

วารสาร

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10

จังหวัดอุบลราชธานี



บรรณาธิการ
แถลง

วัตถุประสงค์

1.

เพื่อเผยแพร่ข้อมูล ข่าวสารทางวิชาการและรายงานผลการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวกับงานป้องกันควบคุมโรคแก่หน่วยงานและบุคลากรทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข

2.

เพื่อรายงานความก้าวหน้าของการปฏิบัติงาน ป้องกันควบคุมโรคแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3.

เพื่อเป็นสื่อกระชับความสัมพันธ์ทางแนวคิดและการปฏิบัติงาน ระหว่างสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ศูนย์วิชาการเขต และกรมกองต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

สวัสดีค่ะ ท่านผู้อ่านวารสาร สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานีที่เคารพทุกท่าน ก่อนอื่นขอเรียนให้ทุกท่านทราบว่า วารสารฉบับที่ท่านถืออยู่ในมือขณะนี้ เป็นฉบับประจำปีที่ 15 เล่มที่ 1/2560 ท่านจะพบว่ามีการปรับเปลี่ยนไปเล็กน้อยคือ มีความหนาขึ้นด้วยเนื้อหาที่เพิ่มขึ้นเนื่องจากเล่มนี้เป็นเล่มแรกของการตีพิมพ์ในปี 2560 โดยกองบรรณาธิการ ได้กำหนดการตีพิมพ์วารสารใหม่เป็นปีละสองเล่ม (เล่มที่ 1 มกราคม-มิถุนายน, เล่มที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม ของทุกปี) เพื่อให้เป็นแนวทางเดียวกับระบบสากลของ Thai-Journal Citation Index : TCI

ในฉบับนี้ คณะกรรมการคัดเลือกผลงานวิจัยและได้นำเสนอบทความที่นักวิจัยทั้งจากใกล้และไกล ส่งตีพิมพ์ รวม 7 เรื่องด้วยกัน ซึ่งท่านจะได้ศึกษาและเรียนรู้ผลงานและนำไปใช้ประโยชน์ที่เกี่ยวข้องเพิ่มมากขึ้น

ท้ายนี้กองบรรณาธิการขอเรียนว่า เรายินดีต้อนรับบทความทางวิชาการจากทุกท่าน เพื่อเป็นเวทีสื่อสารและเผยแพร่ องค์ความรู้ใหม่ๆ และผลงานวิจัยด้านเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค จากนักวิจัยทั้งในและนอกเขตรับผิดชอบ ด้วยความยินดียิ่งนะคะ พบกันใหม่ฉบับหน้าค่ะ สวัสดีค่ะ

นางศุภศรีย สง่างค์
บรรณาธิการ

คณะกรรมการ วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10

เจ้าของ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จ.อุบลราชธานี

ถนนพรหมราช อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี 34000 โทรศัพท์ 0 4524 3235 โทรสาร 0 4525 5188

www.dpc7.net

ที่ปรึกษาหลัก

นายแพทย์เจษฎา โชคดำรงสุข
นายแพทย์สมศักดิ์ อรรฆศิลป์
นายแพทย์โอภาส การย์กวินพงศ์
นายแพทย์ค่านวน อึ้งชูศักดิ์
นายแพทย์กฤษฎา มโหทาน

อธิบดีกรมควบคุมโรค
รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ผู้ตรวจราชการกระทรวงเขตบริการสุขภาพที่ 3
ผู้ทรงคุณวุฒิกรมควบคุมโรค
ผู้ทรงคุณวุฒิกรมควบคุมโรค

ที่ปรึกษาของบรรณาธิการ

นางศุภศรีย สว่างวงศ์

รองผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี

บรรณาธิการ

นางศุภศรีย สว่างวงศ์

รองผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี

กองบรรณาธิการ

นางศุภศรีย สว่างวงศ์
นางสุชนา สีหะวงษ์
นายเสถียร เชื้อลี
นางสาวอมรรัตน์ จงตระกูลสมบัติ
นางสาวศิริวรรณ อุทธา

หัวหน้ากองบรรณาธิการ
ผู้ช่วยกองบรรณาธิการ
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นักวิเคราะห์นโยบายและแผน

ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความ

ดร.พญ.ฉันทนา ผดุงทศ
ดร.นพ.จิรวัฒน์ มูลศาสตร์
รศ.ดร.ณัฐิตา โรจนศาสตร์
ดร.ทวีวรรณ ชาลีเครือ
ดร.สุภาภรณ์ สงค์ประชา
ดร.อนุวัฒน์ วัฒนพิชญากุล
ดร.อารีย์ บุตรสอน
ดร.วันเพ็ญ แววีร์คุปต์
ดร.ปณยานุช พิมใจใส
ดร.เพชรมณี วิริยะสืบพงษ์
ดร.รุ่งรังษิ วิบูลย์ชัย
ดร.นุสรา ประเสริฐศรี
ดร.พิทยา ศรีเมือง
ดร.จุติพร ผลเกิด
ดร.เกษรา แสนศิริวิสุข
ดร.อรทัย ศรีทองธรรม

ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 อุตรธานี
โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย วิทยาเขตตรัง
มหาวิทยาลัยพะเยา
มหาวิทยาลัยมหิดล
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
มหาวิทยาลัยคริสเตียน
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี

ฝ่ายประชาสัมพันธ์และการจัดการวารสาร

นางชนานันท์ คำบุญ
นางสาวอภิญญา จำปา

ผู้ประสานงานโครงการ GF AIDS care
ผู้ประสานงานโครงการ GF / TB



วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี

The Office of Disease Prevention and Control 10th Journal

ปีที่ 15 เล่มที่ 1 เดือนมกราคม - มิถุนายน 2560 Volume 15 No. 1 January - June 2017

สารบัญ

- ความครอบคลุมและคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลวาปีปทุม
อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม 5
- เบนจพร อินทรอุดม
- การประเมินมาตรฐานคลินิกวัณโรค ในโรงพยาบาล จังหวัดลำพูน ปี พ.ศ. 2558 16
- กาญจนา เลิศวุฒิ
- ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
บ้านควนทอง หมู่ที่ 9 ตำบลพรุไทย อำเภอบ้านตาขุน จังหวัดสุราษฎร์ธานี 29
- หทัยชนก เดชะ
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน
ที่ขึ้นทะเบียนรักษา ณ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี 41
- นิตยา ดาววงศ์ญาติ
- ผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเอง
จากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลลือ อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ 54
- ประกาย มิ่งไชย
- ความรู้ ความเชื่อ การปฏิบัติในการเลือกเห็ดเพื่อปรุงอาหารและการปฏิบัติ
เมื่อกินเห็ดมีพิษของชาวบ้านอำเภอดงรักการพิชผล จังหวัดอุบลราชธานี 66
- พรสุตา โสวรรณ
- การพัฒนารูปแบบเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้านการป้องกันควบคุมโรค 85
- จุติพร ผลเกิด





**ความครอบคลุมและคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน
โรงพยาบาลวาปีปทุมอำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม**
**The Coverage and Quality of Diabetes Mellitus Patients in
Wapiphathum Hospital
Wapiphathum District, Mahasarakham Province**

เบญจพร อินทรอุดม (พ.บ.)

โรงพยาบาลวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม

Benchaporn Intakornudom (MD)

Wapiphathum Hospital Mahasarakham Province

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินความครอบคลุมและคุณภาพการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานของคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลวาปีปทุม อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม

วิธีการศึกษาเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาโดยเก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective Descriptive Study) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานในเขตตำบลหนองแสงที่ขึ้นทะเบียนและเข้ารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลวาปีปทุม อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2558 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2559 จำนวน 587 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสำรวจและวิเคราะห์ข้อมูลตามเกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพการบริการผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 19 ตัวชี้วัด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า การให้บริการตรวจสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานมีความครอบคลุมคุณภาพอยู่ในระดับดีทั้งหมด (ร้อยละ 100) และผลการประเมินคุณภาพการบริการผู้ป่วยเบาหวานผ่านเกณฑ์มาตรฐาน จำนวน 15 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 78.95) ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน จำนวน 4 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 21.05) และตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์และมีค่าต่ำสุดเมื่อเทียบกับค่าเป้าหมาย คือ อัตราของระดับน้ำตาล

ในเลือดอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ ($FPG \geq 70$ และ ≤ 130 มก./ดล.) (ร้อยละ 22.15) รองลงมาคืออัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับ LDL ต่ำกว่า 100 mg/dl (ร้อยละ 40.03) อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มี Microalbuminuria ที่ได้รับการรักษาด้วยยา ACE inhibitor หรือ ARB (ร้อยละ 40.89) และอัตราผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มีระดับ HbA1c ต่ำกว่า 7 mg% (ร้อยละ 32.20)

ข้อเสนอแนะ ทีมสหวิชาชีพของคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลวาปีปทุม ควรให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลสูงเป็นรายกรณี เนื่องจากสาเหตุของระดับน้ำตาลสูงแต่ละรายแตกต่างกัน ซึ่งทำให้การแก้ไขปัญหาได้ถูกต้องและผลการรักษาดีขึ้น ให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดระดับไขมันในเส้นเลือด ส่งเสริมการออกกำลังกายและงดสูบบุหรี่ในผู้ป่วยเบาหวาน แพทย์ควรให้ยาในกลุ่ม ACEI หรือ ARB ในผู้ป่วยเบาหวานที่มี Microalbuminuria ทุกรายที่ไม่มีข้อห้ามใช้ยาและหาแนวทางในการพัฒนารูปแบบการให้บริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพื่อให้ผลการดูแลรักษาครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

Abstract

Objective : To assess the coverage

and quality of the health services of diabetes mellitus clinic in Wapipathum Hospital ,Wapipathum Destrict, Maha Sarakham Provice.

Methods: This was retrospective descriptive study of 587 diabetes mellitus patients who received health services during October 1, 2015 to September 30, 2016 . The collecting data were assessed by questionnaire and key performance indicator 19 series in the standard diabetes mellitus health service and descriptive analysis.

Results: The result revealed that the coverage of health service in diabetes mellitus patients was best (100%) and the quality in each item 15 out of 19 (78.95%) key performance indicator was in standard indicator. But especially , four key performance indicator which are below the standard are controlled fasting plasma glucose level (FPG = 70–130 mg/dl)(22.15%), the diabetes mellitus patients who have low density lipoprotein level less than 100 mg/dl (40.03%), the diabetes mellitus patients who treat with ACEI or ARB (40.89%) and the diabetes mellitus patients who have HbA1C level less than 7 mg% (32.20%)

Suggestions : Multidisciplinary team of diabetes mellitus clinic in Wapipathum Hospital should care for diabetes mellitus patients who have high sugar levels on a case by case basis because of the high level of individual cause. This will correct

the problem and improve the outcome. Educate the behavior modification to reduce low density lipoprotein level . Promote exercise and no smoking in diabetes mellitus patients . Physicians should give ACEI or ARB in diabetes mellitus patients who have microalbuminuria all those who have no contraindications. Find ways to develop a model of diabetes care services to provide more coverage and quality outcomes.

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่มีผลกระทบต่อสุขภาพที่สำคัญของประชากรโลก ปัจจุบันมีแนวโน้มที่กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานจะมีอายุน้อยลงและมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี สหพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetic Federation) คาดการณ์ว่าผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกในปี 2553 ที่มีอายุระหว่าง 20 –79 ปี มีจำนวน 85 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นอีกประมาณ 150 ล้านคน เป็น 235 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นอีกประมาณ 150 ล้านคน เป็น 235 ล้านคน ในอีก 5 ปี ข้างหน้า นอกจากนี้อัตราการอนามัยโลกได้สำรวจการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและผลกระทบใน 23 ประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งรวมถึงประเทศไทย พบว่าในปี ค.ศ. 2006 กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรังและโรคเบาหวาน เป็นสาเหตุการเสียชีวิตมากกว่าร้อยละ 60 ของการเสียชีวิตทั้งหมด โดยการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานคิดเป็นร้อยละ 32 และคาดว่าในปี ค.ศ. 2015 จะมีผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นร้อยละ 17² ข้อมูลจากสำนักกระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุขในปี 2554 ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 5 โรค รายใหม่จาก 46 จังหวัดทั่วประเทศ จำนวนรวม

626,073 รายมีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน 179,597 ราย อัตราป่วย 279.83 ต่อประชากรแสนคน ผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 5 โรค สะสม (รายใหม่และเก่า)ระหว่างปีพ.ศ. 2550 - 2554 จำนวนรวม 3,260,962 ราย โรคเบาหวาน 1,025,337 ราย อัตราความชุก 1,597.57 ต่อประชากรแสนคนผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ มีภาวะแทรกซ้อน จำนวน 22,360 ราย ร้อยละ 12.45 ภาวะแทรกซ้อนทางไต 5,509 ราย (ร้อยละ 24.64) ผู้ป่วยโรคเบาหวานสะสม (รายใหม่และเก่า) จำนวน 1,025,337 ราย มีภาวะแทรกซ้อน จำนวน 255,232 ราย ร้อยละ 24.89 โรคแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด chez ผู้ป่วยเบาหวานคือภาวะแทรกซ้อนทางไตวาย รองลงมาคือหลอดเลือดแดง นอกจากนี้ยังพบว่าโรคเบาหวานก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว ในด้านค่ารักษาพยาบาลที่ค่อนข้างสูง ความรุนแรงของโรคเบาหวานส่วนใหญ่ มักเกิดจากภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ หากผู้ป่วยไม่มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดได้ไม่ดี และยังมีผลกระทบต่อผู้ดูแลรักษาที่ต้องสูญเสียทั้งในด้านเศรษฐกิจสังคมโรคเบาหวานถึงแม้ว่าจะไม่มีวิธีการรักษาให้หายขาดได้แต่สามารถควบคุมไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อนหรือชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อนได้ หากผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2559 และกำหนดตัวชี้วัดการดูแลและบริการโรคเบาหวาน⁵

คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลวาปีปทุม เป็นหน่วยบริการสาธารณสุขซึ่งได้มีการจัดบริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่ตำบลหนองแสง อำเภอลำปุม จังหวัดมหาสารคาม และผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง

โรงพยาบาลวาปีปทุมโดยมีทีมสหวิชาชีพซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักเทคนิคการแพทย์ นักโภชนาการ ให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการ ในปีงบประมาณ 2557 – 2559 จำนวน 585 577 587 ราย ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปีการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานเป็นการบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขพื้นฐานที่จำเป็นและสำคัญ จึงมีการสร้างเกณฑ์มาตรฐานที่เป็นระบบเพื่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ถูกต้อง ครบถ้วน โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่การคัดกรองความเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวาน การวินิจฉัยและการดูแลรักษา ตั้งแต่ระยะแรกและต่อเนื่องตลอดชีวิตซึ่งการดูแลรักษาเบาหวานที่เหมาะสมสามารถลดค่ารักษาพยาบาล อัตราการเสียชีวิต ภาวะแทรกซ้อนและความพิการที่เกิดจากโรคเบาหวาน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอย่างปกติสุข ดังนั้นทีมสหวิชาชีพผู้ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขจึงมีบทบาทสำคัญ ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการครบถ้วนตามเกณฑ์มาตรฐานและมีคุณภาพ ผู้วิจัยจึงประเมินความครอบคลุมและคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในเขตตำบลหนองแสงที่ขึ้นทะเบียนรับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลวาปีปทุม อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลวาปีปทุมต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินความครอบคลุมการให้บริการด้านการตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
2. เพื่อประเมินคุณภาพการดูแลและการ

บริการโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2559 จำนวน 19 ตัวชี้วัด ของโรงพยาบาลวาปีปทุม อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดมหาสารคาม

กรอบแนวคิดงานวิจัย

การดูแลผู้ป่วยเบาหวานต้องได้รับการดูแลตามเกณฑ์มาตรฐาน ได้แก่ ผู้ป่วยได้รับการตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การรักษาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ดี การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ตา ไต เท้า ได้รับคำแนะนำในการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ เช่น การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่ ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงมีแนวคิดที่จะศึกษาความครอบคลุมและคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่อยู่ในตำบลหนองแสงและเข้ารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลวาปีปทุม อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดมหาสารคาม โดยประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานตามมาตรฐาน 19 ตัวชี้วัดตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ของ สปสช. ปี พ.ศ. 2559

นิยามศัพท์

1.ความครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน คือ ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจร่างกาย ได้แก่ การวัดความดันโลหิต ประเมินดัชนีมวลกาย ตรวจตา ตรวจสุขภาพช่องปาก และตรวจเท้าร่วมกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การตรวจระดับครีเอตินิน (Creatinine) ตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ตรวจระดับไขมันในเลือด (Lipid profile) ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting Plasma Glucose) และตรวจโปรตีนอัลบูมินในปัสสาวะ (Microalbuminuria)

2.คุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน คือ การประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานตามมาตรฐาน 19 ตัวชี้วัด ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ของ สปสช. ปี พ.ศ. 2559 นำมาใช้ในการประเมินการดูแลผู้ป่วยเบาหวานทุกตัวซึ่งมีหัวข้อประเมินเกี่ยวกับ 2.1 ผลการรักษาผู้ป่วยเบาหวาน มี 7 ตัวชี้วัด 2.2 การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน มี 9 ตัวชี้วัด 2.3 การลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน มี 3 ตัวชี้วัด

ระเบียบวิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) โดยเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อประเมินความครอบคลุมและคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ที่รับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลวาปีปทุม อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดมหาสารคาม ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2558 ถึง 30 กันยายน 2559 และประเมินผลการให้บริการตามเกณฑ์มาตรฐานที่ประกอบด้วย 5 ส่วน รวม 19 ตัวชี้วัด ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2559

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยเบาหวานในเขตตำบลหนองแสงที่ขึ้นทะเบียนและเข้ารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลวาปีปทุม อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดมหาสารคาม เข้ารับบริการตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2558 ถึง 30 กันยายน 2559 จำนวน 587 คน

เครื่องมือที่ใช้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบบันทึกการประเมินการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน ที่กำหนดตามมาตรฐานตัวชี้วัด

ประสิทธิภาพของการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานโดยอ้างอิงจากแบบสำรวจของสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยได้ข้อมูลจากทะเบียนประวัติการดูแลและรักษาผู้ป่วย ปีงบประมาณ 2559 มาลงข้อมูลตามตัวชี้วัด ซึ่งแบ่งเป็น 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสำรวจข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ การวินิจฉัยประเภทโรคเบาหวาน ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน สิทธิการรักษา ส่วนที่ 2 การให้บริการตรวจร่างกาย ประกอบด้วย น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย (BMI) ความดันโลหิต การตรวจจอประสาทตา การตรวจเท้า การตรวจหาแผล การตรวจสุขภาพช่องปาก ส่วนที่ 3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการในผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย ระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือด (Fasting Plasma Glucose) ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) ระดับไขมันในเลือด (lipid profile) ระดับสารครีเอตินิน (Creatinine) ระดับไมโครอัลบูมินในปัสสาวะ (Microalbuminuria) ส่วนที่ 4 การใช้ยา ร่วมในผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วยการใช้ยา Angiotensin converting inhibitors (ACEI) หรือ Angiotensin receptor blocker (ARB) ส่วนที่ 5 การให้ความรู้หรือคำแนะนำประกอบด้วยการดูแลสุขอนามัยของเท้า โภชนาการ การออกกำลังกาย และการสูบบุหรี่ แบ่งความครอบคลุมการให้บริการด้านการตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติ

การจำแนกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ครอบคลุมระดับดี (ร้อยละ 81-100) กลุ่มที่ 2 ครอบคลุมระดับปานกลาง (ร้อยละ 51-80) กลุ่มที่ 3 ครอบคลุมระดับน้อย (ต่ำกว่าร้อยละ 50) แบ่งคุณภาพการให้บริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานตามเกณฑ์มาตรฐาน 19 ตัวชี้วัด ออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน และไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน

การวิเคราะห์ข้อมูลนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน สมบูรณ์แล้วตรวจสอบซ้ำแบบไขว้ของผู้เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวานที่มาใช้บริการที่คลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ปีงบประมาณ 2559 ผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 587 คน เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 67.97) อายุ 60 – 69 ปี (ร้อยละ 34.92) มีประวัติเป็นเบาหวานมาแล้ว 5 – 9 ปี (ร้อยละ 68.48) มีประวัติความดันโลหิตสูงร่วมด้วย 364 คน (ร้อยละ 62.0) ใช้สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า 356 คน (ร้อยละ 60.65) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลวาปีปทุม ปีงบประมาณ 2559 (n = 587)

ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยเบาหวาน	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	188	32.03
หญิง	399	67.97
อายุ		
30-49 ปี	17	2.90
40- 49 ปี	86	14.65
50- 59 ปี	143	24.36
60- 69 ปี	205	34.92
70 ปีขึ้นไป	136	23.17
ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน		
น้อยกว่า 5 ปี	183	31.18
5 – 9 ปี	402	68.48
10 ปีขึ้นไป	2	0.34
โรคร่วม ความดันโลหิตสูง		
ไม่มี	223	37.99
มี	364	62.01
สิทธิการรักษา		
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	356	60.65
สวัสดิการข้าราชการ	207	35.26
ประกันสังคม	24	4.09

2.ผลการตรวจร่างกายและตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลวาปีปทุมปีงบประมาณ 2559 จากการตรวจเวชระเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลวาปีปทุม จำนวน 587 คน ผู้ป่วยได้รับการวัดความดันโลหิตและประเมินดัชนีมวลกาย ร้อยละ 100 ตรวจตา ร้อยละ 87.05 ตรวจสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 87.05

และตรวจเท้าร้อยละ 86.71และการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่า ได้รับการตรวจระดับครีเอตินิน (Creatinine) ร้อยละ 100 ตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ร้อยละ 84.67 ตรวจระดับไขมันในเลือด (Lipid profile) ร้อยละ 99.66 ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting Plasma Glucose) ร้อยละ 100 ตรวจโปรตีนอัลบูมินในปัสสาวะ (Micro-albuminuria) ร้อยละ 88.59 ดังตาราง ที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจร่างกายและตรวจทางห้องปฏิบัติการ ปีงบประมาณ 2559 (n = 587)

การตรวจประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน อย่างน้อย 1 ครั้ง / ปี	จำนวน	ร้อยละ
การตรวจร่างกาย		
ดัชนีมวลกาย	587	100
ความดันโลหิต	587	100
ตรวจตา	511	87.05
ตรวจสุขภาพช่องปาก	511	87.05
ตรวจเท้า	509	86.71
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ		
น้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c)	497	84.67
ระดับไขมันในเลือด (Lipid profile)	585	99.66
ตรวจโปรตีนอัลบูมินในปัสสาวะ (Micro Urine albumin)	520	88.59
ตรวจระดับครีเอตินิน (Creatinine)	587	100
ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting Plasma Glucosr	587	100

3. การประเมินคุณภาพการให้บริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานตามเกณฑ์มาตรฐาน 19 ตัวชี้วัดของคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลวาปีปทุม อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2559 เมื่อเปรียบเทียบตัวชี้วัดจำนวน 19 ตัว พบว่า มีตัวชี้วัดที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน จำนวน 15 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 78.95) ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน จำนวน 4 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 21.05) และตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์และมีค่าต่ำสุดเมื่อเทียบกับค่าเป้าหมาย คืออัตราของระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ (FPG $\geq$ 70และ $\leq$ 130 มก./ดล.) (ร้อยละ 22.15) รอง

ลงมาคืออัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับ LDL ต่ำกว่า 100 mg/dl (ร้อยละ 40.03) และอัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มี Microalbuminuria ที่ได้รับการรักษาด้วยยา ACE inhibitor หรือ ARB (ร้อยละ 40.89) และอัตราผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มีระดับ HbA1c ต่ำกว่า 7mg%(ร้อยละ 32.20) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การประเมินคุณภาพการให้บริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานตามเกณฑ์มาตรฐาน 19 ตัวชี้วัดของคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2559

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายผล การดำเนินงาน	ผลการ ดำเนินงาน	ผล ประเมิน
1. อัตราของระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ (FPG $\geq$ 70 และ $\leq$ 130 มก./ดล.)	≥ 60 %	22.15	ไม่ผ่าน
2. อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจวัดค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ประจำปี	$\geq 60\%$	84.67	ผ่าน
3. อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มีระดับ HbA1c ต่ำกว่า 7mg%	$\geq 45\%$	32.20	ไม่ผ่าน
4. อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจากโรคเบาหวาน	$\leq 5\%$	0.53	ผ่าน
5. อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ Lipid profile ประจำปี	$\geq 60\%$	99.66	ผ่าน
6. อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับ LDL ต่ำกว่า 100 mg/dl	$\geq 60\%$	40.03	ไม่ผ่าน
7. อัตราระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับความดันโลหิตต่ำกว่า 140/80 mmHg	$\geq 60\%$	97.27	ผ่าน
8. อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ Microalbuminuria ประจำปี	$\geq 60\%$	88.59	ผ่าน
9. อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มี Microalbuminuria ที่ได้รับการรักษาด้วยยา ACE inhibitor หรือ ARB	$\geq 60\%$	40.89	ไม่ผ่าน
10. อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจจอประสาทตา ประจำปี	$\geq 60\%$	72.07	ผ่าน
11. อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ประจำปี	$\geq 60\%$	72.07	ผ่าน
12. อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจเท้าอย่างละเอียด ประจำปี	$\geq 60\%$	71.79	ผ่าน
13. อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้า	$\leq 10\%$	1.27	ผ่าน
14. อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตัดนิ้วเท้าเท้า หรือขา	$\leq 2\%$	0.28	ผ่าน
15. อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการสอนให้ตรวจและดูแลด้วยตนเองหรือสอนผู้ดูแล อย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี	$\geq 60\%$	71.79	ผ่าน

ตารางที่ 3 (ต่อ) การประเมินคุณภาพการให้บริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานตามเกณฑ์มาตรฐาน 19 ตัวชี้วัดของคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2559

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายผล การดำเนินงาน	ผลการ ดำเนินงาน	ผล ประเมิน
16. อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สูบบุหรี่ซึ่งได้รับคำแนะนำปรึกษาให้เลิกสูบบุหรี่	≥ 60%	100	ผ่าน
17. อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็น Diabetic Retinopathy	≤ 10%	1.36	ผ่าน
18. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่เป็น Diabetic Nephropathy	≤ 10 %	8.01	ผ่าน
19. อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง Impaired Fasting Glucose	≤ 5 %	0.51	ผ่าน

สรุป

การวิจัยเรื่องความครอบคลุมและคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลวชิรพยาบาล อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 587 คน เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2558 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2559 พบว่า การให้บริการตรวจสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานมีความครอบคลุมคุณภาพอยู่ในระดับดีทั้งหมด (ร้อยละ 100) ได้แก่ การตรวจดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต น้ำตาลสะสมในเลือด ระดับไขมันในเลือด โปรตีนอัลบูมินในปัสสาวะ ระดับครีเอตินิน ระดับน้ำตาลในเลือด การตรวจตา สุขภาพช่องปาก และตรวจเท้า และผลการประเมินคุณภาพการบริการผู้ป่วยเบาหวานผ่านเกณฑ์มาตรฐาน จำนวน 15 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 78.95) ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน จำนวน 4 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 21.05) และตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์และมีค่าต่ำสุดเมื่อเทียบกับค่าเป้าหมาย คือ อัตราของระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ ($FPG \geq 70$ และ ≤ 130 มก./ดล.) (ร้อยละ 22.15) รองลงมาคือ อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับ LDL ต่ำกว่า 100 mg/dl (ร้อยละ 40.03) และอัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มี Microalbuminuria ที่ได้รับการรักษาด้วยยา ACE inhibitor หรือ ARB (ร้อยละ 40.89) และอัตราผู้ป่วย

โรคเบาหวาน ที่มีระดับ HbA1c ต่ำกว่า 7mg% (ร้อยละ 32.20)

อภิปรายผล

1. ผลการให้บริการตรวจสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานมีความครอบคลุมคุณภาพอยู่ในระดับดีทั้งหมด (ร้อยละ 100) ได้แก่ การตรวจดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต น้ำตาลสะสมในเลือด ระดับไขมันในเลือด โปรตีนอัลบูมินในปัสสาวะ ระดับครีเอตินิน ระดับน้ำตาลในเลือด การตรวจตา สุขภาพช่องปาก และตรวจเท้าสามารถตรวจสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานได้ครอบคลุมระดับดีเพราะเป็นผู้ป่วยในเขตบริการของคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลวชิรพยาบาลทั้งหมด หากไม่มารับการตรวจสุขภาพสามารถติดตามผู้ป่วยมาตรวจได้ง่าย

2. ผลการประเมินคุณภาพการให้บริการของคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานการให้บริการของคลินิกเบาหวานตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ปี 2559 โดยพบว่า ที่ต่ำกว่าเกณฑ์ ได้แก่

2.1 การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (FPG) ได้และน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C)

มีค่าสูง (มากกว่า 7mg%) ซึ่งผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้และค่าน้ำตาลสะสมในเลือดสูงส่วนใหญ่เกิดจากมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น ขาดการออกกำลังกาย รับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง นอนไม่หลับ⁷ ผู้ป่วยไม่เข้าใจการรับประทานยาหรือผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตน⁸ตามที่ทางเจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำไปนอกจากนั้นแล้วยังมีปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคม วัฒนธรรม และการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเบาหวานที่ทำให้การควบคุมดูแลตนเองไม่ได้ อีกประการหนึ่งคือผู้ป่วยได้รับคำแนะนำไม่ตรงตามปัญหาของตนเอง ซึ่งการที่ผู้ป่วยเบาหวานจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ผู้ป่วยต้องมีความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลตนเอง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด ที่สอดคล้องกับผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น⁹

2.2 การควบคุมระดับไขมันในเลือด (LDL) ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับไขมันในเลือดสูง เกิดจากการรับประทานอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง ขาดการออกกำลังกาย สูบบุหรี่ การที่ผู้ป่วยจะลดระดับไขมันในเลือดได้ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความรู้ในการดูแลตนเอง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม เช่น งดสูบบุหรี่ รับประทานอาหารที่ถูกต้อง ออกกำลังกาย และผู้ป่วยที่มีระดับไขมันในเลือดสูงเกินค่าที่กำหนดต้องได้รับการรักษาด้วยยาเพื่อลดความผิดปกติของระดับไขมันในเลือด

2.3 ผู้ป่วยเบาหวานที่มีไมโครอัลบูมินในปัสสาวะไม่ได้รับการรักษาด้วยยา ACEI หรือ ARB เกิดจากขาดการประสานข้อมูลผลการตรวจระหว่างแพทย์และเจ้าหน้าที่ให้บริการ หรือแพทย์ไม่ได้ให้การรักษาผู้ป่วยตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรได้รับยากลุ่ม ACEI หรือ ARB ซึ่งจะช่วยลดโปรตีนรั่วในปัสสาวะและชะลอการเสื่อมของไตได้ดี¹⁰

ข้อเสนอแนะ

1. ทีมสหวิชาชีพของคลินิกโรคเรื้อรัง

โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ควรให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลสูงเป็นรายกรณี เนื่องจากสาเหตุของระดับน้ำตาลสูงแต่ละรายแตกต่างกัน ซึ่งทำให้การแก้ไขปัญหาได้ถูกต้องและผลการรักษาดีขึ้น

2. ให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดระดับไขมันในเส้นเลือด ส่งเสริมการออกกำลังกาย และงดสูบบุหรี่ในผู้ป่วยเบาหวาน

3. แพทย์ควรให้ยาในกลุ่ม ACEI หรือ ARB ในผู้ป่วยเบาหวานที่มี microalbuminuria ทุกรายที่ไม่มีข้อห้ามใช้ยา

4. หาแนวทางในการพัฒนารูปแบบการให้บริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพื่อให้ผลการดูแลรักษาครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์ประพันธ์ สุนทรภาสิต ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ที่อนุญาตให้ศึกษา และเจ้าหน้าที่งานโรคเรื้อรังโรงพยาบาลวชิรพยาบาลรวมทั้งผู้เกี่ยวข้องที่รวบรวมข้อมูลและช่วยเหลือสนับสนุนด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation. Diabetes Atlas. 3rd ed. Brussels: International Diabetes Federation:2016
2. Abegunde DO. Mathers CD. Adam T. Ortegón M. Strong K. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle – income countries. Lancet 2007;370 (9603):1923-38
3. สำนักกระบวนวิชา กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

- ปี 2554.รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ 15 มีนาคม พ.ศ. 2556 ปีที่ 44 ฉบับที่ 10.
4. สาธิต วรรณแสง สภาพปัญหาของโรคเบาหวานในประเทศไทย. ใน: วรรณนิธินิยานันท์, สาธิต วรรณแสง และชัยชาญ ดีโรจนวงศ์ (บก.) สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย 2550. กรุงเทพฯ : วิวัฒนาการพิมพ์: 2550
5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2559.กรุงเทพฯ: บริษัทธนาเพลส จำกัด: 2559
6. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางการบันทึกข้อมูล โครงการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานครปี พ.ศ. 2558 (http://dmht.thaimedresnet.org/files_2558/Record_CRF-DM.pdf) (สืบค้นข้อมูลเมื่อ 1 ตุลาคม 2558)
7. ทรรคนิย์ ศิริวัฒนพรกุล. นงนุช โอชะ. สุชาดา อินทรกำแหง ณ ราชสีมา.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 ก.ค.-ธ.ค. 2550
8. Knowler WC. Barrett-Connor E. Fowler SE.Hamman RF . Lachin JM.Walker EA. Et al. Reduction in the incidence of type 2 with lifestyle intervention or metformin.N Eng J Med 2002.346. 393-403
- 9.สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ สถาบันประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข การให้ความรู้เพื่อจัดการโรคเบาหวานด้วยตัวเอง 28 สิงหาคม 2556 http://www.mthai.org/news_and_knowledge/58 (สืบค้นข้อมูล วันที่1 มีนาคม 2559)
10. Woo KT. Lau YK. Proteinuria Clinical significantand basis of therapy Singapore Med J 2001;42(8):385-9

การประเมินมาตรฐานคลินิกวัณโรค ในโรงพยาบาล จังหวัดลำพูน ปี พ.ศ. 2558

The Evaluation of Tuberculosis Clinics for Standard Care in Hospital Lamphun Province, 2015

กาญจนา เลิศวุฒิ ศศ.ม.(สาขาการส่งเสริมสุขภาพ)

อัมพาพันธ์ วรรณพงษ์ศักดิ์ (ป.พย.)

กิตติกาญจน์ มูลฟอง (พย.บ)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน

Kanchana Lursthut M.Ed (Health Promotion)

Ampaphan Wannaphongsapak (B.Nursing)

Kittikan Moonfong (B.N.S)

Lamphun Provincial Health Office

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินมาตรฐานคลินิกวัณโรคในโรงพยาบาล 8 แห่ง ในจังหวัดลำพูน ดำเนินการ ระหว่าง เดือน มิถุนายน ถึง กรกฎาคม 2558 เครื่องมือประเมิน ใช้แบบประเมินจากสำนักวัณโรค ประกอบด้วย 10 มาตรฐาน ผลการศึกษา พบว่าโรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 8 แห่ง มีผลคะแนน 90 คะแนน โดยมาตรฐานที่ทุกโรงพยาบาลดำเนินการได้คะแนนเต็ม 5 คะแนน มี 3 มาตรฐานได้แก่ มาตรฐานที่ 1 การตอบสนองนโยบาย มาตรฐานที่ 8 การดำเนินงานวัณโรคและโรคเอดส์ และ มาตรฐานที่ 9 การบริหารจัดการวัณโรคต้อยา มาตรฐานที่ได้คะแนนต่ำกว่า 5 คะแนน มี 7 มาตรฐาน ได้แก่ มาตรฐานที่ 2 การค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในระยะเริ่มแรก พบเสมหะที่เก็บส่งตรวจไม่ได้คุณภาพ มาตรฐานที่ 3 การวินิจฉัยวัณโรค พบว่า มีการประกันคุณภาพการตรวจเสมหะจากภายนอก แต่ไม่ได้บันทึกผลตอบกลับ และสัดส่วนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมหะพบเชื้อต่อผู้ป่วยวัณโรคปอด รายใหม่ทั้งหมด ไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่ร้อยละ 65 มาตรฐานที่ 4 พี่เลี้ยงกำกับ การกินยาเป็นยาดีผู้ป่วย มาตรฐานที่ 5 การบริหารจัดการยา การบันทึกอุณหภูมิในคลังยาไม่ต่อเนื่อง

และไม่ได้บันทึกการบริหารทางเภสัชกรรม มาตรฐานที่ 6 การจัดทำรายงานพบส่งรายงาน ไม่ทันเวลา มาตรฐานที่ 7 การป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ไม่มีการแจ้งเวียนรายละเอียดช่องทางด่วนให้ทุกแผนกที่เกี่ยวข้องในการให้บริการผู้ป่วยวัณโรค และมาตรฐานที่ 10 พบว่าบางโรงพยาบาลอัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคต่ำ โรงพยาบาลสามารถใช้ผลการประเมินมาพัฒนาปรับปรุงการจัดบริการ พัฒนาศูนย์วัณโรคให้ผ่าน มาตรฐาน ซึ่งจะส่งผลให้การดำเนินงานป้องกัน ควบคุมวัณโรคมีประสิทธิภาพขึ้น

คำสำคัญ ประเมิน คลินิกวัณโรค, มาตรฐาน

Abstract

The objective of this study was to evaluate the standard of tuberculosis clinics in 8 hospitals in Lamphun province during June – July 2015. The evaluation used 10 standard from Bureau of Tuberculosis. The result found that all hospitals pass the benchmark, with a score of 90 points. The 3 standards that all hospitals achieved were the political commitment standard no.1, TB records, TB/HIV standard

no.8 and programmatic management of drug – resistance TB standard no.9. The remained 7 standards that hospitals could not achieve that score below 5. There were early TB case detection standard no.2 found that the sputum specimen was not a quality. TB diagnosis standard no.3, It was found that the quality assurance check from external quality assessment , but the lack of recorded feedback., the proportion of new positive with total new pulmonary tuberculosis were not according to the standard 65 %. TB treatment standard no.4, DOT by member of family. Anti -TB drug collaboration management standard no.5, there was no daily temperature record in the drug inventory and pharmaceutical care. Reports standard no.6, The report was late. TB infection control standard no.7, There was no notification profile express lanes to all departments involved in providing TB patients. And treatment outcome standard no.10, the success rate of treatment for tuberculosis was low. These data reflected quality service for improvement of hospital to prevent and control tuberculosis to achieve efficient services.

Key word Evaluate Tuberculosis clinic , standards

บทนำ

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่ยังเป็นปัญหาสาธารณสุข เป็นสาเหตุการป่วยการตายในหลาย ๆ ประเทศทั่วโลก เนื่องมาจากการแพร่ระบาดของเอชไอวี ความยากจน การอพยพย้ายถิ่นและแรงงานเคลื่อนย้าย ทำให้การระบาดของวัณโรคมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น องค์การอนามัยโลก (World Health Organization :WHO) ได้จัดให้ประเทศไทยเป็น 1 ใน 22 ประเทศที่มีปัญหาวัณโรครุนแรง⁽³⁻⁴⁾ คณะผู้เชี่ยวชาญขององค์การอนามัยโลกได้พบทวนการดำเนินงานวัณโรคของประเทศไทยในเดือนสิงหาคม 2556 และให้ข้อเสนอแนะว่าประเทศไทยต้องเร่งรัดเพิ่มอัตราความสำเร็จในการรักษา เนื่องจากในปี 2555 พบมีอัตราความสำเร็จการรักษาเพียงร้อยละ 82 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ เนื่องจากเสียชีวิตและขาดการรักษา⁽³⁾ สถานการณ์วัณโรค จังหวัดลำพูน ปี 2557 พบอัตราป่วยผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ทุกประเภท เท่ากับ 92.59 ต่อแสนประชากร โดยเป็นผู้ป่วยเสมหะพบเชื้อรายใหม่เท่ากับ 47.28 ต่อแสนประชากร อัตราผลสำเร็จในการรักษา ร้อยละ 81.55 เสียชีวิต ร้อยละ 14.29 ขาดการรักษา ร้อยละ 2.38 รักษาล้มเหลว ร้อยละ 1.19 และเปลี่ยนการวินิจฉัย ร้อยละ 0.59⁽⁷⁾ กลยุทธ์การหยุดวัณโรคเน้นรักษาผู้ป่วยวัณโรคทุกราย ด้วยระบบยาระยะสั้นมาตรฐานภายใต้การสังเกตโดยตรง⁽⁵⁾ คลินิกวัณโรคเป็นจุดเริ่มต้นของการนำผู้มีอาการสงสัยวัณโรคให้ได้รับการตรวจวินิจฉัยและเป็นจุดศูนย์กลางของการรักษาและมีทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ผลการประเมินมาตรฐานคลินิกวัณโรคของกรมควบคุมโรคที่ผ่านมา พบว่าในปี 2552 – 2557 มีโรงพยาบาล

ที่ผ่านการประเมินมาตรฐานร้อยละ 60 62 69 70 57 และ 56 การปรับปรุงวิธีการประเมินมาตรฐานยังมีความจำเป็น เพื่อให้สอดคล้องกับองค์ความรู้และระบบสุขภาพที่เปลี่ยนแปลง ตลอดจนข้อเสนอแนะตามมาตรฐานสากลต่าง ๆ เช่น มาตรฐานสากลการดูแลรักษาวัณโรค (International Standards of TB Care : ISTC) เพื่อให้ประชาชนได้รับประโยชน์สูงสุดจากการจัดบริการที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพ อันจะส่งผลต่อการลดอัตราป่วย อัตราตาย และการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค

การประเมินมาตรฐานคลินิกวัณโรค จึงเป็นกลไกสำคัญในการสร้างหลักประกันให้ผู้ป่วยมั่นใจในคุณภาพและมาตรฐานการจัดบริการดูแลรักษาวัณโรค และเป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลเพื่อให้รู้ข้อดีและข้อจำกัดของคลินิกวัณโรค รวมทั้งสามารถกำหนดทิศทางการพัฒนาคุณภาพคลินิกวัณโรค ของตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลให้อัตราป่วย อัตราตาย และการแพร่เชื้อวัณโรคลดลง

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินมาตรฐานคลินิกวัณโรคในโรงพยาบาลรัฐทุกแห่งในจังหวัดลำพูน

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Study) เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพ การดูแลรักษาวัณโรค ปี พ.ศ. 2558⁽¹⁾ ประกอบด้วย 10 มาตรฐาน และ 20 ตัวชี้วัด รายละเอียด ดังนี้

มาตรฐานที่ 1 การตอบสนองเชิงนโยบาย มี 2 ตัวชี้วัด 1.1 มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบและมีศักยภาพ

ในการปฏิบัติงานคลินิกวัณโรค 1.2 มีกิจกรรมรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานวัณโรคในภาพรวมของโรงพยาบาล

มาตรฐานที่ 2 การค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในระยะเริ่มแรก มี 2 ตัวชี้วัด 2.1 การจัดทำทะเบียนชั้นสูตรเสมหะวัณโรคอย่างครบถ้วน 2.2 การวินิจฉัยวัณโรคปอดเสมหะลบในผู้ใหญ่ทุกราย ตรวจเสมหะ 3 ตัวอย่าง โดย 1 ตัวอย่าง เก็บหลังตื่นนอนตอนเช้า ยกเว้นห้องปฏิบัติการที่ผ่านการประเมินคุณภาพ (EQA) ให้ตรวจเสมหะ 2 ตัวอย่าง

มาตรฐานที่ 3 การวินิจฉัยวัณโรค มี 2 ตัวชี้วัด 3.1 การตรวจชั้นสูตรเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์ผ่านการประเมินคุณภาพ ตามวิธีการ และเกณฑ์ของกรมควบคุมโรค 3.2 ร้อยละของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมหะพบเชื้อที่เป็นผู้ใหญ่ ต่อผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ทั้งหมด

มาตรฐานที่ 4 การรักษาวัณโรค มี 2 ตัวชี้วัด 4.1 ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ทุกรายได้รับการรักษาด้วยระบบยา 2HRZE/4HR 4.2 ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อมีฟิสิโอคูลและการกินยา (DOT)

มาตรฐานที่ 5 การจัดการยาวัณโรค มี 2 ตัวชี้วัด 5.1 ยาวัณโรคแนวที่หนึ่ง มีเพียงพอและมีการบริหารทางเภสัชกรรม 5.2 ยาวัณโรคแนวที่หนึ่งมีคุณภาพและมีการจัดเก็บตามมาตรฐาน

มาตรฐานที่ 6 ทะเบียนและรายงานวัณโรค มี 2 ตัวชี้วัด 6.1 การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เสมหะพบเชื้อทุกรายและการกรอกข้อมูลอย่างครบถ้วน 6.2 การจัดทำรายงานรอบ 3 เดือน อย่างครบถ้วน และส่งรายงานจากโรงพยาบาลถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทันเวลาภายใน 14 วัน หลังสิ้นสุด cohort

มาตรฐานที่ 7 การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในสถานพยาบาล มี 2 ตัวชี้วัด 7.1 บริการช่องทางด่วน/พิเศษ สำหรับตรวจผู้มีอาการสงสัยวัณโรค และผู้ป่วยวัณโรคเมื่อมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก 7.2 การจัดสถานที่คลินิกของวัณโรคแยกห่างจากคลินิกผู้ป่วยอื่น ๆ ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรค

มาตรฐานที่ 8 การดำเนินงานวัณโรคและโรคเอดส์ มี 2 ตัวชี้วัด 8.1 ผู้ป่วยวัณโรคทุกรายที่ขึ้นทะเบียนรักษามีผลการตรวจเอชไอวี 8.2 ผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีได้รับยาต้านไวรัสระหว่างรักษาวัณโรค

มาตรฐานที่ 9 การบริหารจัดการวัณโรคดียา มี 2 ตัวชี้วัด 9.1 ผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาวัณโรคมาก่อน มีผลการทดสอบความไวต่อยาวัณโรคอย่างน้อย Isoniazid และ Rifampicin 9.2 ผู้ป่วยวัณโรคดียาหลายขนาน (MDR-TB) ได้รับการขึ้นทะเบียนครบถ้วนทุกรายและได้รับการรักษาถูกต้องทุกราย

มาตรฐานที่ 10 การประเมินผลการรักษาวัณโรค มี 2 ตัวชี้วัด 10.1 อัตราความสำเร็จของการรักษาในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมหะพบเชื้อ 10.2 อัตราการขาดยาในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมหะพบเชื้อ

ดำเนินการศึกษาในโรงพยาบาล 8 แห่ง ซึ่งประกอบด้วย โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลลำพูน โรงพยาบาลชุมชน 7 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลแม่ทา โรงพยาบาลบ้านโฮ้ง โรงพยาบาลลี่ โรงพยาบาลทุ่งหัวช้าง โรงพยาบาลป่าซาง โรงพยาบาลบ้านธิ และโรงพยาบาลเวียงหนองล่อง รายละเอียดขั้นตอนดำเนินงาน ดังนี้

1. ประสานงานและชี้แจงโรงพยาบาลทุกแห่ง

ทราบถึงเกณฑ์การประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพ การดูแลรักษาวัณโรค และสนับสนุนคู่มือการประเมิน

2. กำหนดแผนการประเมินมาตรฐาน ประชุมชี้แจงแบบประเมินให้ทีมประเมิน และแจ้งวันออกประเมินให้โรงพยาบาล

3. ดำเนินการประเมินโรงพยาบาลทุกแห่งในเดือน มิถุนายน – กรกฎาคม 2558

4. เก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพการดูแลรักษาวัณโรค ในโรงพยาบาล 8 แห่ง ประกอบด้วย การตรวจและเก็บข้อมูลจากทะเบียนวัณโรค ทะเบียนชั้นสูตรวัณโรค บัตรบันทึกการรักษาวัณโรค ทะเบียนรายงานรอบ 3 เดือน ใบรับรองการประเมิน EQA ของ Slide AFB การสอบถามแพทย์ที่รักษาผู้ป่วยวัณโรค ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค พยาบาลเภสัชกรและเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ ตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยนำเสนอค่าความถี่และร้อยละ วิเคราะห์เนื้อหาตามเกณฑ์การประเมิน 10 มาตรฐาน 20 ตัวชี้วัด แต่ละตัวชี้วัด มี 5 คะแนน การผ่านเกณฑ์การประเมินคลินิกวัณโรคคุณภาพ ต้องได้คะแนนรวม 90 คะแนน

ผลการศึกษา

จากการประเมินมาตรฐานคลินิกวัณโรคในโรงพยาบาลของรัฐทุกแห่งในจังหวัดลำพูน รวม 8 แห่ง พบว่า ในภาพรวมโรงพยาบาลทุกแห่ง ผ่านการประเมินมาตรฐาน คือ มีผลรวมคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 90 คะแนน ทั้ง 8 แห่ง คะแนนเฉลี่ย

92.5 คะแนน ดังตารางที่ 1 และจากตารางที่ 2 เมื่อวิเคราะห์รายละเอียดตามมาตรฐาน 10 มาตรฐาน 20 ตัวชี้วัด พบว่า

มาตรฐานที่ 1 การตอบสนองเชิงนโยบาย โรงพยาบาลทุกแห่งผ่านเกณฑ์ทั้ง 2 ตัวชี้วัด ได้คะแนนเต็ม 5 คะแนน

มาตรฐานที่ 2 การค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในระยะเริ่มแรก ตัวชี้วัดที่ 2.1 การจัดทำทะเบียนชั้นสูตรเสมหะวัณโรคอย่างครบถ้วนพบว่า โรงพยาบาลทุกแห่ง ได้คะแนนเต็ม 5 คะแนน ตัวชี้วัดที่ 2.2 การวินิจฉัยวัณโรคปอดเสมหะลบในผู้ใหญ่ทุกราย ตรวจเสมหะ 3 ตัวอย่าง โดย 1 ตัวอย่าง เก็บหลังตื่นนอนตอนเช้า ยกเว้นห้องปฏิบัติการที่ผ่านการประเมินคุณภาพ ให้ตรวจเสมหะ 2 ตัวอย่าง มีโรงพยาบาล 3 แห่ง ได้คะแนนน้อยกว่า 5 คะแนน เนื่องจากเสมหะที่เก็บส่งตรวจไม่ได้คุณภาพ มีลักษณะเป็นน้ำลาย การส่งตรวจเสมหะเพื่อการวินิจฉัยในผู้ป่วยรายใหม่ไม่ตรงตามเกณฑ์ คือ เก็บเพียง 2 ตัวอย่าง

มาตรฐานที่ 3 การวินิจฉัยวัณโรค ตัวชี้วัด 3.1 พบว่าการตรวจชั้นสูตรเสมหะผ่านการประเมินคุณภาพ พบว่าโรงพยาบาล 2 แห่ง ได้คะแนนน้อยกว่า 5 คะแนน เนื่องจาก มีการเก็บสไลด์ส่งตรวจประเมินคุณภาพโดยหน่วยงานภายนอก แต่ไม่มีการบันทึกผลตอบกลับการประเมินตรวจสอบสไลด์ตัวชี้วัด 3.2 ร้อยละของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ เสมหะพบเชื้อที่เป็นผู้ใหญ่ต่อผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ทั้งหมดพบโรงพยาบาล 7 แห่ง ได้คะแนนน้อยกว่า 5 คะแนน เนื่องจากสัดส่วนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมหะพบเชื้อต่อผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ทั้งหมด ไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่ร้อยละ 65

บ่งบอกถึงมาตรฐานการวินิจฉัยวัณโรค

มาตรฐานที่ 4 การรักษาวัณโรค ตัวชี้วัด 4.1 ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ทุกรายได้รับการรักษาด้วยระบบยา 2HRZE/4HR พบว่า ทุกโรงพยาบาล ได้คะแนนเต็ม 5 คะแนน ตัวชี้วัดที่ 4.2 ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อมีฟิเลียงดูแลการกินยา (DOT) พบโรงพยาบาล 1 แห่ง ได้คะแนนน้อยกว่า 5 คะแนน เนื่องจากมีผู้ป่วย บางรายผู้กำกับการกินยาเป็นญาติผู้ป่วย

มาตรฐานที่ 5 การบริหารจัดการยาวัณโรค ตัวชี้วัด 5.1 ยาวัณโรคแนวที่หนึ่ง มีเพียงพอ และมีการบริบาลทางเภสัชกรรมพบว่า ทุกโรงพยาบาลได้คะแนนเต็ม 5 คะแนน ตัวชี้วัดที่ 5.2 ยาวัณโรคแนวที่หนึ่ง มีคุณภาพและมีการจัดเก็บตามมาตรฐานพบโรงพยาบาล 5 แห่ง ได้คะแนนน้อยกว่า 5 คะแนน การบันทึกอุณหภูมิในคลังยาไม่ต่อเนื่อง และไม่ได้บันทึกการบริหารให้ทางเภสัชกรรม

มาตรฐานที่ 6 ทะเบียนและรายงานวัณโรค ตัวชี้วัด 6.1 การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ เสมหะพบเชื้อทุกรายและการกรอกข้อมูลอย่างครบถ้วนพบว่า ทุกโรงพยาบาลได้คะแนนเต็ม 5 คะแนน ตัวชี้วัด 6.2 การจัดทำรายงานรอบ 3 เดือน และส่งรายงานจากโรงพยาบาล ถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทันเวลาภายใน 14 วัน หลังสิ้นสุด cohort พบว่าโรงพยาบาล 1 แห่งได้คะแนนน้อยกว่า 5 คะแนน เนื่องจากส่งรายงานไม่ทันเวลาที่กำหนดไว้ ภายใน 14 วัน

มาตรฐานที่ 7 การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในสถานพยาบาล ตัวชี้วัด 7.1 บริการช่องทางด่วน/พิเศษ สำหรับตรวจผู้มีอาการสงสัยวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคเมื่อมารับการรักษาแบบ

ผู้ป่วยนอก พบโรงพยาบาล 1 แห่ง ได้ น้อยกว่า 5 คะแนน เนื่องจากไม่มีการแจ้งเรื่องการนัดชั่งทางด่วนให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล ตัวชี้วัด 7.2 การจัดสถานที่คลินิกของวัณโรคแยกห่างจากคลินิกผู้ป่วยอื่น ๆ พบว่าทุกโรงพยาบาล ได้คะแนนเต็ม 5 คะแนน

มาตรฐานที่ 8 การดำเนินงานวัณโรคและโรคเอดส์ โรงพยาบาลทุกแห่งผ่านเกณฑ์ทั้ง 2 ตัวชี้วัด ได้คะแนนเต็ม 5 คะแนน

มาตรฐานที่ 9 การบริหารจัดการวัณโรคดีเยี่ยม โรงพยาบาลทุกแห่งผ่านเกณฑ์ทั้ง 2 ตัวชี้วัด ได้คะแนนเต็ม 5 คะแนน

มาตรฐานที่ 10 การประเมินผลการรักษาวัณโรค ตัวชี้วัด 10.1 อัตราความสำเร็จของการรักษาพบว่า โรงพยาบาล 2 แห่งได้คะแนน น้อยกว่า 5 คะแนน เนื่องจากผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างการรักษา และตัวชี้วัด 10.2 อัตราการขาดยา พบว่าโรงพยาบาลทุกแห่ง ได้คะแนนเต็ม 5 คะแนน

ตารางที่ 1 ผลการประเมินมาตรฐานคลินิกวัณโรคคุณภาพ จังหวัดลำพูน ปี 2558

มาตรฐาน	รายการ	รพ. 1	รพ. 2	รพ. 3	รพ. 4	รพ. 5	รพ. 6	รพ. 7	รพ. 8
มาตรฐานที่ 1 การตอบสนองเชิงนโยบาย (Political commitment)									
1.1	มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบและมีศักยภาพในการปฏิบัติงานคลินิกวัณโรค	5	5	5	5	5	5	5	5
1.2	มีกิจกรรมรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานวัณโรคในภาพรวมของโรงพยาบาล	5	5	5	5	5	5	5	5
มาตรฐานที่ 2 การค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในระยะเริ่มแรก (Early TB case detection)									
2.1	จัดทำทะเบียนชั้นสูตรเสมหะวัณโรค อย่างครบถ้วน	5	5	5	5	5	5	5	5
2.2	การวินิจฉัยวัณโรคปอดเสมหะลบในผู้ใหญ่ทุกราย ตรวจเสมหะ 3 ตัวอย่างโดย 1 ตัวอย่างเก็บหลังตื่นนอนตอนเช้า ยกเว้นห้องปฏิบัติการที่ผ่านการประเมินคุณภาพ ให้ตรวจเสมหะ 2 ตัวอย่าง	2	5	5	0	5	4	5	5
มาตรฐานที่ 3 การวินิจฉัยวัณโรค (TB diagnosis)									
3.1	การตรวจชั้นสูตรเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์ผ่านการประเมินคุณภาพตามวิธีการและเกณฑ์ของกรมควบคุมโรค (EQA/LQAS)	5	5	5	5	5	5	5	3
3.2	ร้อยละของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ที่เป็นผู้ใหญ่ต่อผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ทั้งหมด	3	0	1	3	0	4	1	5

ตารางที่ 1 (ต่อ) ผลการประเมินมาตรฐานคลินิกวัณโรคคุณภาพ จังหวัดลำพูน ปี 2558

มาตรฐาน	รายการ	รพ. 1	รพ. 2	รพ. 3	รพ. 4	รพ. 5	รพ. 6	รพ. 7	รพ. 8
มาตรฐานที่ 4 การรักษาวัณโรค (TB treatment)									
4.1	ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ทุกรายได้รับการรักษาด้วยระบบยา 2HRZE/4HR	5	5	5	5	5	5	5	5
4.2	ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อมีฟลูออโรเลียมิดิลิกซ์ (DOT)	5	5	4	5	5	5	5	5
มาตรฐานที่ 5 บริหารจัดการยารักษาวัณโรค (Anti-TB drug management)									
5.1	ยารักษาวัณโรคแนวที่หนึ่ง (First-line Drugs) มีเพียงพอ และ มีการบริหารทางเภสัชกรรม (ส่งเสริมให้การใช้ยา เป็นไปอย่างปลอดภัย และเพิ่มคุณภาพในการดูแลรักษา)	5	5	5	5	5	5	5	5
5.2	ยารักษาวัณโรคแนวที่หนึ่ง (First-line Drug) มีคุณภาพและ มีการจัดเก็บตามมาตรฐาน	3	5	3	4	5	3	4	5
มาตรฐานที่ 6 ทะเบียนและรายงานวัณโรค (TB records and reports)									
6.1	การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อรายใหม่ ทุกราย และกรอกข้อมูลอย่างครบถ้วน	5	5	5	5	5	5	5	5
6.2	การจัดทำรายงานรอบ 3 เดือนอย่างครบถ้วน และส่ง รายงานจากโรงพยาบาลถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทันเวลาภายใน 14 วัน หลังสิ้นสุด Cohort	5	4	5	5	5	5	5	5
มาตรฐานที่ 7 การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในสถานพยาบาล (TB infection control)									
7.1	บริการช่องทางด่วน/พิเศษ สำหรับตรวจผู้มีอาการ สงสัยวัณโรค และผู้ป่วยวัณโรคเมื่อมารับการรักษาแบบ ผู้ป่วยนอก (แผนกผู้ป่วยนอก แผนกเอกซเรย์ แผนกชันสูตร และแผนกเภสัชกรรม)	5	5	2	5	5	5	5	2
7.2	การจัดสถานที่ของคลินิกวัณโรคแยกห่างจากคลินิก ผู้ป่วยอื่นๆ ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรค	5	5	5	5	5	5	5	5

ตารางที่ 1 (ต่อ) ผลการประเมินมาตรฐานคลินิกวัณโรคคุณภาพ จังหวัดลำพูน ปี 2558

มาตรฐาน	รายการ	รพ. 1	รพ. 2	รพ. 3	รพ. 4	รพ. 5	รพ. 6	รพ. 7	รพ. 8
มาตรฐานที่ 8 การดำเนินงานวัณโรคและโรคเอดส์ (TB/HIV)									
8.1	ผู้ป่วยวัณโรคทุกรายที่ขึ้นทะเบียนรักษามีผลตรวจ HIV	5	5	5	5	5	5	5	5
8.2	ผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ได้รับยาต้านไวรัส ระหว่างรักษาวัณโรค	5	5	5	5	5	5	5	5
มาตรฐานที่ 9 การบริหารจัดการวัณโรคดื้อยา (Programmatic Management of Drug-resistant TB: PMDT)									
9.1	ผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาวัณโรคมาก่อน (History of previous treatment) มีผลตรวจทดสอบความไวต่อ ยาวัณโรคอย่างน้อย Isoniazid และ Rifampicin	5	5	5	5	5	5	5	5
9.2	ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (Confirmed MDR-TB) ได้รับการขึ้นทะเบียนครบถ้วน ทุกราย และได้รับการ รักษาถูกต้องทุกราย	5	5	5	5	5	5	5	5
มาตรฐานที่ 10 การประเมินผลการรักษาวัณโรค (Treatment outcome)									
10.1	อัตราความสำเร็จของการรักษาในผู้ป่วยวัณโรคปอด รายใหม่เสมอพบเชื้อ	5	5	5	5	5	0	0	5
10.2	อัตราการขาดยา มากกว่า 2 เดือนติดต่อกัน ใน ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมอพบเชื้อ	5	5	5	5	5	5	5	5
รวม		93	94	90	92	95	91	90	95

ตารางที่ 2 คะแนนการประเมินมาตรฐานคลินิกวัณโรคคุณภาพในแต่ละตัวชี้วัด จังหวัดลำพูน ปี 2558

มาตรฐานการประเมิน	คะแนน 5 คะแนน	คะแนน น้อยกว่า 5 คะแนน
มาตรฐานที่ 1 การตอบสนองเชิงนโยบาย		
1.1 มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบและมีศักยภาพในการปฏิบัติงานคลินิกวัณโรค	8	-
1.2 มีกิจกรรมรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานวัณโรคในภาพรวมของโรงพยาบาล	8	-
มาตรฐานที่ 2 การค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในระยะเริ่มแรก		
2.1 จัดทำทะเบียนชั้นสูตรเสมหะวัณโรค อย่างครบถ้วน	8	-
2.2 การวินิจฉัยวัณโรคปอดเสมหะลบในผู้ใหญ่ทุกราย ตรวจเสมหะ 3 ตัวอย่างโดย 1 ตัวอย่างเก็บหลังตื่นนอนตอนเช้า ยกเว้นห้องปฏิบัติการที่ผ่านการประเมินคุณภาพ (EQA) ให้ตรวจเสมหะ 2 ตัวอย่าง	5	3
มาตรฐานที่ 3 การวินิจฉัยวัณโรค		
3.1 การตรวจชันสูตรเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์ผ่านการประเมินคุณภาพตามวิธีการและเกณฑ์ของกรมควบคุมโรค (EQA/LQAS)	6	2
3.2 ร้อยละของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ที่เป็นผู้ใหญ่ต่อผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ทั้งหมด	1	7
มาตรฐานที่ 4 การรักษาวัณโรค		
4.1 ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ทุกรายได้รับการรักษาด้วยระบบ 2HRZE/4HR	8	-
4.2 ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อมีฟิสิกส์ดูแลการกินยา (DOT)	7	1
มาตรฐานที่ 5 บริหารจัดการยาวัณโรค		
5.1 ยาวัณโรคแนวที่หนึ่ง (First-line Drugs) มีเพียงพอและมีการบริบาลทางเภสัชกรรม	8	-
5.2 ยาวัณโรคแนวที่หนึ่ง (First-line Drug) มีคุณภาพและมีการจัดเก็บตามมาตรฐาน	3	5
มาตรฐานที่ 6 ทะเบียนและรายงานวัณโรค		
6.1 การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อรายใหม่ทุกราย และกรอกข้อมูลอย่างครบถ้วน	8	-
6.2 การจัดทำรายงานรอบ 3 เดือนอย่างครบถ้วน และส่งรายงานจากรพ.ถึง สสจ.ทันเวลาภายใน 14 วัน หลังสิ้นสุด Cohort	7	1

ตารางที่ 2 (ต่อ) คะแนนการประเมินมาตรฐานคลินิกวัณโรคคุณภาพในแต่ละตัวชี้วัด จังหวัดลำพูน ปี 2558

มาตรฐานการประเมิน	คะแนน 5 คะแนน	คะแนน น้อยกว่า 5 คะแนน
มาตรฐานที่ 7 การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในสถานพยาบาล		
7.1 บริการช่องทางด่วน/พิเศษ สำหรับตรวจผู้มีอาการสงสัยวัณโรค และผู้ป่วยวัณโรคเมื่อมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก	7	1
7.2 การจัดสถานที่ของคลินิกวัณโรคแยกห่างจากคลินิกผู้ป่วยอื่นๆ ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรค	8	-
มาตรฐานที่ 8 การดำเนินงานวัณโรคและโรคเอดส์		
8.1 ผู้ป่วยวัณโรคทุกรายที่ขึ้นทะเบียนรักษามีผลตรวจ HIV	8	-
8.2 ผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ได้รับยาต้านไวรัสระหว่างรักษา วัณโรค	8	-
มาตรฐานที่ 9 การบริหารจัดการวัณโรคดีย่อยา		
9.1 ผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาวัณโรคมาก่อนมีผลตรวจทดสอบ ความไวต่อยาวัณโรคแนวที่1	8	-
9.2 ผู้ป่วยวัณโรคดีย่อยา ได้รับการขึ้นทะเบียนและรักษาถูกต้องทุกราย	8	-
มาตรฐานที่ 10 การประเมินผลการรักษาวัณโรค		
10.1 อัตราความสำเร็จของการรักษาในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ เสมหะพบเชื้อ	6	2
10.2 อัตราการขาดยา มากกว่า 2 เดือนติดต่อกัน ในผู้ป่วยวัณโรค ปอดรายใหม่เสมหะพบเชื้อ	8	-

วิจารณ์

การประเมินมาตรฐานคลินิกวัณโรคใน โรงพยาบาล จังหวัดลำพูน พบว่ามีโรงพยาบาลผ่าน เกณฑ์ทั้ง 8 แห่ง โดย ได้ 90 คะแนนขึ้นไป และ มาตรฐานที่โรงพยาบาลทุกแห่ง ได้คะแนนเต็ม 5 คะแนน มี 3 มาตรฐาน ได้แก่ มาตรฐานที่ 1 การ ตอบสนองเชิงนโยบาย มีผู้รับผิดชอบงานที่มี ศักยภาพในการปฏิบัติงานคลินิกวัณโรคมาตรฐาน

เนื่องจากผู้บริหารทุกระดับให้ความสำคัญการ ดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรค ซึ่งจากการ วิเคราะห์รายงานผลการดำเนินงานวัณโรคจังหวัด ลำพูนปี 2557⁽⁷⁾พบว่าวัณโรคเป็นปัญหาสาธารณสุข ที่สำคัญของจังหวัดลำพูน จึงได้กำหนดเป็นนโยบาย จังหวัดให้ทุกโรงพยาบาลดำเนินการตามมาตรฐาน การดูแลรักษาวัณโรคและให้มีผู้รับผิดชอบหลักและ ผู้รับผิดชอบรองที่มีศักยภาพในการปฏิบัติงาน

สามารถทดแทนกันได้⁽⁶⁾ มาตรฐานที่ 8 การดำเนินงานวินโรคและโรคเอดส์ เนื่องจากมีการบูรณาการงานทุกโรงพยาบาล มีการตรวจสอบและติดตามการดำเนินงานรายไตรมาสและกำกับการจัดส่งรายงานที่เป็นระบบ⁽⁸⁾ และมาตรฐานที่ 9 การบริหารจัดการวินโรคดี้อย่า ผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาวินโรคมาก่อน มีผลตรวจทดสอบความไวต่อยาวินโรค และผู้ป่วยวินโรคดี้อย่า ได้รับการขึ้นทะเบียนและเข้าถึงระบบการดูแลรักษา เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวินโรคดี้อย่า สำหรับมาตรฐานที่ได้คะแนนน้อยกว่า 5 คะแนน มี 7 มาตรฐานได้แก่ มาตรฐานที่ 2 การค้นหาผู้ป่วยวินโรคในระยะเริ่มแรก เนื่องจากยังพบ ผู้ป่วยวินโรคปอดเสมหะลบในผู้ใหญ่ที่ขึ้นทะเบียนในช่วงประเมิน พบว่า เสมหะที่เก็บส่งตรวจไม่ได้คุณภาพ มีลักษณะเป็นน้ำลาย ซึ่งอาจทำให้เกิดข้อผิดพลาดตรวจไม่พบเชื้อวินโรค เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการควรมีการตรวจสอบคุณภาพเสมหะทุกครั้ง หากพบเสมหะเป็นน้ำลายให้ประสานผู้รับผิดชอบคลินิกวินโรคให้เก็บเสมหะใหม่ การส่งตรวจเสมหะเพื่อการวินิจฉัย ในผู้ป่วยรายใหม่ไม่ตรงตามเกณฑ์ ยังพบการเก็บเสมหะเพียง 2 ตัวอย่าง ซึ่งการวินิจฉัยวินโรคปอดเสมหะลบต้องมีผลเอกซเรย์ปอดและต้องเก็บเสมหะให้ครบ 3 ตัวอย่าง โดยเก็บตัวอย่างหลังตื่นนอนตอนเช้า 1 ตัวอย่าง ตามมาตรฐาน มาตรฐานที่ 3 การวินิจฉัยวินโรค พบว่าการตรวจชั้นสูตรเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์ มีการเก็บสไลด์ส่งตรวจประเมินคุณภาพ แต่ไม่มีการบันทึกผลการประเมินตรวจสอบสไลด์ สัดส่วนผู้ป่วยวินโรครายใหม่เสมหะพบเชื้อต่อผู้ป่วยวินโรครายใหม่ทั้งหมดต่ำกว่าร้อยละ 65 ไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่

องค์การอนามัยโลกได้แนะนำควรอยู่ที่ ร้อยละ 65⁽⁴⁾ คุณภาพการวินิจฉัยวินโรคเป็นสิ่งที่สำคัญจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็วและเหมาะสม มาตรฐานที่ 4 การรักษาวินโรค พบว่า ผู้ป่วยวินโรคเสมหะพบเชื้อมีพีแอลเอการกินยา พบโรงพยาบาล 1 แห่งได้คะแนนน้อยกว่า 5 คะแนน เนื่องจากมีผู้ป่วยบางรายผู้กำกับการกินยาเป็นญาติผู้ป่วย ซึ่งพีแอลเอการกินยาควรเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข หรือแกนนำชุมชน และให้ผู้ป่วยกินยาต่อหน้าทุกวัน เพื่อป้องกันการขาดยาและการเกิดวินโรคดี้อย่าหลายขนาน⁽²⁾ มาตรฐานที่ 5 การบริหารจัดการยาวินโรค พบว่า การบันทึกอุณหภูมิในคลังยาไม่ต่อเนื่อง ควรรักษาอุณหภูมิไม่ให้เกิน 30 องศาเซลเซียส และความชื้นสัมพัทธ์ควรต่ำกว่าร้อยละ 60 ถ้ามีความชื้นเกิน การเปิดพัดลมสามารถช่วยระบายอากาศได้ องค์การอนามัยโลกแนะนำให้จัดเก็บยาในอุณหภูมิที่เหมาะสมมีผลต่อคุณภาพของยา หากเก็บยาไม่ถูกต้อง ยามีโอกาสเสื่อมคุณภาพส่งผลต่อการรักษาโรค และอาจเกิดอาการอันตรายจากการใช้ยาที่เสื่อมคุณภาพ⁽⁹⁾ ควรมีการบันทึกการบริบาลทางเภสัชกรรมใน OPD card ผู้ป่วยทุกราย มาตรฐานที่ 6 ทะเบียนและการรายงานโรค พบว่า โรงพยาบาล 1 แห่ง ส่งรายงาน ไม่ทันเวลาภายใน 14 วัน หลังสิ้นสุด cohort สามารถแก้ไขได้ด้วยการทำความเข้าใจ การรายงานให้ครบถ้วนถูกต้องทันเวลาและนิเทศติดตามอย่างสม่ำเสมอ มาตรฐานที่ 7 การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวินโรคในสถานพยาบาล บริการช่องทางด่วน/พิเศษ สำหรับตรวจผู้มีอาการสงสัยวินโรคเมื่อมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก พบว่ามีโรงพยาบาล 1 แห่งได้คะแนนน้อย

กว่า 5 คะแนนเนื่องจากคัดกรองแล้วผู้มีอาการสงสัยวัณโรคยังนั่งรวมกับผู้ป่วยอื่นที่จุดนั่งรอตรวจ ควรมีการแจ้งเวียนคู่มือการดำเนินงานรายละเอียดช่องทางด่วนให้ทุกแผนกที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล ทราบตั้งแต่การวินิจฉัยจนถึงสิ้นสุดการรักษา ให้ผู้ป่วยสวมหน้ากากอนามัย เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค มาตรฐานที่ 10 การประเมินผลการรักษา พบว่าบางโรงพยาบาลพบผู้ป่วยเสียชีวิต ขาดยาและรักษาล้มเหลวทำให้อัตราความสำเร็จของการรักษาต่ำกว่าเกณฑ์ สาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยเสมอพบรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียนรักษาเป็นผู้สูงอายุ มีโรคร่วม ดังนั้นการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงวัณโรคในชุมชน จะช่วยให้พบผู้ป่วยตั้งแต่อาการไม่รุนแรง และเข้าสู่ระบบการรักษาได้เร็ว การกำกับการกินยาโดยมีพี่เลี้ยง จะทำให้อัตราความสำเร็จการรักษาเพิ่มขึ้น รวมทั้งพัฒนาระบบการติดตามผู้ป่วยมารับยา เพื่อป้องกันการขาดยา และการเกิดวัณโรคดื้อยาหลายขนานในผู้ป่วยที่กินยาไม่ต่อเนื่อง

จากการศึกษาครั้งนี้ สรุปได้ว่าการประเมินมาตรฐานคลินิกวัณโรคในโรงพยาบาลของรัฐ 8 แห่ง ในจังหวัดลำพูน ในภาพรวมโรงพยาบาลทุกแห่งผ่านเกณฑ์การประเมิน คือ มีคะแนนรวม 90 คะแนนขึ้นไป แต่เมื่อวิเคราะห์รายละเอียด 10 มาตรฐาน 20 ตัวชี้วัด พบว่าโรงพยาบาลทุกแห่งดำเนินการได้ 5 คะแนน 3 มาตรฐาน แต่ยังพบปัญหาใน 7 มาตรฐาน 8 ตัวชี้วัด ได้แก่ การค้นหาผู้ป่วยวัณโรคมีการเก็บเสมหะไม่ได้คุณภาพ เป็นน้ำลาย ห้องปฏิบัติการต้องอาศัยปัจจัยหลายอย่าง ตั้งแต่การเก็บเสมหะที่มีคุณภาพ ขั้นตอนการตรวจวิเคราะห์ที่มีมาตรฐาน การรายงานผลที่ถูกต้อง

รวมถึงผู้ปฏิบัติงาน ต้องมีความรู้และตระหนักถึงความสำคัญในการตรวจหาเชื้อวัณโรค เพื่อประโยชน์ต่อทั้งผู้ป่วยโดยตรง และควบคุมการแพร่ของเชื้อออกสู่ภายนอก การวินิจฉัยวัณโรค สดส่วนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เสมอพบเชื้อต่อผู้ป่วยรายใหม่ทั้งหมดไม่เป็นไปตามที่องค์การอนามัยโลก กำหนด การกำกับการกินยาผู้ป่วยบางรายยังเป็นญาติ ความทันเวลาของการรายงาน คุณภาพการจัดเก็บยา การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ในสถานพยาบาล และอัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรค ยังไม่ได้ตามเกณฑ์ เนื่องจากพบผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างการรักษา โรงพยาบาลสามารถใช้ข้อมูลปรับปรุง การจัดบริการ พัฒนามาตรฐานคลินิกวัณโรค และจังหวัดสนับสนุนการดำเนินงานพัฒนาด้านวิชาการ จัดเวทีถอดบทเรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ นิเทศติดตามประเมินผลรายไตรมาส ส่งเสริมให้โรงพยาบาลประเมินมาตรฐานงานตนเองทุกปี และจังหวัดออกประเมินตรวจสอบเพื่อส่งรับการประเมินรับรองจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ ซึ่งจะช่วยให้การดำเนินงานควบคุมวัณโรคมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์ปัจจุบัน เหมหงษา นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำพูน นายแพทย์สุนทร สุริยพงศกร นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน นายแพทย์วิทยา หลิวเสรี ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ ที่ให้คำแนะนำ ปรีक्षा ขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่งานควบคุมโรคทุกท่าน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/สาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง ทีมสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาล

ทุกแห่งในจังหวัดลำพูนที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล ทำให้การศึกษานี้ลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.คู่มือประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพการดูแลรักษาวัณโรค.กรุงเทพมหานคร: สำนักพระพุทธศาสนาแห่งชาติ;2558.
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.แนวทางดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ พ.ศ. 2556.กรุงเทพมหานคร:ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย;2556
3. World Health Organization.Treatment of tuberculosis:guidelines.4th ed. Geneva:WHO;2010.
4. Bureau of Tuberculosis,Department of Disease Control, Ministry of Public Health.The relationship between tuberculosis and HIV/AIDS,TB-HIV guideline 2008.Bangkok:Printing Of fice of National Buddhism;2008.
5. World Health Organization.The global plan to stopTB 2011-2015:transforming the fight to ward elimination of tuberculosis[Internet].[cited 2014 Sep 23].Availablefrom: http://www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/TB_GlobalPlanToStopTB2011-2015.pdf
6. ประพันธ์ ตาทิพย์.การประเมินคุณภาพการดำเนินงานควบคุมวัณโรคในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดตาก ปี 2552.วารสารวิชาการสาธารณสุข 2553;19:632-7
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน.รายงานผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรค จังหวัดลำพูน ปี 2557.ลำพูน: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน;2557.
8. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.แนวปฏิบัติการผสมผสานวัณโรคและโรคเอดส์.พิมพ์ครั้งที่ 7.กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิคแอนดีไซด์;2553.
9. WHO Expert Cmmittee on Specification for Pharmaceutical Preparation.WHO Expert Cmmittee on Specification for Pharmaceutical:thirty-seventh report [Internet].[cited 2014 Sep 20].Avail able from:http://whqlibdoc.who.int/trs/who_trs_908.pdf

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก บ้านควนทอง หมู่ที่ 9 ตำบลพรุไทย อำเภอบ้านตาขุน จังหวัดสุราษฎร์ธานี

THE EFFECTS OF COMMUNITY EMPOWERMENT PROGRAM ON PREVENTION AND CONTROL DENGUE HEMORRAGIC FEVER IN BAN KHUANTONG PRUTHAI SUB-DISTRICT, BAN TAKHUN DISTRICT, SURATTHANI PROVINCE

หทัยชนก เดชะ ส.ม.*

ยินดี พรหมศิริไพบูลย์**

อารี พุ่มประไพไทย์ ***

*โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพรุไทย ตำบลพรุไทย
อำเภอบ้านตาขุน จังหวัดสุราษฎร์ธานี

**บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

*** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร

Hathaichanok Dacha, MPH.(Master of Public Health)*

Yindee Promsiripai boon, h.D.(Biomedical Science) **

Ari Pumprawai, Ph.D. (Public Health Nursing)***

*Pruthai Primary Health Center

Takhun District, Suratthani Province.

** Graduate School, Suratthani Rajabhat University

***Faculty of Nursing Shinawatra University

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่ม วัดผลก่อน หลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก บ้านควนทอง หมู่ที่ 9 ตำบลพรุไทย อำเภอบ้านตาขุน จังหวัดสุราษฎร์ธานี กลุ่มตัวอย่างทำการคัดเลือกแบบเจาะจง 50 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และการสังเกตจำนวนลูกน้ำยุงลายวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การทดสอบค่าที่ Paired t-test ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% CI ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ ความภาคภูมิใจในตนเอง พฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกหลังการทดลองมีค่าสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 สำหรับค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลาย ก่อนการ

ดำเนินการ ค่าสัดส่วนบ้านที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย (H.I.) เท่ากับ 26.50 หลังการดำเนินการเท่ากับ 6.20 ส่วนค่าสัดส่วนภาชนะที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย (C.I.) ก่อนการดำเนินการ เท่ากับ 26.30 หลังการดำเนินการ เท่ากับ 0 ส่วนมาตรการในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ร่วมกันวางแผนและดำเนินการ 1) ทุกครัวเรือนมีกิจกรรมรณรงค์กำจัดลูกน้ำยุงลายและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง (ทุกวันอาทิตย์) 2) รณรงค์กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายพร้อมกัน พร้อมพ่นหมอกควันในศูนย์เด็กเล็ก สำนักสงฆ์ปีละ 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 พฤษภาคม ครั้งที่ 2 สิงหาคม ของทุกปี 3) จัดทำธนาคารปลาในลูกน้ำบ้าน อสม./แกนนำ ตั้งกติกาชุมชนโดยเสียค่าปรับกรณีที่มีบ้านที่พบลูกน้ำ 100 บาท/ครั้ง 4) ประกวด และ มอบประกาศนียบัตรจากองค์การบริหารส่วนตำบล สำหรับ บ้านดีเด่นด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

คำสำคัญ : โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน, การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

Abstract

This research was quasi-experimental research: one group pretest - posttest design. The objective was to study the effects of community empowerment program on prevention and control of dengue hemorrhagic fever in Ban kuantong Pruthai sub-district, Ban Takhun district, Suratthani province. Purposive sampling was done to select 50 people and living in community into our study. Data were collected by using questionnaire and were analyzed by descriptive statistics including frequency, percentage, mean, median, standard deviation, minimum maximum as well as inferential statistics including paired t-test and 95% confidence interval.

The results showed that mean score of knowledge, self-esteem and behavior on prevention and control of dengue hemorrhagic fever before attended the intervention was significantly higher than after intervention at significant level 0.05. The results reflecting A. egypti index, before intervention, House Index (HI) = 26.50 and Container Index (C.I.) = 26.30 while after intervention, House Index (HI) = 6.20 and Container Index (C.I. nv) = 0. The activities

of prevention and control dengue hemorrhagic fever which were developed by using participation process were: 1) all households follow the campaign to get rid of A. egypti larvae and reproductive water container at least once a week (every Sunday) 2) at the same time, follows the campaign to get rid of A. egypti larvae and reproductive water container by mosquito fogging machine in child care centers and houses of priest twice a year in May and August 3) establish the fish-eating larvae bank in health volunteers' and community leaders' house. The community rules were any house will be fined 100 baht if they were found the A. egypti larvae. 4) The contest of the outstanding household on prevention and control dengue hemorrhagic fever will get the certificate from the local government.

Keywords : Community Empowerment Program , Prevention and Control , Dengue Hemorrhagic Fever

บทนำ

โรคไข้เลือดออก เป็นโรคติดต่อไวรัสเดงกีที่มีอยู่กลายเป็นแมลงนำโรค เป็นปัญหาสาธารณสุขในหลายประเทศทั่วโลก แพร่กระจายอย่างกว้างขวางและจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมากใน 30 ปีที่ผ่านมา มากกว่า 100 ประเทศที่โรคนี้กลายเป็นโรค

ประจำถิ่น มีรายงานการระบาดของไข้เลือดออกเด็งกี (DF) ครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2322-2323 ในเอเชียอาฟริกา และอเมริกาเหนือ ต่อมาการระบาดของไข้เลือดออก ได้เกิดขึ้นอย่างกว้างขวาง ในช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 โดยเริ่มมีรายงานการเกิดโรคจากภูมิภาคแปซิฟิก อเมริกา และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ การระบาดใหญ่เกิดขึ้นครั้งแรกที่ประเทศฟิลิปปินส์ เมื่อปี พ.ศ. 2497 ปัจจุบันพบไข้เลือดออกทั้งในประเทศเขตร้อนและเขตอบอุ่น⁽¹⁾

ประเทศไทยเริ่มพบโรคไข้เลือดออกประปราย ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2492 และการระบาดใหญ่ในประเทศไทยครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2501 ในเขตกรุงเทพ-ธนบุรี สถานการณ์โรคไข้เลือดออกของประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2501-2545 มีแนวโน้มที่สูงขึ้น⁽²⁾ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะอยู่ในกลุ่มอายุ 0-14 ปี อัตราป่วยสูงสุดในกลุ่มอายุ 5-9 ปี อัตราส่วนผู้ป่วยเพศหญิงต่อเพศชายใกล้เคียงกัน พบผู้ป่วยได้ตลอดทั้งปี แต่จะพบมากในช่วงฤดูฝนระหว่างเดือนพฤษภาคม – สิงหาคม

รายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออกของประเทศไทย 5 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ปี 2554 – 2558 พบว่า ปี 2554 พบผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก จำนวน 10,803 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 16.89 ต่อประชากรแสนคน พบผู้เสียชีวิต 6 ราย คิดเป็นอัตราตาย 0.06 ปี 2555 พบผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก จำนวน 78,075 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 122.22 ต่อประชากรแสนคน พบผู้เสียชีวิต 81 ราย คิดเป็นอัตราตาย 0.13 ปี 2556 พบผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก จำนวน 73,902 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 115.33 ต่อประชากรแสนคน พบผู้เสียชีวิต 73 ราย คิดเป็นอัตราตาย 0.11 ปี 2557 พบผู้ป่วย

โรคไข้เลือดออก 6,497 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 110.00 ต่อแสนประชากร พบผู้เสียชีวิต 4 ราย คิดเป็นอัตราตาย 0.06 ต่อแสนประชากร ปี 2558 พบผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก 11,048 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 116.96 ต่อแสนประชากร พบผู้เสียชีวิต 7 ราย คิดเป็นอัตราตาย 0.06 ต่อแสนประชากร⁽³⁾ ส่วนสถานการณ์โรคไข้เลือดออก ปี 2559 (ข้อมูล ณ วันที่ 12 เมษายน 2559) มีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสะสม 14,825 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 22.66 ต่อแสนประชากร มีรายงานผู้เสียชีวิต 12 ราย อัตราป่วยตายน้อยละ 0.08 จังหวัดที่มีอัตราป่วยสะสมมากที่สุด คือ กทม. (56.76 ต่อแสนประชากร) รองลงมาคือ ระยอง สมุทรสาคร (49.0, 43.81 ตามลำดับ)⁽⁴⁾

ส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี รายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออก 5 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ปี 2554 – 2558 พบว่าปี 2554 พบผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก จำนวน 354 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 35.79 ต่อประชากรแสนคน ปี 2555 พบผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก จำนวน 1,272 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 126.90 ต่อประชากรแสนคน ปี 2556 พบผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก จำนวน 1,475 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 144.75 ต่อประชากรแสนคน ปี 2557 พบผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก จำนวน 594 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 57.86 ต่อประชากรแสนคน พบผู้เสียชีวิต 2 ราย ปี 2558 พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก 50 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 5.08 ต่อแสนประชากร ปี 2559 (ข้อมูล ณ วันที่ 16 เมษายน 2559) มีจำนวนผู้ป่วยไข้เลือดออก 106 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 10.17 ต่อแสนประชากร⁽⁵⁾

สำหรับสถานการณ์การเกิดโรคไข้เลือดออก

ของอำเภอบ้านตาขุน 5 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ปี 2554 – 2558 พบว่า ปี 2554 พบผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก จำนวน 2 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 13.78 ต่อประชากรแสนคน ปี 2555 พบผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก จำนวน 8 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 55.12 ต่อประชากรแสนคน ปี 2556 พบผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกจำนวน 25 รายคิดเป็นอัตราป่วย 172.25 ต่อประชากรแสนคน ปี 2557 พบผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก จำนวน 6 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 37.92 ต่อประชากรแสนคน ไม่พบรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต ปี 2558 พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก จำนวน 7 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 44.07 ต่อแสนประชากร ปี 2559 อัตราป่วยสะสม ตั้งแต่ 1 มกราคม – 16 เมษายน 2559 อำเภอบ้านตาขุน มีผู้ป่วย 2 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 12.54 ต่อแสนประชากร⁽⁶⁾ ส่วนตำบลพรุไทย เป็นตำบลหนึ่งในอำเภอบ้านตาขุน และเป็นพื้นที่เป้าหมายของการดำเนินกิจกรรมในครั้งนี้โดยปี 2552 ไม่พบรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ปี 2553 พบผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก จำนวน 6 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 227.62 ต่อประชากรแสนคน ปี 2554 ไม่พบรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ปี 2555 พบผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก จำนวน 2 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 75.87 ต่อประชากรแสนคน ปี 2556 พบผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก จำนวน 5 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 189.68 ต่อประชากรแสนคน ปี 2557 ไม่พบรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ปี 2558 จำนวน 2 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 73.31 ปี 2559 ยังไม่พบรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก⁽⁷⁾ ในหมู่บ้านควนทอง หมู่ที่ 9 ตำบลพรุไทย ปี 2553-2558 พบว่า ปี 2553 พบผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก 3 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 113.81 ต่อประชากร

แสนคน ปี 2554 ไม่พบรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ปี 2555 พบผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก 1 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 37.94 ต่อประชากรแสนคน ปี 2556 พบผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก 4 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 151.75 ต่อประชากรแสนคน ปี 2557 ไม่พบรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ปี 2558 พบผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก 1 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 36.65 ต่อประชากรแสนคน นอกจากนี้ยังพบว่า พ.ศ.2557 – 2558 ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย พบค่า HI = 16.43 และ 13.78 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด⁽⁸⁾ และที่ผ่านมา พบว่า ประชาชนขาดความรู้ในเรื่องโรคไข้เลือดออก ขาดความตระหนักความเกรงกลัวต่อภัยอันตรายของโรคไข้เลือดออก และมีประชาชนบางส่วนไม่ให้ความร่วมมือในช่วงรณรงค์ควบคุมลูกน้ำยุงลาย และยังพบอีกว่า ผู้นำชุมชน และ อสม. ไม่ได้มีส่วนร่วมในการดำเนินการเท่าที่ควร ถึงแม้ว่าจะได้รับการฝึกอบรมเพิ่มศักยภาพอย่างต่อเนื่องก็ตาม ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกบ้านควนทอง หมู่ที่ 9 ตำบลพรุไทย อำเภอบ้านตาขุน จังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อที่นำผลการศึกษาที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ หาแนวทางแก้ไขป้องกันและควบคุม ปัญหาโรคไข้เลือดออก ได้อย่างตรงประเด็น และเหมาะสมกับสถานการณ์ในปัจจุบันต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกบ้านควนทอง หมู่ที่ 9 ตำบลพรุไทย

อำเภอบ้านตาขุน จังหวัดสุราษฎร์ธานี

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนหลังการทดลอง(The Pretest-Posttest One Group Design) ใช้เวลาในการวิจัย 10 สัปดาห์ การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี เลขที่ SRU. A008 วันที่ 30 พฤษภาคม 2558

ประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่จริงในชุมชน บ้านควนทอง หมู่ที่ 9 ตำบลพรุไทย อำเภอบ้านตาขุน จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 325 คน

กลุ่มตัวอย่าง

เป็นประชาชนที่อาศัยอยู่จริงในชุมชน บ้านควนทอง หมู่ที่ 9 ตำบลพรุไทย อำเภอบ้านตาขุน จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยมีอายุไม่ต่ำกว่า 15 ปี ที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย อ่านออกเขียนได้ไม่เป็นผู้ที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพที่ไม่สามารถเข้าร่วมการศึกษาวิจัยได้จำนวน 325 คน

ขั้นที่ 1 คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรดังนี้⁽⁹⁾

$$n = \frac{Z^2_{\alpha/2} N \sigma^2}{Z^2_{\alpha/2} \sigma^2 + (N-1)d^2}$$

n = ขนาดตัวอย่าง

N = จำนวนประชากร คือ ประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 325 คน

σ = ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่นอกเขตเทศบาลนครจังหวัดนครสวรรค์(ศรีสุรัตน์ชัย รัตนศักดิ์และคณะ⁽¹⁰⁾) อยู่ในระดับปานกลางเท่ากับ 3.65 ได้ค่าความแปรปรวนเท่ากับ 0.365

d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้น ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าผู้วิจัยกำหนดให้มีความคลาดเคลื่อนของค่าเฉลี่ยที่ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างแตกต่างจากค่าเฉลี่ย ของประชากร = 0.1

Z = ค่ามาตรฐานภายใต้โค้งปกติ ($Z_{\alpha/2} = 1.96$)

แทนค่าในสูตรได้ดังนี้

$$n = \frac{(1.96)^2 \times (325) \times (0.365)^2}{(1.96)^2 \times (0.365)^2 + (325) \times (0.1)^2} = 49.92 \text{ คน}$$

ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้เท่ากับ 50 คน

ขั้นที่ 2 ผู้วิจัยได้คัดเลือกแบบเจาะจงโดยเลือก แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว 18 คน ผู้นำชุมชน 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 2 คน และประชาชน 15 ปีขึ้นไป 29 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1.โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Gibson, 1991⁽¹¹⁾)

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย จัดอบรมประชาชนโดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ใช้เวลา 2 วัน เน้นให้ผู้เข้ารับการอบรม

ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก พัฒนาความสามารถในความคิด ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองและการมีส่วนร่วมในชุมชนโดยการใช้รูปแบบการอบรมเน้นการมีส่วนร่วม

สัปดาห์ที่ 2-3 วางแผนและกำหนดกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ บ้านควนทอง หมู่ที่ 9 ตำบลพรุไทย จัดตั้งคณะกรรมการต่างๆในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของหมู่บ้าน ได้แผน/กิจกรรม ดังนี้ 1.)โครงการการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน 2.)โครงการบ้านสะอาดปลอดลูกน้ำยุงลาย 3.)โครงการธนาคารปลาถิ่นลูกน้ำบ้าน อสม./แกนนำชุมชน 4.)โครงการพัฒนาทีมสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็วในชุมชน

สัปดาห์ที่ 4-8 ดำเนินงานตามแผนการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน มีกิจกรรมสำรวจลูกน้ำยุงลาย รณรงค์กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ แจกทรายอะเบท ให้ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก ประกวดบ้านสะอาดปลอดลูกน้ำยุงลาย ธนาคารปลาถิ่นลูกน้ำบ้าน อสม./แกนนำ พัฒนาทีมสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็วในชุมชน พันทมोकคว้น ก่อนเข้าช่วงฤดูการระบาด

สัปดาห์ที่ 9 ติดตามความก้าวหน้าของกิจกรรมที่ชุมชนมีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ติดตามการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกทางหอกระจายข่าว การพันทมोकคว้นเพื่อกำจัดยุง ติดตามการรณรงค์ควบคุมกำจัดและสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย

สัปดาห์ที่ 10 ประเมินและสรุปผลหลังการจัดกิจกรรมให้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

โดยประชุมเพื่อระดมความคิด โดยการ Focus group discussion การใช้แบบสอบถาม การตรวจสอบจำนวนลูกน้ำยุงลาย

2. แบบสอบถาม

ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งก่อนและหลังการวิจัย แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก ส่วนที่ 3 ความภาคภูมิใจของตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

แบบสอบถามได้สร้างครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์การวิจัย ได้ทดสอบความตรง (Validity) โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC = 0.89 และผ่านการทดลองใช้และวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbachs alpha coefficient) ดังนี้ ด้านความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก ได้ 0.76 ด้านความภาคภูมิใจในตนเอง ได้ 0.79 ด้านพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ได้ 0.88

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายลักษณะประชากร และสถิติเชิงอนุมานเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย

ผลการศึกษา

1.ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 86.00) โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 42.00 ± 13.3 ปี อายุต่ำสุด 18 ปี และสูงสุด 79

ปี มีอายุระหว่าง 35-44 ปี (ร้อยละ 36.00) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 46.00) เป็นผู้ที่ไม่มีบทบาทหน้าที่ในชุมชน (ร้อยละ 70.00) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 90.00) ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 74.00 และมีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 62.00) โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน $6,648 \pm 7,376.4$ บาท รายได้น้อยที่สุด คือ กลุ่มเป้าหมายยังไม่มีรายได้ และมากที่สุด

50,000 บาท ส่วนรายได้ต่อเดือนทั้งครอบครัวส่วนใหญ่มีรายได้ทั้งครอบครัวต่อเดือน 10,001-20,000 บาท (ร้อยละ 38.00) โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่อครอบครัว $21,332 \pm 15,593.3$ บาท รายได้น้อยที่สุด 5,000 บาท และมากที่สุด 90,000 บาททดสอบค่าที่ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย ของคะแนนความรู้ ความภาคภูมิใจของตนเอง พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกเกี่ยวกับโรคใช้เลือดออกก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก (n = 50)

ตัวแปรที่ศึกษา	$\bar{X}$	S.D.	T	P-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก				
ก่อนการทดลอง	19.96	4.005	-13.69	0.01
หลังการทดลอง	26.5	2.42		
ความภาคภูมิใจของตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก				
ก่อนการทดลอง	37.44	4.11	-17.01	0.01
หลังการทดลอง	46.92	2.23		
พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก				
ก่อนการทดลอง	41.60	4.75	-8.74	0.01
หลังการทดลอง	46.62	1.71		

ตารางที่ 2 ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย ก่อนและหลังจากการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ค่าดัชนีความชุกของ ลูกน้ำยุงลาย	ค่าสัดส่วนบ้านที่สำรวจพบ ลูกน้ำยุงลาย (HI)	ค่าสัดส่วนภาชนะที่สำรวจพบ ลูกน้ำยุงลาย (CI)
- ก่อนการดำเนินการ	26.5	26.3
- หลังดำเนินการ	6.2	0

2. ผลการศึกษาตามสมมติฐาน

ภายหลังการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ความภาคภูมิใจในตนเอง พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีค่าสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

หมอกควันในศูนย์เด็กเล็ก สำนักสงฆ์ปีละ 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 พฤษภาคม ครั้งที่ 2 สิงหาคม ของทุกปี 3) จัดทำธนาคารปลากินลูกน้ำบ้าน อสม./แกนนำ ตั้งกติกายชุมชนโดยเสียค่าปรับกรณีที่มีบ้านที่พบลูกน้ำ 100 บาท/ครั้ง 4) ประกวดบ้านดีเด่นด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

3. ค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลาย

ค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลาย ก่อนการดำเนินการ ค่าสัดส่วนบ้านที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย (H.I.) เท่ากับ 26.50 หลังการดำเนินการ เท่ากับ 6.20 ส่วนค่าสัดส่วนภาชนะที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย (C.I.) ก่อนการดำเนินการ เท่ากับ 26.30 หลังการดำเนินการ เท่ากับ 0

อภิปรายผล

ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย กล่าวคือ ภายหลังการใช้โปรแกรมการสร้างพลังอำนาจในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ทำให้กลุ่มเป้าหมาย มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก ด้านความภูมิใจ และด้านพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นผลมาจากการจัดกิจกรรม การอบรมให้ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก ที่มีความถูกต้องและครอบคลุมถึงเนื้อหาได้ชัดเจนจากผู้วิจัยและวิทยากร ในกิจกรรมที่ 4 ซึ่งเป็นกิจกรรมให้ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกและการสำรวจลูกน้ำยุงลาย สอดคล้องกับผลการศึกษาของวรรณะ ชูศรีชาว^(1๒) ได้ศึกษาผลการประยุกต์ใช้โปรแกรมแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค

4. มาตรการในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

มาตรการในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ร่วมกันวางแผนและดำเนินการ 1) ทุกครัวเรือนมีกิจกรรมรณรงค์กำจัดลูกน้ำยุงลายและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง (ทุกวันอาทิตย์) 2) รณรงค์กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายพร้อมกัน พร้อมพ่น

ร่วมกับกระบวนการสร้างพลัง ของแกนนำสุขภาพ ประจำครอบครัวที่มีต่อการควบคุมและป้องกัน โรคไข้เลือดออก ตำบลเพ็ญราม อำเภอเมือง จังหวัด สุรินทร์ พบว่า ภายหลังการจัดโปรแกรมแรงจูงใจ เพื่อป้องกันโรคร่วมกับกระบวนการ สร้างพลังแกน นำสุขภาพประจำครอบครัว มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ เรื่องโรคไข้เลือดออก เพิ่มมากกว่าก่อนการทดลอง และเพิ่มมากกว่า กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.05$) และ สอดคล้องกับผลการศึกษาของโยมา ประดิษฐ์^(1๓) ได้ศึกษาผลของการวางแผนแบบมีส่วนร่วมของ ชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก บ้านหนองบัว ตำบลนาดี อำเภอหนองแสง จังหวัด อุตรธานี พบว่า ภายหลังการอบรมผู้เข้าร่วมการศึกษามีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) นอกจากนี้เกิดการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ สะท้อนปัญหาของชุมชน และเกิดทักษะในการวางแผนแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันและ แก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออก รวมทั้งการถอดบทเรียน ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ข้อจำกัด และแนวทาง แก้ไขปัญหา จนเกิดมาตรการชุมชนในการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก และที่สำคัญที่สุดหลังจากการใช้โปรแกรมการสร้างพลังอำนาจในการ ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ค่าดัชนีความ ชุกของลูกน้ำยุงลายของบ้านควนทอง หมู่ที่ 9 ตำบลพรุไทย อำเภอบ้านตาขุน จังหวัด สุราษฎร์ธานี ลดลง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ พงษ์ศักดิ์ ธนวิสิษฐกุล^(1๔) ได้ศึกษาผลของโปรแกรม การสร้างพลังแกนนำชุมชนเพื่อป้องกันและ ควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลโนนเมือง อำเภอ ขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ค่าดัชนี

ความชุกของลูกน้ำยุงลาย ภายหลังใช้โปรแกรม การสร้างพลังชุมชนลดลง สอดคล้องกับผลการ ศึกษาของ Toledo และคณะ^(1๕) ศึกษาเรื่อง การ นำไปสู่การมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุม พาหะโรคไข้เลือดออก ในกรุงซานติเอโก ประเทศ ชิลี พบว่า ดัชนีวัดความชุกของลูกน้ำยุงลายลด ลง และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Vanlerberghe และคณะ^(1๖) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ ของชุมชนในการควบคุมพาหะนำโรคไข้เลือดออก โดยการสุ่มทดลอง ในประเทศชิลี ภายหลังการ ทดลองพบว่า กลุ่มทดลอง มีดัชนีความชุกของ ลูกน้ำยุงลายลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม

สรุปผลการศึกษา

หลังการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความภาค ภูมิใจในตนเอง พฤติกรรมการป้องกันและควบคุม โรคไข้เลือดออก มีค่าสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ 0.05 และค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลาย ลดลง

ข้อเสนอแนะ

1.จากการศึกษาครั้งนี้ทำให้ทราบว่า ในด้าน ความรู้ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 36.00 คิดว่าการพน หมอกควัน สามารถกำจัดลูกน้ำของยุงพาหะนำโรค ไข้เลือดออกได้ และคิดว่าการร่วมกันวางแผน ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้าน/ ชุมชน เป็นหน้าที่ของ อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ซึ่งยังเข้าใจและมีความรู้ที่ผิด ดัง นั้นในกลุ่มนี้ควรเพิ่มความรู้ ปรับเปลี่ยนทัศนคติ ใหม่ โดยเพิ่มความรู้ถึงวิธีการกำจัดยุงลายตัวแก่

และลูกน้ำยุงลายว่ากรรมวิธีในการกำจัดมีความแตกต่างกัน และที่สำคัญในการขับเคลื่อนกิจกรรมจะต้องเชิญชวนประชาชนในหมู่บ้านเข้าร่วมกิจกรรมในการควบคุม ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายให้มากที่สุด ให้ประชาชนคิดว่ากิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมและหน้าที่ของตนเองในการดูแลสมาชิกในครอบครัว และเพื่อนบ้าน ให้หมู่บ้านเป็นหมู่บ้านปลอดลูกน้ำยุงลาย

2. ความภาคภูมิใจในตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 26.00 คิดว่าตนเองถูกบังคับ ถูกกดดันจากหน่วยงานของรัฐ ให้ทำกิจกรรมป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก และคิดว่าตนเองทำกิจกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกไม่ได้ และไม่เคยประสบความสำเร็จ ดังนั้นเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องจากภาครัฐ ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ควรเร่งทำความเข้าใจกับประชาชน โดยใช้กลยุทธ์ในการเข้าถึงประชาชนให้มากยิ่งขึ้น และให้ประชาชนคิดว่ากิจกรรมที่ตนเองทำด้วยความเต็มใจ และมีความสามารถพร้อม เท่าเทียมกับบุคคลอื่นๆ และจะต้องดึงประชาชนมาเป็นแนวร่วม ดูแลสมาชิกในครอบครัว ด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

3. พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 30.00 ที่ไม่เคยปฏิบัติหรือนานๆ ครั้ง คือ การใส่ทรายอะเบทในน้ำใช้ทุก 3 เดือน และไม่ได้ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน นอกบ้านให้สะอาดอย่างสม่ำเสมอ ดังนั้นควรให้การสนับสนุน เสริมแรงจูงใจให้ประชาชนตระหนัก และพยายามทำกิจกรรมเรื่องการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายอย่างต่อเนื่อง และการ

ป้องกันยุงกัดและเน้นย้ำ เรื่องแนวทางการดำเนินงานพิชิตโรคไข้เลือดออก (6ป.1ข.) รวมไปถึงขอสนับสนุนทรายอะเบทจาก อบต.หรือ รพ.สต.สำรองไว้ใช้ให้เพียงพอต่อความต้องการ และให้ประชาชนทุกครัวเรือนร่วมกันใส่ทรายอะเบทในน้ำใช้ด้วยตนเอง และจัดประกวดบ้านปลอดลูกน้ำยุงลาย เพื่อเป็น กุศโลบาย ให้ประชาชนได้ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน นอกบ้านของตนเองให้สะอาดไปด้วย

4. การจัดกิจกรรมโดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ใช้เวลา 2 วัน ซึ่งเป็นข้อจำกัดของเวลาคนในชุมชนอาจจะไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมเต็มวันได้ อาจจำเป็นต้องจัดกิจกรรมในช่วงเวลาเย็นหรือช่วงค่ำที่ว่างงานครั้งละ 2-3 ชั่วโมง 3-4 ครั้งก็ได้ โดยดูจากปฏิทินชุมชนนั้นๆ

5. การจัดกิจกรรมดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ต้องร่วมกันทำทุกภาคส่วนในชุมชน คือ ครัวเรือน วัด โรงเรียน องค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) และในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน เจ้าหน้าที่ควรให้ชาวบ้านเข้ามามีส่วนร่วมอย่างเต็มที่

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพยุหะไทย ที่อนุญาตให้ดำเนินการวิจัย ผศ.ดร.อารี พุ่มประไพทย์ ดร.ยินดี พรหมศิริไพบุลย์ ดร.ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์ ดร.อัญชนา โสภณ นายสรเพชญ์ เรืองอร่าม นายธนาวุฒิ รัตนชัย ที่ให้คำแนะนำด้านวิชาการและตรวจสอบความ

ถูกต้องของแบบสอบถาม เจ้าหน้าที่และประชาชน บ้านควนทอง หมู่ที่ 9 ตำบลพรุไทย อำเภอ บ้านตาขุน จังหวัดสุราษฎร์ธานี ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยนี้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักกระบาดวิทยา.(2557).รายงานสถานการณ์ กลุ่มโรคไข้เลือดออก.กลุ่มพัฒนาระบบ เฝ้าระวังทางระบาดวิทยาโรคติดต่อ:กรม ควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
2. ขวลิติ ทิศนสว่าง.(2553). โรคติดต่อ. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,หน้า 377- 391, 433-449 และ 858-861.
3. กลุ่มระบาดวิทยาโรคติดต่อ.(2558).ไข้เลือด ออก.ค้นเมื่อ 8 มกราคม 2558 ,จาก <http://www.boe.moph.go.th/>
4. สำนักกระบาดวิทยา.(2559).รายงานสถานการณ์ กลุ่มโรคไข้เลือดออก.กรมควบคุมโรค. กระทรวงสาธารณสุข.
5. กลุ่มงานโรคติดต่อ.(2559).รายงานสถานการณ์ กลุ่มโรคไข้เลือดออก.สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี.กระทรวง สาธารณสุข.
- 6.กลุ่มงานโรคติดต่อ.(2559).รายงานสถานการณ์ กลุ่มโรคไข้เลือดออก.สำนักงาน สาธารณสุขอำเภอบ้านตาขุน.กระทรวง สาธารณสุข.
- 7.กลุ่มงานโรคติดต่อ.(2559).รายงานสถานการณ์ กลุ่มโรคไข้เลือดออก.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพรุไทย.สำนักงาน สาธารณสุขอำเภอบ้านตาขุน.กระทรวง

สาธารณสุข.

- 8.กลุ่มงานโรคติดต่อ.(2559).รายงานการสำรวจ ความชุกของลูกน้ำยุงลาย โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลพรุไทย.สำนักงาน สาธารณสุขอำเภอบ้านตาขุน.กระทรวง สาธารณสุข.
- 9.บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. 2551.การวิจัยการ วัดและประเมินผล.กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ศรี อนันท์.หน้า 113.
- 10.ศรีสุรัตน์ ชัยรัตน์ศักดิ์ดา และคณะ.(2556).ปัจจัย การทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันและ ควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ในพื้นที่นอกเขตเทศบาลนคร จังหวัด นครสวรรค์.วารสารพยาบาลและสุขภาพ ปีที่ 7 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2556 :25.
11. Gibson, C. H. (1991). A concept analy sis of empowerment. Journal of Advanced Nursing, 16:354-361.
- 12 วรรณะ ชูศรีขาว.(2553).ผลการประยุกต์ใช้ โปรแกรมแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วม กับกระบวนการสร้างพลังของแกนนำ สุขภาพประจำครอบครัวที่มีต่อการควบ คุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ตำบล เพี้ยราม อำเภอมะนัง จังหวัดสุรินทร์. รายงานการศึกษาอิสระปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขา วิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสารคาม.
- 13 โยมา ประดิษฐ์.(2552).ผลของการวางแผน แบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกัน

และควบคุมโรคไข้เลือดออก บ้าน
หนองบัว ตำบลนาดี อำเภอหนองแสง
จังหวัดอุดรธานี.รายงานการศึกษา
ค้นคว้าด้วยตัวเองปริญญาสาธารณสุข
ศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุข
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- 14 พงษ์ศักดิ์ ธนวิชกุล .(2550).ผลของโปรแกรม
การสร้างพลังแกนนำชุมชนเพื่อป้องกัน
และควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบล
โนนเมือง อำเภอขามสะแกแสง จังหวัด
นครราชสีมา.การศึกษานิพนธ์ปริญญา
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการ
พัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏ
นครราชสีมา.

- 15 Toledo,M.E. and others.(2007).Towards
active communication participa
tion in dengue vector : results
from action research in Santiago
de Cuba,Cuba 2007.(Online).
Available:<http://dSPACE.itg.be>.
(2015 July 8).
- 16 Vanlerberghe, V. and others (2009).Com
munity involvement in dengue
vector control : cluster random
ized trail. (Online).Available:[http://](http://www.bmj.com)
www.bmj.com(2015 July 27).

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานที่ขึ้นทะเบียนรักษา ณ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

Factors associated with MDR-TB treatment outcomes at Sappasitthiprasong Hospital, Ubonrajchathani

นิตยา ดาวงศ์ญาติ

ภ.ม.(เภสัชกรรมคลินิกและการบริหาร)

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี

Nidtaya dawwongyad

Master of Pharmacy (Clinical Pharmacy and Administration)

Sappasitthiprasong Hospital Ubonrajchathani

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงวิเคราะห์ ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลการรักษาMDR-TBกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วย MDR-TB จำนวน 81 รายที่รักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนานครั้งแรก ช่วง 1 ตุลาคม 2552 ถึง 30 กันยายน 2557 ใช้ Chi-square เพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยกับผลการรักษาและใช้ Binary Logistic Regression เพื่อทำนายโอกาสในการรักษาสำเร็จ จากการศึกษาพบว่าระยะเวลาในการฉีดยา , น้ำหนักตัว,อาการข้างเคียงจากยา,การมารับยามีความสัมพันธ์กับผลการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า การฉีดยาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป มีโอกาสที่จะรักษาสำเร็จมากกว่า(aOR 5.93 ;95% CI 1.32-26.70) ,มีน้ำหนักตัวเมื่อสิ้นสุดการรักษาเพิ่มขึ้นมีโอกาสรักษาสำเร็จมากกว่า (aOR 6.24 ;95% CI 1.62-24.06) และกลุ่มตัวอย่างที่พบอาการข้างเคียงจากยามีโอกาสที่จะรักษาสำเร็จมากกว่า (aOR 22.80 ;95% CI 4.28-121.36)

คำสำคัญ : วัณโรคดื้อยาหลายขนาน,ผลการรักษา

The cross-sectional analytical study aimed to determine the factors associated with

MDR-TB treatment outcomes. Eighty-one MDR-TB patients who started treatment during 1 October 2009 to 30 September 2014 were enrolled. Chi-square was used to find the factors that were associated with MDR-TB treatment and Binary Logistic Regression was used to predict the odd ratio of successful treatment outcome. The results revealed that the injectable time, weight, side effect from medicines, drug refilling were associated with MDR-TB treatment outcomes and the injectable times from 6 months up had more successful outcome (aOR 5.93; 95% CI 1.32-26.70), the increasing weight after treatment had more successful (aOR 6.24; 95% CI 1.62-24.06) and having side effect had more successful outcome (aOR 22.80; 95% CI 4.28-121.36).

Keywords : Multi-drug resistant tuberculosis (MDR-TB), treatment outcomes

บทนำ

ในปี 2559 องค์การอนามัยโลกรายงาน

จำนวนผู้ป่วยวัณโรคทั่วโลกมีมากถึง 10.4 ล้านคน และในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB คือวัณโรคที่เชื่อมีการดื้อยารักษาวัณโรคอย่างน้อย 2 ขนานที่สำคัญได้แก่ Isoniazid และ Rifampicin โดยอาจมีการดื้อยาชนิดอื่นๆร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้) ประมาณ 480,000 ราย และมีผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิต 1.8 ล้านคน¹ ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่มีผู้ป่วยวัณโรคเป็นจำนวนมากติดอันดับที่ 18 ใน 22 ประเทศที่ยังไม่สามารถควบคุมวัณโรคได้จากการเฝ้าระวังวัณโรคดื้อยาทั่วโลกขององค์การอนามัยโรคพบว่าประมาณร้อยละ 3.5 (95% CI 2.2-3.5%) ของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ทั่วโลกเป็น MDR-TB และพบสูงถึงประมาณร้อยละ 20.5 (95% CI 13.6-27.5%) ในผู้ป่วยที่เคยรักษามาก่อน โดยร้อยละ 9 (95% CI 6.5-11.5%) ของผู้ป่วยวัณ MDR-TB เป็นวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (XDR-TB) สำหรับในประเทศไทย โดยสำนักวัณโรค จากข้อมูลการสำรวจตั้งแต่ปี 2540-2556 พบว่าแนวโน้มของ MDR-TB ไม่เพิ่มขึ้นหรือลดลงในผู้ป่วยรายใหม่จะพบ MDR-TB ประมาณร้อยละ 2 และในผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษามาก่อนแล้วพบ MDR-TB ประมาณร้อยละ 20³ วัณโรคดื้อยาหลายขนานเป็นปัญหาสำคัญเพราะการรักษามีความซับซ้อนยุ่งยากต้องใช้จำนวนชนิดของยาจำนวนมากมีเมื่อยามากขึ้นและมีอาการข้างเคียงจากยามากขึ้นระยะเวลาในการรักษานาน 18-24 เดือนค่าใช้จ่ายตลอดการรักษามีราคาแพงประมาณร้อยละ 80,000-200,000 บาท⁴⁻⁶ ในขณะที่ผลการรักษาไม่ค่อยดีนักและมีอัตราการเสียชีวิตสูง ในอดีตที่ผ่านมา มีการศึกษาหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วย MDR-TB หลายการศึกษา

ในต่างประเทศและในไทย แต่ประชากรที่ใช้ศึกษามีความแตกต่างจากคนในจังหวัดอุบลราชธานีในแง่ของชีวิตความเป็นอยู่ วัฒนธรรม ความเชื่อและยังไม่มีการศึกษาใดที่หาความสัมพันธ์ในเรื่องของขนาดยารักษาวัณโรค และอาการข้างเคียงจากยากับความสำเร็จในการรักษา ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการศึกษานี้ เพื่อจะได้นำข้อมูลมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB) ในจังหวัดอุบลราชธานีต่อไปในอนาคตข้างหน้า

กรอบแนวคิด

จากการศึกษาของ มาลีเกิดพันธุ์และปิ่นกมลสมพิร์วงศ์⁷ พบว่าความสม่ำเสมอของการมาตามนัด, น้ำหนักตัวของผู้ป่วยระหว่างรักษาเพิ่มขึ้น, การรักษาด้วยยาชนิด 1 ขนานและยากิน 4 ขนาน และประวัติการรักษาวัณโรคมีความสัมพันธ์กับผลการรักษาวัณโรคดื้อยา (MDR-TB) แต่ภูมิสำเนาและโรคประจำตัวไม่มีผลกับการรักษา ส่วนการศึกษาของ van Altena R และคณะ⁸ พบว่าคนไข้ที่ไม่มีเชื้อเอชไอวีเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการรักษาการศึกษาของ Huerga H และคณะ⁹ พบว่าผู้ป่วยเพศหญิงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้การรักษาวัณโรคดื้อยาไม่สำเร็จการศึกษาของ Tahaoglu K และคณะ¹⁰ พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการรักษาที่สูงขึ้นคือผู้ป่วยอายุน้อยและการศึกษาของ Törün T และคณะ¹¹ พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 22.4 ที่มีอาการข้างเคียงจากยามีผลการรักษาที่ไม่ดี

เพศ, อายุ, ภูมิลาเนา, น้ำหนัก, โรคประจำตัว, การติดเชื้อ HIV, ประวัติการรักษาวัณโรค, ระยะเวลาในการฉีดยา, จำนวนยารับประทานในสูตรการรักษา, ขนาดยารักษาวัณโรค, อาการข้างเคียงจากยา, การมารับยา, น้ำหนักตัวเมื่อสิ้นสุดการรักษา



ผลการรักษา MDR-TB

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB) ที่ขึ้นทะเบียนรักษาคั้งแรก ณ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2552 ถึง 30 กันยายน 2557

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบของการวิจัย

ใช้การศึกษาแบบ cross-sectional analytical study

กลุ่มประชากรที่ศึกษา

ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานที่ขึ้นทะเบียนรักษาคั้งแรกในคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ช่วงตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2552 ถึง 30 กันยายน 2557 โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คัดออก

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria):

ได้รับการวินิจฉัยและมีผลการชันสูตรยืนยันว่าเป็นผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานด้วยวิธี (MDR-TB) Xpert MTB/RIF และการเพาะเลี้ยงเชื้อและการทดสอบความไวต่อยา (culture and drug susceptibility testing) ได้รับการรักษาด้วยยาวัณโรคแนวที่สอง (Second line drugs) มีประวัติการรักษาที่สามารถค้นหาข้อมูลการรักษาย้อนหลังได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria): ประวัติการรักษาขาดข้อมูลในส่วนผลการรักษา

ขนาดตัวอย่าง

ใช้ประชากรทุกคนที่ขึ้นทะเบียนรักษาคั้งแรก ช่วงตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2552 ถึง 30 กันยายน 2557 ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบเก็บข้อมูลรายบุคคล (case report form) ที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม

วิธีการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนและวิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. เสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี เพื่อขอทำการวิจัยและเก็บข้อมูลในโรงพยาบาล
2. ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติผ่านตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก
3. นำข้อมูลมาวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ SPSS for Window version 23 (Statistical Packaged for the Social Science for Window) โดยมีรายละเอียดการวิเคราะห์ดังนี้

1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ค่าร้อยละ (%) ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2 ใช้สถิติ Chi-square เพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ กับผลการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง

3 ใช้สถิติ Binary Logistic Regression เพื่อทำนายผลของปัจจัยต่างๆ กับโอกาสในการรักษาวัณโรคติดเชื้อสำเร็จ

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยพบเพศชายร้อยละ 71.6 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ใน

ช่วง 46-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.3 มีภูมิลำเนานอกเขตอำเภอเมืองร้อยละ 81.5 น้ำหนักตัวเมื่อเริ่มรักษาส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 41-50 กิโลกรัม มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงร้อยละ 33.3 ส่วนการคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีพบกลุ่มตัวอย่างติดเชื้อร้อยละ 13.6 และส่วนใหญ่ร้อยละ 40.7 เป็นผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ยังไม่เคยรักษามาก่อน

กลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาวัณโรคติดเชื้อ โดยมีกลุ่มที่ได้ฉีดยาระยะเวลาน้อยกว่า 6 เดือน จำนวนร้อยละ 32.1 และมีมารับประทานในสูตรการรักษาอย่างน้อย 4 ตัว ร้อยละ 85.2 ขนาดยาที่ใช้ต่อน้ำหนักตัวมีขนาดเหมาะสมร้อยละ 54.3 และมารับยาตามนัดร้อยละ 80.2 พบอาการข้างเคียงที่รุนแรงจนต้องหยุดยาหรือให้ยารักษาอาการข้างเคียงร้อยละ 48.2 หลังสิ้นสุดการรักษา กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50.6 มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นและรักษาวัณโรคสำเร็จร้อยละ 66.7 รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 81คน)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	58	71.6
หญิง	23	28.4
อายุ(ปี)		
15-30	17	21.0
31-45	25	30.9
46-60	27	33.3
61-75	7	8.6
>75	5	6.2

ตารางที่ 1 (ต่อ) ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 81คน)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ภูมิลำเนา		
ในเขตอำเภอเมือง	15	18.5
นอกเขตอำเภอเมือง	66	81.5
น้ำหนักเมื่อเริ่มรักษา(กก.)		
ต่ำกว่า40	7	8.6
41-50	35	43.2
51-60	28	34.6
มากกว่า61	11	13.6
โรคประจำตัว		
มี	27	33.3
ไม่มี	54	66.7
การติดเชื้อเอชไอวี		
ไม่ติดเชื้อ	70	86.4
ติดเชื้อ	11	13.6
ประวัติการรักษาวัณโรค		
ไม่เคยรักษาวัณโรค(New)	33	40.7
รักษาล้มเหลว(Failure)	25	30.9
รักษาหายและครบ(Relapse)	23	28.4
ขาดยามากกว่า 2 เดือน(After loss to follow-up)	0	0.0

ตารางที่ 1 (ต่อ) ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 81คน)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาในการติดเชื้อ		
น้อยกว่า 6 เดือน	26	32.1
6 เดือน	39	48.1
มากกว่า 6 เดือน	16	19.8
จำนวนยาได้รับประทานในสูตรการรักษา		
5ตัว(4 ชนิดในกลุ่มSecond linedrug ได้แก่ Eto, Cs, PAS,FQs) +PZA	41	50.6
4 ตัว(เป็นยาเฉพาะในกลุ่มSecond linedrug)	28	34.6
4 ตัว(3 ชนิดในกลุ่มSecond linedrug+PZAหรือETB)	10	12.3
3 ตัว(2 ชนิดในกลุ่ม Second linedrug + PZAหรือ ETB)	2	2.5
ขนาดยารักษาวัณโรค		
เหมาะสม	44	54.3
ไม่เหมาะสม	37	45.7
- ขนาด PASต่ำ	11	
- ขนาด Kanamycinต่ำ	16	
- ขนาด PASและ Kanamycinต่ำ	9	
- ขนาด PASและ Ofloxacinต่ำ	1	
อาการข้างเคียงจากยา		
ไม่พบอาการข้างเคียงที่รุนแรงจนต้องหยุดยาหรือรักษาเพิ่มเติม	42	51.8
พบอาการข้างเคียงที่รุนแรง	39	48.2
- Hypothyriod	33	
- หูอื้อ เติ้นเซ	3	
-Psycosis	3	
การมารับยา		
มารับยาตามนัดรักษาจนครบ	65	80.2
ขาดยา รักษาไม่ครบ	16	19.8

ตารางที่ 1 (ต่อ) ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 81คน)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
น้ำหนักตัวเมื่อสิ้นสุดการรักษา		
น้ำหนักตัวเท่าเดิมหรือลดลง	35	43.2
น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น	41	50.6
ไม่สามารถหาข้อมูลได้	5	6.2
ผลการรักษา MDR-TB		
รักษาสำเร็จ	54	66.7
รักษาหาย (Cured)	15	
รักษาครบ(Treatment Complete)	39	
รักษาไม่สำเร็จ	27	33.3
ตาย	18	
ล้มเหลวในการรักษา	4	
ขาดยาก่อนครบกำหนดการรักษา	5	

เมื่อนำปัจจัยต่างๆมาหาความสัมพันธ์กับผลการรักษาวัณโรคคือยาหลายขนานด้วยสถิติ Chi-square พบว่าลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เช่น เพศ อายุ ภูมิลาเนา น้ำหนักตัวเมื่อเริ่มรักษา โรคประจำตัว การติดเชื้อเอชไอวี ประวัติการรักษา วัณโรคจำนวนยาเกินในสูตรการรักษาขนาดยา

รักษาวัณโรคไม่มีความสัมพันธ์กับผลการรักษา แต่พบว่าระยะเวลาในการฉีดยา น้ำหนักตัวเมื่อสิ้นสุดการรักษา อาการข้างเคียงจากยา และการมารับยา มีความสัมพันธ์กับผลการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติรายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆกับผลการรักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนาน

ข้อมูล	รักษาสำเร็จ		รักษาไม่สำเร็จ		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					0.16
ชาย	36	62.07	22	37.93	
หญิง	18	78.26	5	21.74	
อายุ(ปี)					0.12
15-30	13		4		
31-45	19		6		
46-60	16		11		
61-75	5		2		
>75	1		4		
ภูมิลำเนา					0.54
ในเขตอำเภอเมือง	11		4		
นอกเขตอำเภอเมือง	43		23		
น้ำหนักเมื่อเริ่มรักษา(กก.)					0.12
ต่ำกว่า40	2		5		
41-50	24		11		
51-60	19		9		
มากกว่า61	9		2		
โรคประจำตัว					0.62
มี	19		8		
ไม่มี	35		19		
เชื้อเอชไอวี					0.82
ไม่ติดเชื้อ	47		23		
ติดเชื้อ	7		4		

ตารางที่ 2 (ต่อ) ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆกับผลการรักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนาน

1 ข้อมูล	รักษาสำเร็จ		รักษาไม่สำเร็จ		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ประวัติการรักษาวัณโรค					0.16
ไม่เคยรักษาวัณโรค (New)	25		8		
รักษาล้มเหลว(Failure)	13		12		
รักษาหายและครบ(Relapse)	16		7		
ขาดยามากกว่า 2 เดือน (After loss to follow-up)	0		0		
ระยะเวลาในการฉีดยา					0.001
น้อยกว่า 6 เดือน	11	42.31	15	57.69	
ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป	43	78.18	12	21.82	
จำนวนยารับประทานในสูตรการรักษา					1.00
ยารับประทาน<4 ชนิด	1	50.00	1	50.00	
ยารับประทาน≥4 ชนิด	53	67.09	26	32.91	
ขนาดยารักษาวัณโรค					0.75
เหมาะสม	30	68.18	14	31.82	
ไม่เหมาะสม	24	64.86	13	35.14	
น้ำหนักตัวเมื่อสิ้นสุดการรักษา					0.001
น้ำหนักตัวเท่าเดิมหรือลดลง	18	51.43	17	48.57	
น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น	35	85.37	6	14.63	
อาการข้างเคียงจากยา					<0.001
ไม่พบอาการข้างเคียงที่รุนแรง	18	42.86	24	57.14	
พบอาการข้างเคียงที่รุนแรง	36	92.31	3	7.69	
การมารับยา					<0.001
ขาดยา รักษาไม่ครบ	0	0.00	16	100.00	
มารับยาตามนัดรักษาจนครบ	54	83.08	11	16.92	

เมื่อนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการรักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ระยะเวลาในการฉีดยา น้ำหนักตัวเมื่อสิ้นสุดการรักษา และอาการข้างเคียงจากยา มาหาโอกาสในการรักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนานสำเร็จ โดยใช้สถิติ Binary Logistic Regression พบว่า การฉีดยารักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนานเป็นเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ตามมาตรฐานการรักษา³ มีโอกาสที่จะรักษาวัณโรคสำเร็จมากกว่ากลุ่มที่ฉีดยาน้อยกว่า 6 เดือน 5.93 เท่า ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95

(95% CI: 1.32-26.70) ,กลุ่มตัวอย่างที่มีน้ำหนักตัวเมื่อสิ้นสุดการรักษาเพิ่มขึ้นจากตอนเริ่มรักษามีโอกาสที่จะรักษาวัณโรคสำเร็จมากกว่ากลุ่มที่น้ำหนักตัวลดลงหรือเท่าเดิม 6.24 เท่า ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% CI:1.62-24.06) และกลุ่มตัวอย่างที่พบอาการข้างเคียงจากยาจนต้องหยุดการรักษาหรือได้รับยารักษาเพิ่ม มีโอกาสที่จะรักษาวัณโรคสำเร็จมากกว่ากลุ่มที่ไม่พบอาการข้างเคียงที่รุนแรง 22.80 เท่า ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% CI:4.28-121.36)รายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่เพิ่มโอกาสในการรักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนานสำเร็จ

ข้อมูล	รักษาสำเร็จ		รักษาไม่สำเร็จ		Adjusted Odds Ratio	95% CI	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ระยะเวลาในการฉีดยา							
ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป	43	78.18	12	21.82	5.93	1.32-26.70	0.02
น้ำหนักตัวเมื่อสิ้นสุดการรักษา							
น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น	35	85.37	6	14.63	6.24	1.62-24.06	0.008
อาการข้างเคียงจากยา							
พบอาการข้างเคียงที่รุนแรง	36	92.31	3	7.69	22.80	4.28-121.36	<0.001

วิจารณ์

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆกับผลการรักษาวัณโรคคือยาหลายขนานพบว่าลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเช่น เพศ อายุ ภูมิลาเนา และน้ำหนักตัวเมื่อเริ่มรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับผลการรักษาวัณโรคคือยาหลายขนานเหมือนกับการศึกษาของมาลี เกิดพันธุ์ และปิ่นกมล สมพืรวงศ์⁷ แต่ในการศึกษาของ Tahaoglu K และคณะ¹⁰ ที่ทำการศึกษาศึกษาในประเทศตุรกีกลับพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการรักษาที่สูงขึ้นคือผู้ป่วยอายุน้อย และในการศึกษาของ Huerga H และคณะ⁹ ที่ทำการศึกษาศึกษาในประเทศเคนยา พบว่าผู้ป่วยเพศหญิงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้การรักษาวัณโรคคือยาไม่สำเร็จ (aOR 2.73; 95%CI 1.01-7.39) ส่วนการศึกษาของSantha Tและคณะ¹²พบว่าปัจจัยเสี่ยงคือเพศชาย (aOR 3.4; 95%CI 1.5-8.2) เมื่อนำข้อมูลโรคประจำตัว และการติดเชื้อเอชไอวี ของกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ ไม่พบความสัมพันธ์กับผลการรักษาเหมือนกับการศึกษาของมาลี เกิดพันธุ์ และปิ่นกมล สมพืรวงศ์⁷ แต่ในการศึกษาของVan Altena R และคณะ⁶พบว่าคนไข้ที่ไม่มีเชื้อเอชไอวีเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการรักษา(aOR 2.1; 95%CI 1.1-3.8) เช่นเดียวกับในการศึกษาของHuerga H และคณะ⁹ ที่พบว่าผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้การรักษาวัณโรคคือยาไม่สำเร็จ (aOR 3.51;95% CI1.12-11.03) แต่เมื่อนำข้อมูลด้านประวัติการรักษาวัณโรค ระยะเวลาในการฉีดยา จำนวนยาเกินในสูตรการรักษาขนาดยารักษาวัณโรคน้ำหนักตัวเมื่อสิ้นสุดการรักษา อาการข้างเคียงจากยา และการมารับยา พบว่าระยะเวลาในการฉีดยา น้ำหนัก

ตัวเมื่อสิ้นสุดการรักษา และอาการข้างเคียงจากยามีความสัมพันธ์กับผลการรักษาวัณโรคคือยาหลายขนานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คล้ายคลึงกับการศึกษาของมาลี เกิดพันธุ์ และปิ่นกมลสมพืรวงศ์⁷ ที่พบว่าการมารับยาและน้ำหนักตัวเมื่อสิ้นสุดการรักษาสัมพันธ์กับผลการรักษา

เมื่อนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการรักษาวัณโรคคือยาหลายขนานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ระยะเวลาในการฉีดยา น้ำหนักตัวเมื่อสิ้นสุดการรักษา และอาการข้างเคียงจากยา มาหาโอกาสในการรักษาวัณโรคคือยาหลายขนานสำเร็จโดยใช้สถิติ Binary Logistic Regression พบว่าการฉีดยารักษาวัณโรคคือยาหลายขนานเป็นเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ตามมาตรฐานการรักษา³ มีโอกาสที่จะรักษาวัณโรคสำเร็จมากกว่ากลุ่มที่ฉีดยาน้อยกว่า 6 เดือน (aOR 5.93 ;95% CI 1.32-26.70) , กลุ่มตัวอย่างที่มีน้ำหนักตัวเมื่อสิ้นสุดการรักษาเพิ่มขึ้นจากตอนเริ่มรักษามีโอกาสที่จะรักษาวัณโรคสำเร็จมากกว่ากลุ่มที่น้ำหนักตัวลดลงหรือเท่าเดิม (aOR 6.24 ;95% CI1.62-24.06) สอดคล้องกับการศึกษาของมาลี เกิดพันธุ์ และปิ่นกมลสมพืรวงศ์⁷ และกลุ่มตัวอย่างที่พบอาการข้างเคียงจากยาจนต้องหยุดการรักษาหรือได้รับยารักษาเพิ่ม มีโอกาสที่จะรักษาวัณโรคสำเร็จมากกว่ากลุ่มที่ไม่พบอาการข้างเคียงที่รุนแรง(aOR22.80 ;95% CI4.28-121.36) อาจเนื่องจากการเกิดอาการข้างเคียงแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยใช้ยาจริงๆ

สรุปผลการวิจัย

1. จากผลการศึกษารังนี้พบว่าปัจจัยด้านระยะเวลาในการฉีดยา น้ำหนักตัวเมื่อสิ้นสุดการ

รักษา อาการข้างเคียงจากยา และการมารับยาของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับผลการรักษาวัณโรค คือยาหลายขนานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. เมื่อนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการรักษาวัณโรคคือยาหลายขนานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมาหาโอกาสในการรักษาวัณโรคคือยาหลายขนานสำเร็จ โดยใช้สถิติ Binary Logistic Regression พบว่า การฉีดยารักษาวัณโรคคือยาหลายขนานเป็นเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป มีโอกาสที่จะรักษาวัณโรคสำเร็จมากกว่าฉีดยาน้อยกว่า 6 เดือน 5.93 เท่า, น้ำหนักตัวเมื่อสิ้นสุดการรักษาเพิ่มขึ้นมีโอกาสรักษาวัณโรคสำเร็จมากกว่าน้ำหนักตัวลดลงหรือเท่าเดิม 6.24 เท่า และกลุ่มตัวอย่างที่พบอาการข้างเคียงจากยาจนต้องหยุดการรักษาหรือได้รับยารักษาเพิ่ม มีโอกาสที่จะรักษาวัณโรคสำเร็จมากกว่ากลุ่มที่ไม่พบอาการข้างเคียงที่รุนแรง 22.80 เท่า

ข้อเสนอแนะ

1 ควรมีการสร้างเครือข่ายความร่วมมือจากหลายภาคส่วนทั้งคนในครอบครัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตลอดจนเจ้าหน้าที่รัฐในชุมชนเพื่อช่วยกันเป็นพี่เลี้ยงในการกำกับการทานยาอย่างใกล้ชิด และช่วยพาคนไข้ไปฉีดยาให้ครบอย่างน้อย 6 เดือน จนกว่าจะสิ้นสุดการรักษา เพราะการทานยาอย่างครบถ้วนกับการฉีดยาให้ครบอย่างน้อย 6 เดือน มีความสัมพันธ์กับการรักษาวัณโรคสำเร็จอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2 ควรจะมีระบบการรักษาที่มีทีมโภชนาการเข้ามามีส่วนร่วมในทีมเพื่อดูแลโภชนาการให้กับผู้ป่วยเหมือนกับการดูแลผู้ป่วยโรคไตหรือเบาหวาน

เพราะผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวเมื่อสิ้นสุดการรักษาเพิ่มขึ้นจากตอนเริ่มรักษามีโอกาสที่จะรักษาวัณโรคสำเร็จมากกว่ากลุ่มที่น้ำหนักตัวลดลงหรือเท่าเดิม

ข้อจำกัดของการศึกษา

เนื่องจากผู้ป่วยวัณโรคคือยาหลายขนานจะพบได้น้อยกว่าผู้ป่วยวัณโรคทั่วไปทำให้ตัวอย่างที่นำมาศึกษามีจำนวนน้อย ซึ่งเป็นข้อจำกัดของการศึกษานี้ ดังนั้นควรจะทำการศึกษาในรูปแบบ Multi-center

กิตติกรรมประกาศ

1 ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ชลิต ทองประยูร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่อนุญาตให้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทุกท่านที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี

2 ขอขอบพระคุณนายสุพจน์ สายทอง นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ วทม.(ชีวสถิติ) ที่ช่วยให้คำแนะนำและเป็นที่ปรึกษาในเรื่องของการใช้สถิติ

เอกสารอ้างอิง

- 1 WHO Tuberculosis. Fact sheet no 104. Available from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en/>. Accessed April 26, 2017.
- 2 WHO report 2014. Global tuberculosis control. Who.int Website. 2014. Available from http://www.who.int/tb/publications/global_report/2007/pdf/

- tha.pdf/. Accessed October 8, 2016.
- 3 สำนักวัณโรคกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข . แนวทางการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย,2558.
- 4 Suarez PG, Floyd K , Portocarrero J, Alarcon E, Rapiti E, Ramos G,et al.Feasibilityand cost- effectiveness of standardized second-linedrug treatment for chronic tuberculosis patients: a national cohort study in Peru. Lancet 2002;359:980-9.
- 5 สำนักวัณโรคกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข . แนวทางแห่งชาติสำหรับการรักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB). กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟิคแอนด์ดีไซน์, 2551.
- 6 ยงยุทธ เม้ากำเนิด,สมศรีคำภีระ, สุพรภาวินา, กิตติพัทธ์เอี่ยมรอด และวิทยาสวัสดิ์ภูมิพงศ์. สถานการณ์วัณโรคดื้อยาหลายขนานจังหวัดตากปีงบประมาณ 2554 - เมษายน 2557. วารสารวัณโรค โรคทรวงอก และเวชบำบัดวิกฤติ. ปีที่ 35 ฉบับที่ 1 มกราคม-มีนาคม 2557.
- 7 มาลีเกิดพันธุ์และปิ่นกมลสมพิร์วงศ์ . สถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการรักษาสำเร็จของผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานที่ขึ้นทะเบียนรักษา ณโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปพื้นที่บริการสุขภาพที่ 6 .วารสารวัณโรค โรคทรวงอก และเวชบำบัดวิกฤติ. ปีที่ 34 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม-กันยายน 2556.
- 8 Van Altena R, de Vries G, Haar CH, de Lange WC, Magis-Escurra C, van den Hof S,et al.Highly successful treatment outcome of multidrug-resistant tuberculosis in the Netherlands, 2000-2009. Int J Tuberc Lung Dis.2015;19(4):406-412.
- 9 Huerga H, Bastard M, Kamene M, Wanjala S, Arnold A, Oucho N, et al.Outcomes from the first multidrug-resistant tuberculosis programme in Kenya.Int J Tuberc Lung Dis. 2017;21(3):314-319.
- 10 Tahaoglu K, Torun T, Sevim T,Ataç G, Kir A, Karasulu L, et al.The treatment of multidrug-resistant tuberculosis in Turkey. N Engl J Med 2001; 345:170-4.
- 11 Törün T, Güngör G, Ozmen I, Bölükbaşı Y, Maden E, Biçakçı B,et al. Side effects associated with the treatment of multidrug-resistant tuberculosis.Int J Tuberc Lung Dis. 2005;9(12):1373-7.
- 12 Santha T, Garg R, Frieden TR, Chandrasekaran V, Subramani R, Gopi PG,et al. Risk factors associated with default, failure and death among tuberculosis patients treated in a DOTS programme in Tiruvallur District, South India, 2000. Int J Tuberc Lung Dis. 2002;6(9):780-8.

**ผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมี
กำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ**

**The Effects of Health Belief Program on Self-prevention Behaviors from the
Use of Chemical Pesticides by Farmers in the Area of Responsibility of
Lu sub-district Health Promoting Hospital, Pathum Ratchawongsa District,
Amnat Charoen Province**

ประกาย มิ่งไชย (ส.บ.)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ

Prakai Mingchai (B.P.H)

Lu sub-district health promoting hospital, Pathum

Ratchawongsa district, Amnat charoen province

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญกลุ่มตัวอย่างคือเกษตรกรผู้ทำนาและทำสวนที่เคยใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชไม่น้อยกว่า 6 เดือนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 50 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง มกราคม-เมษายน 2560 สุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ เครื่องมือการวิจัยคือโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ และ แบบสัมภาษณ์ สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test ผลการวิจัยพบว่า

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม 12 สัปดาห์ ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชการรับรู้ผลดีจากการปฏิบัติตามคำแนะนำจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของกลุ่มตัวอย่างสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดอยู่ในระดับมีความเสี่ยงและไม่ปลอดภัย ร้อยละ 62.00 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดอยู่ในระดับมีความเสี่ยงและไม่ปลอดภัย ร้อยละ 50.00 ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขควรแจ้งผลการตรวจหาสารเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดของเกษตรกรให้เกษตรกรทราบผลเลือดโดยเร็วเพื่อเกษตรกรจะได้รับรู้โอกาสเสี่ยงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช, แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ, เกษตรกร

ABSTRACT

This quasi-experimental research aimed to study the effects of health belief program on self-prevention behaviors from the use of chemical pesticides of farmers in the area of responsibility of Lu sub-district health promoting hospital, Pathum Ratchawongsa district, Amnat Charoen province. The sample were Farmers, farmers and gardeners who had used chemical pesticides for least six months in Lu sub-district health promoting hospital, Pathum Ratchawongsa district, Amnat Charoen province. Samples were 50 farmers and during data collection. January-April 2560, purposive sampling. The samples joined health beliefs program. The research instrument were health belief program on self-prevention behaviors from the use of chemical pesticides by farmers in the area of responsibility of Lu sub-district health promoting hospital, Pathum Ratchawongsa district, Amnat Charoen province and interview schedule. The data were analyzed by percentage, mean, standard deviation and paired t-test. After receiving the program 12 weeks, the mean scores of perceived risk from the use of chemical pesticides, The good perceived of the recommendations from the use of chemical pesticides, self-prevention behaviors from the use of

chemical pesticides were significantly higher than before receiving the program ($P < 0.05$). Cholinesterase levels in the blood were at risk and unsafe levels of 62.00%; After the program the samples had cholinesterase levels in the blood at risk and unsafe levels of 50.00%. Therefore, public health personnel should report soon the results of the blood tests to the farmer's choline esters for farmers to perceived the risk from the use of chemical pesticides.

Keywords: self-prevention behaviors from the use of chemical pesticides, health belief model, farmers

บทนำ

สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเป็นสาร หรือส่วนประกอบของสารที่ได้จากการสังเคราะห์ขึ้นหรืออาจสกัดจากธรรมชาติออกมาในรูปของสารเคมี มีประสิทธิภาพในการป้องกัน ควบคุมและทำลายศัตรูพืช¹สถานการณ์การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในประเทศไทย ประเทศไทยนำเข้าวัตถุดิบอันตรายทางการเกษตรในปี พ.ศ. 2556 จำนวน 96,853 ตัน คิดเป็นมูลค่า 13,251 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2557 จำนวน 123,095 ตัน คิดเป็นมูลค่า 18,771 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2558 จำนวน 149,546 ตัน คิดเป็นมูลค่า 19,326 ล้านบาท² จากการศึกษาของจิรภา ไชยวรรณ³ ได้ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและสภาวะสุขภาพของเกษตรกรใน ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร. พบว่าส่วนใหญ่มีพฤติกรรมมาใช้สารเคมี

กำจัดศัตรูพืชในระดับที่เสี่ยง ร้อยละ 51.49 ผลการตรวจโลหิตหาสารเคมีตกค้างในร่างกาย พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับเสี่ยง ร้อยละ 33.66

หมู่บ้านในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลือ อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ เป็นพื้นที่ที่มีภูมิประเทศเป็นที่ราบลุ่มจึงเหมาะแก่การทำเกษตร ประชาชนส่วนใหญ่จึงประกอบอาชีพทำนา ทำสวน การทำสวนพืชเศรษฐกิจที่นิยมปลูกมากในพื้นที่ได้แก่ มะระ มะลิ แฟง บวบ มะเขือ และพริก ซึ่งเป็นพืชที่สร้างรายได้ให้กับเกษตรกรและเมื่อผลผลิตเหล่านี้เป็นความต้องการของตลาดมากขึ้นเกษตรกรจึงมีการนำสารเคมีมาใช้ในการเร่งผลผลิตและป้องกันกำจัดศัตรูพืชมากขึ้น อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของเกษตรกรสมาชิกในครอบครัว สิ่งแวดล้อม และผู้บริโภค จากการสำรวจเบื้องต้น(Pre-Survey) หมู่บ้านในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลือ อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 30 คน เมื่อวันที่ 6 มกราคม 2560 โดยใช้แบบสำรวจพบว่า เกษตรกรมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาคือขณะฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ได้สวมกางเกงขายาวและชายกางเกงอยู่นอกรองเท้า การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่หมดอายุ การรับประทานอาหาร น้ำดื่มและสูบบุหรี่ขณะ ฉีดพ่น การเก็บทำลายภาชนะบรรจุสารเคมี กำจัดศัตรูพืชยังไม่ถูกต้อง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษาผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลือ อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ

โดยจะนำผลการศึกษาเพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนกำหนดนโยบาย และกำหนดแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้องต่อไป

วัตถุประสงค์

- 1 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความเชื่อด้านสุขภาพของเกษตรกรระหว่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังเข้าร่วมโปรแกรม
- 2 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรระหว่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังเข้าร่วมโปรแกรม
- 3 เพื่อเปรียบเทียบระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดของเกษตรกรระหว่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research; pretest-posttest one group design) ประชากรที่ศึกษา คือเกษตรกรผู้ทำนาและทำสวนที่เคยใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชไม่น้อยกว่า 6 เดือนในพื้นที่เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลือ อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้สุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงการคำนวณขนาดตัวอย่าง ใช้สูตรของ อรุณ จิรวรรณกุล⁴ โดยมีค่าผลต่างค่าเฉลี่ย=3.5, ความแปรปรวนของผลต่าง=7.51, ค่าอำนาจทดสอบ (power of test)=1.28 และ $Z_{\alpha(0.05)}=1.64$ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 39 ราย เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างถอนตัวจากการวิจัยจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีก

ร้อยละ 6⁵ ผู้วิจัยจึงปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 50 ราย ได้มีเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติ ที่กำหนดไว้ดังนี้ 1) เกษตรกรที่ประกอบอาชีพทำนาและทำสวนที่เคยใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชไม่น้อยกว่า 6 เดือนในพื้นที่เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลือ อำเภอบึงมะลู จังหวัดอำนาจเจริญ 2) มีอายุ 20 -70 ปี 3) มีความสามารถในการรับรู้ และสื่อความหมายได้ 4) เป็นผู้สมัครใจและ ยินดีมีความพร้อมในการเข้าร่วมโปรแกรมจนสิ้นสุดการทดลอง

เครื่องมือการวิจัย

1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นเองและให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านตรวจสอบความตรงทางเนื้อหาได้แก่ วิดีทัศน์เรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช วิดีทัศน์เรื่องการรับรู้ความรุนแรงอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช วิดีทัศน์เรื่องการรับรู้ผลดีจากการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช วิดีทัศน์เรื่องการรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช บอร์ดนิทรรศการแผ่นพับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ที่ถูกต้อง คู่มือการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ที่ถูกต้องและอุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบสัมภาษณ์สำหรับสัมภาษณ์เกษตรกรที่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช มี 6 ส่วนได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะประชากร มีจำนวน 6 ข้อ ส่วนที่ 2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช มี

จำนวน 17 ข้อ ส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมีจำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 4 การรับรู้ผลดีจากการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช มีจำนวน 14 ข้อ ส่วนที่ 5 การรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช มีจำนวน 11 ข้อ และส่วนที่ 6 พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช มีจำนวน 27 ข้อ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC(index of item-objective congruence)เท่ากับ 0.87 ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ได้นำไปทดลองใช้กับเกษตรกรผู้ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ตรวจสอบความเที่ยงใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค(Cronbach,s Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.82

วิธีการรวบรวมข้อมูล

1 ขั้นตอนเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) เกษตรกรสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล เกษตรตำบล

1.2 จัดเตรียมสื่อและอุปกรณ์ที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม ได้แก่ วิดีทัศน์ คู่มือ แผ่นพับ สื่อตัวแบบด้านบุคคล

1.3 พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การทดสอบเครื่องมือ การปรับปรุงคุณภาพเครื่องมือ

1.4 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่

กำหนด และคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่มที่ตัวอย่างในแต่ละกลุ่มไม่เป็นอิสระต่อกัน

1.5 จัดเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย จำนวน 2 คน คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ

2 ขั้นตอนการ

การดำเนินการวิจัยนี้ใช้เวลาทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ เริ่มตั้งแต่วันที่ 10 มกราคม 2560 ถึง 3 เมษายน 2560 ดังรายละเอียดของการวิจัยมีดังนี้

สัปดาห์ที่ 1

1 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่างรับทราบและขั้นตอนในการดำเนินงานวิจัยพร้อมทั้งข้อตกลงในการเข้าร่วมโปรแกรม ตลอดจนมีการเก็บข้อมูลก่อนการทดลองด้วยแบบสัมภาษณ์ นอกจากนี้ยังได้เจาะเลืกดหาสารเอนไซม์โคลินเอสเตอเรสในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง

2 กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่างโดยการเล่นเกมส์ ร้องเพลงการแนะนำตนเอง เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยภายในกลุ่มตัวอย่าง

3 ผู้วิจัยได้บรรยายให้ความรู้เรื่อง การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และให้ชมวิดิทัศน์เรื่องโอกาสเสี่ยงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

4 ผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่ม 4 กลุ่มๆละ 12-13 คน เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ตรงในชีวิตประจำวันว่ามีโอกาสเสี่ยงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างไรบ้าง

5 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างนำเสนอผลการประชุมกลุ่มแต่ละกลุ่ม

6 ผู้วิจัยสรุปผลการประชุมกลุ่มแต่ละกลุ่มเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และให้คำแนะนำที่ถูกต้องเพิ่มเติม รวมทั้งการถามตอบระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง ต่อจากนั้นผู้วิจัยได้นัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อร่วมกิจกรรมครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2)

สัปดาห์ที่ 2

1 ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างสรุปเนื้อหาจากกิจกรรมครั้งที่ 1

2 ผู้วิจัยได้บรรยายให้ความรู้เรื่อง การรับรู้ความรุนแรงอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และให้ชมวิดิทัศน์เรื่องความรุนแรงอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

3 ผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่ม 4 กลุ่มๆละ 12-13 คน เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ตรงในชีวิตประจำวันว่ามีความรุนแรงอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างไรบ้าง

4 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างนำเสนอผลการประชุมกลุ่มแต่ละกลุ่ม

5 ผู้วิจัยสรุปผลการประชุมกลุ่มแต่ละกลุ่มเกี่ยวกับความรุนแรงอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และให้คำแนะนำที่ถูกต้องเพิ่มเติม รวมทั้งการถามตอบระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง ต่อจากนั้นผู้วิจัยได้นัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อร่วมกิจกรรมครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3)

สัปดาห์ที่ 3

1 ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างสรุปเนื้อหาจากกิจกรรมครั้งที่ 2

2 ผู้วิจัยได้จัดเวทีสัมภาษณ์ตัวแบบบุคคลที่ประสบความรุนแรงอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

3 ผู้วิจัยได้เสนอภาพผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชให้กลุ่มตัวอย่างดู

4 ผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่ม 4 กลุ่มๆละ 12-13 คน เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นจากการพบเห็นตัวแบบบุคคลที่ประสบความรุนแรงอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และได้พบเห็นภาพผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

5 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างนำเสนอผลการประชุมกลุ่มแต่ละกลุ่มที่พบเห็นตัวแบบบุคคลที่ประสบความรุนแรงอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

6 ผู้วิจัยสรุปผลการประชุมกลุ่มแต่ละกลุ่มเกี่ยวกับความรุนแรงอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และให้คำแนะนำที่ถูกต้องเพิ่มเติม รวมทั้งการถามตอบระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง

7 ผู้วิจัยได้จัดบอร์ดนิทรรศการเรื่องความรุนแรงอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช พร้อมกับแจกแผ่นพับ และคู่มือการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้อง

8 ผู้วิจัยแจ้งผลการเจาะเลือดหาสารเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง

9 ผู้วิจัยได้นัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อร่วมกิจกรรมครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 5)

สัปดาห์ที่ 4

1 ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างสรุปเนื้อหาจากกิจกรรมครั้งที่ 3

2 ผู้วิจัยได้บรรยายให้ความรู้เรื่อง การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้อง และให้ชมวิดีโอทัศน์เรื่องผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้อง

3 ผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่ม 4 กลุ่มๆละ 12-13 คน เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ตรงในชีวิตประจำวันเกี่ยวกับผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้อง

4 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างนำเสนอผลการประชุมกลุ่มแต่ละกลุ่ม

5 ผู้วิจัยสรุปผลการประชุมกลุ่มแต่ละกลุ่มเกี่ยวกับผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้อง และให้คำแนะนำที่ถูกต้องเพิ่มเติม รวมทั้งการถามตอบระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง

6 ผู้วิจัยได้สาธิตและฝึกปฏิบัติการใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

7 ผู้วิจัยได้นัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อร่วมกิจกรรมครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 6)

สัปดาห์ที่ 5

ผู้วิจัย ผู้ช่วยผู้วิจัย ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) และ สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ออกเยี่ยมบ้าน กระตุ้น ชักชวน ให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ ติดตามสังเกต กลุ่มตัวอย่างในการปฏิบัติการใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และผู้นำชุมชนมีการให้ความรู้ทางหอกระจายข่าวทุกวัน เวลา 06.00-06.15 น.

สัปดาห์ที่ 6

1 ผู้วิจัยได้ให้ผู้ช่วยผู้วิจัย ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) และ สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล มาสรุปเนื้อหาจากการไปเยี่ยมบ้านและผลจากการสังเกต

2 ผู้วิจัยได้บรรยายให้ความรู้เรื่อง การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตามคำแนะนำการใช้สารเคมี

กำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้อง และให้ชมวิดิทัศน์เรื่องการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตามคำแนะนำการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้อง

3 ผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่ม 4 กลุ่มๆละ 12-13 คน เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ตรงในชีวิตประจำวันเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตามคำแนะนำการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้อง

4 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างนำเสนอผลการประชุมกลุ่มแต่ละกลุ่ม

5 ผู้วิจัยสรุปผลการประชุมกลุ่มแต่ละกลุ่มเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตามคำแนะนำการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้อง และให้คำแนะนำที่ถูกต้องเพิ่มเติม รวมทั้งการถามตอบระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง

6 ผู้วิจัยได้จัดตั้งกลุ่มเกษตรกรที่จะลด ละ เลิกการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

7 ผู้วิจัยได้นัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อร่วมกิจกรรมครั้งที่ 7 (สัปดาห์ที่ 7)

สัปดาห์ที่ 7

ผู้วิจัย ผู้ช่วยผู้วิจัย ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) และ สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ออกเยี่ยมบ้าน กระตุ้น ชักชวน ให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ ติดตามสังเกต กลุ่มตัวอย่างในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และ ผู้นำชุมชนมีการให้ความรู้ทางหอกระจายข่าว ทุกวัน เวลา 06.00-06.15 น.

สัปดาห์ที่ 8

1 ผู้วิจัยได้ให้ผู้ช่วยผู้วิจัย ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) และ สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล มาสรุปเนื้อหา

จากการไปเยี่ยมบ้าน และผลจากการสังเกต

2 ผู้วิจัยได้เชิญเกษตรกรตำบลบรรยายให้ความรู้เรื่อง เกษตรอินทรีย์แทนการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และให้ชมวิดิทัศน์เรื่องเกษตรอินทรีย์แทนการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

3 ผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่ม 4 กลุ่มๆละ 12-13 คน เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเรื่องการใช้เกษตรอินทรีย์แทนการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

4 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างนำเสนอผลการประชุมกลุ่มแต่ละกลุ่ม

5 ผู้วิจัยสรุปผลการประชุมกลุ่มแต่ละกลุ่มเกี่ยวกับการใช้เกษตรอินทรีย์แทนการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และให้คำแนะนำที่ถูกต้องเพิ่มเติม รวมทั้งการถามตอบระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง

6 ผู้วิจัยได้นัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อร่วมกิจกรรมครั้งที่9 (สัปดาห์ที่ 9)

สัปดาห์ที่ 9

1 ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างสรุปเนื้อหาจากกิจกรรมครั้งที่ 8

2 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการไปศึกษาดูงานเกษตรอินทรีย์

3 ผู้วิจัยได้พากลุ่มตัวอย่างไปศึกษาดูงานเกษตรอินทรีย์ที่บ้านสร้างถ่อ หมู่ที่ 2 ตำบลสร้างถ่อ อำเภอเชียงใน จังหวัดอุบลราชธานี

4 ผู้วิจัยได้นัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อร่วมกิจกรรมครั้งที่ 10 (สัปดาห์ที่ 10)

สัปดาห์ที่ 10

ผู้วิจัย ผู้ช่วยผู้วิจัย ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) และ สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ออกเยี่ยมบ้าน กระตุ้น ชักชวน ให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ ติดตามสังเกต

กลุ่มตัวอย่างในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และ ผู้นำชุมชนมีการให้ความรู้ทางหอกระจายข่าว ทุกวัน เวลา 06.00-06.15 น.

สัปดาห์ที่ 11

1 ผู้วิจัยได้กล่าวทักทายและได้แจ้งวัตถุประสงค์การเรียนรู้

2 ผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่ม 4 กลุ่มๆละ 12-13 คน เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์จากการไปศึกษาดูงานเกษตรอินทรีย์

3 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างนำเสนอผลการประชุมกลุ่มแต่ละกลุ่ม

4 ผู้วิจัยสรุปผลการประชุมกลุ่มแต่ละกลุ่มเกี่ยวกับผลจากการไปศึกษาดูงานเกษตรอินทรีย์ และให้คำแนะนำที่ถูกต้องเพิ่มเติม รวมทั้งการถามตอบระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง

5 ผู้วิจัยได้นัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อร่วมกิจกรรมครั้งที่ 12 (สัปดาห์ที่ 12)

สัปดาห์ที่ 12

1 ผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่ม 4 กลุ่มๆละ 12-13 คน เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์สรุปความรู้ที่ได้จากการเข้าร่วมโปรแกรมและการศึกษาดูงานเกษตรอินทรีย์

2 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างนำเสนอผลการประชุมกลุ่มแต่ละกลุ่ม

3 ผู้วิจัยสรุปผลการประชุมกลุ่มแต่ละกลุ่มเกี่ยวกับผลที่ได้จากการเรียนการสอนตลอดหลักสูตรและการศึกษาดูงานเกษตรอินทรีย์ และให้คำแนะนำที่ถูกต้องเพิ่มเติม รวมทั้งการถามตอบระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง

4 ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลหลังการใช้โปรแกรมด้วยแบบสัมภาษณ์ นอกจากนี้ยังได้เจาะเลือดหา

สารเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพรรณนา(Descriptive Statistics)ได้แก่ร้อยละค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เชิงอนุมาน(Inferential Statistics)ใช้สถิติ Paired t-test

ผลการศึกษา

1 คุณลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 40.0 รองลงมาคือกลุ่มที่มีอายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 30.0 ส่วนใหญ่เพศชายร้อยละ 64.0 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 96.0 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60.0 รองลงมาจบการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 22.0 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 96.0 และมีรายได้ต่อเดือนของครอบครัวต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 74.0 รองลงมา มีรายได้ต่อเดือน 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 24.0

2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรม ($t=2.344$) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-Value}<0.05$)

ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรม ($t=-0.708$) ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-Value}>0.05$)

ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ผลดีจากการปฏิบัติ
ตามคำแนะนำจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของ
กลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรม ($t=-3.837$) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
($P\text{-Value}<0.05$)

ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคจากการ
ปฏิบัติตามคำแนะนำจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรู
พืชของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรม
($t=0.294$) ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติ($P\text{-Value} >0.05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง
ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม โดยใช้สถิติทีคู่ (paired t-test) ($n=50$)

ประเด็น	N	ความเชื่อด้านสุขภาพ				t	P-value
		ก่อนการใช้โปรแกรม		หลังการใช้โปรแกรม			
		Mean	SD.	Mean	SD.		
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	50	37.26	6.33	34.03	8.76	2.344	0.021*
การรับรู้ความรุนแรง	50	25.58	3.96	25.91	2.31	-0.708	0.481
การรับรู้ผลดีจากการปฏิบัติตามคำแนะนำ	50	33.20	3.46	35.06	3.73	-3.837	0.001*
การรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติตามคำแนะนำ	50	25.35	3.56	25.19	4.84	0.294	0.770

*มีนัยสำคัญทางสถิติ($P<0.05$)

3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนน
เฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สาร
เคมีกำจัดศัตรูพืชของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการ
ใช้โปรแกรมพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการ

ป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของ
กลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรม
($t=4.312$) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
($P\text{-Value}<0.05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมี กำจัดศัตรูพืชของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรม โดยใช้สถิติทีคู่ (paired t-test) (n=50)

ประเด็น	N	พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช				t	P-value
		ก่อนการใช้โปรแกรม		หลังการใช้โปรแกรม			
		Mean	SD.	Mean	SD.		
พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช	50	76.75	3.34	71.37	11.97	4.312	0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติ(P<0.05)

4 การเปรียบเทียบระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดของกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรม พบว่า ก่อนใช้โปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดอยู่ในระดับมีความเสี่ยงและไม่ปลอดภัย

ร้อยละ 62.00 และหลังการใช้โปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดอยู่ในระดับมีความเสี่ยงและไม่ปลอดภัย ร้อยละ 50.00 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดของกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรม

ระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรส	ก่อนการใช้โปรแกรม		หลังการใช้โปรแกรม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปกติ	9	18.00	5	10.00
ปลอดภัย	10	20.00	20	40.00
มีความเสี่ยง	13	26.00	9	18.00
ไม่ปลอดภัย	18	36.00	16	32.00
รวม	50	100.00	50	100.00

วิจารณ์

1. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ($t=2.344$) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-Value}<0.05$) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า เกษตรกรที่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมีความแตกต่างกันระหว่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ที่เป็นดังนี้เนื่องมาจากเกษตรกรได้รับทราบผลการตรวจสารเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดของเกษตรกร ทำให้ทราบว่าตนเองมีโอกาสร้อยต่อการเกิดพิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขควรแจ้งผลการตรวจหาสารเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดของเกษตรกรให้เกษตรกรทราบผลเลือดโดยเร็วเพื่อเกษตรกรจะได้รับรู้โอกาสเสี่ยงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชจากผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของเด็เดียววรรณชาติ⁶ ที่ได้ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรอำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยง ดีขึ้นกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจมาศ ทองมาก⁷ ที่ศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมแรงจูงใจร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการใช้สารเคมีกำจัด

ศัตรูพืชของเกษตรกร อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยง ดีขึ้นกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) จากผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ที่ว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.1 บุคลากรสาธารณสุขควรแจ้งผลการตรวจหาสารเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดของเกษตรกรให้เกษตรกรทราบผลเลือดโดยเร็วเพื่อเกษตรกรจะได้รับรู้โอกาสเสี่ยงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

1.2 บุคลากรสาธารณสุขควรแนะนำให้เกษตรกรอาบน้ำทันทีหลังการฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

1.3 บุคลากรสาธารณสุขควรแนะนำให้เกษตรกรสวมถุงมือและหน้ากากทุกครั้งในขณะที่ผสมสารเคมี

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรทำการวิจัยถึงทดลองโดยแบ่งกลุ่มที่ศึกษาเป็นสองกลุ่มคือกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

2.2 ควรทำการศึกษาเรื่อง ปริมาณสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ตกค้างในผักและผลไม้

2.3 รูปแบบการวิจัยควรทำการศึกษาแบบไปข้างหน้า (Cohort Study) เพื่อติดตามผลการดำเนินงานของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อ

พฤติกรรมการป้องกันตนเองว่า มีปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันอันตรายของเกษตรกรที่มีความยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ผู้นำท้องถิ่น ประชาชน เกษตรกรผู้ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ที่ให้การสนับสนุนและช่วยเหลือในการเก็บข้อมูลจนการศึกษา มีความสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- 1.สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. คู่มือเกษตรกรเพื่อการป้องกันโรคพิษสารกำจัดศัตรูพืช.พิมพ์ครั้งที่ 2. [ม.ป.ท.:ม.ป.พ.];2549.
- 2.สำนักควบคุมพืชและวัสดุการเกษตร กรมวิชาการเกษตร. รายงานสรุปการนำเข้าวัตถุอันตรายทางการเกษตร ปี พ.ศ. 2558. [อินเทอร์เน็ต].จาก <http://www.thaipan.org/node/764>[7 มีนาคม 2560]
- 3.จิรา ไชยวรรณ. (2559). พฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและสภาวะสุขภาพของเกษตรกรในตำบลชุมเงิน อำเภอเมืองจังหวัดยโสธร.วารสารสาธารณสุขอุบลราชธานี.2559;15(1):58.

- 4.อรุณ จิรวรรณกุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์เพื่อการวิจัย .กรุงเทพฯ:วิทย์พัฒน์;2552.
- 5.นิตยา เพ็ญศิริินภา. ผลของการศึกษาเพื่อการสร้างพลังในการป้องกันการสูบบุหรี่สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดสุพรรณบุรี. [วิทยานิพนธ์ดุษฎีบัณฑิต]สาขาวิชาสุขศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล;2542.
- 6.เด็ดเดี่ยว วรรณชาติ. ผลของโปรแกรมแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์. [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต] สาขาการจัดการระบบสุขภาพ.บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม;2553.
- 7.เบญจมาศ ทองมาก.ประสิทธิผลของโปรแกรมแรงจูงใจร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์.วารสารวิทยาลัยนครราชสีมา2555 ;6(2):67.

ความรู้ ความเชื่อ การปฏิบัติในการเลือกเห็ดเพื่อปรุงอาหาร และการปฏิบัติเมื่อกินเห็ดมีพิษของชาวบ้าน อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี

Knowledge, beliefs, and practice to select the mushroom for cooking, and practice to first aid when poisoned from mushroom : Trakarnpuetphon, Ubonratchathani

พรสุดา โสวรรณี วทบ.(สาธารณสุขศาสตร์)

สิรินาถ เทียนคำ วทบ.(สาธารณสุขชุมชน)

ณัฐพล ปัญญา วทบ.(สุขศึกษา)

โรงพยาบาลตระการพืชผล

PornsudaSowannee B.Sc. (Public Health)

Sirinatheankam B.Sc. (Community Public Health)

NattaponPanya B.Sc. (Health Education)

Trakarnpuetphon Hospital

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติในการเลือกการปรุงอาหารจากเห็ดที่ปลอดภัย และการปฐมพยาบาลเบื้องต้นเมื่อป่วยด้วยโรคเห็ดพิษ และรวบรวมความรู้เผยแพร่ให้ประชาชนต่อไป กลุ่มตัวอย่างได้แก่ประชาชนที่มีความชำนาญเรื่องเห็ดในตำบลที่มีป่าชุมชนแหล่งเก็บเห็ดหรือมีตลาดจำหน่ายอาหารป่า และผู้ป่วยโรคเห็ดพิษ รวม 124 คน ศึกษาช่วงเดือนกรกฎาคม - กันยายน 2559 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบทดสอบ และรวบรวมข้อคิดเห็นจากการสนทนากลุ่ม

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องเห็ดถูกต้องทุกข้อร้อยละ 4.0 โดยความรู้ถูกต้องมากที่สุดเรื่อง อาการและความรุนแรงของโรคเห็ดพิษ ร้อยละ 96.8 ความรู้ไม่ถูกต้องมากที่สุดคือ เรื่องสรรพคุณของสมุนไพรย่านางแดงในการดูดซับพิษจากเห็ดได้ ร้อยละ 84.7 ส่วนความเชื่อถูกต้องทุกข้อร้อยละ 6.5 โดยเชื่อว่าการเจ็บป่วยไม่ได้เกิดจากกรรมเก่าในชาติก่อนมาก

ที่สุด ร้อยละ 79.8 ความเชื่อไม่ถูกต้องมากที่สุดคือ เชื่อว่าเห็ดที่เคยกินในอดีต จะไม่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้ในปัจจุบัน ร้อยละ 82.3 ส่วนการปฏิบัติถูกต้องทุกข้อ ร้อยละ 1.6 การปฏิบัติที่ถูกต้องมากที่สุดคือไม่ใช้การสังเกตเห็ดพิษที่รอยแมลงหรือสัตว์กัดแทะ ร้อยละ 25.8 การปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องมากที่สุดคือการสังเกตสีของข้าวที่ใส่ลงในหม้อแกงเห็ดร้อยละ 91.1 สำหรับผลการศึกษาเชิงคุณภาพ ได้แก่ ลักษณะเห็ดมีพิษส่วนใหญ่กลิ่นฉุน สีฉูดฉาด ขาไม่เรียบ ไม่มีรอยแมลงสัตว์กัดแทะ หลังเห็ดแตก มีขน ไม่เรียบ ได้ครีบบอกเห็ด เรียงห่างกัน มีผ้าผูกคอ ขามีถุงเท้า สำหรับวิธี ปรุงอาหารจากเห็ดให้ปลอดภัยโดย ใช้ความร้อนสูง สม่่าเสมอ เป็นเวลาต่อเนื่องกันนานๆ ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคเห็ดพิษ ได้แก่ ชนิดเห็ด สถานที่เก็บเห็ด วิธีการปรุง ระยะเวลาที่ใช้ในการปรุง ชนิดของเชื้อเพลิงที่ใช้ปรุง ปัจจัยที่มีผลต่อความรุนแรงของโรค ได้แก่ อายุ โรคประจำตัว ปริมาณการกินอาหารที่กินร่วม และวิธีปฐมพยาบาลเบื้องต้นเมื่อ

กินเห็ดมีพิษ คือ การทำให้อาเจียนให้เร็วและมากที่สุด โดยการล้วงคอ กินไข่ขาวดิบ กินเกลือ/ผงถ่านละลายน้ำอุ่น การใช้สมุนไพรดูดซับพิษ เช่น ย่านางแดง รางจืด ต้มแก่นไม้สัก ก้านพลูผสมเหล้าขาวดื่ม ตลอดจนการฝังตัวในดินทราย

ผลการศึกษาชี้ว่า ความรู้ ความเชื่อและการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างมีทั้งสอดคล้องและขัดแย้งกับผลการศึกษาทางวิชาการจึงให้ความรู้เพิ่มเติมกับกลุ่มเป้าหมาย และรวบรวม “คู่มือเห็ดสำหรับประชาชน” ซึ่งจะได้ประเมินผลการใช้ประโยชน์ต่อไป

ABSTRACT

This research aims to study the knowledge, beliefs, and practice of making mushroom dishes safely and mushroom poisoning first aid. The study sample are mushroom experts in community forests and wild “food shares” available in local markets. The study sample also includes patients of mushroom poisoning in Trakarnpuetphon hospital. The total sample size is 124 persons, the study was conducted July to September, 2016. A questionnaire was used to assess knowledge, beliefs, and practices regarding mushrooms, and focus-group interviews were used, designed around issues based on outbreak investigation of mushroom poisoning.

About knowledge of mushroom 4% could answer the correct Knowledge with

96.8% of them had the most accurate knowledge about symptoms and severity of mushroom poisoning . Only 84.7% of participants answered questions correctly about the properties of Ya Nang Daeng herb. As for beliefs, 6.5% have all correct beliefs. The correct beliefs reported by the highest proportion was that illness was the result of Karma (79.8%). The incorrect belief reported by the highest proportion was that previous consumed mushrooms did not cause disease in the present (82.3%). In terms of practice, only 1.6% practice all items asked correctly. The practice performed correctly by the highest proportion of the study sample is identifying poison mushrooms by looking for insects or animal bite marks (25.8%). By contrast, the incorrect practice performed by the highest proportion was observed rice's color remain intact after boiled (91.1%). Qualitative data from group discussion include issues on profiles of poisonous and non-poisonous mushrooms, making mushroom dishes safely, factors affecting severity of mushroom poisoning, and first aid if poisoned by mushroom.

The findings are consistent with some current academic knowledge, but inconsistent with others in other settings. Therefore, “A Public Mushroom handbook” was

developed. The handbook was disseminated to the public to improve their knowledge, beliefs, and practice.

บทนำ

เห็ดจัดเป็นสิ่งมีชีวิตประเภทที่มีขนาดใหญ่ มักพบในป่าชุมชนที่มีความอุดมสมบูรณ์ แต่บางชนิดมีการเพาะเลี้ยงได้เอง ประชาชนทั่วไปทุกพื้นที่นิยมบริโภคเนื่องจาก เป็นอาหารมีคุณค่าทางโภชนาการทดแทนเนื้อสัตว์ มีโปรตีนสูงเท่ากับถั่ว เมล็ดแห้ง¹ แร่ธาตุสูงกว่าผักถึง 2 เท่า เช่น โพแทสเซียม ฟอสฟอรัส แมกนีเซียม และสังกะสี แต่ไม่มีโคเลสเตอรอลที่เป็นอันตรายต่อระบบไหลเวียนโลหิต นอกจากนี้ยังเป็นแหล่งของเส้นใย (fiber) และวิตามิน เช่น วิตามิน B₁ (thiamin) วิตามิน B₂ (riboflavin) วิตามิน B₃ (niacin) เป็นต้น² จากความหลากหลายของเห็ดในแต่ละพื้นที่ทำให้มีรายงานการเจ็บป่วยจากการรับประทานเห็ดพิษเพิ่มขึ้นทุกปีเนื่องจากเห็ดเหล่านี้สามารถสร้างสารพิษชีวภาพที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อมนุษย์ได้ ซึ่งในเห็ดพิษชนิดเดียวกันอาจมีสารชีวพิษอยู่หลายชนิดต่างกันตามพื้นที่ที่เห็ดงอก³

จากรายงานการเฝ้าระวังโรคสำนักกระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี 2547-2556 พบอุบัติการณ์การได้รับพิษจากการรับประทานเห็ด มีแนวโน้มลดลงจาก 36.3 เป็น 2.14 ต่อประชากรแสนคน จำนวนผู้ป่วยที่มีการรายงานอยู่ระหว่าง 1,303,1381 - ราย ส่วนผู้เสียชีวิตในปีที่มีอัตราตายสูง พบมากกว่า 10 รายขึ้นไป โดยพบสูงสุด 24 รายในปี 2555 ทั้งนี้สามารถพบผู้ป่วยได้ตลอดปี แต่จะพบมากในช่วงฤดูฝนตั้งแต่เดือน

พฤษภาคมถึงเดือน กันยายนและลดลงเมื่อเข้าสู่ฤดูหนาว ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราป่วยสูงเป็นอันดับหนึ่งมาตลอด⁴

สำหรับสถานการณ์โรคเห็ดพิษ (Mushroom poisoning) จังหวัดอุบลราชธานีตั้งแต่ปี 2553-2558 พบอัตราป่วยเพิ่มขึ้นเล็กน้อย เท่ากับ 13.07, 5.7, 17.6, 8.04, 10.8 และ 15.4 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ แต่อัตราป่วยตายค่อยๆเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 0.84, 0, 0.62, 0.68, 1.02 และ 1.44 พบผู้ป่วยมากช่วงเดือนพฤษภาคม-ตุลาคมโดยมีสัดส่วนการป่วยมากที่สุดในกลุ่มอายุ 35-54 ปี (ร้อยละ 45.3)⁵ ส่วนสถานการณ์โรคเห็ดพิษ อำเภอดงรักพิษผล จังหวัดอุบลราชธานีพบว่าในปี 2554 แพทย์วินิจฉัยรวมกับอาหารเป็นพิษที่ไม่จำแนกสาเหตุ ตั้งแต่ปี 2555-2558 มีรายงานผู้ป่วยโรคเห็ดพิษไม่แตกต่างกันมากนัก 90, 94, 60, 108 ราย อัตราป่วยต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 74.55, 70.46, 44.98 และ 89.46 ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 45-60 ปี พบผู้ป่วยเสียชีวิต ในปี 2556 และ 2558 จำนวน 2 ราย และ 1 รายตามลำดับ ทั้งนี้จากการสอบสวนโรคและทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยโรคเห็ดพิษที่รักษาในโรงพยาบาลดงรักพิษผล ตั้งแต่ปี 2557-2558 จำนวน 162 รายพบว่าเกิดจากเห็ดที่รู้จักและรับประทานประจำได้แก่ เห็ดรวม(เห็ดดิน เห็ดข่า เห็ดถ่าน) มากที่สุด 43 ราย (ร้อยละ 30.4) รองลงมาเป็นเห็ดผึ้งข้าวก่ำ 33 ราย (ร้อยละ 23.4) เห็ดปลวก 14 ราย (ร้อยละ 9.9) นอกจากนี้มี เห็ดระโงก เห็ดเชียงหม่า เป็นต้น ส่วนวิธีการปรุงอาหารที่ทำให้ป่วยมากที่สุดคือ แกง ร้อยละ 56.5 รองลงมาเป็น การนึ่ง และการปิ้งย่าง ร้อยละ 21.5 และ 9 ตามลำดับ นอกจากนี้

นี้ได้เก็บตัวอย่างเห็ดสด แยกเห็ด และนึ่งเห็ดที่
เหลือจากการรับประทานของผู้ป่วยส่งตรวจ
วิเคราะห์หาสารพิษด้วยวิธี TLC, LC-MS-MS (ได้
รับการรับรองตามมาตรฐาน ISO15189) และตรวจ
สอบทางสัณฐานวิทยาที่สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์
สาธารณสุขกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวง
สาธารณสุข จำนวน 3 ตัวอย่างคือ เห็ดเหียงหม่ม เห็ด
ปลวกจิก และเห็ดผึ้งขาวกำหนดผลการตรวจไม่พบ
toxin ทั้ง α -amanitin และ β -amanitin (pro-
toplasmic toxin) และ muscarine (neuro-
toxin) แต่ในอำเภอตระการพืชผลมีรายงานผู้ป่วย
รับประทานเห็ดชนิดดังกล่าวซึ่งไม่เป็นไปตามหลัก
วิชาการ นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความ
รุนแรงหรือการเสียชีวิตจากโรคเห็ดพิษ ได้แก่ ชนิด
เห็ด วิธีปรุง ระยะเวลาการปรุง อายุ โรคประจำตัว
ปริมาณที่รับประทาน และ อาหารที่รับประทาน
ร่วมแต่ละครั้ง

ดังนั้น จึงได้ศึกษาความรู้ ความเชื่อ การ
ปฏิบัติ และภูมิปัญญาท้องถิ่นเกี่ยวกับการเลือก
การปรุงอาหารจากเห็ดและการปฏิบัติเมื่อป่วย
ด้วยโรคเห็ดพิษ จากผู้มีความชำนาญเรื่องเห็ดและ
ผู้ที่เคยป่วยโรคเห็ดพิษในแต่ละหมู่บ้าน เพื่อ
รวบรวมข้อมูลประกอบการวางแผนป้องกันการ
เจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรคเห็ดพิษที่สอดคล้อง
กับบริบทจริงในพื้นที่ในอนาคต ตลอดจนเผยแพร่
ให้กับประชาชนและผู้สนใจต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรู้ ความเชื่อ การปฏิบัติ
และภูมิปัญญาท้องถิ่นเกี่ยวกับการเลือก การปรุง
อาหารจากเห็ดและการปฏิบัติตัวเมื่อป่วยด้วยโรค

เห็ดพิษ

2. เพื่อเป็นฐานความรู้เกี่ยวกับเห็ดและวิธี
ปรุงอาหารจากเห็ดที่ปลอดภัยเผยแพร่ให้
ประชาชนและผู้สนใจ

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ
(Action Research)

พื้นที่ศึกษา

ศึกษาใน 14 ตำบล ที่มีป่าชุมชนที่เป็นแหล่ง
เก็บเห็ดขนาดใหญ่ มีตลาดจำหน่ายอาหารป่า และ
ตำบลที่มีรายงานผู้ป่วยเป็นกลุ่มก้อน ได้แก่ ตำบล
คอนสาย ห้วยผ่าย ตากแดด กุศกร สะพือ ตระการ
โคกจาน ขามเปี้ย ไหล่ทุ่ง เซเป็ด ขุหลุ คำเจริญ กุด
ยาลวน เกษม อำเภอตระการพืชผล จังหวัด
อุบลราชธานีระหว่างเดือนกรกฎาคม – เดือน
กันยายน 2559

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา 124 คนประกอบด้วย

1. ประชาชนที่มีประสบการณ์ ความชำนาญ
เกี่ยวกับเห็ด ที่ชาวบ้านเรียกว่า “เซียนเห็ด” ซึ่งได้
จากการสำรวจโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับ
ตำบล ในพื้นที่ที่มีป่าชุมชนแหล่งเก็บเห็ด หรือ
ตำบลที่มีตลาดจำหน่ายอาหารป่าหรือตำบลที่มี
ผู้ป่วยโรคเห็ดพิษเป็นกลุ่มก้อนในปี 2558 รวม 14
ตำบล เซียนเห็ด ในความหมายของชาวบ้านคือ
ผู้ที่มีประสบการณ์และความชำนาญในการจำแนก
เห็ดพิษและเห็ดไม่มีพิษ รู้แหล่งที่เกิดเห็ด โดยเก็บ
เห็ดมารับประทานเองหรือจำหน่ายในหมู่บ้านเป็น
เวลาไม่น้อยกว่า 3-5 ปี เมื่อเอ่ยชื่อชาวบ้านรู้จัก

และยอมรับเรียก เขียนเห็ด โดยให้ อสม.สำรวจรายชื่อในแต่ละหมู่บ้าน

2.ผู้ป่วยโรคเห็ดพิษที่ได้รับการตรวจรักษาในโรงพยาบาลตระการพืชผล เมื่อปี 2558 โดยการเลือกแบบเจาะจงจากเหตุการณ์ที่มีการเจ็บป่วยเป็นกลุ่มก้อน ซึ่งสมัครใจเข้าร่วมการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1.แบบสอบถามที่ตอบด้วยตนเอง แบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป คำถามเกี่ยวกับเห็ดและการเจ็บป่วยด้วยโรคเห็ดพิษ ทั้งหมด 15 ข้อ แบ่งเป็น หมวดความรู้ จำนวน 7 ข้อ หมวดความเชื่อ จำนวน 5 ข้อ และหมวดการปฏิบัติ จำนวน 3 ข้อ โดยลักษณะคำตอบเป็นแบบเห็นด้วย และไม่เห็นด้วย (ถูก – ผิด) ซึ่งจากการทดสอบคุณภาพแบบสอบถาม โดยตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.89 ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ในแต่ละหมวด ได้ค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.876, 0.858, 0.854 ตามลำดับ

2.สไลด์ภาพถ่ายเห็ดจริงที่พบในท้องถิ่นเพื่อให้นักกลุ่มตัวอย่างบอกชื่อและจำแนกประเภทว่าเป็นเห็ดพิษหรือเห็ดที่รับประทานได้

3.ประเด็นคำถามที่กำหนดขึ้นจากการสอบสวนโรคและประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคเห็ดพิษของผู้ป่วย เพื่อใช้ในการอภิปรายกลุ่ม ได้แก่ การสังเกตลักษณะของเห็ดพิษ วิธีการปรุงอาหารจากเห็ดให้ปลอดภัย ปัจจัยที่มีผลต่อความรุนแรงของอาการป่วยและการเสียชีวิตจากโรคเห็ดพิษ และวิธีปฐมพยาบาลเบื้องต้นเมื่อป่วยด้วยโรคเห็ดพิษ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1.การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

2.การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการรวบรวมประเด็นจากการอภิปรายกลุ่มในหัวข้อที่กำหนด

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ส่วน

ข้อมูลเชิงคุณภาพมีการตรวจสอบข้อมูลด้วยเทคนิคสามเส้า และวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม เกี่ยวกับชนิดของเห็ด การจำแนกเห็ดพิษและเห็ดไม่มีพิษ ปัจจัยที่ทำให้ป่วยด้วยโรคเห็ดพิษ การปฐมพยาบาลเบื้องต้นเมื่อป่วยด้วยโรคเห็ดพิษ โดยนำข้อมูลทั้งหมดมาสังเคราะห์เพื่อสรุปความสัมพันธ์ของข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

สถิติที่ใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง 124 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 89.5อายุเฉลี่ย 48 ปี (ต่ำสุด 17 ปี สูงสุด 82 ปี) จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 51.6 มีความชำนาญในการเก็บเห็ด ร้อยละ 83.9 รองลงมาชำนาญเรื่องการปรุงอาหารจากเห็ด ร้อยละ 76.6 สถานที่เก็บเห็ดส่วนใหญ่เก็บจากป่าชุมชนในหมู่บ้านร้อยละ 85.5 รองลงมาเก็บจากป่าสาธารณะทั่วไป ร้อยละ 51.6 ส่วนใหญ่ได้รับความรู้เรื่องการเลือกรับประทาน

เห็ดให้ปลอดภัยจากบรรพบุรุษ ผู้สูงอายุในชุมชน ร้อยละ 84.7 รองลงมาเป็นโทรทัศน์และวิทยุ ร้อยละ 37.9 และ 33.1 ตามลำดับ เคยเจ็บป่วยด้วยโรคเห็ดพิษร้อยละ 7.3 (8 ราย) อาการป่วยที่สำคัญคืออาเจียน ร้อยละ 100 โดยในกลุ่มที่เคยป่วย คิดว่าสาเหตุของการป่วยมาจากการปรุงไม่สุก ร้อยละ 77.8 การปฏิบัติตัวเมื่อเกิดการเจ็บป่วยทุกรายเข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุข ร้อยละ 100 ส่วนชนิดของเห็ดที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยเห็ดพิษมากที่สุด คือเห็ดรวมร้อยละ 50.0

ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบความรู้เกี่ยวกับการเลือก การปรุงอาหารจากเห็ดและการปฏิบัติเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคเห็ดพิษของผู้มีความชำนาญเกี่ยวกับเห็ด (เขียนเห็ด)

ผลการทดสอบความรู้ของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการเลือก การปรุงอาหารจากเห็ดและการปฏิบัติเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคเห็ดพิษ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ถูกต้องทั้ง 7 ข้อ ร้อยละ 4.0 ค่าคะแนนความรู้ถูกต้องเฉลี่ยเท่ากับ 5.24 คะแนน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 คะแนนรวมผลการทดสอบความรู้เกี่ยวกับการเลือกเห็ด การปรุงอาหาร และการปฏิบัติเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคเห็ดพิษของผู้มีความชำนาญเกี่ยวกับเห็ด

คะแนนรวมหมวดความรู้	จำนวน	ร้อยละ
1 คะแนน	0	0.0
2 คะแนน	3	2.4
3 คะแนน	1	0.8
4 คะแนน	24	19.4
5 คะแนน	36	29.0
6 คะแนน	55	44.1
7 คะแนน	5	4.0
รวม	124	100.0

คะแนนต่ำสุด 2 คะแนน มากที่สุด 7 คะแนน เฉลี่ย 5.24 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.99

พิจารณาความรู้รายข้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ถูกต้องมากที่สุด เรื่องอาการของโรคเห็ดพิษทำให้อาเจียน ถ่ายเป็นน้ำ และเสียชีวิตได้ ร้อยละ 96.58 รองลงมาเป็นความรู้เรื่องการปฐมพยาบาลที่ดีที่สุดเมื่อกินเห็ดพิษ คือทำให้อาเจียนออกให้มากที่สุดและรีบไปโรงพยาบาล ร้อย

ละ 91.1 ส่วนความรู้เกี่ยวกับเห็ดที่ยังไม่ถูกต้องมากที่สุด คือ ไม่รู้สรรพคุณของสมุนไพรย่านางแดงในการดูดซับพิษจากเห็ดได้ ร้อยละ 84.7 รองลงมาคือไม่รู้ว่ามีผู้ป่วยโรคเห็ดพิษในปัจจุบันส่วนใหญ่มักเกิดจากเห็ดที่เคยกิน ร้อยละ 76.6 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลการทดสอบความรู้เกี่ยวกับการเลือกเห็ด การปรุงอาหารจากเห็ด และการปฏิบัติเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคเห็ดพิษของผู้มีความชำนาญเกี่ยวกับเห็ด (ต่อ)

คำถาม	จำนวน	ร้อยละ
1.3 ท่านทราบว่า ความรุนแรงของอาการป่วยจากการกินเห็ดพิษ จะมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับ ชนิดของเห็ด ปริมาณที่กิน อาหารหรือเครื่องดื่มที่กินร่วมด้วย รวมทั้ง อายุและโรคประจำตัวของผู้ป่วย		
-ถูกต้อง	72	58.1
-ไม่ถูกต้อง	52	41.9
1.4 ท่านทราบว่าเมื่อมีอาการอาเจียน หลังจากกินเห็ดพิษให้กินยาห้ามอาเจียน ทันทีจนกว่าอาการจะดีขึ้น		
-ถูกต้อง	102	82.3
-ไม่ถูกต้อง	22	17.7
1.5 ท่านทราบว่าเมื่อมีอาการอาเจียนหลังกินเห็ดพิษ วิธีปฐมพยาบาลที่ดีที่สุดคือการล้วงคอหรือทำให้อาเจียนออกให้มากที่สุด และรีบไปโรงพยาบาล		
-ถูกต้อง	113	91.1
-ไม่ถูกต้อง	11	8.9
1.6 ท่านทราบว่าน้ำสมุนไพรย่านางแดง มีสรรพคุณช่วยดูดซับสารพิษจากการกินเห็ดพิษได้		
-ถูกต้อง	19	15.3
-ไม่ถูกต้อง	105	84.7
1.7 ท่านทราบว่าเมื่อเกิดอาการพิษจากการกินเห็ด ให้ดื่มสมุนไพรที่มีสรรพคุณดูดซับสารพิษผสมเหล้าดองยาเพื่อรับถอนพิษ		
-ถูกต้อง	97	78.2
-ไม่ถูกต้อง	27	21.8
รวม	124	100.0

ส่วนที่ 3 ผลการทดสอบความเชื่อ เกี่ยวกับการเลือกเห็ด การปรุงอาหารจากเห็ด และการปฏิบัติเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคเห็ดพิษของผู้มีความชำนาญในการเก็บเห็ด (เซียนเห็ด)

ผลการทดสอบความเชื่อของกลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับการเลือกเห็ด การปรุงอาหาร และการปฏิบัติเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคเห็ดพิษพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อเกี่ยวกับเห็ดถูกต้องทั้ง 5 ข้อ ร้อยละ 6.5 โดยมีค่าคะแนนความเชื่อถูกต้องเฉลี่ย เท่ากับ 3.09 คะแนน (ตารางที่ 3)

พิจารณาความเชื่อเป็นรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อถูกต้องมากที่สุด คือ เชื่อว่าการ

เจ็บป่วยไม่ได้เกิดจากกรรมเก่าในชาติก่อน ร้อยละ 79.8 รองลงมาเป็นความเชื่อที่ว่าเห็ดปลวก เห็ดไค เห็ดก่อ ที่เก็บจากสวนยางพารา ไร่มันสำปะหลังที่มีการใช้ยาฆ่าแมลงถ้ากินแล้วทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้ร้อยละ 73.4

ส่วนความเชื่อที่ยังไม่ถูกต้องมากที่สุด คือ เชื่อว่าเห็ดที่เคยกินในอดีต จะไม่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้ในปัจจุบัน ร้อยละ 82.3 รองลงมาเป็นความเชื่อที่ว่า การปิ้ง หรือย่างเห็ดด้วยไฟอ่อนๆ จะทำให้พิษในเห็ดสลายไปได้ร้อยละ 79.0 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 3 คะแนนรวมผลการทดสอบความเชื่อ เกี่ยวกับการเลือกเห็ด การปรุงอาหาร และการปฏิบัติเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคเห็ดพิษของผู้มีความชำนาญในการเก็บเห็ด

คะแนนรวมหมวดความเชื่อ	จำนวน	ร้อยละ
0 คะแนน	1	0.8
1 คะแนน	3	2.4
2 คะแนน	34	0.8
3 คะแนน	40	19.4
4 คะแนน	38	29.0
5 คะแนน	8	6.5
รวม	124	100.0

คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน มากที่สุด 5 คะแนน เฉลี่ย 3.09 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.0

ตารางที่ 4 ผลการทดสอบความเชื่อ เกี่ยวกับการเลือกเห็ด การปรุงอาหาร และการปฏิบัติเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคเห็ดพิษ ของผู้มีความชำนาญเกี่ยวกับเห็ด

คำถาม	จำนวน	ร้อยละ
2. หมวดความเชื่อ		
2.1 ท่านเชื่อว่าการเจ็บป่วยของคนเราเกิดจากกรรมเก่าในชาติก่อน		
-ถูกต้อง	99	79.8
-ไม่ถูกต้อง	25	20.2
2.2 ท่านเชื่อว่ากินเห็ดแล้วจะเป็นพิษหรือไม่เป็นขึ้นกับธาตุ (ภูมิต้านทาน) ของแต่ละคน		
-ถูกต้อง	66	53.2
-ไม่ถูกต้อง	58	46.8
2.3 ท่านเชื่อว่าเห็ดที่เคยกินในอดีต จะไม่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้ในปัจจุบัน		
-ถูกต้อง	22	17.7
-ไม่ถูกต้อง	102	82.3
2.4 ท่านเชื่อว่าเห็ดปลวก เห็ดไค เห็ดก่อ ที่เก็บจากสวนยางพารา, ไร่มัน สำหรับหลังที่มีการใช้ยาฆ่าแมลงกินได้ไม่ทำให้เกิดพิษ		
-ถูกต้อง	91	73.4
-ไม่ถูกต้อง	33	26.6
2.5 ท่านเชื่อว่าการปิ้ง หรือย่างเห็ดด้วยไฟอ่อนๆ จะทำให้พิษในเห็ดสลายไปได้		
-ถูกต้อง	26	21.0
-ไม่ถูกต้อง	98	79.0
รวม	124	100.0

ส่วนที่ 4 การปฏิบัติเกี่ยวกับการเลือกเห็ด เห็ดพิษ ของผู้มีความชำนาญเกี่ยวกับเห็ด
การปรุงอาหาร และการปฏิบัติเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรค (เขียนเห็ด)

จากการทดสอบการปฏิบัติเกี่ยวกับเห็ดพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติถูกต้องทุกข้อ ร้อยละ 1.6 ค่าคะแนนการปฏิบัติถูกต้อง เฉลี่ย 0.94 คะแนน (ตารางที่ 5) โดยการปฏิบัติที่ถูกต้องมากที่สุดคือการสังเกตลักษณะเห็ดพิษถ้าไม่มีรอยแมลงหรือสัตว์แทะที่หมวกหรือขาเห็ดแสดงว่าเห็ดไม่มีพิษ ร้อยละ 25.8 รองลงมาคือ การสังเกตขา

เห็ด ถ้าขาตันแสดงว่าเป็นเห็ดไม่มีพิษซึ่งทั้ง 2 ข้อใช้ไม่ได้กับเห็ดทุกชนิด ร้อยละ 23.4 การปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องมากที่สุดคือการสังเกตสีของข้าวสารที่ใส่ลงในหม้อแกงเห็ด หากข้าวไม่เปลี่ยนสีแสดงว่าปลอดภัย ไม่มีพิษ ซึ่งใช้ทดสอบไม่ได้กับเห็ดทุกชนิด ร้อยละ 91.1 (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 5 คะแนนรวมผลการทดสอบการปฏิบัติ เกี่ยวกับการเลือก การปรุงอาหารจากเห็ดและการปฏิบัติเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคเห็ดพิษของผู้มีความชำนาญในการเก็บเห็ด

คะแนนรวมหมวดการปฏิบัติ	จำนวน	ร้อยละ
0 คะแนน	35	28.2
1 คะแนน	64	51.6
2 คะแนน	23	18.5
3 คะแนน	2	1.6
รวม	124	100.0

คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน มากที่สุด 3 คะแนน เฉลี่ย 0.94 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.73

ตารางที่ 6 ผลการทดสอบการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลือกเห็ด การปรุงอาหาร และการปฏิบัติเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคเห็ดพิษ ของผู้มีความชำนาญเกี่ยวกับเห็ด

คำถาม	จำนวน	ร้อยละ
3. หมวดการปฏิบัติ		
3.1 วิธีที่ท่านสังเกตเห็ดพิษ คือให้หักขาเห็ดดู ถ้าขาตันแสดงว่าเป็นเห็ดไม่มีพิษ		
- ถูกต้อง	29	23.4
- ไม่ถูกต้อง	95	76.6
3.2 วิธีที่ท่านสังเกตเห็ดพิษคือ ถ้าหมวกหรือขาเห็ดมีรอยแมลงหรือสัตว์แทะแสดงว่าเห็ดนั้นไม่มีพิษ		
- ถูกต้อง	32	25.8
- ไม่ถูกต้อง	92	74.2
3.3 วิธีที่ท่านใช้ทดสอบว่าแกงเห็ดมีพิษหรือไม่ คือสังเกตสีของข้าวสารที่ใส่ลงในหม้อแกง หากข้าวไม่เปลี่ยนสีแสดงว่าปลอดภัย ไม่มีพิษ ซึ่งใช้ทดสอบได้ผลกับเห็ดทุกชนิด		
- ถูกต้อง	11	8.9
- ไม่ถูกต้อง	113	91.1
รวม	124	100.0

ส่วนที่ 5 ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ

1. ชื่อเห็ดแต่ละชนิด รวบรวมชื่อเห็ดที่มีในท้องถิ่น ทั้งที่เป็นเห็ดที่รับประทานได้และไม่ได้ ซึ่งพบว่าเห็ดชนิดเดียวกันจะมีชื่อเรียกแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ ซึ่งมีผลต่อการสรุปสาเหตุของการเกิดโรคเห็ดพิษในแต่ละเหตุการณ์

2. การจำแนกประเภทของเห็ดและวิธีสังเกตลักษณะเห็ดพิษ อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี

ประเภทของเห็ด	ลักษณะ			
	พื้นที่กลุ่มA	พื้นที่กลุ่มB	พื้นที่กลุ่มC	พื้นที่กลุ่มD
เห็ดมีพิษ	-เห็ดเหียงฮาก/ สะฮาก / เห็ดตายเปื้อ ลักษณะ หลังเห็ดแตก ขาสั้น ขามีขน มีถุงเท้า/มี สินห่อ/สินเห็ด -ขาตันกินไม่ได้ -ลอกหลังเห็ดขึ้นถ้า ลอกได้สุดถึงเท้าเห็ด -หลังแตก มีขน -ไข่เห็ดมีกลิ่นฉุน (ชีว) -เวลาโตถุงเท้าติด ดอกเห็ด -เห็ดสะฮากมีสีขาว เหลือง แดงเม็ด มะขาม -ดูที่ผิวของเห็ด ถ้ามี พิษจะไม่มีแมลงเจาะ กิน และมีลักษณะขา ตัน เซนท้องห่าง -เห็ดระโงกหิน สังเกต ดมมีกลิ่น เหม็น ขาตัน เขียว	-ขามีขน ไม่เรียบ ขาตัน -หลังของดอกเห็ด จะ มีลักษณะแตก - มีกลิ่นเหม็นฉุน -แมลงไม่แตะ -ดอกจะสวยงาม -ถุงขาจะไม่หลุดออก จากขา -ที่เกิดของเห็ดพิษ จะปะปนกับเห็ดกิน ได้ -ขาตัน ขาวาว กลิ่น เหม็น ชิว แมลงไม่จับ ตรงดอกจะแตกต่าง จากเห็ดที่กินได้ -ดูตรงเส้นใต้ดอก เห็ดที่แตกต่าง -สีจะเหลือง ดอก บาง -เยื่อหุ้มขาผิไปจาก เห็ดกินได้ -เกิดในปายาง ป่า มันสำปะหลัง	-ถ้าบีบเบาๆ ที่ใต้ ดอกเห็ด ถ้าเห็ด เปลี่ยนสีเป็นสีคล้ำ แสดงว่าเป็นเห็ดพิษ -สังเกตสีเห็ดถ้าสี แปลกๆ แสดงว่า เป็นเห็ดพิษ -ไม่เคยกินมาแต่ ก่อนเก่า -หลังแตก มีขุย -ดอกบาง ขาสั้น ดอกหนาขาใหญ่ -ขาตันหนา <u>ตัวอย่างเห็ดกินไม่ได้</u> -เห็ดเกลือขาว เกลือ ดำ -เห็ดไก่เดือนขาตัน (แหล่) สีขาวกินได้ -เห็ดผีเปื้อ -เห็ดพิษคล้ายเห็ด ปลวก สังเกต ลักษณะดอกสีจาง กลิ่นไม่หอม ขาเปาะ เวลาจับจะเหนียวมือ กลิ่นติดมือ	1. ดอกหนา ขาตัน 2. ขามีขน ผิวไม่ เรียบ ขรุขระ 3. สีจะแตกต่าง จากเห็ดที่เราเคย กิน -ขาเห็ดจะมี ลักษณะโกน (กลวง เป็นรู) -ดมจะมีกลิ่นหอม -กินมาตั้งแต่ปู่ย่า ตายาย -ดอกจะต่างกับ เห็ดเปื้อมากๆ -คือเห็ดที่เกิดอยู่ ใกล้หรือบริเวณที่มี การไถยฆ่าแมลง ดอกเห็ดบางชนิด จะแปลก หลังแตก และขาตันเช่น เห็ดระโงกขาว แต่ เห็ดขาตันบางชนิด ก็กินได้ เช่น เห็ด เผ็งต่างๆ เห็ดที่กิน ไม่ได้จะมีกลิ่น แปลกๆ เช่น เหม็น สีส้มแปลกๆ

ประเภท ของเห็ด	ลักษณะ			
	พื้นที่กลุ่มA	พื้นที่กลุ่มB	พื้นที่กลุ่มC	พื้นที่กลุ่มD
ไม่แน่ใจ	-เห็ดก้นถั่ว(ก้อน ถั่ว,เห็ดกระเปาะ) ไม่ นิยมกิน -เห็ดอีเปาะ สังเกต หลังแตก กินไม่ได้ -เห็ดตีนแฮดเป็นพิษ ขึ้นอยู่ตามโคนต้นไม้ เช่น ต้นพันชาติ กิน ไม่ได้	-เห็นแต่ไม่มีใครกิน -ไม่เคยเห็น	-ไม่เคยเห็น ไม่เคย กิน -ลักษณะจะ คล้ายกันทั้ง 2 เห็ด (เปื้อ ,กินได้)แยกได้ ยาก	-เห็ดที่เราไม่เคย เห็น มีรูปร่างและ สีสันทันแปลกๆ บาง พื้นที่บอกว่าเห็ดนี้ กินได้ แต่ไม่นิยม กิน เช่น เห็ดเผาะ เลือด ไม่นิยมกิน
เห็ดไม่มีพิษ	-ขาโปร่ง กลวง กินได้ -ขาเห็ดไม่มีขน -ไม่มีถุงใต้หมวกเห็ด -เห็ดผึ้งทาม ตับเต่า ขาเรียบ ดอกสั้น มี ขาสั้นและขายาว ดอกมีขนาดเล็ก ขนาดใหญ่ 2.เห็ดบานคำ -เห็ดที่กินได้ ดอก ค่อนข้างหนา ขาสั้น โปร่ง ดอกสีน้ำตาล อ่อน -เห็ดบานคำที่กินไม่ ได้ คือ ขาขาว ดอก บาง ขาดัน	-เคยกินตามพ่อแม่ ตายาย -เคยเห็นตามป่า ธรรมชาติ -ขาเห็ดจะโคน ไม่ ต้นและหนา สีเห็ดจะต้องเป็นสี เหลือง ขาวแดง	สังเกตว่ามีแมลง เจาะที่ขา ดอกเห็ด และเห็ดที่เคยกิน โดยปราศจากยาฆ่า แมลงในแหล่งนั้นๆ สังเกตที่ขา เช่น เห็ด ระโงก ต้องขาโปร่ง และกลืนจะหอม จะมีสีสันทันต่างๆ ที่เรา เคยเห็น ค่อนข้างมาก เช่น เห็ดโค เห็ด ปลวก เห็ดก่อ เห็ด เผาะ เห็ดถ่าน เห็ดดิน เห็ดขอน	
เห็ดที่ไม่มีพิษ แต่มีรายงาน การป่วย(คำ บอกเล่าของ ผู้ป่วยที่ร่วม ศึกษา)	เห็ดรวม-เห็ดโค หน้า แผล, ถ่าน, ก้นครก, -เห็ดหนูที่กินได้ จะ อยู่ที่ขอนไม้บางชนิด เช่น ขอนขาม ขอนขี้ เหล็ก ขอนม่วง	เห็ดข่า เห็ดหนามุม เห็ดตีนแฮด	เห็ดยูคา เห็ดเชียงหม่น (เห็ด ค้อนกลอง)	เห็ดคล้ายเห็ดบาน คำ,เห็ดปลวกจิก, เห็ดปลวกข้าวตอก

3. วิธีเก็บเห็ด/เลือกเห็ด

3.1. ต้องเก็บเห็ดที่เคยรับประทาน และมั่นใจในตัวเอง

3.2. ถ้าเป็นเห็ดระโงก ขาดันถือว่าเป็นเห็ดพิษดูหาเห็ดถ้าดันไม่ควรนำมารับประทาน ถ้าไม่แน่ใจไม่ควรรับประทาน

3.3. เรียกคนรู้จักมาเลือกดูด้วย

3.4. เวลาเก็บเห็ดต้องสังเกตให้แน่ชัดว่าบริเวณหรือแหล่งที่เกิดเห็ดปลอดภัยจากสารพิษยาฆ่าหญ้า/ยาฆ่าแมลงบริเวณรอบๆ ป่าไม่อยู่ใกล้สวนยางหรืออยู่ใกล้ที่ทิ้งสารพิษ

3.5. สังเกตดูดอกเห็ดว่ามีรอยแมลงกัดหรือหอยแทะหรือไหม้ ถ้ามีรอยแมลงกัดแสดงว่าปลอดภัยถ้าเห็ดกินไม่ได้ แมลงจะไม่จับกิน และมีกลิ่นเหม็น

3.6. ถ้าบีบเบาๆ ที่ใต้ดอกเห็ด ถ้าเห็ดเปลี่ยนสีเป็นสีคล้ำแสดงว่าเป็นเห็ดพิษ

3.7. สังเกตเห็ดถ้าสีแปลกๆ แสดงว่าเป็นเห็ดพิษ

3.8. รู้แหล่งที่มา

4. ปัจจัยที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยและความรุนแรงของโรคเห็ดพิษ

ชนิดเห็ด

1. เก็บเห็ดลักษณะคล้ายเห็ดที่กินได้ เช่น เห็ดปลวกจิก ปลวกข้าวตอกคล้ายเห็ดโคน เห็ดเซียงหม่ม (ค้อนกลอง) คล้ายเห็ดสะงาก

สถานที่เก็บเห็ด

1. สถานที่เกิดเห็ด เช่น สวนยาง ไร่มัน และแหล่งที่มีการใช้สารเคมีมีโอกาสเป็นพิษจากสารเคมีกำจัดวัชพืช/กำจัดแมลงที่ปนเปื้อนบนดอกเห็ด

2. แหล่งที่เราไม่เคยเก็บมากินเช่น เห็ดขอน

ชาวถ้าขึ้นตามขอนต้นพันชาติห้ามกิน

- เห็ดตีนแฮดเป็นพิษขึ้นอยู่ตามโคนต้นไม้ เช่น ต้นพันชาติ กินไม่ได้

- เห็ดหูหนูที่กินได้ คือ ดอกที่กินได้ จะมีลักษณะนิ่ม และจะอยู่ที่ขอนไม้ ขอนที่กินได้ คือ ขอนขาม ขอนขี้เหล็ก ขอนม่วงเห็ดหูหนูที่กินไม่ได้ คือ ดอกเห็ดจะแข็ง หนา

วิธีปรุงอาหาร

ลักษณะการปรุงที่ทำให้เกิดเป็นพิษได้ เนื่องจาก

- ต้มแกงไม่สุก
- เห็ดบางชนิดมีสูตรเฉพาะในการปรุง เช่น เห็ดผึ้งทาม เห็ดตับเต่า วิธีนำมาปรุงอาหาร ต้องต้มให้สุกแล้วเทน้ำทิ้ง แล้วค่อยนำเอาเห็ดมาแกง

- ปรุงอาหารในลักษณะ “ทำให้โซไฟ” (ความแรงของไฟ/ความร้อนที่ใช้ปรุงไม่สม่ำเสมอตั้งแต่เริ่มปรุงจนปรุงเสร็จ)

- แخذูเย็น นิ่งไว้ แล้วค่อยนำมารับประทานในวันถัดไป เห็ดอาจจะบูดได้

- นิ่งให้สุก แล้วเอามาก้อย

- การปิ้ง ย่าง จี่ หรือหมก มีโอกาสที่เห็ดไม่สุกมากกว่าการนึ่งหรือต้ม แกง

- การนึ่งเห็ดในปริมาณมาก วางซ้อนทับกันหลายชั้น ทำให้ความร้อนเข้าไม่ถึงทั่วถึงเนื้อเห็ดทั้งหมด ทำให้เห็ดไม่สุก เกิดพิษได้

ระยะเวลาในการปรุง

- ต้ม แกงนานๆโดยใช้ความรู้สึก “เหิงเติบ” , “โดนเติบ” แทนการจับเวลาด้วยนาฬิกา

- ใช้ความรู้สึกว่าตั้งไฟไว้แล้วไปทำงานหรือธุระที่อื่นจนเสร็จ ค่อยกลับมาและคิดว่าเห็ดสุกแล้ว

- ใช้ปริมาณเชื้อเพลิงที่ใส่ไว้ในเตา/อุปกรณ์หุงต้ม ถ้าเชื้อเพลิงหมด สรุปว่าสุก ปลอดภัย

เชื้อเพลิงที่ใช้ในการปรุง

ฟืน, ถ่าน โอกาสที่ความร้อนไม่สูงพอ หรือความร้อนไม่สม่ำเสมอมีมากกว่าการใช้ แก๊สหุงต้ม

ปริมาณที่รับประทาน

อาหารร่วมในมื้อนั้นๆ

อายุ

เด็กเล็กกับผู้สูงอายุ อาการรุนแรงมากกว่าวัยรุ่น วัยหนุ่มสาวและวัยทำงาน ในปริมาณที่กินเท่ากัน

โรคประจำตัวของผู้ป่วย

ถ้าเป็นโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน โรคไต อาการจะรุนแรง และมีโอกาสเสียชีวิต สูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัว

5. วิธีการปรุงอาหารจากเห็ดให้ปลอดภัย

5.1 ล้างเห็ดให้สะอาดด้วยน้ำเกลือหลายๆ ครั้ง แล้วนำไปต้มโดยใช้เวลานานๆ และปรุงด้วยเครื่องปรุง

5.2 ปรุงหรือต้มให้นานๆ

5.3 ใช้ความร้อนสูง สม่ำเสมอ เป็นเวลาต่อเนื่องกันอย่าให้โชไฟ

- เห็ดบางชนิดมีวิธีปรุงเฉพาะเพื่อป้องกันการเกิดพิษ เช่น เห็ดผึ้งทาม ตับเต่า วิธีนำมาปรุงอาหาร

ต้มให้สุกแล้วเทน้ำทิ้ง นำเอาเห็ดมาแกง

6. วิธีทดสอบความเป็นพิษจากอาหารที่ปรุงจากเห็ด

- ให้ใส่ข้าวสารลงในหม้อแกงเห็ด สังเกตดูว่าข้าวสารเปลี่ยนสีหรือไม่ ถ้าเปลี่ยนสีแดงแสดงว่า

เป็นเห็ดพิษ ถ้าข้าวไม่เปลี่ยนสี แสดงว่าเห็ดไม่มีพิษ

7. การปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการป่วยจากการรับประทานเห็ด

7.1. ทำให้อาเจียนให้มากที่สุด โดย

7.1.1 ล้วงคอให้อาเจียน

7.1.2 รับประทานไข่ขาวดิบ (ไข่ไก่)

7.1.3 เกลือละลายน้ำดื่มและล้วงคอให้อาเจียนมากๆ

7.1.4 ผงถ่านละลายน้ำอุ่นดื่ม

7.1.5 กินไข่และโซดา ทำให้อาเจียน

8. สมุนไพรหรือวิธีแก้พิษสำหรับผู้ป่วยโรคเห็ดพิษที่ใช้ในแต่ละท้องถิ่น

8.1 ใบย่านางแดง เครือหญ้านางแดง น้ำย่านางแดงต้มดื่มถอนพิษ

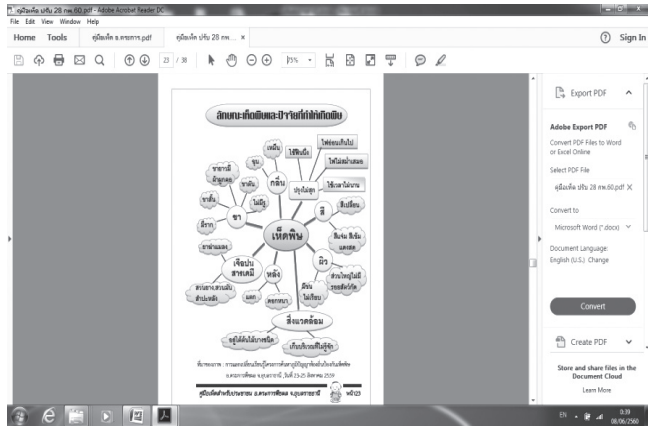
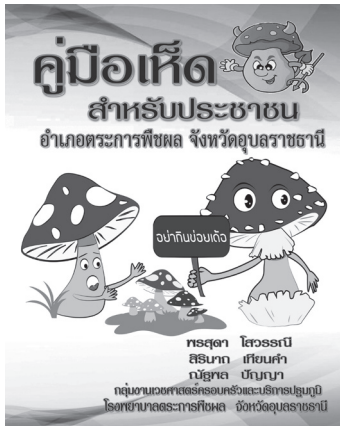
8.2 ต้มใบรางจืด ว่านรางจืด (จางจืด) ใบรางจืดหรือเคี้ยวใบสด

8.3 เอาดินทรายฝังกลบตัวเอง โดยให้นอนลงบนพื้นดินแล้วโกยดินทรายกลบตั้งแต่หน้าอกลงไปถึงเท้า (สมัยโบราณ)

8.4 ต้มแกนไม้สัก/ราก-เปลือกของต้นสักจะถอนพิษได้ทุกชนิด

8.5 เหล้าขาวใส่ก้านพลูโดยโคลกก้านพลูให้ละเอียด แล้วเทเหล้าขาวผสมแล้วดื่ม

ผลการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ จัดทำเป็นคู่มือเห็ดสำหรับประชาชนเผยแพร่เพื่อป้องกันการเกิดโรคเห็ดพิษในปีต่อไป



การอภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่าความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติเกี่ยวกับเห็ดของกลุ่มตัวอย่างเมื่อนำมาวิเคราะห์ตามหลักวิชาการ จะมีทั้งที่สอดคล้องและขัดแย้งกับหลักวิชาการหรือผลการศึกษอื่นๆ ดังนี้

การเจ็บป่วยด้วยโรคเห็ดพิษปัจจุบันที่กลุ่มตัวอย่างเข้าใจว่าเกิดจากเห็ดที่ไม่เคยรับประทานมาก่อนนั้น พบว่าอำพร แจ่มผล และทัศนีย์ ลิ้มสุวรรณ (2551) รายงานประเภทยาอาหารที่ก่อให้เกิดโรคอาหารเป็นพิษในประเทศไทยช่วงระหว่างปีพ.ศ. 2545 – 2549 สาเหตุจากเห็ดที่ขึ้นเองตามธรรมชาติ⁷ นอกจากนี้สำนักโรคติดต่อทั่วไปกรมควบคุมโรค (2553) ยังได้รายงานการเฝ้าระวังโรคว่าในทุกปีจะพบผู้ป่วยที่เกิดจากการรับประทานเห็ดพิษโดยเป็นเห็ดที่ขึ้นเองตามป่าสวนไร่นาและขึ้นตามธรรมชาติ⁸ ทั้งนี้จากการสอบสวนโรคเห็ดพิษและการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาลตระการพิซผล ปี 2557-2558 จำนวน 162 ราย พบว่าเกิดจากเห็ดที่รู้จักและรับประทานประจำได้แก่ เห็ดรวม(ประกอบด้วยเห็ดดิน เห็ดข่า เห็ด

ถ่าน) มากที่สุด 43 ราย (ร้อยละ 30.4) รองลงมา เป็นเห็ดข่าก่า 33 ราย (ร้อยละ 23.4) เห็ดโคน (เห็ดปลวก) 14 ราย (ร้อยละ 9.9) นอกจากนี้มีเห็ดผึ้ง เห็ดระโงก เห็ดข่า เห็ดเชียงหมื่น เป็นต้น ทั้งนี้ ธิติยา บุญประเทือง, รัตเชษฐ์ เชยกลิน, พัทธราภรณ์ พรหมเคี่ยมอ่อน และพรรณทิพย์ ดิยพันธ์ (2556) ศึกษาการจัดจำแนกเห็ดพิษพบว่า เห็ดที่ประชาชนมีปัญหาในการเก็บผิด คือ เห็ดโคน (*Termitomyces* spp.) มักเก็บสับสนกับเห็ดในสกุล *Entoloma* และ *Clitocybe* โดยเฉพาะชนิดที่มีสีออกขาวหรือขาวมีลายสีเทาอีกทั้งเห็ด 2 สกุลข้างต้นบางชนิดจะมีหมวกที่มีรอยด่างกลมซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับเห็ดโคนมาก แต่มีให้พิษที่รุนแรงถึงชีวิตได้ ส่วนเห็ดอีกกลุ่มที่มักจะเก็บสับสนคือ “เห็ดถ่าน” (*Russula nigricans*) หรือเห็ดขิง เห็ดข่า (*Lactarius piperatus*) โดยมักจะเก็บสับสนกับเห็ดในสกุล *Entoloma*, *Clitocybe* และ *Hygrocybe* ที่มีชนิดคล้ายคลึงกันจนไม่สามารถแยกออกได้ด้วยตาเปล่า ต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญในการเก็บเท่านั้น⁹

ความรู้เกี่ยวกับสรรพคุณของสมุนไพรดูดซับพิษจากเห็ดที่มีการใช้ในท้องถิ่นพบว่า ย่านางแดง

และรางจืด กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก สถาบันวิจัยการแพทย์แผนไทย (2557) ได้ศึกษาสรรพคุณทางยา สามารถถอนพิษเบื่อเมาจากเห็ดได้¹⁰ ส่วนสมุนไพรชนิดอื่นยังไม่มีรายงานผลการศึกษา ทั้งนี้แม้จะใช้สมุนไพรแต่ต้องนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลภายหลังปฐมพยาบาลเบื้องต้นหรือใช้สมุนไพรถอนพิษแล้ว

ความเชื่อเรื่องการปรุงด้วยวิธีปิ้งย่างด้วยไฟอ่อนๆ สามารถสลายพิษจากเห็ดได้นั้น พระพรหมคุณมา ศึกษาเปรียบเทียบลักษณะสัณฐานวิทยาของเห็ดระโงกเพื่อจำแนกชนิดที่รับประทานไม่ได้ พบว่าการนำเห็ดไปต้มก่อนรับประทาน ไม่ปลอดภัยกับเห็ดทุกชนิด เช่นเห็ดระโงกหิน หรือเห็ดไข่ตายซาก (ฮาก) (*Amanita verna* และ *Amanita virosa*) ซึ่งมีสารพิษในกลุ่ม cyclopeptide จะทนความร้อนได้ดี การนำเห็ดไปต้มไม่สามารถทำให้สารพิษนี้สลายไปได้แตกต่างกับเห็ดกลุ่มสร้างสารพิษ Gastro-intestinal ซึ่งมีหลายชนิดเมื่อรับประทานดิบจะเป็นพิษแต่ถ้าต้มสุกแล้วไม่เป็นอันตรายเพราะความร้อนทำให้พิษถูกทำลายหมดไปได้¹¹ เห็ดมีพิษกลุ่มนี้ที่พบในประเทศไทย ได้แก่ *Chlorophyllum molybdites* (Meyer. ex. Fr.) Mass. ชื่อสามัญเห็ดหัวกรวดครีบเขียว *Gomphus floccosus* (Schw.) Sing. ชื่อสามัญเห็ดกรวยเกล็ดทอง *Clarkeindatrachodes* (Berk.) Sing. ชื่อสามัญเห็ดไข่เน่า *Russulaemetia* (Schaeff. ex. Fr.) Pers. ex. S.F. Gray ชื่อสามัญเห็ดแดงน้ำหมาก *Scleroderma citrinum* Pers. ชื่อสามัญเห็ดไข่หงส์ *Entolomastrius* (Pk.) Sacc. ชื่อสามัญเห็ดนมหนู *Phaeogyroporus portentosus* (Berk. et Broome) Mc. Nabb. ชื่อสามัญเห็ดหัว (เหิน) เห็ดน้ำผึ้ง (อีสาน) และสอดคล้องกับอรุณี จันทรสุนทน์ แนะนำว่าความร้อนหรือการต้มสามารถทำลายพิษในเห็ดได้บางชนิดเช่น เห็ดแดงน้ำหมาก

เห็ดแดงกุหลาบ ที่อยู่ในกลุ่ม *Russula* เป็นต้น แต่ไม่สามารถขจัดสารพิษของเห็ดระโงกหินและเห็ดหัวกรวดครีบเขียว (*Chlorophyllum molybdites*) ได้¹²

ความเชื่อที่ว่าเห็ดที่เคยรับประทานในอดีตไม่สามารถทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้ และเห็ดที่เกิดในสวนยาง สวนมันสำปะหลังที่มีการใช้สารเคมี ถ้าเป็นเห็ดปลวก เห็ดโค เห็ดก่อ ไม่ทำให้เกิดพิษ นั้นเนื่องจากมีรายงานว่าเห็ดสามารถดูดซึมสารต่างๆ ได้ดี หากเห็ดที่รับประทานได้เกิดขึ้นในบริเวณที่มีสารเคมีหรือสารพิษตกค้าง หรือเกิดขึ้นบนต้นไม้มีพิษ เห็ดเหล่านั้นก็จะกลายเป็นเห็ดพิษ และมีหลายเหตุการณ์ที่ยืนยันว่าเห็ดที่นำมาบริโภคและเกิดพิษเป็นเห็ดที่เก็บมาจากบริเวณที่เคยเก็บมารับประทานทุกปี⁴

การทดสอบความเป็นพิษของเห็ด โดยใช้ข้าวสารที่กลุ่มตัวอย่างใช้กับเห็ดทุกชนิดนั้นพบว่า อดิทยา บุญประเทือง, รัตเชตร เชยกลิ่น, พชรภรณ์ พรหมเคี่ยมอ่อน และพรรณทิพย์ ตียพันธ์ (2556) ศึกษาพบว่าให้ผลบวกหรือใช้ได้กับเห็ดชนิดเดียวคือ หัวกรวดครีบเขียว แต่ไม่สามารถใช้ได้กับเห็ดระโงกหิน ดังนั้นการทดสอบด้วยวิธีดั้งเดิมวิธีใดวิธีหนึ่งไม่อาจครอบคลุมเห็ดพิษทุกชนิด⁹ และอรุณี จันทรสุนทน์ แนะนำวิธีดังกล่าวไม่สามารถทดสอบกับเห็ดพิษสกุล *Amanita*¹²

การสังเกตลักษณะเห็ดพิษที่รอยแมลงหรือสัตว์กัดแทะบริเวณหมวกหรือขาเห็ดนั้นไม่สามารถใช้ได้กับเห็ดทุกชนิด เนื่องจากพบว่ากระต่าย และหอยทากสามารถกินเห็ดพิษได้⁹ และสมสงวน ปัสสาโก, อังสุมา ก้านจักร, ชมพู่ เหนือศรี, วรณภา เหลี่ยมสิงขร ศึกษาภูมิปัญญาเกี่ยวกับการหาและเก็บเห็ดในป่าชุมชนโคกใหญ่ พบว่าช่วงที่เห็ดจะออกจะไต่กลั่นสาบป่าที่เกิดจากใบไม้ทับถมเน่าเปื่อยสลายเป็นดิน และได้กลั่นหอมของเห็ดโชยมากก็จะรู้ว่ามีเห็ดเกิดบริเวณนั้น พบหอยทากหรือ

กิ่งกือซึ่งเป็นสัตว์กินเห็ดเป็นอาหาร¹³ ส่วนการสังเกตเห็ดถ้าชาตั้นก็เป็นเห็ดไม่มีพิษนั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ จิตติยา บุญประเทือง, รัตเชตร เขยกลิน, พัทธราภรณ์ พรหมเคี่ยมอ่อน และ พรพนทิพย์ ตียพันธ์ (2556) พบว่าเห็ดระโงกหินกับเห็ดขาวมีลักษณะคล้ายกันมาก ถ้าสังเกตด้วยตาเปล่าจะพบก้านเห็ดระโงกหินจะกลวง ก้านของระโงกขาวจะตันเนื้อแน่น⁹ แต่ก็มีโอกาสผิดพลาดได้แตกต่างจากการศึกษาของพรพนพร และคณะ (2552) ที่เปรียบเทียบสัณฐานของเห็ดระโงกหิน (เห็ดพิษ) กับเห็ดไข่ขาว (รับประทานได้) พบว่าเห็ดระโงกหินจะมีก้านและโคนตัน⁸

การปฏิบัติเมื่อมีอาการอาเจียนหลังรับประทานเห็ดพิษ ยังมีกลุ่มตัวอย่างที่เลือกการซื้อยาห้ามอาเจียนมารับประทานนั้นขัดแย้งกับหลักการรักษาผู้ป่วยเห็ดพิษที่อิฏฐผล เอี้ยววงศ์ เจริญแนะนำไว้ (2557) ที่สำคัญคือ การลดปริมาณสารพิษและเร่งขับสารพิษออกจากร่างกาย จึงต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยอาเจียนออกมากที่สุด¹⁵ ถ้ายังไม่อาเจียนควรกระตุ้นให้อาเจียนซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ ภูมิปัญญาท้องถิ่นมีหลายวิธี เช่น ล้วงคอตัวเอง รับประทานไข่ขาวดิบ ดื่มน้ำผสมเกลือแกง และต้องนำส่งโรงพยาบาลทันที เนื่องจากพิษของเห็ดบางกลุ่มอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตภายหลังรับประทานเห็ด 24-48 ชั่วโมง โดยเฉพาะกลุ่มที่เป็นพิษต่อตับและไต¹⁶

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การยืนยันความเป็นพิษของเห็ดที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วย ต้องใช้ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ทั้งนี้การสื่อสารหรือให้ความรู้แก่ประชาชนควรใช้ชื่อเห็ดในท้องถิ่นไม่ควรใช้ชื่อวิทยาศาสตร์
2. ควรมีการประเมินผลการใช้สื่อที่จัดทำขึ้น “คู่มือเห็ดสำหรับประชาชน”

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้ศึกษา ขอขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูงที่ให้การสนับสนุนทั้งการเก็บตัวอย่างเห็ด ประกอบการศึกษา การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ ทีม SRRT ระดับตำบลทุกแห่งและท่านที่ให้คำปรึกษาแนะนำด้านวิชาการทำให้รายงานการศึกษา มีความสมบูรณ์มากขึ้น ประกอบด้วย ดร.แสงโสม ศิริพานิช, ดร.อารี จำปากลาย, ดร.จรรยา อินทรหนองไผ่, ภญ.วินิตา แสงทอง และนางบุษบา การกล้า ส่วนท่านที่ให้คำปรึกษาแนะนำในการจัดทำ “คู่มือเห็ด สำหรับประชาชน” เพื่อเผยแพร่แก่ประชาชนในพื้นที่ได้แก่ รศ.พูนวิไลสุวรรณฤทธิ์, อาจารย์อัจฉรา พยัพพานนท์ และนางสาวภัทรภรณ์ จุงพันธ์

เอกสารอ้างอิง

- 1 สมชาย แสงทอง .ความหมาย ความสำคัญ ประโยชน์ของเห็ด . (เข้าถึงเมื่อ 28 กรกฎาคม 2559) เข้าถึงได้ จาก http://www.simuang.ac.th/vichakhan/somchai/content_2.html
- 2 เกร็ดความรู้เรื่องเห็ด ยุวศรี ต่ายคำ . (เข้าถึงเมื่อ 12 มิถุนายน 2559) เข้าถึงได้จาก <http://biology.ipst.ac.th/?p=933>.
- 3 สารพิษจากเห็ดศูนย์พิษวิทยา รามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (เข้าถึงเมื่อ 28 กรกฎาคม 2559) เข้าถึงได้จาก <http://med.mahidol.ac.th/poisoncenter/th/pois-cov/mushroom>
- 4 สำนักระบาดวิทยากระทรวงสาธารณสุข. โรคอาหารเป็นพิษจากเห็ด. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ประจำปี 2555. โรงพิมพ์

- ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.2556 (หน้า 122-124)
- 5 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี .สรุปสถานการณ์โรคติดต่อ.เอกสารประกอบการประชุมประจำเดือนกันยายน2558.
 - 6 พรสุดา ไสวรรณ. สรุปสถานการณ์โรคเห็ดพิษอำเภอดงรักพิษผล จังหวัดอุบลราชธานี ปี 2557-2558 เอกสารสรุปรายงานสถานการณ์โรคติดต่อทางระบาดวิทยาเดือนมิถุนายน 2559.
 - 7 อำพร แจ่มผล และทัศนีย์ลิ้มสุวรรณ ประเภทอาหารที่ก่อให้เกิดโรคอาหารเป็นพิษในประเทศไทยระหว่างปี 2545-2549 การประชุมทางวิชาการครั้งที่ 46 มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์: 29 มกราคม-1 กุมภาพันธ์ 2551 ; ณ อาคารสารนิเทศ 50 ปี มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์บางเขน :กรุงเทพฯ ; 2551.
 - 8 สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. อาหารเป็นพิษจากเห็ด. 2554, เอกสารอัดสำเนา
 - 9 อติยา บุญประเทือง, รัตเชตร เชยกลิ่น, พชรภรณ์ พรหมเคี่ยมอ่อน และพรรณทิพย์ ตียพันธ์. การจัดจำแนกเห็ดพิษในประเทศไทย ช่วงปี 2551- 2555.ใน : อรุณี จันทรสันท ฌภัทร สอนิรัตน์ อัจฉรา พยัพพานนท์,กรกช จันทรวราพร ไชยมา และอภิรัชต์ สมฤทธิ์ บรรณาธิการ. เห็ดไทย 2555.สมาคมนักวิจัยและเพาะเห็ดแห่งประเทศไทย กรุงเทพฯ ; 2556. หน้า 12.
 - 10 กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก สถาบันวิจัยการแพทย์แผนไทย ,คู่มือสมุนไพรล้างพิษ สำหรับประชาชน.สำนักพิมพ์คณะรัฐมนตรีและราชกิจจานุเบกษา , 2554.
 - 11 พรรณพร กุลมา มนุศิลป์ ศิริมาตย์ และสายสมร ล้ายอง.การเปรียบเทียบลักษณะสัณฐานวิทยาของเห็ดระโงกเพื่อการจำแนกแยกชนิดที่รับประทานไม่ได้.การประชุมทางวิชาการครั้งที่ 49 มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์: 1-4 กุมภาพันธ์ 2554; ณ อาคารสารนิเทศ 50 ปี มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ บางเขน .กรุงเทพฯ ; 2554.
 - 12 สมาคมนักวิจัยและเพาะเห็ดแห่งประเทศไทย. เห็ดพิษ. กรุงเทพฯ : บริษัทนวัตกรรมดาการพิมพ์ (ประเทศไทย) จำกัด,2543.
 - 13 อรุณี จันทรสันท เห็ดพิษ ตอนที่ 3 ถามตอบรอบรู้เรื่องเห็ดพิษ(เข้าถึงเมื่อ 10 พฤศจิกายน 2559) เข้าถึงได้จาก <http://www.thai mushroomsoc.com/>
 - 14 สมสงวน ปัสสาโก,อังสุมา ก้านจักร ,ชมพู เหนือศรี ,วรรณภา เหลี่ยมสิงขร.ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการอนุรักษ์ความหลากหลายทางชีวภาพของเห็ดในป่าชุมชนโคกใหญ่เพื่อการใช้ประโยชน์อย่างยั่งยืน.วารสารวิจัยเพื่อพัฒนาสังคมและชุมชนมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม . 2557;1: 2:95-109.
 - 15 อิกฐผล เอี้ยววงศ์เจริญแนวทางการรักษาผู้ป่วยที่ได้รับพิษจากเห็ด (Mycetis) (เข้าถึงเมื่อ 10 กรกฎาคม 2559) เข้าถึงได้จาก http://www.nno.moph.go.th/downloads/handbooks/Mycetis_guideline 2557.
 - 16 ข้อสังเกตเห็ดพิษและการปฐมพยาบาลเบื้องต้น (เข้าถึงเมื่อ 10 พฤศจิกายน 2559) เข้าถึงได้จาก <http://banhed116.blogspot.com/2012/11/1.html>

การพัฒนาารูปแบบเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้านการป้องกันควบคุมโรค The Model Development of Local Administration Organization Network for Prevention and Control Disease

จุติพร ผลเกิด, ประ.ด.(สังคมศาสตรการแพทย์)
อรทัย ศรีทองธรรม, ประ.ด.(ประชากรศึกษา)
พัชฌณ เจริญนาวิ, วท.ม.(การบริหารบริการสุขภาพ)
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี

Jutipon Polkert, Ph.D.(Health Social Sciences)
Orathai Srithongtham, Ph.D.(Population Education)
Patchamon Charoennawee, M.Sc.(Health Service
Management) The Office of Disease Prevention and
Control Disease Region 10th Ubon Ratchathani

บทคัดย่อ

โครงการวิจัย การพัฒนารูปแบบเครือข่ายองค์กรบริหารส่วนตำบลด้านการงานป้องกันควบคุมโรค มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบเครือข่ายขององค์กรบริหารส่วนตำบลในการดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรค และเพื่อประเมินความต้องการจำเป็นในการพัฒนาเครือข่ายการทำงานด้านการป้องกันควบคุมโรคขององค์กรบริหารส่วนตำบล ทำการศึกษาในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ จังหวัดอำนาจเจริญ จังหวัดนครพนม และจังหวัดสกลนคร ออกแบบวิจัยเป็นแบบผสมวิธี กลุ่มเป้าหมายที่ให้ข้อมูลเชิงปริมาณคือตัวแทนองค์การบริหารส่วนตำบล 206 แห่ง และกลุ่มตัวแทนที่ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพและร่วมในกระบวนการตรวจสอบข้อมูลความต้องการจำเป็นและการสร้างเครือข่ายการทำงานป้องกันควบคุมโรคขององค์กรบริหารส่วนตำบล จำนวน 60 คนจากองค์กรบริหารส่วนตำบล 12 แห่ง วิเคราะห์ข้อมูลและจัดลำดับความต้องการจำเป็นโดยใช้สูตร Priority Needs Index และใช้โปรแกรมในการจัดกลุ่มข้อมูลเชิงคุณภาพก่อนทำการวิเคราะห์ตามประเด็นสำคัญของการวิจัย

ผลการศึกษา ลำดับความต้องการจำเป็นลำดับที่หนึ่งในการจัดทำแผนงานโครงการคือ “การจัดทำแผนและการประเมินแผนงานโครงการ” ด้านความรู้ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคคือ “ความต้องการจำเป็นด้านความรู้เรื่องโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม” ด้านช่องทางสื่อสารสัมพันธ์การป้องกันควบคุมโรคคือ “ช่องทางสื่อสารสัมพันธ์ในการเตือนภัยผ่านทางหอกระจายข่าว” รูปแบบเครือข่ายการทำงานป้องกันควบคุมโรคขององค์กรบริหารส่วนตำบลในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี ที่มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การทำงานช่วยเหลือเกื้อกูลกัน และการติดต่อสื่อสารกัน มีสามเครือข่ายคือ เครือข่ายการพัฒนาทักษะด้านแผนงานผลโครงการและการประเมินผล เครือข่ายการพัฒนาความรู้ด้านการป้องกันควบคุมโรคและเครือข่ายการพัฒนาการสื่อสารประชาสัมพันธ์การป้องกันควบคุมโรค ข้อเสนอแนะสำนักงานป้องกันควบคุมโรค และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรจัดทำแผนงานโครงการด้านการป้องกันควบคุมโรค ที่สอดคล้องกับความต้องการจำเป็นทั้งสามด้านในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรทำการศึกษาวิจัยเชิง

ปฏิบัติการในการสร้างกระบวนการเรียนรู้การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคของเครือข่ายองค์การบริหารส่วนตำบล และการศึกษาการคงอยู่และความเข้มแข็งของเครือข่ายการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคขององค์การบริหารส่วนตำบล

คำสำคัญ: เครือข่าย/ความต้องการจำเป็น/การป้องกันควบคุมโรค/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

Abstract The research of model development of local administration organization (LAO) network for prevention and control was aimed to develop model of disease prevention and control disease of LAO and to assess and setting the priority needs of the prevention and control disease for development of LAO's network. The study areas were in the Srisaket, Amnatcharoen, Nakhonpanom, and Sakonnakorn provinces. The research was designed by mixed methodology. Target group of quantitative data were 206 cases and target group of qualitative data from 12 LAOs were 60 representatives. The Priority Needs Index was applied for analysis the priority needs of the prevention and control disease of LAO. The Atlas ti. program was use for typology the qualitative data and then analysis belong to the main issues.

Research Finding: The first priority needs of the prevention and control disease

were found three aspects. The aspect of planning and project building was needs of "the planning and evaluating". The aspect of the knowledge on disease prevention and control was needs of "the knowledge of occupational disease and environment". The aspect of the communication on disease prevention and control was needs of "the communication toward the public communication of the community". The model of LAO's network on prevention and control disease in the area of the office of disease prevention and control region 7th Ubon Ratchathani province were three networks, which were learning and sharing on work, reciprocal and communication between the networks. They were the network of skills development on planning and evaluating, the network of the knowledge development on the disease prevention and control, and the network of the communication on the disease prevention and control. Recommendation; The office of disease prevention and control should be cooperating with the office of provincial public health in order to building the plan for disease prevention and control associated to the three aspects of needs. The next research should be the operational research for building the learning process of the LAO's network of prevention and

control disease. And to study an existence and strengthening of the LAO's network of prevention and control disease.

Keyword: Network, Needs, prevention and control disease, Local Administration Organization

ความสำคัญของปัญหาวิจัย

การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องอาศัยต้นทุนภายในชุมชน เพื่อมาประกอบหรือเสริมประสิทธิภาพให้กับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค ต้นทุนดังกล่าวก็คือต้นทุนด้านความเข้มแข็งของชุมชน ที่สามารถนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการพัฒนาชุมชนได้อย่างหลากหลาย¹ โดยเฉพาะในเรื่องประเด็นทางด้านสุขภาพ การมีเครือข่ายด้านสุขภาพที่เข้มแข็งในชุมชน จึงเป็นสาเหตุหรือปัจจัยหลักของความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ อย่างไรก็ตามความเป็นเครือข่ายที่เข้มแข็งเฉพาะในชุมชนยังไม่เพียงพอที่จะสร้างกระบวนการเรียนรู้และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางด้านการดูแลสุขภาพและการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ การเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านองค์ความรู้ในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ จึงมีความจำเป็นเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพทางด้านพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในวงกว้าง และเนื่องจากแต่ละชุมชน เครือข่ายต่างมีความแตกต่างกันหลากหลายทางด้านบริบท และความต้องการจำเป็นในการพัฒนาเครือข่ายดังนั้น เพื่อให้เกิดการพัฒนาเครือข่ายการควบคุมป้องกันโรค ที่มีความ

เข้มแข็งและมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้องค์ความรู้ทางด้านการป้องกันโรคและภัยสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องหาความต้องการจำเป็น (Needs Assessment)² ของเครือข่าย สมาชิกเครือข่าย และองค์กร/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญ ในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเครือข่ายการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

- 1 เพื่อประเมินความต้องการจำเป็นในการพัฒนาเครือข่ายการทำงานด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- 2 เพื่อพัฒนารูปแบบเครือข่ายขององค์การบริหารส่วนตำบลในการดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

นิยามศัพท์

ความต้องการจำเป็น หมายถึง ความต้องการจำเป็นตามสภาพที่เป็นจริงของบทบาท อบต. ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อ และสภาพที่คาดหวังของบทบาท อบต. ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค ที่มีความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องนำไปดำเนินการเพื่อป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

รูปแบบเครือข่ายองค์การบริหารส่วนตำบลด้านการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค หมายถึง เครือข่ายการทำงานป้องกันควบคุมโรคขององค์การบริหารส่วนตำบล ที่มีคุณลักษณะดังนี้ การเป็นเครือข่ายที่มีการติดต่อสื่อสารกัน มีการเรียนรู้และแลกเปลี่ยน

แนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อร่วมกัน มีพื้นที่สำหรับให้เครือข่ายมีการแลกเปลี่ยนวิธีการทำงาน และมีการช่วยเหลือกันภายในเครือข่าย

ระเบียบวิธีวิจัย

พื้นที่ศึกษา เป็นจังหวัดในเขตพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 เลือกแบบเจาะจงเพื่อให้เป็นตัวแทนจังหวัดจำนวน 4 จังหวัดได้แก่ จังหวัดศรีสะเกษ จังหวัดอำนาจเจริญ จังหวัดนครพนม และจังหวัดสกลนคร

ประชากร/กลุ่มเป้าหมาย กลุ่มที่หนึ่งเป็นตัวแทน อบต. คำนวณหาขนาดตัวอย่าง โดยใช้เกณฑ์ตาราง ของ Krejcie, R. V., & Morgan, D.W.³ ได้ขนาดประชากร 206 แห่ง หลังจากนั้นนำไปกำหนดสัดส่วนตามจำนวน อบต. ของแต่ละจังหวัด กลุ่มที่สองเป็นตัวแทน อบต. แห่งละ 5 คน ประกอบด้วย นายก อบต./หรือรองนายก ปลัด อบต. ผู้นำชุมชน ตัวแทนสถานีอนามัยตัวแทนหน่วยงาน/องค์กร/ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการทำงานด้านการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ โดยทำการเลือกแบบเจาะจง อบต. ที่เป็นตัวแทนจังหวัดละ 3 แห่ง รวมทั้งหมด 12 แห่ง รวมตัวแทน อบต. ทั้งหมดจำนวน 60 ราย จาก 4 จังหวัด เพื่อมาร่วมตรวจสอบและจัดลำดับความต้องการจำเป็นตลอดจนร่วมพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคตามบทบาทที่เป็นความต้องการจำเป็นที่มีความสำคัญที่สุด เหนือในการเลือกตัวแทน อบต. ในกลุ่มที่สองเลือกจาก อบต. ในพื้นที่อำเภอเมือง อบต. ในอำเภอที่มีพื้นที่ติดกับอำเภอเมืองและ อบต. ที่ตั้งอยู่ในอำเภอรอบนอก

เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบประเมินความต้องการจำเป็นด้านบทบาทในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคขององค์การบริหารส่วนตำบล และ แบบสัมภาษณ์กลุ่ม เพื่อหาความต้องการจำเป็นและความต้องการที่คาดหวังของตัวแทนอบต. 12 แห่ง

ขั้นตอนการดำเนินงาน แบ่งเป็นสามระยะดังนี้⁴

ระยะที่ 1 ก่อนการประเมิน Pre-assessment (Exploration) ผู้วิจัยร่วมกับทีมร่วมกันกำหนดกรอบแนวทางการประเมินความต้องการจำเป็น โดยหาช่องว่างระหว่างความต้องการที่เป็นจริงกับความต้องการที่คาดหวัง พร้อมกำหนดพื้นที่เป้าหมาย กลุ่มเป้าหมาย และวิธีการดำเนินงานร่วมกัน โดยกำหนดเป็นแผนการดำเนินงานในแต่ละระยะเป็นรายเดือน ภายใต้โครงการวิจัยการพัฒนารูปแบบเครือข่ายองค์การบริหารส่วนตำบลด้านการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 อุบลราชธานี

ระยะที่ 2 การประเมิน Assessment (Data gathering) การเก็บรวบรวมข้อมูลความต้องการจำเป็น โดยใช้แบบประเมินความต้องการจำเป็นกับ อบต. กลุ่มตัวอย่างจำนวน 206 แห่ง พร้อมทั้งทำการสัมภาษณ์กลุ่ม อบต. ตัวแทนจังหวัดละ 3 แห่ง เพื่อหาความต้องการจำเป็นในด้านบทบาทการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคของ อบต. นำข้อมูลที่วิเคราะห์ มาจัดลำดับความต้องการจำเป็นด้านการป้องกันควบคุมโรคโดยการวิเคราะห์ช่องว่างระหว่างความต้องการที่เป็นจริงกับความต้องการที่คาดหวัง พร้อมทั้งทำการวิเคราะห์สาเหตุของระดับความต้องการจำเป็นเพื่อนำมาเป็นเกณฑ์ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคโดยพิจารณา

จากความต้องการจำเป็นที่ได้รับการจัดเรียงลำดับสูงสุด

ระยะที่ 3 การนำผลไปใช้พัฒนารูปแบบ
**เครือข่ายฯ Model development (Utiliza-
tion)** ดำเนินกระบวนการกลุ่มเพื่อหาแนวทางการ
ดำเนินการป้องกันควบคุมโรคตามบทบาทของ
อบต. ที่เป็นความต้องการจำเป็นที่สำคัญที่สุด การ
พิจารณาแนวทางในการพัฒนารูปแบบเครือข่าย
ความร่วมมือระหว่าง อบต. ในการดำเนินงาน
ป้องกันควบคุมโรคโดยพิจารณาในเรื่องการสื่อสาร
การเรียนรู้และแลกเปลี่ยนการดำเนินงานป้องกัน
ควบคุมโรคและการเปิดพื้นที่การเรียนรู้ระหว่าง
เครือข่าย อบต. ในการดำเนินงานป้องกันควบคุม
โรคในพื้นที่ ทำการพัฒนาแบบเครือข่าย อบต.
ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ตาม
บทบาทความต้องการจำเป็นที่สำคัญที่สุดร่วมกัน

ผลการศึกษา

1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พื้นที่
รับผิดชอบหมู่บ้าน ขององค์การบริหารส่วนตำบลที่
ศึกษาส่วนใหญ่มีพื้นที่รับผิดชอบอยู่ระหว่าง 11-14
หมู่บ้าน ร้อยละ 52.9 อายุ 40-49 ปี ร้อยละ 43.2
(89คน) เพศชาย ร้อยละ 76.7 (158 คน) ระยะเวลา
ที่ทำงานอยู่ระหว่าง 1 - 4 ปี ร้อยละ 63.6 การศึกษา
ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 51.5 เคยมีประสบการณ์
ในการทำงานด้านการป้องกันควบคุมโรค คิดเป็น
ร้อยละ 87.4 (180 คน) เช่น เอดส์ มาลาเรีย ไข้เลือด
ออก ไข้หวัดใหญ่ โรคพิษสุนัขบ้า ร้อยละ 42.3 (173
คน) ส่วนการป้องกันควบคุมโรคที่เกิดจากการ
ประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมเช่นพิษจาก
สิ่งแวดล้อมพบน้อยที่สุดเพียงร้อยละ 10.0 (41 คน)

องค์การบริหารส่วนตำบลมีส่วนร่วมการป้องกัน
ควบคุมโรค โดยการสนับสนุนงบประมาณ ร้อยละ
73.17 (30แห่ง)

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ได้รับความ
รู้เกี่ยวกับแนวทางการป้องกันควบคุมโรคเป็นอันดับ
แรก จากอสม./ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 36.0
(72 คน) เคยได้รับการประสานงานด้านการป้องกัน
ควบคุมโรคมามากถึง ร้อยละ 97.1 (200แห่ง) โดยได้
รับการประสานงานด้านการป้องกันควบคุมโรคจาก
สถานีอนามัย ร้อยละ 89.3 (184 แห่ง) องค์การ
บริหารส่วนตำบลไม่เคยมีปัญหาการระบาดของโรค
ร้อยละ 80.6 (166 แห่ง) มีปัญหาในการดำเนินงาน
ด้านการป้องกันควบคุมโรค ร้อยละ 80.6 (166 แห่ง)
มีปัญหาด้านงบประมาณในการทำงานป้องกัน
ควบคุมโรค ร้อยละ 39.0 (67 แห่ง)

ความสำเร็จและข้อบัญญัติด้านการป้องกันควบคุมโรคขององค์การบริหารส่วนตำบล

ตัวอย่างความสำเร็จ	โครงการ การป้องกันไข้เลือดออก
ของโครงการด้าน	โครงการป้องกันโรคเอดส์ ส่งเสริมอาชีพผู้ติดเชื้อเอดส์
สุขภาพใน อปท.	โครงการที่เกี่ยวกับสุขภาพและสังคมและเศรษฐกิจ ในพื้นที่ ได้แก่ การออกเยี่ยมผู้ป่วย โครงการงดเหล้าเข้าพรรษา และ งดเหล้าในงานศพ โครงการส่งเสริมการออกกำลังกายโดยสนับสนุนเครื่องเสียง โครงการสนับสนุนเครื่องตรวจเบาหวานและเครื่องวัดความดันโลหิต โครงการที่เกี่ยวข้องกับเกษตรและสิ่งแวดล้อมเช่นก่อตั้งกลุ่มเกษตรอินทรีย์
ข้อบัญญัติของ อปท.	ข้อบัญญัติด้านการก่อเหตุรำคาญจากลูกน้ำ ยุงลาย ข้อบัญญัติด้านสิ่งแวดล้อม อาหาร แผงลอย และการก่อเหตุรำคาญกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น ขยะ การกำจัดสิ่งปฏิกูล บำบัดน้ำเสียในชุมชน ข้อบัญญัติในการห้ามจับลูกกบ ลูกเขียด ในฤดูวางไข่ ข้อบัญญัติงานศพปลอดเหล้า

2 ความต้องการจำเป็นด้านการป้องกันควบคุมโรค แบ่งเป็นสามด้านคือ

ด้านที่หนึ่ง การจัดทำแผนงานโครงการและการประเมินผลการดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรค มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาความสามารถทำการประเมินแผนงานโครงการด้านการป้องกันควบคุมโรค สร้างความรู้ความเข้าใจ(องค์ความรู้)ทักษะในการประเมินแผนงานโครงการ

ด้านที่สอง ด้านการทำข้อบัญญัติในการป้องกันควบคุมโรคความต้องการในการกำหนดข้อบัญญัติบทบาทในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของอบต./เทศบาล(0.32) ข้อบัญญัติที่พบในพื้นที่ได้แก่ข้อบัญญัติด้านการก่อเหตุรำคาญจากลูกน้ำ ยุงลาย ข้อบัญญัติด้านสิ่งแวดล้อม อาหาร แผงลอย และการก่อเหตุรำคาญกิจการที่เป็น

อันตรายต่อสุขภาพ เช่น ขยะ การกำจัดสิ่งปฏิกูล บำบัดน้ำเสียในชุมชน ข้อบัญญัติในการห้ามจับลูกกบ ลูกเขียด ในฤดูวางไข่ และข้อบัญญัติงานศพปลอดเหล้า

ด้านที่สาม ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพเร่งด่วนในพื้นที่ ปัญหาสุขภาพเร่งด่วนในพื้นที่คือปัญหาโรคเรื้อรังได้แก่โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไข้เลือดออก มะเร็งตับ/ปวยโรไม่ในตับ ปัญหาอื่นๆได้แก่ ปัญหายาเสพติด สารพิษจากการทำเกษตรกรรมในเกษตรกร ทั้งหมดที่กล่าวมาเป็นปัญหาที่ชุมชนต้องการจัดการแก้ไขและกำจัดปัญหาให้หมดไปจากชุมชน

โดยความต้องการจำเป็นทั้งสามด้านสามารถ ดำเนินการในรูปของเครือข่ายที่รองรับการดำเนินงาน สามเครือข่ายคือ เครือข่ายการจัด

ทำแผนงานโครงการและการประเมินผลการดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรค เครือข่ายความรู้ด้านการป้องกันควบคุมโรค มีเป้าหมายเพื่อให้ความรู้ในส่วนที่เป็นความต้องการจำเป็นของพื้นที่สองเรื่องตามลำดับความสำคัญ คือ 1) ความรู้เรื่องโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม 2) ความรู้เรื่องโรคไม่ติดต่อและการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรค เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และ 3) ความรู้เรื่องโรคที่เกิดจากภัยสุขภาพและการบาดเจ็บและแนวทางการป้องกันจากสารพิษ และเครือข่ายสื่อสารประชาสัมพันธ์ด้านการป้องกันควบคุมโรค มีเป้าหมายเพื่อพัฒนารูปแบบ และคุณภาพของช่องทางสื่อสารประชาสัมพันธ์ประกอบด้วย สื่อเสียงตามสายของเทศบาล/หอกระจายข่าว ชุมชน โปสเตอร์/แผ่นพับ อบรม/จัดเวทีประชาคมในพื้นที่ และสื่อทางเว็บไซต์/ ทางอินเทอร์เน็ต

3 กระบวนการพัฒนารูปแบบเครือข่ายด้านการป้องกันควบคุมโรคขององค์การบริหารส่วนตำบล กระบวนการพัฒนารูปแบบเครือข่ายด้านการป้องกันควบคุมโรคขององค์การบริหารส่วนตำบลในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นสองขั้นตอนใหญ่ๆ คือ ขั้นตอนการประเมินความต้องการจำเป็นด้านการป้องกันควบคุมโรคของและขั้นตอนการสร้างเครือข่ายการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค ดังนี้

3.1 ขั้นตอนการประเมินความต้องการจำเป็น ขั้นตอนการประเมินความต้องการจำเป็นคือ

ขั้นตอนที่ 1 ถึงขั้นตอนที่ 4 เฉพาะขั้นตอนที่ 1 คือการประเมินความจำเป็นเบื้องต้นนั้น ผู้วิจัยเห็นว่าการเลือกประเด็นศึกษาความต้องการจำเป็นด้านการป้องกันควบคุมโรคซึ่งเป็นความต้องการ

ของคนในพื้นที่ในระดับตำบล ซึ่งประกอบด้วยประชาชน กลุ่ม/องค์กร และหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่ที่มีความหลากหลายอยู่ในพื้นที่ๆหนึ่ง ทำให้การประเมินความต้องการจำเป็นโดยเลือกจากความต้องการของตัวแทนจากองค์การบริหารส่วนตำบล ที่มองความต้องการแทนคนในพื้นที่ทั้งหมดไม่สามารถครอบคลุมประเด็นปัญหาได้ทั้งหมด นอกจากนี้การสะท้อนความคาดหวังที่เป็นความต้องการจำเป็นยังเป็นการแสดงแนวคิดในระดับปัจเจกที่บางความคาดหวังนั้นประชาชนในพื้นที่ไม่สามารถเข้าถึงได้ เช่น ความคาดหวังในเรื่องช่องทางการสื่อสารประชาสัมพันธ์ในเรื่องการใช้ช่องทาง อินเทอร์เน็ต ในขณะที่เมื่อทำการสนทนากลุ่มที่มีองค์ประกอบของตัวแทนในพื้นที่ๆหลากหลายให้ความคาดหวังต่อช่องทางที่ชาวบ้านสามารถเข้าถึงได้โดยเน้นที่การพัฒนาคุณภาพและเนื้อหาของสื่อที่มีในชุมชน เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบความต้องการจำเป็น พบว่าภาพความต้องการจำเป็นที่ตัวแทนองค์การบริหารส่วนตำบลที่มีหลากหลายตัวแทนแสดงให้เห็นชัดเจนว่าความต้องการจำเป็นที่แท้จริงด้านการป้องกันควบคุมโรค เน้นที่ความต้องการที่ประชาชนส่วนใหญ่ประสบปัญหาร่วมกัน และต้องการดำเนินการแก้ไขร่วมกันเป็นปัญหาร่วมของหลายๆองค์การบริหารส่วนตำบล และลดระดับความคาดหวังที่เป็นความต้องการจำเป็นให้ประชาชนในระดับปัจเจกคนในชุมชนส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงได้ เช่น ปัญหาร่วมเรื่องความรู้และแนวทางป้องกันโรคที่เกิดจากสารพิษจากการเกษตรกรรม ตลอดจนแนวทางในการปฏิบัติต่อเนื่องหากมีการตรวจพบสารพิษตกค้างในร่างกาย

หรือความต้องการด้านการทำแผนงานโครงการในระดับกลุ่ม/องค์กรในชุมชน ที่มีหน้าที่ในการเสนอแผนงานโครงการด้านสุขภาพเพื่อของบประมาณสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นต้น

ลำดับความต้องการจำเป็น ด้านบทบาทองค์การบริหารส่วนตำบลในการป้องกันควบคุมโรคขององค์การบริหารส่วนตำบลในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี

ความต้องการจำเป็นด้านการป้องกันควบคุมโรคที่ผ่านการตรวจสอบ การวิเคราะห์สาเหตุร่วมกันของนักวิจัยในพื้นที่และนำมาจัดลำดับและคัดเลือกเป็นประเด็นในการสร้างแนวทางการทำงานในรูปแบบเครือข่าย เป็นต้น

ความต้องการจำเป็นด้านการจัดทำแผนงานโครงการ ลำดับที่หนึ่งคือ “ความสามารถในการประเมินแผนงานโครงการ”

ความต้องการจำเป็นด้านการป้องกันควบคุมโรค ลำดับที่หนึ่งคือ “แผนงานทั้งการจัดทำแผนและการประเมินแผนงานโครงการ”

ความต้องการจำเป็นด้านความรู้ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค ลำดับที่หนึ่งคือ “ความต้องการจำเป็นด้านความรู้เรื่องโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม”

ความต้องการจำเป็นด้านช่องทางสื่อสารประชาสัมพันธ์ในการเตือนภัย ช่องทางการให้ความรู้เรื่องด้านการป้องกันความรู้ด้านการป้องกันควบคุมโรค และช่องทางประชาสัมพันธ์สื่อการป้องกันควบคุมโรค ลำดับที่หนึ่งคือ “ช่องทางสื่อสารประชาสัมพันธ์ในการเตือนภัยผ่านทางหอกระจายข่าว”

ขั้นตอนที่ 3 การทำความเข้าใจในแนวคิดและ

ความหมายความต้องการจำเป็น

ขั้นตอนที่ 4 ประเด็นความต้องการด้านการป้องกันควบคุมโรค ที่นักวิจัยในพื้นที่ต้องการพัฒนาเป็นเครือข่ายการทำงาน นั้นผู้วิจัยให้ความสำคัญกับผู้เข้าร่วมตรวจสอบความต้องการจำเป็นในฐานะนักวิจัยร่วมในระดับพื้นที่ เนื่องจากกลุ่มนักวิจัยเหล่านี้จะต้องดำเนินการตรวจสอบข้อมูลความต้องการจำเป็น และเห็นข้อมูลสะท้อนกลับที่ทีมวิจัยจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ต้องการให้นักวิจัยในพื้นที่เห็นและสามารถปรับเปลี่ยนความต้องการจำเป็นที่เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการจำเป็นจริงๆของคนในพื้นที่ ดังนั้นการวางรากฐานในการรับรู้และการทำความเข้าใจต่อการหลักแนวคิด และความสำคัญของการประเมินความต้องการจำเป็น ตลอดจนแนวทางการประเมินความต้องการจำเป็นที่นักวิจัยสะท้อนกลับให้นักวิจัยในพื้นที่ให้รับรู้พอๆ กับนักวิจัยหลักในโครงการจึงมีความสำคัญและจำเป็น ซึ่งนักวิจัยในพื้นที่จะได้ใช้เป็นฐานในการคิดและวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาที่เป็นความต้องการจำเป็น เพื่อนำมาเป็นเหตุผลสนับสนุนที่สำคัญในการปรับเปลี่ยนลำดับความต้องการจำเป็นที่นักวิจัยหลักได้วิเคราะห์เอาไว้ซึ่งนำไปสู่การคัดเลือกความสำคัญของประเด็นความต้องการจำเป็นโดยเลือกจากความต้องการจำเป็นลำดับต้นๆ และเป็นความต้องการที่นักวิจัยในพื้นที่เห็นร่วมกันว่า เป็นปัญหาร่วมกันของเครือข่ายที่สมควรจะต้องได้รับการจัดการปัญหาในรูปแบบของเครือข่ายมากที่สุด โดยมีเหตุผลสำคัญที่ใช้ในการคัดเลือกจากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาร่วมกัน โดยทีมวิจัยหลักทำหน้าที่เพียงผู้ช่วยดำเนินการกลุ่มเท่านั้น

หลักการดังกล่าวนี้เองจะช่วยให้ตัวแทนองค์การบริหารส่วนตำบลเห็นปัญหาและวิเคราะห์ปัญหา ตลอดจนรู้จักวิธีการจัดลำดับและคัดเลือกปัญหา ร่วมกัน โดยใช้เทคนิคที่หลากหลายในการหาข้อสรุป ร่วมในการเลือกประเด็น ตั้งแต่การอภิปรายเหตุผล ร่วมกัน การพูดคุยตัวอย่างที่มีในพื้นที่ที่ประสบความสำเร็จแลกเปลี่ยนกัน การแลกเปลี่ยนกิจกรรม ย่อยในการดำเนินงานขององค์การบริหารส่วน ตำบลแต่ละแห่ง ตลอดจนแลกเปลี่ยนประสบการณ์ จากตัวแทนผู้เข้าประชุมที่เป็นตัวอย่างในความสำเร็จ ในการดำเนินงานเฉพาะเรื่อง รวมทั้งการใช้ เทคนิคในการลงมติเพื่อหาข้อสรุปร่วมกัน สิ่งเหล่านี้ ถือเป็นการเรียนรู้ในการทำงานในรูปแบบเครือข่าย อย่างแท้จริง

3.2 ขั้นตอนการสร้างและพัฒนา เครือข่าย ขั้นตอนการสร้างเครือข่ายการดำเนินงาน ป้องกันควบคุมโรคคือขั้นตอนที่ 5 การทำความเข้าใจ ในแนวคิดและความหมายเครือข่าย และขั้นตอนที่ 6 การสร้างเครือข่ายการป้องกันควบคุมโรค เป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญอย่างยิ่งเนื่องจากการที่นักวิจัย ในพื้นที่จะสามารถสร้างเครือข่ายได้ในทิศทาง เดียวกันแล้วนักวิจัยจะต้องได้รับความรู้และความ เข้าใจเรื่องเครือข่าย แนวทางการสร้างเครือข่าย และเครือข่ายในความหมายของโครงการวิจัยนี้ไป ในทิศทางเดียวกัน โดยนักวิจัยหลักได้ให้ความรู้ทั้ง ที่เป็นแนวคิดทฤษฎี และตัวอย่างเครือข่ายในระดับ ชุมชน เพื่อให้ให้นักวิจัยในพื้นที่เข้าใจและมองเห็นภาพ ของเครือข่ายเป็นภาพเดียวกัน ก่อนที่จะดำเนินการ ระดมความคิดเห็นเพื่อสร้างเครือข่ายการดำเนินงาน ป้องกันควบคุมโรคขององค์การบริหารส่วนตำบล ร่วมกันตามประเด็นที่นักวิจัยได้ทำการตรวจสอบ

วิเคราะห์ จัดลำดับและคัดเลือกความต้องการ จำเป็น ให้เป็นประเด็นหลักๆ เพื่อนำมาใช้เป็น ประเด็นในการสร้างเครือข่ายการทำงานร่วมกัน ภายใต้นิยามเครือข่ายในโครงการวิจัยนี้ว่าเครือข่าย หมายถึง การมีเป้าหมายในการพัฒนาเครือข่ายร่วมกัน การสร้างพื้นที่ให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และ การแลกเปลี่ยนกิจกรรมร่วมกัน แนวทางการช่วยเหลือกัน เครือข่าย และแนวทางการติดต่อสื่อสาร ระหว่างกัน ตลอดจนการร่วมสร้างโครงสร้างการทำงาน ของเครือข่ายร่วมกัน

สิ่งที่สำคัญในลำดับถัดมาของขั้นตอนนี้คือ ผู้ดำเนินการกลุ่มต้องตีประเด็นความหมาย ของ เครือข่ายให้ชัดเจนในแนวทางปฏิบัติที่สอดคล้องกับ ประเด็นปัญหาที่นักวิจัยในพื้นที่ได้เลือกไว้เพื่อนำมา หาแนวทางการดำเนินงานในรูปแบบของเครือข่าย โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายไม่เป็นวิชาการ เช่น การตั้ง ประเด็นชวนคิดให้กับกลุ่มเพื่อให้กลุ่มนำไประดม ความคิดในการสร้างเครือข่ายดังนี้

1. มีใครทำอะไรบ้างในเครือข่าย
2. เราจะมีวิธีการสร้างเวทีให้เครือข่ายมีการ แลกเปลี่ยนวิธีการทำงานระหว่างกันอย่างไร
3. เราจะมีวิธีการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนแนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อกันอย่างไร
4. เราจะมีวิธีการช่วยเหลือกันภายใน เครือข่ายอย่างไร
5. เราจะมีวิธีการติดต่อสื่อสารระหว่างกัน อย่างไร คำถามเหล่านี้จะช่วยให้ นักวิจัยในพื้นที่ เข้าใจได้ง่ายและนำไปสู่กระบวนการระดมความคิด เห็นในกลุ่มได้ ซึ่งนักวิจัยเริ่มมีความคุ้นเคยกัน จากเวทีการตรวจสอบความต้องการจำเป็น ทำให้ การระดมความคิดเป็นไปอย่างราบรื่นมากขึ้น

4 รูปแบบเครือข่าย การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคขององค์การบริหารส่วนตำบลในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี

เครือข่ายการพัฒนาทักษะด้านแผนงาน
ผลโครงการและการประเมินผล มีเป้าหมายของเครือข่าย เพื่อพัฒนาความรู้ ความสามารถ ความเข้าใจ และทักษะในการประเมินแผนงานโครงการ มีกิจกรรมในการพัฒนาเครือข่าย จัดอบรม/แผนงาน / โครงการ จัดเวทีประชาคม เพื่อรับฟังปัญหาและความคิดเห็น เช่น ความต้องการเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรค มีการจัดพื้นที่ให้เครือข่ายมีการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนกันโดยจัดเวทีประชาคม/เครือข่ายตำบล เครือข่ายภายนอก เชิญหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาให้ความรู้ ศึกษาดูงานหน่วยงานอื่น ที่ประสบความสำเร็จแล้ว และประชุมเชิงปฏิบัติการ

เครือข่ายการพัฒนาความรู้ด้านการป้องกันควบคุมโรค มีเป้าหมายของเครือข่าย เพื่อให้ความรู้เรื่องโรคจากการประกอบอาชีพ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคที่เกิดจากภัยสุขภาพ การบาดเจ็บและแนวทางป้องกันจากสารพิษ มีกิจกรรมในเครือข่ายคือ การจัดเวทีประชาคมให้สมาชิกเครือข่ายได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหาและความต้องการของกันและกัน จัดให้มีการศึกษาดูงาน โดยมีนายก อบต. เป็นประธานเครือข่าย มีการประชุมคณะกรรมการ เพื่อที่จะได้รับทราบปัญหาความต้องการของสมาชิกเครือข่าย และนำไปสู่การให้ความช่วยเหลือสมาชิกต่อไป

เครือข่ายการพัฒนาการสื่อสาร
ประชาสัมพันธ์การป้องกันควบคุมโรค มีเป้าหมายของเครือข่ายเพื่อพัฒนารูปแบบและคุณภาพของช่องทางสื่อประชาสัมพันธ์ ด้านการป้องกันควบคุมโรค มีกิจกรรมการพัฒนาเครือข่ายโดยการศึกษาดูงานต้นแบบ ประชุม อบรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างตำบล เป็นแหล่งศึกษาดูงานให้กันและกัน แลกเปลี่ยนวิทยากร สื่อ เป็นต้น แนวทางการพัฒนาเครือข่ายยึดหลักการพัฒนามองค์ประกอบของการสื่อสาร คือการพัฒนาผู้ส่งสาร การพัฒนาสาร การพัฒนาช่องทางการสื่อสาร และการพัฒนาผู้รับสาร

จากทั้งหมด 6 ขั้น ขั้นตอนการประเมินความต้องการจำเป็นคือขั้นตอนที่ 1 ถึงขั้นตอนที่ 4 และขั้นตอนการสร้างเครือข่ายการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคคือขั้นตอนที่ 5 และขั้นตอนที่ 6 โดยมีรายละเอียดดังนี้

กระบวนการสร้างเครือข่ายการป้องกันควบคุมโรคขององค์การบริหารส่วนตำบล

ขั้นตอน/กระบวนการ	แนวทาง/กิจกรรม
1. การประเมินความต้องการจำเป็นเบื้องต้น	-สำรวจความต้องการจำเป็นจากองค์การบริหารส่วนตำบล 206 แห่งจาก 4 จังหวัด -สนทนากลุ่มกับตัวแทนองค์การบริหารส่วนตำบล 2 กลุ่มจาก 4 จังหวัดเลือกองค์การบริหารส่วนตำบลในอำเภอเมือง อำเภอรอบกลาง และอำเภอรอบนอกของแต่ละจังหวัด กลุ่มตัวแทนประกอบด้วย นายกเทศบาล สมาชิกสภาตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และตัวแทนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล -วิเคราะห์ข้อมูลความต้องการจำเป็นและจัดลำดับความต้องการจำเป็นด้านการป้องกันควบคุมโรค
2. การตรวจสอบความต้องการจำเป็น	จัดเวทีประชุมให้ตัวแทนองค์การบริหารส่วนตำบล ทั้ง 12 แห่งจำนวน 60 คน ที่ได้เคยเข้าร่วมสนทนากลุ่มในระยะที่หนึ่ง เข้ามาร่วมตรวจสอบข้อมูลความต้องการจำเป็นที่ตรงกับปัญหาและความต้องการจำเป็นอย่างแท้จริงของคนในชุมชน
3. การทำความเข้าใจแนวคิดและความหมายความต้องการจำเป็น	ก่อนทำการตรวจสอบความต้องการจำเป็นนักวิจัยให้ผู้เข้าร่วมประชุมรับรู้และทำความเข้าใจกับการประเมินความต้องการจำเป็นเนื่องจากผู้เข้าร่วมประชุมถือว่าเป็นนักวิจัยในพื้นที่ที่จะต้องเข้าร่วมกระบวนการตรวจสอบและสร้างเครือข่ายในโครงการวิจัยครั้งนี้
4. ประเด็นความต้องการด้านการป้องกันควบคุมโรค ที่นักวิจัยในพื้นที่ต้องการพัฒนาเป็นเครือข่ายการทำงาน	1.ประเด็นการพัฒนาทักษะด้านแผนงานผลโครงการและการประเมินผล 2.ประเด็นการพัฒนาความรู้ด้านการป้องกันควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพเกษตรกรรมและสิ่งแวดล้อม 3.ประเด็นการพัฒนาการสื่อสารประชาสัมพันธ์การป้องกันควบคุมโรค
5. การทำความเข้าใจในแนวคิดและความหมายเครือข่าย	ก่อนทำสร้างรูปแบบเครือข่ายการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคที่นักวิจัยได้มีกระบวนการให้นักวิจัยในพื้นที่ได้รับรู้และเข้าใจแนวคิดเครือข่ายและรูปแบบเครือข่าย ไปในทิศทางเดียวกันเพื่อนำไปใช้ในการระดมความคิดเห็นในการสร้างรูปแบบเครือข่ายร่วมกัน
6. การสร้างเครือข่ายการป้องกันควบคุมโรค	ในเครือข่ายทั้งสามประเด็นที่นักวิจัยในพื้นที่ได้นำไปเป็นแนวทางในการสร้างรูปแบบเครือข่ายร่วมกันคือ การมีเป้าหมายในการพัฒนาเครือข่ายร่วมกัน การสร้างพื้นที่ให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการแลกเปลี่ยนกิจกรรมร่วมกัน แนวทางการช่วยเหลือกันในเครือข่าย และแนวทางการติดต่อสื่อสารระหว่างกัน ตลอดจนการร่วมโครงสร้างเครือข่ายภายใต้ประเด็นเครือข่ายทั้งสามร่วมกัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะต่อสำนักงานป้องกันควบคุมโรคและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในการนำไปใช้ประโยชน์

1. ควรจัดทำแผนงานโครงการที่พัฒนาทักษะการจัดทำแผนงานโครงการและการเทคนิคในการประเมินแผนงานโครงการให้กับองค์กรบริหารส่วนตำบล

2. ควรมีการทำแผนงานโครงการด้านการให้ความรู้ด้านการป้องกันควบคุมโรคเรื่องการป้องกันและควบคุมสารพิษจากการทำเกษตรกรรมและการดูแลสุขภาพของเกษตรกรที่มีสารพิษจากการเกษตรตกค้างในร่างกาย

3. ควรมีการจัดทำแผนงานพัฒนาคุณภาพสื่อหอกระจายข่าวในชุมชน และเนื้อหาสาระของข่าวสารประชาสัมพันธ์ด้านการป้องกันควบคุมโรคที่เน้นในเรื่องโรคและผลกระทบที่เกิดจากการใช้สารพิษในการทำเกษตรกรรมในเกษตรกร ความรู้เรื่องโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาหลักของชุมชน ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และความรู้เรื่องโรคที่เกิดจากภัยสุขภาพและการบาดเจ็บ และการป้องกัน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการในการสร้างกระบวนการเรียนรู้การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคของเครือข่ายองค์กรบริหารส่วนตำบล

2. ควรศึกษาการคงอยู่และความเข้มแข็งของเครือข่ายการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคของเครือข่ายองค์กรบริหารส่วนตำบล

บรรณานุกรม

1. นฤมล นิราทร. (2543). การสร้างเครือข่ายการทำงาน: ข้อควรพิจารณาบางประการ. โดย การสนับสนุนของโครงการระหว่างประเทศว่าด้วยการขจัดปัญหาการใช้แรงงานเด็กองค์การแรงงานระหว่างประเทศ.
2. สุวิมล ว่องวานิช. (2548). การวิจัยประเมินความต้องการจำเป็น. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
3. Krejcie, R. V., & Morgan, D.W. 1970. Determining Sample Size for Research Activities. https://home.kku.ac.th/sompong/guest_speaker/KrejcieandMorgan_article.pdf.
4. สุวิมล ว่องวานิช. (2542). การสังเคราะห์เทคนิคที่ใช้ในการประเมินความต้องการจำเป็นในวิทยานิพนธ์ของนิสิตคณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ภาควิชาวิจัยการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องลงพิมพ์

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี ยินดีรับบทความวิชาการหรือรายงานผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับงานป้องกันควบคุมโรค โดยเรื่องที่ส่งมาต้องไม่เคยตีพิมพ์ หรือกำลังรอพิมพ์ในวารสารอื่น ทั้งนี้ ขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานแก้ไข และพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง มีคำแนะนำดังนี้

1. บทความที่ส่งลงพิมพ์ความยาวไม่เกิน 12 หน้า

นิพนธ์ต้นฉบับ	การเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับดังนี้ “บทคัดย่อ บทนำ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิจารณ์ กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง”
รายงานผลการปฏิบัติงาน	ประกอบด้วย “บทคัดย่อ บทนำ วิธีการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน วิจารณ์ กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง”
บทความพื้นฟูวิชาการ	ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสิ่งที่ตรวจพบใหม่ หรือเรื่องที่น่าสนใจที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทวิเคราะห์สถานการณ์โรค ประกอบด้วย “บทคัดย่อ บทนำ ความรู้/ข้อมูลที่น่าสนใจ วิจารณ์ หรือวิเคราะห์สรุป เอกสารอ้างอิงที่ทันสมัย”
ย่อเอกสาร	ย่อบทความภาษาต่างประเทศหรือภาษาไทยที่ตีพิมพ์ไม่เกิน 2 ปี

2. การเตรียมบทความเพื่อลงตีพิมพ์

- 2.1 **ชื่อเรื่อง** ควรสั้นกะทัดรัดได้ใจความครอบคลุมและตรงกับวัตถุประสงค์ และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- 2.2 **ชื่อผู้เขียน** มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) พร้อมทั้งอภิปรายต่อท้ายชื่อและสถาบันที่ทำงานอยู่ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- 2.3 **เนื้อเรื่อง** ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และภาษาที่เข้าใจง่าย สั้นกะทัดรัด และชัดเจน หากใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน
- 2.4 **บทคัดย่อ** การย่อเนื้อหาสำคัญ เอาเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุม เป็นประโยคสมบูรณ์และเป็นร้อยแก้ว ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด และมีส่วนประกอบคือ วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา และวิจารณ์หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิง บทคัดย่อมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- 2.5 **บทนำ** อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัยศึกษา คำนว้าของผู้คนที่เกี่ยวข้อง และวัตถุประสงค์ของการวิจัย
- 2.6 **วิธีการศึกษา** อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างและการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล หรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์
- 2.7 **ผลการศึกษา** อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์, ให้เขียนคำอธิบายไว้บนตารางแสดงผล
- 2.8 **วิจารณ์** ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือผลการดำเนินงานของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย
- 2.9 **สรุป (ถ้ามี)** ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับการวิจัย (สรุปให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.10 เอกสารอ้างอิง

- 1) ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ Vancouver 2003
- 2) การอ้างอิงเอกสารใด ให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถยกเป็นหมายเลข โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อตามลำดับ แต่ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม
- 3) เอกสารอ้างอิงหากเป็นวารสารภาษาอังกฤษให้ใช้ชื่อย่อวารสารตามหนังสือ Index Medicus การใช้เอกสารอ้างอิงไม่ถูกต้องแบบจะทำให้เรื่องที่เกิดความล่าช้าในการพิมพ์ เพราะต้องมีการติดต่อผู้เขียนเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมครบตามหลักเกณฑ์

3. รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง

คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์นี้ได้รับรวบรวมรูปแบบการอ้างอิงเอกสารระบบ Vancouver 2003 ทั้งหมด 5 ประเภท และตัวอย่าง ดังนี้

1. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวารสาร

1.1 การอ้างอิงจากวารสารที่ได้มาตรฐานทั่วไป

รูปแบบพื้นฐาน: ชื่อผู้พิมพ์ (Author). ชื่อเรื่อง (Title). ชื่อย่อวารสาร (Title of Journal) ปีที่ตีพิมพ์ (Year); ปีที่วารสาร (Volume) เล่มที่ (Issue number): หน้า (Pages).

ตัวอย่าง Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. N Engl J Med. 2002; 347(4):284-7.

นภาพวงษ์ศิลป์. ลักษณะทางระบาดวิทยาและแนวโน้มของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ป่วยด้วยวัณโรคในประเทศไทย. วารสารควบคุมโรค. 2547; 30: 363-71.

1.2 กรณีที่ผู้พิมพ์เป็นหน่วยงานหรือคณะบุคคล

ตัวอย่าง Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. Hypertension. 2002; 40(5):679-86.

1.3 กรณีที่ไม่มีชื่อผู้พิมพ์

ตัวอย่าง World Health Organization. Global Tuberculosis control: Surveillance, planning financing: WHO Report 2006. Geneva: WHO; 2006

ข้อสังเกต

- การอ้างอิงเป็นภาษาไทย ให้ใส่ชื่อผู้พิมพ์ก่อนนามสกุล
- ชื่อเฉพาะอักษรตัวแรกให้ใช้ตัวพิมพ์ใหญ่
- ชื่อวารสารที่เป็นชื่อย่อ ต้องเป็นไปตามที่กำหนดไว้ใน Index Medicus สามารถค้นจาก <http://www.nlm.nih.gov>
- วารสารภาษาไทยนิยมใช้ชื่อเต็มของวารสาร
- เลขหน้าการอ้างอิงใช้ตัวเต็มสำหรับหน้าแรกและตัวย่อสำหรับหน้าสุดท้าย เช่น 548-52

2. เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือ

2.1 การอ้างอิงจากหนังสือ

รูปแบบพื้นฐาน: ชื่อสกุลผู้พิมพ์ อักษรย่อชื่อผู้พิมพ์. ชื่อหนังสือ. พิมพ์ครั้งที่. ชื่อเมือง: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง Murray PR. Medical microbiology. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.

Finney JD. Probit Analysis. 3rd ed. Cambridge. The University Press. 1971.

เกษม วัฒนชัย. การดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูง (Clinical management of essential hypertension). กรุงเทพฯ: พัฒนาศึกษา; 2532.

ข้อสังเกต

- กรณีที่มีผู้นิพนธ์ร่วมมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก ตามด้วย et al. หรือ และคณะ
- การอ้างอิงเป็นภาษาไทย ให้ใส่ชื่อผู้นิพนธ์ก่อนนามสกุล

2.2 หนังสือที่ผู้เขียนเป็นบรรณาธิการผู้รวบรวม หรือประธาน

ตัวอย่าง Gilstrap LC, Cunningham FG, VanDorsten JP, editors. Operative obstetrics. 2nd ed. NewYork: McGraw-Hill; 2002.

ศิษณุ พันธุ์เจริญ, ทวี โชติพิทยสุนนท์, อุษา ทิสยากร, บรรณาธิการ.โรคเอดส์ในเด็ก. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2545. หน้า 349-66.

2.3 หนังสือที่มีผู้นิพนธ์เป็นหน่วยงานและเป็นผู้พิมพ์

ตัวอย่าง Institute of Medicine (US). Looking at the future of the Medicaid program. Washington: The Institute; 1992.

กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ เด็กและผู้ใหญ่ในประเทศไทยปี พ.ศ.2545. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์การศาสนา; 2545.

2.4 เอกสารอ้างอิงเป็นบทหนึ่งในหนังสือ

ตัวอย่าง Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

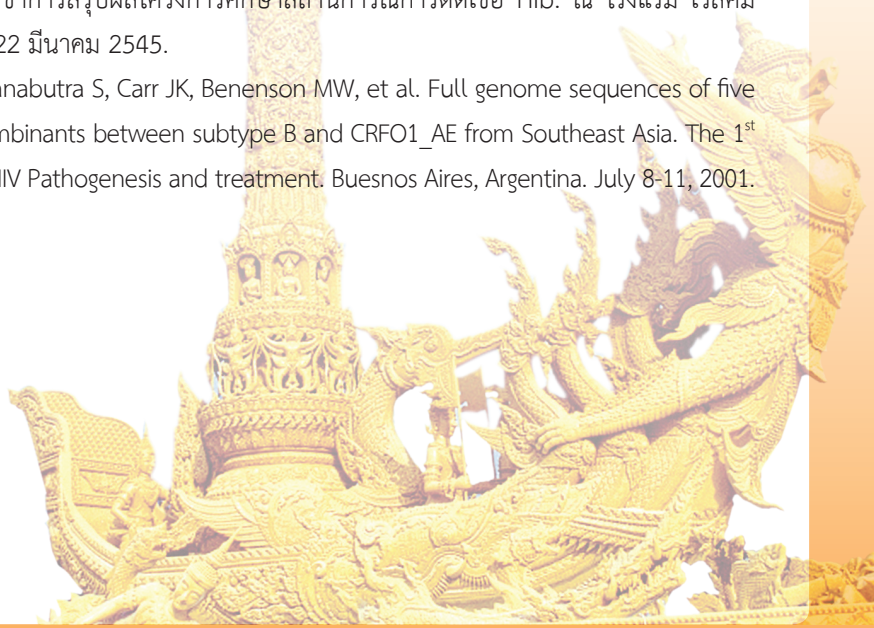
อนุพงศ์ ชิตวารการ. Sexually Transmitted Diseases.ใน: ปรียา กุลละวณิช และประวิตร พิศาลบุตร, บรรณาธิการ. Dermatology 2000. กรุงเทพมหานคร: บริษัทโฮลิสติกพับลิชชิงจำกัด; 2543. หน้า 361 - 4.

2.5 เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม (Conference process)

ตัวอย่าง ทองกร ยืนรังสี, ราตรี ศิริศรีตรีกฤษ, ลีซ่า กันธมาลา, พรทิพย์ ยุกตานนท์, ศิริวรรณ สร้อยทรัพย์, ศิริกุล ลพสุนทร, สุพัตรา อารมณ์สวะ, บรรณาธิการ. นโยบายและการดำเนินการดูแลหญิงหลังคลอดและครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวี. การสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 9: 7-9 กรกฎาคม 2546; ณ อิมแพ็ค เมืองทองธานี จ.นนทบุรี. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์การศาสนา; 2546.

Sophie treleaven. Importance and epidemiology of Haemophilus influenzae type b. เอกสารประกอบการสัมมนาวิชาการสรุปผลโครงการศึกษาสถานการณ์การติดเชื้อ Hib. ณ โรงแรม เวลคัม พัทยา จังหวัดชลบุรี. 22 มีนาคม 2545.

Watanaveeradej V, Tovanabutra S, Carr JK, Benenson MW, et al. Full genome sequences of five different HIV-1 recombinants between subtype B and CRFO1_AE from Southeast Asia. The 1st IAS Conference on HIV Pathogenesis and treatment. Buenos Aires, Argentina. July 8-11, 2001. (Abstract No 146).



3. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์

รูปแบบพื้นฐาน : ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง [วิทยานิพนธ์]. ชื่อเมือง. ชื่อมหาวิทยาลัย; ปี.

ตัวอย่าง Silpakit C. A study of common mental disorders in primary care in Thailand [Ph.D. thesis]. London: University of London; 1998.

จิตต์ลัดดา สุภานันท์. การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกัน การเกิดแผลผ่าตัดของผู้ป่วยโรคเรื้อรังสถานสงเคราะห์โรคเรื้อรังพระประแดง จ.สมุทรปราการ. [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต] สาธารณสุขศาสตร์ สาขาสุศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล; 2539.

4. การอ้างอิงจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์

4.1 วารสารในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์

รูปแบบพื้นฐาน: ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร ปี; ปีที่วารสาร: [จำนวน screens หรือ จำนวนย่อหน้า] [ประเภทของวัสดุ]. ที่มา: แหล่งสารสนเทศ [วันเดือนปีที่ค้นเอกสาร].

ตัวอย่าง CDC. Update: Outbreak of Severe Acute Respiratory Syndrome - Worldwide, 2003 [online]. MMWR 2003; 52: 241-8. Available from: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5212a1.htm> World Health Organization. Yellow Fever Fact Sheet, WHO Fact Sheets, No.100. August 1999 [online]. Available from: <http://www.health.fgov.be/WHI3/krant/krantarch2001/kranttekstdec1/011217m02who.htm> [2003 Sep 10]

4.2 วารสารจากซีดีรอม (CD-ROM)

รูปแบบพื้นฐาน: ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร[serial on CD-ROM]. ปี; ปีที่วารสาร: หน้า.

ตัวอย่าง สำนักโรคไข้หวัดใหญ่ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ชุด CD คู่มือการฝึกซ้อมแผนชนิดบนโต๊ะ (Tabletop Exercise) เพื่อเตรียมความพร้อมรับการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ ระดับจังหวัด. [serial on CD-ROM]. 2549.

5. เอกสารอ้างอิงในรูปแบบอื่น

5.1 บทความจากหนังสือพิมพ์

รูปแบบพื้นฐาน: ชื่อผู้เขียน. ชื่อบทความ. ชื่อหนังสือพิมพ์ ปีที่พิมพ์ วัน เดือน ปี; section (ถ้ามี): (คอลัมน์).

ตัวอย่าง Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. The Washington Post 1996 Jun 21; Sect. A: 3 (col.5).

5.2 เอกสารอ้างอิงจากสื่อทัศน

รูปแบบพื้นฐาน: ผู้จัดทำ, หน้าที่รับผิดชอบ. ชื่อเรื่อง [ชนิดสื่อ]. ชื่อเมือง: แหล่งผลิตหรือผู้เผยแพร่; ปีที่ผลิต.

ตัวอย่าง พจน์ สารสิน, ผู้พูด. ความอยู่รอดของเศรษฐกิจไทย [บทวิทยุ]. กรุงเทพมหานคร: สถานีวิทยุกระจายเสียงแห่งประเทศไทย; 13 เมษายน 2520.

6. การส่งต้นฉบับ

การส่งเรื่องตีพิมพ์ให้ส่งต้นฉบับ 2 ชุด โดยใช้กระดาษขนาด A4 และแผ่น CD พร้อมระบุชื่อ File ถึงกลุ่มพัฒนาวิชาการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จ.อุบลราชธานี หรือที่ E-mail address: salt_dpc7@hotmail.com และแจ้งการส่งต้นฉบับทางโทรศัพท์หมายเลข 0 4524 2226