ 2561 มกราคม 5]. เข้าถึงได้จาก <http://www.summacheeva.org/> มูลนิธิสมาอาชีพ.

การสอบสวนการระบาดของโรคชิคุนกุนยา จังหวัดสุรินทร์

วันที่ 4 พฤศจิกายน 2561 – วันที่ 15 มีนาคม 2562

Investigation of Chikungunya Disease, Surin Province

November 4, 2018 – March 15, 2019

ปณิตา สุวานิช¹, สุวรรณิ สิริเศรษฐภักดี¹, ฉนะชิมิธิ์ ลับโกษาพิพัฒน์², นายประภาส เห่งพันธ์³,
จารุวรรณ บุตรดี⁴ และสุนันทา พันขุนศรี⁵

Panita Suvanich¹, Suwannee Sirisatapakdee¹, Chanachith Lubkosapipath², Prapas Ngaopan³,
Jaruan Bootdee⁴ and Sunantha Punkunkeeree⁵

¹สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสุรินทร์, ²สำนักงานสาธารณสุข อำเภอด่านชุมพล, ³สำนักงานสาธารณสุข อำเภอโนนนารายณ์,
⁴โรงพยาบาลสุรินทร์ และ ⁵ศูนย์ควบคุมโรคติดต่ออำเภอเมืองที่ 9.3 จังหวัดสุรินทร์

¹Surin Provincial Health Office, ²Sikhoraphum District Health Office, ³Nonnarai District Health Office,

⁴Surin Hospital and ⁵Surin Vector-Borne Diseases Control Center 9.3 Surin Province

บทคัดย่อ

รายงานการสอบสวนการระบาดของโรคชิคุนกุนยา จังหวัดสุรินทร์ มีวัตถุประสงค์เพื่อยืนยันการวินิจฉัยและการระบาดของโรค โดยการศึกษาลักษณะทางการระบาดและการกระจายของโรค ค้นหาสาเหตุการเกิดโรค แหล่งรังโรค วิธีการถ่ายทอดโรค และเพื่อหามาตรการในการควบคุมโรค โดยการศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา ศึกษาทางห้องปฏิบัติการ ศึกษาทางกีฏวิทยา และศึกษาสภาพแวดล้อม ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่เข้าได้กับนิยามจำนวน 150 ราย ส่งเลือดตรวจหาเชื้อไวรัสชิคุนกุนยา จำนวน 25 ราย (ร้อยละ 16.67) พบเชื้อไวรัสชิคุนกุนยา จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 40.00) ตรวจหาเชื้อไวรัสชิคุนกุนยาในยุงลาย *Aedes aegypti* จำนวน 5 ตัวอย่าง ไม่พบเชื้อไวรัสชิคุนกุนยาในยุง พบผู้ป่วยกระจายไปในทุกกลุ่มอายุ เกิดการระบาดของโรคระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2561 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ 2562 การระบาดเป็นแบบแหล่งโรคแพร่กระจาย (Propagated source) พบผู้ป่วยยืนยันใน 4 หมู่บ้าน 2 อำเภอ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ได้แก่ ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายที่สูงเกินมาตรฐาน มาตรการควบคุมโรคที่ดำเนินการ คือ การกำจัดยุงลายตัวเต็มวัย การกำจัดทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่ประชาชน ตั้งแต่วันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2562 ไม่พบผู้ป่วยโรคชิคุนกุนยารายใหม่ในพื้นที่

คำสำคัญ: โรคชิคุนกุนยา

Abstract

Investigation of Chikungunya disease, Surin province among November 4, 2018–March 15, 2019 the objective were to confirm diagnosis and describe outbreak of the diseases. The descriptive study by place, time, person, laboratory and environment survey were set to this event. One hundred and fifty-five illness that meet definition, 25 checked for chikungunya (16.67 %) and 10 found (40.00 %), 5 of mosquitoes check for *Aedes aegypti* and it was not found. Patients were spread in all age groups. Outbreak was found between November 2018 to February 2019. It was propagated source, confirmed cases in 4 villages, 2 districts. Risk factors for disease include high mosquito larvae index. Disease control measures that are already implemented are mosquito elimination, how to eliminate mosquito breeding sites. Public relations to educate people whose diseases have calmed down without finding patients in chikungunya disease in the ground starting on February 20, 2019.

Keywords: Chikungunya disease

บทนำ

เมื่อวันที่ 1 มกราคม 2562 SRRT กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ได้รับทราบผ่านทาง social media พบผู้ป่วยออกผื่นเป็นจำนวนมากที่บ้านพนัสนิ หมู่ 5 ตำบลจารพัต อำเภอสี่ขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ ทางทีมได้แจ้ง SRRT อำเภอสี่ขรภูมิ ออกสอบสวนโรคในพื้นที่ ร่วมกับศูนย์ควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงที่ 9.3 จังหวัดสุรินทร์ ตั้งแต่วันที่ 3 มกราคม 2562 ถึง วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2562

วัตถุประสงค์

1. เพื่อยืนยันการวินิจฉัยและการระบาดของโรค
2. เพื่อศึกษาลักษณะการระบาด และการกระจายของโรค ตามบุคคล เวลา สถานที่
3. เพื่อค้นหาสาเหตุการเกิดโรค แหล่งรังโรค และวิธีการถ่ายทอดโรค
4. เพื่อหามาตรการในการป้องกันและควบคุมโรค

วิธีการศึกษา (1, 2, 3)

1. ศึกษาประวัติวิทยาเชิงพรรณนาเพื่อหาขอบเขตการเกิด และการกระจายของโรคตามลักษณะของบุคคล เวลา และสถานที่ ทั้งข้อมูลที่เป็นปัจจุบันและข้อมูลของการเกิดโรคที่ผ่านมา ดังนี้

1.1 ศึกษาสถานการณ์จากการระบาดของโรคที่มีอาการไข้ ออกผื่น ได้แก่ โรคไข้เลือดออก โรคหัด ของจังหวัดสุรินทร์ ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2561 – 7 กุมภาพันธ์ 2562 เพื่อหาแนวโน้มการเกิดโรค

1.2 เก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสอบสวนโรคชิกุนญา โดยการสอบถามผู้ป่วย และญาติผู้ป่วยตามคำนิยาม เพื่อค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2561 – 7 กุมภาพันธ์ 2562

1.3 ศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย ที่เข้ารับการรักษาด้วยอาการไข้ ออกผื่น ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง และโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมจังหวัดสุรินทร์ จากศูนย์ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ (Health Data Center) บันทึกจากเวชระเบียนโปรแกรม HOS XP ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2561 – 7 กุมภาพันธ์ 2562

นิยามผู้ป่วย (4,5)

ผู้ป่วยยืนยัน หมายถึง ผู้ที่มีอาการไข้ ร่วมกับอาการอย่างน้อย 2 อาการ ต่อไปนี้ คือ มีผื่นแดง ปวดข้อ ปวดกล้ามเนื้อ ปวดศีรษะ ปวดกระบอกตา อาศัยอยู่ หมู่ 5, หมู่ 12, หมู่ 20 ตำบลจารพัต อำเภอสี่ขรภูมิ และหมู่ 10 ตำบลคำฝาง อำเภอนาโพธิ์ จังหวัดสุรินทร์ ระหว่างวันที่ 4 พฤศจิกายน 2561 – วันที่ 15 มีนาคม 2562 และมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ PCR พบเชื้อชิกุนญา

ผู้ป่วยสงสัย หมายถึง ผู้ที่มีอาการไข้ ร่วมกับอาการอย่างน้อย 2 อาการ ต่อไปนี้ คือ มีผื่นแดง ปวดข้อ ปวดกล้ามเนื้อ ปวดศีรษะ ปวดกระบอกตา อาศัยอยู่ หมู่ 5, หมู่ 12, หมู่ 20 ตำบลจารพัต อำเภอสี่ขรภูมิ และหมู่ 10 ตำบลคำฝาง อำเภอนาโพธิ์ จังหวัดสุรินทร์ ระหว่างวันที่ 4 พฤศจิกายน 2561 – วันที่ 15 มีนาคม 2562

2. การศึกษาทางห้องปฏิบัติการ โดยการเก็บตัวอย่าง serum ผู้ป่วย หลังจากวันเริ่มมีอาการไข้ไม่เกิน 4 วัน เพื่อส่งตรวจหาเชื้อไวรัสชิกุนญาด้วยวิธี Real-time PCR ที่ศูนย์ปฏิบัติการโรคทางสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และสถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 25 ราย

3. การศึกษาทางกึ่งวิทยา โดยการเก็บตัวอย่างยุงลาย จาก 4 หมู่บ้าน (หมู่ 5, หมู่ 12, หมู่ 20 ตำบลจารพัด อำเภอสี่พระยา และหมู่ 10 ตำบลคำฝาง อำเภอโนนนารายณ์ จังหวัดสุรินทร์) โดยเจ้าหน้าที่จากศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ 9.3 จังหวัดสุรินทร์ เพื่อศึกษาชนิดของยุงพาหะ และตรวจหาเชื้อไวรัสที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคในยุงด้วยวิธี Nested RT-PCR and Sequencing จำนวน 5 ตัวอย่าง ที่หน่วยปฏิบัติการวิจัยชีววิทยาของแมลงพาหะนำโรคและโรคติดต่อ นำโดยแมลง ภาควิชาปรสิตวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

4. การศึกษาด้านสภาพแวดล้อม เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรค และค้นหาแหล่งรังโรค โดยการสำรวจสภาพแวดล้อมทั่วไปในชุมชน การสำรวจค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายในชุมชน โรงเรียน วัด และสถานบริการสาธารณสุข

ผลการสอบสวนโรค

ข้อมูลทั่วไป

พบผู้ป่วยที่เข้าได้กับนิยาม 2 อำเภอ 4 หมู่บ้าน 74 ครอบครัว คือ บ้านพันชี หมู่ 5 บ้านโคกเจริญ หมู่ 12 บ้านป่ายาว หมู่ 20 ตำบลจารพัด อำเภอสี่พระยา และบ้านน้อยชะียง หมู่ 10 ตำบลคำฝาง อำเภอโนนนารายณ์ จังหวัดสุรินทร์

ตำบลจารพัด อำเภอสี่พระยา จังหวัดสุรินทร์ มีพื้นที่ประมาณ 47.3 ตารางกิโลเมตร จำนวนหมู่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบ จำนวน 20 หมู่บ้าน จำนวนหลังคาเรือนทั้งสิ้น 2,663 หลังคาเรือน ประชากร จำนวน 10,690 คน จำแนกเป็นเพศชาย จำนวน 5,242 คน เพศหญิง จำนวน 5,448 คน ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 90.00

บ้านพันชี หมู่ที่ 5 ตำบลจารพัด อำเภอสี่พระยา จังหวัดสุรินทร์ มีจำนวนหลังคาเรือนทั้งสิ้น 186 หลังคาเรือน ประชากร 803 คน จำแนกเป็นเพศชาย 393 คน เพศหญิง 410 คน ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม รองลงมา คือ ทอผ้าไหม

บ้านโคกเจริญ หมู่ที่ 12 ตำบลจารพัด อำเภอสี่พระยา จังหวัดสุรินทร์ มีจำนวนหลังคาเรือนทั้งสิ้น 131 หลังคาเรือน ประชากร 564 คน จำแนกเป็นเพศชาย 281 คน เพศหญิง 283 คน ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม

บ้านป่ายาว หมู่ที่ 20 ตำบลจารพัด อำเภอสี่พระยา จังหวัดสุรินทร์ มีจำนวนหลังคาเรือนทั้งสิ้น 133 หลังคาเรือน ประชากร 639 คน จำแนกเป็นเพศชาย 307 คน เพศหญิง 332 คน ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม

หมู่บ้านทั้ง 3 แห่ง มีอาณาเขตติดกัน มีเพียงถนนคอนกรีตเป็นเส้นแบ่งเขตหมู่บ้านเท่านั้น มีวัดบ้านพันชีเป็นสถานที่ประกอบศาสนกิจร่วมกัน และมีโรงเรียนบ้านพันชีเป็นสถานศึกษาที่เด็กทั้ง 3 หมู่บ้านไปเรียนร่วมกัน

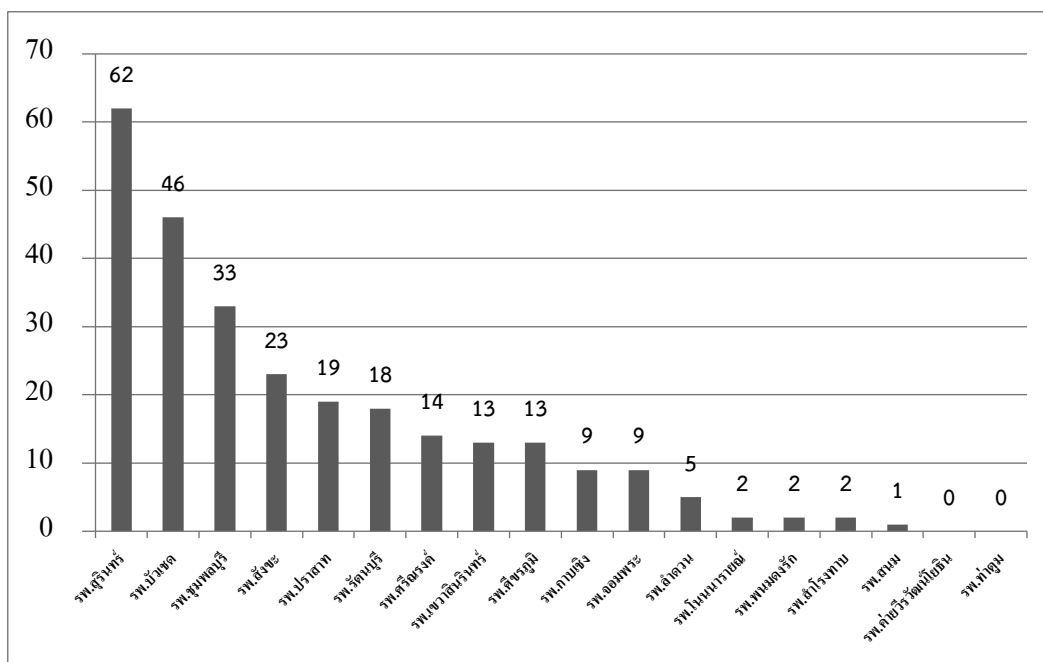
ตำบลคำฝาง อำเภอโนนนารายณ์ จังหวัดสุรินทร์ มีพื้นที่ประมาณ 34.4 ตารางกิโลเมตร จำนวนทั้งหมด 12 หมู่บ้าน ประชากร 6,203 คน จำแนกเป็นเพศชาย 3,123 คน เพศหญิง 3,080 คน ประชาชนประกอบอาชีพเกษตรกรรม เช่น ทำนา ปลูกมันสำปะหลัง ปลูกอ้อย และยางพารา

บ้านน้อยชะียง หมู่ 10 ตำบลคำฝาง อำเภอโนนนารายณ์ จังหวัดสุรินทร์ มีจำนวน 108 หลังคาเรือน ประชากร 468 คน จำแนกเป็น เพศชาย 207 คน เพศหญิง 261 คน ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม

ผลการศึกษา

1. การศึกษาข้อมูลผู้ป่วยตามรหัส ICD-10 ได้แก่ A90.1-A92.9 Viral hemorrhagic fever, A99.0- A99.9 Unspecified hemorrhagic fever ที่นำโดยยุง, B05.1-B05.9 Measles, B06.1-B06.9 Rubella, B09.1-B09.9 Unspecified viral infection characterized by skin and mucous membrane lesions , M30.3 Mucocutaneous lymph node syndrome (Kawasaki) ระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2561- 7 กุมภาพันธ์ 2562 พบผู้ป่วยไข่ออกผื่น จำนวน 271 ราย พบใน 16 โรงพยาบาล (ร้อยละ 84.20) พบมากที่สุดที่โรงพยาบาลสุรินทร์ จำนวน 62 ราย ดังแสดงในรูปที่ 1

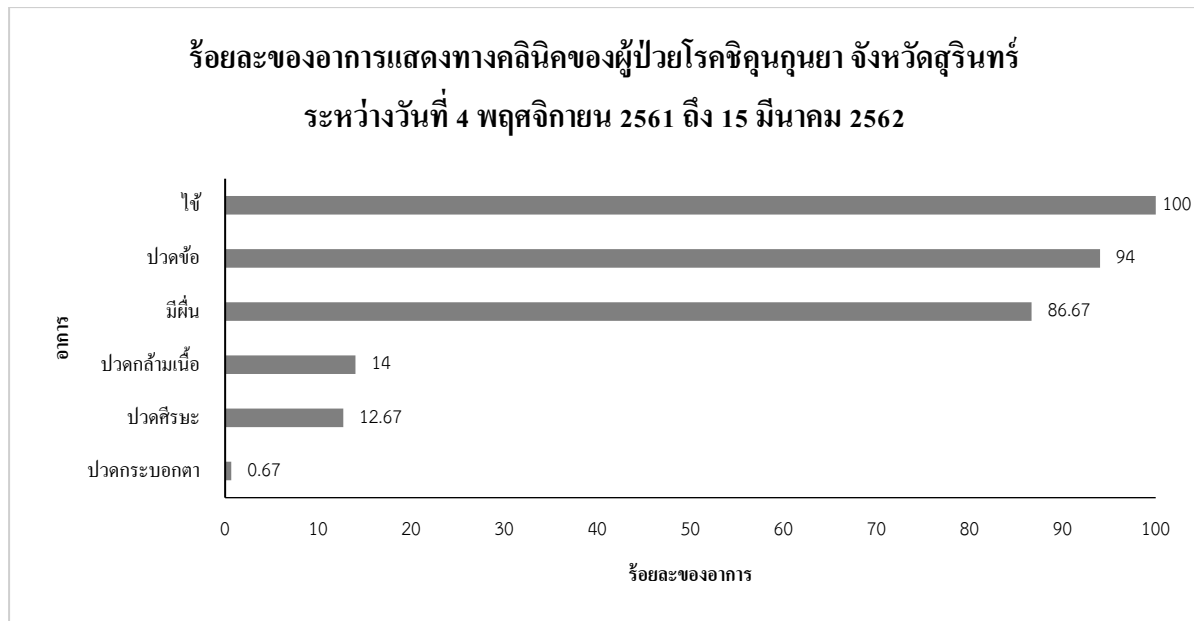
2. การค้นหาผู้ป่วยโรคชิคุนกุนยาเพิ่มเติม (Active Case Finding) โดยใช้แบบเก็บข้อมูลที่สร้างขึ้นสอบถามผู้ที่มีอาการในชุมชน ระหว่างวันที่ 28 ธันวาคม 2561-15 มีนาคม 2562 พบผู้ป่วยที่เข้าได้ตามนิยาม จำนวน 150 ราย ได้แก่ อำเภอศีขรภูมิ 136 ราย อำเภอโนนนารายณ์ 11 ราย อำเภอเมืองสุรินทร์ 2 ราย อำเภอจอมพระ 1 ราย



รูปที่ 1 จำนวนผู้ป่วยโรคไข้ออกผื่นตามรหัส ICD 10 วันที่ 1 พฤศจิกายน 2561 - 7 กุมภาพันธ์ 2562 จำแนกตามสถานบริการ

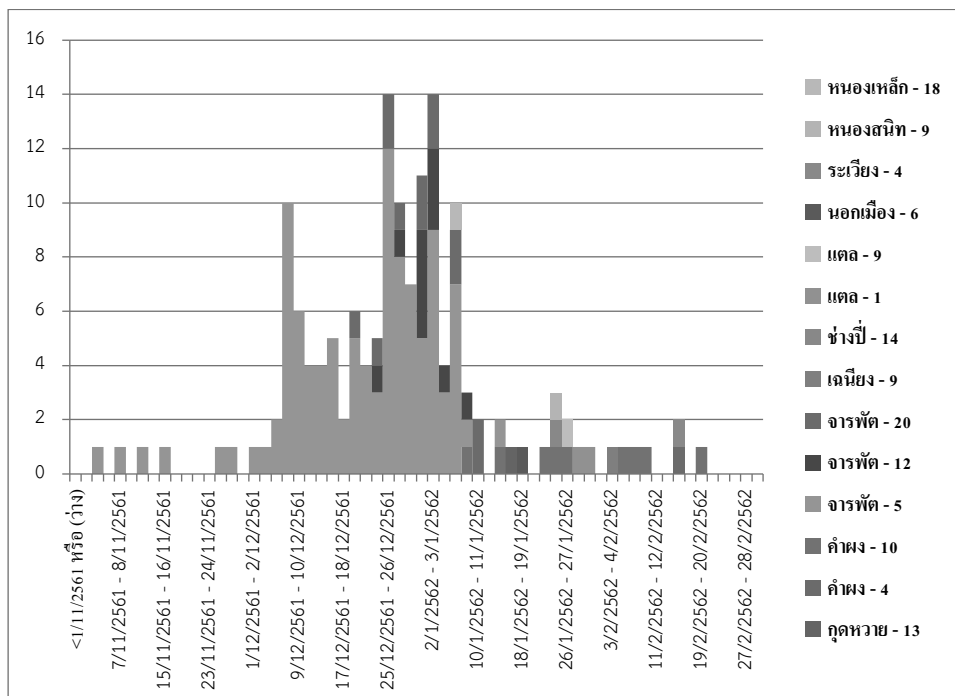
3. การส่ง serum ผู้ที่มีอาการเข้าได้กับนิยาม จำนวน 25 ราย ตรวจพบเชื้อ 10 ราย (ร้อยละ 40.00) เป็นผู้ป่วยใน 4 หมู่บ้าน 2 ตำบล 2 อำเภอ แต่ผลการตรวจในยุ้ง ไม่พบเชื้อ แหล่งรังโรคคือลูกน้ำยุงลาย

4. พบผู้ป่วยยืนยันและผู้ป่วยสงสัยโรคชิคุนกุนยา 150 ราย เพศชาย 87 ราย (ร้อยละ 58.00) เพศหญิง 63 ราย (ร้อยละ 42.00) คิดเป็นอัตราส่วน เพศชาย:เพศหญิง เท่ากับ 1.38:1 โอกาสเกิดโรคในเพศชายมากกว่าเพศหญิง อายุต่ำสุด 1 ปี อายุสูงสุด 91 ปี ค่ามัธยฐาน เท่ากับ 34 ปี พบผู้ป่วยกระจายไปทุกกลุ่มอายุ อาชีพที่พบผู้ป่วยสูงสุด คือ นักเรียน/นักศึกษา จำนวน 48 ราย (ร้อยละ 36.92) รองลงมา ได้แก่ ทอผ้าไหม เกษตรกร และรับจ้าง จำนวน 33, 29 และ 12 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐ จำนวน 75 ราย (ร้อยละ 50.00) รองลงมา คือ คลินิกเอกชน จำนวน 51 ราย (ร้อยละ 34.00) บางส่วนซื้อยาจากร้านขายยา และร้านค้าในชุมชนรับประทานเอง จำนวน 16 ราย (ร้อยละ 10.67) และไม่ได้รับการรักษาเลย จำนวน 8 ราย (ร้อยละ 5.33) ผู้ป่วยมีอาการแสดงทางคลินิก ดังนี้ มีไข้ ร้อยละ 100 ปวดข้อ ร้อยละ 94.00 มีผื่นร้อยละ 86.67 และมีอาการปวดกล้ามเนื้อ ปวดศีรษะ ปวดกระบอกตา เล็กน้อย ดังแสดงในรูปที่ 2



รูปที่ 2 ร้อยละของอาการแสดงทางคลินิกของผู้ป่วยโรคชิคุนกุนยา จังหวัดสุรินทร์ พ.ศ. 2562

5. การระบาดครั้งนี้น่าจะมีสาเหตุมาจากผู้ป่วยที่มีอาการสงสัยรายแรกเพศชาย อายุ 9 ปี เรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนบ้านพันชี เริ่มมีอาการป่วยตั้งแต่วันที่ 4 พฤศจิกายน 2561 มีอาการป่วยเป็นไข้ มีผื่นแดงขึ้นตามร่างกาย และปวดข้อ และไปรับการรักษาที่คลินิกเอกชน แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคชิคุนกุนยา ผู้ป่วยสูงสุดในช่วงเดือนธันวาคม 2561 ผู้ป่วยรายสุดท้าย วันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2562 พบว่า เป็นการระบาดแบบแหล่งโรคแพร่กระจาย (Propagated source) ดังแสดงในรูปที่ 3



รูปที่ 3 จำนวนผู้ป่วยโรคชิคุนกุนยาจำแนกตามวันเริ่มป่วย การกระจายของโรคตามสถานที่จังหวัดสุรินทร์ พ.ศ. 2562

6. พบผู้ป่วยโรคชิคุนกุนยา กระจายไปใน 14 หมู่บ้าน 10 ตำบล 4 อำเภอ จำแนกเป็นอำเภอศีขรภูมิ 136 ราย ใน 5 ตำบล ได้แก่ ตำบลจารพัต 130 ราย ตำบลแดล 2 ราย ตำบลกุดหวาย ตำบลช่างปี และตำบลหนองเหล็ก แห้งละ 1 ราย ผลการตรวจพบเชื้อ 8 ราย ตำบลจารพัต หมู่ 5 จำนวน 4 ราย หมู่ 20 จำนวน 3 ราย และหมู่ 12 จำนวน 1 ราย อำเภอโนน

นารายณ์ พบผู้ป่วย 11 ราย ตำบลคำผง 10 ราย ตำบลระเวียง 1 ราย ผลการตรวจพบเชื้อ 2 ราย ตำบลคำผง หมู่ 10 อำเภอเมืองสุรินทร์ พบผู้ป่วย 2 ราย อำเภอจอมพระ พบผู้ป่วย 1 ราย ผลการตรวจไม่พบเชื้อ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยโรคชิคุนกุนยา จำแนกตามหมู่บ้าน จังหวัดสุรินทร์ ระหว่างวันที่ 27 ตุลาคม 2561 ถึง 15 มีนาคม 2562

อำเภอ	ตำบล	หมู่	ผู้ป่วยสงสัย	ผู้ป่วยยืนยัน	รวม
ศีขรภูมิ	จารพัต	5	102	4	106
		12	10	1	11
		20	10	3	13
	แสด	1	2	0	2
		9	1	0	1
		13	1	0	1
	ช่างปี	14	1	0	1
		18	1	0	1
		18	1	0	1
โนนนารายณ์	คำผง	4	1	0	1
		10	7	2	9
		4	1	0	1
เมืองสุรินทร์	เจ็ญ	9	1	0	1
		6	1	0	1
		9	1	0	1
จอมพระ	หนองสนิ	9	1	0	1
		รวม	140	10	150

ผลการศึกษาด้านสิ่งแวดล้อม

สภาพแวดล้อมของบ้านพันชี หมู่ 5 บ้านโคกเจริญ หมู่ 12 และบ้านป่ายาว หมู่ 20 ตำบลจารพัต อำเภอศีขรภูมิ มีลักษณะเป็นชุมชนในชนบท บ้านเรือนของประชาชนจะค่อนข้างติดกันประกอบกับประชาชนประกอบอาชีพทอดผ้าไหม ยกต่อการกำจัดขยะมูลฝอย ส่วนบ้านน้อยชะยิง หมู่ 10 ตำบลคำผง อำเภอโนนนารายณ์ บ้านเรือนอยู่ติด ๆ กัน ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ ทำนา ทำสวน และปลูกยางพาราบริเวณบ้าน และมีต้นไม้รอบ ๆ บริเวณบ้าน

จากการสำรวจลูกน้ำยุงลายทั้ง 11 หมู่บ้าน โดยศูนย์ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงที่ 9.3 จังหวัดสุรินทร์ ระหว่างวันที่ 3 มกราคม-1 มีนาคม 2562 พบว่า หมู่บ้านที่พบผู้ป่วยยืนยันมีค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย ลดลงเป็น 0 ในสัปดาห์ที่ 4 หลังจากพบผู้ป่วยรายแรก ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการสำรวจค่าดัชนีความชุกกลุณน้ำยุงลาย จำแนกตามหมู่บ้าน จังหวัดสุรินทร์ ระหว่างวันที่ 3 มกราคม 2562 ถึง 1 มีนาคม 2562

วัน เดือน ปี	สถานที่					ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย		
	หมู่	บ้าน	ตำบล	อำเภอ	จังหวัด	HI	CI	BI
3 มกราคม 62	5	พันยี่	จารพัด	ศีขรภูมิ	สุรินทร์	66.67	23.81	-
	20	ป่ายาว	จารพัด	ศีขรภูมิ	สุรินทร์	6.67	2.86	-
11 มกราคม 62	5	พันยี่	จารพัด	ศีขรภูมิ	สุรินทร์	35	11.94	40
	12	โคกเจริญ	จารพัด	ศีขรภูมิ	สุรินทร์	18.6	7.14	23.26
	20	ป่ายาว	จารพัด	ศีขรภูมิ	สุรินทร์	27.87	10.37	45.9
17 มกราคม 62	5	พันยี่	จารพัด	ศีขรภูมิ	สุรินทร์	5	1.71	5
	12	โคกเจริญ	จารพัด	ศีขรภูมิ	สุรินทร์	2.5	1.59	5
	20	ป่ายาว	จารพัด	ศีขรภูมิ	สุรินทร์	10	3.47	12.5
25 มกราคม 62	5	พันยี่	จารพัด	ศีขรภูมิ	สุรินทร์	5	1.4	5
	12	โคกเจริญ	จารพัด	ศีขรภูมิ	สุรินทร์	2.5	0.53	2.5
	20	ป่ายาว	จารพัด	ศีขรภูมิ	สุรินทร์	0	0	0
28 มกราคม 62	1	ช่างปี	ช่างปี	ศีขรภูมิ	สุรินทร์	57.5	20.94	122.5
	14	อ่างสมบูรณ์	ช่างปี	ศีขรภูมิ	สุรินทร์	70	17.26	132.5
1 กุมภาพันธ์ 62	5	พันยี่	จารพัด	ศีขรภูมิ	สุรินทร์	0	0	0
	12	โคกเจริญ	จารพัด	ศีขรภูมิ	สุรินทร์	2.5	2.27	7.5
	20	ป่ายาว	จารพัด	ศีขรภูมิ	สุรินทร์	0	0	0
4 กุมภาพันธ์ 62	1	ช่างปี	ช่างปี	ศีขรภูมิ	สุรินทร์	7.5	2.67	10
	14	อ่างสมบูรณ์	ช่างปี	ศีขรภูมิ	สุรินทร์	10	2.82	12.5
6 กุมภาพันธ์ 62	1	แตล	แตล	ศีขรภูมิ	สุรินทร์	32.5	7.64	52.5
	9	ชโนนแคน	แตล	ศีขรภูมิ	สุรินทร์	40	12.35	52.5
7 กุมภาพันธ์ 62	9	หนองสนิท	สนิท	จอมพระ	สุรินทร์	37.5	9.8	60
				โนน				
8 กุมภาพันธ์ 62	10	น้อยขยุง	คำผง	นารายณ์	สุรินทร์	22.5	8.97	-
	13	โคกสนวน	กุดหวาย	ศีขรภูมิ	สุรินทร์	15	4.35	20
11 กุมภาพันธ์ 62	18	โคกลาว	เหล็ก	ศีขรภูมิ	สุรินทร์	2.5	0.58	2.5
				โนน				

ตารางที่ 2 ผลการสำรวจค่าดัชนีความชุกของน้ำยุงลาย จำแนกตามหมู่บ้าน จังหวัดสุรินทร์ ระหว่างวันที่ 3 มกราคม 2562 ถึง 1 มีนาคม 2562 (ต่อ)

วันเดือนปี	สถานที่					ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย		
	หมู่	บ้าน	ตำบล	อำเภอ	จังหวัด	HI	CI	BI
15 กุมภาพันธ์ 62	10	น้อยขยุง	คำผง	นารายณ์ โนน	สุรินทร์	0	0	0
22 กุมภาพันธ์ 62	10	น้อยขยุง	คำผง	นารายณ์ โนน	สุรินทร์	0	0	0
1 มีนาคม 62	11	น้อยขยุง	คำผง	นารายณ์	สุรินทร์	0	0	0

หมายเหตุ การคำนวณค่า HI = จำนวนหลังคาเรือนที่พบลูกน้ำ $\times 100$ / จำนวนหลังคาเรือนที่สำรวจ
การคำนวณค่า CI = จำนวนภาชนะที่พบลูกน้ำ $\times 100$ / จำนวนภาชนะที่สำรวจ
ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก ค่า HI ปลอดภัย 0 เสี่ยงต่ำ < 10
ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก ค่า CI ปลอดภัย 0 เสี่ยงต่ำ < 5

จากการเฝ้าระวังหลังจากพบผู้ป่วยรายสุดท้ายในพื้นที่ เมื่อวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2562 ไปจนครบ 2 เท่าของระยะฟักตัวที่ยาวที่สุดของโรค จำนวน 28 วัน จนครบในวันที่ 15 มีนาคม 2562 ปรากฏว่าไม่พบผู้ป่วยโรคชิกุนงยาในพื้นที่จังหวัดสุรินทร์

มาตรการป้องกันและควบคุมโรค

1. จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) โรคไข้ปวดข้อยุงลายในระดับจังหวัด ตั้งแต่ได้รับรายงานผู้ป่วยมากกว่า 1 อำเภอ และระดับอำเภอที่อำเภอศีขรภูมิ และโนนนารายณ์ ตั้งแต่พบผู้ป่วยยืนยัน รายที่ 1 โดยกำชับให้ดำเนินการตามมาตรการป้องกันโรคไข้ปวดข้อยุงลาย 3 3 1 7 14 21 28 โดยจะต้องทำให้ความชุกของน้ำยุงลาย เป็น 0 ภายใน 7 วัน และควบคุมโรคให้สงบภายใน 28 วัน⁽⁶⁾
2. ประชุมและชี้แจงสถานการณ์เวทีประชุมประจำเดือนหัวหน้าส่วนราชการจังหวัด และเวทีการประชุมประจำเดือนผู้บริหารหน่วยงานสาธารณสุขทุกเดือน เพื่อกำหนดมาตรการแนวทางการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันโรค
3. ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงที่ 9.3 จังหวัดสุรินทร์ ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ในการพ่นหมอกควัน และพ่นละอองฝอย (ULV) เพื่อกำจัดยุงลายตัวเต็มวัย
4. ดำเนินการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้โดยผ่านเวทีประชาคมหมู่บ้าน เพื่อให้ประชาชนร่วมกันปรับปรุงสภาพแวดล้อม กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เน้นการป้องกันตนเองและบุคคลในครอบครัว โดย อสม. และผู้นำชุมชน 4 ครั้ง ๆ 1 วัน ในเวลากลางคืน
5. จัดกิจกรรมรณรงค์พัฒนาสิ่งแวดล้อม กำจัดและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในชุมชน โรงเรียน วัด ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยจิตอาสา อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ครู นักเรียนและประชาชน ทุกวันศุกร์ 8 ครั้ง
6. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดำเนินการสำรวจค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายในชุมชนและมีการสำรวจค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายเปรียบเทียบ โดยศูนย์ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงที่ 9.3 จังหวัดสุรินทร์

7. ทีม SRRT ดำเนินการสอบและควบคุมโรค เมื่อมีรายงานผู้ป่วยรายใหม่ในพื้นที่ เช่น พันทมกวัน เพื่อกำจัดยุงลายตัวเต็มวัย รัศมี 100 เมตร รอบบ้านผู้ป่วย ดำเนินการในวันแรก และหลังจากนั้น 7 วัน รณรงค์ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย แจกโลชั่นทากันยุงให้กับผู้ป่วยและสมาชิกในบ้าน

8. ดำเนินการเฝ้าระวังติดตามอาการ และค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง ดำเนินการตั้งแต่ 4 พฤศจิกายน 2561-15 มีนาคม 2562

วิจารณ์ผลและข้อเสนอแนะ

การระบาดครั้งนี้เป็นการระบาดของโรคชิกุนกูยา แบบแหล่งโรคแพร่กระจาย พบผู้ป่วยที่เข้ากับนิยาม จำนวน 150 คน ส่งตรวจ serum หาเชื้อ จำนวน 25 ราย พบเชื้อ 10 ราย พบใน 14 หมู่บ้าน 10 ตำบล 4 อำเภอ สาเหตุน่าจะมาจากมีผู้ป่วยเดินทางมาจากจังหวัดปทุมธานี ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีการรายงานผู้ป่วยโรคชิกุนกูยา จากการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง พบผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยเป็นไขออกผื่นกระจายทั่วไปเกือบทุกโรงพยาบาล โรคนี้เคยมีการระบาดที่จังหวัดสุรินทร์ เมื่อปี พ.ศ. 2531 ปัจจัยเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรคคือ ลูกน้ำยุงลายไม่ได้ถูกกำจัดให้เป็น 0 ภายใน 7 วัน ประชาชนพื้นที่ที่ระบาดมีอาชีพทำผ้าไหม ทำให้ยากต่อการกำจัดตัวแก่ รวมทั้งประชาชนเมื่อเจ็บป่วยจะนิยมไปรักษาที่คลินิก ทำให้ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคชิกุนกูยา ทำให้เกิดการระบาดในชุมชนเป็นวงกว้าง อย่างไรก็ตาม เมื่อดำเนินการกำจัดลูกน้ำยุงลายจนเป็น 0 แล้วทำให้ไม่พบผู้ป่วยเพิ่ม ดังนั้น

1. ควรมีการสร้างเครือข่ายการเฝ้าระวังเหตุการณ์ผิดปกติในชุมชน เพื่อตรวจจับหรือเฝ้าระวังเหตุการณ์โรคหรือภัยสุขภาพต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชุมชน ให้สามารถตอบสนองได้อย่างทันท่วงทีและมีประสิทธิภาพ

2. หน่วยงานด้านการรักษา เช่น โรงพยาบาล รพ.สต. ควรมีการสื่อสารแนวทางหรือนิยามเกี่ยวกับโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการตรวจจับการเกิดโรค

3. การเก็บส่งตรวจ ควรมีการวางแผน และประสานงานในการเก็บให้ถูกต้อง เพื่อให้ตัวอย่าง มีคุณภาพ

4. การดำเนินงานป้องกันโรคชิกุนกูยา ควรบูรณาการร่วมกับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก และชุมชนน่าอยู่ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

กิตติกรรมประกาศ

การสอบสวนโรคครั้งนี้ ประสบผลสำเร็จเป็นอย่างดี คณะผู้สอบสวนโรคขอขอบพระคุณผู้มีรายนามและสำนักงานดังต่อไปนี้ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุรินทร์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงที่ 9.3 สุรินทร์ โรงพยาบาลศีขรภูมิ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอศีขรภูมิ โรงพยาบาลโนนนารายณ์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโนนนารายณ์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตลอดจนประชาชนในพื้นที่ ที่ได้กรุณาสันับสนุนให้ความช่วยเหลือ ทั้งให้คำปรึกษาที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการสอบสวนและควบคุมโรค

เอกสารอ้างอิง

- สุนทร เจริญภูมิกรกิจ. รายงานการสอบสวนไข่ออกผื่น ปวดข้อ อำเภอเซกา จังหวัดหนองคาย วันที่ 1 มิถุนายน - 11 สิงหาคม 2538. กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2538.
- ปิติ ทั้งไพศาล. การสอบสวนโรคชิกุนกูยาในวิทยาลัยพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม เดือน พฤษภาคม - มิถุนายน 2552. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ประจำปี 2553; 41(28): 1 - 5.
- ชัยวัฒน์ จิตตบุตร. Chikungunya fever outbreak investigation. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาด- วิทยาประจำปี 2554; 42 (พิเศษ): 1 - 9.

4. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. นิยามโรคติดต่อแห่งประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์, 2546.
5. สุจิตรา นิมมานนิตย์. Chikungunya Infection. รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์ 2539 ; 27(7) : 77– 87.
6. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไขปวดข้อยุ่งลาย. กรุงเทพฯ: สตุติโอวิภา, 2553.

การส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลขามสะแกแสง

Action research for promoting health among hypertension patients by using chronic care (CDM) at Kham Sakeaseang hospital

นิตธิคุณ เขียวอยู่

Nithikun Kyoyu

โรงพยาบาลขามสะแกแสง อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา

Kham Sakeaseang hospital

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

(Article submitted: December 25, 2019; Final version accepted: May 15, 2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลขามสะแกแสง เพื่อศึกษารูปแบบและปัจจัยความสำเร็จการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลขามสะแกแสง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 190 คน ได้แก่ เจ้าหน้าที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 7 คน และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 183 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังทำการวิจัย ตามขั้นตอนการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยคู่มือชุดความรู้การดูแลโรคเรื้อรัง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา โดยการบรรยายเชิงพรรณนา ผลการวิจัย พบว่า ผู้รับผิดชอบคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีความรู้ความสามารถหลังการจัดบริการตามวงจรการบริหารงานคุณภาพ การจัดบริการดูแลโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลขามสะแกแสง มีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้น กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจ การสนับสนุนการดูแลตนเองและความพึงพอใจมีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P- value 0.05 พบว่า 1) โรงพยาบาลมีรูปแบบการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพการดูแลโรคเรื้อรัง ตามวงจรการบริหารงานคุณภาพ ได้แก่ ⁽¹⁾ มีการประชุมวางแผนการปฏิบัติการ (P: Plan) ระหว่างเจ้าหน้าที่งานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลขามสะแกแสง ⁽²⁾ มีการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ (D: Do) โดยคู่มือชุดความรู้การดูแลโรคเรื้อรังตามขั้นตอนการดูแลโรคเรื้อรัง ⁽³⁾ มีการตรวจสอบติดตามทบทวนปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน (C: Check) ⁽⁴⁾ มีการปรับปรุงและพัฒนาแผนจัดบริการ A: Action ตามขั้นตอนการดูแลโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง 2) มีปัจจัยความสำเร็จของการดูแลโรคเรื้อรัง ได้แก่ ⁽¹⁾ มีการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ⁽²⁾ มีการออกแบบระบบบริการของเจ้าหน้าที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ⁽³⁾ มีการทำงานเป็นทีมโดยใช้ความรู้ของแพทย์ช่วยสนับสนุนการจัดบริการ ⁽⁴⁾ มีการจัดระบบฐานข้อมูลที่ดี และ ⁽⁵⁾ มีการเชื่อมโยงทรัพยากรในชุมชนให้เกิดประโยชน์สูงสุด ข้อเสนอแนะ 1) โรงพยาบาลขามสะแกแสง ควรสนับสนุนการใช้และปฏิบัติตามขั้นตอนรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง โดยมีแพทย์ เกษตรกร และสหวิชาชีพ ร่วมเป็นคณะทำงานปฏิบัติการสนับสนุนการดำเนินงาน 2) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรนำรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังไปขยายผลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในกลุ่มผู้ป่วยไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ 3) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรมีนโยบายหรือแผนพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล และสหวิชาชีพ ให้มีความรู้ความเข้าใจ การส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ ตามรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง เพื่อให้สามารถจัดบริการดูแลกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง, รูปแบบดูแลโรคเรื้อรัง, วงจรการบริหารงานคุณภาพ

Abstract

Action research for promoting health among hypertension patients by using the chronic care model (CDM) at Kham Sakaesaeng hospital. In order to use the research results and the success factors in providing chronic care services health promotion for patients with hypertension in Kham Sakaesaeng hospital. The sampling group was selected by 190 people, are chronic disease clinic staff 7 people and 183 hypertension patients. The research instrument was the interview. Data were collected before and after the research. Follow the health promotion procedures for patients with hypertension and using the chronic care knowledge manual. Analyze quantitative data using descriptive statistics. Distribution, frequency, percentage, mean, standard deviation, and content analysis by a descriptive description. The result of the research that after the provision of health promotion services by the chronic care model (CDM). The statistically increasing average score of significant P-value 0.05. 1) Kham Sakaesaeng hospital chronic care model (CDM). Consisted of ⁽¹⁾ Conducting a research meeting (P: Plan) with a sample of non-communicable disease clinic staff members of Kham Sakaesaeng hospital ⁽²⁾ Health promotion (D: Do) is carried out through the chronic disease care knowledge manual follow chronic care steps ⁽³⁾ There are an inspection and review of problems and obstacles in the operation (C: Check) and ⁽⁴⁾ Continuous improvement and development of the draft plan: A: Action according to chronic disease care procedures 2) There are success factors in caring for chronic care model (CDM), including ⁽¹⁾ self-management support model ⁽²⁾ delivery system design model ⁽³⁾ Decision support model ⁽⁴⁾ Clinical information system model ⁽⁵⁾ Community resource linkages model and ⁽⁶⁾ The satisfaction of the chronic care model of Kham Sakaesaeng hospital the highest level. Suggestions from research chronic care model (CDM) 1) procedures should be used and implemented, with physicians, pharmacists, and multidisciplinary groups working as operational support groups, 2) District Health Office should be expanded the process to the results in sub-district health promotion hospital. There is health promotion for patients with hypertension and other chronic non-communicable patients, 3) Provincial Health Office should be a policy or a plan for the development of medical staff, nurses, and multidisciplinary staff to have knowledge, understanding, and health promotion for patients with hypertension and other chronic non-communicable patients. In accordance with the chronic care model (CDM), in order to be able to effectively manage chronic non-communicable diseases. Proposal for the next research should be researched on the effects of health promotion on other non-communicable diseases. By using the chronic care model (CDM) as a research guideline.

Keywords: Health promotion on hypertension patients, Chronic Care Model (CDM), Quality management Deming Cycle: PDCA.

องค์การอนามัยโลกเล็งเห็นว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาใหญ่ที่กำลังทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ จากสถิติผู้เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูง ปี พ.ศ. 2560 พบว่า สาเหตุการเสียชีวิตของประชากรโลกทั้งหมด มีถึงร้อยละ 63 ที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูง มากกว่าร้อยละ 80 เป็นประชากรของประเทศที่กำลังพัฒนา และที่สำคัญ คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 32 อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุ⁽¹⁾

ข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุ ประเทศไทย จากการประเมินสถานะสุขภาพด้วยตนเองผู้สูงอายุด้าน “ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรพื้นฐานที่ใกล้ตัว” หมายถึง ความสามารถในการทำกิจวัตรพื้นฐาน ทั้ง 3 เรื่องได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องมีใครช่วย หรือใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุต่ำกว่า 80 ปี กว่า ร้อยละ 95 ยังสามารถกินอาหาร ใส่เสื้อผ้า (แต่งตัว) อาบน้ำ / ล้างหน้า (รวมการใช้ห้องน้ำ) ได้โดยไม่ต้องมีการช่วยเหลือ แต่เมื่ออายุ 80 ปีขึ้นไป

แล้ว จำนวน 2 ใน 10 ของผู้สูงอายุวัยนี้ ไม่สามารถทำกิจวัตรพื้นฐานเหล่านี้ได้ด้วยตนเอง จากการสำรวจ ปี 2560 พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 95 ยังสามารถทำกิจวัตรพื้นฐานที่ใกล้เคียงได้ด้วยตนเอง เท่ากับว่ามีผู้สูงอายุร้อยละ 5 ที่ต้องการการดูแล ผู้สูงอายุประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560 มีปัญหาสุขภาพ เป็นโรคความดันโลหิตสูง อาจเป็นผลมาจากพฤติกรรมของคนไทย ตั้งแต่ก่อนวัยสูงอายุ เช่น การกินอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งนี้ การเสียชีวิตด้วยภาวะ ความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง ช่วงระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา พบอัตราการตายจากภาวะความดันโลหิตสูงและอัตราการตายก่อนวัยอันควรอายุ 30-69 ปี เพิ่มขึ้นเป็นลำดับ ปี พ.ศ. 2560 เท่ากับ 12.2 ต่อแสนประชากร และ 7.4 ต่อแสนประชากร และพบอัตราการตายก่อนวัยอันควร อายุ 30-69 ปี จากภาวะความดัน โลหิตสูง เท่ากับ 9.8 ต่อแสนประชากร⁽²⁾

จังหวัดนครราชสีมา ปี พ.ศ. 2560 มีจำนวนประชากร จำนวน 2,635,318 คน ประกอบด้วย เพศชาย 1,299,611 คน เพศหญิง 1,335,707 คน อัตราส่วนการเป็นภาระเท่ากับ 37 เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราส่วนพึ่งพิงกับระดับประเทศ พบว่า จังหวัดนครราชสีมา มีแนวโน้มผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทุกปี โดยปี พ.ศ. 2557-2560 อัตราส่วนผู้สูงอายุ เท่ากับ 14.63, 17.73, 18.39 และ 19.12 ตามลำดับ⁽³⁾

อำเภอขามสะแกแสง ปี พ.ศ. 2560 มีประชากร จำนวน 43,348 คน ประกอบด้วย เพศชาย จำนวน 21,599 คน เพศหญิง จำนวน 21,749 คน มีผู้สูงอายุจำนวน 3,944 คน (ร้อยละ 9.1) เป็นเพศชาย 1,561 คน (ร้อยละ 3.6) เพศหญิง 2,384 คน (ร้อยละ 5.5) สถานะสุขภาพผู้สูงอายุ 10 อันดับ ของอำเภอขามสะแกแสง ปี พ.ศ. 2560 พบโรค ความดันโลหิตสูง เป็นสาเหตุการป่วยอันดับหนึ่งและมีอัตราเพิ่มขึ้นจำนวน 726 คน (ร้อยละ 18.4 ของจำนวนผู้สูงอายุ)⁽⁴⁾

จากสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ร้อยละ 85 ผู้ที่ป่วยขาดความตระหนักใน การดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการจัดบริการและดูแลของโรงพยาบาลขามสะแกแสงยังไม่มีรูปแบบการติดตามสนับสนุน การรักษาอย่างต่อเนื่อง ด้านการวินิจฉัยการรักษา การให้คำปรึกษาและติดตามสนับสนุนการรักษาแบบมีส่วนร่วมของ สหวิชาชีพ ในระบบบริการยังต้องได้รับการพัฒนาและปรับปรุงให้มีคุณภาพ ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงโดยใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังในโรงพยาบาล ขามสะแกแสง โดยการนำรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic care model: CDM)⁽⁵⁾ ไปปรับปรุงการจัดบริการ และดำเนินกิจกรรมที่ตอบสนองการควบคุมการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ครอบคลุมพฤติกรรมมิติทางกาย ใจ และการสนับสนุนการจัดบริการจากแพทย์ สหวิชาชีพ ซึ่ง จะเป็นประโยชน์ต่อการดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา ให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาล ขามสะแกแสง อำเภอขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยความสำเร็จการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้รูปแบบการดูแลโรค เรื้อรัง ในโรงพยาบาลขามสะแกแสง อำเภอขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังในโรงพยาบาล ขามสะแกแสง อำเภอขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

ประชากร ได้แก่ เจ้าหน้าที่งานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลขามสะแกแสง จำนวน 7 คน และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป รับการรักษาที่โรงพยาบาลขามสะแกแสงตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 ถึง

ปัจจุบัน จำนวน 726 คน

กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย

1) เจ้าหน้าที่งานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ ปฏิบัติงานกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลขามสะแกแสง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 ถึงปัจจุบัน มีส่วนเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ และการพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 7 คน

2) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมานานกว่า 12 เดือน ได้รับการวินิจฉัยและรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลขามสะแกแสงโดยแพทย์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 มีที่พักอาศัยในพื้นที่อำเภอขามสะแกแสง เลือกด้วยวิธีประมาณค่าสัดส่วนของประชากรของทาโรยามาเน⁽⁶⁾ ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 183 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสัมภาษณ์การวิจัย โดยการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมเนื้อหาวัตถุประสงค์ และกรอบแนวคิดการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ด้วยวงจรบริหารงานคุณภาพ⁽⁷⁾ เป็นแบบสัมภาษณ์ จำนวน 2 ชุด ประกอบด้วย

1. แบบสัมภาษณ์ เจ้าหน้าที่งานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้านความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานบริการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตามองค์ประกอบรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง จำนวน 100 ข้อ

2. แบบสัมภาษณ์ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ด้านความรู้ ความเข้าใจ ในการสนับสนุนดูแลสุขภาพตนเอง จำนวน 40 ข้อ

ตรวจสอบความตรงในเนื้อหาของเครื่องมือ โดยเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ ค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบสัมภาษณ์เท่ากับ 1.0 วิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยใช้ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach⁽⁸⁾ เท่ากับ 0.75 ขึ้นไป

3. ชุดเอกสารคู่มือการดูแลโรคเรื้อรัง ในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลขามสะแกแสง อำเภอขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังการปฏิบัติตามขั้นตอน วิเคราะห์โดยสถิติ t-test ที่ระดับความเชื่อมั่น .05 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยการบรรยายเชิงพรรณนาประกอบ การวิเคราะห์ข้อมูล

วิธีดำเนินการวิจัย

ดำเนินการวิจัยตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2560 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2561 มีขั้นตอน ดังนี้

1) ขั้นตอนการเตรียมการ ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ดำเนินการจัดทำโครงการวิจัย เลือกประชากรและกลุ่มตัวอย่างการวิจัย พัฒนาเครื่องมือการวิจัยและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการจัดเก็บข้อมูล

2) ขั้นตอนการวิจัย ตามวงจรคุณภาพ จำนวน 2 วงรอบ ดังนี้

วงรอบที่ 1 ขั้นที่ 1 P: Plan 1) ประชุมวางแผนการปฏิบัติการวิจัย ร่วมกับเจ้าหน้าที่งานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลขามสะแกแสง 2) การเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างเจ้าหน้าที่งานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ก่อนดำเนินการวิจัย (Pre-test) 3) วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 4) จัดทำแผนการปฏิบัติงานบริการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้ป่วยสุขภาพโรคความดันโลหิตสูง 5) จัดทำร่างชุดเอกสารคู่มือการดูแลโรคเรื้อรัง

ขั้นที่ 2 D: Do 1) ดำเนินการปฏิบัติตามแผนส่งเสริมสุขภาพกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตามขั้นตอนการดูแลโรคเรื้อรัง 2) เก็บข้อมูลก่อนดำเนินการ (Pre-test) กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 3) การปฏิบัติ

งานจัดบริการส่งเสริมสุขภาพตามรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง

ขั้นที่ 3 C: Check 1) ตรวจสอบติดตามปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน 2) ประชุมติดตามทบทวนปัญหาอุปสรรคการปฏิบัติงานการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ขั้นที่ 4 A : Action ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างเจ้าหน้าที่งานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 1) ปรับปรุงและพัฒนาการดำเนินงานเป็นแผนการปฏิบัติงาน 2) ปรับปรุงร่างรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง 2) ปรับปรุง ชุดเอกสารคู่มือการส่งเสริมสุขภาพ 3) จัดตั้งคณะทำงานติดตามสนับสนุนการดำเนินงาน

วงรอบที่ 2 ขั้นที่ 1 P: Plan ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างเจ้าหน้าที่งานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและคณะกรรมการบริหาร 1) ประชุมวางแผนการปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพตามรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง 2) เก็บข้อมูล หลังดำเนินการวิจัย (Post -test) กลุ่มตัวอย่างเจ้าหน้าที่งานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 3) จัดทำแผนปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 3) จัดทำชุดเอกสารคู่มือการดูแลโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย ⁽¹⁾ แนวทางปฏิบัติในการพัฒนาระบบการดูแลรักษาและการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ⁽²⁾ การบริหารจัดการกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ⁽³⁾ แผนงานการจัดการภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ⁽⁴⁾ คู่มือทักษะที่ใช้ในการดูแลกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ⁽⁵⁾ องค์ประกอบของการดูแลสุขภาพ ⁽⁶⁾ กรอบแนวคิดการจัดบริการของทีมสุขภาพในการดูแลกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ⁽⁷⁾ พื้นที่การให้บริการในโรงพยาบาลที่ไร้ขอบเขต ⁽⁸⁾ องค์ประกอบของการบริหารจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ⁽⁹⁾ การบริหารจัดการระบบบริการดูแลกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ขั้นที่ 2 D: Do 1) ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 2) ปฏิบัติงานจัดบริการส่งเสริมสุขภาพตามรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง 3) เก็บข้อมูล หลังการรับบริการ (Post-test) กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ขั้นที่ 3 C: Check 1) ตรวจสอบติดตามปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน 2) ประเมินการปฏิบัติงานจัดบริการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 3) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) จากข้อมูลแบบสัมภาษณ์ก่อนและหลังการปฏิบัติตามรูปแบบดูแลโรคเรื้อรัง

ขั้นที่ 4 A: Action 1) พัฒนารูปแบบการดำเนินงานเป็นแผนการปฏิบัติงาน ของโรงพยาบาลขามสะแกแสง 2) ประชุมสรุปผลการพัฒนารูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง จัดทำแผนปฏิบัติงาน 3) นำเสนอแผนและสรุปผลปฏิบัติงานแก่คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลขามสะแกแสง 4) สรุปสังเคราะห์ผลการวิจัย

ผลการวิจัย

เจ้าหน้าที่คลินิกโรคติดต่อไม่เรื้อรัง จำนวน 7 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 100 มีอายุระหว่าง 45-50 ปี ร้อยละ 71.4 สถานะภาพมีคู่สมรส ร้อยละ 100 ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 100 รายได้ต่อเดือน ระหว่าง 25,001-35,000 บาท ร้อยละ 100 ลักษณะงานเป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ปฏิบัติงานรักษาส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ร้อยละ 100 การสนับสนุนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หลังการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P- value < 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบความรู้ ความสามารถ ก่อนและหลังการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ ของเจ้าหน้าที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	$\bar{X}$	S.D.	t	Sig
การสนับสนุนการดูแลตนเอง (self-management support)				
ก่อนการส่งเสริมสุขภาพ	3.31	.30	3.62	.038*
การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ ของเจ้าหน้าที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	$\bar{X}$	S.D.	t	Sig
หลังการส่งเสริมสุขภาพ	4.30	.54		
การออกแบบระบบบริการ (delivery system design)				
ก่อนการส่งเสริมสุขภาพ	3.69	.49	3.87	.024*
หลังการส่งเสริมสุขภาพ	3.81	.50		
ความรู้วิธีที่ช่วยสนับสนุน (Decision support)				
ก่อนการส่งเสริมสุขภาพ	3.36	.58	3.62	.000*
หลังการส่งเสริมสุขภาพ	3.90	.63		
ระบบฐานข้อมูลที่ดี (Clinical information system)				
ก่อนการส่งเสริมสุขภาพ	3.42	0.62	3.31	.000*
หลังการส่งเสริมสุขภาพ	4.12	0.69		
การเชื่อมโยงทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด (Community resource linkages)				
ก่อนการส่งเสริมสุขภาพ	3.65	.51	2.39	.021*
หลังการส่งเสริมสุขภาพ	3.79			

*P-value < 0.05

ผลการเปรียบเทียบหลังการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระดับมากที่สุดทุกด้าน (1) เจ้าหน้าที่ที่มีความรู้วิธีที่ช่วยสนับสนุน [t = 3.62, Sig = .000] (2) มีระบบฐานข้อมูลที่ดี [t = 3.32, Sig = .000] (3) มีการสนับสนุนการดูแลตนเอง [t = 3.62, Sig = 0.38] (4) มีการออกแบบระบบบริการ [t = 3.87, Sig = .024] และ (5) มีการเชื่อมโยงทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด [t = 2.39, Sig = .021]

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 183 คน พบว่าเป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.67 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 64.48 สถานภาพมีคู่สมรส ร้อยละ 56.83 การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 37.16 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 41.53 มีรายได้ระหว่าง 3,001-5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 40.44 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับลูกหลาน ร้อยละ 67.76 ประวัติสุขภาพน้ำหนักโดยเฉลี่ย 65.75 กิโลกรัม ส่วนสูงโดยเฉลี่ย 159.25 เซนติเมตร ได้รับการสนับสนุนการดูแลสุขภาพจากเจ้าหน้าที่คลินิกโรคติดต่อไม่เรื้อรัง โดยใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง หลังการเข้าร่วมการส่งเสริมสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P- value < 0.05

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจการสนับสนุนการดูแลตนเองและความพึงพอใจ ก่อนและหลังการรับ บริการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การรับบริการส่งเสริมสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	$\bar{X}$	S.D.	t	Sig
การสนับสนุนการดูแลตนเอง (self-management support) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง				
ก่อนการส่งเสริมสุขภาพ	3.63	.50	-5.49	.002*
หลังการส่งเสริมสุขภาพ	3.80	.51		
ความพึงพอใจในการพัฒนาการดำเนินงานรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง				
ก่อนการส่งเสริมสุขภาพ	3.6	.50	-1.99	.011*
หลังการส่งเสริมสุขภาพ	3.78	.51		

*P-value < 0.05

ความรู้ความเข้าใจการสนับสนุนการดูแลตนเองและความพึงพอใจ หลังการรับบริการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับมากที่สุดทุกด้าน ได้แก่ 1) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการสนับสนุนการดูแลตนเอง [$t = -5.49$, Sig = .002] ⁽¹⁾ มีแรงจูงใจ ในการสนับสนุนการดูแลตนเอง 2) มีความมั่นใจในการดูแลตนเอง 3) มีความรู้ความเข้าใจโรคของตนเอง 4) มีทักษะในการดำเนินชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรัง และ 5) มีการช่วยเหลือสนับสนุนเพื่อลดอุปสรรคหรือความขาดแคลนทรัพยากร ⁽²⁾ มีความพึงพอใจในการพัฒนาการดำเนินงานรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง ของโรงพยาบาล ขามสะแกแสง ตามวงจรบริหารงานคุณภาพ [$t = -1.99$, Sig = .011]

ปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่ความสำเร็จของการดูแลโรคเรื้อรัง ของโรงพยาบาลขามสะแกแสง ได้แก่

1. การสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ด้าน (1) การสนับสนุนให้มีแรงจูงใจ และความมั่นใจที่จะดูแลตนเอง (2) การสนับสนุนความรู้ความเข้าใจในโรคของตนเอง (3) การสนับสนุนให้มีทักษะในการดำเนินชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรัง (4) การสนับสนุนให้ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนเพื่อลดอุปสรรคหรือความขาดแคลนทรัพยากร
2. การออกแบบระบบบริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรงพยาบาลขามสะแกแสง (1) มีการออกแบบการทำงานเป็นทีม (2) มีการออกแบบการเชื่อมเสริมพลังการดำเนินงานตามแผน (3) มีการให้คำปรึกษาโดยแพทย์ในจัดการรายกรณี
3. ความรู้วิธีที่ช่วยสนับสนุน (1) มีวิธีการเสนอแนวทางทางการดำเนินงาน (2) มีวิธีการสนับสนุนการตัดสินใจให้แพทย์และทีมรักษาพยาบาล (3) มีวิธีการใช้ความรู้ที่ทันสมัยในการรักษาผู้ป่วย
4. ระบบฐานข้อมูลที่ดี (1) มีข้อมูลช่วยเตือนการดำเนินงานตามขั้นตอนแก่ผู้ให้บริการและผู้ป่วย (2) มีข้อมูลที่สามารถแยกแยะผู้ป่วยในฐานข้อมูลเป็นกลุ่มย่อยตามความเสี่ยงเพื่อวางแผนป้องกันได้ (3) มีข้อมูล ที่สามารถช่วยให้ออกแบบการรักษที่เหมาะสมแต่ละรายบุคคล (4) มีข้อมูลที่สามารถใช้ร่วมกันได้ระหว่างทีม ผู้ให้บริการและผู้ป่วยในส่วนที่จำเป็น (5) มีข้อมูลที่สามารถวัดประเมินประสิทธิภาพการทำงานของทีม และระบบงานได้
5. การเชื่อมโยงทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด ได้แก่ (1) แนวทางการทำความเข้าใจทรัพยากรร่วมกับชุมชน (2) แนวทางการเชื่อมโยงทรัพยากรโรงพยาบาลขามสะแกแสง กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (3) แนวทางการเชื่อมโยงทรัพยากรโรงพยาบาลขามสะแกแสง กับองค์กรอื่น ๆ ในชุมชน
6. ข้อเสนอการจัดระบบบริการสุขภาพ (1) ด้านแนวทางการปฏิบัติงานภายในองค์กร (2) ด้านความสามารถของผู้นำระดับสูงในการเป็นแกนนำการดำเนินงานตามแผน (3) ด้านการกำหนดวิสัยทัศน์และพันธกิจ (4) ด้านการจัดทำแผนระยะยาวในการดูแลโรคเรื้อรัง

วิจารณ์ผล

จากผลการศึกษาทำให้เกิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังที่สามารถนำไปใช้ปฏิบัติงานได้ ดังนี้

1) P: Plan (1) มีการประชุมวางแผนการปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตามรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง ร่วมกับเจ้าหน้าที่งานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและคณะกรรมการบริหาร (2) มีการจัดทำแผนปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตามรูปแบบโรคเรื้อรัง ร่วมกับคณะทำงานติดตามสนับสนุนด้านการแพทย์และทีมรักษาพยาบาล สอดคล้องกับ ศิริเนตร สุตี⁽⁹⁾ พบว่า รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน เริ่มตั้งแต่ (1) การประชุมผู้ร่วมวิจัยและบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อศึกษาบริบท ปัญหาและสาเหตุการดูแลสุขภาพ (2) ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและจัดทำแผนการดำเนินการแก้ปัญหา (3) พัฒนาแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยผู้ร่วมวิจัย (4) จัดกิจกรรมในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (5) ติดตามประเมินผลพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ และ (6) สะท้อนผลหลังการปฏิบัติงาน (After Action Review: AAR)

2) D: Do การจัดทำชุดเอกสารคู่มือการดูแลโรคเรื้อรัง ของโรงพยาบาลขามสะแกแสง และดำเนินการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตามขั้นตอนการดูแลโรคเรื้อรัง สอดคล้องกับ ณัฐินี เสือโต และคณะ⁽¹⁰⁾ พบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มเสี่ยงอายุ 35-59 ปี มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ แรงจูงใจ และการรับรู้มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และในระยะติดตามผลมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรม การควบคุมความดันโลหิต และระดับความดันโลหิตดีขึ้นกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

3) C: Check มีการตรวจสอบติดตามทบทวนปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงานบริการดูแลและการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับ วิภาพร อุดตมะ⁽¹¹⁾ พบว่า แนวทางการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานควรมีทีมนิเทศ กำกับ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน มีการทบทวนนโยบายและวางแผนการพัฒนา องค์ความรู้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง การปรับปรุงระบบโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ที่เชื่อมโยงข้อมูลได้ทั้งระบบ (รพ. และรพ.สต.) เพิ่มช่องทางการสื่อสารในระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ และควรมีงบประมาณในการดำเนินงานที่เพียงพอ

4) A: Action (1) มีปรับปรุงและพัฒนาโดยการประชุมสรุปผลการพัฒนารูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง และจัดทำแผนปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่งานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (2) การนำเสนอแผนและสรุปผลปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตามรูปแบบดูแลโรคเรื้อรัง แก่คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล สอดคล้องกับ พิศมัย บุญเลิศ และคณะ⁽¹²⁾ พบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง มีการพัฒนาแนวทางการดูแลอย่างเป็นระบบ มีระบบติดตามประเมินผล โดยทีมเจ้าหน้าที่และทีม สหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องร่วมกับการพัฒนาแนวทางสนับสนุนการดูแลสุขภาพ พัฒนาช่องทางการส่งต่อ และเชื่อมโยงกับเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง

การวิจัยครั้งนี้ มีปัจจัยความสำเร็จที่สามารถพัฒนาสู่กระบวนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่น ๆ ในการสนับสนุนการดูแลตนเองโดยเจ้าหน้าที่งานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นผู้ดำเนินการสนับสนุนให้มีทักษะในการดำเนินชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรัง การสนับสนุนให้มีแรงจูงใจและความมั่นใจที่จะดูแลตนเอง การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในโรคของตนเอง สอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวานควบคุมไม่ได้ ของนวลชนิษฐ์ ลิขิตลีธ⁽¹³⁾

ปัจจัยความสำเร็จที่สามารถนำไปจัดระบบบริการดูแลโรคเรื้อรังได้อย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย

1. การออกแบบระบบบริการ โดยเจ้าหน้าที่งานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ การให้คำปรึกษาของแพทย์ในการจัดการรายกรณี การทำงานเป็นทีม การเยี่ยมเสริมพลังการดำเนินตามแผน สอดคล้องกับ ปราโมทย์ ถ่างกระโทก⁽¹⁴⁾ พบว่า องค์ประกอบที่แสดงให้เห็นว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดำเนินการจัดการโรคเรื้อรัง ได้แก่ บทบาทใน

การกำหนดทิศทางและนโยบายการจัดการโรคเรื้อรัง และบทบาทในการจัดระบบการบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

2. การพัฒนาความรู้วิธีที่ช่วยสนับสนุนของเจ้าหน้าที่งานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยแพทย์และ สหวิชาชีพ ได้แก่ การเสนอแนะทางการดำเนินงาน การสนับสนุนการตัดสินใจให้แพทย์และทีมรักษาพยาบาล และการใช้ความรู้ที่ทันสมัยในการรักษาผู้ป่วย สอดคล้องกับ วีรัชย์ บริบูรณ์⁽¹⁵⁾ พบว่า กลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึงบริการของสถานบริการ สาธารณสุขได้มากขึ้น มีการตัดสินใจร่วมกันของผู้ให้การรักษา ผู้ป่วยและญาติ ซึ่งจะทำให้เกิดความรู้สึกละเลยที่ต้องทำไม่ เป็นการบังคับแต่เป็นความสมัครใจ และเป็นปัญหาของตนเอง นำไปสู่การดูแลสุขภาพที่ยั่งยืนต่อไป

3. การจัดระบบฐานข้อมูลที่ดี โดยเจ้าหน้าที่งานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นผู้ดำเนินการ (1) จัดทำ ข้อมูลที่สามารถช่วยในการวางแผนการรักษาที่เหมาะสมกับรายบุคคล (2) จัดทำฐานข้อมูลที่ใช้ร่วมกันได้ระหว่างทีมผู้ให้ บริการและผู้ป่วย (3) มีข้อมูลที่สามารถแยกแยะผู้ป่วยเป็นกลุ่มย่อยตามความเสี่ยงเพื่อการวางแผนป้องกัน (4) มีข้อมูลที่สามารถวัดประเมินประสิทธิภาพการทำงานของทีมนและระบบงานได้ (5) มีข้อมูลช่วยเตือนการดำเนินงานตามขั้นตอนแก่ผู้ ให้บริการและผู้ป่วย สอดคล้องกับ ปราโมทย์ ถ่างกระโทก พบว่า องค์ประกอบที่แสดงให้เห็นว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญใน การดำเนินการจัดการโรคเรื้อรัง คือ บทบาทในการใช้ระบบสารสนเทศในการจัดการโรคเรื้อรัง และบทบาทในการใช้ข้อมูล เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก ในการจัดการโรคเรื้อรัง

4. รูปแบบการเชื่อมโยงทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด ได้แก่ มีการจัดทำแผนการเชื่อมโยงทรัพยากร ระหว่างโรงพยาบาลกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการทำข้อตกลงการใช้ทรัพยากรร่วมกับชุมชน และมีแนวทาง เชื่อมโยงทรัพยากรระหว่างโรงพยาบาลกับองค์กรอื่น ๆ ในชุมชน สอดคล้องกับ ภิญญา ไปมูลเปี่ยม และคณะ⁽¹⁶⁾ พบว่า ระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วย เกิดการยอมรับและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทิศทางที่ถูกต้อง และสามารถเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยมาก ขึ้น จนส่งผลทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถลดน้ำตาลในเลือดได้ ร้อยละ 86.0

ข้อเสนอแนะการวิจัย

ข้อเสนอเชิงปฏิบัติการ: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรนำกระบวนการไปขยายผลการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีการใช้และปฏิบัติตามขั้นตอน รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง มีแพทย์ เภสัชกร และสหวิชาชีพ ร่วมเป็นคณะทำงานปฏิบัติการสนับสนุนการดำเนินงาน

ข้อเสนอเชิงนโยบาย: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรมีนโยบายหรือแผนพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล และสหวิชาชีพ ให้มีความรู้ ความเข้าใจ การส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ ตามรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง เพื่อให้สามารถจัดบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013–2020. 2013; 61–63.
2. กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล. สถานการณ์และการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ. ในสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. รายงานประจำปี 2560. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2560: 25–29.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. เอกสารประกอบการบรรยายสรุปตรวจราชการกรณีปกติ ประจำปี ปิงปประมาณ 2560. การประชุมตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติจังหวัดนครราชสีมา รอบที่ 1/2560; 1 กุมภาพันธ์ 2560; สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. นครราชสีมา: 2560. หน้า 7–15.

4. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอขามสะแกแสง. เอกสารรับการตรวจราชการ รอบ 1/2561. การประชุมตรวจราชการและ
นิเทศงานกรณีปกติอำเภอขามสะแกแสง รอบที่ 1/2561; 16 กุมภาพันธ์ 2561; โรงพยาบาล ขามสะแกแสง. นครราชสีมา:
2560. หน้า 9-10.
5. Marta Gorina and Maria Alvarez. Effectiveness of primary healthcare educational interventions undertaken
by nurses to improve chronic disease management in patients with diabetes mellitus, hypertension and
hypercholesterolemia: A systematic review. International Journal of Nursing Studies. 2018; 86: 139-150.
6. Yamane, T. Statistic: An Introductory Analysis. 3rd ed. New York: Harper and Row; 1973.
7. Deming, W.E. PDCA cycle a quality approach. Cambridge: MA MIT; 1993.
8. สุวิมล ติรภานันท์. การสร้างเครื่องมือวัดตัวแปรในการวิจัยทางสังคมศาสตร์: แนวทางสู่การปฏิบัติ. พิมพ์ ครั้งที่ 2.
กรุงเทพฯ: ศูนย์หนังสือแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2551.
9. ศิริเนตร สู่ดี. การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการมีส่วน
ร่วมของชุมชน. [ปริญญาณิพนธ์ ปรัชญาคุณบัณฑิต (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์)]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ; 2560.
10. ณัฏฐินี เสือโต และคณะ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการควบคุมความดันโลหิต ในกลุ่มอายุ 35 - 59 ปี ที่
ควบคุมความดันโลหิตสูงไม่ได้. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2560; 32: 95-114.
11. วิภาพร อุตตมะ. การประเมินผลการดำเนินงานระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานใน รพ.สต. อำเภอจตุรพักตรพิมาน
จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11 2560; 4: 2-16.
12. พิศสมัย บุญเลิศ, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ และศุภาวดี แถวเพี้ย. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพ อย่างต่อเนื่อง
สำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้านติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน ตำบลสิงห์โคก อำเภอเกษตรวิสัย
จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น 2559; 23: 79-87.
13. นวลชนิษฐ์ ลิขิตลือชา และคณะ. การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวานควบคุมไม่ได้. วารสารกองการ
พยาบาล 2560; 44: 141-158.
14. ปราโมทย์ ถ่างกระโทก. บทบาทพยาบาลวิชาชีพในการจัดการโรคเรื้อรัง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์
2560; 37: 154-159.
15. วีรชัย บริบูรณ์. การพัฒนาแนวทางการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของจังหวัดสิงห์บุรี. วารสาร
สมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2559; 6: 61-70.
16. ภิญญา ไปมูลเปี่ยม, พัทธนี อินใจ, วินัย ปันทะนะ และไชยวัฒน์ น้ำเย็น. การพัฒนาระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเบา
หวานและโรคความดันโลหิตสูงแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน ภายใต้บริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
แม่สาคร อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน. วารสารระบบสาธารณสุข 2560; 25: 394-400.

ประสิทธิผลโปรแกรมการติดตามการจัดทำแผนงานโครงการ (Project Tracking)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ

Effectiveness the Project Tracking System, Chaiyaphum Provincial Health Office

ประมุข เหล่าสมบัติทวี, บัณฑิต พลแก้ง และอรวิดี บุญชู

Pramuan Laosombuthawee, Bandit Polkang and Ornwadee Bunchoo

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ

Chaiyaphum Provincial Health Office

*Corresponding author E-mail: mass1356@gmail.com

(Article submitted: February 17, 2020; Accept: April 20, 2020)

บทคัดย่อ

การจัดทำแผนงานโครงการที่ดี การได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการได้อย่างรวดเร็วเป็นสิ่งสำคัญ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการติดตามการจัดทำแผนงานโครงการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ โดยใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานโครงการของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 32 คนประยุกต์ใช้แนวคิดและทฤษฎีวงจรพัฒนาระบบในการพัฒนาโปรแกรมการติดตามการจัดทำแผนงานโครงการ 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นตอนการวางแผน 2) ขั้นตอนการวิเคราะห์ 3) ขั้นตอนการออกแบบ 4) ขั้นตอนการสร้าง ทดสอบและเผยแพร่ 5) ขั้นตอนการติดตั้งระบบ และ 6) ขั้นตอนการดูแลและพัฒนา หลังจากนั้นจึงประเมินความพึงพอใจผู้ใช้บริการ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายเท่ากับเพศหญิง (ร้อยละ 50) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 46-55 ปี (ร้อยละ 46.70) การศึกษาจบระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 53.30) ตำแหน่งนักวิชาการ (ร้อยละ 70) ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 56.70) มีความพึงพอใจในภาพรวม อยู่ในระดับพอใจมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.22, S.D. = 0.54) พบว่า ด้านประสิทธิภาพ และประโยชน์ของระบบมีความพึงพอใจมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.31, S.D. = 0.51) ข้อที่ได้คะแนนมากที่สุดในด้านประสิทธิภาพและประโยชน์ของระบบ ได้แก่ ระบบทำให้การทำงานรวดเร็วขึ้น ($\bar{X}$ = 4.50, S.D. = 0.68) รองลงมา ได้แก่ ระบบช่วยลดปริมาณการใช้กระดาษ ($\bar{X}$ = 4.40, S.D. = 0.72) พบว่า ก่อนใช้ระบบ Project Tracking กลุ่มตัวอย่างมีการติดตามการจัดทำแผนงานโครงการโดยการติดตามทางโทรศัพท์มากที่สุด (ร้อยละ 60) หลังการใช้ระบบ Project Tracking มีการใช้กระดาษลดลง จาก 16 แผ่น / โครงการ เหลือเพียง 8 แผ่น / โครงการ และลดระยะเวลาในการจัดทำแผนงานโครงการจาก 36 วัน / โครงการ เหลือ 29 วัน / โครงการ ดังนั้น จึงควรพัฒนาโปรแกรมระบบติดตามการจัดทำแผนงานโครงการ (Project Tracking) ไปประยุกต์ใช้กับงานที่มีลักษณะคล้ายกันเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน

คำสำคัญ: ระบบ, แผนงานโครงการ

Abstract

Creating a good project and getting approval to act quickly is important. The purpose of developing research was to develop a project tracking system of the Chaiyaphum Provincial Health Office. The research subjects consisted of 32 persons responsible for the project in the general hospital, community hospital, and district public health offices. System development life cycle (SDLC) to develop project tracking included 6 steps 1) Planning 2) Analysis 3) Design 4) Construction testing and publishing 5) Implementation 6) Maintenance and innovation. Then the satisfaction of the user was assessed. The data were analyzed by percentage, mean, and standard deviation. The result revealed

that the participants consisted of males and females each 50%, age 46–55 years (46.70%), bachelor's degree education (53.30%), public health officer (70%), and working in community hospitals (56.76%). The overall of satisfaction was the most satisfaction ($\bar{X}$ = 4.22, S.D. = 0.54), the efficiency and benefit were the most satisfaction ($\bar{X}$ = 4.31, S.D. = 0.51). The item that had the highest score was helping to faster work ($\bar{X}$ = 4.50, S.D. = 0.68) and reduce paper ($\bar{X}$ = 4.40, S.D. = 0.72). About 60% of the participants using the telephone for following the project before the implementation of the project tracking system. Paper use was reduced from 16 sheets to 8 sheets/project, and reduce the time from 36 days to 29 days/project after the project tracking system was conducted. The study recommends that the project tracking system should be applied for other work in the organization to increase the efficacy of work.

Keywords: System, Project

บทนำ

การทำงานขององค์การของภาครัฐและภาคเอกชนเพื่อหาทางแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น หรือเพื่อการพัฒนาสิ่งที่มีอยู่แล้วให้ดียิ่งขึ้น มักเริ่มต้นด้วยการกำหนดนโยบาย ต่อมาเป็นกระบวนการวางแผนที่อธิบายวัตถุประสงค์ชัดเจนมีการจัดลำดับความสำคัญ หลังจากนั้นเป็นกระบวนการจัดทำโครงการภายใต้แผนดังกล่าว ดังนั้น นโยบาย การวางแผน และการเขียนโครงการจึงมีความสัมพันธ์กันมาก การเขียนโครงการต้องมีความชัดเจนทุกองค์ประกอบ ที่สำคัญมาก คือ โครงการควรต้องระบุวัตถุประสงค์ ขอบข่ายการทำงาน ขั้นตอนการดำเนินการ ผลที่คาดว่าจะได้รับและเกณฑ์การประเมินผลโครงการที่ชัดเจนจะสามารถทำให้แนวความคิดของนโยบายเป็นความจริงได้ในการปฏิบัติ การหาแนวทางดำเนินการตามนโยบายของผู้บริหารเพื่อแก้ไขปัญหาตอบสนองความต้องการจำเป็น หรือเพื่อการพัฒนาสิ่งที่มีอยู่แล้วให้ดีขึ้น และเหมาะสมยิ่งขึ้น⁽¹⁾

การทำงานขององค์การรัฐและเอกชนเพื่อหาทางแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น หรือเพื่อการพัฒนาสิ่งที่มีอยู่แล้วให้ดียิ่งขึ้น มักเริ่มต้นด้วยการกำหนดนโยบายต่อมาก็เป็นกระบวนการวางแผนที่อธิบายวัตถุประสงค์ชัดเจนมีการจัดลำดับความสำคัญ หลังจากนั้นเป็นกระบวนการจัดทำโครงการภายใต้แผนดังกล่าว ดังนั้น นโยบาย การวางแผน และการเขียนโครงการจึงมีความสัมพันธ์กันมาก การเขียนโครงการต้องมีความชัดเจนทุกองค์ประกอบที่สำคัญมาก คือ โครงการควรต้องระบุวัตถุประสงค์ ขอบข่ายการทำงาน ขั้นตอนการดำเนินการ ผลที่คาดว่าจะได้รับและเกณฑ์การประเมินผลโครงการที่ชัดเจนจะสามารถทำให้แนวความคิดของนโยบายเป็นความจริงได้ในการปฏิบัติ การค้นหาแนวทางดำเนินการตามนโยบายของผู้บริหารเพื่อแก้ไขปัญหาตอบสนองความต้องการจำเป็น หรือเพื่อการพัฒนาสิ่งที่มีอยู่แล้วให้ดีขึ้น และเหมาะสมยิ่งขึ้น^(2,3)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ เป็นหน่วยงานบริหารและสนับสนุนวิชาการแก่หน่วยงาน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดชัยภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนจำนวน 15 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 15 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 167 แห่ง หน่วยงานดังกล่าวจะต้องเสนอโครงการดำเนินงานให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ลงนามอนุมัติโครงการ จากการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า ประสบปัญหาในการเสนอโครงการ หลายประการ เช่น ผู้เสนอโครงการไม่ทราบว่าโครงการที่เสนอเพื่อลงนามอนุมัติถึงผู้รับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด คือ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุขที่มีหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องเพื่อนำเสนอนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลงนามหรือไม่ โครงการอยู่ในขั้นตอนใด ต้องแก้ไขอย่างไร ได้รับการลงนามอนุมัติหรือไม่ ส่งผลให้การดำเนินงานล่าช้า บางครั้ง พบว่า โครงการที่เสนอมาสู่สุดท้ายต้องจัดทำเพื่อเสนอใหม่ ผู้วิจัยในฐานะที่รับผิดชอบการจัดทำแผนงานโครงการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ จึงต้องการพัฒนาโปรแกรมการติดตามการจัดทำแผนงานโครงการสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ ให้มีประสิทธิภาพ เกิดความพึงพอใจทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ส่งผลให้เกิดการจัด

ทำแผนงานโครงการ มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล บรรลุวัตถุประสงค์ต่อไป

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนาโปรแกรมการติดตามการจัดทำแผนงานโครงการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการติดตามการจัดทำแผนงานโครงการ
2. เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ

นิยามศัพท์

โปรแกรมการติดตามการจัดทำแผนงานโครงการ หมายถึง โปรแกรมที่สามารถติดตามการเสนอแผนงานโครงการของหน่วยงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ โดยเริ่มตั้งแต่การเสนอโครงการมาที่กลุ่มพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ ตรวจสอบความถูกต้อง ส่งกลับแก้ไข แจ้งเตือนทางระบบไลน์แอปพลิเคชัน ก่อนเสนอนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลงนามอนุมัติ

รูปแบบการศึกษา การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดทำแผนงานโครงการระดับจังหวัดและระดับอำเภอ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ ได้แก่ บุคลากรที่รับผิดชอบการจัดทำแผนงานโครงการ รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 32 คน ดังนี้ 1) ผู้รับผิดชอบแผนงานโครงการโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 1 แห่ง ๆ ละ 1 คน 2) ผู้รับผิดชอบแผนงานโครงการโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 15 แห่ง ๆ ละ 1 คน รวม 15 คน 3) ผู้รับผิดชอบแผนงานโครงการสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 16 แห่ง ๆ ละ 1 คน รวม 16 คน

เครื่องมือในการศึกษา

1. ด้านการพัฒนาโปรแกรม ประยุกต์ใช้แนวคิดและทฤษฎีวงจรพัฒนาระบบ (System development life cycle: SDLC)⁽⁴⁾ ดำเนินการตามขั้นตอนที่กำหนดขึ้นจากแนวคิด SDLC ที่กำหนดไว้ 6 ขั้นตอน คือ 1. การวางแผน 2. การวิเคราะห์ 3. การออกแบบ 4. การสร้าง ทดสอบและเผยแพร่ 5. การติดตั้งระบบ และ 6. การดูแลและพัฒนา

2. การประเมินความพึงพอใจเกี่ยวกับโปรแกรมตรวจสอบที่พัฒนาขึ้น ใช้แบบสอบถามที่กลุ่มพัฒนาคุณภาพอุดมศึกษา สำนักงานมาตรฐานและประเมินผลอุดมศึกษา สำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษาสร้างขึ้น⁽⁵⁾ แบบเลือกตอบ ประเมินค่าชนิด 5 ระดับ (Likert) โดยแบ่งเป็น 3 ตอน คือ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ วุฒิการศึกษา ตำแหน่งงาน หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาในการทำงาน ข้อมูลการใช้ประโยชน์ ตอนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจระบบการติดตามการจัดทำแผนงานโครงการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ ลักษณะแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ และให้ค่าคะแนน ดังนี้ พอใจมากที่สุด = 5, พอใจมาก = 4, ปานกลาง = 3, พอใจน้อย = 2, พอใจน้อยที่สุด = 1 ตอนที่ 3 ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง การแปลผล คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.80 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด, คะแนนเฉลี่ย 1.81 - 2.60 หมายถึง พึงพอใจน้อย, คะแนนเฉลี่ย 2.61 - 3.40 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง, คะแนนเฉลี่ย 3.41 - 4.20 หมายถึง พึงพอใจมาก, คะแนนเฉลี่ย 4.21 - 5.00 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด

วิธีการดำเนินการวิจัย งานวิจัยในครั้งนี้มีการดำเนินงาน 2 ขั้นตอน ได้แก่

1. ระยะการพัฒนาโปรแกรม ประยุกต์ใช้แนวคิดและทฤษฎีวงจรพัฒนาระบบ ดำเนินการระหว่างเดือน

ธันวาคม 2561 – มกราคม 2563 ตามขั้นตอนการพัฒนา 6 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การวางแผน เป็นขั้นตอนการศึกษาระบบงานเดิม และความต้องการของผู้ใช้ระบบ จากการศึกษาเอกสารและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง 2) การวิเคราะห์ ใช้ข้อมูลจากการออกแบบ Data Flow Diagram ของระบบ ต่อจากนั้นศึกษาตัวแปรต่างๆ ที่เป็นส่วนประกอบของระบบ 3) การออกแบบ เป็นขั้นตอนการออกแบบระบบงานใหม่ที่ทำงานด้วยระบบคอมพิวเตอร์แทนระบบแบบเดิม 4) การสร้างทดสอบและเผยแพร่ ใช้ข้อมูลโครงสร้างเนื้อหา และองค์ประกอบตามที่ได้ออกแบบไว้ ดำเนินการติดตั้งไฟล์ลงในเว็บไซต์เผยแพร่ ทดสอบและเผยแพร่ผ่านเครือข่ายระบบอินเทอร์เน็ตได้อย่างสมบูรณ์โดยชี้แจงแนวทางและวิธีการใช้โปรแกรมแก่ผู้เกี่ยวข้องจัดทำคู่มือการใช้โปรแกรม 5) การติดตั้งระบบ เป็นขั้นตอนการนำระบบที่พัฒนาจนสมบูรณ์มาติดตั้ง และเริ่มใช้งานจริง และแผนการบริการให้ความช่วยเหลือ เพื่อให้ระบบสามารถใช้งานได้อย่างต่อเนื่อง 6) การดูแลและพัฒนา ดำเนินการตรวจสอบระบบปรับปรุงข้อมูลให้ทันสมัย ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้งานระบบ และนำเทคโนโลยีใหม่มาใช้ในระบบสารสนเทศ

2. ระเบียบประเมินประสิทธิผลของระบบ และความพึงพอใจของผู้ใช้งานระบบ หลังจากการพัฒนาและนำไปติดตั้งเปิดให้ใช้งานระบบแล้ว ได้ทำการประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้งานระบบ ระหว่าง เดือนธันวาคม 2562 โดยผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือตอบแบบสอบถาม จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลชัยภูมิ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง จำนวน 15 แห่ง และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ จำนวน 16 อำเภอ รวม 31 แห่ง ตอบแบบประเมินความพึงพอใจ ผ่าน google form

การวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ใช้สถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

จากการประยุกต์ใช้แนวคิดและทฤษฎีวงจรพัฒนาระบบ 6 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การวิเคราะห์ การประชุมคณะทำงาน การกำหนดวัตถุประสงค์ของระบบติดตามแผนงานโครงการ Project Tracking การกำหนดกลุ่มเป้าหมายผู้ใช้งาน การเตรียมการศึกษาระบบงานเดิมและความต้องการของผู้ใช้แหล่งข้อมูล ได้แก่ บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ทรัพยากรที่ใช้ และแผนการดำเนินงาน พัฒนาระบบเพื่อให้เห็นภาพรวมของการพัฒนา วิเคราะห์ระบบการติดตามแผนงานโครงการ โดยบุคลากรกลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ เมื่อวันที่ 3 ธันวาคม 2561 พบว่า ระบบการดำเนินงานขออนุมัติแผนงานโครงการของหน่วยงานเครือข่ายในระดับอำเภอ ใช้การส่งเอกสารทางไปรษณีย์ หรือให้เจ้าหน้าที่ที่มาติดต่อราชการเป็นผู้ถือเอกสารฉบับจริงมาส่งที่งานธุรการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ หลังจากนั้นจึงมีการติดตามโดยใช้วิธีทางโทรศัพท์สอบถามผู้รับผิดชอบงาน จากกลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ ระบบเดิมมีความล่าช้ามาก ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ระบบการดำเนินการเสนอแผนงานโครงการเพื่อขอรับการอนุมัติ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ ปี พ.ศ. 2561

การดำเนินงาน	ประเด็นพัฒนา
1. สสอ. / รพ. / รพ.สต. นำส่งและลงรับโครงการที่งานธุรการ	1. ด้านระยะเวลา - ลดระยะเวลาในการนำส่ง เอกสาร
2. ลงรับโครงการที่ในสมุดลงรับหนังสือราชการ	2. กระบวนการ

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ระบบการดำเนินงานการเสนอแผนงานโครงการเพื่อขอรับการอนุมัติ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ ปี พ.ศ. 2561

การดำเนินงาน	ประเด็นพัฒนา
3. ลงทะเบียนรับโครงการในสมุดลงรับโครงการ และแยกประเภทโครงการ คือ โครงการรับใหม่ โครงการแก้ไข	- การสื่อสารสองทาง - ลดขั้นตอนการส่งเอกสาร
4. ตรวจสอบองค์ประกอบ ความสอดคล้องของโครงการแหล่งงบประมาณที่ได้รับจัดสรร รายละเอียดค่าใช้จ่ายตามระเบียบที่เกี่ยวข้อง ความถูกต้องตามระบบงานสารบรรณ พิจารณาความคุ้มค่าสอดคล้องกับนโยบายและทิศทางการพัฒนาด้านสุขภาพของจังหวัด	3. ทรัพยากร - ลดค่าใช้จ่ายในการนำส่งเอกสาร - ลดการใช้กระดาษ
ติดต่อสื่อสาร	
5. ประสานงานผู้เสนอโครงการ ทางโทรศัพท์แจ้งผู้เสนอโครงการ กรณีมีประเด็นแก้ไข	
6. เสนอต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิเพื่อพิจารณาอนุมัติ	
7. ผู้เสนอโครงการติดต่อสอบถามความก้าวหน้าของโครงการ	
8. ประสานงานผู้เสนอโครงการ ทางโทรศัพท์แจ้งรับโครงการกลับไปดำเนินการ กรณีมีประเด็นแก้ไข	

3. การออกแบบ หลังจากมีการวิเคราะห์ระบบแล้ว ผู้วิจัยได้ออกแบบระบบโปรแกรมการติดตามแผนงานโครงการ Project Tracking ร่วมกับโปรแกรมเมอร์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ เมื่อวันที่ 12 ธันวาคม 2561 ถึง 9 มกราคม 2562

4. การสร้างระบบ ดำเนินการสร้างระบบตามที่ออกแบบไว้ ดังนี้ เข้าเว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ เลือกช่องเจ้าหน้าที่ ไปที่หน่วยงานภายในแล้วเลือกพัฒนาศาสตร์ จึงทำการเลือกหัวข้อ Project Tracking เข้าสู่ระบบติดตามแผนงานโครงการ โดยใส่ Username และ Password เป็นหมายเลขบัตรประชาชนหน้าจอจะปรากฏเมนูหลัก 4 เมนู ได้แก่ ส่งโครงการ, โครงการของฉัน, รายงานแผนงานโครงการทั้งหมด และรายงานโครงการสถานะรายอำเภอ ระบบมีการแจ้งเตือนในกรุ๊ปไลน์ เพื่อให้ผู้รับผิดชอบการจัดทำแผนงานโครงการรับทราบและรีบดำเนินการแก้ไขได้ทันที

5. การติดตาม หลังจากผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างโปรแกรม ทดสอบโปรแกรม ได้ดำเนินการปรับปรุงโปรแกรมตามข้อเสนอแนะของทีมงาน หลังจากนั้นจึงได้ชี้แจงแนวทางและวิธีการใช้โปรแกรมกับผู้รับผิดชอบแผนงานโครงการระดับอำเภอทุกแห่ง ผ่านระบบประชุม VDO Conference และติดตามผลการใช้โปรแกรม อีก 2 ครั้ง ได้มีข้อเสนอแนะจากผู้ใช้งานดำเนินการปรับปรุงโปรแกรม ดังนี้ 1) ดำเนินการตัดส่วนของกรแนบเอกสารตอนส่งโครงการใหม่ออก เนื่องจากอำเภอต้องส่งเอกสารฉบับจริงมาอยู่แล้ว ให้แนบเฉพาะขั้นตอนแก้ไขโครงการ 2) ดำเนินการปรับปรุงการแจ้งเตือนทางไลน์ที่ยาวไปให้กระชับขึ้นดำเนินการติดตามการใช้โปรแกรมครั้งที่ 3 ผ่านระบบ VDO Conference และกลุ่มไลน์ พบว่า มีข้อผิดพลาด

ดังนี้ 1) การส่งข้อมูลโครงการใหม่ แล้วแจ้งว่าเกิดข้อผิดพลาดไม่สามารถส่งข้อมูลได้ 2) ส่งไฟล์โครงการแก้ไข แต่ข้อมูลไปรวมอยู่ที่โครงการใหม่ 3) การโหลดไฟล์ข้อเสนอแนะในการแก้ไข แต่ไม่พบไฟล์ให้โหลด 4) โหลดไฟล์โครงการอนุมัติ แต่กลับเป็นไฟล์โครงการต้นฉบับ 5) การแจ้งเตือนผ่านระบบกลุ่มไลน์ขัดข้องซึ่งเกิดจากปัญหาของ Server ส่วนกลาง 6) การดูแลพัฒนา ผู้วิจัยและโปรแกรมเมอร์จึงได้จัดทำโปรแกรมคู่ขนานขึ้นมาใหม่และปรับข้อมูลผู้เข้าใช้โปรแกรม โดยใช้ฐานผู้ใช้งานรวมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิให้เป็น Username และ Password เดียวกัน

การส่งโครงการก่อนใช้ระบบ Project Tracking กลุ่มตัวอย่างมีการติดตามการจัดทำแผนงานโครงการทางโทรศัพท์มากที่สุด (ร้อยละ 60) รองลงมา คือ การติดตามด้วยตนเอง (ร้อยละ 43.33) หลังการใช้ระบบ Project Tracking มีการใช้การติดตามทางไลน์มากที่สุด (ร้อยละ 13.33) รองลงมา คือ การติดตามด้วยตนเอง (ร้อยละ 10) พบว่า มีการใช้กระดาษลดลง จาก 16 แผ่น / โครงการ เหลือเพียง 8 แผ่น / โครงการ และลดระยะเวลาในการจัดทำแผนงานโครงการจาก 36 วัน / โครงการ เหลือ 29 วัน / โครงการ ดังแสดง ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจวิธีการติดตามความก้าวหน้าการเสนอโครงการ เปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้ระบบ Project tracking (n= 30)

วิธีการติดตาม	ก่อนการใช้ระบบ Project tracking					หลังการใช้ระบบ Project tracking				
	จำนวน (ร้อยละ)					จำนวน (ร้อยละ)				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ด้วยตนเอง	13 (43.33)	15 (50.00)	1 (3.33)	-	1 (3.33)	-	3 (10.00)	1 (3.33)	15 (50.00)	11 (36.66)
โทรศัพท์	18 (60.00)	10 (33.33)	1 (3.33)	1 (3.33)	-	-	-	-	4 (13.33)	26 (86.67)
ไปรษณีย์	-	1 (3.33)	6 (20.00)	10 (33.33)	13 (43.33)	-	-	2 (6.67)	1 (3.33)	27 (90.00)
อีเมล	-	-	14 (46.67)	8 (26.67)	8 (26.67)	-	-	2 (6.67)	1 (3.33)	27 (90.00)
ไลน์	-	-	1 (3.33)	16 (53.33)	13 (43.33)	4 (13.33)	-	3 (10.00)	10 (33.33)	13 (43.33)

2. การประเมินความพึงพอใจ ดำเนินการประเมินความพึงพอใจผู้ใช้งานระบบติดตามแผนงานโครงการ (Project Tracking) โดยใช้แบบสอบถามที่กลุ่มพัฒนาคุณภาพอุดมศึกษา สำนักงานมาตรฐานและประเมินผลอุดมศึกษา สำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษาสร้างขึ้น⁽⁵⁾ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงเท่ากับเพศชาย (ร้อยละ 50) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 46-55 ปี (ร้อยละ 46.70) การศึกษาจบระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 53.30) ตำแหน่งนักวิชาการ (ร้อยละ 70) ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 56.70)

จากการส่งแบบประเมินให้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 31 ราย มีผู้ตอบกลับมาจำนวน 30 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับพอใจมากที่สุด ($\bar{X} = 4.22$, S.D.= 0.54) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านประสิทธิภาพและประโยชน์ของระบบมีความพึงพอใจมากที่สุด ($\bar{X} = 4.31$, S.D.= 0.51) รองลงมาได้แก่ ด้านการออกแบบ ($\bar{X} = 4.30$, S.D.= 0.65) และด้านการสนับสนุนและการให้บริการการใช้งาน ($\bar{X} = 4.06$, S.D.= 0.64) ซึ่งมีระดับความ

พึงพอใจอยู่ในเกณฑ์มาก ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจต่อระบบติดตามโครงการ (Project Tracking) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ (n= 30)

ตัวแปร	ช่วงคะแนน		ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ความพึงพอใจ
	ต่ำสุด	สูงสุด			
1. ด้านประสิทธิภาพและประโยชน์ของระบบ	3	5	4.31	0.51	พึงพอใจมากที่สุด
2. ด้านการออกแบบ	2	5	4.30	0.65	พึงพอใจมากที่สุด
3. ด้านการสนับสนุนและการให้บริการการใช้งาน	2	5	4.06	0.64	พึงพอใจมาก
4. ความพึงพอใจในภาพรวม	2	5	4.22	0.54	พึงพอใจมากที่สุด

จากผลการประเมินความพึงพอใจรายด้าน พบว่า ด้านประสิทธิภาพและประโยชน์ของระบบ ข้อที่ได้คะแนนมากที่สุด ได้แก่ ระบบทำให้การทำงานรวดเร็วขึ้น ($\bar{X} = 4.50$, S.D.= 0.68) รองลงมา ได้แก่ ระบบช่วยลดปริมาณการใช้กระดาษ ($\bar{X} = 4.40$, S.D.= 0.72) ข้อที่ได้คะแนนต่ำสุด ได้แก่ การใช้งานระบบ (การบันทึกข้อมูล การส่งข้อมูล $\bar{X} = 4.13$, S.D.= 0.63)

ด้านการออกแบบ ข้อที่ได้คะแนนมากที่สุด ได้แก่ ขนาดตัวอักษรและรูปแบบตัวอักษร ($\bar{X} = 4.37$, S.D.= 0.62) ข้อที่ได้คะแนนต่ำสุด ได้แก่ การจัดวางรูปแบบในเว็บไซต์ ($\bar{X} = 4.20$, S.D.= 0.76)

ด้านการสนับสนุนและการให้บริการใช้งาน ข้อที่ได้คะแนนมากที่สุด ได้แก่ ปัญหาทางเทคนิค / การใช้งาน / การให้บริการ ($\bar{X} = 4.13$, S.D.= 0.63) และข้อที่ได้คะแนนต่ำสุด ได้แก่ การมีช่องทางในการติดต่อสอบถามปัญหาอย่างเพียงพอ ($\bar{X} = 3.97$, S.D.= 0.72)

ข้อเสนอแนะจากคำถามปลายเปิด มีข้อเสนอแนะ ดังนี้ 1) ควรตัดเลระบบเป็นปีงบประมาณ หลังเดือนตุลาคม ควรเริ่มนับ 1 ใหม่ 2) ควรปรับลดขั้นตอนลง 3) ควรปรับนิยามให้เข้าใจง่ายขึ้น 4) ควรเพิ่มการประมวลผลข้อมูลไปใช้ในระดับอำเภอ

อภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงเท่ากับเพศชาย (ร้อยละ 50) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 46-55 ปี (ร้อยละ 46.70) การศึกษาจบระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 53.30) ตำแหน่งนักวิชาการ (ร้อยละ 70) ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 56.70) กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับพอใจมากที่สุด ($\bar{X} = 4.22$, S.D.= 0.54) สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง การประเมินผลการใช้งานโปรแกรมเรียนรู้ภาษาอังกฤษด้วยตนเอง “SPEEXX”: กรณีศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์⁽⁶⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ความพึงพอใจการใช้งานโปรแกรม ไมโครซอฟท์เอทล์ด ของพนักงานแผนกสายบัตรเครดิต ธนาคารกรุงเทพจำกัด(มหาชน) สำนักงานใหญ่⁽⁷⁾ และสอดคล้องกับผลการศึกษาเรื่อง ความพึงพอใจของพนักงานระดับปฏิบัติการในการใช้ระบบข้อมูลจากจุดขาย(POS)ในการดำเนินงานด้านการกระจายสินค้า (Logistic) ของเซเว่นอีเลเว่นในเขตกรุงเทพมหานครในภาพรวมอยู่ในระดับความพึงพอใจมาก⁽⁸⁾ แสดงให้เห็นว่า ผู้จัดทำโปรแกรมได้พัฒนาโปรแกรมติดตามแผนงานโครงการ(Project Tracking) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตอบสนอง

ความต้องการของลูกค้าได้ดีเนื่องจากมีการวิเคราะห์ วางแผน ติดตามงานและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ใช้บริการ

จากผลการศึกษาเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจมากที่สุดด้านประสิทธิภาพและประโยชน์ของระบบ ($\bar{X}$ = 4.31, S.D. = 0.51) รองลงมาได้แก่ ด้านการออกแบบมีความพึงพอใจมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.30, S.D. = 0.65) ข้อที่ได้คะแนนมากที่สุดในด้านประสิทธิภาพและประโยชน์ของระบบ ได้แก่ ระบบทำให้การทำงานรวดเร็วขึ้น ($\bar{X}$ = 4.50, S.D. = 0.68) สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับบันทึกการพยาบาล ผ่าตัด⁽⁹⁾ และสอดคล้องกับผลการศึกษาเรื่อง ความพึงพอใจของผู้ใช้งานโปรแกรมประยุกต์บนเว็บเชิงพื้นที่เพื่อเตือนภัยน้ำท่วมเมืองหาดใหญ่⁽¹⁰⁾ เนื่องจากการออกแบบระบบ Project Tracking ตามความต้องการของผู้ใช้งานและดำเนินการปรับปรุงระบบเป็นระยะ จึงทำให้เกิดความพึงพอใจมากที่สุด

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยในครั้งนี้ไปใช้

1. จากผลการศึกษาที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจโปรแกรมระบบติดตามการจัดทำแผนงานโครงการ (Project Tracking) อยู่ในระดับมากที่สุด แต่ยังพบว่ามีข้อที่ได้คะแนนต่ำสุด คือการบันทึกข้อมูล การส่งข้อมูลและการจัดวางรูปแบบในเว็บไซต์ดังนั้นจึงควรพัฒนาโปรแกรมระบบติดตามการจัดทำแผนงานโครงการ(Project Tracking) ในด้านประสิทธิภาพและประโยชน์ของระบบ และด้านการสนับสนุนและการให้บริการการใช้งาน โดยเฉพาะประเด็น การบันทึกข้อมูล การส่งข้อมูล และการจัดวางรูปแบบในเว็บไซต์

2. สามารถนำโปรแกรมระบบติดตามการจัดทำแผนงานโครงการ(Project Tracking) ไปประยุกต์ใช้กับการดำเนินงานที่ต้องมีการส่งเอกสาร เช่น การส่งประเมินผลงานวิชาการเพื่อเลื่อนระดับ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาความพึงพอใจของผู้บริหารที่ใช้งานระบบระบบติดตามการจัดทำแผนงานโครงการ (Project Tracking)
2. ควรศึกษา การขยายระบบโปรแกรมระบบติดตามการจัดทำแผนงานโครงการ(Project Tracking)ไปใช้ในหน่วยงานระดับอำเภอ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ ที่สนับสนุนงบประมาณ งานเทคโนโลยีสารสนเทศ ที่ช่วยจัดทำโปรแกรม Project tracking

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน. การจัดทำแผนปฏิบัติงาน.[ออนไลน์]2562 เข้าถึงเมื่อ 17 กรกฎาคม 2562. เข้าถึงจาก <http://general.psr.u.ac.th/file%20download/manage/p1.PDF>.
2. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎีกา.แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ.2560-2564.[ออนไลน์]2562.เข้าถึงเมื่อ 20 ธันวาคม 2562. เข้าถึงได้จาก <http://plan.bru.ac.th/wp-content/uploads/2018/>
3. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการจัดทำแผนปฏิบัติการ. [ออนไลน์] 2562 เข้าถึงเมื่อ 20 ธันวาคม 2562. เข้าถึงได้จาก http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/3_guide_the_ministrys_action_plan54.pdf.
4. โอภาส เอี่ยมสิริวงศ์. คู่มือการพัฒนาและปรับปรุงระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2559. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารสำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย.

5. สำนักงานมาตรฐานและประเมินผลอุดมศึกษา สำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา. แบบประเมินความพึงพอใจเกี่ยวกับระบบ. [ออนไลน์] 2562 เข้าถึงเมื่อ 20 ธันวาคม 2562.เข้าถึงได้จากhttp://www.cheqa.mua.go.th/cheplus/che_questionnaire54.doc.
6. กุสุมา เละเด. การประเมินผลการใช้งานโปรแกรมเรียนรู้ภาษาอังกฤษด้วยตนเอง “ SPEEXX”: กรณีศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์. วารสารวไลยอลงกรณ์ปริทัศน์ (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์). 2560; 7(2): 83-95.
7. ยุทธ สุขสงัด. ความพึงพอใจการใช้งานโปรแกรมไมโครซอฟท์เอทล์ดของพนักงานแผนกสายบัตรเครดิต ธนาคารกรุงเทพจำกัด(มหาชน) สำนักงานใหญ่. วารสารวิจัย มทร. 2560; 11(2); 78-92.
8. นาริรัตน์ ทรงทิพย์. ความพึงพอใจของพนักงานระดับปฏิบัติการในการใช้ระบบข้อมูลจากจุดขาย(PSO)ในการดำเนินงานด้านการกระจายสินค้า(Logistic)ของเซเว่นอีเลเว่นในเขตกรุงเทพมหานคร.[วิทยานิพนธ์บัณฑิตวิทยาลัย] กรุงเทพฯ: สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้า เจ้าคุณทหารลาดกระบัง; 2547.
9. ปกัสสร ธนวิโรจน์กุล. ประสิทธิภาพของโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับบันทึกการพยาบาลผ่าตัด. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2553; 22(พิเศษ2): 144-154.
10. นรเทพ ศักดิ์เพชร, แก้ว นวลฉวี, สุพรรณ กาญจนสุธรรม และณรงค์ พลรักษ์. ความพึงพอใจของผู้ใช้งานโปรแกรมประยุกต์บนเว็บเชิงพื้นที่เพื่อเตือนภัยน้ำท่วมเมืองหาดใหญ่. วารสารวิชาการสาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี(เพื่อการพัฒนาท้องถิ่น) มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์ 2559; 11(2): 103 - 116.

พฤติกรรมการบริโภคสุราของประชาชนในชุมชนที่มีการผลิตสุรากลั่นชุมชน ตำบลสะเอียบ อำเภอสอง จังหวัดแพร่

Alcohol Consumption Behaviors Among People in Communities that Produce Community distilled Liquor in Sa-iab Subdistrict, Song District, Phrae Province

พัชยา ขันทะรักษ¹,ธีระวุธ ธรรมกุล² และนิตยา เพ็ญศิริินภา²

Patchaya Khantharak¹, Theerawut Thammakun² and Nittaya Pensirinapa²

¹นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

²มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

¹Student of Public Health Administration, Sukhothai Thammathirat Open University

² Sukhothai Thammathirat Open University

*Corresponding author E-mail: Patchaya902@hotmail.com

(Article submitted: February 18, 2020; Final version accepted: June 24, 2020)

บทคัดย่อ

การขึ้นภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และพบว่าความรู้ การรับรู้ทัศนคติของประชาชนมีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่ปกติ อย่างไรก็ตามปัจจัยดังกล่าว ยังไม่มีการศึกษาในพื้นที่ที่มีการผลิตสุรากลั่นชุมชน ซึ่งตำบลสะเอียบ อำเภอสอง จังหวัดแพร่ เป็นพื้นที่ที่มีการผลิตสุรากลั่นสูงสุดเป็นอันดับหนึ่งของประเทศไทย การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคสุราและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคสุราของประชาชนในพื้นที่ที่มีการผลิตสุรากลั่นชุมชน กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป จำนวน 250 คน ได้จากการสุ่มแบบมีระบบ จากประชากรทั้งหมด จำนวน 3,745 คน ที่มีภูมิลำเนา และอาศัยอยู่ในตำบลสะเอียบ อำเภอสอง จังหวัดแพร่ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ด้านความรู้ การรับรู้ และทัศนคติ เท่ากับ 0.81, 0.87 และ 0.88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และการถดถอยโลจิสติก ผลการศึกษา พบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 58.00 อายุเฉลี่ย 40.84 ปี มีบุคคลในครอบครัวดื่มสุรา ร้อยละ 83.20 มีความรู้และการรับรู้เรื่องพระราชบัญญัติสรรพสามิตสุรา พ.ศ. 2560 และพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 อยู่ในระดับต่ำ และมีทัศนคติ เรื่อง พระราชบัญญัติสรรพสามิตสุรา พ.ศ. 2560 และพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 อยู่ในระดับดี 2) กลุ่มตัวอย่างดื่มสุรา ร้อยละ 52.40 และ 3) เพศ สถานภาพสมรสและการมีบุคคลในครอบครัวดื่มสุรามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดื่มสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

คำสำคัญ: พฤติกรรมการบริโภคสุรา, ความรู้, การรับรู้, ทัศนคติ

Abstract

Increasing in alcoholic beverage tax affected alcohol consumption behaviors. Knowledge, perceptions, and attitudes of people affect alcohol consumption behaviors in normal areas. However, those factors have been no study in the community area which producing distilled liquor. Sa-iab sub-district, Song district, Phrae province is the number one area producing the highest distilled liquor in Thailand. The purpose of this survey research was to study liquor consumption behavior and factors related to the liquor consumption behavior of people in the area of distilled liquor production. The representative sample was 250 residents by systematic sampling selected out of 3,745 people, aged 15 years and over, and domicile and living. Located in the Sa-iab sub-district, Song district, Phrae province. The

questionnaires which testing Cronbach's alpha coefficient of 0.81, 0.87, and 0.88 for people's knowledge, perception, and attitudes respectively were used to collect the data. Analyzing the data to determine frequencies, percentages, means, S.D., and logistic regression was done. The results revealed that 1) The respondents 58.00% were male with mean aged 40.84 years, 83.20% had family members drinking alcohol; they had knowledge and perceptions, Excise Tax Act B.E. 2560, and the Alcoholic Beverage Control Act 2008 in low level. They had good attitudes towards taxes, and laws to control alcohol consumption. 2) Of 52.40% of all respondents drinking alcohol; 3) Gender, marital status, and having family members drinking alcohol were significantly associated with alcohol drinking behaviors. (P-value < 0.05)

Keywords: alcohol consumption behavior, knowledge, perception, attitude

บทนำ

ผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2560 พบว่า ประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในรอบปีที่ผ่านมา ร้อยละ 28.4 เป็นผู้ที่ดื่มสม่ำเสมอ ร้อยละ 12.5 และเป็นผู้ที่ดื่มนาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 15.9 กลุ่มอายุ 25-44 ปี มีอัตราการดื่มสุราสูงสุด ร้อยละ 36.00 ภาคเหนือมีความชุกของการดื่มสุราในประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 35.40¹ จากรายงานสถานการณ์ทางสังคมจังหวัดแพร่ ประจำปี 2561 พบว่า ผู้สูงอายุ วัยแรงงาน เยาวชน และวัยเด็ก มีพฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สม่ำเสมอ ร้อยละ 0.17, 0.46, 0.50 และ 0.18 ตามลำดับ²

ตำบลสะเลียบ อำเภอสอง จังหวัดแพร่ เป็นแหล่งผลิตสุรากลั่นชุมชนที่มีขนาดใหญ่ที่สุดในภาคเหนือ สมัยก่อนเป็นการผลิตสุราเพื่อบริโภคในครัวเรือนและเป็นภูมิปัญญาพื้นบ้านที่ถูกสืบทอดเป็นมรดกชุมชนมายาวนาน³ จากทะเบียนผู้ประกอบการผลิตสุราขององค์การบริหารส่วนตำบลสะเลียบ พบว่า มีโรงงานผลิตสุรากลั่นชุมชนในปี 2559 จำนวน 144 โรง มีข้อมูลการซื้ออากรแสตมป์สุราขาวและไวน์ปี 2559 จำนวน 493 ล้านบาท พบว่า ประชาชนดื่มสุราเป็นประจำ จำนวน 554 คน และดื่มสุรานาน ๆ ครั้ง จำนวน 739 คน ราคาสุราเป็นไปตามกลไกการตลาดซึ่งมีราคาสูงขึ้นตามการภาษีของกรมสรรพสามิต แต่อัตราการบริโภคสุรา ปี 2559 เพิ่มขึ้นจากปี 2558 ร้อยละ 3.50 และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้น⁴

การเพิ่มภาษีสุราเป็นหนึ่งในมาตรการลดการบริโภคสุราทางด้านภาษีตามยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ พ.ศ. 2560 - 2563 เพื่อให้ประชาชนลดการบริโภคสุราและเข้าถึงสุรายากขึ้นจากราคาที่สูงขึ้น นับตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2556 ระบบภาษีสรรพสามิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทยปรับเปลี่ยนมาเป็นระบบที่จัดเก็บตามมูลค่าและตามปริมาณ ทำให้ราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น⁵ ราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จึงเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญต่อการตัดสินใจเลือกซื้อของผู้บริโภค เนื่องจาก การตัดสินใจเลือกบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นไปตามกฎแห่งอุปสงค์ หากยี่ห้อนั้นมีราคาแพงกว่าปริมาณการบริโภคก็จะน้อยลง อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น ต้นทุนการผลิต รวมไปถึงภาษีต่าง ๆ ที่ต้องจ่าย ทั้งนี้ ภาษีสรรพสามิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นับเป็นส่วนหนึ่งของต้นทุนของผู้ผลิตที่อาจส่งผลต่อการปรับราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์⁶ ตั้งแต่การดำเนินงานด้านภาษีของกรมสรรพสามิต พ.ศ. 2556 มีการคาดการณ์ว่าจะสามารถทำให้แนวโน้มการบริโภคสุราของประชาชนลดลง จากการเก็บข้อมูลของสำนักสถิติแห่งชาติ พบว่า อัตราการบริโภคของประชาชนกลับเพิ่มสูงขึ้น^{7,8,9,10} และ พบว่า ความรู้ การรับรู้และทัศนคติเรื่อง พระราชบัญญัติสรรพสามิตสุรา พ.ศ. 2560 พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ของประชาชนมีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่ปกติ¹¹ อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันดังกล่าวยังไม่มีการศึกษาในพื้นที่ที่มีการผลิตสุรากลั่นชุมชน

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงศึกษาพฤติกรรมการบริโภคสุราและปัจจัยด้านความรู้ การรับรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับพระราชบัญญัติสรรพสามิตสุรา พ.ศ. 2560 และพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ที่อาจส่งผลต่อการบริโภคสุราของประชาชน ตำบลสะเอียบ เพื่อนำไปเป็นข้อมูลสำหรับวางแผนมาตรการในการควบคุมการบริโภคสุราในตำบล และเพื่อให้ตระหนักถึงความสำคัญและผลกระทบของปัญหาจากการดื่มสุราต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ การรับรู้ ทัศนคติของประชาชน ตำบลสะเอียบ
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคสุราของประชาชน ตำบลสะเอียบ อำเภอสอง จังหวัดแพร่
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ การรับรู้ ทัศนคติ เรื่อง พระราชบัญญัติสรรพสามิตสุรา พ.ศ. 2560 พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 และพฤติกรรมการบริโภคสุราของประชาชน ตำบลสะเอียบ

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ประชากร ได้แก่ ประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 3,745 คน มีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ในตำบลสะเอียบ อำเภอสอง จังหวัดแพร่ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 250 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยสูตรโคเฮน¹² กำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% ($\alpha=0.05$) และอำนาจทดสอบเท่ากับ 0.99 โดยขนาดอิทธิพลที่ 0.15 ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 250 คน และทำการสุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบในประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ทุกคนมาจัดเรียงลำดับตามอักษร และคำนวณหาช่วงในการสุ่มด้วยสูตร $I = N/n$ ได้ช่วงในการสุ่ม คือ 15 จับฉลากหาเลขเริ่มต้นของการสุ่มตัวอย่าง แล้วนับต่อไปตามช่วงของการสุ่มที่คำนวณจนครบจำนวน 250 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม จำนวน 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ (19 ข้อ) การรับรู้ (22 ข้อ) และทัศนคติเกี่ยวกับพระราชบัญญัติสรรพสามิตสุรา พ.ศ. 2560 และพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 (10 ข้อ) โดยมีการประเมินผลคะแนนในส่วนที่ 2 ตามเกณฑ์ของบลูม¹³ และส่วนที่ 3 พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (17 ข้อ)

การวิเคราะห์ข้อมูล 1) วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ โดยใช้สถิติ Multiple Logistic Regression

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผ่านการรับรองจริยธรรมการศึกษาในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ อนุมัติเมื่อวันที่ 2/11/2561/รหัสโครงการวิจัยที่ 35/61

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยสามารถเก็บข้อมูลได้ครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 250 คน และไม่มีผู้ปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัย ผลการวิจัยพบว่า

1. คุณลักษณะประชากร ความรู้ การรับรู้ ทัศนคติ เรื่อง พระราชบัญญัติสรรพสามิตสุรา พ.ศ. 2560 และพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 58.00 อายุเฉลี่ย 40.84 ปี (S.D. = 11.17) สถานภาพสมรส ร้อยละ 80.00 ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 39.60 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 50.80 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 6,409.20 บาท (S.D. = 1,798.02) และมีบุคคลในครอบครัวดื่มสุรา ร้อยละ 83.20

ด้านความรู้ การรับรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับพระราชบัญญัติสรรพสามิตสุรา ปี 2560 และพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปี 2551 พบว่า มีความรู้ในระดับต่ำ ร้อยละ 55.20 มีการรับรู้ในระดับต่ำ ร้อยละ 53.20 ทัศนคติอยู่ในระดับดี ร้อยละ 78.80

2. พฤติกรรมการดื่มสุราของประชาชน ตำบลสะเอียบ อำเภอสอง จังหวัดแพร่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดื่มสุรา ร้อยละ 52.40 อายุเฉลี่ยที่เริ่มดื่มครั้งแรก 16.89 ปี ดื่มสุราขาว ร้อยละ 86.87 ดื่มเพื่อเข้าสังคม ร้อยละ 52.02 ดื่มเป็นกลุ่ม ร้อยละ 57.07 ดื่มที่บ้าน ร้อยละ 50.51 ตัดสินใจซื้อสุรด้วยตัวเอง ร้อยละ 64.14 ซื้อที่โรงงานสุรากลั่นชุมชน ร้อยละ 42.42 และเมื่อสุรามีราคาแพงขึ้นและรัฐบาลมีมาตรการควบคุมต่าง ๆ พบว่า ดื่มลดลง ร้อยละ 71.00 และมีความถี่ในการดื่มลดลง ร้อยละ 74.80 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการบริโภคสุรา

พฤติกรรมการบริโภคสุรา	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมการดื่มสุรา (n = 250)		
ดื่ม	131	52.40
เคยดื่ม	67	26.80
ไม่เคยดื่มเลย	52	2.80
อายุเมื่อดื่มสุราครั้งแรก (n = 198)		
< 18 ปี	46	23.23
≥ 18 ปี ถึง 20 ปี	84	42.43
> 20 ปี	68	34.34
Mean (S.D.) = 16.89 (10.33) Median (Min: Max) = 18 (12: 50)		
ประเภทสุราที่ดื่ม (n = 198) (ตอบได้หลายข้อ)		
สุราขาว	172	86.87
เบียร์	80	40.40
สุราสี	35	17.68
อื่น ๆ	31	15.65
เหตุผลหลักที่ดื่มสุรา (n = 198)		
เพื่อเข้าสังคม	103	52.02
เพื่อผ่อนคลายหลังเลิกงาน	51	25.76
เพื่อคลายเครียด	19	9.60
เพื่อสุขภาพ	10	5.05
อื่น ๆ	15	7.57

ตารางที่ 1 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการบริโภคสุรา (ต่อ)

พฤติกรรมการบริโภคสุรา	จำนวน	ร้อยละ
ลักษณะของการดื่มสุราเป็นส่วนใหญ่ (n = 198)		
ดื่มเป็นกลุ่ม	113	57.07
แล้วแต่โอกาส	71	35.86
ดื่มคนเดียว	14	7.07
สถานที่ที่มักดื่มสุรา (n = 198)		
บ้าน	100	50.51
สถานที่ที่มีเทศกาลหรืองานสังสรรค์	76	38.38
ร้านอาหาร	9	11.11
ผู้ที่มีความสำคัญต่อการตัดสินใจซื้อสุรา (n = 198)		
ตัวเอง	127	64.14
เพื่อน	62	31.31
คนขาย/พนักงานขาย	9	4.55
สถานที่ซื้อสุรา (n = 198)		
โรงงานสุรากลั่น	84	42.42
ร้านขายของชำ	56	28.28
ตัวแทนจำหน่าย	31	15.66
อื่น ๆ	27	13.64
ปริมาณในการดื่มเมื่อปัจจุบันสุรามีราคาแพงขึ้น รัฐบาลมีการรณรงค์ให้ประชาชน ลด ละ เลิก การดื่มสุรา และมีมาตรการควบคุมต่าง ๆ (n = 131)		
เลิกดื่ม	10	7.70
ดื่มลดลง	93	71.00
ดื่มเท่าเดิม	22	16.80
ดื่มมากขึ้น	4	3.00
เปลี่ยนรูปแบบการดื่ม	2	1.50
ความถี่ในการดื่มสุรา เมื่อปัจจุบันสุรามีราคาแพงขึ้น รัฐบาลมีการรณรงค์ให้ประชาชน ลด ละ เลิก การดื่มสุรา และมีมาตรการควบคุมต่าง ๆ (n=131)		
ลดลง	98	74.80
เท่าเดิม	30	22.90
เพิ่มขึ้น	3	2.30

3. ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ การรับรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมการบริโภคสุราของประชาชน

เพศชายจะมีพฤติกรรมดื่มสุราเป็น 5.29 เท่า ของเพศหญิง (Adjusted OR = 5.29, 95% CI: 2.32, 11.86) สถานภาพสมรสมีพฤติกรรมดื่มสุราเป็น 9.92 ของสถานภาพโสด (Adjusted OR = 9.92, 95% CI: 1.36, 43.28) สถานภาพหม้าย/หย่า มีพฤติกรรมดื่มสุรา 15.83 เท่า ของสถานภาพโสด (Adjusted OR = 15.83, 95% CI: 1.61, 69.27) และการที่มีบุคคลดื่มสุราในครอบครัวจะทำให้มีพฤติกรรมดื่มสุรา 3.15 เท่า ของคนที่ไม่มีบุคคลในครอบครัวดื่มสุรา (Adjusted OR = 3.15, 95% CI: 1.46, 6.80) ส่วนปัจจัยความรู้ การรับรู้ ทัศนคติไม่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคสุราของประชาชน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ การรับรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคสุราของประชาชน
ตำบลสะเอียบ อำเภอสอง จังหวัดแพร่ โดยการวิเคราะห์ Logistic regression

ข้อมูล	จำนวน (250 คน)	ร้อยละ	Crude OR	95% CI	P- value	Adjusted OR*	95% CI	P- value
เพศ					< .001			< .001
หญิง	105	42.00	1			1		
ชาย	145	58.00	5.25	2.32, 11.86		5.29	2.36, 11.79	
สถานภาพ สมรส					0.046			0.018
สมรส	200	80.00	1			1		
โสด	44	17.60	7.66	1.37, 43.83		9.92	1.36, 43.28	
หม้าย / หย่า	6	2.40	10.57	1.61, 69.27		15.83	1.61, 69.27	
บุคคลใน ครอบครัวดื่ม สุรา					0.002			0.003
ไม่มี	42	16.80	1			1		
มี	208	83.20	3.19	1.54, 6.60		3.15	1.46, 6.80	
ระดับความรู้ในเรื่อง พรบ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551					0.897			-
ดี	38	15.20	1					-
ปานกลาง	74	29.60	0.89	0.33, 2.41				-
ต่ำ	138	55.20	0.81	0.33, 2.01				-

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ การรับรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคสุราของประชาชน ตำบลสะเอียบ อำเภอสอง จังหวัดแพร่ โดยการวิเคราะห์ Logistic regression (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (250 คน)	ร้อยละ	Crude OR	95% CI	P- value	Adjusted OR*	95% CI	P- value
ระดับความรู้ เรื่อง พรบ. สรรพสามิตสุรา พ.ศ. 2560 และ พรบ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551								
					0.555		-	
ดี	63	25.20	1				-	
ปานกลาง	54	21.60	0.74	0.31, 1.76			-	
ต่ำ	133	53.20	1.12	0.53, 2.32				
ระดับความรู้ เรื่อง พรบ. สรรพสามิตสุรา พ.ศ. 2560 และ พรบ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551								
					0.320		-	
ดี	117	46.80	1				-	
ปานกลาง	112	44.80	1.29	0.69, 2.42			-	
ต่ำ	21	8.40	2.99	0.66, 13.63			-	

Adjusted OR* = ค่า OR ได้จากการควบคุมตัวแปรที่มีอิทธิพลร่วม ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส และบุคคลในครอบครัวที่ดื่มสุรา

อภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า ประชาชนมีพฤติกรรมดื่มสุรา ร้อยละ 52.40 สอดคล้องกับการศึกษาของสำนักงานสถิติแห่งชาติ¹⁴ ที่พบว่า พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปี 2555 ร้อยละ 61.90 อายุเฉลี่ยที่เริ่มดื่มครั้งแรก 16.89 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของกองสุราศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข¹⁵ ที่พบว่า พฤติกรรมการดื่มสุรามีอายุเฉลี่ยเมื่อเริ่มดื่มสุรา 20.30 ปี ดื่มสุราขาว ร้อยละ 86.87 สอดคล้องกับการศึกษาของเนื่อแพร เล็กเฟื่องฟู¹⁶ ที่พบว่า ภาคเหนือดื่มสุรามากที่สุด ร้อยละ 66.00 และการดื่มภาพรวมของประเทศ พบว่า ร้อยละ 51.80 ดื่มสุราขาว สุราสี สุราแดง ส่วนใหญ่ดื่มเพื่อเข้าสังคม ร้อยละ 52.02 ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ อุดมศักดิ์ แซ่โจ้ว และคณะ¹⁷ แตกต่างจากการศึกษาของ ศิริลักษณ์ นิยกิจ¹⁸ ที่พบว่า ประชาชนดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด คือ เมื่อออกหักหรือเศร้าใจ ร้อยละ 86.30 ส่วนใหญ่ ดื่มเป็นกลุ่ม ร้อยละ 57.07 สอดคล้องกับการศึกษาของพงษ์เดช สารการ และคณะ¹⁹ และส่วนใหญ่ดื่มสุราที่บ้าน ร้อยละ 50.51 สอดคล้องกับการศึกษาของอมรรัตน์ อัครเศรษฐกุล²⁰ ผลการศึกษาพบว่า การตัดสินใจซื้อสุรด้วยตัวเองสูงถึงร้อยละ 64.14 แตกต่างจากการศึกษาของ อัมพิกา หอมจิตต์²¹ ที่พบว่า บุคคลที่มีอิทธิพลต่อการซื้อและดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของสตรีวัยทำงานกรุงเทพมหานคร คือ เพื่อนที่สนิท / เพื่อนที่ทำงาน

ผลการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่ประชาชนซื้อสุราจากโรงงานสุรากลั่นชุมชน ร้อยละ 42.42 ผลการศึกษาพบว่า ไม่มีความสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยใดมาก่อน ทั้งนี้ อาจเนื่องจากพื้นที่ศึกษาเป็นพื้นที่เฉพาะ คือ เป็นแหล่งผลิตสุราแหล่งใหญ่ของจังหวัดแพร่ ประชาชนรวมถึงเยาวชนสามารถเข้าถึงได้ง่ายกว่าพื้นที่อื่น จึงทำให้สถานที่ซื้อมีความแตกต่าง

จากผลการศึกษาของนักวิจัยท่านอื่น ๆ เช่น จากการศึกษาของพงษ์ศักดิ์ อ้นมอย²² ที่พบว่า ส่วนใหญ่ซื้อมาจากร้านขายของชำในหมู่บ้าน ร้อยละ 47.20

นอกจากนั้น พบว่า สุราที่มีราคาแพงขึ้นและรัฐบาลมีการณรงค์ให้ประชาชน ลด ละ เลิก การดื่มสุรา และมีมาตรการควบคุมต่าง ๆ ส่วนใหญ่ ดื่มลดลง ร้อยละ 71.00 และมีความถี่ในการดื่มลดลง ร้อยละ 74.80 แสดงให้เห็นว่า มาตรการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้านภาษี มีความสำคัญต่อการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชน สอดคล้องกับการศึกษาของสำนักงานเศรษฐกิจการคลัง เรื่องการคาดการณ์ การประเมินผลของมาตรการภาษีและไม่ใช้ภาษีต่อพฤติกรรมบริโภคสุราไทย²³ ที่พบว่า ราคาสุราที่กลุ่มตัวอย่างนิยมดื่มสูงขึ้นเฉลี่ย 87 บาท ขณะที่รายได้เท่าเดิม ทำให้การบริโภคสุราที่ตนชอบลดปริมาณลง ร้อยละ 80.00 โดยด้านความถี่ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้บริโภคร้อยละ 50.69 ยังคงบริโภคสุราประเภทเดิมเมื่อราคาสุราประเภทนั้น ๆ เพิ่มขึ้น เพียงแต่เปลี่ยนไปบริโภคสุราประเภทเดิมที่ห่ออื่นที่ราคาต่ำกว่าแทน ซึ่งสามารถสรุปพฤติกรรมบริโภคสุราเบื้องต้นได้ว่าสินค้าสุราประเภทต่าง ๆ มีความยืดหยุ่นต่อราคาน้อยมาก หมายถึง ความต้องการบริโภคสุรา ลดลงน้อยกว่าราคาสุราที่ปรับเพิ่มขึ้น

จากการศึกษาพบความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลพบตัวแปรที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมการดื่มสุราของประชาชนตำบลสะเลียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 3 ตัวแปร คือ เพศ สถานภาพสมรส และบุคคลในครอบครัวดื่มสุรา สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริลักษณ์ นิยกิจ¹⁸ ที่พบว่า เพศชายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การศึกษาของธนัฐา สมัยและคณะ²⁴ ที่พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ประเภทการดื่มปัจจุบัน การที่กลุ่มเพศชายกลุ่มที่เป็นโสดหรือหม้าย / หย่าแยกมีโอกาสที่จะดื่มสุรามากกว่ากลุ่มอื่นเนื่องมาจากบุคคลดังกล่าวอาจมีความเครียดได้ง่ายย่อมส่งผลต่อสุขภาพจิต ทำให้ต้องดื่มเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์เพื่อบรรเทาความ ตึงเครียด หรืออาจเป็นเพราะผลจากการมีปัญหาจากการดื่มหรือการติดแอลกอฮอล์เองทำให้ไม่สามารถดำรงชีวิตได้อย่างประสบความสำเร็จได้ในกรณีการหย่าหรือแยกกันอยู่²⁵ ส่วนการดื่มสุราที่สัมพันธ์กับการที่มีบุคคลในครอบครัวดื่มสุรานั้น ผลการวิจัยที่มาสสนับสนุนหลาย เรื่อง เช่น การศึกษาของสุรเมศวร์ ฮาซิม และคณะ²⁶ ที่พบว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนชั้นมัธยมตอนปลาย จังหวัดปทุมธานี สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม เชิงพุทธิปัญญา (Social Cognitive Learning Theory) บันดورا²⁷ มีความเชื่อว่าการเรียนรู้ของมนุษย์ส่วนมากเป็นการเรียนรู้โดยการสังเกตหรือการเลียนแบบ และเนื่องจากมนุษย์มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบ ๆ ตัวเสมอ ดังนั้น ควรให้ประชาชนมีส่วนร่วมกำหนดมาตรการชุมชนเพื่อป้องกันนักดื่มสุรา โดยเฉพาะ กลุ่มเยาวชนที่จะก้าวมาเป็นนักดื่มหน้าใหม่ที่เกิดจากการเลียนแบบพฤติกรรมในครอบครัวที่มีผู้ดื่มสุรา การณรงค์สร้างตัวอย่างที่ดีของผู้ปกครอง รวมทั้งการลดการสัมผัสเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนโดยการไม่ให้ผู้ปกครองใช้ให้เยาวชนลูกหลานไปซื้อสุรา เป็นต้น

ปัจจัยด้านความรู้การรับรู้ทัศนคติ เรื่อง พระราชบัญญัติสรรพสามิตสุรา พ.ศ. 2560 พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 พบว่า ไม่มีผลต่อพฤติกรรมบริโภคสุรา ซึ่งไม่เป็นไปตามแนวคิดการวิเคราะห์พฤติกรรมของบุคคลแบบ Precede Framework ที่อธิบายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมาจากปัจจัยภายในของตัวบุคคล²⁸ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากพื้นที่ที่ทำการศึกษาคือ เป็นแหล่งผลิตสุรากลั่นชุมชน ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย อีกทั้งเป็นอาชีพและวิถีของคนในชุมชนที่สืบทอดกันมาตั้งแต่บรรพบุรุษ และกลุ่มตัวอย่างเป็นคนวัยผู้ใหญ่และคนดั้งเดิมในชุมชน แตกต่างกับงานวิจัยของ รัตติยา บัวสอน และเชษฐ รัชดาพรธนาธิกุล²⁹ ศึกษาพฤติกรรมบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัยระดับปริญญาตรีที่อยู่ในกรุงเทพมหานคร พบว่า ความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรเน้นการให้ความรู้กับประชาชน เรื่อง กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสุรา
2. ควรหามาตรการเพิ่มการณรงค์ป้องกัน ลด ละ เลิก การดื่มสุรา และจัดบริการช่วยเหลือสุราในกลุ่มเพศชาย และคนที่เป็นโสด / หม้าย / หย่าร้าง ในพื้นที่ตำบลสะเอียบมากยิ่งขึ้น
3. ควรให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดมาตรการชุมชนเพื่อป้องกันนักดื่มหน้าใหม่จากการเลียนแบบพฤติกรรมในครอบครัวที่มีการดื่มสุรา เช่น การสร้างตัวอย่างที่ดีของผู้ปกครอง และการไม่ให้เยาวชนไปซื้อสุราให้ผู้ปกครอง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเปรียบเทียบพฤติกรรมกาดื่มสุรากับพื้นที่ที่ไม่มีการผลิตสุรา

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมกาสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร 2560. กรุงเทพฯ: บริษัทสมิตรพัฒนาการพิมพ์; 2561.
2. สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดแพร่. รายงานสถานการณ์ทางสังคม จังหวัดแพร่ ประจำปี 2561. แพร่: กลุ่มนโยบายและวิชาการ สำนักงานพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดแพร่; 2561.
3. กลุ่มอนุรักษ์ภูมิปัญญาพื้นบ้าน, สรุปผลการดำเนินงานโรงงานสุรากลั่นชุมชนตำบลสะเอียบ ประจำปี 2559. แพร่: กลุ่มผู้ประกอบการโรงงานสุรากลั่นชุมชนตำบลสะเอียบ กลุ่มอนุรักษ์ภูมิปัญญา พื้นบ้าน; 2559.
4. องค์การบริหารส่วนตำบลสะเอียบ. สรุปผลการสำรวจสถานะสุขภาพ ประจำปี 2559. แพร่: กลุ่มงานวิเคราะห์นโยบาย และแผน องค์การบริหารส่วนตำบลสะเอียบ; 2560.
5. นิพนธ์ พัวพงศกร และคณะ. การวิเคราะห์ผลกระทบของการขึ้นภาษีสุรา และพ.ร.บ.ควบคุมการบริโภคสุรา. ศูนย์บริการวิชาการเศรษฐศาสตร์ คณะเศรษฐศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2552.
6. สำนักวิจัยนโยบายสร้างเสริมสุขภาพ. ประวัติภาษีสรรพสามิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทย; 2559.
7. อารยา งามล้วน และศักดิ์ชาย นาคนก. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการจำหน่ายสุรา กรณีเพื่อหาแนวทางควบคุมการจำหน่ายและลดการบริโภคสุรา. การประชุมสัมมนาวิชาการราชภัฏนครสวรรค์ครั้งที่ 1; 2557; มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์. นครสวรรค์: 2557.
8. สำนักนโยบายภาษี. โครงสร้างอัตราภาษีสุราและมาตรการที่ไม่ใช่ภาษีมีผลต่อพฤติกรรมกาบริโภคสุราอย่างไร. กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายภาษี สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง; 2552. สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง
9. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. รายงานสถานการณ์สุราประจำปี พ.ศ. 2552. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดีการพิมพ์; 2552. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.
10. อีรพล หล่อประดิษฐ์, ณรงค์ หนูสอน. ปัญหาการดื่มสุราเถื่อนในชุมชนกับนโยบายควบคุมการดื่มสุราของประชาชนในประเทศไทย. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนุตรดิตถ์ 2561; 1.
11. อีระวุธ ธรรมกุล, นิตยา เพ็ญศิริภา, ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์, ทิพย์รัตน์ ธรรมกุล, นิยม ไกรปุย. สถานการณ์การจำหน่ายและการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเขตโซนนิ่งรอบสถานศึกษา. กทม: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ 2561. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมิกราช.
12. Cohen. J. Statistical. Power Analysis for the Behavioral Sciences (2 nd ed.). Hillsdate, NJ: Lawrence Earlbaum

Associates; 1988.

13. Bloom BS. Handbook on formation and Summative Evaluation of Student Learning. New York: McGraw-Hill Book Company; 1971.

14. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร. 2554. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สำนักงานกฤษฎีกา; 2554.

15. กองสุรศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ สำหรับวัยทำงาน. กองสุรศึกษา; 2558.

16. เนื้อแพร่ เล็กเฟื่องฟู, ณัฐ ธารพานิช, กิจวัฒน์ ทาเจริญ, สุขใจว่องไว ศิริวัฒน์. สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2558: 1-12.

17. อุดมศักดิ์ แซ่โง้ว, พลเทพ วิจิตรคุณากร และสาวิตรี อัสณางค์กรชัย. ข้อเท็จจริงและตัวเลข: เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย 2559. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2559.

18. ศิริลักษณ์ นิยกิจ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชน ตำบลไทรน้อย อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10. 2559; 2:16-32.

19. พงษ์เดช สารการ, เสมอ ตรีคุณา, รังสิมา บำเพ็ญบุญ, นุจรินทร์ หิรัญคำ, ธนิตา บุตรคล้าย, ยุพา พิทักษานิชย์. พฤติกรรม การดื่มและผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มแรงงาน ภาคอุตสาหกรรม จังหวัดนครราชสีมา. นครราชสีมา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2552

20. อมรรัตน์ อัครเศรษฐสกุล. พฤติกรรมและผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของ ประชาชน ตำบลหนองไผ่ อำเภอมือง จังหวัดอุดรธานี 2556. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2556; 1: 101-109.

21. อัมพิกา หอมจิตต์. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการซื้อและบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของสตรี วัยทำงานในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์/ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรี นครินทรวิโรฒ; 2558.

22. พงษ์ศักดิ์ อ้นมอย. การพัฒนามาตรการการจำกัดการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้เยาวชนของผู้ประกอบการร้านค้าโดยรอบสถานศึกษาในจังหวัดอุดรธานี. อดุรดิติตต์: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2560. 60-A1-0001.

23. สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง. การคาดการณ์และการประเมินผลของมาตรการภาษีและไม่ใช่ภาษีต่อพฤติกรรมการบริโภคสุราไทย. กรุงเทพฯ : สำนักนโยบายภาษี; 2552. สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง.

24. ธนินฐา สมัย. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะเศรษฐกิจและสังคม ความเครียด ต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนในชุมชน เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร. J Nurs Sci 2556; 1: 42-50

25. ธนกุลชัยถวัลย์, รัศมน กัลยาศิริ. การดื่มแอลกอฮอล์ของคนงานก่อสร้างในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2556: 58(4): 345 - 358.

26. สุรเมศวร์ ฮาซิม, รัตนา เลิศสุวรรณศรี, รมิตา ศรีเหรา, ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ของนักเรียนชั้นมัธยมปลาย จังหวัดประทุมธานี. Thai Journal of Science 2560; 1-10

27. Bandura, Albert. Social Learning Theory. New Jersey: Prentice Hall, Inc., 1977

28. กองสุรศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. กลยุทธ์การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพฯ: บริษัท สามเจริญพาณิชย์(กรุงเทพ) จำกัด; 2561.

29. รัตติยา บัวสอน, เชษฐ รัชดาพรธนาธิกุล. พฤติกรรม การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยระดับปริญญาตรีในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (วิทยาการเสพติด).สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียนมหาวิทยาลัยมหิดล; 2553.

รายงานการสอบสวนการระบาดของโรคไข้ปวดข้อยุงลาย อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร ระหว่างวันที่ 26 กุมภาพันธ์ – 8 มีนาคม 2562

Investigation of a Mosquito-Borne Chikungunya Fever Outbreak in Langsuan District,

Chumphon: February 26 – March 8, 2019

วิชณู อนิลบล¹, ศักดิ์สิทธิ์ มหารัตนวงศ์², รวิพร ฤกษ์ตระกูล¹, สุรวุฒิ เมฆนิตติ² และประยูร หนูเมือง³
Witsanu Aninlabon¹, Saksit Maharattanawong², Rawiphon Roekarun¹, Surawut Makniti² and Prayoon Noomuang³

¹โรงพยาบาลปากน้ำหลังสวน, ²โรงพยาบาลหลังสวน ³สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร

¹Paknam Langsuan Hospital, ²Langsuan Hospital, ³Langsuan District Public Health Office, Chumphon

*Corresponding author e-mail: uiseiwpoh@gmail.com

(Article submitted: March 9, 2020; Final version accepted: July 8, 2020)

บทคัดย่อ

เมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2562 เวลา 10.00 น. งานระบาดวิทยา กลุ่มงานปฐมภูมิและองค์กรร่วม โรงพยาบาลปากน้ำหลังสวนและงานระบาดวิทยาสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร ได้รับรายงานจากศูนย์เทศบาลตำบลปากน้ำหลังสวนว่า พบผู้ป่วยไข่ออกผื่นในพื้นที่ตำบลปากน้ำ อำเภอหลังสวน จำนวน 5 ราย ไปรักษาที่คลินิกแห่งหนึ่งในตำบลปากน้ำ อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร ด้วยอาการไข้สูง หนาวสั่น ปวดข้อ ปวดเมื่อย และมีผื่นตามตัว ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) อำเภอหลังสวน จึงได้ลงสอบสวนโรค เมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2562 เวลา 13.00 น. มีวัตถุประสงค์เพื่อยืนยันการระบาดของโรค อธิบายการกระจายของโรค และลักษณะการติดต่อของโรค นำไปสู่การควบคุมและป้องกันการระบาดของโรค วิธีการศึกษา คือ ศึกษาระบาดของวิทยาเชิงพรรณนา (Descriptive Epidemiology Study) ผลการศึกษา พบผู้ป่วยที่มีอาการเข้าได้กับนิยามโรคไข้ปวดข้อยุงลายในอำเภอหลังสวนจำนวนทั้งหมด 55 ราย ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม – 3 มีนาคม 2562 พบผู้ป่วยสงสัยจำนวน 45 ราย ผู้ป่วยที่เข้าข่ายจำนวน 8 ราย และผู้ป่วยที่ยืนยันจำนวน 2 ราย ผู้ป่วยพบมากที่สุดในช่วงอายุน้อยกว่า 20 ปี (ร้อยละ 36.40) โดยพบในกลุ่มนักเรียนและเกษตรกรหรือรับจ้างมากที่สุด รูปแบบการระบาดเป็นแบบแหล่งโรคแพร่ขยาย (Propagated source) ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค คือ ลักษณะภูมิประเทศของอำเภอหลังสวนที่เป็นที่ราบตามแนวชายฝั่งทะเลของอ่าวไทย ฝนตกสม่ำเสมอเกือบตลอดปี มีที่ราบลุ่มหรือแอ่งน้ำนิ่งที่มีน้ำขัง เป็นสาเหตุในการเกิดการเพาะพันธุ์ยุงลาย รวมทั้งการปลูกน้ำยุงในบริเวณบ้าน เป็นแหล่งรังโรคของโรคไข้ปวดข้อยุงลายได้ การดำเนินการมาตรการในการควบคุมป้องกันการระบาดของโรคในครั้งนี้ คือ การกำจัดลูกน้ำยุงลาย การพ่นสารเคมีกำจัดยุงตัวเต็มวัย การให้สุขศึกษาการป้องกันตนเองแก่ประชาชนในพื้นที่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้ปวดข้อยุงลาย การดูแลตัวเองเบื้องต้นหลังจากมีอาการ และค้นหาผู้สัมผัสโรคในชุมชนและในโรงเรียน หลังจากดำเนินการควบคุมและป้องกันการระบาดของโรคแล้วจนพ้นระยะเฝ้าระวังโรค ไม่พบผู้ป่วยเข้าได้กับนิยามของโรคในช่วงปลายเดือนมีนาคม 2562 มาตรการในระยะยาว คือ การสร้างระบบการเฝ้าระวัง การควบคุมและป้องกันโรคที่รวดเร็วตามมาตรฐาน โดยการแจ้งข่าวการระบาดของโรค ให้มีความรวดเร็วส่งผลต่อการควบคุมโรคได้ทันเวลาและมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: โรคไข้ปวดข้อยุงลาย, โรคชิคุนกุนยา, การควบคุมโรค, การป้องกันโรค

Abstract

At 10.00 a.m. on February 26, 2017, the Paknam Langsuan Subdistrict Municipality Center sent notification that five patients had attended a clinic in the subdistrict presented with a fever and a rash to the Division of Communicable Disease Control, Primary and Holistic Care Department, Paknam Langsuan Hospital and the Division

of Communicable Disease Control, Langsuan District Public Health Office. The patients had a fever, chill, joint pain, malaise, and rashes. The Langsuan District's Surveillance and Rapid Response Team (SRRT) commenced a disease investigation the same day at 01.00 p.m. to describe the outbreak characteristics of the mosquito-borne Chikungunya Fever in Langsuan District, Chumphon, Thailand, regarding the local population, location, and event chronology. The study focused on discovering the outbreak cause, the contact characteristics of the disease, and an analysis of the disease risk factors to control and prevent further outbreaks. A descriptive epidemiological study was conducted. The results reveal that 55 patients had Chikungunya fever symptoms in Langsuan district in the period January 1 – March 3, 2019. Of these, 45 were suspected cases, 8 probable cases, and 2 confirmed cases. Most cases were in the age group of < 20 years (36.40%) and were identified as either students, agricultural workers, or other employees. The outbreak model was a propagated source, and the disease risk factor is the topography of Langsuan District, which is a flat area in southern Thailand on the coast of the Gulf of Thailand. This area experiences regular precipitation throughout the year, and stagnant water collects in plains or basins which serve as breeding grounds for the disease-carrying *Aedes Aegypti* mosquito species. The source of the disease is mosquito larvae which are found in local houses, but the search for exposure to the disease extended to other communal areas and schools. Measures implemented to control and prevent the spread of the disease outbreak included spraying mosquitos, eliminating mosquito larvae, providing health education, advising people of self-protection measures, educating people about the associated with fever, and recommending personal care following symptoms of the disease. After the outbreak control and prevention measures extended beyond the surveillance period, had not found the patients to match the definition of the disease by the end of March 2019. In the long-term, recommendations for timely and effective disease control include creating a surveillance system, rapid control and disease prevention, and prompt notification of news of an outbreak.

Keywords: Chikungunya disease, disease control, disease prevention

บทนำ

งานระบาดวิทยา กลุ่มงานปฐมภูมิและองค์กรร่วม โรงพยาบาลปากน้ำหลังสวนและงานระบาดวิทยาสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหลังสวน ได้รับรายงานทางโทรศัพท์จากศูนย์เทศบาลตำบลปากน้ำหลังสวน เมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2562 เวลา 10.00 น. ว่า พบผู้ป่วยไข่ออกผื่นในพื้นที่ตำบลปากน้ำ อำเภอหลังสวน จำนวน 5 ราย ซึ่งไปรักษาที่คลินิกแห่งหนึ่งในตำบลปากน้ำ ด้วยอาการไข้สูง หนาวสั่น ปวดข้อ ปวดเมื่อยและมีผื่น ตามตัว จากการสอบถาม มีผู้ป่วยเพศชาย 3 ราย เพศหญิง 2 ราย เจ้าหน้าที่งานระบาดวิทยา โรงพยาบาลปากน้ำหลังสวน จึงได้ประสานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) จากงานระบาดวิทยา โรงพยาบาลหลังสวน งานระบาดวิทยาสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหลังสวน และศูนย์สาธารณสุขเทศบาลอำเภอหลังสวน ออกสอบสวนโรค เมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2562 เวลา 13.00 น.

วัตถุประสงค์

1. เพื่อยืนยันการวินิจฉัยและการระบาดของโรคไข้ปวดข้อยุงลาย
2. เพื่ออธิบายการกระจายของโรค และลักษณะการติดต่อของโรค ตามบุคคล สถานที่ และเวลา
3. เพื่อดำเนินการควบคุมและป้องกันการระบาดของโรค

วิธีการศึกษา

การศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา (Descriptive Epidemiology Study)

1. รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากการสอบถาม ข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียนที่มารักษาที่โรงพยาบาลปากน้ำหลังสวน และโรงพยาบาลหลังสวน รวมทั้งการสัมภาษณ์จากบุคคลในบ้าน ที่โรงเรียน และในชุมชน โดยใช้แบบคัดกรองอาการของผู้ที่มีอาการและผู้สงสัยโรคไข้ปวดข้อยุงลายของงานระบาดวิทยา กลุ่มงานควบคุมโรคและระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร
2. ศึกษาข้อมูลผู้ป่วยโรคไข้ปวดข้อยุงลายย้อนหลังในระบบรายงานโรคและเวชระเบียนผู้ป่วยของโรงพยาบาลปากน้ำหลังสวน ปี พ.ศ. 2562 เปรียบเทียบกับค่ามัธยฐาน 5 ปี ย้อนหลัง (ปี 2557– 2561)
3. ค้นหาผู้ป่วยโรคไข้ปวดข้อยุงลายเพิ่มเติม ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม – 8 มีนาคม 2562

นิยามผู้ป่วย⁽¹⁾

- ผู้ป่วยที่สงสัย (Suspected case) หมายถึง ผู้ที่มีอาการตามเกณฑ์ทางคลินิก ได้แก่ ไข้สูง ร่วมกับอาการอย่างน้อย 2 ใน 5 อาการ คือ ปวดข้อหรือข้อบวมหรือข้ออักเสบ มีผื่นตามตัว ปวดกล้ามเนื้อ ปวดศีรษะ ปวดกระบอกตา
- ผู้ป่วยที่เข้าข่าย (Probable case) หมายถึง ผู้ที่มีอาการตามเกณฑ์ทางคลินิกและมีผลตรวจทางปฏิบัติการทั่วไปเข้าได้กับอย่างใดอย่างหนึ่ง คือ 1) ตรวจพบเม็ดเลือดขาว (WBC) ต่ำกว่าค่าปกติ หรือ 2) เกร็ดเลือด (platelet) ปกติ ซึ่งสามารถแยกจากไขแดงก็ได้
- ผู้ป่วยที่ยืนยัน (Confirmed case) หมายถึง ผู้ที่มีอาการเข้าได้ตามเกณฑ์ทางคลินิกและมีผลตรวจทางปฏิบัติการจำเพาะต่อเชื้อไวรัสชิคุนกุนยา ได้แก่ 1) ตรวจหาแอนติบอดี IgM หรือ IgG ต่อเชื้อ Alphavirus โดยวิธีการตรวจหาไตเตอร์ในซีรัม โดยวิธี Enzyme-linked immunosorbent assays (ELISA) > 40 units 2) วิธี Hemagglutination Inhibition (HI) > 4 เท่า 3) พบ Antibody > 1:2560 4) (2) ตรวจ PCR (Polymerase chain reaction) พบเชื้อไวรัสชิคุนกุนยา

เครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์

1. แบบฟอร์มในการสอบสวนโรค ได้แก่
 - 1.1 แบบสอบสวนโรคตามรูปแบบของงานควบคุมโรคและระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร
 - 1.2 แบบคัดกรองอาการของโรคไข้ปวดข้อยุงลาย ของงานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร
 - 1.3 แบบฟอร์มส่งตัวอย่างตรวจโรคไขเลือดออก ไขแดง ไขชิคุนกุนยา ไขชีกา ของสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
 - 1.4 ใบนำส่งตัวอย่างตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อ เพื่อวินิจฉัยด้วยวิธี Real time PCR ของสถาบันบำราศนราดูร
2. วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการเก็บตัวอย่างเลือด (Clot blood และ EDTA blood) และตัวอย่างปัสสาวะ

การศึกษาทางห้องปฏิบัติการ

1. เก็บตัวอย่างเลือดส่งตรวจทางปฏิบัติการโดยยึดแนวทางการเฝ้าระวังสอบสวน และรายงานโรคกรณีสงสัยติดเชื้อไวรัสชิคุนกุนยาของสำนักระบาดวิทยา
2. ส่งตัวอย่างเลือด โดยส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ ได้แก่ ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC) ที่โรงพยาบาลปากน้ำหลังสวน และส่งตัวอย่างเลือดหาความจำเพาะต่อเชื้อไวรัสชิคุนกุนยาที่สถาบันวิทยาศาสตร์สาธารณสุข

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (โดยวิธี RT-PCR)

การศึกษาสภาพแวดล้อม

ศึกษาสภาพแวดล้อมที่บ้าน ชุมชน โรงเรียน โรงพยาบาล สำนวณสภาพที่พื้กอาศัยและสิ่งแวดลอมทั่วไปบริเวณบ้านของผู้ป่วย ชุมชน โรงเรียน และโรงพยาบาล ที่พบผู้ป่วย เพื่อประเมินความเสี่ยงและลักษณะสิ่งแวดลอมของสถานที่ที่เอื้อต่อการแพร่เชื้อ

ผลการสอบสวน

การยืนยันการเกิดโรคและการระบาดของโรค

ยืนยันการเกิดโรค

การสอบสวนผู้ป่วยที่ได้รับรายงานครั้งนี้ มีอาการเข้าได้กับโรคไข้ปวดข้อยุงลายหรือชิคุนกุนยา โดยผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงที่สำคัญ คือ ไข้ ปวดข้อหรือข้อบวมหรือข้ออักเสบ มีผื่นตามตัว ปวดกล้ามเนื้อ และปวดศีรษะ แพทย์วินิจฉัยโรคไข้ปวดข้อยุงลายจากอาการและผลตรวจทางปฏิบัติการทั่วไป

ยืนยันการระบาดของโรค

สถานการณ์โรคไข้ปวดข้อยุงลายของอำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร ในเดือนมกราคม ปี 2562 อำเภอหลังสวนไม่มีรายงานทางระบาดวิทยาของผู้ป่วยโรคไข้ปวดข้อยุงลาย⁽²⁾ จนกระทั่งเดือนกุมภาพันธ์ได้รับรายงานผู้ป่วยสงสัยโรคไข้ปวดข้อยุงลายเป็นกลุ่มก้อน จำนวน 5 ราย ซึ่งมีค่าสูงกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง (ปี พ.ศ. 2557-2561) และคิดเป็นอัตราป่วย 8.52 ต่อประชากรแสนคน

ผลการศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา

ผลการสอบสวนโรคไข้ปวดข้อยุงลายเบื้องต้น เมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2563 (Index case) พบผู้ป่วยเป็นกลุ่มก้อน จำนวน 5 ราย มีอาการไข้ ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ และมีผื่น ทั้ง 5 ราย โดย 2 ราย มีประวัติการเดินทางไปทำงานที่บริษัทใน อ.สวี จ.ชุมพร เมื่อ 2 อาทิตย์ที่ผ่านมา ไม่มีประวัติผู้ร่วมงานมีอาการป่วยด้วยโรคไข้ปวดข้อยุงลาย และอีก 3 ราย เป็นนักเรียนที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันมีประวัติเดินทางไปเรียนหนังสือที่โรงเรียนสวนศรีวิทยา อ.หลังสวน ไม่มีประวัตินักเรียนที่มีอาการป่วยด้วยโรคไข้ปวดข้อยุงลาย

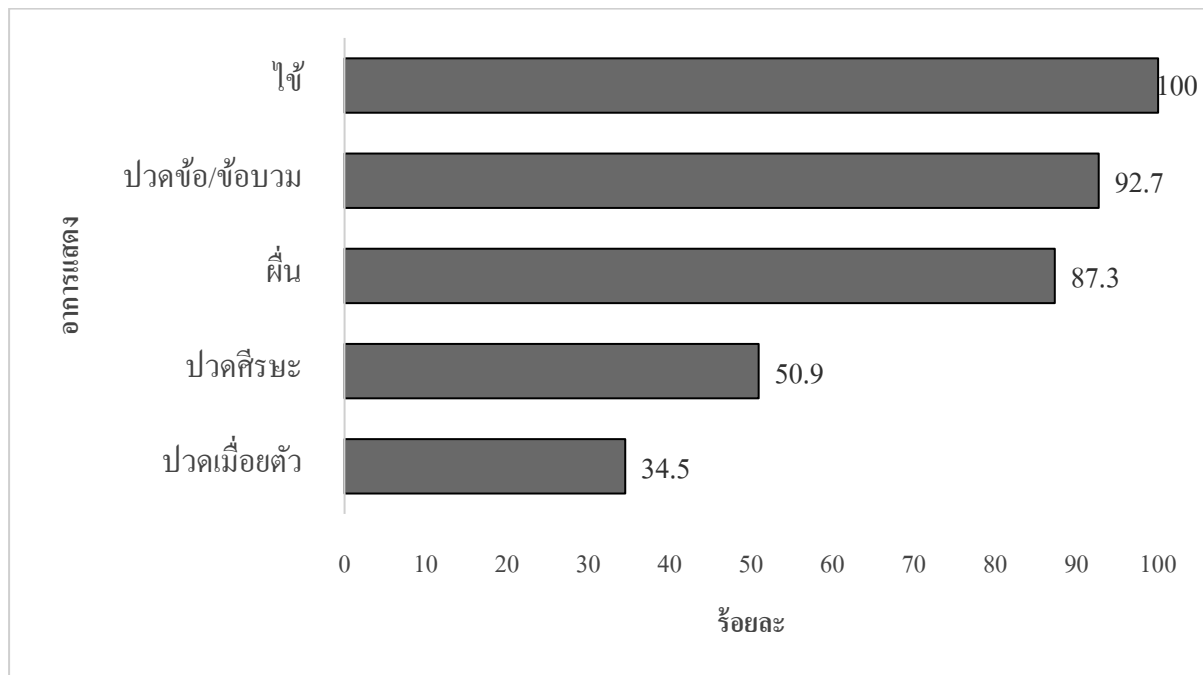
การค้นหาผู้ป่วยและผู้สัมผัสเพิ่มเติม

การค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมโดยการสอบถามอาการ ชักประวัติอาการทางคลินิก ข้อมูลเวชระเบียนของผู้ป่วยที่มารักษาและวินิจฉัยด้วยโรคไข้ปวดข้อยุงลาย ณ โรงพยาบาลปากน้ำหลังสวน และโรงพยาบาลหลังสวนพบผู้ป่วยตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม – 8 มีนาคม 2562 จำนวนทั้งหมด 55 ราย โดยพบผู้ที่มีการเข้าได้กับผู้ป่วยที่สงสัย (Suspected case) จำนวน 45 ราย ผู้ป่วยที่เข้าข่าย (Probable case) จำนวน 8 ราย จากผลตรวจทางปฏิบัติการทั่วไป (CBC) และพบผู้ป่วยที่ยืนยัน (Confirmed case) จำนวน 2 ราย จากผลตรวจทางปฏิบัติการจำเพาะต่อเชื้อไวรัสโรคไข้ปวดข้อยุงลาย ตรวจ RT-PCR พบเชื้อไวรัส Alphavirus

ผู้ป่วยทั้งหมด 55 ราย เป็นเพศชาย 23 ราย และเพศหญิง 32 ราย พบผู้ป่วยมากที่สุดเ็นเด็กอายุน้อยกว่า 20 ปี จำนวน 20 ราย (ร้อยละ 36.40) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ เกษตรกร/รับจ้าง รองลงมา คือ กลุ่มนักเรียน/นักศึกษา

อาการและอาการแสดง ได้แก่ ไข้หรือประวัติว่ามีไข้ จำนวน 55 ราย (ร้อยละ 100) รองลงมา ได้แก่ ปวดข้อหรือข้อบวม จำนวน 51 ราย (ร้อยละ 92.70) ผื่น จำนวน 47 ราย (ร้อยละ 87.3) ปวดศีรษะ จำนวน 28 ราย (ร้อยละ 50.90)

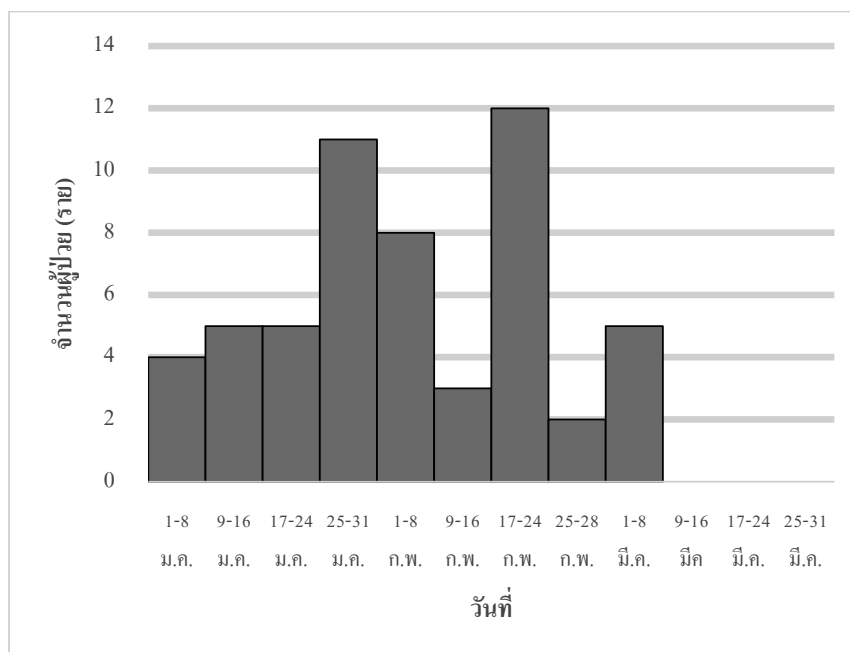
และปวดเมื่อยตัว ศีรษะ จำนวน 19 ราย (ร้อยละ 34.50) ดังแสดงในรูปที่ 1



รูปที่ 1 ร้อยละของอาการแสดงของผู้ป่วยโรคไข้ปวดข้อยุงลายในพื้นที่อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร ระหว่างวันที่ 1 มกราคม – 8 มีนาคม 2562 (N = 55 ราย)

รูปแบบการระบาดของโรค

จากการสอบสวน พบว่า ผู้ป่วยทั้ง 55 ราย มีรูปแบบการระบาดของโรคเป็นชนิดแหล่งโรคแพร่ขยาย (Propagated source)⁽⁴⁾ ซึ่งเป็นการระบาดที่ผู้ป่วยมีการแพร่เชื้อต่อ ๆ กันไปเรื่อย ๆ โดยแพร่กระจายจากคนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่ง ผ่านพาหะนำโรค คือ ยุงลาย ซึ่งหลังจากดำเนินการควบคุมโรคแล้ว มีจำนวนผู้ป่วยลดลงและไม่พบผู้ป่วยในช่วงปลายเดือนมีนาคม 2562 ดังแสดงในรูปที่ 2



รูปที่ 2 จำนวนผู้ป่วยโรคไข้ปวดข้อยุงลายในพื้นที่อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร จำแนกตามช่วงระยะเวลา ระหว่างวันที่ 1 มกราคม – 8 มีนาคม 2562 (N = 55 ราย)

ผลตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ

ผลตรวจชั้นสูตรในผู้ป่วยที่สงสัยโรคไข้ปวดข้อยุงลายทั้งหมด 11 ราย พบว่า ผลการตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC) พบผู้ป่วยที่มีเม็ดเลือดขาว (WBC) ต่ำ 1 ราย (ร้อยละ 9.10) และผู้ป่วยที่มีเกร็ดเลือด (Platelet) ปกติ จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 90.90) และจากการส่งตรวจทางปฏิบัติการจำเพาะต่อเชื้อไวรัสโรคไข้ปวดข้อยุงลาย ตรวจ RT-PCR ทั้งหมด 5 ราย พบเชื้อไวรัส Alphavirus เพียง 2 ราย คิดเป็น ร้อยละ 40

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

ภูมิประเทศ

จังหวัดชุมพรตั้งอยู่ทางตอนบนสุดของภาคใต้ บริเวณชายฝั่งทะเลตะวันออก มี 8 อำเภอ โดยอำเภอหลังสวนอยู่ทางใต้ของจังหวัดชุมพร มี 11 ตำบล 141 หมู่บ้าน พื้นที่ที่มีลักษณะเป็นที่ราบตามแนวชายฝั่งทะเลของอ่าวไทย ลักษณะพื้นที่ส่วนใหญ่เหมาะแก่การเพาะปลูก โดยเฉพาะทำสวนผลไม้และยางพารา ฝนตกสม่ำเสมอเกือบตลอดปี⁽³⁾ มีที่ราบลุ่มหรือแอ่งน้ำนิ่งที่มีน้ำขัง เป็นสาเหตุในการเกิดการเพาะพันธุ์ยุงลายซึ่งเป็นพาหะของโรค

สภาพแวดล้อม

สภาพแวดล้อมในชุมชนที่พบผู้ป่วยมากที่สุด คือ หมู่ที่ 3 ซึ่งเป็นพื้นที่ของเขตเทศบาลตำบลปากน้ำ อ.หลังสวน พบว่าเป็นชุมชนกึ่งเมือง และมีการทำเกษตรกรรม ทำสวนผลไม้ สวนมะพร้าว สวนปาล์ม เป็นส่วนใหญ่ มีแอ่งน้ำขังในบริเวณบ้าน และในสวน จากการสำรวจดัชนีลูกน้ำยุงลาย ในวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2562 ในหมู่ที่ 3 ต.ปากน้ำ จำนวน 161 หลังคาเรือน พบลูกน้ำยุงลายในบริเวณบ้าน จำนวน 50 หลังคาเรือน ประเมินความชุกลูกน้ำยุงลาย HI (House Index) ได้เท่ากับ 31.05 สำรวจลูกน้ำยุงลายในภาชนะ จำนวน 524 ชิ้น พบลูกน้ำยุงลาย 207 ชิ้น การประเมินความชุกลูกน้ำยุงลาย CI (Container Index) ได้เท่ากับ 39.50 สูงกว่าค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายที่กำหนดให้ HI < 10 และ CI = 0⁽⁵⁾

มาตรการควบคุมและป้องกันโรค

1. หลังจากการสอบสวน ทีม SRRT ได้ติดตามผู้สัมผัสใกล้ชิด และค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมในชุมชน โรงเรียน และวัด พร้อมทั้งเก็บตัวอย่างเลือดส่งตรวจผลทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น (CBC) รวม 11 ตัวอย่าง
2. ทีม SRRT ลงพื้นที่ในหมู่ที่ 3 ตำบลปากน้ำ ร่วมกับ อสม. ดำเนินการสำรวจลูกน้ำยุงรวมทั้งดำเนินการกำจัดลูกน้ำยุง ได้แก่ การใส่ทรายกำจัดลูกน้ำยุง คว่ำภาชนะ หรือทำลายภาชนะที่มีน้ำขัง ใส่ปลากินลูกน้ำ ในภาชนะที่มีลูกน้ำยุง
3. เทศบาลตำบลปากน้ำหลังสวน และองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ที่มีผู้ป่วยดำเนินการ การพ่นสารเคมี เช่น การพ่นหมอกควัน กำจัดยุงตัวเต็มวัย
4. ให้สุศึกษาการป้องกันตนเองแก่ประชาชนในพื้นที่ในการป้องกันการถูกยุงกัด การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุง รวมทั้งให้ความรู้เรื่องอาการของโรคไข้ปวดข้อยุงลาย การดูแลตัวเองเบื้องต้นหลังจากมีอาการ 5. ค้นหาผู้สัมผัสโรคในชุมชน และในโรงเรียน หลังจากพบผู้ป่วยรายล่าสุดในวันที่ 3 มีนาคม 2562 จนพ้นระยะเฝ้าระวังโรค คือ 2 เท่าของระยะฟักตัวที่ยาวที่สุด (12 วัน)⁽⁶⁾ รวมเป็นเวลา 24 วัน โดยค้นหาผู้ป่วยถึงวันที่ 27 มีนาคม 2563 ไม่พบผู้ป่วยเข้าได้กับนิยามของโรคเพิ่มเติม

สรุปและวิจารณ์ผล

การระบาดของโรคครั้งนี้ พบผู้ป่วยเข้าได้กับการระบาดของโรคไข้ปวดข้อยุงลาย พบผู้ป่วยจำนวนทั้งหมด 55 ราย ไม่พบผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหรือมีภาวะแทรกซ้อน สอดคล้องรายงานของสำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค⁽¹⁾ ที่พบ

ว่า ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2562 - 12 กุมภาพันธ์ 2562 พบผู้ป่วยสะสม 1,652 ราย สูงกว่าค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี ถึง 67 เท่า มีอัตราป่วย 2.49 ต่อประชากรแสนคน และพบผู้ป่วยมากที่สุดในพื้นที่ และสอดคล้องกับการศึกษาของสริต้ามิ่งมาลีโซคชัย⁽⁷⁾ ที่พบว่า การระบาดของโรคชิกุนกูยาช่วงปี พ.ศ. 2552 - 2560 พบในภาคใต้มากที่สุด โดยผลการตรวจชันสูตรความจำเพาะต่อเชื้อไวรัสโรคไข้ปวดข้อยุงลาย (RT-PCR) ทั้งหมด 5 ราย พบสารพันธุกรรมเชื้อไวรัส Alphavirus จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 40 และมีการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น (CBC) เพียง 11 ราย จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 55 ราย เนื่องจากผู้ป่วยที่มีอาการก่อนที่จะดำเนินการสอบสวนโรคผู้ป่วยได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลด้วยอาการไข้ที่ไม่เฉพาะต่อโรค ผู้ป่วยดูแลตนเองจนอาการดีขึ้น หรือไปหาแพทย์ที่คลินิก ผู้ป่วยบางรายแพทย์วินิจฉัยจากอาการแสดงจึงไม่ได้ตรวจเลือด ทำให้จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจเลือดมีเพียง 11 ราย

จำนวนผู้ป่วยที่พบในช่วงวันที่ 1 มกราคม - 8 มีนาคม 2562 ลักษณะเส้นโค้งของการระบาดน่าจะเป็นแบบแหล่งโรคแพร่ขยาย (Propagated source) การถ่ายทอดโรคเป็นแบบคนไปสู่มนุษย์โดยผ่านพาหะนำโรค คือ ยุงลาย โดยผู้ป่วยที่นำไปสู่การสอบสวนทั้ง 5 ราย อยู่ในหมู่บ้านเดียวกัน ได้แก่ หมู่ที่ 3 ตำบลปากน้ำ อ.หลังสวน จ.ชุมพร โดยมีอาการไข้ ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ และมีผื่น ทั้ง 5 ราย โดย 2 รายแรกมีประวัติการเดินทางของผู้ป่วย 2 อาทิตย์ก่อนหน้านี้ ผู้ป่วยเดินทางไปทำงานที่บริษัทใน อ.สวิ.จ.ชุมพร แต่ไม่มีประวัติผู้ร่วมงานมีอาการป่วยด้วยโรคไข้ปวดข้อยุงลาย และอีก 3 ราย เป็นนักเรียนที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันมีประวัติเดินทางไปเรียนหนังสือที่โรงเรียนสวนศรีวิทยา อ.หลังสวน ไม่มีประวัตินักเรียนที่มีอาการป่วยด้วยโรคไข้ปวดข้อยุงลาย เมื่อสอบสวนโรคย้อนกลับไปในช่วงเวลานี้ พบผู้ป่วยทั้งหมด 55 ราย กระจายในหลายตำบลในอำเภอหลังสวน จ.ชุมพร เมื่อดูการกระจายของโรค พบผู้ป่วยที่มีบ้านอยู่ในอำเภอหลังสวน ผู้ที่มาจากอำเภออื่น จ.ชุมพร และจากต่างจังหวัด พบผู้ป่วยมากที่สุดในพื้นที่ตำบลปากน้ำ อ.หลังสวน จำนวน 40 ราย นอกจากนี้ พบผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในตำบลอื่น ๆ ของ อ.หลังสวน จะเห็นได้ว่าบางตำบล หรือในบางหมู่บ้านไม่พบผู้ป่วยเลย เมื่อวิเคราะห์สาเหตุของการระบาดพบว่า เนื่องจากภูมิประเทศของอำเภอหลังสวนมีลักษณะเป็นที่ราบตามแนวชายฝั่งทะเลของอ่าวไทย พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นป่าและเขา ฝนตกสม่ำเสมอเกือบตลอดปี มีที่ราบลุ่มหรือแอ่งน้ำนิ่งที่มีน้ำขัง เป็นสาเหตุในการเกิดการเพาะพันธุ์ยุงลาย เป็นแหล่งรังโรคของโรคไข้ปวดข้อยุงลายได้ ประกอบกับสภาพแวดล้อมในชุมชนที่มีการทำเกษตรกรรม ทำสวนผลไม้ สวนมะพร้าว สวนปาล์ม พื้นที่ส่วนใหญ่ มีแอ่งน้ำขังในบริเวณบ้านและในสวน ประเมินค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย พบความชุกลูกน้ำยุงลาย HI (House Index) ได้เท่ากับ 31.05 และความชุกลูกน้ำยุงลาย CI (Container Index) ได้เท่ากับ 39.50 จึงนำไปสู่มาตรการป้องกันและควบคุมโรค ได้แก่ การดำเนินการกำจัดลูกน้ำยุงลาย การพ่นสารเคมีกำจัดยุงตัวเต็มวัย การให้สุขศึกษาการป้องกันตนเองแก่ประชาชนในพื้นที่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้ปวดข้อยุงลาย การดูแลตัวเองเบื้องต้นหลังจากมีอาการ และค้นหาผู้สัมผัสโรคในชุมชนและในโรงเรียน หลังจากพบผู้ป่วยรายล่าสุด เมื่อวันที่ 3 มีนาคม 2562 จนพ้นระยะเฝ้าระวังโรค คือ 2 เท่าของระยะฟักตัว เป็นเวลา 24 วัน และค้นหาผู้ป่วยถึงวันที่ 27 มีนาคม 2563 ไม่พบผู้ป่วยเข้าได้กับนิยามของโรคในช่วงปลายเดือนมีนาคม 2562 มาตรการในการควบคุมป้องกันการระบาดของโรคในครั้งนี้เหมาะสมและทันเวลา และสามารถเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคได้

ปัญหา ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะ

การสอบสวนโรคครั้งนี้ดำเนินการล่าช้า สืบเนื่องจากผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยอาการที่ไม่จำเพาะ ต่อโรค และมาแบบประปราย ทำให้ไม่ทราบการระบาดของโรคไข่ออกผื่นในช่วงเดือนมกราคม ผลจากการสอบสวนโรคครั้งนี้ ผู้ดำเนินการสอบสวนโรคเสนอแนะว่าควรมีการพัฒนากระบวนการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคให้เร็วยิ่งขึ้น เพื่อนำไปสู่การควบคุมโรคและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคได้อย่างรวดเร็วมากยิ่งขึ้น

ทั้งนี้ ควรมีการทำงานร่วมกันของเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุข อสม. และคนในชุมชน รวมทั้งโรงเรียน หากพบผู้ป่วยเป็นกลุ่มก้อน ในชุมชน หรือ โรงเรียนเดียวกัน ขอความร่วมมือแจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อดำเนินการควบคุมและป้องกันโรคได้อย่างรวดเร็ว

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgment)

ทีมสอบสวนขอขอบคุณ นายแพทย์กิตติพันธุ์ วัฒนอม กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ที่เป็นที่ปรึกษาและร่วมดำเนินการในการสอบสวนโรคในครั้งนี้ ขอขอบคุณ ทีม SRRT อำเภอหลังสวน ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลปากน้ำหลังสวน โรงพยาบาลหลังสวน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหลังสวน ศูนย์สาธารณสุขเทศบาลอำเภอหลังสวน เทศบาลปากน้ำหลังสวน และองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ที่ร่วมสอบสวนโรค และดำเนินการควบคุมและป้องกันโรคไข้ปวดข้อยุงลาย

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. สถานการณ์โรคไข้ปวดข้อยุงลายประเทศไทย ประจำสัปดาห์ที่ 5/2562 ณ วันที่ 12 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor/>
2. งานระบาดวิทยา. รายงานจำนวนผู้ป่วยโรคไข้ปวดข้อยุงลาย ปี พ.ศ.2557 – 2563. วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2563 ; สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหลังสวน. ชุมพร; 2563. หน้า 1.
3. สำนักงานจังหวัดชุมพร. อำเภอหลังสวน [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2563]. เข้าถึงได้จาก http://www.chumphon.go.th/2013/page/ampher_langsuan/lang/1.
4. พจมาน ศิริอารยาภรณ์, ลักษณะไทยเครือ. การสอบสวนทางระบาดวิทยา. ใน: คำนวณ อึ้งชูศักดิ์, ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ, วิทยา สวัสดิวุฒิพงศ์, ชลสิทธิ์ จิระพงษา, บรรณาธิการ. พื้นฐานทางระบาดวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แคนนากราฟฟิค; 2562: 178 – 211.
5. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อฯ โดยยุงลาย ปี 2560-2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 27 เมษายน 2563]. เข้าถึงได้จาก http://plan.ddc.moph.go.th/meeting30_1augsep/meeting30_1/page1.html.
6. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 27 เมษายน 2563]. เข้าถึงได้จาก <http://www.boe.moph.go.th/fact/Chikungunya.htm>.
7. สรिता มิ่งมาลีโชตชัย. การแพร่ระบาดของโรคชิคุนกุนยาช่วง พ.ศ.2552 – 2560 ในประเทศไทย. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2561.

ผลของโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจต่อการลดค่าซีเอสโตลิกและน้ำตาลในเลือด สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

Effects of a motivational interviewing program to reduced systolic and blood glucose levels for type 2 Diabetes Mellitus patients

เทอดศักดิ์ เดชคง

Terdsak Detkong

สำนักงานวิเทศสัมพันธ์ กรมสุขภาพจิต

Office of International Affairs, Department of Mental Health

Correspondence to: e-mail: drterd@yahoo.com

(Article submitted: May 25, 2020 ; Final version accepted: August 1, 2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มใช้รูปแบบการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measure Design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบค่าซีเอสโตลิกและน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่าง 79 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ คือโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจ แบบบันทึกการให้การศึกษา เครื่องวัดความดันโลหิต แบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด เครื่องมือสำหรับเจาะเลือด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ผลการศึกษา 1) เปรียบเทียบระหว่าง ก่อนและหลังจบโปรแกรมทันที ก่อนโปรแกรมและติดตาม 3 เดือน และ 6 เดือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่า ซีเอสโตลิก < 140 มม.ปรอท คิดเป็นร้อยละ 87.3, 86.1 และ 86.1 ตามลำดับ และลดลงอย่างเปลี่ยนระดับ 65.8, 72.1 และ 83.5 ตามลำดับ ส่วนน้ำตาลในเลือดลดลงร้อยละ 86.1, 92.4 และ 94.9 ตามลำดับ และลดลงอย่างเปลี่ยนระดับร้อยละ 65.8, 72.1 และ 83.5 ตามลำดับ 2) เปรียบเทียบค่าซีเอสโตลิกและน้ำตาลในเลือดระหว่างจบโปรแกรมทันทีและติดตาม 3 เดือนและ 6 เดือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าซีเอสโตลิกลดลงร้อยละ 41.8, 51.9 ตามลำดับและลดลงอย่างเปลี่ยนระดับร้อยละ 26.6 ค่าน้ำตาลในเลือดลดลงร้อยละ 59.5, 60.7 ตามลำดับ และลดลงอย่างเปลี่ยนระดับร้อยละ 36.7, 43.0 ตามลำดับ เปรียบเทียบผลช่วงติดตามผล 3 เดือนและ 6 เดือน ค่าซีเอสโตลิกลดลงร้อยละ 50.6 และน้ำตาลในเลือดลดลงร้อยละ 45.6 3) เมื่อทดสอบเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของระดับความดันโลหิตซีเอสโตลิก พบว่า ค่าเฉลี่ยในการวัดซ้ำระหว่างการทดลองทุกครั้งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นระหว่างการทดลองครั้งที่ 3 หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้นเดือนที่ 3 และเดือนที่ 6 ไม่แตกต่างกัน ค่าเฉลี่ยระดับ Fasting plasma glucose ในการวัดซ้ำระหว่างการทดลองทุกครั้งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นระหว่างการทดลองครั้งที่ 3 กับหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีกับหลังการทดลองเสร็จสิ้นเดือนที่ 3 และเดือนที่ 6 ไม่แตกต่างกัน ผลการศึกษานี้แสดงถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจในการช่วยควบคุมความดันโลหิตและน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้

คำสำคัญ: การสนทนาสร้างแรงจูงใจ, ค่าซีเอสโตลิก, น้ำตาลในเลือด, เบาหวานชนิดที่ 2

Abstract

This research was a quasi-experimental study. The purpose of this study was to compare systolic and blood glucose values in type 2 diabetic patients. A total of 79 volunteers were purposively selected. The instrument was a motivational interviewing program, a record of counseling, pressure gauge, blood glucose record, and blood collection tools. Data were analyzed by descriptive statistics and repeated measure design. The results found that 1)

Comparison between immediately before and after the trial, before experimenting with following 3 and 6 months showed that systolic changed to < 140 mmHg about 87.3%, 86.1%, 86.1% respectively and decreasing by the change of level 65.8%, 72.1%, and 83.5% respectively. For blood sugar levels decreased by 86.1, 92.4, 94.9 percent, and decreasing by the change of level 65.8, 72.1, and 83.5 percent. 2) Comparison of systolic and blood sugar values between the post-test immediately and follow-up for 3 and 6 months showed that the sample group had systolic values decreased 41.8%, 51.9% respectively, and decreasing by the change of level 26.6%. The subjects had blood sugar values decreased 59.5, 60.7 percent respectively, and decreasing by the change of level 36.7, 43.0 percent respectively. Comparing the results of the follow-up period of 3 months and 6 months found that the sample groups still had systolic values decreased by 50.6 percent, and the blood sugar value decreased with 45.6 percent. 3) Comparing the first-time value with the subsequence session of the systolic values and blood sugar values and follow up period, there was a significant difference between groups of each pair. The result of this study showed the effectiveness of the motivational interviewing program.

Keywords: Motivational interview, systolic, Blood glucose, type 2 diabetic

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของระบบบริการสาธารณสุข เนื่องจากมีอัตราเพิ่มขึ้นทุกปี ปี พ.ศ. 2560 สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติรายงานว่า โลกมีประชากรจำนวน 7.5 พันล้านคน ป่วยเป็นโรคเบาหวานจำนวน 425 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 629 ล้านคนในปี พ.ศ. 2588 อีกทั้งจำนวนการเสียชีวิตด้วยโรคเบาหวานสูงถึง 4 ล้านคน ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้เป็นโรคเบาหวานอายุระหว่าง 20-79 ปี ในปี พ.ศ. 2560 คิดเป็น 727 พันล้านเหรียญสหรัฐ และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มเป็น 776 พันล้านเหรียญสหรัฐ ในปี พ.ศ. 2588⁽¹⁾ สำหรับโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นสาเหตุการตายก่อนวัยอันควรที่สำคัญ ปี ค.ศ. 2019 WHO ได้ประมาณว่ามีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั่วโลกเป็นจำนวน 1.13 พันล้านคน สองในสามของผู้ป่วยอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง และมีเพียงประมาณ 20 เปอร์เซ็นต์เท่านั้นที่สามารถควบคุมระดับความดันได้ดี² ประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเช่นกัน จากสถานการณ์การเฝ้าระวังการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อสำคัญ 5 โรค ระหว่างปี พ.ศ. 2555-2559 พบอัตราตายโรคเบาหวานต่อแสนประชากรเท่ากับ 12.1, 15.0, 17.5, 19.4 และ 22.3 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาอัตราตายก่อนวัยอันควรอายุ 30-69 ปี "จากโรคเบาหวานต่อแสนประชากร ในช่วงปี พ.ศ. 2555-2559 พบว่า เพิ่มขึ้นเท่ากับ 13.2, 15.3, 16.6, 17.8 และ 20.6 ตามลำดับ และเป็นสาเหตุให้มีการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรหรือเสียชีวิตระหว่างอายุ 30-69 ปี เป็นอันดับ 3 จาก 5 โรค สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค รายงานจำนวนผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในภาพรวมทั้งประเทศ เท่ากับ ร้อยละ 1.7 ต่อแสนประชากร ขณะเดียวกันผู้ป่วยที่สามารถควบคุมน้ำตาลได้มีเพิ่มขึ้นเช่นกัน ปี พ.ศ. 2559 และปี พ.ศ. 2560 เท่ากับร้อยละ 20.77 และ 23.11 สำหรับอัตราตายจากภาวะความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2555-2559 เท่ากับ 5.7, 8.0, 11.0, 12.1 และ 12.2 ตามลำดับ อัตราตายก่อนวัยอันควรอายุ 30-69 ปี โรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2555-2559 เท่ากับ 3.8, 5.2, 6.6, 7.1, และ 7.4 ตามลำดับ⁽³⁾ ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานและมีความดันโลหิตสูงร่วมด้วยมีโอกาเสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ มากกว่าการเป็นโรคเบาหวานอย่างเดียว เมื่อแพทย์พบผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว จะทำการพิจารณาการรักษาด้วยการให้ยาในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูง ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อาทิ รับประทานอาหารที่ไม่มีส่วนผสมของน้ำตาลในปริมาณที่มาก จำกัดคาร์โบไฮเดรต ออกกำลังกาย ดื่มน้ำดื่มแอลกอฮอล์ นอนหลับให้เพียงพอ รับประทานยา และการดูแลสุขภาพให้ร่วมมือในการรักษา⁽⁴⁾ เป็นต้น ซึ่งจะสามารถควบคุม

ความดันโลหิตได้และทำให้น้ำตาลในเลือดลดลง

อย่างไรก็ตาม การเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคเบาหวานทำให้หลายหน่วยงานร่วมมือกันพัฒนาวิธีการบำบัดเพื่อส่งเสริมป้องกัน แก้ไข ผู้วิจัยในฐานะเป็นผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขมองเห็นปัญหาจึงได้พัฒนาวิธีการบำบัดเพื่อให้ผู้บำบัดนำไปใช้กับผู้ป่วยบำบัดในการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้รับบำบัด โดยเริ่มจากพฤติกรรมที่ง่ายที่สุดคือทำอะไรจึงจะให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ ซึ่งเป็นผู้ที่สำคัญที่จะเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยและสร้างความร่วมมือ สร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักในปัญหาตนเอง ตัดสินใจลงมือเปลี่ยนแปลง เมื่อผู้ป่วยมีแรงจูงใจลงมือทำและทำได้ต่อเนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมพบหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าการสัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) ของ Miller & Rollnick⁽⁵⁾ คือ การสื่อสารที่คำนึงถึงผู้ป่วยเป็นหลักเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจให้แข็งแกร่งเกิดความมุ่งมั่นในพันธะสัญญาในการเปลี่ยนแปลง เป็นรูปแบบการสนับสนุนการทำงานร่วมกันและเห็นใจกัน การนำ MI มาใช้ในประเทศไทยได้ทำในรูปแบบการช่วยเหลือแบบสั้น (Brief Intervention: BI) เรียกว่า การบำบัดในการสร้างแรงจูงใจแบบสั้น (Motivational Brief Intervention :MBI) มีระยะการบำบัดจำนวน 4-6 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลา 15-20 นาที และระยะเวลาการบำบัด 4-6 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลา 5-10 นาที เรียกว่า การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice: BA) หรือการสร้างแรงจูงใจแบบสั้น (Motivational Brief Advice: MBA) แรกเริ่มผู้วิจัยร่วมกับกรมสุขภาพจิตจัดอบรมบุคลากรสาธารณสุขหลักสูตรเทคนิคการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจขึ้นในปี พ.ศ. 2550 -2556⁽⁶⁾ พร้อมทั้งพัฒนาโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในระบบสาธารณสุข ระบบคุมประพฤติ ระบบศาลอาญานบุรี ระบบสถานประกอบการ และระบบกระทรวงศึกษาธิการ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงได้นำแนวทางการสัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจมาประยุกต์ใช้เพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ เป็นแนวทางที่แสดงถึงการรักษาแบบง่ายไม่ซับซ้อน เน้นการใช้ต้นทุนอย่างมีประสิทธิภาพ มีผลกระทบที่สำคัญในการป้องกัน ลดความดันโลหิตสูง และลดโรคแทรกซ้อนที่เป็นสาเหตุได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบค่าซีเอสโตลิก และน้ำตาลในเลือด ก่อนเริ่มโปรแกรมกับหลังการจบโปรแกรมทันที ติดตามผล 3 และ 6 เดือน

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าซีเอสโตลิก หลังการจบโปรแกรมทันที ติดตามผล 3 และ 6 เดือน น้อยกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม
2. ค่าน้ำตาลในเลือดหลังการจบโปรแกรมทันที ติดตามผล 3 และ 6 เดือน น้อยกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม

วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจ ระยะเวลาดำเนินการวิจัย เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559 - กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560

ประชากร คือ บุคคลที่เข้ารับการรักษาโรคเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ จังหวัดชลบุรี สุรินทร์ ศรีสะเกษ พัทลุง และสงขลา ระหว่างปี พ.ศ. 2559 ถึง 2560 รวมทั้งสิ้น 70 แห่ง มีผู้ป่วยจำนวนทั้งสิ้น 999 คน (เพศชาย 282 คน เพศหญิง 717 คน) กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากเวชระเบียน ชักประวัติ ผลการตรวจทางกายโดยใช้เกณฑ์การคัดเข้า คือ ค่าซีเอสโตลิก ≥ 140 มม.ปรอท และมีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง (FPG) ≥ 155 มก./ดล. กลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยได้อาสาสมัครทั้งสิ้น 79 คน กรณีที่แพทย์ผู้รักษามีความเห็นว่าสมควรเพิ่มปริมาณยาในการรักษาจะถูกคัดออกจากการวิจัย การพิทักษ์

สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยขอความเห็นชอบต่อคณะกรรมการวิจัยในคน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข หลังได้รับอนุญาตให้ดำเนินการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำหนังสือและเข้าพบผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัยและขออนุญาตดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อสนับสนุนการควบคุมระดับความดันโลหิต ประกอบด้วย การสนทนาจำนวน 4 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 1 เดือน ใช้เวลา 5-10 นาทีต่อครั้ง ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวทางการให้คำปรึกษาแบบสั้นเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยใช้ทฤษฎีลำดับขั้น การเปลี่ยนแปลง (stage of change) ของ Prochaska & Diclemente⁽⁷⁾ และการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจของ Miller & Rollnick⁽⁴⁾ ตรวจสอบความเหมาะสมเชิงเนื้อหาของเครื่องมือโดยผู้วิจัยซึ่งผ่านการอบรมและได้รับการรับรอง ได้แก่ 1) Motivational interviewing introduction & update วันที่ 11-12 มิถุนายน ค.ศ. 2012 ณ Swalec stadium, Cardiff รับรองโดย William R. Miller และ Stephen Rollnick 2) Pre-conference workshop “developing & implementing MI-consistent practices in research & clinical setting” วันที่ 19-21 มิถุนายน ค.ศ. 2017 ณ Philadelphia, PA., United States รับรองโดย William R. Miller และ Theream Mcyers องค์ประกอบหลักของการสนทนาในแต่ละครั้ง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนย่อย (Semi-structure) ดังนี้ 1) engagement คือ การสร้างความร่วมมือระหว่างผู้บำบัดและผู้รับบำบัดผ่านการสนทนาในเรื่องที่ผู้รับบำบัดให้ความสำคัญ และหาข้อตกลงเพื่อกำหนดทิศทางการสนทนาสู่เป้าหมายที่ต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโดยค้นหาข้อดีและชื่นชม อาทิ เกี่ยวกับงานที่ผู้รับบำบัดทำ เช่น “คุณทำงานอะไรตอนนี้” (ขบถลิสล้อ) “คุณเป็นคนขยัน มาพบหมอแล้วยังกลับไปทำงานต่ออีก” หรือ “คุณเป็นมีความรับผิดชอบแม้งานยุ่งขนาดนี้ก็ยังมีมาพบหมอได้” สนทนาเกี่ยวกับสิ่งสำคัญหรือสิ่งยึดเหนี่ยวในชีวิต เช่น “ดูเหมือนคุณเป็นเสาหลักของครอบครัว” “คุณเป็นคนสำคัญต่อครอบครัว” เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น “ขออนุญาตคุยเรื่องโรคเบาหวาน การทานยาของคุณหรือดูแลตัวเองอย่างไรบ้าง” 2) fight out & strengthen คือการค้นหาและทำให้แรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมั่นคงมากยิ่งขึ้น โดยถามกระตุ้นและจูงใจให้ผู้รับบำบัดได้คิดและพูดคำพูดที่บ่งบอกถึงความตั้งใจ / เป้าหมาย / วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมออกมา เป็นคำพูดที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น “โรคที่คุณเป็นส่งผลต่อการดำเนินชีวิตอย่างไร” “หากปล่อยไว้คิดว่ามันจะมีผลอะไรตามมา” 3) advice with menu คือ การให้ข้อมูลและข้อเสนอแบบมีทางเลือกในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นเป้าหมายของผู้รับบำบัด เช่น “คุณอาจกินยาแต่ต้องมาเจาะเลือดเพื่อวัดระดับน้ำตาลที่โรงพยาบาล” “กินยาให้ครบและออกกำลังกาย”

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกการสนทนาสร้างแรงจูงใจ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปและบันทึกการสนทนา 2) แบบบันทึกระดับความดันโลหิต 3) เครื่องวัดความดันโลหิตของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมวิจัย 4) แบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด 5) เครื่องมือสำหรับเจาะเลือด

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ขั้นเตรียมการ ผู้ร่วมวิจัย (เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลที่ผ่านการอบรม เรื่อง การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการทำวิจัย ระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้และการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง

2. ขั้นทดลอง ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามปกติจากโรงพยาบาลตามลำดับ ได้แก่ แนะนำการดูแลตนเอง จากเจ้าหน้าที่พยาบาล พบแพทย์ รับยา และได้รับโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจจากผู้ช่วยนักวิจัย ใช้เวลา 5-10 นาที ผู้ป่วยได้รับโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจ จำนวน 4 ครั้ง ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - พฤษภาคม พ.ศ. 2559 เมื่อครบ

โปรแกรมผู้ป่วยได้รับการติดตามโดยตรวจระดับน้ำตาลในเลือดอีก 2 ครั้ง คือ หลังจบโปรแกรม 3 และ 6 เดือน การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ[Repeated Measures Design] ผู้วิจัยได้กำหนดการติดตามตรวจสอบกระบวนการ MI [MI Audit] ด้วยการจัดประชุมย่อยแต่ละพื้นที่และทบทวนแนวปฏิบัติพร้อมตัวอย่างเพื่อควบคุมมาตรฐานการให้ MI อย่างน้อยพื้นที่ละ 1 ครั้ง

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่มีค่าซีเอสโตลิก ≥ 140 มม.ปรอท และน้ำตาลในเลือด (FPG) ≥ 155 มก./ดล. จำนวน 79 คน ผู้ป่วยส่วนใหญ่อายุระหว่าง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.0 รองลงมา คือ อายุระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 29.1 ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ คือ หลังจบโปรแกรมทันที ที่ติดตามผล 3 และ 6 เดือน ค่าซีเอสโตลิก และค่าน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนเริ่มโปรแกรม พบว่า ค่าซีเอสโตลิกและค่าน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนรับโปรแกรมกับจบโปรแกรมทันที ก่อนรับโปรแกรมกับติดตาม 3 เดือนและ 6 เดือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าซีเอสโตลิกลดลง < 140 มม.ปรอท คิดเป็นร้อยละ 87.3, 86.1 และ 86.1 ตามลำดับ และลดลงอย่างเปลี่ยนระดับ 65.8, 72.1 และ 83.5 ตามลำดับ ค่าน้ำตาลในเลือดลดลงร้อยละ 86.1, 92.4 และ 94.9 ตามลำดับ และลดลงอย่างเปลี่ยนระดับร้อยละ 65.8, 72.1 และ 83.5 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างต่อการควบคุมและเปลี่ยนแปลงระดับของค่าซีเอสโตลิก และค่าน้ำตาลในเลือด (n=79)

การเปรียบเทียบ		ก่อนโปรแกรมกับ จบโปรแกรมทันที				ก่อนโปรแกรมกับ ติดตาม 3 เดือน				ก่อนโปรแกรมกับ ติดตาม 6 เดือน			
		เปลี่ยนค่า		เปลี่ยน		เปลี่ยนค่า		เปลี่ยนระดับ		เปลี่ยนค่า		เปลี่ยนระดับ	
		การวัด		ระดับ		การวัด				การวัด			
ซีเอสโตลิก	ลดลง	คน	%	คน	%	คน	%	คน	%	คน	%	คน	%
	เท่าเดิม	69	87.3	58	73.4	68	86.1	59	74.7	68	86.1	57	72.2
	เพิ่มขึ้น	1	1.3	3	3.8	2	2.5	16	20.3	2	2.5	20	25.3
	รวม	79	100	79	100	79	100	79	100	79	100	79	100
	รวม	79	100	79	100	79	100	79	100	79	100	79	100
น้ำตาล ในเลือด	ลดลง	68	86.1	52	65.8	73	92.4	57	72.1	75	94.9	66	83.5
	เท่าเดิม	-	-	23	29.1	1	1.3	21	26.6	-	-	13	16.5
	เพิ่มขึ้น	11	13.9	4	5.1	5	6.3	1	1.3	4	5.1	-	-
	รวม	79	100	79	100	79	100	79	100	79	100	79	100
	รวม	79	100	79	100	79	100	79	100	79	100	79	100

ผลการศึกษา พบว่า ค่าซีเอสโตลิกและค่าน้ำตาลในเลือดระหว่างจบโปรแกรมทันทีกับติดตาม 3 เดือนและ 6 เดือน กลุ่มตัวอย่างมีค่าซีเอสโตลิกลดลง ร้อยละ 41.8, 51.9 และลดลงอย่างเปลี่ยนระดับมีร้อยละ 26.6 เท่ากัน กลุ่มตัวอย่างที่มีค่าน้ำตาลในเลือดลดลงมีร้อยละ 59.5, 60.7 และลดลงอย่างเปลี่ยนระดับมีร้อยละ 36.7, 43.0 เช่นเดียวกับการเปรียบเทียบผลในช่วงติดตามผล 3 เดือนและ 6 เดือน มีกลุ่มตัวอย่างที่ยังคงมีค่าซีเอสโตลิกลดลงร้อยละ 50.6 และค่าน้ำตาลในเลือดลดลงมีร้อยละ 45.6 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างต่อการควบคุมและเปลี่ยนแปลงระดับของค่าซีเอสโตลิกและค่าน้ำตาลในเลือ
ระหว่างจบโปรแกรมทันทีกับติดตาม 3 เดือน จบโปรแกรมทันทีกับติดตาม 6 เดือน และ ติดตาม 3 เดือน
กับติดตาม 6 เดือน (n=79)

การเปรียบเทียบ		จบโปรแกรมทันทีกับ ติดตาม 3 เดือน				จบโปรแกรมทันทีกับ ติดตาม 6 เดือน				ติดตาม 3 เดือนกับ 6 เดือน			
การเปลี่ยนแปลง		เปลี่ยนค่า การวัด		เปลี่ยน ระดับ		เปลี่ยนค่า การวัด		เปลี่ยน ระดับ		เปลี่ยนค่า การวัด		เปลี่ยนระดับ	
		คน	%	คน	%	คน	%	คน	%	คน	%	คน	%
ซีเอสโตลิก	ลดลง	38	48.1	21	26.6	41	51.9	21	26.6	40	50.6	22	27.8
	เท่าเดิม	3	3.8	36	45.6	4	5.1	40	50.6	6	7.6	37	46.8
	เพิ่มขึ้น	38	48.1	22	27.8	34	43.0	18	22.8	33	41.8	20	25.4
	รวม	79	100	79	100	79	100	79	100	79	100	79	100
น้ำตาล ในเลือด	ลดลง	47	59.5	29	36.7	48	60.7	34	43.0	36	45.6	23	29.1
	เท่าเดิม	-	-	34	43.0	1	1.3	30	38.0	3	3.8	38	48.1
	เพิ่มขึ้น	32	40.5	16	20.3	30	38.0	15	19.0	40	50.6	18	22.8
	รวม	79	100	79	100	79	100	79	100	79	100	79	100

จากตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของระดับความดันโลหิตซิสโตลิก พบว่า ค่าเฉลี่ยในการวัดซ้ำ
ระหว่างการทดลองทุกครั้งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นระหว่างการทดลองครั้งที่ 3 กับหลังการทดลองเสร็จ
สิ้นทันที (ครั้งที่ 4) หลังการทดลองเสร็จสิ้นเดือนที่ 3 (ครั้งที่ 5) และหลังการทดลองเสร็จสิ้นเดือนที่ 6 (ครั้งที่ 6) ไม่แตก
ต่างกัน แสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงลดลงอย่างมีนัยสำคัญภายหลังการได้รับโปรแกรมโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเทียบกับ
ก่อนการทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำมิติเดียว ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ก่อนการทดลอง
ระหว่างการทดลอง หลังการทดลองทันที หลังการทดลอง 3 เดือน และหลังการทดลอง 6 เดือน

แหล่งของความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
โปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจ	4.26	19533.45	4583.40	28.45	< 0.001
ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก และ โปรแกรมสร้าง แรงจูงใจ	332.42	53553.38	161.10		

จากตารางที่ 3 แสดงว่าโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจอย่างน้อย 1 ครั้ง ทำให้ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก
แตกต่างไปจากครั้งอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ยของค่าซีเอสโตลิก ก่อนเริ่มโปรแกรม ระหว่างโปรแกรม จบโปรแกรม ติดตามผล 3 เดือน และ 6 เดือน

ครั้งที่	ค่าเฉลี่ย	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
ก่อนเริ่มโปรแกรม	153.66	1.55	150.58	156.74
โปรแกรมครั้งที่ 2	141.54	1.70	138.16	144.93
โปรแกรมครั้งที่ 3	137.11	1.93	133.28	140.95
จบโปรแกรมครั้งที่ 4	137.01	1.72	133.59	140.44
ติดตาม 3 เดือน	137.33	1.65	134.04	140.61
ติดตาม 6 เดือน	134.17	1.55	131.08	137.25

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่าค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ก่อนเริ่มต้นโปรแกรมสูงกว่าครั้งอื่น ๆ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 153.66 ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ค่อย ๆ ลดลง โดยค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ในการติดตามผลช่วง 6 เดือนมีค่าน้อยที่สุดเท่ากับ 134.17

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับ FPG เป็นรายคู่ก่อนการทดลอง ระหว่างการทดลอง หลังการทดลองทันที หลังการทดลอง 3 เดือน และหลังการทดลอง 6 เดือน ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

แหล่งของความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
โปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจ	3.87	187370.85	48397.78	34.20	< 0.001
ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกและโปรแกรมสร้างแรงจูงใจ	301.98	427372.65	1415.26		

จากตารางที่ 5 แสดงว่าโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจอย่างน้อย 1 ครั้ง ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดแตกต่างไปจากครั้งอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ตารางที่ 6 แสดงค่าเฉลี่ยของค่าน้ำตาลในเลือด ก่อนเริ่มโปรแกรม ระหว่างโปรแกรม จบโปรแกรม ติดตามผล 3 และ 6 เดือน

ครั้งที่	ค่าเฉลี่ย	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
ก่อนเริ่มโปรแกรม	210.46	5.18	200.14	220.78
โปรแกรมครั้งที่ 2	188.42	6.36	175.75	201.09
โปรแกรมครั้งที่ 3	168.52	4.42	159.72	177.31
จบโปรแกรมครั้งที่ 4	163.00	4.43	154.18	171.82
ติดตาม 3 เดือน	154.35	3.70	146.99	161.72
ติดตาม 6 เดือน	156.71	5.132	146.49	166.93

จากตารางที่ 6 นี้แสดงให้เห็นว่าค่าเฉลี่ยของค่าน้ำตาลในเลือด ก่อนเริ่มต้นโปรแกรมสูงกว่าครั้งอื่น ๆ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 153.66 หลังจากนั้นค่าเฉลี่ยลดลง โดยค่าเฉลี่ยของน้ำตาลในเลือด ในการติดตามผลช่วง 3 เดือนมีค่าน้อยที่สุดเท่ากับ 154.35

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า หลังจบโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจที่มีความถี่ในการใช้ MI จำนวน 4 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลา 5-10 นาที ช่วยให้อายุผู้ป่วยที่มีค่าซีเอสโตลิกและค่าน้ำตาลในเลือดลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเริ่มโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่ผลการวิจัยของ Van Buskirk KA และคณะ พบว่า การทำ MI เพียง 1 ครั้ง สามารถเพิ่มความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงได้⁽⁷⁾ ส่วนการวิจัยของ Rubak S และคณะ พบว่า ใช้ MI ตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป ส่งผลต่ออย่างมีนัยสำคัญต่อตัวแปรผลลัพธ์ทางสุขภาพ เช่น body mass index, total blood cholesterol, systolic blood pressure, blood alcohol content และ standard ethanol content⁽⁸⁾ ขณะที่ Smith เปรียบเทียบผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่ได้รับการสัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจ จำนวน 3 ครั้ง ร่วมกับการให้ทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และกลุ่มที่ได้รับทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเดียว พบว่า กลุ่มที่ได้รับการสนทนาสร้างแรงจูงใจร่วมกับการให้ทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่า⁽⁹⁾

การที่ค่าซีเอสโตลิกและค่าน้ำตาลในเลือดลดลงสะท้อนถึงพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง จึงทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางสุขภาพในทางที่ดีขึ้นเช่นเดียวกับการศึกษาของ Mirkarimi, S.K และคณะ พบว่า การสนทนาสร้างแรงจูงใจส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ทำให้ค่าความดันซีเอสโตลิกและไดแอสโตลิกลดลงอย่างมีนัยสำคัญ⁽¹⁰⁾ เช่นเดียวกับการศึกษาของ เสกสรร จวงจันทร์ และคณะ พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซีเอสโตลิกและไดแอสโตลิกหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05⁽¹¹⁾ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 Maja Racic และคณะ ศึกษาการใช้ MI เป็นเวลา 3 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต คอเลสเตอรอลในเลือด แตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05⁽¹²⁾ มีการติดตามผลของการสัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทางโทรศัพท์ พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดของคนที่อดอาหารเข้าลดอย่างมีนัยสำคัญถึง 28.4% ระดับน้ำตาลในเลือดทั้งก่อนอาหารกลางวันและก่อนอาหารเย็นลดลง 29%⁽¹³⁾

การลดลงอย่างเปลี่ยนระดับทั้งค่าซีเอสโตลิกและค่าน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยพิจารณาว่านอกจากความร่วมมือในการรักษา เช่น พบแพทย์ตามนัด การรับประทานยาตามเวลา ไม่เพียงพอก็จะทำให้ผู้ป่วยสามารถลดค่าซีเอสโตลิกและค่าน้ำตาลในเลือดอย่างเปลี่ยนระดับได้ ผู้ป่วยน่าจะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างอื่นเพิ่มเติม เช่น การออกกำลังกาย ดังผลการศึกษาของ Sjoling M และคณะ พบว่า ผลการสนทนาสร้างแรงจูงใจต่อการออกกำลังกายในช่วงเวลา 15 เดือนในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงระดับปานกลาง จำนวน 31 ราย เปรียบเทียบข้อมูลก่อนทดลองกับหลังทดลอง 3, 9 และ 15 เดือน พบว่า ก่อนการทดลองเวลาออกกำลังกาย < 60 นาทีต่อสัปดาห์ หลังจากติดตามผลที่ 15 เดือนระดับการออกกำลังกายเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 300 (± 165) นาที / สัปดาห์ นอกจากนี้ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ของค่าซีเอสโตลิก (-14.5 ± 8.3 มม.ปรอท) และค่าไดแอสโตลิก (-5.1 ± 5.8 มม.ปรอท) เปรียบเทียบกับข้อมูลก่อนการทดลอง⁽¹⁴⁾ เช่นเดียวกับผู้ป่วยเบาหวานที่พบปัจจัยทางชีวพฤติกรรม ในการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อาทิ ความร่วมมือในการรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย รับประทานยา และการกำกับตนเองมีผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ ได้แก่ ค่าน้ำตาลในเลือด⁽¹⁵⁾

สรุปผล

การประยุกต์ใช้การสนทนาสร้างแรงจูงใจจำนวน 4 ครั้ง มีต่อการลดค่าความดันโลหิตซีเอสดีแอลและน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งเป็นวิธีที่มีประโยชน์ต่อทางคลินิกเพื่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา ช่วยให้ควบคุมอาการของโรคได้ดีขึ้นตลอดจนป้องกันโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้

เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation. IDF clinical practice recommendations for managing type 2 diabetes in primary care. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, 2017.
2. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2560. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์, 2561.
3. เทอดศักดิ์ เดชคง. เทคนิคการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ (Motivational Counseling). กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน, 2555.
4. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: Helping people change. (3rd ed). New York: Guilford press; 2013.
5. เทอดศักดิ์ เดชคง. เทคนิคการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ. เอกสารประกอบการอบรม: การอบรมหลักสูตร เทคนิคการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ รุ่นที่ 1-9; 2550-2559: โรงแรมอามารี แอร์พอร์ต กรุงเทพมหานคร.
6. DiClemente CC, Bellino LE, Neavins TM. Motivation for change and alcoholism treatment. [Internet]. Alcohol Res Hearth. 1999; 23(2): 86-92. [cited 2018 May 23]. Available from: <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh23-2/086-92.pdf>.
7. Vanbuskirk KA, Wetherell JL. Motivational interviewing with primary care populations: A systematic review and meta-analysis. J Behav Med 2014; 37(4): 768-80. doi: 10.1007/s10865-013-9527-4.
8. Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing; A systematic review and meta-analysis. Br J Gen Pract 2005; 55(513): 305-12.
9. Smith DE, Heckemeyer CM, Kratt PP, Mason DA. Motivational interviewing to improve adherence to a behavioral weight-control program for older obese women with NIDDM. A pilot studies. Diabetes Care 1997; 20(1): 52-4.
10. Mirkarimi SK, Honarvar MR, Aryaie M, Davaji RBO, Kamran A. Effect of motivational interviewing on adherence to treatment in patients with hypertension. Quarterly of the Horizon of Medical Sciences. 2015; 21(3): 213-20. [cited 2018 May 23] Available from: https://www.researchgate.net/publication/296813101_Effect_of_Motivational_Interviewing_on_Adherence_to_Treatment_in_Patients_with_Hypertension.
11. เสกสรรค์ จวงจันทร์, พนิดา สารทอง, สายชล นิลเนตร. การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อสนับสนุน การควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้โรงพยาบาล โนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 2562; 17 (2): 37-47.
12. Racic M, Katic B, Joksimovic BN, Joksimovic VR. Impact of motivational interviewing on treatment outcomes in patients with diabetes type 2: A randomized controlled trial. J Fam Med. 2015;2(1): 1020. [cited 2018 May 23] Available from: <https://austinpublishinggroup.com/family-medicine/fulltext/jfm-v2-id1020.php>.

13. Veliyathumalil JB. Effectiveness of motivational interviewing-based telephone follow-up in diabetes management. [Internet]. 2017 [cited 2018 May 23]. Available from: https://sigma.nursingrepository.org/bitstream/handle/10755/623556/Veliyathumalil_J_DNP_Capstone.pdf?sequence=6&isAllowed=y.
14. Sjöling M, Lundberg K, Englund E, Westman A. Effectiveness of motivational interviewing and physical activity on prescription on leisure exercise time in subjects suffering from mild to moderate hypertension. BMC Res Notes. 2011;12(4):352. doi: 10.1186/1756-0500-4-352. [cited 2018 May 23] Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21906404>.
15. Brown SA, García AA, Brown A, Becke BJ, Conn VS, Ramírez G, et al. Biobehavioral determinants of glycemic control in type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. Patient Educ Couns. 2016 ;99(10):1558-67. doi: 10.1016/j.pec.2016.03.020. cited 2018 May 29] Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5028237/>.

ความครบถ้วนการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำในพื้นที่จังหวัดปทุมธานี ปีงบประมาณ 2562

The Completeness of Registration among New and Relapse Tuberculosis Patients

in Pathum Thani Province, Fiscal Year 2019

สุชาญวัชร สมสอน, กัทลี หารคุโน, ชมพูนุท มานัตย์, ดารณี ภักดีวารี

Suchanwat Somsorn, Kattalee Harnkuno, Chompunuth Manart, and Daranee Phukwapee

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี

The Office of Disease Prevention and Control, Region 4, Saraburi

Corresponding author E-mail: biggieclub@gmail.com

(Article submitted: August 13, 2020; Final version accepted: September 3, 2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความครบถ้วนการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่จังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาในระบบ National Tuberculosis Information Program (NTIP) ของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดปทุมธานี ปีงบประมาณ 2562 เทียบกับข้อมูลเวชระเบียน ICD-10 ข้อมูลการรับยา Rifampicin และ Isoniazid จากงานเภสัชกรรม และข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ ผล AFB เป็นบวก ผล X-pert เป็นบวก ผล Culture เป็นบวก ผลตรวจทางพยาธิวิทยา (Extra pulmonary) เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น เก็บข้อมูลโดยการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เช่น ร้อยละ ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในระบบ NTIP จำนวน 665 ราย ไม่ได้ขึ้นทะเบียนในระบบ NTIP จำนวน 151 ราย โดยสาเหตุการไม่ขึ้นทะเบียน ได้แก่ เป็นผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาในคลินิกอื่น ๆ ของโรงพยาบาล ร้อยละ 39.1 เป็นผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาต่อสถานบริการอื่น ร้อยละ 2.6 เป็นผู้ป่วยวัณโรคที่เสียชีวิตก่อนขึ้นทะเบียน ร้อยละ 7.3 เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติวัณโรคแต่มีบันทึกอยู่ใน ICD 10 ที่วินิจฉัยวัณโรค ร้อยละ 12.6 เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้ยาป้องกันวัณโรค ร้อยละ 3.3 เป็นผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับยาป้องกันวัณโรค ร้อยละ 29.8 และเป็นผู้ป่วยที่เปลี่ยนการวินิจฉัยหลังการรับยา ร้อยละ 5.3 โดยพบว่า เป็นโรคปอดบวม (Pneumonia) โรคคออักเสบ (Pharyngitis) ภาวะปอดรั่ว (Pneumothorax) และโรคหลอดลมอักเสบ (Bronchitis) ดังนั้น การดำเนินการป้องกันควบคุมโรค ควรให้ความสำคัญกับการตรวจสอบข้อมูลการมารับบริการโดยควรมีการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างข้อมูลเวชระเบียน ICD-10 ข้อมูลการรับยา Rifampicin และ Isoniazid จากงานเภสัชกรรม และข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ ผล AFB เป็นบวก ผล X-pert เป็นบวก ผล Culture เป็นบวก แล้วนำมาขึ้นทะเบียนในระบบให้ครบถ้วนต่อไป

คำสำคัญ: การขึ้นทะเบียน วัณโรคปอด รายใหม่ กลับเป็นซ้ำ

Abstract

This study was designed as a cross-sectional study, aimed to study registered completeness of new and relapse tuberculosis patients, Pathum Thani province. The representative sample was registered tuberculosis patients for treatment in the National Tuberculosis Information Program (NTIP) online system of hospitals under the Ministry of Public Health, Pathum Thani province compared to ICD-10, receiving Rifampicin and Isoniazid, and laboratory results including the results of AFB, X-pert, culture-positive, and pathological examination results. Case record form

was developed by the researchers, the data were collected by medical records review. Descriptive statistics were used to analyze the data such as percentages. The results indicated that new and recurrent tuberculosis patients registered 665 cases in the NTIP online system and not registered for 151 cases. The causes of non registering were registration in other clinics in hospitals (39.1%), registered in other hospitals (2.6%), died before registration (7.3%), recording ICD- 10 without TB diagnosis (12.6%), HIV cases receiving LTBI regimen (3.3%), contacted TB case and receiving LTBI regimen (29.8%), and 5.3% changing diagnosis after receiving Rifampicin and Isoniazid. The diagnosis was changed to be pneumonia, pharyngitis, pneumothorax, and bronchitis. Therefore, to prevent and control the disease should focus on checking the information of receiving the service by linking the data between medical records, ICD- 10 data, Rifampicin and Isoniazid receiving of the pharmaceutical section and laboratory data. Moreover, the results of AFB, X-pert, and culture-positive should be considered for registration.

Keywords: Registration, Tuberculosis, New, Relapse

บทนำ

วัณโรคเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพของโลก จากรายงานวัณโรคของโลกปี พ.ศ. 2560 (global tuberculosis report 2017) องค์การอนามัยโลก คาดประมาณอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค (รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) ของโลก 140 ต่อแสนประชากร ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิต 1.7 ล้านคน ผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี 1.03 ล้านคน ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีเสียชีวิตปีละ 0.4 ล้านคน สำหรับจำนวนผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (Multidrug resistant tuberculosis; MDR-TB) คาดว่าจะมี 6 แสนคน โดยพบร้อยละ 4.1 ของผู้ป่วยใหม่ และร้อยละ 19 ของผู้ป่วยที่เคยรักษามาก่อน ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วย MDR-TB ถึง 4.9 แสนคน⁽¹⁾

องค์การอนามัยโลกจัดให้ประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศของโลกที่มีภาระวัณโรค วัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี และวัณโรคดื้อยาหลายขนานสูง จากการคาดประมาณขององค์การอนามัยโลก ปี 2560 ประเทศไทย มีอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับมาเป็นซ้ำ 119,000 ราย ผู้ป่วยวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี 10,000 ราย และผู้ป่วย MDR-TB 4,700 ราย กองวัณโรครายงานผลการดำเนินงานวัณโรคของประเทศไทยปี 2560 พบว่า มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค (ผู้ป่วยรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) 70,114 ราย ผู้ป่วยวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี 6,794 ราย ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 11 ของผู้ที่ได้รับการตรวจเชื้อเอชไอวี วัณโรคดื้อยาหลายขนาน 955 ราย และวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก 13 ราย โดยมีผลสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำร้อยละ 82.9 ⁽²⁾

จากการดำเนินงานที่ผ่านมาความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ (New ; N) และผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ (Relapse ; R) จะต้องได้รับการรักษาไม่น้อยกว่าร้อยละ 82.50 ตามค่าเป้าหมายตัวชี้วัด คำรับรอง กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2562 ประเทศไทยมีการรายงานความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำในระบบโปรแกรม National Tuberculosis Information Program (NTIP) ร้อยละ 73.50 เขตสุขภาพที่ 4 ร้อยละ 81.30 จังหวัดนนทบุรี ร้อยละ 111.90 และจังหวัดปทุมธานี ร้อยละ 62.4 นอกจากนี้ข้อมูลการขึ้นทะเบียน MDR-TB ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 ยังพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจยืนยันว่าเป็น MDR-TB จำนวน 72 ราย ขึ้นทะเบียน MDR-TB เพียง 56 ราย⁽³⁾

การศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องในการขึ้นทะเบียนของระบบข้อมูลผู้ป่วยในโรงพยาบาลจะดำเนินการ 3 ส่วน คือ ICD-10 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการจ่ายยา Isoniazid และ Rifampicin ⁽⁴⁻⁷⁾

การศึกษาของ ปิยะณัฐ บุญประดิษฐ์ และคณะ⁽⁵⁾ พบว่า มีผู้ป่วยที่ยังไม่ได้ขึ้นทะเบียนระบบ Tuberculosis Case Management (TBCM) ครึ่งหนึ่งอยู่ในระบบเวชระเบียนของโรงพยาบาล เช่นเดียวกับ นริศ บุญธนภัทร และคณะ⁽⁶⁾ พบว่า ความครอบคลุมของข้อมูลเวชระเบียนมีการขึ้นทะเบียนในระบบ TBCM มีเพียงร้อยละ 9.56 นอกจากนี้ วรสิทธิ์ ไหลหลั่ง และคณะ⁽⁷⁾ พบว่า ความครอบคลุมของข้อมูลเวชระเบียนมีการขึ้นทะเบียนในระบบรายงานทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค เพียงร้อยละ 77.46 ดังนั้น การขึ้นทะเบียนในโปรแกรม NTIP จึงเป็นการเพิ่มความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ การศึกษาของ ณรงค์เดช พิมพ์พรรณ และคณะ⁽⁴⁾ พบว่า โรงพยาบาลขนาดใหญ่ขึ้นทะเบียนยังไม่ครอบคลุม และสาเหตุเนื่องจากผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตก่อนการขึ้นทะเบียน และอีกส่วนหนึ่งเป็นผู้ป่วยโรคอื่น เช่น โรคเยื่อหุ้มปอดอักเสบ (Pleuritis) โรคปอดบวม (Pneumonia) โรคมะเร็งปอด (Lung cancer) เป็นต้น ซึ่งเมื่อผู้ป่วยได้รับการขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค จะทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษารวดเร็วขึ้น นำไปสู่การลดการแพร่กระจายเชื้อและได้รับการดูแลรักษาให้หายในที่สุด

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี จึงจัดทำโครงการวิจัยเพื่อสำรวจความครบถ้วนการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคของโรงพยาบาลในพื้นที่จังหวัดปทุมธานี โดยทบทวนเวชระเบียนของโรงพยาบาล จำนวน 3 ฐาน ได้แก่ 1) รหัส ICD-10 (A15-A19) 2) ข้อมูลการรับยาของงานเภสัชกรรม 3) ข้อมูลผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ คือ การตรวจเสมหะหาเชื้อด้วยวิธีย้อมติดสีทึบกรด (Acid fast bacilli: AFB) การตรวจวินิจฉัยโรคด้วยเครื่องมือ X-pert การตรวจวินิจฉัยโรคด้วยการเพาะเชื้อ (Culture) และข้อมูลการตรวจทางพยาธิวิทยา (Extra pulmonary) ของผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคที่โรงพยาบาลในพื้นที่จังหวัดปทุมธานี ปีงบประมาณ 2562 นำข้อมูลผู้ป่วยทั้ง 3 ฐาน ตรวจสอบโดยไม่นับซ้ำแล้วนำมาเปรียบเทียบกับฐานข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคในระบบ NTIP เพื่อตรวจสอบจำนวนผู้ป่วยที่วินิจฉัยวัณโรคและยังไม่ขึ้นทะเบียนในระบบ NTIP ทั้งนี้ นำผลดังกล่าวไปสู่การตรวจสอบและวางแผนการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคให้ครอบคลุมมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความครบถ้วนการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำในพื้นที่จังหวัดปทุมธานี

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Descriptive Cross-sectional Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาในระบบ NTIP ของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดปทุมธานี ปีงบประมาณ 2562 จำนวน 665 ราย เปรียบเทียบกับข้อมูลเวชระเบียน ICD-10 ข้อมูลการรับยา Rifampicin และ Isoniazid จากงานเภสัชกรรม และข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ ผล AFB เป็นบวก ผล X-pert เป็นบวก ผล Culture เป็นบวก ผลตรวจทางพยาธิวิทยา (Extra pulmonary) ทุกราย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้เป็นแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และตำราวิชาการที่เกี่ยวข้อง โดยเป็นแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ โรงพยาบาลที่รับบริการ การขึ้นทะเบียนใน NTIP รหัส ICD-10 การรับยา Rifampicin และ Isoniazid และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงและความสอดคล้องของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 2 ท่าน และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบบันทึกโดยใช้วิธีการคัดลอกข้อมูล ICD-10 ข้อมูลการรับยา Rifampicin และ Isoniazid จากงานเฝ้าระวังและข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ ผล AFB เป็นบวก ผล X-pert เป็นบวก ผล Culture เป็นบวก ผลตรวจทางพยาธิวิทยา (Extra pulmonary) ที่ขึ้นทะเบียนระหว่าง เดือนตุลาคม 2561 ถึง กันยายน 2562 ของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดปทุมธานี โดยบันทึกลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ แล้วตัดความซ้ำซ้อนของข้อมูล จากนั้นนำมาเปรียบเทียบกับข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาในระบบ NTIP งานวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการภายหลังผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี เลขที่ PPHO-REC 2563/003 ลงวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2563

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้า วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และ ค่าร้อยละ

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำในพื้นที่จังหวัดปทุมธานี พบว่า ความครอบคลุมการขึ้นทะเบียน ร้อยละ 81.5 โดยพบว่า มีผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนจำนวน 151 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.5 โดยทั้งหมดอยู่ในโรงพยาบาลปทุมธานี ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ จังหวัดปทุมธานี
ปีงบประมาณ 2562

ผู้ป่วยจาก ICD-10/ การใช้ยา Rifampicin และยา Isoniazid/

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อวัณโรค (AFB⁺, X-pert⁺, Culture⁺)

ผู้ป่วยจาก NTIP	พบ	ไม่พบ
พบ	665 (81.5)	0
ไม่พบ	151 (18.5)	0
รวม	816	0

นอกจากนี้ พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำในพื้นที่จังหวัดปทุมธานี ที่ไม่ขึ้นทะเบียนใน NTIP จำนวน 151 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 67.5 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21 - 60 ปี ร้อยละ 56.3 รองลงมา คือ อายุอยู่ในช่วง 0 - 20 ปี ร้อยละ 31.1 นอกจากนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาในอำเภอเมืองปทุมธานี ร้อยละ 33.1 รองลงมา คือ อำเภอคลองหลวง ร้อยละ 11.9 อำเภอลาดหลุมแก้ว ร้อยละ 11.9 และภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัด ร้อยละ 11.9 ในส่วนของสาเหตุของการไม่ขึ้นทะเบียน พบว่า เป็นผู้ป่วยวัณโรครักษาที่คลินิกอื่น ๆ เช่น คลินิกอายุรกรรม คลินิกประกันสังคม และคลินิกกระดูกและข้อ ร้อยละ 39.1 นอกจากนี้ พบว่า เป็นผู้ป่วยวัณโรครักษาต่อที่สถานบริการอื่น เช่น ได้รับการวินิจฉัย

วัณโรคที่โรงพยาบาลปทุมธานี แต่ผู้ป่วยไปรักษาต่อที่สถาบันโรคทรวงอก หรือโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.6 ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตก่อนขึ้นทะเบียนจำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.3 โดยพบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่เสียชีวิตทั้งหมดได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล นอกจากนี้ พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติวัณโรค แต่มีบันทึกอยู่ใน ICD 10 ที่วินิจฉัยวัณโรค จำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.6 และผู้ป่วยที่เปลี่ยนการวินิจฉัยหลังการรับยารักษาวัณโรคจำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.3 โดยพบว่าเป็นโรคปอดบวม (Pneumonia) 5 ราย โรคคออักเสบ (Pharyngitis) 1 ราย ภาวะปอดรั่ว (Pneumothorax) 1 ราย และโรคหลอดลมอักเสบ (Bronchitis) 1 ราย นอกจากนี้ พบว่า เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้ยาป้องกันวัณโรค ร้อยละ 3.3 และเป็นผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับยาป้องกันวัณโรค ร้อยละ 29.8 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ จังหวัดปทุมธานี ปีงบประมาณ 2562 ที่ไม่ขึ้นทะเบียนในโปรแกรม NTIP

ข้อมูล	จำนวน (n=151)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	102	67.5
หญิง	49	32.5
อายุ		
0 - 20 ปี	47	31.1
21 - 60 ปี	85	56.3
65 ปี ขึ้นไป	19	12.6
ภูมิลำเนา		
อำเภอเมืองปทุมธานี	50	33.1
อำเภอกลองหลวง	18	11.9
อำเภอธัญบุรี	16	10.6
อำเภอลาดหลุมแก้ว	18	11.9
อำเภอลำลูกกา	19	12.6
อำเภอสามโคก	10	6.6
อำเภอหนองเสือ	2	1.3
ต่างจังหวัด	18	11.9

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ จังหวัดปทุมธานี ปีงบประมาณ 2562
ที่ไม่ขึ้นทะเบียนในโปรแกรม NTIP (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (n=151)	ร้อยละ
สาเหตุของการไม่ขึ้นทะเบียน		
ผู้ป่วยวัณโรค รักษาที่คลินิกอื่น ๆ	59	39.1
ผู้ป่วยวัณโรค รักษาต่อที่สถานบริการอื่น	4	2.6
ผู้ป่วยวัณโรค เสียชีวิตก่อนขึ้นทะเบียน	11	7.3
ผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติวัณโรค แต่มีบันทึกอยู่ใน ICD 10 ที่วินิจฉัยวัณโรค	19	12.6
ผู้ป่วยที่เปลี่ยนการวินิจฉัยหลังการรับยารักษา วัณโรค	8	5.3
ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้ยาป้องกันวัณโรค	5	3.3
ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับยาป้องกันวัณโรค	45	29.8

วิจารณ์ผล

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ มีความครอบคลุม เพียงร้อยละ 81.2 สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยะณัฐ บุญประดิษฐ์ และคณะ⁽⁵⁾ พบว่า มีผู้ป่วยที่ยังไม่ได้ขึ้นทะเบียนระบบ TBCM ครึ่งหนึ่งอยู่ในระบบเวชระเบียนของโรงพยาบาล เป็นไปในทางเดียวกันกับการศึกษาของ นริศ บุญธนภัทร และคณะ⁽⁶⁾ พบว่า ความครอบคลุมของข้อมูลเวชระเบียนมีการขึ้นทะเบียน ในระบบ TBCM มีเพียงร้อยละ 9.56 นอกจากนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ วรสิทธิ์ ไหลหลั่ง และคณะ⁽⁷⁾ พบว่า ความครอบคลุมของข้อมูลเวชระเบียนมีการขึ้นทะเบียนในระบบรายงานทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค มีเพียงร้อยละ 77.46

สาเหตุของการไม่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยวัณโรค รักษาที่คลินิกอื่น ๆ เช่น คลินิกอายุรกรรม คลินิกประกันสังคม และคลินิกกระดูกและข้อ ได้รับข้อมูลจากผู้รับผิดชอบคลินิกวัณโรค พบว่า ระบบการรักษา วัณโรคภายในโรงพยาบาล ยังไม่มีระบบแจ้งเตือนผู้ป่วยวัณโรคทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่ได้รับการขึ้นทะเบียน นอกจากนี้ พบว่า ผู้ป่วยส่วนหนึ่งเป็นผู้ป่วยวัณโรค แต่ไปรับการรักษาต่อที่สถานบริการอื่น จากการทบทวน เวชระเบียน พบว่า ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยวัณโรคที่โรงพยาบาลปทุมธานี แต่ผู้ป่วยไปรักษาต่อที่สถานบริการอื่น ๆ เช่น สถาบันโรคทรวงอก โรงพยาบาลราชวิถี เป็นต้น สาเหตุอีกส่วนหนึ่ง พบว่า เป็นผู้ป่วยวัณโรค เสียชีวิตก่อนขึ้นทะเบียน จำนวน 11 ราย เมื่อทบทวนเวชระเบียน พบว่า ผู้ป่วยวัณโรค เสียชีวิตที่โรงพยาบาลและมีผลการตรวจเสมหะเป็นบวกทุกราย แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยมีอาการของวัณโรคที่รุนแรงทำให้เกิดการเสียชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ สุชาญวัชร สมสอน และคณะ⁽⁸⁾ พบว่า การมีผลตรวจเสมหะเป็นบวก เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ณรงค์เดช พิมพรรณ และคณะ⁽⁴⁾ พบว่า โรงพยาบาลขนาดใหญ่ขึ้นทะเบียนยังไม่ครอบคลุม สาเหตุเนื่องจากผู้ป่วยวัณโรคที่เสียชีวิตก่อนการขึ้นทะเบียน

นอกจากนี้พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติวัณโรค แต่มีบันทึกอยู่ใน ICD-10 ที่วินิจฉัยวัณโรค จากการทบทวนเวชระเบียนพบว่า ผู้ป่วยทั่วไปที่มารับบริการด้วยอาการอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับวัณโรค เช่น เป็นแผล สิ้นลม อาเจียนเป็นเลือด เป็นต้น ได้รับข้อมูลจากผู้รับผิดชอบคลินิกวัณโรคว่า เจ้าหน้าที่อาจมีการลงบันทึกระบบโปรแกรมของโรงพยาบาลที่คลาดเคลื่อนและไม่ได้ตรวจทานในการบันทึก จึงทำให้ผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติเข้าได้กับวัณโรคอยู่ใน ICD-10 ที่วินิจฉัยวัณโรค นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจที่ได้รับการเปลี่ยนการวินิจฉัยหลังการรับยารักษาวัณโรค เช่น โรคปอดบวม (Pneumonia) โรคคออักเสบ (Pharyngitis) ภาวะปอดรั่ว (Pneumothorax) และโรคหลอดลมอักเสบ (Bronchitis) สอดคล้องกับการศึกษาของ ณรงค์เดช พิมพรรณ และคณะ⁽⁴⁾ พบว่า สาเหตุความไม่ครอบคลุมการขึ้นทะเบียน ส่วนหนึ่งเนื่องมาจากเป็นผู้ป่วยโรคอื่น เช่น โรคเยื่อหุ้มปอดอักเสบ (Pleuritis) โรคปอดบวม (Pneumonia) โรคมะเร็งปอด (Lung cancer) เป็นต้น นอกจากนี้ พบว่า สาเหตุของการไม่ขึ้นทะเบียนเนื่องจากเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้ยาป้องกันวัณโรค และเป็นผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับยาป้องกันวัณโรค โดยจากทบทวนเวชระเบียนและฐานข้อมูลการรับยา Rifampicin และ Isoniazid จากงานเภสัชกรรม กลุ่มของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับยาป้องกันวัณโรค พบว่ากลุ่มดังกล่าวได้ขึ้นทะเบียนในระบบ NTIP แล้ว แต่เพียงในส่วนของการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง (Latent Tuberculosis Infection) ซึ่งเป็นคนละส่วนกับทะเบียนการรักษาวัณโรคในระบบ NTIP ดังนั้น ความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคทำให้เห็นถึงการเชื่อมต่อของข้อมูลผู้ป่วยทั้งในเวชระเบียนในส่วนข้อมูล ICD-10 TM (A15-A19) ข้อมูลการรับยา Rifampicin และ Isoniazid จากงานเภสัชกรรม และข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ ผล AFB เป็นบวก ผล X-pert เป็นบวก ผล Culture เป็นบวก และผลตรวจทางพยาธิวิทยา หากมีการเชื่อมต่อข้อมูลในส่วนนี้จะทำให้ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาให้ได้อย่างรวดเร็วและครอบคลุมต่อไป

บทสรุป

จากผลการศึกษาทำให้เห็นว่า การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำยังไม่ครอบคลุม เนื่องจากผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาในคลินิกอื่น ๆ ของโรงพยาบาล ผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาต่อสถานบริการอื่น ผู้ป่วยวัณโรคที่เสียชีวิตก่อนขึ้นทะเบียน ผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติวัณโรค แต่มีบันทึกอยู่ใน ICD-10 ที่วินิจฉัย วัณโรค ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้ยาป้องกันวัณโรค ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับยาป้องกันวัณโรค และผู้ป่วยที่เปลี่ยนการวินิจฉัยหลังการรับยา โดยพบว่า เป็นโรคปอดอักเสบ (Pneumonia) โรคคออักเสบ (Pharyngitis) ภาวะปอดรั่ว (Pneumothorax) และโรคหลอดลมอักเสบ (Bronchitis)

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีระบบในการตรวจสอบข้อมูลการมารับบริการโดยเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างข้อมูลเวชระเบียน ICD-10 ข้อมูลการรับยา Rifampicin และ Isoniazid จากงานเภสัชกรรม และข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ ผล AFB เป็นบวก ผล X-pert เป็นบวก ผล Culture เป็นบวก แล้วนำมาขึ้นทะเบียนในระบบให้ครบถ้วน เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาให้ได้อย่างรวดเร็วและครอบคลุมในโรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชน
2. ควรมีระบบในการตรวจสอบความถูกต้องในการบันทึก ICD-10 ในระบบโปรแกรม เพื่อให้เกิดความถูกต้องในการวินิจฉัยโรค รวมถึงผู้ป่วยวัณโรคที่เสียชีวิตก่อนการรักษา ควรนำมาขึ้นทะเบียนในระบบให้ครบถ้วนต่อไป

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรศึกษาความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB)

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ อาจารย์ นพ. วิทยา สวัสดิวัตน์พงศ์ คุณสุภาภรณ์ วัฒนธร เจ้าหน้าที่งานวัณโรคสำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี และเจ้าหน้าที่งานวัณโรค โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Treatment of tuberculosis guideline. Geneva: World Health Organization; 2017.
2. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2561. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: อักษร
กราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2561.
3. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค. รายงานผู้ป่วยวัณโรค [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2562 ตุลาคม 4]. เข้าถึงได้
จาก <https://tbcmtailand.net>
4. ณรงค์เดช พิมพ์พรรณ, สุชาญวัชร สมสอน, ดารณี ภักดีวาปี, สุภาภรณ์ วัฒนธร, เพชรวรรณ พึ่งรัมย์. ความครบถ้วน
การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ โรงพยาบาลนครนายก ปีงบประมาณ 2561. วารสารการแพทย์และ
สาธารณสุขเขต 4 2562; 9(2): 59-64.
5. ปิยะณัฐ บุญประดิษฐ์, อร่าม เกตมณี. การประเมินระบบเฝ้าระวังวัณโรคปอด โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2556. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา 2556; 46 (พิเศษ): 68-75.
6. นริศ บุญธนภัทร, อภิญา เชื้อสุวรรณ, ชลธิพร จิระพงษา. ความครอบคลุมของการรายงานผู้ป่วยวัณโรคชาวไทยและ
ต่างด้าวและสถานการณ์ของวัณโรคในชาวไทยและต่างด้าว จังหวัดน่าน ปีงบประมาณ 2550-2558. รายงานการเฝ้าระวัง
ทางระบาดวิทยา 2560; 18(13): 193-201.
7. วรสิทธิ์ ไหลหลั่ง, พูลศรี ศิริโชติรัตน์, อำไพพร สุธรรมวิรัช, บุญมี ทองออน. ความถูกต้องและครบถ้วนของการ
รายงานผู้ป่วยวัณโรคในจังหวัดมุกดาหารปีงบประมาณ พ.ศ. 2546. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา 2546; 35(41):
719-723.
8. สุชาญวัชร สมสอน, ณรงค์เดช พิมพ์พรรณ, ดารณี ภักดีวาปี, สุภาภรณ์ วัฒนธร, เพชรวรรณ พึ่งรัมย์. ปัจจัยที่มีความ
สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำในพื้นที่จังหวัดนครนายก. วารสารการแพทย์และ
สาธารณสุขเขต 4. 2562; 9(2): 15-28.

ท้ายเล่ม

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมายินดีรับบทความวิชาการหรือรายงานผลวิจัยเกี่ยวกับโรคติดต่อ โรคติดเชื้อ หรือโรคไม่ติดต่อ ตลอดจนผลงานควบคุมโรคต่าง ๆ โดยเน้นเรื่องที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์ หรือกำลังตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นมาก่อน ทุกผลงานวิชาการที่ลงตีพิมพ์เผยแพร่จะต้องผ่านการพิจารณากลั่นกรองจากผู้เชี่ยวชาญทางด้านเนื้อหาและรูปแบบการวิจัยจำนวน 2 ท่าน ที่จะช่วยพัฒนาต้นฉบับให้มีคุณภาพมากขึ้น ทั้งนี้ กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานแก้ไขเรื่องต้นฉบับและพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องเพื่อลงตีพิมพ์

1. บทความที่ส่งลงพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ ควรเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับ ดังนี้ บทคัดย่อ บทนำ วัสดุและวิธีการ ผลวิจารณ์ผลสรุป กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 12 หน้าพิมพ์

รายงานผลการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ วิธีการดำเนิน ผลการดำเนินงาน วิจารณ์ผลสรุป กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง

บทความพื้นวิชา ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสิ่งตรวจพบใหม่ หรือเรื่องที่น่าสนใจที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่าง ๆ ประกอบด้วย บทความย่อ บทนำ ความรู้ หรือข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องที่นำมาเขียน วิจารณ์ หรือวิเคราะห์ ความรู้หรือข้อมูลที่นำมาเขียนสรุป เอกสารอ้างอิงที่ค่อนข้างทันสมัย

ย่อเอกสาร อาจย่อจากบทความภาษาต่างประเทศหรือภาษาไทยที่ตีพิมพ์ไม่เกิน 2 ปี

2. การเตรียมบทความเพื่อลงตีพิมพ์

ชื่อเรื่อง ควรสั้นกะทัดรัด ให้ได้ใจความที่ครอบคลุมและตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง โดยมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้เขียน ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) ระบุด้านที่ทำงานให้ชัดเจน

บทคัดย่อ คือ การย่อเนื้อหาสำคัญ ไม่อธิบายยาว ไม่วิจารณ์ละเอียด เขียนเฉพาะเนื้อหาที่จำเป็นระบบตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคที่สมบูรณ์ และเป็นร้อยแก้วไม่แบ่งเป็นข้อ ๆ การเขียนบทคัดย่อควรมีส่วนประกอบ ดังนี้ วัตถุประสงค์ขอบเขตการวิจัย วิธีรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลและวิจารณ์ผลหรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงเอกสารอยู่ในบทคัดย่อ เนื้อหา ในบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษต้องสอดคล้องกัน ความยาวไม่เกิน 250 คำ ระบุนำสำคัญ 3-5 คำ

บทนำ อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการศึกษาค้นคว้า กรณีเป็นการวิจัยต่อยอดจากผลการวิจัยก่อนหน้านี้ ควรระบุช่องว่างความรู้ที่ผู้วิจัยสนใจศึกษาเพื่อค้นหาคำตอบ และแนวทางแก้ไข ระบุมโนทัศน์การวิจัย สมมุติฐาน ขอบเขตการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูล การสุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ การวิเคราะห์ข้อมูลหรือการใช้สถิติที่นำมาประยุกต์

ผลการดำเนินงาน อธิบายข้อค้นพบที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระบบ พร้อมทั้งแปลความหมายของข้อค้นพบต่าง ๆ

วิจารณ์ผล ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัย โดยใช้แนวคิดทฤษฎีประกอบการอธิบาย วิเคราะห์ผลการวิจัยว่าเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด ความสอดคล้องหรือความแตกต่างจากข้อค้นพบของงานวิจัยก่อนหน้านี้ โดยระบุแหล่งอ้างอิงที่สามารถสืบค้นเพิ่มเติมได้

บทสรุป (ถ้ามี) ควรเขียนเกี่ยวกับความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัย วิธีการวิจัยสั้น ๆ รวมทั้งผลการวิจัย (สรุปให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะที่อาจนำผลงานการวิจัยไปใช้ให้เป็นประโยชน์หรือให้ข้อเสนอแนะ ประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

เอกสารอ้างอิง ใช้รูปแบบแวนคูเวอร์ โดยใส่ตัวเลขในวงเล็บยกไว้หลังข้อความ หรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงลำดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม

3. รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง

3.1 การอ้างอิงวารสาร

ก. ภาษาอังกฤษ ประกอบด้วย

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

กรณีผู้แต่งไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่งทุกคน คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) แต่ถ้าเกินให้ใส่ชื่อสามคนแรก แล้วเติม et al.

ตัวอย่างการอ้างอิงบทความจากวารสาร (Articles in Journals)

Fisschl MA, Dickinson GM, Scott GB. Evaluation of heterosexual partners in children household contacts of adult with ALDS, JAMA 1987; 25: 640-644.

ข. ภาษาไทย ใช้เช่นเดียวกับภาษาอังกฤษ แต่ชื่อผู้แต่งให้เขียนชื่อเต็ม ตามด้วยนามสกุล และใช้ชื่อวารสารเป็นตัวเต็ม

ตัวอย่าง

ธีระ งามสุต, นิวัต มนตรีสุวัต, สุรศักดิ์ สัมปัตตะวนิช และคณะ. อุบัติการณ์โรคเรื้อนระยะแรก โดยการศึกษาจุลพยาธิวิทยาคลินิก จากวงศ์ต่างของผิวหนังผู้ป่วยโรคเรื้อนที่สงสัยเป็นโรคเรื้อน 589 ราย. วารสารโรคติดต่อ 2527; 10: 101-102.

3.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

ก. การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

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

ตัวอย่าง

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

ข. การอ้างอิงบทหนึ่งในหนังสือตำรา

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

ตัวอย่าง

ศรีชัย หล่ออารีย์สุวรรณ. การดื้อยาของเชื้อมาลาเรีย. ใน: ศรีชัย หล่ออารีย์สุวรรณ, คนัย บุญนาค, คุณหญิง ตระหนักจิต หิริมสุต, บรรณาธิการ. ตำราอายุรศาสตร์เขตร้อน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: รวมทรงสน์; 2553: 115-120.

3.3 การอ้างอิงวิทยานิพนธ์

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

ตัวอย่าง

อังกา ศรีชัยรัตนกุล. การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้เป็นโรคซึมเศร้าชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.

3.4 การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ [ประเภทของเรื่อง/วัสดุ]. ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ ปี เดือน วันที่]. เข้าถึงได้จาก/http://...

4. การส่งต้นฉบับ

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

4.2 การตั้งค่าหน้ากระดาษ ก้นหน้า (ซ้าย) ก้นหลัง (ขวา) บน-ล่าง 2.54 ซม. (Margins Normal) ระยะห่างระหว่างบรรทัด 1 ระยะ

4.3 การเขียนต้นฉบับควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด ยกเว้น คำภาษาไทยที่แปลไม่ได้หรือแปลแล้วทำให้ใจความไม่ชัดเจน

4.4 ภาพประกอบ ถ้าเป็นภาพถ่ายเส้นต้องเขียนด้วยหมึกบนกระดาษหน้ามัน ถ้าเป็นภาพถ่ายควรเป็นภาพสไลด์ หรืออาจใช้ภาพโปสเตอร์แทนได้ การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหาก อย่าเขียนลงในรูป

4.5 การส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ทางเว็บไซต์ ThaiJo

ขั้นตอนการส่งบทความ

1. เข้าไปที่เว็บไซต์ <http://www.tci-thaijo.org/index.php/ODPC9/index>

2. สมัครสมาชิก Register สร้าง Username และ Password สร้าง Profile จากนั้นเข้าสู่ระบบ login และไปยังขั้นตอนการ Submission

3. Submission คลิก New Submission

ขั้นตอนที่ 1 เลือกทุกช่องทางเพื่อเป็นยืนยันว่าบทความของท่านเป็นไปตามเงื่อนไขที่วารสารกำหนด

ขั้นตอนที่ 2 อัปโหลดบทความเป็นไฟล์ .doc หรือ .docx

ขั้นตอนที่ 3 กรอกรายละเอียดข้อมูลต่าง ๆ สำหรับบทความของท่าน เช่น ข้อมูล Author, Title, Abstract, Keywords, Reference

ขั้นตอนที่ 4 ยืนยันการส่งบทความ

ขั้นตอนที่ 5 เสร็จสิ้นการ Submission และเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบโดยบรรณาธิการ (Editor)

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

- 5.1 เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้นิพนธ์ทราบ
- 5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับการพิจารณาลงพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ
- 5.3 เรื่องที่ได้รับการพิจารณาลงตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบและทำหน้าที่รับรองการตีพิมพ์ส่งให้ผู้นิพนธ์ทางไปรษณีย์

บทบาทและหน้าที่ของผู้นิพนธ์

1. ผู้นิพนธ์ต้องรับรองว่าผลงานที่ส่งมานั้นเป็นผลงานใหม่และไม่เคยตีพิมพ์ที่ไหนมาก่อน
2. ผู้นิพนธ์ต้องรายงานข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นจากการทำวิจัย ไม่บิดเบือนข้อมูล
3. ผู้นิพนธ์ต้องอ้างอิงผลงานของผู้อื่น หากมีการนำผลงานเหล่านั้นมาใช้อ้างอิงในผลงานของตน
4. ผู้นิพนธ์ต้องเขียนบทความวิจัยให้ถูกต้องตามรูปแบบที่กำหนดไว้ใน “คำแนะนำสำหรับผู้เขียน”
5. ผู้นิพนธ์ที่มีชื่อปรากฏในบทความทุกคน ต้องเป็นผู้ที่มีส่วนในการดำเนินการวิจัยจริง

บทบาทหน้าที่ของกองบรรณาธิการ

1. บรรณาธิการวารสารมีหน้าที่พิจารณาคุณภาพของบทความ เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารที่ตนรับผิดชอบ
2. บรรณาธิการต้องไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้นิพนธ์ และผู้ประเมินบทความ
3. บรรณาธิการต้องไม่ปฏิเสธการตีพิมพ์บทความเพราะความสงสัยหรือไม่แน่ใจ

บทบาทและหน้าที่ของผู้ประเมินบทความ

1. ผู้ประเมินบทความต้องรักษาความลับและไม่เปิดเผยข้อมูล
2. ผู้ประเมินบทความควรประเมินบทความในสาขาวิชาที่ตนมีความเชี่ยวชาญ
3. ผู้ประเมินบทความต้องระบุผลงานวิจัยที่สำคัญและสอดคล้องกับบทความที่กำลังประเมิน แต่ผู้นิพนธ์ไม่ได้อ้างถึง

หมายเหตุ: วารสารมีระบบการตรวจสอบการลอกเลียนวรรณกรรมทางวิชาการ โดยโปรแกรมอักขราวิสุทธิ์ หากตรวจพบการคัดลอกมากกว่าร้อยละ 30 ทางวารสารจะแจ้งให้ดำเนินการแก้ไข หรือไม่รับพิจารณาตีพิมพ์