



กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control

วารสารควบคุมโรค

DISEASE CONTROL JOURNAL

ปีที่ 42 ฉบับที่ 2 เมษายน - มิถุนายน 2559

Volume 42 No. 2 April - June 2016



- การประเมินมาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของหน่วยบริการภาครัฐของประเทศไทย ปี 2558
- ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคมือ เท้า ปาก ของครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
- ประสิทธิภาพของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร
- การะโรคปวดหลังในผู้ประกอบอาชีพ
- ภาวะไวต่อยา cefixime และ ceftriaxone ที่ลดลงของเชื้อหนองใน ในประเทศไทย ปี 2556-2557
- การศึกษาระดับความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคใช้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข กรณีศึกษาอำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร
- การประเมินพลาแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2557
- ความรู้เกี่ยวกับการให้คำปรึกษาการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติหน้าที่ให้คำปรึกษา เขตสุขภาพที่ 5



กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control

วารสารควบคุมโรค

DISEASE CONTROL JOURNAL

ISSN 1685-6481

ปีที่ 42 ฉบับที่ 2 เม.ย. - มิ.ย. 2559

Volume 42 No.2 Apr - Jun 2016

สารบัญ

หน้า

PAGE

CONTENTS

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

- การประเมินมาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริม 79 Evaluation of immunization service delivery in
ภูมิคุ้มกันโรคของหน่วยบริการภาครัฐของประเทศไทย
ปี 2558 government sector, Thailand, 2015
พอพิศ วรินทร์เสถียร และคณะ Porpit Varinsathien, et al
- ความรู้เจตคติ และการปฏิบัติตนในการป้องกันและ 94 A survey of knowledge, attitudes, and practices on
ควบคุมโรคมือ เท้า ปาก ของครูผู้ดูแลเด็กใน
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก the prevention and control of hand foot and mouth
disease among teachers and child care providers
in child care centers, Thailand
สมคิด คงอยู่ และคณะ Somkid Kongyu, et al
- ประสิทธิผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ 108 The effectiveness of health belief program on
ต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเอง จากการใช้สารเคมี
กำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร pesticide prevention behavior among the farmers
นุชนาฏ ศรีทะเดช และคณะ Nutchanaad Sornthadet, et al
- ภาระโรคปวดหลังในผู้ประกอบอาชีพ 119 Burden of back pain among working populations
อรรพันธ์ อันติมานนท์ และคณะ Orrapan Untimanon, et al
- ภาวะไวต่อยา cefixime และ ceftriaxone ที่ลดลง 130 Decreased sensitivity of *Neisseria gonorrhoeae* to
ของเชื้อหนองใน ในประเทศไทย ปี 2556-2557 cefixime and ceftriaxone: Report of three cases in
Bangrak hospital, Thailand
วิชญ์ แสงสุวรรณ และคณะ Wich Sangsuwan, et al



วารสารควบคุมโรค

ปีที่ 42 ฉบับที่ 2 เม.ย. - มิ.ย. 2559

DISEASE CONTROL JOURNAL

Volume 42 No.2 Apr - Jun 2016

กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control

สารบัญ

หน้า
PAGE

CONTENTS

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

- การศึกษาระดับความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรม 138 The study of knowledge, perception and disease
การดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสา prevention control behaviors level on Dengue
สมัครสาธารณสุข กรณีศึกษาอำเภอพรานกระต่าย Hemorrhagic Fever of public health volunteers Case
จังหวัดกำแพงเพชร study: Phran Kratai District, Kamphaeng Phet
Province
ประเทือง ฉำน้อย Prateuang Chamnoi
- การประเมินผลแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบ 151 Evaluation on the National Strategic Plan for
แห่งชาติ พ.ศ. 2555-2557 Tobacco Control 2012-2014
จुरีย์ อุสาหะ และคณะ Juree Usaha, et al
- ความรู้เกี่ยวกับการให้คำปรึกษาการเปิดเผยสภาวะ 162 The knowledge on counseling to disclosure of HIV
การติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ diagnosis children and related factors of counselors
ของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติหน้าที่ให้คำปรึกษา in Health service zone 5
เขตสุขภาพที่ 5
เพชรรัตน์ อรุณภาคมงคล และคณะ Petcharat Aroonpakmongkol, et al

วารสารควบคุมโรค

วารสารควบคุมโรค เป็นวารสารทางวิชาการ จัดพิมพ์เผยแพร่โดย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์	เพื่อเผยแพร่วิทยาการที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพและเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างผู้ที่สนใจหรือปฏิบัติงานควบคุมโรค	
คณะที่ปรึกษา	อธิบดีกรมควบคุมโรค รองอธิบดีกรมควบคุมโรค ผู้ทรงคุณวุฒิกรมควบคุมโรค ผู้อำนวยการสำนักและสถาบันในสังกัดกรมควบคุมโรคทุกท่าน ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 -12	
บรรณาธิการ	นายแพทย์บุญเลิศ ศักดิ์ชัยนันทน์	กรมควบคุมโรค
กองบรรณาธิการ	นายแพทย์วิวัฒน์ โรจนพิทยากร	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
	นายแพทย์สมบัติ แทนประเสริฐสุข	กรมควบคุมโรค
	นายแพทย์อนุพงศ์ ชิตวารการ	ที่ปรึกษากรมควบคุมโรค
	นายแพทย์ยุทธิชัย เกษตรเจริญ	ที่ปรึกษากรมควบคุมโรค
	แพทย์หญิงฉายศรี สุพรศิลป์ชัย	ที่ปรึกษากรมควบคุมโรค
	นางสุจิตรา อังคศรีทองกุล	ที่ปรึกษากรมควบคุมโรค
	ดร. นายแพทย์วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
	นายแพทย์พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
	ดร.พรทิพย์ จอมพุก	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ รังสิต
	ดร.สร้อยสุดา เกสรทอง	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ รังสิต
	ดร.เพลินพิศ สุวรรณอำไพ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ผู้จัดการ	ผู้อำนวยการสถาบันวิจัย จัดการความรู้ และมาตรฐานการควบคุมโรค	
ฝ่ายจัดการ	นางสาวอัญญา นิมิหุต	
	นางเกษร จารุจินดา	
	นางสาวละอองดาว บุญเย็น	
สำนักงาน	สถาบันวิจัย จัดการความรู้ และมาตรฐานการควบคุมโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทร. 0-25903251-3 ต่อ 20-21	
ผู้ประสานงาน	นางวราภรณ์ ธรรมสอนบุญมา โทร. 0-2590-3149	
กำหนดออก	ปีละ 4 ครั้ง หรือราย 3 เดือน : มกราคม-มีนาคม, เมษายน-มิถุนายน, กรกฎาคม-กันยายน, ตุลาคม-ธันวาคม	
พิมพ์ที่	โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด โทร. 0-2941-3677	

DISEASE CONTROL JOURNAL
Official Publication of the Department of Disease Control,
Ministry of Public Health, Thailand

Advisors:	Director General, Department of Disease Control	
	Deputy Director General, Department of Disease Control	
	Senior Experts, Department of Disease Control	
	Director of Bureau and Institute, Department of Disease Control	
	Regional Directors, Department of Disease Control	
Editor:	Dr.Bunlerd Sakchainanont, M.D.	Department of Disease Control
Editorial Board:	Dr.Wiwat Rojanapithayakorn, M.D.	Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University
	Dr.Sombat Thanprasertsuk, M.D.	Department of Disease Control
	Dr.Anupong Chitwarakorn, M.D.	Consultant to Department of Disease Control
	Dr.Yutichai Kasetcharoen, M.D.	Consultant to Department of Disease Control
	Dr.chaisri Supornsilchai, M.D.	Consultant to Department of Disease Control
	Mrs.Sujitra Ungkasrithongkul	Consultant to Department of Disease Control
	Dr.Vorasit Sornsrivichai, M.D.	Faculty of Medicine, Prince of Songkla University
	Dr.Pongpisut Jongudomsuk, M.D.	National Health Security Office
	Dr.Pornthip Jompuk	Faculty of Public Health, Thammasat University
	Dr.Soisuda Kasornthong	Faculty of Public Health, Thammasat University
Manager:	Director, Institute of Research, Knowledge Management and Standards for Disease Control	
Management Department:	Ms.Anya Nimihuta	
	Mrs.Kasorn Jarujinda	
	Ms.La-ornгдаo Boonyuen	
Editor Office:	Institute of Research, Knowledge Management and Standards for Disease Control	
	Department of Disease Control	
	Tiwanont Rd, Taladkhwan Sub-District, Ampur Muang, Nonthaburi 11000.	
	Tel. 0-25903251-3 # 20-21	
Contract Person:	Mrs.Waraporn Thammasornbunma	
	Tel. 0-2590-3149	
Publishment Quarterly:	Quarterly issued per year: January-March, April-June, July-September, October-December	
Printing:	The Agricultural Co-operative Federation of Thailand., Limited. Tel. 0-2941-3677	

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารควบคุมโรค ยินดีรับบทความวิชาการหรือรายงานผลการวิจัยที่เกี่ยวกับโรคติดต่อหรือโรคติดเชื้อ และโรคไม่ติดต่อ ตลอดจนผลงานการควบคุมโรคต่างๆ โดยเรื่องที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์หรือกำลังรอพิมพ์ ในวารสารอื่น ทั้งนี้ ทางกองบรรณาธิการตรวจทานแก้ไขเรื่องต้นฉบับและพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องลงพิมพ์

1. บทความที่ส่งลงพิมพ์		บทความย่อ	คือการย่อเนื้อหาสำคัญ เอาเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญใช้ภาษารัตนศิลป์เป็นประโยคสมบูรณ์และเป็นร้อยแก้วความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด และมีส่วนประกอบคือ วัตถุประสงค์ วัสดุและวิธีการศึกษา ผลการศึกษา และวิจารณ์หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิง บทความย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
นิพนธ์ต้นฉบับ	การเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับ ดังนี้ “บทคัดย่อ บทนำ วัสดุและวิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิจารณ์สรุป กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง” ความยาวของเรื่องไม่เกิน 10 หน้าพิมพ์		
รายงานผลการปฏิบัติงาน	ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ วิธีดำเนินงานผลการดำเนินงาน วิจารณ์กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง	บทนำ	อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษาค้นคว้าของผู้ที่เกี่ยวข้อง และวัตถุประสงค์ของการวิจัย
บทความพื้นวิชา	ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสิ่งที่ตรวจพบใหม่ หรือเรื่องที่ที่น่าสนใจที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่างๆ ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ ความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องที่นำมาเขียน วิจารณ์ หรือวิเคราะห์สรุป เอกสารอ้างอิง ที่ค่อนข้างทันสมัย	วัสดุและวิธีการศึกษา	อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง และการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลหรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์
ย่อเอกสาร	อาจย่อบทความภาษาต่างประเทศหรือภาษาไทยที่ดีพิมพ์ไม่เกิน 2 ปี	ผลการศึกษา	อธิบายสิ่งที่ได้จากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์
2. การเตรียมบทความเพื่อลงพิมพ์			
ชื่อเรื่อง	ควรสั้นกะทัดรัด ให้ได้ใจความที่ครอบคลุมและตรงกับวัตถุประสงค์ และเนื้อเรื่อง	วิจารณ์	ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือผลการศึกษาของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย
ชื่อผู้เขียน	ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) พร้อมทั้งอักษไทยต่อท้ายชื่อ และสถาบันที่ทำงานอยู่ ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ	สรุป (ถ้ามี)	ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับการวิจัย (ให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะที่นำผลการไปใช้ประโยชน์ หรือสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป
เนื้อเรื่อง	ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กะทัดรัดและชัดเจน เพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน หากใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน	เอกสารอ้างอิง	1) ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ Vancouver

2) การอ้างอิงเอกสารใดให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลข โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อตามลำดับ แต่ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม

3) เอกสารอ้างอิงหากเป็นวารสารภาษาอังกฤษให้ใช้ชื่อย่อวารสารตามหนังสือ Index Medicus การใช้เอกสารอ้างอิงไม่ถูกแบบ จะทำให้เรื่องที่เกิดความล่าช้าในการพิมพ์ เพราะต้องมีการติดต่อผู้เขียนเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมครบตามหลักเกณฑ์

3. รูปแบบการเขียนวารสาร

(โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอนในทุกตัวอย่าง)

3.1 การอ้างอิงวารสาร

ก. ภาษาอังกฤษ

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (สกุล อักษรย่อของชื่อ). ชื่อเรื่อง. ชื่อย่อวารสาร ปีที่พิมพ์; เล่มที่ของวารสาร (volume): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย ในกรณีที่ผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรกแล้วตามด้วย et al.

ตัวอย่าง

1) Fischl MA, Dickinson GM, Scott GB. Evaluation of Heterosexual partners, children and household contacts of adults with AIDS. JAMA 1987;257:640-4.

ข. ภาษาไทย

ใช้เช่นเดียวกับภาษาอังกฤษ แต่ชื่อผู้แต่งให้เขียนตัวเต็มตามด้วยนามสกุล และใช้ชื่อย่อวารสารเป็นตัวเต็ม

ตัวอย่าง

2) ธีระ งามสุด, นิวัติ มนต์วิสุวัต, สุศักดิ์ สัมปัตตะวนิช. อุบัติการณ์โรคเรื้อรังระยะแรก โดยการศึกษาจุลพยาธิวิทยาคลินิกจากกวางขวางของผิวหนังผู้ป่วยที่สงสัยเป็นโรคเรื้อรัง 589 ราย. วารสารโรคติดต่อ 2527;10:101-2.

3.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา แบ่งเป็น 2 ลักษณะ

ก. การอ้างอิงทั้งหมด

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (สกุล อักษรย่อของชื่อ). ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์ (edition). เมืองที่พิมพ์: สำนักที่พิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

1) Toman K. Tuberculosis case-finding and chemotherapy. Geneva: World Health Organization; 1979.

ข. การอ้างอิงบทหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบทและบรรณาธิการของหนังสือ

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน. ชื่อบท. ใน; (ชื่อบรรณาธิการ), บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

2) ศรชัย หล่ออารีย์สุวรรณ. การด้อยาของเชื้อมาลาเรีย. ใน: ศรชัย หล่ออารีย์สุวรรณ, ดนัย บุณนาค, ตระหนักจิต หารินสุด, บรรณาธิการ. ตำราอายุรศาสตร์เขตร้อน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: รวมทรงคน; 2533. หน้า 115-20.

3.3 เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม หรือรายงานการประชุม (Conference proceeding)

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปี ที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์.

ตัวอย่าง

1) Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

3.4 การอ้างอิงบทความที่นำเสนอในการประชุม หรือสรุปผลการประชุม (Conference paper)

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน/In: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editor. ชื่อการประชุม; วัน เดือนปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม, เมืองที่ประชุม. เมืองที่พิมพ์: ปีที่พิมพ์. หน้า/p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

1) Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561-5.

3.5 เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้นิพนธ์. เรื่อง (ประเภท/ระดับปริญญา). เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้รับปริญญา. จำนวนหน้า.

ตัวอย่าง

1) เอื้อมเดือน ไชยหา. ลักษณะเครือข่ายชุมชนเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน (วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2542.

3.6 การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์

ก. วารสารอิเล็กทรอนิกส์

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร [ประเภทของสื่อ]. ปีที่พิมพ์ [สืบค้นเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]; เล่มที่ (volume): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย. เข้าถึงได้จาก/Available from: <http://.....>

ตัวอย่าง

1) Alavi-Naini R, Moghtaderi A, Metanat M, Mohammadi M, Zabetian M. Factors associated with mortality in Tuberculosis patients. J Res Med Sci [internet]. 2013 [cited 2013 Nov 5];18:52-5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3719227/>

ข. หนังสือหรือบทความอิเล็กทรอนิกส์

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง [ประเภทของสื่อ]. เมืองที่พิมพ์. สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์ [สืบค้นเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]. จำนวนหน้า. แหล่งข้อมูล/Available from: <http://.....>

ตัวอย่าง

2) Merlis M, Gould D, Mahato B. Rising out-of-pocket spending for medical care: a growing strain on family budgets [Internet]. New York: Commonwealth Fund; 2006 Feb [cited 2006 Oct 2]. 23 p. Available from: http://www.cmwf.org/usr_doc/Merlis_risingoopspending_887.pdf

3) ขนิษฐา กาจนรัมย์. การสร้างเครือข่าย เพื่อการพัฒนา [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 13 ต.ค. 2555]. แหล่งข้อมูล: <http://www.northphc.org>

4. การส่งต้นฉบับ

4.1 การส่งเรื่องตีพิมพ์ให้ส่งต้นฉบับ 1 ชุด และ แผ่น CD ถึงสถาบันวิจัยฯ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 หรือส่งเอกสารอิเล็กทรอนิกส์มาที่กองบรรณาธิการ njoy1978@hotmail.com

4.2 ใช้กระดาษพิมพ์ดีดขนาด A4 พิมพ์หน้าเดียว และส่งเอกสารมาพร้อมกับแผ่น CD ซึ่งพิมพ์ต้นฉบับเอกสาร พร้อมระบุชื่อ File และระบบที่ใช้ MSWord

4.3 ภาพประกอบ ถ้าเป็นภาพถ่ายเส้นต้องเขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษหนาแน่น ถ้าเป็นภาพถ่ายควรเป็นภาพสไลด์ หรืออาจใช้ภาพขาวดำขนาดโปสเตอร์แทนได้ การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหาก อย่าเขียนลงในรูป

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ และส่งให้ reviewer 2 ท่าน ร่วมพิจารณา

5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาของพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบแต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

5.3 เรื่องที่ได้รับพิจารณาของพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งเล่มวารสารให้ผู้เขียน จำนวน 3 เล่ม

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารควบคุมโรค ถือว่าเป็นผลงานทางวิชาการหรือการวิจัย และวิเคราะห์ ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ไม่ใช่ความเห็นของกรมควบคุมโรค หรือกองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้เขียนจำต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การประเมินมาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของหน่วยบริการภาครัฐ ของประเทศไทย ปี 2558

Evaluation of immunization service delivery in government sector, Thailand, 2015

พอฟิต วรินทร์เสถียร วท.ม. (วิทยาการระบาด)

Porpit Varinsathien M.Sc. (Epidemiology)

เผด็จศักดิ์ ขอบธรรม วท.ม.

Padejsak Chobtum M.Sc.

(โรคติดต่อและวิทยาการระบาด)

ปิยะนาถ เชื้อนาค ภ.บ. (เภสัชศาสตร์)

Piyanart Chuanark B.Pharm. (Pharmaceutical)

สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค

Bureau of General Communicable Diseases,

กระทรวงสาธารณสุข

Department of Disease control,

Ministry of Public Health, Thailand

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินมาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของหน่วยบริการภาครัฐ ซึ่งประกอบด้วยการทำงานที่สำคัญ 3 ด้าน ได้แก่ การบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น การให้บริการวัคซีนและการบริหารจัดการข้อมูล เพื่อให้ทราบถึงสภาพการบริหารจัดการงานบริการวัคซีนในหน่วยบริการภาครัฐ ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน เพื่อการปรับปรุงแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคให้มีประสิทธิภาพ ศึกษาโดยวิธี cross-sectional survey ใช้แบบประเมินการปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับหน่วยบริการ ตามมาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ปี 2558 ดำเนินการระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนกรกฎาคม 2558 โดยสุ่มเลือกจังหวัดที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 เขตละ 1 จังหวัด จากนั้นสุ่มเลือกอำเภอ 3 อำเภอ แต่ละอำเภอเลือกหน่วยบริการระดับโรงพยาบาลแม่ข่าย 1 แห่ง และสุ่มเลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอนั้นอีก 1 แห่ง รวมทั้งหมด 72 แห่ง ผลการประเมินพบว่า ในภาพรวมมีหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์จำนวน 46 แห่ง (ร้อยละ 63.9) หน่วยบริการในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์มากกว่าโรงพยาบาลแม่ข่ายเล็กน้อย กิจกรรมด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ การให้บริการวัคซีน มีร้อยละ 90.1 ส่วนกิจกรรมด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ การบริหารจัดการข้อมูล มีร้อยละ 75.5 เมื่อเปรียบเทียบร้อยละของคะแนนเฉลี่ยของหน่วยบริการในการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในแต่ละด้าน ระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายและ รพ.สต. พบว่า รพ.สต. มีร้อยละของคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าโรงพยาบาลแม่ข่ายทุกด้าน ยกเว้นด้านการให้บริการ โดยเฉพาะด้านการบริหารวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับกิจกรรมเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้รับวัคซีนที่มีคุณภาพ โดยเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวกับการให้บริการที่ถูกต้องตามมาตรฐานและการเก็บรักษาวัคซีนให้อยู่ในอุณหภูมิที่กำหนด สำหรับจุดอ่อนที่ควรปรับปรุง ได้แก่ การเบิก - จ่ายวัคซีนให้มีความสอดคล้องกับปริมาณการใช้วัคซีน การจัดทำทะเบียนรับ-จ่ายวัคซีน ให้มีความครบถ้วนถูกต้องเป็นปัจจุบัน การจ่ายวัคซีนตามลำดับก่อนหลังวันหมดอายุ การเตรียมความพร้อมรองรับกรณีมีผู้ป่วยอาการรุนแรงภายหลังได้รับวัคซีน และการบริหารจัดการข้อมูลผ่านฐานข้อมูล 43 แห่ง สอดคล้องว่า ยังมีความจำเป็นที่ต้องจัดการอบรมให้แก่เจ้าหน้าที่ รวมทั้งให้การนิเทศ ณ จุดปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง

Abstract

This study aims for monitoring and evaluation of the immunization program's performance at service delivery level in 3 key areas including quality of service delivery, vaccine management and cold chain and information system management. The study was conducted as a cross-sectional survey during February to July 2015. The evaluation team was composed of experts in 3 key areas (including quality of the immunization service delivery, vaccine management and cold chain and information system management) from the national immunization program at central level. The team monitored and evaluated the immunization performance by using the national standard on immunization service for service delivery units as a guideline. The evaluation was performed through field visit and interview of the key responsible persons at service delivery units. Study sites were selected by multistage sampling from regional level to provincial and district level, and were not necessarily considered as representative of the country. One province was selected per each of the 12 regions, 3 districts were selected per province, and 1 district hospital and 1 sub-district health promotion hospital (formerly health center) were selected per district. Total selected sites covered 72 service delivery units (36 provincial and district hospitals and 36 sub-district health promotion hospitals). A total of 46 service delivery units (63.9%) passed standard level of performance. Immunization service delivery is the area of work that reached the highest performance (90.1%) while the achievement information system got only 75.5%. In the area of vaccine management and cold chain monitoring, the study reveals that the sub-district health facilities had better in performance than the provincial and district hospitals with statistical significance ($p < 0.01$). Furthermore in details, some areas were less satisfactory that included cold chain breakdown preparedness, proper vaccine requesting, completing and updating stock records, adverse events following immunization preparedness and response, and electronic data management system. Performance in immunization service delivery was relatively good in terms of quality of immunization service and cold chain management at service delivery unit. However there remained areas for further improvement. The key gaps concerned the quality of manpower in immunization. Therefore continuous training through training courses, refresher training, and regular supervision at the work sites are recommended.

คำสำคัญ

การดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

Key words

Evaluation of immunization service delivery

บทนำ

การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค เป็นกลวิธีในการป้องกันควบคุมโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีนที่มีประสิทธิภาพและคุ้มค่ามากที่สุด⁽¹⁾ ประเทศไทยได้ดำเนินการจัดทำแผนพัฒนางานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคตั้งแต่ปี 2520 เป็นต้นมา โดยผสมผสานการดำเนินงาน

เข้ากับการบริการสาธารณสุขตามปกติ และพัฒนาเร่งรัดการดำเนินงาน ด้วยวิธีการเพิ่มกลุ่มเป้าหมายและชนิดของวัคซีนให้มากขึ้น มีการปรับปรุงระบบการกระจายวัคซีนและบริหารจัดการแก่ผู้มารับวัคซีน เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้รับวัคซีนที่มีคุณภาพดีและครอบคลุมอย่างทั่วถึง ปัจจุบันได้ให้บริการวัคซีน 9 ชนิดด้วยกัน ได้แก่ วัคซีน

ปียี่สิบ วัคซีนตับอักเสบบี วัคซีนรวมคอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน-ตับอักเสบบี วัคซีนโปลิโอ วัคซีนรวมหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน วัคซีนรวมหัด-หัดเยอรมัน วัคซีนไข้มองอักเสบบี วัคซีนรวมคอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน และวัคซีนรวมคอตีบ-บาดทะยัก มีกลุ่มเป้าหมายที่ให้บริการ 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน กลุ่มเด็กวัยเรียนและหญิงมีครรภ์⁽²⁻³⁾ ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาประเทศไทยประสบความสำเร็จในการป้องกันควบคุมโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนเป็นอย่างมาก กล่าวคือ ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนขั้นพื้นฐานครบชุดครบถ้วน ในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี และหญิงมีครรภ์ ในภาพรวมของประเทศอยู่ในระดับเกินกว่าร้อยละ 90.0 ส่งผลกระทบบังคับให้สามารถลดอัตราป่วย อัตราตาย ในโรคคอตีบ ไอกรน บาดทะยัก บาดทะยักในเด็กแรกเกิด และหัด ลงได้มากกว่าร้อยละ 90.0 เมื่อเปรียบเทียบกับระยะก่อนดำเนินการ⁽³⁾ ที่สำคัญไม่พบผู้ป่วยโปลิโอมาเป็นเวลากว่า 18 ปี แล้ว⁽²⁾

ด้วยสภาพการณ์ปัจจุบันภายหลังจากที่มีการปฏิรูประบบสาธารณสุข ทำให้มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างขององค์กรและหน่วยงานทั้งในส่วนกลางและภูมิภาค มีการปรับเปลี่ยนการบริหารจัดการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคหลายด้าน ได้แก่ การบริหารจัดการงบประมาณ ระบบการกระจายวัคซีนด้วยระบบใหม่⁽³⁾ ระบบการนิเทศควบคุม กำกับ ประเมินผล ระบบรายงานผลการให้บริการ วัคซีนด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์⁽⁴⁾ ความหลากหลายการให้บริการมีมากขึ้น รวมทั้งมีการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ของบุคลากร การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ดังกล่าว ล้วนส่งผลกระทบต่อคุณภาพการให้บริการวัคซีนเป็นอย่างมาก กรมควบคุมโรคในฐานะผู้รับผิดชอบด้านนโยบายและการประเมินผลแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศ ในปี 2558 จึงได้ประเมินมาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของหน่วยบริการภาครัฐในประเทศไทย เพื่อให้ทราบถึงสภาพการบริหารจัดการงานบริการวัคซีนในสถานบริการภาครัฐ ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการประเมินจะเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน

โรคให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจชนิด cross sectional survey ดำเนินการระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนกรกฎาคม 2558 ประชากรศึกษา ได้แก่ สถานบริการในระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั่วประเทศ ซึ่งทำหน้าที่ในการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น การให้บริการวัคซีนและการบริหารจัดการข้อมูล โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกจังหวัด อำเภอและสถานบริการ ดังนี้

1. เลือกจังหวัดที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 เขตละ 1 จังหวัด รวม 12 จังหวัด โดยเป็นจังหวัดที่ไม่ได้รับการประเมินในระยะ 1-2 ปีที่ผ่านมา ได้แก่ เชียงใหม่ พิจิตร อุทัยธานี สุรินทร์ นครพนม บึงกาฬ กาญจนบุรี สระแก้ว สระบุรี ปทุมธานี ภูเก็ตและปัตตานี

2. แต่ละจังหวัด ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลือกอำเภอเมือง ซึ่งเป็นที่ตั้งของโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง ยกเว้นจังหวัดปทุมธานีและเชียงใหม่ ทั้งนี้โดยการพิจารณาของจังหวัด และสุ่มเลือกอำเภออีก 2 อำเภอ รวมจังหวัดละ 3 อำเภอ รวมอำเภอที่เข้าประเมินทั้งหมด 36 อำเภอ

3. แต่ละอำเภอ ให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสุ่มเลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอนั้น 1 แห่ง รวม 36 แห่ง

4. แต่ละอำเภอ ทำการสำรวจหน่วยบริการวัคซีนในโรงพยาบาล ซึ่งอยู่ในฝ่ายเวชปฏิบัติชุมชน เวชกรรมสังคมหรือกุมารเวชกรรม รวม 36 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอที่สุ่มเลือกอีก 1 แห่ง รวม 36 แห่ง รวมหน่วยบริการที่เข้าประเมินทั้งหมด 72 แห่ง

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคือ แบบประเมินการปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในระดับหน่วยบริการตามมาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน

โรค ปี 2558⁽⁵⁾ การประเมินแบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่

4.1 ด้านการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น เพื่อทราบกระบวนการในการเบิก-จ่ายวัคซีน การจัดทำทะเบียนรับ-จ่ายวัคซีน การเก็บรักษาวัคซีน และการดูแลระบบลูกโซ่ความเย็นที่หน่วยบริการ รูปแบบการประเมินโดยการสอบถามเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบหลักในการบริหารจัดการวัคซีน และระบบลูกโซ่ความเย็นของหน่วยบริการ แต่ละ 1 คน ร่วมกับตรวจสอบทะเบียนการเบิก-จ่ายวัคซีน ทะเบียนรับ-จ่ายวัคซีน ตรวจสอบอุณหภูมิตู้เย็น และบันทึกการวัดอุณหภูมิประจำวัน สังเกตการวางตู้เย็น การเก็บเรียงวัคซีนไว้ในชั้นต่างๆ ของตู้เย็น นับปริมาณวัคซีนที่มีในตู้เย็น ตรวจสอบอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับระบบลูกโซ่ความเย็น และการจัดทำแผนฉุกเฉิน กรณีวัคซีนไม่อยู่ในอุณหภูมิตามที่กำหนด

4.2 ด้านการให้บริการ เพื่อทราบความรู้ความเข้าใจในการให้บริการวัคซีน การเตรียมระบบรองรับและการกักขัง หากมีอาการภายหลังได้รับวัคซีนรุนแรงเกิดขึ้น รูปแบบการประเมินโดยทดสอบความรู้เกี่ยวกับวัคซีนแต่ละชนิดในกลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย กลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน (อายุต่ำกว่า 7 ปี) กลุ่มเด็กวัยเรียน (นักเรียนชั้น ป.1 และ ป.6) และกลุ่มหญิงมีครรภ์ ผู้รับการทดสอบเป็นเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบการให้บริการวัคซีนในแต่ละกลุ่มเป้าหมายแต่ละ 1-2 คน ข้อคำถามประกอบด้วย กลุ่มเป้าหมายในการให้วัคซีน ระยะเวลาที่วัคซีนใช้ได้หลังเปิดขวดแล้ว วิธีการให้วัคซีนและขนาดที่ใช้ รวมทั้งการให้วัคซีนแก่ประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มาใช้บริการ ตามสถานการณ์จำลองที่มีในแบบสอบถาม สำหรับการประเมินการเตรียมระบบรองรับและการกักขังในกรณีมีผู้ป่วยอาการรุนแรงภายหลังรับวัคซีนนั้น ผู้ประเมินจะสอบถามขั้นตอนการปฏิบัติงานร่วมกับการตรวจสอบหลักฐานจากทะเบียนรายงานต่างๆ รวมทั้งอุปกรณ์กักขังในสถานบริการ ตลอดจนการส่งต่อผู้ป่วย

4.3 ด้านการบริหารจัดการข้อมูล เพื่อทราบกระบวนการจัดทำทะเบียนให้บริการวัคซีน ในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ และการติดตามการได้รับวัคซีนของกลุ่ม

เป้าหมาย รูปแบบการประเมินโดยการตรวจสอบรหัสวัคซีนทุกชนิดที่ใช้ในการบันทึกการให้บริการ ตรวจสอบรหัสวัคซีนทุกชนิดที่ใช้ในการส่งออกข้อมูลไปยังสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ตรวจสอบการบันทึกการให้บริการในกลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่ม ผ่านฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ สุ่มตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน การบันทึกการให้บริการรายบุคคลผ่านฐานข้อมูล 43 แฟ้ม หน่วยบริการละ 5 ราย และสุ่มตรวจสอบการได้รับวัคซีนของเด็กในพื้นที่รับผิดชอบ โดยสุ่มเด็กจากทะเบียนการติดตามการได้รับวัคซีนของหน่วยบริการ ตามกลุ่มวัยที่ต้องได้รับวัคซีนพื้นฐาน 4 กลุ่ม ๆ ละ 3 ราย รวม 12 ราย ผู้ให้ข้อมูลเป็นเจ้าหน้าที่หลักในการบันทึกรายละเอียดการให้วัคซีนผ่านฐานข้อมูล 43 แฟ้ม ของหน่วยบริการแต่ละ 1 คน

การคิดคะแนนการประเมิน หน่วยบริการในโรงพยาบาลแม่ข่าย (รพ.แม่ข่าย) คะแนนรวมทั้งหมด 104 คะแนน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) คะแนนรวมทั้งหมด 102 คะแนน แบ่งคะแนนเป็น 3 ด้านตามหัวข้อการประเมิน ดังนี้

1. ด้านการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น ประกอบด้วยรายการประเมิน 12 ข้อ คะแนนรวม 40 คะแนน

2. ด้านการให้บริการ ประกอบด้วย รายการประเมิน 6 ข้อ คะแนนรวม 50 คะแนน

3. ด้านการบริหารจัดการข้อมูล หน่วยบริการในโรงพยาบาลแม่ข่าย ประกอบด้วย รายการประเมิน 6 ข้อ คะแนนรวม 14 คะแนน รพ.สต. คะแนนรวม 12 คะแนน เนื่องจาก รพ.สต. ไม่มีการให้วัคซีนบีซีจี และวัคซีนตับอักเสบบี แก่ทารกแรกเกิด จึงไม่มีการบันทึกการให้วัคซีนผ่านฐานข้อมูล 43 แฟ้ม

เกณฑ์การประเมิน หน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน พิจารณาจากคะแนนรวมของแบบประเมินทั้ง 3 ด้าน โดยมีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ร้อยละ 80.0 ขึ้นไป การวิเคราะห์แบ่งเป็น

1. การคำนวณคะแนนเฉลี่ยในการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค เนื่องจากคะแนนรวมของโรงพยาบาลแม่ข่ายและ รพ.สต. ไม่เท่ากัน ดังนั้นจึงต้อง

ปรับฐานคะแนนรวมของหน่วยบริการทั้งสองประเภทให้เท่ากัน โดยแปลงคะแนนที่ได้เป็นร้อยละ เพื่อให้สามารถเลือกหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ร้อยละ 80.0 ขึ้นไปได้ โดยมีวิธีการคำนวณ ดังนี้

1.1 แต่ละหน่วยบริการ จะนำคะแนนดิบที่ได้จากการประเมินในแต่ละด้าน มาคำนวณร้อยละ ตัวตั้งคือ คะแนนที่ได้จากการประเมินแต่ละด้าน ตัวหารคือ คะแนนเต็มแต่ละด้าน แล้วคูณด้วย 100

1.2 นำค่าร้อยละในข้อที่ 1.1 มาคำนวณคะแนนเฉลี่ยในภาพรวมของทุกสถานบริการ ตัวตั้งคือ ค่าร้อยละในแต่ละด้านที่รวมจากทุกสถานบริการ ตัวหารคือ จำนวนหน่วยบริการทั้งหมด

1.3 การคำนวณร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ตัวตั้งคือ จำนวนหน่วยบริการที่มีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ร้อยละ 80.0 ขึ้นไป ตัวหารคือ จำนวนหน่วยบริการทั้งหมด

สถิติที่ใช้วิเคราะห์

1. วิเคราะห์ข้อมูลคะแนนเฉลี่ยในการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในแต่ละด้าน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Mean) ส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน (standard deviation) และค่าร้อยละ

2. วิเคราะห์ข้อมูลหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การประเมินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในแต่ละด้าน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ

3. การเปรียบเทียบผลการประเมินการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายและ รพ.สต. โดยใช้สถิติ chi-square

ผลการศึกษา

จากการประเมินการปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของหน่วยบริการระดับต่าง ๆ จำนวน 72 แห่ง เมื่อพิจารณาคะแนนรวมทุกกิจกรรมพบว่า ในภาพรวมหน่วยบริการมีคะแนนคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเฉลี่ยร้อยละ 83.4 ± 10.3 คะแนนต่ำสุดร้อยละ 55.3 และสูงสุตร้อยละ 98.5 กิจกรรมด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ การบริหารจัดการข้อมูล มีร้อยละ 75.5 ส่วนกิจกรรมด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือการให้บริการวัคซีน มีร้อยละ 90.1 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยในการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในแต่ละด้านรวมทุกสถานบริการ

หัวข้อ	คะแนนรวมเฉลี่ย $\pm$ SD (ร้อยละ)	คะแนนต่ำสุด (ร้อยละ)	คะแนนสูงสุด (ร้อยละ)
การบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ ความเย็น	76.4 (17.9)	12.5	100
การให้บริการวัคซีน	90.1 (10.7)	50.0	100
การบริหารจัดการข้อมูล	75.5 (18.6)	27.3	100
คะแนนรวมเฉลี่ย	83.4 (10.3)	55.3	98.5

ในภาพรวม เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของหน่วยบริการในการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในแต่ละด้าน ระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายและ รพ.สต. พบว่า รพ.สต. มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าโรงพยาบาลแม่ข่าย

ทุกด้าน ยกเว้นด้านการให้บริการ โดยร้อยละของคะแนนเฉลี่ยด้านการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็นของ รพ.สต. สูงกว่าโรงพยาบาลแม่ข่าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยในการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในแต่ละด้าน ระหว่างโรงพยาบาล แม่ข่าย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

หัวข้อ	คะแนนเฉลี่ย (ร้อยละ)		p-value
	รพ.แม่ข่าย	รพ.สต.	
การบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น	70.5	82.3	<0.05
การให้บริการวัคซีน	91.7	88.5	>0.05
การบริหารจัดการข้อมูล	72.7	78.3	>0.05
รวม	81.9	84.9	>0.05

เมื่อพิจารณาหน่วยบริการทั้งหมด 72 แห่ง พบ จำนวน 21 แห่ง (ร้อยละ 58.3) โรงพยาบาลส่งเสริมผลการประเมินผ่านเกณฑ์ จำนวน 46 แห่ง (ร้อยละ 63.9) เป็นหน่วยบริการในระดับโรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน (รพ.แม่ข่าย) ($p>0.05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การประเมินการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค จำแนกตามระดับหน่วยบริการ

ประเภทหน่วยบริการ	จำนวนหน่วยบริการ	จำนวนหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ)
รพ.แม่ข่าย	36	21 (58.3)
รพ.สต.	36	25 (69.4)
รวม	72	46 (63.9)

เมื่อพิจารณาหน่วยบริการที่ปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคได้ตามมาตรฐานในแต่ละด้านคือ การบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น การให้บริการวัคซีนและการบริหารจัดการข้อมูล ผลการประเมินในแต่ละด้าน มีดังนี้

1. ด้านการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น

การวิเคราะห์แบ่งออกเป็น การบริหารจัดการทั่วไป การจัดทำใบเบิกและทะเบียนรับ-จ่าย วัคซีน และการเก็บรักษาวัคซีน ในภาพรวมพบว่า หน่วยบริการใน

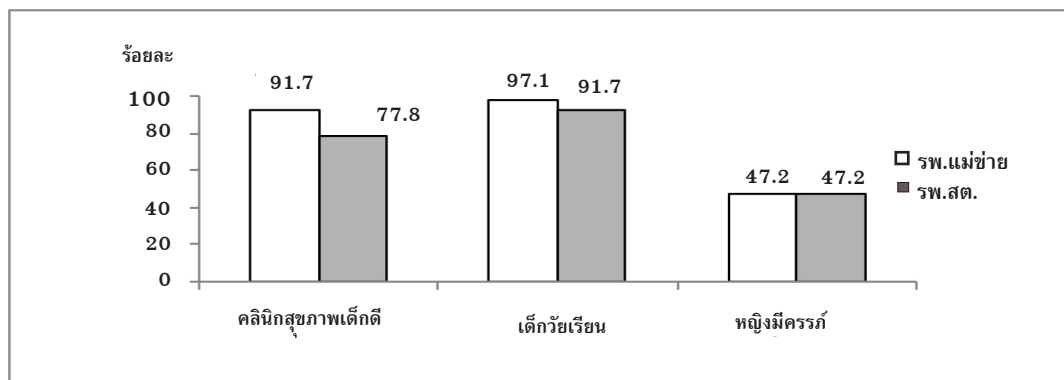
ระดับ รพ.สต. ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติด้านการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น ดีกว่าหน่วยบริการในโรงพยาบาลแม่ข่ายทุกกิจกรรม โดยเฉพาะการระบุเลขที่วัคซีน (lot number) ในทะเบียนรับ-จ่ายวัคซีน การจ่ายวัคซีนแบบ First Expire First Out (FEFO) การบันทึกอุณหภูมิเข้า-เย็น ไม่เว้นวันหยุด ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดการประเมิน ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ร้อยละของหน่วยบริการที่ปฏิบัติงานด้านการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน จำแนกตามระดับสถานบริการ

ด้านการบริหารจัดการวัคซีน และระบบลูกโซ่ความเย็น	(ร้อยละ)		p-value
	หน่วยบริการ ใน รพ.แม่ข่าย	หน่วยบริการ ใน รพ.สต	
	(N = 36)	(N = 36)	
การบริหารจัดการทั่วไป			
1. ผู้รับผิดชอบงานผ่านการอบรม	77.8	80.6	>0.05
2. มีแผนฉุกเฉินกรณีไฟดับหรือตู้เย็นเสีย	82.4	91.7	>0.05
การจัดทำใบเบิกและทะเบียนรับ-จ่ายวัคซีน			
1. ใช้ใบเบิกวัคซีนมาตรฐาน	86.1	94.4	>0.05
2. ปริมาณเบิกวัคซีนสอดคล้องกับปริมาณการใช้	41.7	50.0	>0.05
3. ระบุเลขที่วัคซีน (lot number) ในทะเบียนรับ-จ่าย วัคซีน	45.5	75.0	<0.05
4. จ่ายวัคซีนแบบ First Expire First Out (FEFO)	39.4	63.9	<0.05
5. จำนวนวัคซีนในตู้เย็นตรงกับทะเบียน	43.8	75.0	>0.05
การเก็บรักษาวัคซีน			
1. มีตู้เย็นเก็บวัคซีนเฉพาะและได้มาตรฐาน	91.2	86.1	>0.05
2. มีกระติกวัคซีนเพียงพอ	88.9	94.4	>0.05
3. มี ice pack พร้อมใช้งาน	80.6	86.1	>0.05
4. มีเทอร์โมมิเตอร์ที่ได้รับการสอบเทียบ	64.7	47.2	>0.05
5. บันทึกอุณหภูมิเข้า-เย็น ไม่เว้นวันหยุด	58.8	97.2	<0.05
6. ตู้เย็นเก็บวัคซีนมีอุณหภูมิระหว่าง +2 ถึง +8°ซ.	94.1	86.1	>0.05
7. การเรียงวัคซีนในตู้เย็นถูกต้องตามเกณฑ์	73.5	80.6	>0.05
8. หลังให้บริการ มีปริมาณวัคซีนในตู้เย็นไม่เกินกว่า เกณฑ์กำหนด	46.9	58.3	>0.05
9. ไม่มีวัคซีนหรือตัวทำลายที่หมดอายุในตู้เย็น	94.1	97.2	>0.05

2. ด้านการให้บริการวัคซีน

ความรู้ในการให้บริการวัคซีน วัยเรียน เด็กวัยเรียนและหญิงมีครรภ์ ร้อยละ 91.7, 97.1
ผลการประเมินพบว่า หน่วยบริการโรงพยาบาล และ 47.2 ตามลำดับ ส่วน รพ.สต. มีความรู้ดังกล่าว
แม่ข่าย มีความรู้ในการให้บริการวัคซีนในกลุ่มเด็กก่อน ร้อยละ 77.8, 91.7 และ 47.2 ตามลำดับ ภาพที่ 1

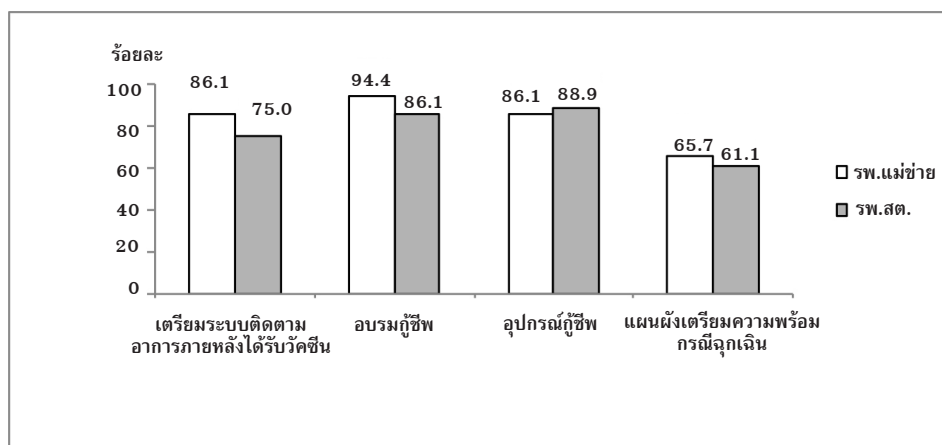


ภาพที่ 1 ร้อยละหน่วยบริการที่มีความรู้ในการให้บริการวัคซีนได้ตามมาตรฐาน

การเตรียมความพร้อม กรณีมีผู้ป่วยเกิดอาการรุนแรงภายหลังได้รับวัคซีน

หน่วยบริการในระดับโรงพยาบาลแม่ข่าย มีการเตรียมระบบรองรับเพื่อติดตามอาการภายหลังได้รับวัคซีนของผู้รับบริการ ร้อยละ 86.1 การได้รับการ

อบรมกู้ชีพร้อยละ 94.4 การมีอุปกรณ์กู้ชีพร้อยละ 86.1 และการมีแผนผังช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้น รวมทั้งแผนผังการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อได้ภายใน 15 นาที ร้อยละ 65.7 ในขณะที่ รพ.สต. เตรียมการดังกล่าว ร้อยละ 75.0, 86.1, 88.9 และ 61.1 ตามลำดับ ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ร้อยละหน่วยบริการที่เตรียมความพร้อมกรณีมีผู้ป่วยแพ้วัคซีนอย่างรุนแรงได้ตามมาตรฐาน

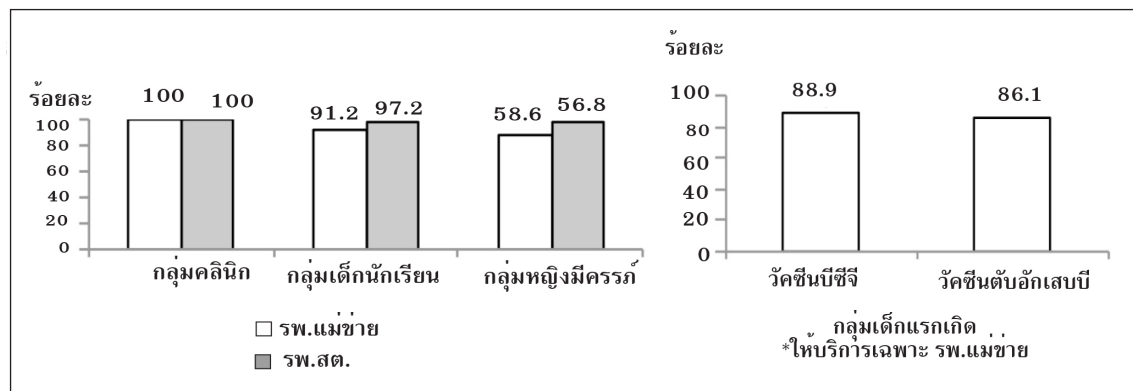
ด้านการบริหารจัดการข้อมูล

จากการประเมินการบันทึกการให้บริการวัคซีนผ่านฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์พบว่า หน่วยบริการระดับโรงพยาบาลแม่ข่าย และ รพ.สต. ทุกแห่ง บันทึกข้อมูลการให้บริการในกลุ่มเด็กที่มารับวัคซีนในคลินิกสุขภาพเด็กดี ร้อยละ 100 สำหรับการบันทึกข้อมูลการให้วัคซีน

ในกลุ่มเด็กวัยเรียนของหน่วยบริการโรงพยาบาลแม่ข่าย และ รพ.สต. มีร้อยละ 91.2 และ 97.2 ตามลำดับ ส่วนการบันทึกการให้บริการวัคซีนคอตีบ-บาดทะยักในกลุ่มหญิงมีครรภ์พบว่า มี รพ.สต. จำนวน 5 แห่ง ไม่ได้ให้บริการวัคซีนดังกล่าว หน่วยบริการที่มีการให้บริการวัคซีนพบว่า โรงพยาบาลแม่ข่าย และ รพ.สต. มีการ

บันทึกร้อยละ 88.6 และ 96.8 ตามลำดับ สำหรับการบันทึกการให้วัคซีนวันโรคและตับอักเสบบีในกลุ่มเด็กแรกเกิด ซึ่งมีการให้บริการเฉพาะหน่วยบริการใน

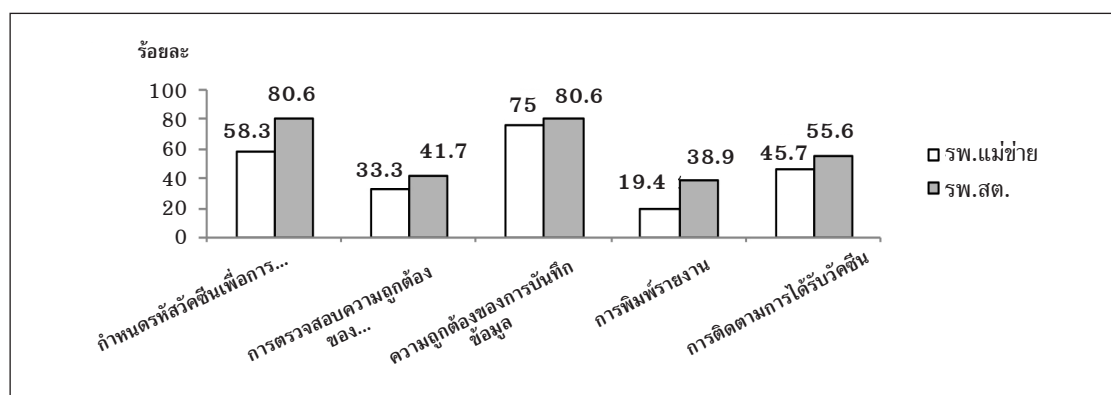
โรงพยาบาลแม่ข่ายพบว่า มีร้อยละ 88.9 และ 86.1 ตามลำดับ ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 ร้อยละหน่วยบริการที่บันทึกการให้วัคซีนในกลุ่มเป้าหมายผ่านฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์

เมื่อพิจารณาคุณภาพในการบันทึกข้อมูลพบว่า หน่วยบริการในโรงพยาบาลแม่ข่าย และ รพ.สต. มีการกำหนดรหัสวัคซีนตามมาตรฐานเพื่อการส่งออกข้อมูลครบถ้วนถูกต้อง ร้อยละ 58.3 และ 80.6 โดยมีกระบวนการตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องในการบันทึกข้อมูลร้อยละ 33.3 และ 41.7 และเมื่อสุ่มตรวจสอบการได้รับวัคซีนรายบุคคลในฐานข้อมูล 43 แพ้ม พบว่า มีความครบถ้วนถูกต้อง ร้อยละ 75.0 และ 80.6 ตามลำดับ สำหรับการพิมพ์ทะเบียนรายงานการให้วัคซีนในคลินิก

สุขภาพเด็กดี ซึ่งใช้เป็นหลักฐานในการให้บริการ และใช้เป็นเครื่องมือในการตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของการบันทึกข้อมูลพบว่า หน่วยบริการในโรงพยาบาลแม่ข่าย และ รพ.สต. มีการพิมพ์รายงานดังกล่าว ร้อยละ 19.4 และ 38.9 ส่วนการติดตามการได้รับวัคซีนของเด็กก่อนวัยเรียน (อายุต่ำกว่า 7 ปี) พบว่า หน่วยบริการในโรงพยาบาลแม่ข่าย และ รพ.สต. ติดตามให้เด็กมารับวัคซีนได้ครบถ้วนร้อยละ 45.7 และ 55.6 ตามลำดับ ดังภาพที่ 4



ภาพที่ 4 ร้อยละของหน่วยบริการที่บันทึกข้อมูลการให้วัคซีนผ่านฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ และติดตามการได้รับวัคซีนของเด็กได้ตามมาตรฐาน

วิจารณ์

ในภาพรวมหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น ด้านการให้บริการวัคซีน และด้านการบริหารจัดการข้อมูล มีร้อยละ 63.9 ซึ่งน้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือ ร้อยละ 80.0 โดยหน่วยบริการระดับ รพ.สต. ผ่านเกณฑ์มากกว่าโรงพยาบาลแม่ข่าย ด้านที่หน่วยบริการส่วนใหญ่ ทั้งโรงพยาบาลแม่ข่ายและ รพ.สต. ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน คือ การให้บริการวัคซีน รองลงมา ได้แก่ การบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น และการบริหารจัดการข้อมูล ตามลำดับ สะท้อนว่า หน่วยบริการทุกระดับส่วนใหญ่ให้วัคซีนแก่กลุ่มเป้าหมายได้ตามมาตรฐาน แต่ด้านที่ยังมีปัญหาอยู่ ได้แก่ การบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น และการบริหารจัดการข้อมูล

ด้านการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น

ในส่วนของการบริหารจัดการทั่วไป เป็นที่น่าสังเกตว่า ผู้รับผิดชอบงานของโรงพยาบาลแม่ข่ายผ่านการอบรมในสัดส่วนน้อยกว่า รพ.สต. ซึ่งอาจมีผลในภาพรวมคะแนนเฉลี่ยด้านการบริหารจัดการวัคซีน และระบบลูกโซ่ความเย็นของ รพ.สต. มีมากกว่าโรงพยาบาลแม่ข่าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สำหรับการจัดทำใบเบิกและทะเบียนรับ-จ่ายวัคซีน พบว่า หน่วยบริการทั้งโรงพยาบาลแม่ข่ายและ รพ.สต. ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญในเรื่องนี้น้อย โดยพิจารณาจากการควบคุมปริมาณการเบิกให้เหมาะสมกับปริมาณการใช้ แม้ว่าส่วนใหญ่จะใช้ใบเบิกวัคซีนมาตรฐาน แต่ก็ไม่ได้คำนึงถึงความสอดคล้องของข้อมูลในการขอเบิก หน่วยบริการบางแห่งกำหนดกลุ่มเป้าหมาย และจำนวนวัคซีนที่ต้องการในปริมาณเท่ากันทุกเดือน โดยไม่ได้นำวัคซีนที่เหลือในตู้เย็นมาพิจารณาในการขอเบิกวัคซีนครั้งต่อไป ส่งผลให้หลังให้บริการแล้วยังมีวัคซีนในตู้เย็นเหลือใช้ในปริมาณที่เกินกว่า 1 เดือน

จากการตรวจสอบทะเบียนรับ-จ่ายวัคซีน พบว่า ทั้งหน่วยบริการของโรงพยาบาลแม่ข่าย และ รพ.สต. ส่วนใหญ่ ไม่จ่ายวัคซีนแบบ First Expire First Out (FEFO) และจำนวนวัคซีนในตู้เย็นไม่ตรงกับจำนวนวัคซีนในทะเบียนรับ-จ่าย สะท้อนว่า เจ้าหน้าที่ไม่ได้ใช้ประโยชน์จากการทำทะเบียนรับ-จ่ายวัคซีน มาใช้ในการบริหารจัดการวัคซีนอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นประเด็นที่สมควรต้องนำมาพิจารณาสร้างความเข้าใจกับผู้ปฏิบัติ โดยเร็ว เพราะการจ่ายวัคซีนแบบไม่ FEFO มีโอกาสทำให้วัคซีนหมดอายุก่อนให้บริการ ยิ่งไปกว่านั้นอาจนำวัคซีนที่หมดอายุไปให้บริการ ทำให้ไม่เกิดภูมิคุ้มกันโรคแก่ผู้รับวัคซีน ส่วนการที่จำนวนวัคซีนในตู้เย็น ไม่ตรงกับจำนวนวัคซีนในทะเบียนรับ-จ่าย สะท้อนถึงการขาดประสิทธิภาพในการจัดทำทะเบียน มีข้อสังเกตว่า หน่วยบริการของโรงพยาบาลแม่ข่ายมีการระบุเลขที่วัคซีน (lot number) ในทะเบียนรับ-จ่ายวัคซีน น้อยกว่า รพ.สต. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เนื่องจากเจ้าหน้าที่เข้าใจว่า สามารถตรวจสอบข้อมูลได้จากฝ่ายเภสัชกรรมของโรงพยาบาล แต่ในทางปฏิบัติวัคซีนที่คงเหลือในตู้เย็นมีหลาย lot number ทำให้ไม่สามารถตรวจสอบวัคซีนคงเหลือจำแนกแต่ละ lot number ได้นอกจากนี้การระบุ lot number ในทะเบียนรับ-จ่ายวัคซีนเป็นข้อมูลที่สำคัญในการสอบสวนอาการไม่พึงประสงค์ รวมทั้งติดตามเฝ้าระวังอาการภายหลังรับวัคซีน⁽⁶⁾

เมื่อพิจารณาการเก็บรักษาวัคซีนพบว่า หน่วยบริการทั้งโรงพยาบาลแม่ข่ายและ รพ.สต. ส่วนใหญ่มีตู้เย็นเก็บวัคซีนเฉพาะและได้มาตรฐาน มีกระติกวัคซีนเพียงพอ รวมทั้งมีช่องน้ำแข็งพร้อมใช้งาน ที่เป็นปัญหาคือ เทอร์โมมิเตอร์ที่ใช้วัดอุณหภูมิของตู้เย็นเก็บวัคซีนได้รับการสอบเทียบหรือเทียบเคียง (เทียบเคียงกับเทอร์โมมิเตอร์ที่ได้รับการสอบเทียบแล้ว) ต่ำกว่าเกณฑ์ทั้งหน่วยบริการของโรงพยาบาลแม่ข่ายและ รพ.สต. ซึ่งเทอร์โมมิเตอร์ที่ใช้ตรวจสอบอุณหภูมิตู้เย็นเก็บรักษาวัคซีน จำเป็นต้องเป็นเทอร์โมมิเตอร์ที่ได้รับการสอบ

เทียบหรือเทียบเคียงจากหน่วยงานที่ได้รับการรับรองมาตรฐานเป็นประจำทุกปีเพื่อให้มั่นใจว่าวัคซีนคงคุณภาพดีอยู่ในอุณหภูมิ +2 ถึง +8 องศาเซลเซียส ตลอดเวลาในการศึกษาครั้งนี้พบว่า หน่วยบริการที่เข้าประเมิน ส่วนใหญ่ตู้เย็นเก็บวัคซีนมีอุณหภูมิอยู่ในช่วงดังกล่าว สำหรับหน่วยบริการที่มีอุณหภูมินอกช่วงระหว่าง +2 ถึง +8 องศาเซลเซียส ส่วนใหญ่อุณหภูมิอยู่ในระดับต่ำกว่า +2 องศาเซลเซียส บางแห่งพบอุณหภูมิอยู่ที่ 0 องศาเซลเซียส โดยพบว่าร้อยละ 8.6 ของหน่วยบริการทั้งหมดมีอุณหภูมิต่ำกว่า +2 องศาเซลเซียส ซึ่งอาจทำให้วัคซีนที่ไวต่อความเย็นเสื่อมคุณภาพหรืออาจทำให้เกิดฝีไร้เชื้อ (sterile abscess) ภายหลังฉีดวัคซีนได้⁽⁷⁾ โดยเฉพาะวัคซีนที่มีสารเสริมภูมิต้านทาน (adjuvant) เป็นส่วนประกอบ เช่น วัคซีนรวมป้องกันคอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน-ตับอักเสบบี วัคซีนรวมคอตีบ-บาดทะยัก วัคซีนตับอักเสบบี⁽⁸⁾ เป็นต้น ปัญหาการเก็บวัคซีนไว้ในอุณหภูมิต่ำกว่า +2 องศาเซลเซียส พบได้ในหลายการศึกษา ทั้งประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา⁽⁹⁾ สำหรับประเทศไทย จากการศึกษาของ เกสักรหญิงศิริรัตน์ เตชะธวัช⁽¹⁰⁾ เมื่อ พ.ศ. 2547 พบว่า ร้อยละ 53.5 ของหน่วยบริการในระดับตำบล เก็บวัคซีนในตู้เย็นที่มีอุณหภูมิต่ำกว่า +2 องศาเซลเซียส เป็นเวลามากกว่า 1 ชั่วโมง จึงได้มีการแนะนำให้เรียงวัคซีนที่ไวต่อความเย็นไว้ในตู้เย็น ช่องธรรมดาต่ำกว่าชั้นที่ 1 ลงมา

ทั้งนี้ เป็นที่น่าสังเกตว่า รพ.สต. เกือบทุกแห่ง (ร้อยละ 97.3) บันทึกอุณหภูมิตู้เย็น เช้า-เย็น ไม่เว้นวันหยุด ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด ในขณะที่โรงพยาบาลแม่ข่ายดำเนินการดังกล่าวได้น้อยกว่า (ร้อยละ 58.8) การกำหนดมาตรการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยตรวจสอบอุณหภูมิที่ผิดปกติได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งจะทำให้ระยะเวลาที่วัคซีนอยู่นอกช่วงอุณหภูมิ +2 ถึง +8 องศาเซลเซียส มีน้อยลง สำหรับการเรียงวัคซีนในตู้เย็น ซึ่งนับเป็นส่วนสำคัญประการหนึ่งของมาตรการด้านการเก็บรักษาวัคซีนไว้ในระบบลูกโซ่ความเย็นนั้น พบว่า หน่วยบริการทั้งสองระดับส่วนใหญ่จัดเก็บวัคซีนไว้ในตู้เย็นได้ถูกต้อง ในส่วนที่จัดเก็บไม่ถูกต้อง ส่วนใหญ่เรียงวัคซีนที่มี

ความไวต่อความเย็นไวได้ช่องแช่แข็ง หรือวางในช่องธรรมดา ชั้นที่ 1 ซึ่งมีโอกาสสูงที่วัคซีนจะมีอุณหภูมิต่ำกว่า +2 องศาเซลเซียส โดยเฉพาะในเวลากลางคืน อุณหภูมิ อาจต่ำลงไปถึง 0 องศาเซลเซียส ได้ ส่งผลให้วัคซีนเสื่อมคุณภาพและเกิดอาการข้างเคียงภายหลังรับวัคซีนได้

ด้านการให้บริการ

พบว่า หน่วยบริการระดับโรงพยาบาลแม่ข่ายส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการให้บริการวัคซีนในเด็กก่อนวัยเรียนที่มารับบริการที่คลินิกสุขภาพเด็กดีและเด็กในโรงเรียนในระดับดี โดยมีร้อยละของหน่วยบริการในโรงพยาบาลแม่ข่ายที่ผ่านเกณฑ์มากกว่า รพ.สต. ประเด็นที่เจ้าหน้าที่ รพ.สต. มักตอบผิดในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนคือ ความรู้เกี่ยวกับวัคซีนไข้มองอักเสบเฉื่อย ซึ่งมีหลายชนิดและหลายสายพันธุ์ แต่ละสายพันธุ์มีขนาดโดสที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ขนาดโดสยังขึ้นอยู่กับอายุของเด็ก ประเด็นเหล่านี้ทำให้เจ้าหน้าที่เกิดความสับสน จึงเป็นข้อพิจารณาสำหรับหน่วยงานที่จัดทำวัคซีน รวมทั้งการทำความเข้าใจให้ผู้ปฏิบัติได้รับทราบโดยทั่วถึงทุกช่องทาง หากมีการเปลี่ยนแปลงการใช้วัคซีน สำหรับการให้วัคซีนในกลุ่มหญิงมีครรภ์พบว่า ทั้งหน่วยบริการในโรงพยาบาลแม่ข่ายและ รพ.สต. ส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจในการให้วัคซีนรวมคอตีบ-บาดทะยัก ในกลุ่มนี้อย่างมาก เจ้าหน้าที่บางแห่งเริ่มให้วัคซีนเป็นเข็มแรกและนัดต่ออีก 2 เข็ม โดยไม่สอบถามประวัติการได้รับวัคซีนในอดีต ซึ่งปัจจุบันความครอบคลุมการได้รับวัคซีนบาดทะยักครบชุดในหญิงมีครรภ์ มีเกินกว่าร้อยละ 90.0⁽¹¹⁾ การได้รับวัคซีนนี้มากเกินไปอาจทำให้มีอาการปวดบวมบริเวณที่ฉีดมากกว่าปกติ (arthus reaction)⁽²⁾ สะท้อนว่ายังมีความจำเป็นที่หน่วยงานที่มีหน้าที่ติดตามควบคุมกำกับ ต้องจัดให้มีการอบรมฟื้นฟูความรู้เป็นระยะ ๆ

ส่วนการเตรียมความพร้อมกรณีมีผู้ป่วยเกิดอาการรุนแรงภายหลังได้รับวัคซีนพบว่า ในภาพรวมหน่วยบริการในโรงพยาบาลแม่ข่าย มีการเตรียมความพร้อมได้ตามมาตรฐานมากกว่า รพ.สต. ยกเว้นการเตรียมอุปกรณ์กู้ชีพ ซึ่งอุปกรณ์ขั้นต่ำที่กำหนดให้

โรงพยาบาลแม่ข่ายจำเป็นต้องเตรียมไว้ให้ครบพร้อมใช้งานมีมากกว่าของ รพ.สต. อุปกรณ์ดังกล่าว ได้แก่ ambu bag, oxygen face mask, ชุดให้สารน้ำทางหลอดเลือด, normal saline หรือ Ringer's lactate, adrenaline, ท่อช่วยหายใจ และ laryngoscope ในขณะที่ไม่ได้กำหนดให้ท่อช่วยหายใจ และ laryngoscope เป็นอุปกรณ์ขั้นต่ำใน รพ.สต. อุปกรณ์กู้ชีพที่โรงพยาบาลแม่ข่ายส่วนใหญ่มีไม่ครบ ได้แก่ ท่อช่วยหายใจและ laryngoscope โดยเฉพาะที่ใช้สำหรับเด็ก ส่วนอุปกรณ์กู้ชีพที่ รพ.สต. ส่วนใหญ่มีไม่ครบคือ ambu bag สำหรับเด็ก ในการประเมินครั้งนี้พบมี รพ.สต. 1 แห่ง ที่มี adrenaline หมดอายุ ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ โดยเฉพาะโรงพยาบาลแม่ข่าย ควรได้สำรวจวัสดุอุปกรณ์กู้ชีพของหน่วยบริการในเครือข่าย รวมทั้งหน่วยบริการภายในโรงพยาบาลแม่ข่าย เป็นประจำอย่างต่อเนื่อง และจัดหาอุปกรณ์ดังกล่าวให้ครบถ้วนพร้อมใช้งานได้ทันที หากมีผู้ป่วยแพ้อย่างรุนแรงภายหลังได้รับวัคซีน ในส่วนของ รพ.สต. ประเด็นที่ควรมีการปรับปรุงคือ การเตรียมระบบตรวจสอบการได้รับวัคซีนร่วมขวด ร่วม lot number ของผู้ได้รับวัคซีนแต่ละราย ซึ่งเป็นประโยชน์ในการสอบสวนหาสาเหตุหากมีกรณีอาการข้างเคียงภายหลังได้รับวัคซีน สำหรับการจัดทำแผนผังการเตรียมการเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้น กรณีมีอาการรุนแรงภายหลังรับวัคซีนนั้น หน่วยบริการทั้งสองระดับมีแผนผังดังกล่าวอยู่ในเกณฑ์น้อย เนื่องจากยังไม่เคยเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินและคาดว่า จะสามารถนำส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลได้ทันภายในเวลา 15 นาที เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในประเด็นดังกล่าว แม้ว่าโดยทั่วไปอัตราการเกิดอาการแพ้อย่างรุนแรงภายหลังรับวัคซีนจะน้อยมากก็ตาม⁽¹²⁾ หน่วยบริการควรให้ความสำคัญโดยจัดแผนผังการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยดังกล่าว ที่สำคัญคือ ควรมีการซักซ้อมทำความเข้าใจกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบ

การบริหารจัดการข้อมูล

ในอดีตเจ้าหน้าที่มีการจัดทำทะเบียนผู้รับบริการวัคซีนแต่ละราย โดยการเขียนด้วยมือ ซึ่งทะเบียน

การให้บริการในงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคแบ่งออกตามกลุ่มเป้าหมายที่ให้วัคซีน ได้แก่ กลุ่มเด็กแรกเกิดที่รับวัคซีนที่ตึกห้องคลอดหรือหลังคลอด กลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนที่รับวัคซีนที่คลินิกสุขภาพเด็กดี กลุ่มเด็กวัยเรียนที่รับวัคซีนในโรงเรียน และหญิงมีครรภ์ที่รับวัคซีนที่คลินิกฝากครรภ์ ทะเบียนการให้บริการวัคซีนนับเป็นหลักฐานที่สำคัญ ทำให้ทราบถึงรายชื่อผู้มารับบริการในแต่ละวัน วัคซีนที่ได้รับ ลำดับขวดและ lot number ของวัคซีนที่ผู้รับบริการแต่ละรายได้รับ และจำนวนผู้รับบริการแยกตามรายวัคซีน เพื่อคำนวณอัตราการให้วัคซีนต่าง ๆ และประมาณการเบิกวัคซีน⁽¹³⁾ นอกจากนี้ข้อมูลลำดับขวดและ lot number ของวัคซีนที่ผู้รับบริการแต่ละรายได้รับจะช่วยให้การสอบสวนหากเกิดมีผู้เสียชีวิตหรืออาการรุนแรงภายหลังรับวัคซีน⁽⁶⁾

ตั้งแต่ปี 2550 เป็นต้นมา กระทรวงสาธารณสุขโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ได้กำหนดให้สถานบริการทุกแห่งดำเนินการจัดเก็บและส่งออกข้อมูล ผ่านฐานข้อมูลรายบุคคลจากสถานบริการทุกระดับมายังสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในรูปแบบโครงสร้างมาตรฐานข้อมูล 18 แฟ้ม และในปี 2555 ได้ปรับเป็น 43 แฟ้ม⁽⁴⁾ โดยมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญคือ เพื่อลดภาระกิจในการจัดทำรายงานของเจ้าหน้าที่ ผลการประเมินพบว่า หน่วยบริการส่วนใหญ่ทั้งโรงพยาบาลแม่ข่ายและ รพ.สต. มีการบันทึกข้อมูลการให้วัคซีนในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน กลุ่มนักเรียนและหญิงมีครรภ์ ที่ต้องเร่งรัดสำหรับโรงพยาบาลแม่ข่ายคือ การบันทึกวัคซีนในกลุ่มเด็กแรกเกิดที่ได้รับวัคซีนบีซีจี และวัคซีนตับอักเสบบีในตึกห้องคลอดหรือหลังคลอด ซึ่งปัญหาที่พบส่วนหนึ่งเป็นเพราะเจ้าหน้าที่ไม่ทราบวิธีการบันทึก บางส่วนให้เหตุผลว่าเด็กแรกเกิดบางรายยังไม่มีเลขบัตรประจำตัว 13 หลัก ซึ่งเป็นข้อกำหนดของการบันทึกตามโครงสร้างมาตรฐาน จึงไม่สามารถบันทึกการให้วัคซีนที่เด็กได้ สมควรที่ผู้พัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลจะปรับระบบให้เอื้อต่อการบันทึกของเจ้าหน้าที่ ให้มีความสะดวกและง่าย (user friendly)

แม้ว่าในภาพรวมหน่วยบริการส่วนใหญ่มีการบันทึกการให้วัคซีน ผ่านฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ แต่พบว่า หน่วยบริการส่วนใหญ่ โดยเฉพาะโรงพยาบาลแม่ข่ายผ่านเกณฑ์มาตรฐานด้านนี้ต่ำ โดยมีประเด็นปัญหาที่ต้องเร่งปรับปรุง ได้แก่ (1) การกำหนดรหัสวัคซีนไม่ตรงตามที่สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กำหนด ส่งผลให้ข้อมูลของหน่วยบริการไม่มีความเชื่อมโยงกับส่วนกลาง ทำให้ข้อมูลในส่วนกลางได้รับ น้อยกว่าความเป็นจริง (2) การขาดกระบวนการตรวจสอบความถูกต้องของการบันทึกข้อมูล (3) การพิมพ์รายงานการให้บริการวัคซีนจากโปรแกรมการบันทึกข้อมูล เพื่อเป็นเครื่องมือในการตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของข้อมูล และใช้ประโยชน์ในการคำนวณอัตราการให้วัคซีนชนิดต่าง ๆ เพื่อประมาณการเบิกวัคซีน ซึ่งส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่า ไม่สามารถพิมพ์รายงานดังกล่าวจากโปรแกรมได้ และ (4) การติดตามการได้รับวัคซีนของกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ที่หน่วยบริการรับผิดชอบ ซึ่งเป็นกิจกรรมสำคัญในการเพิ่มและคงรักษาระดับความครอบคลุมการได้รับวัคซีนได้ตามเกณฑ์กำหนด เป็นการป้องกันไม่ให้โรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนที่เหลือน้อย หรือหมดไปแล้วกลับมาระบาดใหม่

ข้อจำกัดการศึกษา

หน่วยบริการที่ได้รับการประเมินมีจำนวนน้อย เมื่อเปรียบเทียบกับหน่วยบริการทั้งหมด เนื่องจากข้อจำกัดทางด้านงบประมาณและระยะเวลาในการศึกษา อีกทั้งการสุ่มเลือกประชากรศึกษาเป็นแบบเฉพาะเจาะจง โดยพิจารณาาร่วมกัน ระหว่างบุคลากรของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขตและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผลการศึกษาจึงไม่สามารถเป็นตัวแทนของหน่วยบริการทั้งประเทศได้ จึงควรส่งเสริมให้มีการประเมินในระดับจังหวัดอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ กระบวนการประเมิน ควรสร้างการมีส่วนร่วมจากผู้บริหารระดับสูง ได้แก่ นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและผู้ตรวจราชการเขตด้วย เพื่อสามารถนำผลการประเมินและข้อเสนอแนะสู่การพัฒนา และแก้ไขปัญหาได้อย่างแท้จริง

สรุป

การประเมินนี้แสดงจุดแข็งของการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการระดับต่าง ๆ คือ การที่เจ้าหน้าที่ให้ความสำคัญกับกิจกรรมเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้รับวัคซีนที่มีคุณภาพ โดยเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวกับการให้บริการที่ถูกต้องตามมาตรฐาน การจัดเตรียมตู้เย็นเก็บวัคซีนที่ได้มาตรฐาน รวมทั้งอุปกรณ์ที่จำเป็นอย่างเพียงพอ และการเก็บรักษาวัคซีนให้อยู่ในอุณหภูมิ +2 และ +8 องศาเซลเซียส สำหรับจุดอ่อนที่ควรปรับปรุง ได้แก่ การเบิก-จ่ายวัคซีน ให้มีความสอดคล้องกับปริมาณการใช้วัคซีน การจัดทำทะเบียนรับ-จ่ายวัคซีน ให้มีความครบถ้วนถูกต้องเป็นปัจจุบัน การจ่ายวัคซีนแบบ FEFO การเตรียมความพร้อมรองรับกรณีผู้ป่วยอาการรุนแรงภายหลังได้รับวัคซีน และการบริหารจัดการข้อมูลผ่านฐานข้อมูล 43 แฟ้ม สำหรับข้อเสนอแนะ เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินการดังกล่าวสรุปดังนี้

1. กรมควบคุมโรค ควรเร่งจัดการอบรมเพื่อทบทวนและเสริมความรู้แก่เจ้าหน้าที่ ตั้งแต่ระดับเขต จังหวัด อำเภอและตำบล โดยมีเป้าหมายให้ผู้ที่ได้รับการอบรมนำไปถ่ายทอดให้แก่ผู้ปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และควรจัดทำสื่อการสอนที่เหมาะสมกับเนื้อหา สนับสนุนสำหรับการถ่ายทอดต่อ การจัดการความรู้ดังกล่าวควรต้องดำเนินการเป็นระบบอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ ควรประสานขอความร่วมมือสำนักงานเขตบริการสุขภาพ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อสนับสนุนให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่อย่างยั่งยืน

2. กรมควบคุมโรคควรเพิ่มการเผยแพร่ความรู้และข้อมูลวิชาการต่าง ๆ แก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานผ่านช่องทางต่าง ๆ เช่น คู่มือ ตำรา website ที่สามารถตอบปัญหาให้แก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานได้อย่างรวดเร็ว เป็นต้น

3. กรมควบคุมโรค และสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ควรร่วมมือกันแก้ไขปัญหาระบบบันทึกข้อมูลการให้บริการวัคซีนผ่านฐานข้อมูล 43 แฟ้ม

ให้เจ้าหน้าที่สามารถบันทึกข้อมูลการให้บริการได้ง่าย ไม่ซับซ้อน (user friendly) รวมทั้งสามารถแสดงรายละเอียดข้อมูลที่มีในฐานข้อมูลในรูปแบบรายงานที่จำเป็นเพื่อประโยชน์ในการตรวจสอบการให้บริการ และติดตามกลุ่มเป้าหมายที่ไม่มารับวัคซีนตามกำหนดให้มารับวัคซีนอย่างครบถ้วน

4. หน่วยที่รับผิดชอบการกำกับงานของกรมควบคุมโรค และกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับตั้งแต่ว่าส่วนกลาง เขต จังหวัดและอำเภอ ควรยึดติดตามนิเทศงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคหน่วยบริการเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ ทีมนิเทศควรประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคลังวัคซีน งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและงานบริหารจัดการข้อมูล 43 แฟ้ม เพื่อให้สามารถพัฒนาและปรับปรุงแก้ไขการดำเนินงานได้อย่างเป็นระบบ

5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรจัดให้มีระบบการประเมินคุณภาพงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในระดับจังหวัดอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ และควรขยายผลการประเมินไปยังหน่วยบริการภาคเอกชน โดยเริ่มจากสถานบริการเอกชนที่รับวัคซีนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติก่อน และขยายต่อไปยังสถานบริการอื่น ทั้งนี้ กระบวนการประเมินควรสร้างการมีส่วนร่วมจากผู้บริหารระดับสูง ได้แก่ นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและผู้ตรวจราชการเขตด้วย เพื่อสามารถนำผลการประเมินและข้อเสนอแนะสู่การพัฒนาและแก้ไขปัญหาได้อย่างแท้จริง

6. กรมควบคุมโรคควรจัดทำหลักสูตรการพัฒนาผู้ประเมินสำหรับบุคลากรระดับเขตและจังหวัด เพื่อให้มีศักยภาพ และจำนวนเพียงพอต่อการขยายผลการประเมินได้อย่างกว้างขวาง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี สระบุรี สระแก้ว กาญจนบุรี สุรินทร์ บึงกาฬ นครพนม อุทัยธานี พิชญ์โลก เชียงใหม่ ภูเก็ตและปัตตานี ที่อนุญาตให้กรมควบคุมโรคได้สุ่มประเมินหน่วยบริการในครั้งนี้ ขอขอบคุณบุคลากรทุกท่านใน

สถานบริการที่ได้ต้อนรับและอำนวยความสะดวกให้แก่ทีมประเมิน ขอขอบคุณทีมบุคลากรสำนักโรคติดต่อทั่วไปทุกท่านที่ร่วมประเมินการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในครั้งนี้ ขอขอบคุณ นายแพทย์ศุภมิตร ชุณหสวัณ แพทย์หญิงปิยนิตย์ ธรรมมาภรณ์พิลาศ นายแพทย์พรศักดิ์ อยู่เจริญ แพทย์หญิงอรรธยา ลิ้มวัฒนา ยิ่งยง และคุณเสวก นุชจ่าย ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ทำให้การรายงานฉบับนี้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization, United Nations International Children's Emergency Fund, World Bank. State of the world's vaccine and immunization [monograph on the internet]. 3rd ed. Geneva; World Health Organization; 2009 [cited 2015 Dec 8]. Available from: apps.who.int/iris/bitstream/10665/44169/1/9789241563864_eng.pdf
2. กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ, เกษวดี ลาภพระ, จุฑารัตน์ เมฆมัลลิกา, วิจิตร นาคบุญนำ, อัจฉรา ตั้งสถาพรพงษ์. ดำรงวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา; 2558.
3. ศิริรัตน์ เตชะธวัช, ปณิตดา ลีสถาพรวงศา, ธนพัฒน์ เลาวหุตานนท์, วรณภา สกุลพรหมณ์. คู่มือการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด; 2554.
4. คณะกรรมการบริหารจัดการระบบข้อมูลสุขภาพ. สรุปผลการดำเนินงานการปฏิรูประบบข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ระยะเร่งด่วน (มิถุนายน - 30 กันยายน 2557). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
5. กรมควบคุมโรค สำนักโรคติดต่อทั่วไป. มาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ฉบับที่ใช้ประเมินปีงบประมาณ 2558. นนทบุรี: สำนักโรค

- ติดต่อกันไป; 2558.
6. ปรีชา เปรมปรี, กนกทิพย์ ทิพย์รัตน์. คู่มือการเฝ้าระวังและสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2551.
 7. Kartoglu U, Özgüler NK, Wolfson LJ, Kurzatowski W. Validation of the shake test for detecting freeze damage to adsorbed vaccines. Bulletin of the World Health Organization 2010; 88:624-31.
 8. กรมควบคุมโรค สำนักโรคติดต่อทั่วไป. มาตรฐานการดำเนินงานด้านคลังและการเก็บรักษาวัคซีน. ใน: ศิริรัตน์ เตชะธวัช, บรรณาธิการ. นนทบุรี: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2556. หน้า 2.
 9. Nelson CM, Wibisono H, Purwanto H, Mansyur I, Moniaga V, Widjaya A. Hepatitis B vaccine freezing in the Indonesian cold chain: evidence and solutions. Bulletin of the World Health Organization 2004;82:99-105.
 10. ศิริรัตน์ เตชะธวัช, พอพิศ วรินทร์เสถียร, เอมอร ราษฎร์จำเริญสุข, ปิยนิตย์ ธรรมาภรณ์พิลาศ. การสำรวจคุณภาพของวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็นของหน่วยงานสาธารณสุขของรัฐในเขตพื้นที่สาธารณสุข 12 เขต ปี 2547. วารสารควบคุมโรค 2549;32: 20-30.
 11. กรมควบคุมโรค สำนักโรคติดต่อทั่วไป. รายงานประจำปี 2556 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 8 ธ.ค. 2558]. แหล่งข้อมูล: <http://203.157.15.110/boeintranet/news/?id=3087>
 12. Bohlke K, Davis RL, Marcy SM, Braun MM, DeStefano F, Black SB, et al. Risk of anaphylaxis after vaccination of children and adolescents. Pediatrics 2003;112:815-20.
 13. พอพิศ วรินทร์เสถียร. การจัดทำทะเบียนรายงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการวัคซีน. ใน: อัญชลี ศิริพิทยาคุณกิจ, ปิยนิตย์ ธรรมาภรณ์พิลาศ, พรศักดิ์ อยู่เจริญ, พอพิศ วรินทร์เสถียร, ศิริรัตน์ เตชะธวัช, เอมอร ราษฎร์จำเริญสุข, บรรณาธิการ. หลักสูตรเชิงปฏิบัติการสำหรับเจ้าหน้าที่สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: บริษัท เลคแอนด์ฟาวด์ เทน พรินติ้ง จำกัด; 2555: หน้า 72-99.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคมือ เท้า ปาก ของครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

A survey of knowledge, attitudes, and practices on the prevention and control of
hand foot and mouth disease among teachers and child care providers in child care
centers, Thailand

สมคิด คงอยู่* วท.ม.

Somkid Kongyu* M.Sc.

เสาวพักตร์ อินจ้อย* ส.ด.

Soawapak Hinjoy* Dr.P.H.

พรรณราย สมิตสุวรรณ* วท.ม.

Punnarai Smithsuwan* M.Sc.

สมนึก เลิศสุโภชนิชย์** ส.ม.

Somnuek Lertsuphotvanit** M.P.H.

ปรารธนา สุขเกษม** ส.บ.

Prattana Sukkasem** B.P.H.

*สำนักโรคติดต่อวิทยา กรมควบคุมโรค

* Bureau of Epidemiology

Department of Disease Control

**สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค

** Bureau of General Communicable Disease

Department of Disease Control

บทคัดย่อ

โรคมือ เท้า ปาก เป็นโรคที่พบได้บ่อยในเด็กเล็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่อยู่รวมกันในกลุ่มเด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล หากจะควบคุมและลดการแพร่ระบาดของโรคนี้ จำเป็นจะต้องมีการเฝ้าระวังโรคในพื้นที่เสี่ยงเหล่านี้เป็นพิเศษ เพื่อที่จะสามารถตรวจจับการระบาดของโรคได้อย่างท่วงที การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ และระดับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนของครูผู้ดูแลเด็ก ในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคมือ เท้า ปาก กลุ่มตัวอย่างศึกษา คือ ครูผู้ดูแลเด็กที่มีหน้าที่หลักในการดูแลเด็กหรือเป็นครูผู้ช่วย จำนวน 487 คน จากศูนย์เด็กเล็ก 287 แห่ง ใน 10 จังหวัด ที่ตั้งอยู่ในเขตรับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรค โดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เพื่อเลือกศูนย์เด็กเล็กในแต่ละจังหวัด และใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive method) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามโดยผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ด้าน คือ ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนในการป้องกันควบคุมโรคมือ เท้า ปาก ของครูผู้ดูแลเด็ก ผลการศึกษาพบว่า ครูผู้ดูแลเด็กมีความรู้ในระดับสูง ด้านเจตคติ ระดับปานกลาง และด้านการปฏิบัติตนอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติตนของครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์เด็กเล็กที่เข้าร่วมโครงการและผ่านเกณฑ์ จะมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ยังไม่เคยเข้าร่วมโครงการหรือไม่เคยผ่านเกณฑ์ โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0001$ และ 0.03 ตามลำดับ) ส่วนค่าเฉลี่ยเจตคติพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในแต่ละประเภทของศูนย์เด็กเล็ก ความรู้มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับเจตคติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0001$) อย่างไรก็ตามความรู้และเจตคติไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตน ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดกิจกรรมเสริมความรู้เพื่อยกระดับและปรับเปลี่ยนเจตคติที่ดีให้กับครูผู้ดูแลเด็ก ซึ่งจะเป็นตัวกำหนดและกระตุ้นให้ครูผู้ดูแลเด็กสามารถแสดงพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรค

ในทางบวกได้เป็นอย่างดี ในขณะที่ควรส่งเสริมให้ศูนย์เด็กเล็กที่ยังไม่เคยเข้าร่วมโครงการได้เข้าร่วมโครงการ ศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค กรมควบคุมโรค ให้ครบทุกแห่ง ซึ่งจะช่วยให้ศูนย์เหล่านี้มีแนวปฏิบัติในการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กที่ได้มาตรฐาน ถูกต้องและชัดเจน รวมถึงยังสามารถจัดการกับปัญหาโรคติดต่อได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

Abstract

Hand foot and mouth disease (HFMD) outbreak often occurred in children <5 years old especially in child care centers or kindergartens. Strengthening surveillance program in those risk areas could prevent and control the outbreak of HFMD. The aims of this survey were to explore levels of knowledge, attitudes and practice and to describe any associations among knowledge, attitudes and practice among teachers and child care providers for improvement of HFMD surveillance program. The survey was conducted to cover 287 child care centers under responsible areas of the offices of disease prevention and control in different zones in 10 provinces. A total of 487 teachers and child care providers were sampled by purposive sampling. A face to face interviewing was implemented by using a structured questionnaire. The questionnaire composed three parts of knowledge, attitudes and practices on HFMD that each question was certified by experts and test validity. Results showed that the teachers and child care providers had high levels of HFMD knowledge and practices, but had a moderate level of attitudes scores. In a subgroup analysis, HFMD knowledge in a group of teachers and child care providers in certified child care centers had the highest mean score where as a group of teachers and child care providers in child care centers, which did not join the certification program, had the lowest mean score. There was significantly different in scores of HFMD knowledge among those two groups ($p < 0.0001$ and $p = 0.03$, accordingly), but no significant difference in scores of attitudes and practices. Knowledge had a positive correlation with attitude ($p < 0.0001$). However, both knowledge and attitudes were not found any correlation with practices. Activities to increase a level of attitude on HFMD needs to be improved because the attitude is a major factor in determining good practices for prevention and control of HFMD among teachers and child care providers. Encouragement of child care centers to raise the standard of good practice under disease-free program could be an important strategy for the prevention and control in a spread of HFMD.

คำสำคัญ

โรคมือ เท้า ปาก, ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตน, ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

Key words

hand foot and mouth disease, knowledge, attitudes, practices, child care center

บทนำ

โรคมือ เท้า ปาก (hand foot and mouth disease) พบได้บ่อยในเด็กเล็กต่ำกว่า 5 ปี มักพบการระบาดในช่วงฤดูฝน ระหว่างเดือนมิถุนายนถึงกันยายน ของทุกปี สาเหตุเกิดจากติดเชื้อไวรัสในกลุ่มเอนเทอโร

(Enteroviruses) ส่วนใหญ่อาการไม่รุนแรงและหายได้เอง ในรายที่มีอาการรุนแรงจนถึงเสียชีวิตพบได้ประมาณ 1 ในผู้ป่วย 10,000 ราย สาเหตุการเสียชีวิตเกิดจากภาวะหัวใจวายหรือระบบหายใจล้มเหลว โดยสายพันธุ์ที่มักทำให้มีอาการรุนแรงคือ ไวรัสเอนเทอโร 71 (Enterovirus 71 หรือ EV-71)⁽¹⁾

จากข้อมูลเฝ้าระวังเหตุการณ์ของสำนักโรคติดต่อและกองควบคุมโรคติดต่อ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร พบพื้นที่เสี่ยงส่วนใหญ่ที่มีการระบาดของโรคมือ เท้า ปาก คือ ศูนย์เด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล ดังนั้นหากจะควบคุมและลดการแพร่ระบาดของโรคนี้ จำเป็นจะต้องมีการเฝ้าระวังโรคในพื้นที่เสี่ยงดังกล่าวเป็นพิเศษ โดยเฉพาะศูนย์เด็กเล็กที่ปัจจุบันเป็นสถานที่ที่ผู้ปกครองส่วนใหญ่นิยมส่งบุตรหลานก่อนวัยเรียนไปฝากเลี้ยง เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนเข้าเรียน จากข้อมูลการสำรวจจำนวนศูนย์เด็กเล็กของสำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค ในปี พ.ศ. 2556 พบว่ามีศูนย์เด็กเล็กในสังกัดภาครัฐและเอกชนมากกว่า 20,000 แห่ง สามารถรับดูแลเด็กเล็กได้มากกว่า 2 ล้านคน⁽²⁾ โดยมีลักษณะความเป็นอยู่แบบเป็นกลุ่มมากน้อยขึ้นอยู่กับจำนวนเด็กและครูผู้ดูแลเด็ก ดังนั้นเมื่อมีเด็กคนใดคนหนึ่งป่วยด้วยโรคติดต่อก็จะเพิ่มโอกาสการแพร่เชื้อไปสู่เด็กคนอื่นได้ง่าย ประกอบกับเป็นวัยที่มีระบบภูมิคุ้มกันโรคยังไม่เจริญเต็มที่ และไม่มีความสามารถในการป้องกันโรคด้วยตนเอง อาจทำให้สถานการณ์โรครุนแรงและมีการระบาดได้

ปัจจุบันมีหลายหน่วยงานที่มีหน้าที่ดูแลศูนย์เด็กเล็ก และดำเนินงานภายใต้นโยบายศูนย์เด็กเล็กเพื่อให้เด็กทุกคนเติบโตอย่างมีพัฒนาการสมวัยมีสุขภาพดี และปลอดภัยจากโรคติดต่อที่เป็นสาเหตุการเจ็บป่วยรุนแรงและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โดยส่งเสริมให้ครูผู้ดูแลเด็กซึ่งเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับเด็กมากที่สุดให้มีความรู้และพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองและเด็กเล็กได้อย่างถูกต้องเหมาะสม รวมถึงมีความสามารถในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคได้ ซึ่งจากการศึกษาของ นพรัตน์ วิหารทอง⁽²⁾ ในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กที่ได้รับการดูแลในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาลในจังหวัดนนทบุรีพบว่า พฤติกรรมสุขอนามัยของครูผู้ดูแลเด็ก (ได้แก่ การล้างมือของตนเอง และการล้างมือให้เด็กอย่างถูกต้อง) ที่ศูนย์เด็กเล็กมีความสัมพันธ์กับความชุกของโรคอุจจาระร่วงอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติ และมีหลายการศึกษาพบว่าการล้างมือของผู้ดูแลอย่างถูกต้องเป็นปัจจัยป้องกันอย่างมีประสิทธิภาพที่ลดการเจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันได้มากถึงร้อยละ 30.00-50.00 และสามารถลดความรุนแรงของโรคได้ (Freeman et al., 2014; Talaat et al., 2011; Curtis et al., 2003; Luby et al., 2004; Luby et al., 2006 อ้างใน นพรัตน์ วิหารทอง และคณะ)

โครงการศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ปัจจุบันมีศูนย์เด็กเล็กร้อยละ 95.11 (18,617 แห่ง) สมัครเข้าร่วมโครงการ และผ่านการตรวจประเมินรับรองมาตรฐานการดำเนินงานโครงการดังกล่าว ร้อยละ 73.29 (จำนวน 12,694 แห่ง ในจำนวนศูนย์ที่ได้รับการประเมิน 17,320)⁽³⁾ ดังนั้นคณะผู้ศึกษาจึงมีความประสงค์จะศึกษาระดับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคมือ เท้า ปาก ของครูผู้ดูแลเด็ก โดยศึกษาในศูนย์เด็กเล็กที่เข้าร่วมโครงการ และยังไม่เคยเข้าร่วมโครงการใดเลย ว่า มีความเหมือนและแตกต่างกันอย่างไร ผลการศึกษาที่ได้สามารถใช้เป็นข้อมูลสำคัญประกอบการพิจารณาจัดทำแผนพัฒนาและส่งเสริมศักยภาพของครูผู้ดูแลเด็กในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในศูนย์เด็กเล็ก รวมถึงจัดหลักสูตรอบรมให้สอดคล้องกับสถานการณ์โรค เพื่อก่อให้เกิดสมรรถนะในการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคมือ เท้า ปาก ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (survey study) เพื่อสำรวจความรู้ เจตคติ และระดับการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคมือ เท้า ปาก ของครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์เด็กเล็ก 3 ประเภท คือ (1) ศูนย์เด็กเล็กที่เข้าร่วมโครงการ และผ่านการประเมินมาตรฐานการดำเนินงานตามเกณฑ์ศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค (2) ศูนย์เด็กเล็กที่เข้าร่วมโครงการ แต่ยังไม่ผ่านการประเมินมาตรฐานการดำเนินงานตามเกณฑ์ศูนย์เด็กเล็ก

ปลอดโรค และ (3) ศูนย์เด็กเล็กที่ยังไม่ได้เข้าร่วมโครงการใดๆ เลย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ครูผู้ดูแลเด็กที่มีหน้าที่หลักในการดูแลเด็กหรือเป็นครูผู้ช่วย จำนวน 487 คน จากศูนย์เด็กเล็ก 287 แห่ง ใน 10 จังหวัด ที่ตั้งอยู่ในเขตรับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรค โดยการสุ่มตัวอย่าง แบบหลายขั้นตอน เพื่อเลือกศูนย์เด็กเล็กในแต่ละจังหวัด ซึ่งเป็นสถานที่เดียวกันกับการศึกษาประสิทธิภาพของมาตรการในการป้องกันควบคุมโรคมือ เท้า ปาก ในศูนย์เด็กเล็ก โดย สมนึก เลิศสุโกวณิช⁽³⁾ เนื่องจากดำเนินงานไปพร้อมกัน และใช้วิธีการเลือกตัวอย่าง แบบเจาะจง (purposive method) จำนวน 2 คนต่อแห่ง แล้วเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เป็นแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองโดยอ้างอิงจากคู่มือการประเมินศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค กรมควบคุมโรค การทบทวนวรรณกรรม และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มี 4 ส่วน ประกอบด้วย (1) ข้อมูลทั่วไป (2) ความรู้ต่อโรคมือ เท้า ปาก (3) เจตคติต่อโรคมือ เท้า ปาก และ (4) การปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคมือ เท้า ปาก ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรค หรือมีประสบการณ์การทำงานด้านศูนย์เด็กเล็กของกรมควบคุมโรค จำนวน 3 คน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้จริง โดยมีได้นำเครื่องมือไปทดลองเก็บข้อมูล หรือตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือโดยใช้ค่าสถิติ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ศึกษาได้ประสานงานกับหน่วยงานในพื้นที่เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขอความร่วมมือร่วมดำเนินการเก็บข้อมูล และนัดหมายกลุ่มเป้าหมาย

ขั้นตอนการเก็บข้อมูล เริ่มต้นจากการชี้แจงรายละเอียดโครงการ การอธิบายและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อคำถามจนเข้าใจ แล้วให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลาในการตอบ 15-30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้ศึกษานำข้อมูลที่รวบรวมได้ไปตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนก่อนนำไป

วิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรม Epi info version 2000 โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมานเพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตามวิธีของ Pearson correlation coefficient โดยแบ่งเกณฑ์ความรู้/เจตคติ/การปฏิบัติตน เป็น 3 ระดับคือ (1) ระดับสูง (คะแนนร้อยละ 70-100) ระดับปานกลาง (30-69.99) ระดับต่ำ (0-29.99) โดยพิจารณาจากค่าพิสัยกึ่งระหว่างควอร์ไทล์ ส่วนที่ 1 กับส่วนที่ 3 (ใน 4 ส่วน)

ผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคือ ครูผู้ดูแลเด็กจำนวน 487 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมด อายุระหว่าง 20-60 ปี ค่ามัธยฐาน 37 ปี การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 78.00 มีตำแหน่งงานในระดับหัวหน้าศูนย์ ร้อยละ 5.23 (25 คน) ครูผู้ดูแลเด็ก ร้อยละ 69.87 (334 คน) ผู้ช่วยครูผู้ดูแลเด็ก ร้อยละ 24.90 (119 คน) ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานระหว่าง 1 ถึง 37 ปี เฉลี่ย 9 ปี เคยได้รับความรู้ด้านการดูแลเด็ก ร้อยละ 85.92 และโรคติดต่อ ร้อยละ 93.60 เคยได้รับข่าวสารเรื่องโรคมือ เท้า ปาก ร้อยละ 99.79 จากบุคลากรทางการแพทย์ ร้อยละ 88.48 เมื่อจำแนกศูนย์เด็กเล็กตามผลการประเมินศูนย์เด็กเล็กปลอดโรคของกรมควบคุมโรค พบเป็นศูนย์เด็กเล็กที่เข้าร่วมโครงการและผ่านเกณฑ์การประเมิน ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2554-2556) ร้อยละ 65.29 (318 แห่ง) เข้าร่วมโครงการและยังไม่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 12.73 (62 แห่ง) เข้าร่วมโครงการแต่ยังไม่เคยได้รับการประเมิน ร้อยละ 3.29 (16 แห่ง) และไม่เคยเข้าร่วมโครงการ ร้อยละ 18.69 (91 แห่ง)

ระดับความรู้ต่อโรคมือ เท้า ปาก ของครูผู้ดูแลเด็ก

ครูผู้ดูแลเด็กมีระดับความรู้ต่อโรคมือ เท้า ปาก โดยรวมอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย (Mean) 71.99, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) 13.19) ข้อคำถามที่ตอบถูกมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ (1) อาการโรคมือ เท้า ปาก คือ มีตุ่มหรือแผลในปาก หรือผื่นที่ฝ่ามือ

ฝ่าเท้า หรือกัน ร่วมกับมีหรือไม่มีใช้ก็ได้ ร้อยละ 94.44-100 (2) การล้างมืออย่างถูกวิธีคือ การล้างมือด้วยน้ำ และสบู่ซึ่งมีด้วยกัน 7 ขั้นตอน นานอย่างน้อย 10 วินาที ร้อยละ 86.81-100 และ (3) โรคมือ เท้า ปาก เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเอนเทอโร ซึ่งมีด้วยกันอยู่หลายชนิด ร้อยละ 90.82-100

ประเด็นความรู้ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับเท่ากับหรือน้อยกว่า 0.05 จำแนกตามประเภทของศูนย์เด็กเล็กที่เข้าร่วมโครงการ ศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค กรมควบคุมโรค คือ การล้างมือด้วยน้ำและสบู่ ซึ่งมีด้วยกัน 7 ขั้นตอน นานอย่างน้อย 10 วินาที รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความรู้ต่อโรคมือ เท้า ปาก ของครูผู้ดูแลเด็ก จำแนกตามผลการประเมินศูนย์เด็กปลอดโรค กรมควบคุมโรค

ลำดับ	ข้อความถาม	ศูนย์เด็กเล็กจำแนกผลการประเมินศูนย์เด็กเล็กปลอดโรคที่มีความรู้ถูกต้อง				p-value
		เข้าร่วม โครงการ และผ่านเกณฑ์ การประเมิน (%)	เข้าร่วม โครงการและ ไม่ผ่านเกณฑ์ การประเมิน (%)	เข้าร่วม โครงการ แต่ยังไม่เคย ถูกประเมิน (%)	ไม่เคย เข้าร่วม โครงการ (%)	
ค่าเฉลี่ยความรู้โดยรวม (ค่าเฉลี่ย (Mean) 71.99, ค่ามัธยฐาน (Median) 70.00, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation : SD) 13.19)						
1	โรคมือ เท้า ปาก เป็นโรคติดต่อ หรือเป็นโรคระบาดที่รุนแรง	250 (79.37)	53 (85.48)	14 (87.50)	63 (70.79)	0.12
2	โรคมือ เท้า ปาก เกิดจากติดเชื้อไวรัสเอนเทอโร ซึ่งมีด้วยกันอยู่หลายชนิด	287 (90.82)	62 (100)	14 (100)	82 (91.11)	0.06
3	โรคมือ เท้า ปาก ติดต่อโดยการไอ จามรดกัน ไม่ใช่เกิดจากการกินเชื้อที่ก่อโรคเข้าไปทางปากโดยตรง จากการสัมผัสน้ำมูก น้ำลาย หรืออุจจาระของผู้ป่วย	152 (48.41)	20 (32.79)	8 (50.00)	47 (52.22)	0.10
4	อาการโรคมือ เท้า ปาก คือ มีตุ่มหรือแผลในปาก หรือผื่นที่ฝ่ามือ ฝ่าเท้าหรือกัน ร่วมกับมีหรือไม่มีใช้ก็ได้	307 (96.54)	59 (96.72)	16 (100)	85 (94.44)	0.67
5	กลุ่มเสี่ยงสำคัญของโรคมือ เท้า ปาก คือ เด็กอายุมากกว่า 5 ปีขึ้นไป จึงควรเฝ้าระวังโรคในกลุ่มนี้เป็นพิเศษ	235 (74.37)	41 (68.33)	12 (75.00)	57 (62.64)	0.16
6	โรคมือ เท้า ปาก มักพบการระบาดหรือพบผู้ป่วยเป็นจำนวนมากในช่วงฤดูฝน ระหว่างเดือนมิถุนายน-สิงหาคม ของทุกปี	283 (88.99)	57 (91.94)	15 (93.75)	81 (89.01)	0.85
7	วิธีป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ที่ดีที่สุดในปัจจุบันคือ การฉีดวัคซีน โดยสามารถไปขอรับบริการได้ที่สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง	196 (61.83)	35 (57.38)	11 (73.33)	54 (62.79)	0.08

ตารางที่ 1 ความรู้ต่อโรคมือ เท้า ปาก ของครูผู้ดูแลเด็ก จำแนกตามผลการประเมินศูนย์เด็กปลอดภัยโรค กรมควบคุมโรค

ลำดับ	ข้อความ	ศูนย์เด็กเล็กจำแนกผลการประเมินศูนย์เด็กปลอดภัยโรค กรมควบคุมโรค มีความรู้ถูกต้อง				p-value
		เข้าร่วม โครงการ และผ่านเกณฑ์ การประเมิน (%)	เข้าร่วม โครงการและ ไม่ผ่านเกณฑ์ การประเมิน (%)	เข้าร่วม โครงการ แต่ยังไม่เคย ถูกประเมิน (%)	ไม่เคย เข้าร่วม โครงการ (%)	
8	การทำความสะอาดอุปกรณ์และเครื่องใช้ ด้วยแอลกอฮอล์ ไม่สามารถฆ่าเชื้อโรค มือ เท้า ปาก ได้	144 (45.57)	31 (50.82)	7 (43.75)	44 (48.35)	0.98
9	การล้างมืออย่างถูกวิธีคือ การล้างมือด้วยน้ำ และสบู่ ซึ่งมีด้วยกัน 7 ขั้นตอน นาน อย่างน้อย 10 วินาที	301 (94.95)	59 (96.72)	16 (100)	79 (86.81)	0.02
10	การป้องกันการระบาดของโรคมือ เท้า ปาก ทำได้โดยการตรวจคัดกรองเด็กป่วยทุกวัน และหากพบเด็กป่วย ไม่จำเป็นต้องแยกเด็ก ป่วยออกจากเด็กปกติ	147 (46.23)	24 (38.71)	5 (31.25)	33 (36.26)	0.22

เจตคติต่อโรคมือ เท้า ปาก ของครูผู้ดูแลเด็ก

ครูผู้ดูแลเด็กมีเจตคติต่อโรคมือ เท้า ปาก โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean 62.92, SD 14.92) ข้อคำถามที่มีความคิดเห็นถูกต้องมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ (1) การใช้อุปกรณ์หรือภาชนะร่วมกัน เช่น จาน ช้อน แก้วน้ำ หรือของเล่น สามารถติดโรคมือ เท้า ปาก ได้ ร้อยละ 93.75-95.90 (2) ผู้ดูแลเด็กที่รักษาสุขอนามัยส่วนบุคคลที่ดี สามารถป้องกันการติดเชื้อและแพร่ระบาดของโรคมือ เท้า ปาก ไปสู่บุคคลอื่นได้ 93.75-96.77

และ (3) โรคมือ เท้า ปาก มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่เป็นอันตรายจนเสียชีวิต 74.84-81.25 ส่วนข้อคำถามที่มีความคิดเห็นถูกต้องน้อยที่สุดคือ เด็กที่มีโรคประจำตัวมีความเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคมือเท้า ปาก มากกว่าเด็กที่มีสุขภาพแข็งแรง ร้อยละ 16.13-29.67 และไม่พบประเด็นเจตคติที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อจำแนกตามประเภทศูนย์เด็กเล็ก รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เจตคติต่อโรคมือ เท้า ปาก ของครูผู้ดูแลเด็ก จำแนกตามผลการประเมินศูนย์เด็กปลอดภัย กรมควบคุมโรค

ลำดับ	ข้อความคำถาม	ศูนย์เด็กเล็กจำแนกผลการประเมินศูนย์เด็กเล็กปลอดภัยโรค มีความเห็นด้วย				p-value
		เข้าร่วมโครงการและผ่านเกณฑ์การประเมิน (%)	เข้าร่วมโครงการและไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน (%)	เข้าร่วมโครงการแต่ยังไม่เคยถูกประเมิน (%)	ไม่เข้าร่วมโครงการ (%)	
ค่าเฉลี่ยเจตนคติโดยรวม (Mean 62.92, Median 62.50, SD 14.92)						
1	โรคมือ เท้า ปาก ติดต่อได้ง่าย และส่วนใหญ่มีอาการไม่รุนแรง	202 (63.72)	44 (73.33)	11 (68.75)	63 (69.23)	0.45
2	โรคมือ เท้า ปาก มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่เป็นอันตรายจนเสียชีวิต	238 (74.84)	48 (77.42)	13 (81.25)	72 (79.12)	0.79
3	โรคมือ เท้า ปาก สามารถป้องกันได้ โดยการฉีดวัคซีน	179 (56.65)	27 (44.26)	10 (62.50)	44 (48.89)	0.20
4	เด็กที่มีโรคประจำตัวมีความเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคมือ เท้า ปาก มากกว่าเด็กที่มีสุขภาพแข็งแรง	83 (26.27)	10 (16.13)	3 (18.75)	27 (29.67)	0.24
5	การใช้อุปกรณ์หรือภาชนะร่วมกัน เช่น จาน ช้อน แก้วน้ำ หรือของเล่นสามารถโรคมือ เท้า ปาก ได้	304 (95.90)	59 (95.16)	15 (93.75)	87 (95.60)	0.97
6	การล้างมือด้วยน้ำเปล่าอย่างถูกวิธีสามารถป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ได้ โดยไม่จำเป็นต้องล้างด้วยสบู่	217 (68.45)	44 (70.97)	10 (62.50)	59 (64.84)	0.82
7	ผู้ดูแลเด็กที่รักษาสุขอนามัยส่วนบุคคลที่ดีสามารถป้องกันการติดเชื้อและแพร่ระบาดของโรคมือ เท้า ปาก ไปสู่บุคคลอื่นได้	300 (94.34)	60 (96.77)	15 (93.75)	88 (96.70)	0.72
8	การทำความสะอาดอุปกรณ์และเครื่องใช้ด้วยผงซักฟอกหรือสารฟอกขาว แม้จะสามารถฆ่าเชื้อโรคมือ เท้า ปาก ได้ แต่ก่อให้เกิดอันตรายต่อเด็กจึงไม่ควรนำมาใช้	69 (21.70)	15 (24.19)	4 (25.00)	24 (26.37)	0.81

การปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมของโรคมือ เท้า ปาก ของครูผู้ดูแลเด็ก

ครูผู้ดูแลเด็กมีระดับการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean 89.41, SD 9.03) พฤติกรรมเชิงบวกที่ครูผู้ดูแลเด็กปฏิบัติเป็นประจำในแต่ละด้าน ได้แก่ การปฏิบัติตนด้านอนามัยส่วนบุคคลของครูผู้ดูแลเด็กคือ การล้างมือทุกครั้งก่อนกินอาหาร และหลังขับถ่ายของครูผู้ดูแลเด็ก ร้อยละ 87.50-95.91 การปฏิบัติตนในการดูแลเด็กคือ การให้เด็กล้างมือด้วยน้ำสะอาดทุกครั้งก่อนกินอาหารและหลังขับถ่าย ร้อยละ 87.50-93.41 การปฏิบัติตนในการดูแลสิ่งแวดล้อมคือ การนำเสื้อผ้าสกปรกที่เปื้อนอุจจาระไปล้างทำความสะอาด และบรรจุในถุงพลาสติกเพื่อลดการสัมผัสสิ่งที่เป็นพาหะ ร้อยละ 61.29-79.25 การปฏิบัติตนในการตรวจจับการระบาดของโรคคือ การตรวจคัดกรองเด็กในขณะเข้าแถวตอนเช้า ร้อยละ 72.58-84.59 ส่วนการปฏิบัติตนในกรณีที่พบเด็กป่วย หรือมีเหตุการณ์การระบาดของโรค ซึ่งจะพบเฉพาะในโรงเรียนที่มีเหตุการณ์การระบาดของโรคเกิดขึ้นคือ ปิดโรงเรียนอย่างน้อย 3 วัน ถ้ามีการติดเชื้อรุนแรง ร้อยละ 24.19-37.50

ระดับการปฏิบัติตนของครูผู้ดูแลเด็กที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับเท่ากับหรือน้อยกว่า 0.05 จำแนกตามประเภทของศูนย์เด็กเล็กที่เข้าร่วมโครงการศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค กรมควบคุมโรค คือ (1) ตรวจสุขภาพประจำปีอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง (2) จัดเตรียมสิ่งของเครื่องใช้ของเด็กแยกเป็นรายบุคคล (3) ดูแลความสะอาดเล็บมือ เล็บเท้าของเด็กสัปดาห์ละครั้ง (4) ทำความสะอาดอุปกรณ์และเครื่องใช้ต่างๆ ในห้องเรียน ห้องครัว ห้องน้ำ ด้วยน้ำยาทำความสะอาดทุกสัปดาห์ (5) สวมถุงมือทุกครั้งที่ต้องจับต้องเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่มที่สกปรกด้วยยาเจียน ปัสสาวะหรืออุจจาระ (6) นำเสื้อผ้าสกปรกที่เปื้อนอุจจาระไปล้างทำความสะอาดและบรรจุในถุงพลาสติกเพื่อลดการสัมผัสสิ่งที่เป็นพาหะ (7) มีการบันทึกอาการป่วยของเด็กในแบบ คัดกรองอาการป่วย (8) มีการให้ความรู้เรื่องโรคมือ เท้า ปาก แก่เด็กนักเรียน (9) แยกเด็กป่วยโดยใช้ห้องแยก หรือใช้ม่านหรือฉากกั้นเป็นสัดส่วนและห่างจากเด็กอื่น และ (10) แจ้งหรือรายงานโรคกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและขอรับคำแนะนำในการควบคุมโรค รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมของโรคมือ เท้า ปาก ของครูผู้ดูแลเด็กจำแนกตาม ผลการประเมินศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค กรมควบคุมโรค

ลำดับ	ข้อคำถาม	ศูนย์เด็กเล็กจำแนกผลการประเมินศูนย์เด็กเล็ก ปลอดโรคที่ปฏิบัติเป็นประจำ				p-value
		เข้าร่วม โครงการ และผ่านเกณฑ์ การประเมิน (%)	เข้าร่วม โครงการและ ไม่ผ่านเกณฑ์ การประเมิน (%)	เข้าร่วม โครงการ แต่ยังไม่เคย ถูกประเมิน (%)	ไม่เคย เข้าร่วม โครงการ (%)	
ค่าเฉลี่ยการปฏิบัติตนโดยรวม (Mean 89.41, Median 91.25, SD 9.03)						
การปฏิบัติตนด้านอนามัยส่วนบุคคลของครูผู้ดูแลเด็ก						
1	ตรวจสุขภาพประจำปีอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	170 (53.63)	33 (53.23)	6 (37.50)	53 (58.89)	0.01
2	ล้างมือทุกครั้งก่อนกินอาหารและหลังขับถ่าย	305 (95.91)	56 (90.32)	14 (87.50)	82 (90.11)	0.10
การปฏิบัติตนในการดูแลเด็ก						
1	จัดเตรียมสิ่งของเครื่องใช้ของเด็กแยกเป็นรายบุคคล	270 (84.91)	35 (56.45)	12 (75.00)	69 (75.82)	<0.0001

ตารางที่ 3 การปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมของโรคมือ เท้า ปาก ของครูผู้ดูแลเด็กจำแนกตาม ผลการประเมิน
ศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค กรมควบคุมโรค

ลำดับ	ข้อความถาม	ศูนย์เด็กเล็กจำแนกผลการประเมินศูนย์เด็กเล็ก ปลอดโรคที่ปฏิบัติเป็นประจำ				p-value
		เข้าร่วม โครงการ และผ่านเกณฑ์ การประเมิน (%)	เข้าร่วม โครงการและ ไม่ผ่านเกณฑ์ การประเมิน (%)	เข้าร่วม โครงการ แต่ยังไม่เคย ถูกประเมิน (%)	ไม่เคย เข้าร่วม โครงการ (%)	
2	ดูแลความสะอาดเล็บมือ เล็บเท้าของเด็ก สัปดาห์ละครั้ง	281 (88.36)	40 (64.52)	13 (81.25)	76 (83.52)	0.0007
3	จัดกิจกรรมให้เด็กล้างมือด้วยน้ำและสบู่	268 (84.28)	44 (70.97)	14 (87.50)	81 (89.01)	0.14
4	ให้เด็กล้างมือด้วยน้ำและสบู่ทุกครั้งก่อนกิน อาหารและหลังขับถ่าย	296 (93.08)	57 (91.94)	14 (87.50)	85 (93.41)	0.90
5	จัดกิจกรรมให้ความรู้กับผู้ปกครองเรื่องโรค มือ เท้า ปาก	116 (36.48)	18 (29.03)	5 (31.25)	38 (41.76)	0.78
การปฏิบัติตนในการดูแลสิ่งแวดล้อม						
1	ทำความสะอาดอุปกรณ์และเครื่องใช้ต่าง ๆ ในห้องเรียน ห้องครัว ห้องน้ำ ด้วยน้ำยา ทำความสะอาดทุกสัปดาห์	242 (76.10)	38 (61.29)	10 (62.50)	59 (64.84)	0.001
2	สวมถุงมือทุกครั้งที่ต้องสัมผัสผ้าเครื่องนุ่งห่ม ที่สกปรกด้วยยาเจียน ปัสสาวะหรืออุจจาระ	134 (42.14)	20 (32.26)	3 (18.75)	46 (50.55)	0.03
3	นำเสื้อผ้าสกปรกที่เปื้อนอุจจาระไปล้าง ทำความสะอาด และบรรจุในถุงพลาสติก เพื่อลดการสัมผัสสิ่งที่เป็นพาหะ	252 (79.25)	38 (61.29)	11 (68.75)	69 (75.82)	0.001
การปฏิบัติตนในการตรวจจัดการระบาด						
1	ตรวจคัดกรองเด็กป่วยในขณะเข้าแถวตอนเช้า	269 (84.59)	45 (72.58)	13 (81.25)	69 (75.82)	0.14
2	มีการบันทึกอาการป่วยของเด็กในแบบ คัดกรองอาการป่วย	223 (70.57)	25 (40.32)	9 (56.25)	57 (63.33)	0.001
3	มีการให้ความรู้เรื่องโรคมือ เท้า ปาก แก่เด็ก นักเรียน	192 (60.38)	25 (40.32)	10 (62.50)	51 (56.04)	0.01
4	ครูผู้ดูแลเด็กมีการให้ความรู้เรื่องโรคมือ เท้า ปาก แก่ผู้ปกครอง	149 (46.86)	23 (37.10)	6 (37.50)	45 (49.45)	0.35

ตารางที่ 3 การปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมของโรคมือ เท้า ปาก ของครูผู้ดูแลเด็กจำแนกตาม ผลการประเมิน ศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค กรมควบคุมโรค

ลำดับ	ข้อคำถาม	ศูนย์เด็กเล็กจำแนกผลการประเมินศูนย์เด็กเล็กปลอดโรคที่ปฏิบัติเป็นประจำ				p-value
		เข้าร่วมโครงการและผ่านเกณฑ์การประเมิน (%)	เข้าร่วมโครงการและไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน (%)	เข้าร่วมโครงการแต่ยังไม่เคยถูกประเมิน (%)	ไม่เคยเข้าร่วมโครงการ (%)	
การปฏิบัติตนกรณีที่พบเด็กป่วยหรือมีเหตุการณ์การระบาด						
1	ลดการทำกิจกรรมร่วมกันระหว่างเด็ก	81 (25.47)	10 (16.13)	3 (18.75)	17 (18.68)	0.37
2	แยกเด็กป่วยโดยใช้ห้องแยก หรือใช้ม่านหรือฉากกั้นเป็นสัดส่วนและห่างจากเด็กอื่น	84 (26.42)	8 (12.90)	2 (12.50)	17 (18.68)	0.02
3	แจ้งรายชื่อและที่อยู่เด็กที่สงสัยให้แก่ผู้บริหารโรงเรียนและเจ้าหน้าที่หน่วยงานสาธารณสุข	101 (31.76)	12 (19.35)	4 (25.00)	24 (26.37)	0.14
4	แจ้งหรือรายงานโรคกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและขอรับคำแนะนำในการควบคุมโรค	102 (32.08)	13 (20.97)	6 (37.50)	24 (26.37)	0.01
5	ปิดห้องเรียนที่มีเด็กป่วยตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปในห้องเรียน	101 (31.76)	13 (20.97)	5 (31.25)	26 (28.57)	0.21
6	ปิดโรงเรียนอย่างน้อย 3 วัน ถ้ามีการติดเชื้อรุนแรง	108 (33.96)	15 (24.19)	6 (37.50)	28 (30.77)	0.08

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมของโรคมือ เท้า ปาก ของครูผู้ดูแลเด็ก กับประเภทของศูนย์เด็กเล็ก

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคมือ เท้า ปาก ในศูนย์เด็กเล็กแต่ละประเภท พบค่าเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติตนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับน้อยกว่า 0.05 ($p < 0.0001$ และ 0.03 ตามลำดับ)

กล่าวคือ ครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์เด็กเล็กเข้าร่วมโครงการที่ผ่านเกณฑ์จะมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติตนสูงสุด

ส่วนค่าเฉลี่ยเจตคติพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($p = 0.88$) กล่าวคือ ครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์เด็กเล็กที่เข้าร่วมโครงการและผ่านเกณฑ์ เข้าร่วมโครงการและไม่ผ่านเกณฑ์ เข้าร่วมโครงการและยังไม่เคยถูกประเมิน และไม่เคยเข้าร่วมโครงการ มีเจตคติไม่แตกต่างกัน รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคมือ เท้า ปาก ของครูผู้ดูแลเด็ก จำแนกตามผลการประเมินศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค กรมควบคุมโรค

ลักษณะ	ศูนย์เด็กเล็กจำแนกผลการประเมิน ศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค	ค่าเฉลี่ย	ค่ามัธยฐาน	พิสัยระหว่าง ควอร์ไทล์	p-value
ความรู้	ผ่านการประเมิน	72.62±13.43	70.00	60.00–80.00	<0.0001
	ไม่ผ่านการประเมิน	71.89±11.62	70.00	60.00–80.00	
	เข้าร่วมโครงการแต่ยังไม่เคยประเมิน	75.01±10.69	80.00	70.00–80.00	
	ไม่เคยเข้าร่วมโครงการ	69.31±13.53	70.00	60.00–80.00	
เจตคติ	ผ่านการประเมิน	62.78±14.88	62.50	50.00–75.00	0.88
	ไม่ผ่านการประเมิน	62.15±15.24	50.00	50.00–75.00	
	เข้าร่วมโครงการแต่ยังไม่เคยประเมิน	63.28±14.05	62.50	62.50–75.00	
	ไม่เคยเข้าร่วมโครงการ	63.85±15.16	62.50	50.00–75.00	
การปฏิบัติ	ผ่านการประเมิน	90.44±8.62	92.86	85.71–96.43	0.03
	ไม่ผ่านการประเมิน	85.39±9.97	88.13	78.75–92.86	
	เข้าร่วมโครงการแต่ยังไม่เคยประเมิน	85.84±15.90	86.61	81.25–91.16	
	ไม่เคยเข้าร่วมโครงการ	89.19±9.11	90.00	82.50–96.43	

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ กับการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมของโรคมือ เท้า ปาก ของครูผู้ดูแลเด็ก

ความรู้มีความสัมพันธ์ในเชิงบวก หรือในทิศทางเดียวกับเจตคติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.0001$) กล่าวคือ ครูผู้ดูแลเด็กที่มีความรู้ต่อโรคมือ เท้า ปาก ในระดับดีจะมีระดับเจตคติที่ดีต่อโรคมือ เท้า ปากด้วย

ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตน

ในการป้องกันและควบคุมโรคมือ เท้า ปาก กล่าวคือ ครูผู้ดูแลเด็กที่มีความรู้ต่อโรคมือ เท้า ปาก ในระดับดี ไม่มีผลต่อระดับการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมการโรคมือ เท้า ปาก

เจตคติไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคมือ เท้า ปาก กล่าวคือ ครูผู้ดูแลเด็กที่มีเจตคติต่อโรคมือ เท้า ปาก ในระดับดี ไม่มีผลต่อระดับการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคมือ เท้า ปาก รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคมือ เท้า ปาก ของครูผู้ดูแลเด็ก

ตัวแปร	ความรู้ (p-value)	เจตคติ (p-value)	การปฏิบัติ (p-value)
ความรู้	1.00	0.20 (0.0001)	0.002 (0.96)
เจตคติ	0.20 (0.0001)	1.00	0.07 (0.12)
การปฏิบัติ	0.002 (0.96)	0.07 (0.12)	1.00

วิจารณ์

1. การยกระดับศูนย์เด็กเล็กทุกแห่งให้มีสภาพความเป็นอยู่ที่ดี สะอาดและปลอดภัยจากโรคติดต่อเป็นสิ่งสำคัญ ดังจะเห็นได้จากการศึกษาการประเมินประสิทธิผลโครงการศูนย์เด็กเล็กปลอดโรคต่อการลดการมาโรงพยาบาลกลุ่มอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ โรคมือ เท้า ปาก และโรคติดต่อจากอาหารและน้ำในเด็กของศูนย์เด็กเล็ก ของสุชาดา เจียมศิริ⁽⁴⁾ พบว่า เด็กที่อยู่ในศูนย์เด็กเล็กที่ผ่านเกณฑ์ประเมินมีอัตราป่วยมาโรงพยาบาลด้วยกลุ่มอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ต่ำกว่าเด็กที่อยู่ในศูนย์ที่มีคะแนนประเมินต่ำ ร้อยละ 16.00 และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัญหาหลักที่ทำให้การควบคุมการติดเชื้อในสถานรับเลี้ยงเด็กไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควรคือ บุคลากรในสถานเลี้ยงเด็กมีจำนวนน้อยและมีความรู้ไม่เพียงพอ ทั้งด้านการตรวจคัดกรองและการจัดการเบื้องต้นเมื่อพบมีเด็กป่วย และจากการศึกษาของ สุชาดา เจียมศิริ⁽⁴⁾ ยังพบว่า การอบรมให้ความรู้เรื่องการป้องกันควบคุมและเฝ้าระวังการติดเชื้อที่พบบ่อยในเด็กเล็กให้แก่ครูผู้ดูแลเด็กในสถานเลี้ยงเด็กร่วมกับดำเนินการควบคุมโรคโดยผู้มีความรู้ทางด้านการควบคุมและเฝ้าระวังการติดเชื้อสามารถลดอุบัติการณ์การระบาดของในสถานเลี้ยงเด็กได้อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ครูผู้ดูแลเด็กมีความรู้ต่อโรคมือ เท้า ปาก ที่ถูกต้องโดยรวมระดับสูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากในช่วงที่มีการระบาดของโรคและมีรายงานเด็กเสียชีวิตหลายราย ทำให้หลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งสาธารณสุข ศึกษานิเทศก์ พัฒนาสังคมและองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เกิดความตื่นตัวและให้ความสำคัญ จึงได้จัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก ในทุกด้านผ่านสื่อต่างๆ เป็นจำนวนมาก อาทิ หนังสือพิมพ์ วิทยุและโทรทัศน์ เป็นต้น ซึ่งทำให้ครูผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงความรู้เรื่องโรคและแนวทางปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคดังกล่าวได้ง่าย จึงส่งผลให้ครูผู้ดูแลเด็กมีความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก อยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นันทนัช โสมรินทร์⁽⁵⁾ ที่ได้ทำการศึกษาก

เปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ในจังหวัดนนทบุรีพบว่า การเปิดรับข่าวสารมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรู้เรื่องการป้องกันโรคไข้เลือดออก

2. ปัจจัยอื่นที่ทำให้ครูผู้ดูแลเด็กมีความรู้เรื่องการดูแลเด็กและโรคติดต่อแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) คือ การเข้าร่วมโครงการศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค กรมควบคุมโรค และผ่านเกณฑ์การประเมิน แสดงให้เห็นว่า การเข้าร่วมโครงการศูนย์เด็กเล็กปลอดโรคของกรมควบคุมโรค ทำให้ครูผู้ดูแลเด็กมีความรู้และทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงานที่สามารถนำไปใช้ในการป้องกันควบคุมโรคในศูนย์เด็กเล็กได้อย่างถูกต้อง⁽⁶⁾ เนื่องจากแผนกกลยุทธ์มีแนวทางการปฏิบัติและกิจกรรมในการพัฒนาความรู้ ซึ่งเป็นรูปธรรม ทั้งในรูปแบบการฝึกอบรม และการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ ดังนั้นผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรส่งเสริมหรือกระตุ้นให้ศูนย์เด็กเล็กเข้าร่วมโครงการศูนย์เด็กเล็กปลอดโรคหรือโครงการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กอื่นๆ ของกระทรวงสาธารณสุขให้ครบทุกแห่ง รวมถึงพัฒนามาตรฐาน ให้ผ่านเกณฑ์การประเมินครบทุกแห่งเช่นกัน

3. ในการสำรวจระดับเจตคติพบว่า ครูผู้ดูแลเด็กมีเจตคติที่ถูกต้องโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และมีความสัมพันธ์กับความรู้ทางสถิติทางสถิติ ($p < 0.002$) สอดคล้องกับการศึกษาของ กิจติยา รัตนมณี⁽⁷⁾ ที่ได้ทำการศึกษาความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการเกิดโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิดเอ เอชวันเอ็นวัน 2009 (Influenza A H1N1 2009) ของครูผู้ดูแลเด็ก ณ ศูนย์เด็กเล็กในจังหวัดสุราษฎร์ธานีพบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรู้ทางสถิติ อย่างไรก็ดี ในการศึกษานี้พบว่า ความรู้และเจตคติไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตน หรือไม่สามารถกำหนดหรือกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมในเชิงบวกในการป้องกันและควบคุมโรคมือ เท้า ปาก ของครูผู้ดูแลเด็กได้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งสาธารณสุข

ศึกษาธิการ พัฒนาสังคม โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรจัดกิจกรรมเสริมเพื่อยกระดับและปรับเปลี่ยนเจตคติที่ดีให้กับครูผู้ดูแลเด็ก ซึ่งจะเป็นตัวกำหนดและกระตุ้นให้ครูและผู้ดูแลเด็ก สามารถแสดงพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคในทางบวกได้เป็นอย่างดี

4. ในการสำรวจระดับการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคมือ เท้า ปาก พบว่า ครูผู้ดูแลเด็กมีการปฏิบัติตนโดยรวมอยู่ในระดับสูง และมีคำแนะนำการปฏิบัติตนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างศูนย์เด็กเล็กในแต่ละประเภท โดยศูนย์เด็กเล็กที่เข้าร่วมโครงการและผ่านเกณฑ์ มีระดับคำแนะนำให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคตามหลักการของศูนย์เด็กเล็กปลอดโรคสูงสุด ซึ่งน่าจะเป็นผลมาจากการเข้าร่วมโครงการ ทำให้ครูและผู้ดูแลเด็กได้รับการถ่ายทอดความรู้และส่งเสริมให้ปฏิบัติตามหลักการป้องกันการแพร่กระจายโรคได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้ยังสามารถลดอุบัติการณ์ของโรคมือ เท้า ปาก ได้ โดยเฉพาะในกรณี ที่พบเด็กป่วย แล้วมีการแยกเด็กป่วยอย่างถูกวิธี โดยใช้ห้องแยกหรือใช้ผ้าหรือฉากกั้นเป็นสัดส่วนและห่างจากเด็กอื่น สอดคล้องกับการศึกษาของ ปัทมาชัยชมพู⁽⁸⁾ ในการศึกษาผลของการให้ความรู้และข้อมูลย้อนกลับในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางอากาศต่อการปฏิบัติของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชนพบว่า หลังการให้ความรู้ร่วมกับการให้ข้อมูลย้อนกลับแบบรายกลุ่มและรายบุคคลแก่บุคลากร มีสัดส่วนการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางอากาศของบุคลากรเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 28.49 เป็นร้อยละ 46.11 และเมื่อแยกตามกิจกรรมหลักพบว่า ในกิจกรรมการแยกผู้ป่วย การสวมอุปกรณ์ป้องกัน การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย มีการปฏิบัติถูกต้องเพิ่มขึ้นในทุกกิจกรรม อย่างไรก็ตาม สัดส่วนของครูและผู้ดูแลเด็กที่มีเจตคติที่ดีต่อการป้องกันและควบคุมโรคมือ เท้า ปาก ยังมีน้อย และแม้ส่วนใหญ่จะมีวิธีการป้องกันการระบาดของโรคมือ เท้า ปาก โดยการตรวจคัดกรองเด็กป่วยทุกวัน แต่ในจำนวนนี้ ยังไม่ให้ความสำคัญในการแยกเด็กป่วยออกจากเด็กปกติ

เท่าที่ควร อาจเนื่องมาจากมีข้อจำกัดในหลายเรื่อง ทั้งสถานที่คับแคบ หรือไม่มีอุปกรณ์จำเพาะ หรือเพียงพอสำหรับแยกผู้ป่วย ดังนั้นเพื่อให้เกิดความเคยชินและยั่งยืนในการปฏิบัติ จำเป็นต้องให้ความรู้ และฝึกปฏิบัติเรื่องการป้องกันและควบคุมโรคเพิ่มมากขึ้น ร่วมกับส่งเสริมให้มีการเรียนรู้และพัฒนาตนเองอยู่ตลอดเวลา และอาจรวมไปถึงการนำเทคโนโลยีใหม่ๆ มาใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ และการพัฒนากระบวนการทำงานศูนย์เด็กเล็กให้มีประสิทธิภาพสูงสุด

ข้อจำกัดการศึกษา

การศึกษานี้มีข้อจำกัดคือ ไม่มีการคำนวณตัวอย่างที่เหมาะสมในการศึกษา ทำให้ผลการสำรวจที่ได้ อาจไม่เป็นตัวแทนที่ดีของครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์เด็กเล็กในเขตรับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคทั้งหมด ประกอบกับมีข้อจำกัดด้านงบประมาณและความปลอดภัยในการเดินทาง จึงไม่สามารถดำเนินการเก็บข้อมูลตามแผนงานที่กำหนดไว้ในบางพื้นที่ได้

ข้อเสนอแนะ

1. องค์กรภาครัฐควรสร้างความตระหนักด้านการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคมือ เท้า ปาก ให้กับครูผู้ดูแลเด็ก โดยเน้นเรื่องการตรวจคัดกรองในเด็กทุกคน ทุกวัน และจัดกิจกรรมให้มีการล้างมือก่อนรับประทานอาหารและหลังขับถ่าย เพื่อลดและป้องกันการแพร่กระจายโรค

2. การเข้าร่วมโครงการศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค หรือโครงการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอื่น ของกระทรวงสาธารณสุข จะทำให้ศูนย์เด็กเล็กเป็นศูนย์เด็กเล็กน้อยอยู่ และปลอดภัยจากโรคติดต่อ ดังนั้น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ ควรทำการประชาสัมพันธ์ให้ทั่วถึง และให้การส่งเสริมอย่างเต็มที่ เพื่อให้ศูนย์เด็กเล็กที่ยังไม่เคยเข้าร่วมโครงการได้เข้าร่วมโครงการให้ครบทุกแห่ง

3. จากการสำรวจพื้นที่และข้อมูลที่จัดเก็บพบว่า ศูนย์เด็กเล็กที่เข้าร่วมโครงการและผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค กรมควบคุมโรค

ส่วนใหญ่เป็นศูนย์เด็กเล็กขนาดใหญ่หรือเป็นศูนย์เด็กเล็กที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ความสำคัญและสนับสนุนอย่างเพียงพอ ทำให้มีความพร้อมในหลายๆ ด้าน โดยเฉพาะจำนวนครูผู้ดูแลเด็กที่เพียงพอและมีคุณภาพ ดังนั้นหากจะพัฒนามาตรฐานศูนย์เด็กเล็กให้ผ่านเกณฑ์การประเมิน และให้มีมาตรฐานการดำเนินงานแบบเดียวกันทุกแห่ง ควรเริ่มต้นจากการสรรหาครูผู้ดูแลเด็กให้มีคุณภาพและเพียงพอ มีการกำหนดนโยบาย มีแผนกลยุทธ์ และกิจกรรมการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรม พร้อมทั้งมีการควบคุม ติดตาม และประเมินผลคุณภาพการดำเนินงานอย่างเคร่งครัดเป็นระยะๆ รวมถึงจัดสรรงบประมาณสนับสนุนอย่างเพียงพอและต่อเนื่องในทุกปี

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการศึกษานี้สำเร็จได้ด้วย ความกรุณา และอนุเคราะห์ช่วยเหลือเป็นอย่างดีจากผู้บริหาร ข้าราชการ และเจ้าหน้าที่จากหลายหน่วยงาน ซึ่งประกอบด้วย สำนักโรคติดต่อทั่วไป สำนักระบาดวิทยา สำนักงานป้องกันควบคุมโรคทุกเขต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกจังหวัดในพื้นที่ศึกษา ที่ได้ช่วยให้คำแนะนำ ให้ความช่วยเหลือด้านข้อมูล และแนวทางการดำเนินงานจัดเก็บข้อมูลในพื้นที่ จึงทำให้งานชิ้นนี้เสร็จสมบูรณ์ไปด้วยดี นอกจากนี้ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณ คุณครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์เด็กเล็กทุกท่านที่ได้กรุณาช่วยตอบแบบสอบถาม และให้ข้อเสนอแนะอื่นๆ จนทำให้งานชิ้นนี้สำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. ประเสริฐ ทองเจริญ. ระบาดบรลือโลก = World-shaking outbreaks 19 “โรคมือ เท้า ปาก”. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์อักษรสมัย; 2555.
2. นพรัตน์ วิหารทอง, ดุสิต สุจิรารัตน์, มธุรส ทิพยมงคลกุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กที่ได้รับการดูแลในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และโรงเรียนอนุบาลในจังหวัดนนทบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.
3. สมนึก เลิศสุโขทัยชัย, สมคิด คงอยู่, เสาวพักตร์ อ้นจ้อย, ปราบธนา สุขเกษม, รุ่งเรือง กิจผาติ. การศึกษาประสิทธิภาพของมาตรการในการป้องกันควบคุมโรคมือ เท้า ปาก ในศูนย์เด็กเล็ก. วารสารควบคุมโรค 2557;40:310-20.
4. สุชาดา เจียมศิริ, สุพินดา ตีระรัตน์, ลอรัตน์ เวชกุล, สุธิดา แสงยนต์, กัญญารัตน์ พึ่งประยูร, รัตนา ไชยมูล, และคณะ. การประเมินโครงการศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค ต่อการลดการป่วยมาโรงพยาบาลจากกลุ่มอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ โรคมือ เท้า ปาก และโรคติดต่อทางเดินอาหารและน้ำในเด็กของศูนย์เด็กเล็ก. วารสารควบคุมโรค 2557;40:233-41.
5. นันทนัช โสมรินทร์, ณัฏฐ์ชดา วิจิตรจามรี. การเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในจังหวัดนนทบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2556.
6. สำนักโรคติดต่อทั่วไป. แนวทางการป้องกันควบคุมโรคติดต่อในศูนย์เด็กเล็ก (สำหรับครูและผู้ดูแลเด็ก). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2555.
7. กิจติยา รัตนมณี, รวีวรรณ คำเงิน, ปภาสินี แซ่เตี. ความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการเกิดโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิดเอ เอชวันเอ็นวัน 2009 ของครูและผู้ดูแลเด็กเล็กในศูนย์เด็กเล็กในจังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2555;22:26 -38.
8. ปัทมา ชัยชมพู. การศึกษาผลของการให้ความรู้และข้อมูลย้อนกลับในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางอากาศต่อการปฏิบัติของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2551.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ประสิทธิผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเอง จากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร

The effectiveness of health belief program on pesticide prevention behavior among the farmers

นุชนาฏ สรทะเดช วท.บ.

Nutchana Sornthadet B.Sc.

(อาชีวอนามัยและความปลอดภัย)

(Occupational Health and Safety)

กานต์พิชชา เกียรติกิจโรจน์ วท.ม.

Kanpitcha Kiatkijroj M.Sc.

(สุขศาสตร์อุตสาหกรรมและความปลอดภัย)

(Industrial Hygiene and Safety)

สุดาวดี ยะสะกะ ส.ม. (อนามัยสิ่งแวดล้อม)

Sudawadee Yasaka M.PH. (Environmental Health)

ทศน์พงษ์ ตันติปัญญพร วท.ม.

Tadpong Tantipanjaporn M.Sc.

(อาชีวอนามัยและความปลอดภัย)

(Occupational Health and Safety)

พันธ์ทิพย์ หินหุ้มเพชร ปร.ด.

Pantip Hinhumpatch Ph.D. (Environmental Toxicology)

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

Faculty of Public Health, Naresuan University

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร โดยกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย เกษตรกรซึ่งมีอาชีพทำนา ในหมู่ 10 ตำบลหนองบัว อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 61 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 31 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน โดยให้กลุ่มทดลองร่วมโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Wilcoxon test และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมภายในกลุ่มด้วยสถิติ Mann-Whitney U test ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพของเกษตรกรกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมไม่มีความแตกต่างกัน แต่พฤติกรรมป้องกันตนเองของทั้งสองกลุ่มแตกต่างกัน และหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) จากการศึกษาชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร มีประสิทธิผล โดยสามารถเพิ่มระดับการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรให้สูงขึ้น

Abstract

This research was an experimental study to examine the effectiveness of health belief program on pesticide prevention behavior among the farmers. Samples were 61 famers in Moo 10 Nongbua subdistrict, Kosumphisai district, Mahasarakham province. Thirty one famers participated in the experimental group and 30 in control group. The experimental group joined the health belief program. Data were collected by using questionnaire on perception of health belief in farmer and questionnaire on pesticide prevention behaviors in farmer. The data were analyzed by descriptive statistics, Wilcoxon test and Mann-Whitney U test. The result before implementation, there was no difference of the perception of health belief between experimental group and control group but pesticide prevention behaviors was significantly difference. After the experimentation, the experimental group had mean scores regarding the perception of health belief and pesticide prevention behaviors significantly higher than that before program ($p < 0.01$). The experimental group had mean score of the perception of health belief and pesticide prevention behaviors significantly higher than that of the control group ($p < 0.01$). This study shows that the health belief program on pesticide prevention behavior among the farmer are productive. Increasing the level of perceived health belief and pesticide prevention behaviour.

คำสำคัญ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการป้องกันอันตราย, health belief model, prevention behavior, attitudes, สารเคมีกำจัดศัตรูพืช, เกษตรกร

Key words

pesticide, farmers

บทนำ

ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีประชากรประกอบอาชีพเกษตรกรรม 12.30 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 34.00 ของผู้ประกอบอาชีพในประเทศ ผลผลิตสินค้าทางการเกษตรเพื่อการบริโภคภายในประเทศและส่งออกตลาดต่างประเทศ โดยมีการส่งออกสินค้าทางการเกษตรเป็นอันดับต้นๆ ของโลก ซึ่งในกระบวนการผลิตสินค้าทางการเกษตรนั้น เกษตรกรมีการนำสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเข้ามาใช้ เพื่อเพิ่มผลผลิตให้ได้ตามความต้องการของตลาดที่เพิ่มสูงขึ้น จากข้อมูลของสำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร กรมวิชาการเกษตร ปี พ.ศ. 2554 รายงานว่า ประเทศไทยมีปริมาณการนำเข้าสารเคมีกำจัดศัตรูพืชทุกชนิดเท่ากับ 164,383,000 กิโลกรัม จากการคำนวณค่าเฉลี่ยพบว่า คนไทย 64.10 ล้านคน มีความเสี่ยงต่อการได้รับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชมากกว่า 2.60 กิโลกรัมต่อคน และจากข้อมูลผู้ป่วยนอกและอัตราผู้ป่วยนอกจากกลุ่มโรคสารเคมีกำจัดศัตรูพืช (toxic effect of pesticides)

ในปี พ.ศ. 2553-2556 จากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในปี พ.ศ. 2556 มีอัตราผู้ป่วยนอกจากกลุ่มโรคสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเท่ากับ 12.37 ต่อประชากรกลางปีแสนคน และเมื่อเทียบกับอัตราผู้ป่วยนอกในปี พ.ศ. 2554 ก็ยังมีอัตราป่วยที่สูงมากกว่าเกือบเท่าตัว เนื่องจากเกษตรกรส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้สารเคมีที่ไม่ถูกต้องและปลอดภัย ส่งผลให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง⁽¹⁻³⁾ ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพที่ถูกต้องเป็นสิ่งสำคัญในการลดพฤติกรรมเสี่ยงและเกิดความปลอดภัยในการทำงานของเกษตรกร และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะเกิดขึ้นได้เมื่อบุคคลต้องมีความเชื่อว่า ถ้าตนเองสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะช่วยลดความเสี่ยงหรือความรุนแรงของโรคได้⁽⁴⁾ ความเชื่อจึงเป็นสิ่งจูงใจประการหนึ่งที่ทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ

สเตชเชอร์และโรเซนสต็อก (Stetcher & Rosenstock)⁽⁴⁾ ได้พัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

(health belief model) โดยมุ่งเน้นการลดพฤติกรรมเสี่ยง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะเกิดขึ้นได้เมื่อบุคคลรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ที่ได้รับ และความเชื่อมั่นว่า ตนเองสามารถประสบความสำเร็จในการลงมือปฏิบัติกิจกรรมใดๆ ภายใต้อุปสรรคได้⁽²⁾ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร โดยมียัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร

สมมติฐานการวิจัย

1. การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน

2. การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช หลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และดีกว่ากลุ่มควบคุม

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเป็นเกษตรกรที่ประกอบอาชีพทำนา ในตำบลหนองบัว อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 232 คน ทำการคำนวณขนาดตัวอย่างได้น้อยกลุ่มละ 28 คน ปรับขนาดตัวอย่างเพื่อป้องกันการคลาดเคลื่อน สูญหาย ร้อยละ 10.00 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 31 คน ซึ่งการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตร⁽⁵⁾ ดังนี้

$$n / \text{group} = \frac{2(Z_\alpha + Z_\beta)^2 \sigma^2}{\Delta^2}$$

ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ เป็นชาวนาที่ประกอบอาชีพในหมู่ 10 ตำบลหนองบัว อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม และมีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในการทำนา ไม่มีโรคประจำตัว มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารด้วยการฟัง พูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้ และยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย จากนั้นทำการสุ่มโดยการจับฉลาก (simple random sampling) ได้ชาวนาที่มีบ้านตั้งอยู่ทางตอนเหนือเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 31 คน และชาวนาที่มีบ้านตั้งอยู่ทางตอนใต้เป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 33 คน และระหว่างศึกษา กลุ่มควบคุม 3 คน ขอถอนตัวออกจากการศึกษา เหลือกลุ่มควบคุม 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งมีประสิทธิผลในการลดพฤติกรรมเสี่ยง และส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันตนเอง โดยผลการศึกษาของ สัจจิรา ยอดจันทร์⁽⁶⁾ รายงานว่า โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพมีผลทำให้ชาวนามีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชสูงขึ้น และผลการศึกษาของ หลีกชัย หล่อประโคน⁽⁷⁾ รายงานว่า การประยุกต์ใช้โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพมีประสิทธิผลดีในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยในคนทำงานผลิตล้อเกวียน ซึ่งโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย

1) กิจกรรมให้เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยง (perceived susceptibility)

- การบรรยายประกอบรูปภาพเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเข้าสู่ร่างกาย

2) กิจกรรมให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรค

- การบรรยายประกอบรูปภาพถึงความรุนแรงของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช และการให้ความรู้เรื่องผลกระทบต่อสุขภาพ

3) กิจกรรมให้เกิดการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค (perceived benefit)

- การให้ความรู้ถึงพฤติกรรม การใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล การปฏิบัติตนเองก่อนและหลังฉีดพ่นสารเคมี การสาธิตการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล และการให้ความรู้ในการจัดเก็บ และทำลายภาชนะบรรจุสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

4) กิจกรรมให้เกิดการรับรู้อุปสรรค (perceived barriers)

- การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น อุปสรรคในการใช้เครื่องป้องกัน และสรุปถึงการรับรู้ประโยชน์อุปสรรคที่ถูกต้อง

5) การกระตุ้นปฏิบัติ (cues to action)

- การแจกคู่มือแผ่นพับเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเอง และการให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าวอย่างสม่ำเสมอ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามก่อนและหลังการทดลอง โดยทำการหาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index) โดยผ่านความเห็นชอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.93 และ 0.94 และหาค่าความเที่ยง (reliability) ของเครื่องมือโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงทั้งฉบับเท่ากับ 0.87 และ 0.93 ตามลำดับ ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาที่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ใช้ ประวัติการได้รับความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และผู้ให้การอบรม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามการรับรู้ความเสี่ยงจากอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

2.2 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงจากอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

2.3 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ จากการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

2.4 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรค ข้อจำกัดในการปฏิบัติ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยทั้งหมด 10 สัปดาห์ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะประเมินผล โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 2 ครั้ง คือ ก่อนทดลอง และหลังการทดลองดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ระยะก่อนทดลอง เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม สัปดาห์ที่ 2-9 ระยะดำเนินการทดลอง ซึ่งดำเนินการ 8 สัปดาห์

1. จัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช เนื้อหาในการอบรม ประกอบด้วย

- การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการได้รับสารเคมี ความเสี่ยงทางด้านสุขภาพ

- การรับรู้ความรุนแรง สารเคมีกำจัดศัตรูพืชก่อให้เกิดความรุนแรงต่อสุขภาพ

- การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตัวในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

- การรับรู้ความสามารถ เกิดความมั่นใจในความสามารถในการป้องกันตนเอง

- การรับรู้อุปสรรค ข้อจำกัดในการปฏิบัติ

2. แนะนำการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

3. สาธิต แสดงอุปกรณ์ที่ใช้ป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และฝึกปฏิบัติ

4. แจกแผ่นพับความรู้เกี่ยวกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช และการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

สัปดาห์ที่ 4 กระตุ้นเตือนการปฏิบัติ โดยให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าวเสียงตามสายของหมู่บ้าน สัปดาห์ละ 3 วัน ทุกเช้าวันจันทร์ พุธและศุกร์ ในช่วงเวลาประมาณ 7.00 น. ใช้เวลาครั้งละประมาณ 10 นาที

สัปดาห์ที่ 10 ระยะประเมินผล เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และประเมินผลการดำเนินงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยการแจกแจงความถี่และร้อยละ ใช้สถิติวิเคราะห์โดยเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยของการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และหลังเข้าร่วมโปรแกรมด้วยสถิติ Wilcoxon test และเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยของการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Mann-Whitney U test

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 31)		กลุ่มควบคุม (n = 30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	16	51.60	21	70.00
หญิง	15	48.40	9	30.00
อายุ				
ต่ำกว่า 30 ปี	1	3.20	1	3.30
31-40 ปี	7	22.60	10	33.30
41-50 ปี	12	38.70	13	43.30
51-60 ปี	10	32.30	4	13.30
มากกว่า 60 ปี	1	3.20	2	6.70
Mean (SD)	46.26 (8.67)		44.70 (8.14)	

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 51.60) มีอายุเฉลี่ย 46.26 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 54.80) มีรายได้เฉลี่ย 8,016.13 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ที่ 1,000-3,000 บาทต่อเดือน ประกอบอาชีพเกษตรกรเฉลี่ยอยู่ที่ 25.84 ปี มีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเฉลี่ยเป็นระยะเวลา 17.06 ปี และไม่เคยได้รับการอบรม หรือได้รับคำแนะนำการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช (ร้อยละ 77.40)

ส่วนข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 70.00) มีอายุเฉลี่ย 44.70 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 46.70) มีรายได้เฉลี่ยอยู่ที่ 5,863.33 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ที่ 3,003-6,000 บาทต่อเดือน และประกอบอาชีพเกษตรกรเฉลี่ยอยู่ที่ 21.77 ปี มีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเฉลี่ยเป็นระยะเวลา 17 ปี และไม่เคยได้รับการอบรม หรือได้รับคำแนะนำการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช (ร้อยละ 76.70) ดังแสดง 12.90

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา(ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 31)		กลุ่มควบคุม (n = 30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ (ต่อเดือน)				
1,000–3,000 บาท	12	38.70	7	23.30
3,001–6,000 บาท	6	19.40	14	46.70
6,001–9,000 บาท	2	6.50	3	10.00
9,001–12,000 บาท	4	12.90	6	20.00
>12,000 บาท	7	22.60	0	0
Mean (SD)	8016.13 (6806.22)		5863.33 (2970.83)	
การศึกษา				
ประถมศึกษา	17	54.80	14	46.70
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	12.90	2	6.70
มัธยมศึกษาตอนปลาย	8	25.80	14	46.70
ปริญญาตรี/เทียบเท่า	2	6.50	0	0
ระยะเวลาที่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช				
1–7 ปี	4	12.90	6	20.00
8–14 ปี	8	25.80	6	20.00
15–21 ปี	10	32.30	8	26.70
22–28 ปี	4	12.90	4	13.30
29–35 ปี	5	16.10	6	20.00
Mean (SD)	17.06 (9.27)		17 (9.51)	
ประสบการณ์การอบรม				
ได้รับคำแนะนำ				
เคย	7	22.60	7	23.30
ไม่เคย	24	77.40	23	76.70

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า

2.1 ก่อนได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ความเชื่อด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ความ

เชื่อด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และจากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการป้องกันตนเองพบว่า ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Wilcoxon test

ประสิทธิผล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value
	Mean (SD)	Median	Mean (SD)	Median	
การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ					
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	254.45 (21.01)	253.00	247.87 (17.42)	247.00	0.14
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	275.26 (14.58)	274.00	261.43 (16.44)	265.50	0.01
พฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเอง					
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	85.90 (6.97)	85.00	91.78 (8.77)	91.00	<0.00
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	96.94 (4.89)	98.00	92.52 (6.86)	91.00	<0.00

2.2 หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองที่ ได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และมีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการป้องกันตนเองเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test

ประสิทธิผล	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		p-value
	Mean (SD)	Median	Mean (SD)	Median	
การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ					
กลุ่มทดลอง	254.45 (21.01)	253.00	275.26 (14.58)	274.00	<0.00
กลุ่มควบคุม	247.87 (17.42)	247.00	261.43 (16.44)	265.50	<0.00
พฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเอง					
กลุ่มทดลอง	85.90 (6.97)	85.00	96.94 (4.89)	98.00	<0.00
กลุ่มควบคุม	91.78 (8.77)	91.00	92.52 (6.86)	93.00	0.76

2.3 จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการเข้าร่วมโปรแกรมในแต่ละด้าน ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และการรับรู้ความรุนแรงจากอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช มีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) การรับรู้ผลดีจากการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช การรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติ

ตามคำแนะนำในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช มีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน และจากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมในแต่ละด้านพบว่า หลังได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ดังตารางที่ 4

หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองที่ได้รับ กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ดังโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการ ตารางที่ 4 ป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชสูงกว่า

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเอง จากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Wilcoxon test และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test

ประสิทธิผล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value
	Mean	SD	Mean	SD	
การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ					
การรับรู้โอกาสเสี่ยง					
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	4.12	0.05	3.98	0.07	0.03*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	4.44	0.05	4.06	0.08	<0.00*
p-value	<0.00**		0.28**		
การรับรู้ความรุนแรง					
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	4.32	0.06	3.99	0.08	0.00*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	4.51	0.04	4.21	0.04	<0.00*
p-value	<0.00**		0.02**		
การรับรู้ผลดีจากการปฏิบัติ					
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	3.98	0.07	3.92	0.03	0.12*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	4.34	0.06	4.25	0.04	0.06*
p-value	<0.00**		<0.00**		
การรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติ					
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	3.66	0.10	3.59	0.11	0.62*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	4.02	0.06	3.80	0.10	0.08*
p-value	<0.00**		0.24**		
การรับรู้ความสามารถในการรับรู้ของตนเอง					
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	3.56	0.07	3.60	0.05	0.28*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	3.89	0.06	3.82	0.06	0.98*
p-value	<0.00**		0.01**		
พฤติกรรมการป้องกันตนเอง					
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	2.58	0.03	2.48	0.03	<0.00*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	2.70	0.02	2.50	0.03	<0.00*
p-value	<0.00**		0.40**		

*Wilcoxon test, **Mann-Whitney U test

วิจารณ์

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ซึ่งวิจารณ์ได้ดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมไม่แตกต่างกัน จากผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพก่อนเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชก่อนเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งไม่สอดคล้องตามสมมติฐาน โดยที่กลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชดีกว่ากลุ่มทดลอง ทั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยไม่ได้ทำการควบคุมตัวแปรรบกวนเกี่ยวกับระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง จึงมีผลให้กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ซึ่งสูงกว่ากลุ่มทดลองที่ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของ พิริพัฒน์ ธรรมะ⁽⁸⁾ ที่ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรชนเผ่าปกเกะญอพบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรอย่างมีนัยสำคัญ เกษตรกรที่มีระดับการศึกษาที่สูงขึ้น มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพิ่มขึ้น และการศึกษาของ วิชชุดา ลิ้มลา⁽⁹⁾ ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในตำบล แผลมโดนด อำเภอกวนขนุน จังหวัดพัทลุง พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ($p = 0.011$)

สมมติฐานข้อที่ 2 การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และดีกว่ากลุ่มควบคุม ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) สอดคล้องกับสมมติฐาน และสอดคล้องกับการศึกษาของ วาสนา เกตุมะ⁽¹⁰⁾ ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อความเชื่อ พฤติกรรม และทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของสตรีวัย เจริญพันธุ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเอง และทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < 0.05$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุจิตรา ยอดจันทร์⁽⁶⁾ ศึกษาผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของชาวนาในจังหวัดพิษณุโลก พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชก่อนและหลัง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพและค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ ศิริพร สมบูรณ์⁽¹¹⁾ ศึกษาผลของการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้

สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกร อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดนครนายก พบว่า พฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ ภาพ อ่อนเงิน⁽¹¹⁾ ศึกษาผลของโปรแกรมจากการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรที่ปลูกข้าวโพด ตำบลบ้านใหม่ อำเภอบ้านแพรก จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ถึงผลดี การรับรู้อุปสรรค และการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p < 0.05$)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและปฏิบัติ

จากการศึกษานี้พบว่า โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรมีประสิทธิภาพ โดยสามารถเพิ่มระดับการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรกลุ่มทดลองให้สูงขึ้น ดังนั้น

1. กรมควบคุมโรค โดยสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ควรพิจารณานำโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพจากการศึกษานี้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดแนวทางปฏิบัติ ในการป้องกันและควบคุมโรคจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร และเผยแพร่แนวทางปฏิบัติแก่หน่วยงานระดับพื้นที่และเกษตรกร

2. ผู้รับผิดชอบงานทางด้านอาชีวอนามัยในภาคเกษตรกรรม ควรพิจารณานำโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพไปประยุกต์ใช้ เพื่อให้เกษตรกรมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง และปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาแบบไปข้างหน้า เพื่อติดตามผลการดำเนินงานของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองว่า มีปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันอันตรายของเกษตรกรที่มีความยั่งยืน

2. ควรทำการศึกษาผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันอันตรายมีความยั่งยืนและคงอยู่ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างน้อยต้องประกอบด้วย การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การรับรู้ปัญหาและอุปสรรค การค้นหาปัญหา การหาแนวทางในการแก้ปัญหา การดำเนินงาน และการประเมินผลร่วมกันระหว่างเกษตรกรและชุมชน

สรุป

โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพมีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันตนเองของเกษตรกร โดยภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม เกษตรกรกลุ่มทดลองมีระดับการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชให้สูงขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. โรคจากการประกอบอาชีพภาคเกษตร [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 18 ต.ค. 2558]. แหล่งข้อมูล: <http://envocc.ddc.moph.go.th/contents/view/106>
2. ตัม บุญรอด, วิษชาติ ลิมลา. พฤติกรรมการใช้สารกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในตำบลแหลมไทรน อำเภอกวนขน จังหวัดพัทลุง. วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ 2554;14:66-75.
3. กฤติญา แสงภักดี, กัญจน์ ศิลปะสิทธิ์, ดวงรัตน์ แวงไทย, วสินี ไชวพันธ์, ศิริณภา ศิริยันต์, ภัทพงษ์ เกริกสกุล. การศึกษาพฤติกรรมการใช้สารเคมีในการกำจัดศัตรูพืชของชาวนา อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัด

- นครนายก. แก่นเกษตร 2557;42:375-84.
4. Strecher V, Rosenstock I. The health belief model. In: A. Baum, editors. Cambridge hand-book of psychology, health and medicine. New York, NY: Cambridge University; 1997. p. 113-7.
 5. อรุณ จิรวัดน์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: วิทย์พัฒน์; 2553.
 6. สุจิตรา ยอดจันทร์, จรรยา สันตยากร, ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, ปกรณ์ ประจัญบาน. ผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของชาวนา. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ 2554;5:45-54.
 7. หลีกชัย หล่อประโคน, ชัยยง ขามรัตน์, สอาด วีระเจริญ. ผลของการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การทำงานที่ปลอดภัยของคนงานทำผลิตภัณฑ์ล้อเกวียน ตำบลไพศาล อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2557; 6:96-104.
 8. พิธิพัฒน์ ธรรมแะ. พฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรชนเผ่าปกเกะญอ บ้านแม่สายนาเสา ตำบลโหล่งขุด อำเภอฟัว จังหวัดเชียงใหม่ [การค้นคว้าอิสระ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2550.
 9. วิชุดา สิมลา, ตัม บุญรอด. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ตำบลแหลมไหนด อำเภอกวนขนุน จังหวัดพัทลุง. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2555;42:103-13.
 10. วาสนา เกตุมะ, ประนอม โททกานนท์, จันทกานต์ กาญจนเวทวงศ์, จิราวุธ พันธชาติ. ผลของการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีวัยเจริญพันธุ์. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ 2552;3:132-43.
 11. ศิริพร สมบูรณ์, ทศนีย์ รวีวรกุล, สุรินทร์ กลัมพากร, วันเพ็ญ แก้วปาน. ผลของการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกร อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2553;24: 62-77.
 12. ภาพร อ่อนเงิน. การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรที่ปลูกข้าวโพด ตำบลบ้านใหม่ อำเภอบ้านแพรก จังหวัดพระนครศรีอยุธยา [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2553.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ภาระโรคปวดหลังในผู้ประกอบอาชีพ

Burden of back pain among working populations

อรพันธ์ อันติมานนท์ วท.บ., วท.ม., ประด.

(ระบาดวิทยา)

Orrapan Untimanon B.Sc., M.Sc., Ph.D.

(Epidemiology)

โกวิทย์ บุญมีพงศ์ ส.บ., วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)

Kowit Boonmeepong B.P.H., M.Sc. (Public Health)

ธิตีรัตน์ สายแปง วท.บ. (อนามัยสิ่งแวดล้อม)

Titirut Saipang B.Sc. (Environmental Health)

กมลชนก สุขอนันต์ วท.บ.

Kamonchanok Sukanun B.Sc.

(อาชีวอนามัยและความปลอดภัย)

(Occupational Health and Safety)

อารีพิศ พรหมรัตน์ วท.บ., ส.ม.

Arreepit Promrat B.Sc, M.P.H.

(การจัดการสิ่งแวดล้อมอุตสาหกรรม)

(Industrial Environment Management)

พีรวิทย์ จุลเรือง วท.บ. (วิทยาศาสตร์สุขภาพ)

Peerawit Julraung B.Sc. (Health Science)

ศิริพร พรพิรุณโรจน์ วท.บ. (วิทยาศาสตร์สุขภาพ)

Siriporn Pornpiroonrod B.Sc. (Health Science)

สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม

Bureau of Occupational and Environmental Diseases,

กรมควบคุมโรค

Department of Disease Control

บทคัดย่อ

จากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานกองทุนเงินทดแทน กระทรวงแรงงาน สำนักระบาดวิทยา และข้อมูลสถานการณั้สุขภาพของกลุ่มบุคลากรในโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข พบกลุ่มโรคระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ (musculoskeletal disorder: MSD) โดยเฉพาะโรคปวดหลัง เป็นปัญหาสุขภาพที่พบสูงเป็นลำดับต้น ๆ ของปัญหาสุขภาพในผู้ประกอบอาชีพ การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การบันทึก/จัดเก็บข้อมูลโรคปวดหลัง รวมทั้งศึกษาอุบัติการณ์และประมาณภาระทางสุขภาพที่เกิดจากโรคปวดหลัง รูปแบบการศึกษาเป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เก็บข้อมูลย้อนหลังในปี 2557 จากโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการจัดการและวิเคราะห์ข้อมูลบน spread sheet ใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ และคำนวณการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life Years: DALYs) โดยปรับค่าจำนวนผู้ป่วย ด้วยสัดส่วนผู้ป่วยที่ไม่ได้มารับบริการ ณ โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ผลการศึกษาพบว่า มีโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการจำนวน 34 แห่งใน 29 จังหวัด โรงพยาบาลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 67.65) ไม่ได้ลงรหัสสาเหตุภายนอกที่ขึ้นภาวะปวดหลังที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงาน พบโรคปวดหลังทุกชนิด (ICD-10 M40-M54.9) 52 รายต่อผู้ประกอบอาชีพ 1,000 คน (ประมาณร้อยละ 5.00 ของผู้ประกอบอาชีพ) และสัดส่วนของโรคปวดหลังส่วนล่าง (ICD-10 M54.5) ต่อโรคปวดหลังทุกชนิดเท่ากับร้อยละ 33.29 อัตราอุบัติการณ์โรคปวดหลังทุกชนิดสูงสุดพบในกลุ่มอาชีพรับจ้างทั่วไป, ช่าง ลูกจ้างในโรงงานอุตสาหกรรม พนักงานเอกชน รองลงมาคือ กลุ่มทำงานภาคเกษตรกรรม และพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ช่วงอายุที่พบมากคือ 45-54 ปี รองลงมาช่วงอายุ 55-64 ปี สำหรับ DALYs ของโรคปวดหลังในจังหวัดที่ศึกษาทั้งหมด เพศชายมีค่า 1,111.64 DALYs และเพศหญิงมีค่า 1,682.60 DALYs และเมื่อเทียบต่อแสนผู้ประกอบอาชีพ พบมีค่า 13.41 DALYs และ 24.13 DALYs ในเพศชายและเพศหญิงตามลำดับ ผลจากการศึกษาครั้งนี้ใช้เป็นข้อมูลในการเฝ้าระวังโรคปวดหลัง โดยเน้น 2 กลุ่มอาชีพที่พบอัตราอุบัติการณ์สูง

ได้แก่ กลุ่มที่ทำงานโรงงานอุตสาหกรรม ช่าง พนักงานเอกชน และกลุ่มทำงานภาคเกษตรกรรม และเป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบการคัดกรอง และวินิจฉัยโรคจากการทำงานเพื่อนำไปสู่การลงข้อมูลที่ต้องการ โดยเฉพาะการลงรหัสสาเหตุภายนอกที่บ่งชี้ว่า เป็นโรคที่เกี่ยวข้องจากการทำงาน ซึ่งข้อมูลเหล่านี้มีความสำคัญที่จะนำไปสู่การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังโรค เพื่อการควบคุมป้องกันโรคจากการทำงานต่อไป

Abstract

Back pain is very common health problem in working populations who confront with awkward positions during work. It has been identified as the top of occupational health problems in Thailand. This descriptive study aimed to investigate (1) the situation of back pain data registry among participated general/regional hospitals, (2) the incidence rate of back pain among working populations with breakdown by gender, age and type of occupation, and (3) the health burden from back pain. Data were collected from thirty-four participated hospitals. Such data were manipulated and analyzed using frequency, percentage and Disability-Adjusted Life Years (DALYs) with spread sheets. A number of patients were adjusted with the proportion of patients who did not access the services at general/regional hospital. The results showed that most of hospitals did not add ICD-10 coding for the notification of back pain related to work into the hospital database. The incidence rate of back pain was 52 per 1,000 working populations and the proportion of low back pain was 33.29% of total back pain. The high incidences of back pain were found in industrial workers and agricultural workers. In addition, such incidences were higher in females than males with age 45-54 years old. The burdens of back pain among 34 hospitals (29 provinces) in males were 1,111.64 DALYs with 13.41 DALYs/100,000 working populations and 1,682.60 DALYs with 24.13 DALYs/100,000 working populations in females. This study recommended that back pain prevention from occupational exposures should address on industrial work and agriculture work. According to the under-report of work-related back pain, it is needed to improve the screening and diagnosis system of such occupational health problem toward the effectiveness of data entry into the hospital database. Such data are crucial for the planning and guiding of preventive strategies to develop surveillance and notification systems of occupational diseases.

คำสำคัญ

ผู้ประกอบการอาชีพ, โรคปวดหลัง, ภาระโรค

Key words

working populations, back pain, burden of diseases

บทนำ

จากข้อมูลการเจ็บป่วยประชากรไทยของสถานบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขทั่วราชอาณาจักร ในปี 2555 มีจำนวนการใช้บริการผู้ป่วยใน จำแนกตามกลุ่มสาเหตุป่วย 75 โรค พบว่า สัดส่วนการใช้บริการผู้ป่วยใน ที่มีความผิดปกติของระบบโครงร่างและ

กล้ามเนื้อ ร้อยละ 2.26 เมื่อเทียบกับโรคกลุ่มอื่นๆ ส่วนผู้ป่วยนอกจำแนกตามกลุ่มสาเหตุป่วย 21 โรค พบสัดส่วนการใช้บริการด้วยโรคระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ ร้อยละ 11.39 เมื่อเทียบกับโรคกลุ่มอื่นๆ⁽¹⁾ สำหรับการสำรวจการเจ็บป่วยในแรงงานไทย 40 ล้านคน จากสำนักงานสถิติในปี 2552 พบการเจ็บป่วยสูง

เป็นอันดับแรก ได้แก่ โรคระบบทางเดินหายใจ พบร้อยละ 32.50 รองลงมาคือ โรคปวดหลัง/ปวดกล้ามเนื้อ พบร้อยละ 20.70 และอันดับสาม โรคเครียด/นอนไม่หลับ/ปวดศีรษะ พบร้อยละ 18.90⁽²⁾ และจากการสำรวจสภาวะการทำงานของประชากรไทย ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ เมื่อปี 2557 พบว่า ประเทศไทยมีผู้มีงานทำ 38.40 ล้านคน เป็นแรงงานนอกระบบ 22.10 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 57.60 แรงงานในระบบ (ข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ แรงงานในระบบประกันสังคม) 16.30 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 42.40⁽³⁾ ทั้งนี้จากข้อมูลของสำนักงานกองทุนเงินทดแทน พบการประสบอันตรายจากการทำงานของลูกจ้างในระบบประกันสังคมประมาณ 2 แสนคนต่อปี จากจำนวนลูกจ้างทั้งหมดประมาณ 9 ล้านคน และร้อยละ 92.00 เป็นการบาดเจ็บจากการทำงาน เช่น ถูกของมีคมบาด ถูกเครื่องจักรตัดนิ้วมือ วัตถุสิ่งของกระเด็นเข้าตา สำหรับโรคจากการทำงานที่พบคือ โรคที่เกี่ยวกับความผิดปกติของกระดูกและกล้ามเนื้อ ปวดข้อ ปวดหลัง ปวดกล้ามเนื้อ หมอนรองกระดูกกดทับเส้นประสาท โรคผิวหนังจากการทำงาน เป็นผื่นแพ้ ผื่นหนังอักเสบ ระคายเคืองจากสารเคมี โรคปอดจากฝุ่นหิน สูญเสียการได้ยินจากเสียงดัง โรคพิษจากสารเคมี⁽⁴⁾ สำหรับสถานการณ์การเจ็บป่วยของแรงงานนอกระบบไม่รู้ตัวเลขที่ชัดเจนว่ามีมากน้อยแค่ไหน เนื่องจากยังไม่มีระบบรายงานโดยตรง อย่างไรก็ตามสำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค ได้พัฒนาระบบรายงานการเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพ (506/2) พบว่า จากข้อมูลการรายงานระหว่างปี 2546-2552 เฉลี่ยการเจ็บป่วยอันดับหนึ่งคือ โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ รองลงมาคือ โรคพิษจากสัตว์ และอันดับสามคือ โรคผิวหนัง สำหรับแรงงานภาคบริการ การทำงานจะมีความเสี่ยงน้อยกว่าภาคเกษตรกรรม และภาคอุตสาหกรรม⁽⁵⁾ นอกจากนี้ยังพบปัญหาสุขภาพจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลที่สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม รวบรวมวิเคราะห์สถานการณ์ทุกปี ล่าสุดในปี 2557 พบว่า บุคลากรมีปัญหาปวดเมื่อยกล้ามเนื้อจากการทำงานสูงเป็นอันดับหนึ่ง รองลงมาเป็นบาดเจ็บ

จากการทำงาน และโรคติดเชื้อจากผู้ป่วย⁽⁶⁾ เครื่องชี้วัดภาระโรค (burden of disease) ที่วัดปีสภาวะโดยปรับด้วยความบกพร่องทางสุขภาพ (Disability-Adjusted Life Years: DALYs) จากโรคและการบาดเจ็บของประชากร เป็นเครื่องวัดสถานะสุขภาพของประชากรแบบองค์รวม ที่วัดการสูญเสียสุขภาพ หรือช่องว่างทางสุขภาพ (health gap) โดยแสดงถึงจำนวนปีที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร (Year of Life Lost: YLL) รวมกับจำนวนปีที่มียังมีชีวิตอยู่ด้วยความบกพร่องทางสุขภาพ (Year Lost due to Disability: YLD) เพื่อบ่งบอกปัญหาทั้งการป่วย พิการและเสียชีวิต เป็นหน่วยวัดเดียวกันระหว่างสาเหตุจากโรคและการบาดเจ็บต่างๆ ทั้งนี้ประเทศไทยมีการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทยมา 4 ครั้ง ในปี พ.ศ. 2542, 2547, 2552 และล่าสุดในปี พ.ศ. 2554 โดยการสูญเสียปีสุขภาพ (DALYs) ของประชากรไทยในปี 2554⁽⁷⁾ คิดเป็น 10.60 ล้าน DALYs เพศชายมีการสูญเสียประมาณ 6.10 ล้าน DALYs และเพศหญิงมีความสูญเสียประมาณ 4.50 ล้าน DALYs โดยในช่วงวัยทำงาน สาเหตุในเพศชายคือ อุบัติเหตุทางถนน และรองลงมาคือ การเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ส่วนเพศหญิงคือ อุบัติเหตุทางถนนและโรคเรื้อรัง สำหรับภาวะปวดหลังส่วนล่าง ในเพศชายพบมีค่า 7,706 DALYs และเพศหญิงมีค่า 12,919 DALYs⁽⁷⁾ ซึ่งเป็นภาวะปวดหลังที่พบในประชากรทั่วไป ในต่างประเทศมีการศึกษาภาระทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการทำงานในหลายประเทศเช่น ออสเตรเลีย สหรัฐอเมริกา โดยปัญหาสุขภาพที่พบ ได้แก่ ปวดหลังส่วนล่าง สูญเสียการได้ยิน หลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง หอบหืด มะเร็งปอด มะเร็งเม็ดเลือดขาว และบาดเจ็บจากการทำงาน นอกจากนี้อังการณามัยโลก ได้ทำการศึกษาระยะโรคและการบาดเจ็บทั่วโลก ในปี 2004 พบว่า สัดส่วนของปัญหาสุขภาพที่มาจากการทำงาน พบปวดหลังส่วนล่างสูงสุด ร้อยละ 37.00 สูญเสียการได้ยิน ร้อยละ 16.00 หลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 13.00 หอบหืด ร้อยละ 11.00 และบาดเจ็บจากการทำงาน ร้อยละ 8.00 ของภาระโรคและการบาดเจ็บรวมทั้งหมด⁽⁸⁾ และจากการศึกษาระดับ

สุขภาพจากการทำงานในหลายประเทศพบมีข้อจำกัดที่เหมือนกันคือ ปัญหาความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล และจำนวนผู้ป่วย หรือบาดเจ็บจากการทำงานต่ำกว่าความเป็นจริง

การศึกษาในครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสถานการณ์การบันทึก/จัดเก็บข้อมูลโรคปวดหลังจากการทำงาน ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้ประกอบการอาชีพ และเพื่อศึกษาอุปสรรคของการเกิดโรคปวดหลัง รวมทั้งประมาณภาระทางสุขภาพที่เกิดจากโรคปวดหลังของผู้ประกอบอาชีพที่มารับบริการในโรงพยาบาลเป้าหมาย

วัสดุและวิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) เก็บข้อมูลย้อนหลังจากโรงพยาบาลในปี 2557

ประชากรที่ศึกษาและเกณฑ์การคัดเลือก

แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ โรงพยาบาลและเวชระเบียน

2.1 โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาศิลนิกโรคจากการทำงาน คัดเลือกโดยเจาะจงตามเกณฑ์ดังนี้

- เป็นโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาศิลนิกโรคจากการทำงานจนถึงปี 2556
- ยินดีเข้าร่วมโครงการ
- มีการวินิจฉัยโรคปวดหลังในปีที่ผ่านมา

2.2 เวชระเบียนผู้ประกอบอาชีพทุกรายผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก ที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคปวดหลัง และมีการบันทึกข้อมูลลงในระบบของโรงพยาบาล ช่วงระหว่าง 1 มกราคม 2557 - 31 ธันวาคม 2557 คัดเลือกโดยเจาะจงตามเกณฑ์ดังนี้

- เวชระเบียนของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปวดหลังช่วงอายุ 15-79 ปี (แรงงานนอกระบบทำงานเกินอายุ 60 ปี)
- มีข้อมูลของผู้ป่วยครบถ้วนคือ เพศ อายุ อาชีพ การวินิจฉัย (principle diagnosis) และ

discharge status

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

- ทบทวนวรรณกรรม ฐานข้อมูล สถิติต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการคำนวณภาระสุขภาพ
- ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเพื่อจัดทำเครื่องมือในการเก็บข้อมูล กำหนดนิยามศัพท์ของตัวแปรที่เกี่ยวข้องเพื่อความเข้าใจที่ตรงกัน
- ประสานโรงพยาบาลแบบไม่เป็นทางการทางโทรศัพท์ เพื่อเชิญเป็นผู้ร่วมโครงการศึกษาวิจัย เมื่อได้รับการตอบรับ ทีมวิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือ และขอความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการ และยินยอมในการเก็บและใช้ข้อมูล (consent to participate)
- จัดประชุมชี้แจงการดำเนินงาน และอบรมวิธีการเก็บข้อมูล
- ติดตามผลการเก็บข้อมูลอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ผ่านทาง e-mail หรือโทรศัพท์และสุมลงพื้นที่บางโรงพยาบาล ระหว่างการดำเนินการเก็บข้อมูลเพื่อติดตามผลการเก็บข้อมูล
- รวบรวมข้อมูลที่โรงพยาบาลส่งมาให้เช็คความถูกต้องของข้อมูลกับโรงพยาบาล
- บันทึกและจัดการข้อมูล สร้างสูตรวิเคราะห์ข้อมูล สรุปและเขียนรายงานการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

เป็นแบบเก็บข้อมูลโรคปวดหลังของผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลในช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษได้แก่ ชนิดของโรคปวดหลัง จำนวน visit ข้อมูลด้านประชากร เพศ อายุ อาชีพ

การวิเคราะห์ข้อมูลมีขั้นตอนดังนี้

1. นำข้อมูลที่ได้จากโรงพยาบาลมาใส่ตารางที่ออกแบบขึ้น ที่ประกอบด้วยตัวแปร ชื่อโรงพยาบาล จังหวัด รหัสผู้ป่วย จำนวนครั้งของการมาโรงพยาบาล เพศ อายุ อาชีพ การวินิจฉัยหลัก (ICD-10) สาเหตุภายนอก(external cause) ในโปรแกรม Microsoft Excel
2. Pivot ข้อมูลที่ได้จากโรงพยาบาล โดยแยกกลุ่มเพศและช่วงอายุ (ช่วงอายุแยกตามอายุประชากร) และตัดกลุ่มที่ไม่ประกอบอาชีพ ได้แก่ ข้าราชการบำนาญ

งานบ้าน นักบวช ผู้สอนศาสนา พระภิกษุ สามเณร นักเรียน/นักศึกษาในความปกครอง และอื่นๆ รวมทั้ง ตัดข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ ขาดตัวแปรใดตัวแปรหนึ่งออก

3. การแบ่งประเภทอาชีพ ปรับมาจากการแบ่งกลุ่มอาชีพขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ⁽⁹⁾

4. ปรับจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการ ด้วยสัดส่วนของแรงงานไทย (ผู้ประกอบการอาชีพ) ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป เพื่อนำเสนอข้อมูลในภาพของจังหวัด โดยอ้างอิงจากการสำรวจภาวะสุขภาพแรงงานไทยของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2552 ซึ่งเป็นปีล่าสุดที่มีการสำรวจ พบผู้มาใช้บริการ ณ โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป กรณีโรคเรื้อรังร้อยละ 18.80 ในที่นี้โรคปวดหลังเป็นโรคเรื้อรัง จึงคูณจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการ โรงพยาบาลกลุ่มเป้าหมายด้วย $100.00/18.80 = 5.32^{(2)}$

5. แจกแจงความถี่ของโรคปวดหลังรวม (ICD-10 M40.0-M54.9) และโรคปวดหลังส่วนล่าง (ICD-10; M54.5) ในผู้ประกอบการอาชีพ โดยใช้ความถี่ร้อยละ โดยใช้ฐานข้อมูลผู้มีงานทำแยกรายจังหวัด ปี 2557 จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ⁽¹⁰⁾

6. คำนวณ DALY

จากสูตรการคำนวณ DALY คือ จำนวนปีที่สูญเสียไปจากการตายก่อนวัยอันควร (Years of Life Lost: YLLs) โดยเทียบกับอายุขัยเฉลี่ย (life expectancy) ที่บุคคลหนึ่งจะสามารถมีชีวิตอยู่ได้ รวมกับจำนวนปีที่มียังมีชีวิตอยู่กับความบกพร่องทางสุขภาพ (Years of Life Lost due to Disability: YLDs) สูตรการคำนวณพื้นฐานคือ

$$DALY = YLL + YLD$$

$$\text{สูตร YLL} = N \times L$$

โดยที่ N = จำนวนคนที่เสียชีวิต, L = อายุคาดเฉลี่ยรายอายุ (age-specific life expectancy) สำหรับโรคปวดหลังไม่ได้คำนวณค่า YLL เนื่องจากโรคนี้ไม่ทำให้เสียชีวิต

$$\text{สูตร YLD} = I \times D \times L$$

โดยที่ I= อุบัติการณ์ (incidence) การเกิดโรคในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง

D = ค่าถ่วงน้ำหนักของภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (disability weight)

ค่าถ่วงน้ำหนักความพิการ (disability weight) สำหรับโรคปวดหลัง การคำนวณภาระสุขภาพจากโรคปวดหลัง ใช้ค่าถ่วงน้ำหนักความพิการ อ้างในรายงานขององค์การอนามัยโลกจากการศึกษาของประเทศเนเธอร์แลนด์ ซึ่งกำหนดไว้ที่ 0.061⁽¹¹⁾

L = ระยะเวลาที่อยู่อย่างเจ็บป่วยและพิการ (duration of disability) สำหรับโรคปวดหลังอ้างอิงตาม GBD 2000 กำหนดไว้ที่ 21 วัน หรือ 0.058 ปี และกำหนดอัตราลดทอน (discount rate) ใช้ 3% ต่อปี เช่นเดียวกับ GBD standard

ขั้นตอนการคำนวณ

- ค้นหาประชากรของแต่ละจังหวัดจากระบบสถิติทางการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย (http://stat.dopa.go.th/stat/statnew/up-stat_age.php)⁽¹²⁾

- คำนวณอัตราการสูญเสีย DALYs ต่อผู้ประกอบการอาชีพ ใช้ฐานข้อมูลผู้มีงานทำแยกรายจังหวัด ปี 2557 จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ⁽¹⁰⁾

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมควบคุมโรค

ผลการศึกษา

สถานการณ์การบันทึกข้อมูลโรคปวดหลังจากการทำงาน

โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการทั้งหมด 34 แห่ง 29 จังหวัด กระจายอยู่ในภาคต่างๆ สูงสุดอยู่ในภาคกลางพบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่ไม่ได้บันทึกสาเหตุภายนอกกว่าปวดหลังเกี่ยวเนื่องจากการทำงาน (work related condition) คือการลงบันทึก Y96 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาล แยกตามการบันทึกสาเหตุภายนอกว่าเกี่ยวเนื่องจากการทำงาน (รหัส Y 96)

การบันทึกสาเหตุภายนอกว่าเกี่ยวเนื่องจากการทำงาน	จำนวน (ร้อยละ)
บันทึก	11 (32.35)
ไม่ได้บันทึก	23 (67.65)
รวม	34 (100)

อุบัติการณ์ของโรคปวดหลังในผู้ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม เลี้ยงสัตว์ ประมง และทำงานในสำนักงาน อัตราอุบัติการณ์โรคปวดหลังทุกชนิด สูงสุดพบ ตามลำดับ โดยพบโรคปวดหลังทุกชนิด 52 รายต่อผู้ในกลุ่มอาชีพรับจ้างทั่วไป ช่าง ลูกจ้างในโรงงาน ประกอบอาชีพ 1,000 คน (ประมาณร้อยละ 5.22 ของอุตสาหกรรม พนักงานเอกชน รองลงมาคือ กลุ่ม ผู้ประกอบอาชีพ) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 อัตราอุบัติการณ์ของโรคปวดหลัง (ICD-10 M40.0-54.9) ในผู้ประกอบอาชีพแยกตามอาชีพและเพศ

ลำดับ	อาชีพ	จำนวนผู้ป่วย* (ราย)			อัตราอุบัติการณ์* (ต่อผู้ประกอบอาชีพ 1,000 คน)		
		ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
1	รับจ้างทั่วไป ช่าง ลูกจ้าง ในโรงงานอุตสาหกรรม พนักงานเอกชน	150,447	186,963	337,410	18.16	26.81	22.11
2	เกษตรกรป่าไม้ ประมง	67,303	122,069	189,372	8.12	17.51	12.41
3	กลุ่มที่ทำงานในสำนักงาน	50,957	82,293	133,250	6.15	11.80	8.73
4	ค้าขาย	27,032	61,814	88,846	3.26	8.86	5.82
5	ทหารตำรวจ	1,926	12,043	13,968	0.23	1.73	0.92
6	ครู, อาจารย์	12,128	824	12,952	1.46	0.12	0.85
7	งานบริการ	4,005	7,122	11,128	0.48	1.02	0.73
8	บุคลากรทางการแพทย์	3,218	6,718	9,936	0.39	0.96	0.65
	รวม	317,016	479,846	796,862	38.27	68.82	52.23

*ปรับด้วยสัดส่วนผู้ประกอบอาชีพที่ไม่ได้มารับบริการ ณ โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป

อัตราอุบัติการณ์โรคปวดหลัง พบสูงในผู้ประกอบอาชีพช่วงอายุ 45-54 ปี รองลงมาพบในช่วงอายุ 55-64 ปี รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 อัตราอุบัติการณ์ของโรคปวดหลัง (ICD-10 M40-M54) ในผู้ประกอบอาชีพแยกตามอายุ

อายุ (ปี)	จำนวนผู้ป่วย* (ราย)			อัตราอุบัติการณ์* (ต่อผู้ประกอบอาชีพ 1,000 คน)		
	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
15-24	8,383	6,011	14,394	1.01	0.86	0.94
25-34	38,016	35,702	73,718	4.59	5.12	4.83
35-44	59,920	78,059	137,979	7.23	11.19	9.04
45-54	78,059	148,516	226,574	9.42	21.30	14.85
55-64	81,840	137,734	219,574	9.88	19.75	14.39
65-79	50,798	73,824	124,622	6.13	10.59	8.17
รวม	317,016	479,846	796,862	38.27	68.82	52.23

*ปรับด้วยสัดส่วนผู้ประกอบอาชีพที่ไม่ได้มารับบริการ ณ โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป

สำหรับ DALYs ของโรคปวดหลังทุกชนิด และเฉพาะโรคปวดหลังส่วนล่างในจังหวัดที่ศึกษาทั้งหมด เพศหญิงจะมีค่าสูงกว่าเพศชาย รายละเอียดตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 YLL, YLD, DALYs และอัตราการสูญเสีย DALYs ของโรคปวดหลัง (M40-54) และโรคปวดหลังส่วนล่าง (M54.5) ต่อผู้ประกอบการอาชีพ 100,000 คน แยกตามเพศ

โรค	เพศชาย				เพศหญิง			
	YLL	YLD*	DALYs	DALYs ต่อ 100,000	YLL	YLD*	DALYs	DALYs ต่อ 100,000
ปวดหลัง	-	1,111.64	1,111.64	13.41	-	1,682.60	1,682.61	24.13
ปวดหลังส่วนล่าง	-	351.16	351.16	4.69	-	489.97	489.97	7.76

*ปรับด้วยสัดส่วนผู้ประกอบการอาชีพที่ไม่ได้มารับบริการ ณ โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาภาระทางสุขภาพที่เกิดจากโรคปวดหลังในผู้ประกอบการอาชีพที่มาใช้บริการ ณ โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป จำนวน 34 แห่ง 29 จังหวัด จำแนกตามเพศ กลุ่มอายุ อาชีพ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลย้อนหลังในปี 2557 ผลจากการศึกษา วิเคราะห์ และสรุปได้ดังนี้

วิจารณ์

อัตราอุบัติการณ์โรคปวดหลังเฉลี่ยทุกพื้นที่ประมาณร้อยละ 5.00 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับไม่สูง และโรคปวดหลังเป็นโรคที่ไม่ทำให้เสียชีวิต จึงทำให้ DALYs ที่คำนวณได้ต่อแสนผู้ประกอบการอาชีพ พบในอัตราที่ต่ำ (13-24 DALYs/100,000) ซึ่งเมื่อพิจารณาจากปัจจัยต่างๆ พบว่า

เพศ การศึกษานี้พบการสูญเสียปีสุขภาวะของโรคปวดหลัง ในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษากับรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2554 ที่พบการสูญเสีย DALYs จากภาวะปวดหลัง เท่ากับ 7,706 DALYs ในเพศชายและ 12,919 DALYs ในเพศหญิง⁽⁷⁾ และจากการสำรวจประชากรจังหวัดกาญจนบุรีที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป เกี่ยวกับอาการป่วยในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 25,042 คน เป็นชาย 11,353 และหญิง 13,689 คน พบเพศชายปวดหลังร้อยละ 5.50 และเพศหญิง ร้อยละ 7.70 คน⁽¹³⁾ ทั้งนี้เพศหญิงมีอาการปวดหลังสูงเป็น 2.27 เท่า เมื่อ

เทียบกับเพศชาย อาจเป็นเพราะเพศหญิงยังมีปัญหาในเรื่องกระดูกเสื่อม กระดูกบางจากระบบฮอร์โมน การตั้งครรภ์ การเจริญพันธุ์ ก็เป็นปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดภาวะปวดหลังในเพศหญิง นอกจากนี้เพศหญิงเป็นกลุ่มที่ทำงานในสำนักงาน ทำให้ลักษณะการทำงานจะนั่งนาน การเคลื่อนไหวอิริยาบถมีน้อย (sedentary work) ซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคปวดหลัง อย่างไรก็ตามลักษณะการทำงานที่ทำให้ร่างกายอยู่กับที่ (static work posture) ยังมีข้อมูลไม่เพียงพอที่จะระบุว่าทำให้เกิดภาวะปวดหลัง⁽¹⁴⁾

อายุ การศึกษานี้ที่จะพบผู้ประกอบการเกิดภาวะปวดหลังสูงช่วงอายุ 45-54 ปี สอดคล้องกับการสำรวจประชากรจังหวัดกาญจนบุรีเช่นกันที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างอายุ 35-49 ปี และกลุ่มอายุ 50-64 ปี เป็นโรคปวดหลัง สูงเป็น 1.55 เท่า และ 2.69 เท่าตามลำดับเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุ 15-34 ปี⁽¹³⁾ ในคนที่อายุมากขึ้นจะพบปัญหากระดูกเสื่อม ปัญหาการขาดฮอร์โมน จะเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะปวดหลังมากขึ้น

อาชีพ ที่พบมากคือ ผู้ประกอบการอาชีพกลุ่มที่ทำงานค่อนข้างหนัก ทั้งกลุ่มที่ทำงานรับจ้าง ทำงานในสถานประกอบการและกลุ่มเกษตรกร รวมทั้งกลุ่มงานเบ้าที่ทำงานในสำนักงานที่ลักษณะการทำงานเป็นงานนั่ง การเคลื่อนไหวร่างกายน้อยตามที่ได้กล่าวมาแล้ว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Punnett ในปี 2005 ที่เปรียบเทียบอัตราเสี่ยง (relative risk: RR) ของการเกิดภาวะ

ปวดหลังในแต่ละกลุ่มอาชีพ พบ RR สูงสุดในกลุ่มอาชีพเกษตรกร สูงเป็น 5.17 เท่า และรองลงมาคือ กลุ่มลูกจ้าง (service workers) ที่ RR เท่ากับ 2.67 (95% CI = 1.26-5.69) ส่วนกลุ่มเสมียนพบสูงเป็น 1.50 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มอาชีพที่เป็นผู้บริหาร (manager and professional)⁽¹⁵⁾ ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะการทำงานที่ทำให้เกิดภาวะปวดหลังคือ การยก/การใช้แรงขณะเคลื่อนไหว (lifting/forceful movements) และงานที่ทำให้เกิดแรงสั่นสะเทือนทั่วร่างกาย (whole body vibration) เช่นเดียวกับการศึกษาในพื้นที่จังหวัดกาญจนบุรี พบอาชีพภาคเกษตรกรรมเป็นโรคปวดหลัง ร้อยละ 7.50 กลุ่มอาชีพอื่น ๆ พบร้อยละ 4.40 กลุ่มที่ทำงานภาคเกษตรกรรมพบปวดหลังสูงประมาณ 1.30 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มอาชีพอื่น ๆ⁽¹³⁾ และจากการสำรวจภาคตัดขวาง ในคนงานในโรงงานอุตสาหกรรมแหวน จังหวัดขอนแก่น⁽¹⁶⁾ อาสาสมัครที่เข้าร่วมในการศึกษานี้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองซึ่งดัดแปลงจากแบบสอบถาม Standard Nordic Questionnaire ฉบับภาษาไทย และแบบสอบถาม Dutch Musculoskeletal Questionnaire พบว่า ปัจจัยด้านท่าทางการทำงานที่สัมพันธ์กับอาการปวดหลังส่วนล่าง ได้แก่ การยืนและการเดินเป็นเวลานาน (OR = 4.70, 95% CI = 1.86-12.52, $p < 0.001$) การทำงานในท่าก้ม-เงยบ่อย ๆ (OR = 3.49, 95% CI = 2.17-5.58, $p < 0.001$) การทำงานในท่าทางที่ต้องจ่อหรือใช้สมาธิมากเป็นเวลานาน (OR = 2.45, 95% CI = 1.56-3.85, $p < 0.001$) การเอื้อมมือเป็นเวลานาน (OR = 2.31, 95% CI = 1.47-3.63, $p < 0.001$) การบิดหมุนลำตัวบ่อย ๆ (OR = 2.29, 95% CI = 1.43-3.64, $p < 0.001$) การยกสิ่งของ (OR = 2.17, 95% CI = 1.31-3.58, $p = 0.001$) รวมทั้งการผลักและการดึงลาก (OR = 1.65, 95% CI = 1.42-2.61, $p = 0.023$) และจากการศึกษาสถานการณ์การรับรู้ความเสี่ยง และพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการทำงานของผู้ปฏิบัติงานในสถานประกอบการ จำนวน 93 แห่ง กลุ่มตัวอย่าง 930 คน ในพื้นที่ 8 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดสมุทรปราการ ปทุมธานี สมุทรสาคร สุพรรณบุรี

ชลบุรี อุดรธานี สุรินทร์และสงขลา พบว่า ลูกจ้างร้อยละ 56.70 ที่มีลักษณะการทำงานต้องนั่งหรือยืนนาน ๆ ร้อยละ 31.30 ทำงานที่ต้องใช้แรงดึงดัน หรือยกของที่มีน้ำหนักมาก และร้อยละ 17.60 ทำงานอยู่ในบริเวณที่มีความสั่นสะเทือน หรือเครื่องมืออุปกรณ์ที่มีความสั่นสะเทือน⁽¹⁷⁾ ซึ่งลักษณะการทำงานเหล่านี้สอดคล้องกับกลุ่มอาชีพที่เป็นโรคปวดหลังสูงที่พบในการศึกษานี้

สรุป

โรงพยาบาลส่วนใหญ่ไม่ได้ลงรหัสสาเหตุภายนอก ที่ซึ่งภาวะปวดหลังที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน (Y96) ทำให้จำนวนผู้ป่วยปวดหลังจากการทำงานน้อยมาก จึงไม่สามารถคำนวณค่า DALYs ของโรคปวดหลังที่เกิดจากการทำงานได้ ดังนั้นการคำนวณ DALYs ในครั้งนี้จึงเป็นการคำนวณภาวะปวดหลังที่พบในผู้ประกอบอาชีพทุกกลุ่มแทน โดยแยกเป็นการคำนวณในโรคปวดหลังทุกชนิด (ICD-10 M40.0-M54.9) และคัดเฉพาะโรคปวดหลังส่วนล่าง ซึ่งเป็นโรคจากการทำงานที่พบบ่อยในผู้ประกอบอาชีพ (M54.5) พบว่า อัตราอุบัติการณ์โรคปวดหลังทุกชนิด สูงสุดพบในกลุ่มอาชีพรับจ้างทั่วไป ช่าง ลูกจ้างในโรงงานอุตสาหกรรม รองลงมาคือ กลุ่มเกษตรกร ป่าไม้ ประมง และทำงานในสำนักงาน ตามลำดับ เช่นเดียวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง แต่อันดับสองจะพบในกลุ่มสำนักงาน ตามด้วยกลุ่มเกษตรกร ป่าไม้ ประมง ตามลำดับ โดยพบโรคปวดหลังทุกชนิด 52 รายต่อผู้ประกอบอาชีพ 1,000 คน (ประมาณร้อยละ 5.00 ของผู้ประกอบอาชีพ) และสัดส่วนของโรคปวดหลังส่วนล่างต่อโรคปวดหลังทั้งหมดประมาณร้อยละ 33.29 ทั้งนี้จะพบสูงในผู้ประกอบอาชีพเพศหญิง ช่วงอายุ 45-54 ปี

สำหรับ DALYs ของโรคปวดหลังทุกชนิดใน 29 จังหวัด/34 โรงพยาบาล ในเพศชายมีค่า 1,111.64 DALYs และเพศหญิงมีค่า 1,682.60 DALYs และเมื่อเทียบต่อแสนผู้ประกอบอาชีพ พบมีค่า 13.41 DALYs และ 24.13 DALYs ในเพศชายและเพศหญิง ตามลำดับ ส่วนโรคปวดหลังส่วนล่างใน 25 จังหวัด/30 โรงพยาบาล

พบเพศชายมีค่า 351.16 DALYs และเพศหญิงมีค่า 489.97 DALYs ทั้งนี้เมื่อเทียบต่อแสนผู้ประกอบการอาชีพ พบมีค่า 4.69 DALYs และ 7.76 DALYs ในเพศชาย และเพศหญิง ตามลำดับ

ข้อจำกัดของการศึกษาค้างนี้

1. การเก็บข้อมูลย้อนหลัง ดังนั้นข้อมูลที่ได้มาจึงไม่สมบูรณ์ ทั้งนี้พบว่า โรงพยาบาลไม่มีการลงรหัสสาเหตุภายนอก (external cause) ของโรคปวดหลัง และบางโรงพยาบาลถึงแม้เป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่ แต่ไม่มีข้อมูลโรคปวดหลังส่วนล่าง ซึ่งเป็นโรคระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อที่พบบ่อยในผู้ประกอบการอาชีพ และโรงพยาบาลมีการใช้ฐานข้อมูลที่แตกต่างกัน ทำให้ตัวแปรต่าง ๆ เช่น อาชีพของฐานข้อมูลโรงพยาบาลแต่ละแห่งใช้รหัสที่แตกต่างกัน ยากในการจัดกลุ่ม นอกจากนี้เจ้าหน้าที่หรือนักวิชาการทางด้านอาชีวอนามัย ยังขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบข้อมูลของโรงพยาบาลและการลงรหัส ICD-10

2. การคำนวณการสูญเสียปีสุขภาวะโรคปวดหลังเฉพาะคนที่มารับบริการจากโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ข้อมูลที่ได้ต่ำกว่าความเป็นจริง (under-report) ถึงแม้จะปรับด้วยสัดส่วนของผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป แล้วก็ตาม (จากข้อมูลการสำรวจภาวะสุขภาพแรงงานไทย ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2552 พบผู้ที่มาใช้บริการโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป พบร้อยละ 18.80)⁽²⁾ เนื่องจากโรคปวดหลังเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่รุนแรง ผู้ป่วยสามารถซื้อยามารับประทานเอง หรือรับบริการหน่วยบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน เช่น สถานพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำให้จำนวนคนที่มาใช้บริการโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปน้อย ยกเว้นผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง หรือต้องรับการผ่าตัดจากแพทย์เฉพาะทาง

3. การศึกษาค้างนี้ ศึกษาเฉพาะ DALYs ของโรคปวดหลัง ทำให้ไม่สามารถเปรียบเทียบสัดส่วน DALYs ของโรคอื่น ๆ ในผู้ประกอบการอาชีพได้

จุดแข็งของการศึกษาค้างนี้

1. เก็บข้อมูลจากฐานข้อมูลโรงพยาบาลโดยตรง (hospital-based) ดังนั้นการคำนวณอุบัติการณ์หรือ DALYs ของโรคปวดหลัง จะเป็นโรคปวดหลังที่ได้รับการวินิจฉัยยืนยันจากแพทย์ ซึ่งจะต่างจากการศึกษาอื่น ๆ ที่ประเมินภาวะปวดหลังจากแบบประเมิน self-evaluation ของผู้ประกอบการอาชีพ ซึ่งประเมินภาวะปวดหลังในรอบ 7 วัน 1 เดือน หรือ 1 ปี เป็นต้น

2. กลุ่มตัวอย่างครอบคลุมผู้ประกอบการอาชีพทุกกลุ่ม ทั้งแรงงานในระบบ (สิทธิประกันสังคม ข้าราชการ และรัฐวิสาหกิจ) รวมทั้งแรงงานนอกระบบ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์

1. เป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบการคัดกรองและวินิจฉัยโรคจากการทำงานใน รพศ./รพท. โดยเน้นให้ทีมอาชีวเวชกรรม ทำงานร่วมกับแพทย์เฉพาะทาง เช่น แพทย์ศัลยกรรมกระดูกและข้อ เพื่อนำไปสู่ระบบการวินิจฉัยและการลงข้อมูล ให้ความสำคัญในการลงรหัส ICD-10 ทั้งการวินิจฉัยหลักและสาเหตุภายนอก (work related condition: Y96) ระยะแรกอาจเน้นกลุ่มโรคที่สำนึกโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ฝ้าระวัง ได้แก่ โรคสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การสูญเสียการได้ยินจากเสียงดัง โรคพิษตะกั่ว โรคซิลิโคสิส โรคแอสเบลโตสิส โรคระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ โรคพิษตัวทำละลาย

2. เป็นข้อมูลสำหรับเฝ้าระวังโรคปวดหลังในผู้ประกอบการอาชีพ โดยเน้น 3 กลุ่มอาชีพหลัก ที่พบอัตราอุบัติการณ์สูง ได้แก่ กลุ่มโรงงานอุตสาหกรรม กลุ่มเกษตรกร และกลุ่มที่ทำงานสำนักงาน ที่มีลักษณะการทำงานไม่ค่อยได้เคลื่อนไหวร่างกาย (sedentary work)

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณโรงพยาบาลเป็นอย่างสูงที่ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูล และร่วมแลกเปลี่ยนประเด็นต่างๆ ของการลงข้อมูลโรคที่เกิดจากการทำงาน นอกจากนี้ ขอขอบพระคุณ ดร. ทันทแพทย์หญิงกนิษฐา บุญธรรมเจริญ และทีมงาน สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ นายแพทย์พิบูล อิสสระพันธุ์ สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม และ ดร. แพทย์หญิงฉันทนา ผดุงทศ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี ที่ให้ข้อเสนอแนะในการจัดการข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และการนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์รวมทั้งขอขอบคุณสำนักจัดการความรู้ กรมควบคุมโรค ที่สนับสนุนงบประมาณในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกจากสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขทั่วราชอาณาจักร [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 13 พ.ค. 2558]. แหล่งข้อมูล: <http://service.nso.go.th/nso/web/statseries/statseries09.html>
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ภาวะสุขภาพของแรงงานไทย [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 23 พ.ค. 2558]. แหล่งข้อมูล: <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/pubs/pubsfiles/LaborHealty.pdf>
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สรุปผลที่สำคัญการสำรวจแรงงานนอกระบบ พ.ศ. 2557 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 พ.ค. 2558]. แหล่งข้อมูล: http://www.m-society.go.th/article_attach/14488/18143.pdf
4. สำนักงานกองทุนเงินทดแทนสำนักงานประกันสังคม. รายงานประจำปี 2556 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 23 พ.ค. 2558]. แหล่งข้อมูล: <http://www.sso.go.th/wpr/uploads/uploadImages/file/Annual-ReportBook2556.pdf>
5. สำนักโรคจากพิษวิทยา. สถานการณ์โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม 2546-2552 ระบบการพัฒนาแบบเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมแบบเชิงรับ (506/2) [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 30 พ.ค. 2558]. แหล่งข้อมูล: http://www.boe.moph.go.th/Annual/AESR2011/main/wesr_2554/wk54_14.pdf
6. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. รายงานการศึกษาสถานการณ์โรคและสิ่งคุกคามสุขภาพของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2557. นนทบุรี: สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม; 2558.
7. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2554. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2557.
8. Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Vander Hoorn S, Murray CJ. Selected major risk factors and global and regional burden of disease. Lancet 2002;360:1347-60.
9. International Labour Organization (ILO), International Standard Classification of Occupations. ISCO-08 [Internet]. Geneva: Volume 1 structure, group definitions, and correspondence tables; 2012 [cited 2015 Sep 11]. 22 p. Available from: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/-publ/documents/publication/wcms_172572.pdf
10. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สถานภาพแรงงาน จำนวนผู้มีงานทำ จำนวนว่างงาน [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 1 ก.ย. 2558]. แหล่งข้อมูล: <http://service.nso.go.th/nso/web/statseries/statseries03.html>
11. World Health Organization. Global Burden of Disease 2004 update: Disability weights for diseases and conditions. Geneva: World Health Organization; 2004.

- 12.กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. ระบบสถิติทางการทะเบียน [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 พ.ค. 2558]. แหล่งข้อมูล: http://stat.dopa.go.th/stat/statnew/upstat_age.php
- 13.โยธิน แสงวดี, คมปกรณ์ ลิ้มปสุทธิรัชต์, ฐณัฐ วงศ์สายเชื้อ, วรชัย ทองไทย, จิราพร ชัดยศ. อายุและเพศกับฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่มีผลต่ออาการปวดหลัง: กรณีวิเคราะห์ประชากรในพื้นที่เฝ้าระวังทางประชากรโครงการกาญจนบุรี. วารสารวิธีวิทยาการวิจัย 2547;17:165-87.
- 14.Stubbs D. Ergonomics and occupational medicine: future challenges. Occ Med 2000;50:277-82.
- 15.Punnett L, Pruss-Ustmn A, Nelson DI, Fingerhut MA, Leigh J, Tak S, et al. Estimating the global burden of low back pain attributable to combined occupational exposures. Am J Ind Med 2005;48:459-69.
- 16.เพชรรัตน์ แก้วดวงดี, วัฒนา ศิริธราธิวัตร, ยอดชาย บุญประกอบ, สาวิตรี วันเพ็ญ, ยุพา ถาวรพิทักษ์. ความชุกและปัจจัยด้านท่าทางการทำงานที่สัมพันธ์กับการปวดหลังส่วนล่างในกลุ่มอาชีพอุตสาหกรรมสิ่งทอ (แหวน) จังหวัดขอนแก่น. ศรีนครินทร์เวชสาร 2554;26:317-24.
- 17.สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. รายงานการศึกษาสถานการณ์การรับรู้ความเสี่ยงและพฤติกรรมป้องกันอันตรายจากการทำงานของผู้ปฏิบัติงานในสถานประกอบการ 8 จังหวัด. นนทบุรี: สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม; 2555.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ภาวะไวต่อยา cefixime และ ceftriaxone ที่ลดลงของเชื้อหนองใน ในประเทศไทย
ปี 2556-2557Decreased sensitivity of *Neisseria gonorrhoeae* to cefixime and ceftriaxone: Report
of three cases in Bangrak hospital, Thailand

วิชญ์ แสงสุวรรณ* พ.บ.

Wich Sangsuwan* M.D.

รัตนา ลาวัณ** ปร.ด.

Ratana Lawang** Ph.D. in Engineering

(Pure and Applied Biochemistry)

*โรงพยาบาลบางรัก สำนักโรคเอดส์ วัณโรค

*Bangrak hospital, Bureau of AIDS TB

และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค

and STI, Department of Disease Control

**ภาคจุลชีววิทยาคลินิกและเทคโนโลยีประยุกต์

**Department of Clinical Microbiology

คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Faculty of Medical Technology,
Mahidol University

บทคัดย่อ

บทนำ : ปัจจุบันได้มีรายงานการพบภาวะเชื้อหนองในดื้อยามากขึ้นในหลายประเทศ การศึกษานี้เป็นการรายงานความไวต่อยา cephalosporin ของเชื้อหนองใน ในผู้ป่วยที่มารักษาที่โรงพยาบาลบางรัก กรุงเทพมหานคร วัตถุประสงค์ : เพื่อเฝ้าระวังการดื้อยาของเชื้อหนองใน ในผู้ป่วยซึ่งมารับการรักษาโรคหนองใน ณ โรงพยาบาลบางรัก กรุงเทพมหานคร วิธีการดำเนินงาน : ทดสอบการหาความเข้มข้นต่ำสุดที่สามารถยับยั้งการเจริญของเชื้อ *Neisseria gonorrhoeae* ของยา cefixime และ ceftriaxone โดยวิธี E-test บนอาหารเลี้ยงเชื้อ selective media ผลการศึกษา : ผู้ป่วยรายแรก เป็นผู้ป่วยเพศชาย มาโรงพยาบาลด้วยปัญหาปัสสาวะแสบ และมีหนองไหลออกจากท่อปัสสาวะ ผู้ป่วยรายที่สอง เป็นเพศหญิงซึ่งป็นคู่เพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยรายแรก ไม่มีอาการผิดปกติ ผู้ป่วยรายที่สามเป็นชายรักชาย มาโรงพยาบาลด้วยผื่น ไม่มีอาการผิดปกติของระบบทางเดินปัสสาวะ ผลเพาะเชื้อจากผู้ป่วยทั้งสามราย พบเชื้อ *N. gonorrhoeae* β -lactamase negative ค่า MICs ของ cefixime อยู่ในช่วงระหว่าง 0.064-0.125 $\mu\text{g/ml}$ ค่า MICs ของ ceftriaxone ได้แก่ 0.064 $\mu\text{g/ml}$ ผู้ป่วยทั้งสามรายหลังได้รับการรักษา หายเป็นปกติ และตรวจไม่พบเชื้อ วิจารณ์ : จากรายงานผู้ป่วยทั้งสามราย พบว่าเชื้อ *N. gonorrhoeae* ยังมีความไวต่อยา cefixime และ ceftriaxone แต่พบการเพิ่มขึ้นของระดับค่า MICs ของยาทั้งสองชนิด ดังนั้นหากพบผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาตามแนวทางการรักษาโรคหนองใน แพทย์ควรพิจารณาส่งสารคัดหลั่งจากผู้ป่วยเพื่อตรวจค่า MICs ต่อยากลุ่ม cephalosporin

Abstract

Background: Treatment failure of *Neisseria gonorrhoeae* infection has been reported in USA, Japan and other European countries. Our case report focus on the surveillance of cefixime and ceftriaxone susceptibility in Thailand. Objective: To observe the emergence of antibiotic resistance *N. gonorrhoeae* by interpreting of the MICs of cefixime and ceftriaxone. Material and Method: We conduct drug sensitivity for *Neisseria gonorrhoeae*, particularly cefixime and ceftriaxone Minimal inhibitory concentrations (MICs) of 130

Neisseria gonorrhoeae by using E-test method in selective media. Result: The first case was heterosexual man came to hospital with symptoms of dysuria and discharge from urethra. The second case was woman who was the partner of first case came to hospital without any signs and symptoms. The third case was homosexual man came to hospital with generalized rash, no dysuria or discharge. All three cases, bacterial culture revealed β -lactamase negative *N. gonorrhoeae*. The MICs of cefixime were ranging from 0.064–0.125 $\mu\text{g/ml}$ and the MICs of ceftriaxone were 0.064 $\mu\text{g/ml}$. All patients were treated and fully recovered. Conclusion: to all of the reported cases, *N. gonorrhoeae* strains were susceptible to cefixime and ceftriaxone, but there was an increase of MICs of cefixime and ceftriaxone which the highest MICs in Thailand. Every hospital should pay great attention on possible occurrence of resistant strains of gonorrhoeae. Further evaluation on cephalosporin MICs to *N. gonorrhoeae* should be implemented in patients who are not fully recovered by initial treatment.

คำสำคัญ

หนองใน, ตื้อยา

Key wordscefixime, ceftriaxone, *Neisseria gonorrhoeae*, sensitivity,**บทนำ**

ปัจจุบันมีรายงานการพบภาวะโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากขึ้นในหลายประเทศทั่วโลก โรคหนองในเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่พบได้บ่อยเป็นอันดับที่สองรองจากโรคพยาธิช่องคลอด จึงถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) ในปี ค.ศ. 2008 พบว่า มีผู้ป่วยโรคหนองในทั่วโลก 106.1 ล้านคน อุบัติการณ์ผู้ติดเชื้อรายใหม่ 25.4 ล้านคน ในประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้⁽¹⁾ ในขณะที่ศูนย์ควบคุมโรคสหรัฐอเมริกา (CDC) ในปี ค.ศ. 2008 พบอุบัติการณ์การเกิดโรคหนองในเป็นจำนวน 820,000 ราย⁽²⁾ ซึ่งสูงเป็นอันดับที่ 4 รองจากหูด หนองในเทียมและพยาธิช่องคลอด

ปัจจุบันพบเชื้อโรคหนองในติดต่อสารต้านจุลชีพ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงแนวทางการรักษาโรคหนองใน⁽³⁾ จากแนวทางการรักษาโรคหนองในของศูนย์ควบคุมโรคสหรัฐอเมริกาปี 2015 ได้แนะนำให้ใช้ ceftriaxone เป็นยาลำดับแรก⁽⁴⁾ อย่างไรก็ตามมีรายงานการรักษาด้วยวิธีดังกล่าวล้มเหลว ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการติดเชื้อหนองในในช่องคอ⁽⁵⁻⁶⁾ ปัจจุบันได้มีปัญหาค่าการตอบสนองต่อยาต้านจุลชีพต่อยากลุ่ม cephalosporin โดยพบรายงาน

การดื้อในหลายประเทศ ได้แก่ ญี่ปุ่น สายพันธุ์ H041⁽⁷⁾ ฝรั่งเศส สายพันธุ์ F89⁽⁸⁾ ออสเตรเลีย⁽⁹⁾ นอกจากนี้ยังมีรายงานพบการลดลงของค่าความไวของเชื้อต่อสารต้านจุลชีพ ในอังกฤษ⁽¹⁰⁾ สโลวีเนีย⁽⁶⁾ ออสเตรเลีย⁽¹¹⁾ ซึ่งถือว่า เป็นปัญหาใหญ่ที่เกิดขึ้นในหลายประเทศ ในประเทศไทยพบการดื้อต่อสารต้านจุลชีพกลุ่ม cephalosporin 1 ราย จากทั้งหมด 2,936 ราย ในระหว่างปี พ.ศ. 2552–2555⁽¹²⁾

เนื่องจากยังไม่ทราบอุบัติการณ์การเกิดหนองในตื้อยาในประเทศไทย โรงพยาบาลบางรักเป็นศูนย์การรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำเป็นต้องมีการศึกษาและเฝ้าระวังการเกิดภาวะตื้อยาในคนไข้รายใหม่ การรายงานผู้ป่วยจำนวน 3 รายต่อไปนี้ จะกล่าวถึง ผู้ป่วยที่ควรเฝ้าระวัง ที่มีค่าความไวของสารต้านจุลชีพกลุ่ม cephalosporin ลดลง เมื่อเทียบกับค่าความไวต่อสารต้านจุลชีพของข้อมูลผู้ป่วยทั้งหมดในโรงพยาบาลบางรัก

รายงานผู้ป่วย**รายที่ 1**

ผู้ป่วยชาย อายุ 25 ปี มาโรงพยาบาลบางรัก ด้วยอาการปัสสาวะแสบขัด มีหนองออกจากท่อปัสสาวะ

มา 18 วัน ให้ประวัติมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประจำและหญิงบริการ ได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง แต่อาการยังไม่ดีขึ้น ตรวจพบมีหนองสีเหลืองเขียวไหลออกมาจากท่อปัสสาวะ ไม่พบแผลบริเวณอวัยวะเพศ ไม่มีลูกอัณฑะบวมหรือกดเจ็บ ผลตรวจหนองจากท่อปัสสาวะด้วยกล้องจุลทรรศน์ พบ gram-negative intracellular diplococci จึงให้การรักษานองในด้วย ceftriaxone 250 mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ร่วมกับยารับประทาน doxycycline 100 mg นาน 2 สัปดาห์

ผลเพาะเชื้อจากท่อปัสสาวะ พบเชื้อ *N. gonorrhoeae* β -lactamase negative และผลการหาค่าความเข้มข้นต่ำสุดที่สามารถยับยั้งการเจริญของหนองใน (Minimal inhibitory concentrations; MICs) (ตารางที่ 1) พบว่า ค่า MICs ของ cefixime และ ceftriaxone อยู่ที่ 0.064 $\mu\text{g/ml}$ และ 0.064 $\mu\text{g/ml}$ ตามลำดับ

ผู้ป่วยได้รับการตรวจซ้ำหลังรักษา 3 วัน ผู้ป่วยอาการเป็นปกติ ไม่มีอาการปัสสาวะแสบขัด ไม่มีหนอง และไม่พบเชื้อจากการส่องกล้องจุลทรรศน์ และจากการเพาะเชื้อ

รายที่ 2

ผู้ป่วยหญิง อายุ 23 ปี อาชีพค้าขาย ไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ เป็นคู่เพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยรายที่ 1 ตรวจร่างกายผู้ป่วยไม่พบความผิดปกติใดๆ ไม่มีตกขาวผิดปกติ ไม่มีอาการบวม แดง หรืออักเสบบริเวณอวัยวะเพศ ผลตรวจหนองจากท่อปัสสาวะและปากมดลูก ด้วยกล้องจุลทรรศน์ พบ gram-negative extracellular diplococci จึงให้การรักษากับ ceftriaxone 250 mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ร่วมกับ doxycycline 100 mg รับประทานวันละสองครั้ง นาน 2 สัปดาห์

ผลเพาะเชื้อจากช่องคลอดและจากท่อปัสสาวะ พบเชื้อ *N. gonorrhoeae* ให้ผลบวกและ β -lactamase negative และผลการหาค่าความเข้มข้นต่ำสุดที่สามารถยับยั้งการเจริญของเชื้อหนองใน (ตารางที่ 1) พบว่า ค่า MICs ของ cefixime และ ceftriaxone อยู่ที่ 0.064 $\mu\text{g/ml}$ และ 0.064 $\mu\text{g/ml}$ ตามลำดับ

หลังจากได้รับการรักษาผู้ป่วยไม่ได้มารับการตรวจตามแพทย์นัด

รายที่ 3

ผู้ป่วยเป็นชายที่มีสัมพันธ์กับชาย อายุ 18 ปี อาชีพพนักงานขายบริการ มีคู่นอนชั่วคราวประมาณ 20 คน มีประวัติใช้ถุงยางอนามัยบ้างเป็นบางครั้ง มาโรงพยาบาลบางรักด้วยปัญหา มีผื่นที่แขนและลำตัวมาประมาณ 1 เดือน ไม่มีอาการแสบท่อปัสสาวะ ไม่มีอาการแสบทวารหนักหรือมีหนองไหล ให้ประวัติมีเพศสัมพันธ์ทางอวัยวะเพศ ทวารหนักและทางปาก ครั้งล่าสุดเมื่อ 3 สัปดาห์ที่ผ่านมา กับคู่นอนชั่วคราว ตรวจร่างกายพบ ผื่นราบสีน้ำตาลกระจายตามตัว แขนขาฝ่ามือฝ่าเท้า โดยตรวจไม่พบความผิดปกติที่อวัยวะเพศ

ผลตรวจส่งตรวจจากท่อปัสสาวะ ด้วยการส่องกล้องจุลทรรศน์ พบเม็ดเลือดขาว ≥ 5 C/OF ไม่พบ gram-negative diplococcus และจากทวารหนัก PMN ≥ 1 C/OF ไม่พบ gram-negative diplococcus เบื้องต้นแพทย์ให้การวินิจฉัยเป็นหนองในเทียมด้วย doxycycline 100 mg รับประทานวันละสองครั้ง ผลเพาะเชื้อทางทวารหนักพบ เชื้อ *N. gonorrhoeae* ให้ผล β -lactamase negative ในวันที่ 8 หลังการเพาะเชื้อ จึงให้การรักษาเพิ่มเติมด้วย ceftriaxone 250 mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ร่วมกับยารับประทาน doxycycline เดิม จนครบสองสัปดาห์ นอกจากนี้ในการตรวจซีรัมผู้ป่วย ให้ผล VDRL 1:8 และ TPHA positive วินิจฉัยเป็นซิฟิลิสระยะที่ 2 จึงให้การรักษากับ Benzathine penicillin G 2.4 mU ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ 1 ครั้ง เมื่อติดตามการรักษา 72 ชั่วโมงหลังได้ยาฉีด ด้วยวิธีเพาะเชื้อ ไม่พบเชื้อ *N. gonorrhoeae*

จากผลเพาะเชื้อครั้งแรกจากทวารหนักของผู้ป่วย พบค่าความเข้มข้นต่ำสุดที่สามารถยับยั้งการเจริญของเชื้อจุลินทรีย์ (ตารางที่ 1) พบว่า ค่า MICs ของ cefixime และ ceftriaxone อยู่ที่ 0.125 $\mu\text{g/ml}$ และ 0.064 $\mu\text{g/ml}$ ตามลำดับ

วัสดุและวิธีการศึกษา

ผู้ป่วยรายที่ 1 ได้รับการเก็บสิ่งส่งตรวจจากท่อปัสสาวะ รายที่ 2 ได้รับการเก็บสิ่งส่งตรวจจากท่อปัสสาวะ ช่องคลอดและปากมดลูก รายที่ 3 คนไข้ได้รับการเก็บสิ่งส่งตรวจจากท่อปัสสาวะและทวารหนัก สิ่งส่งตรวจทั้งหมดจะส่งไปเพาะเชื้อบนอาหารเลี้ยงเชื้อหนองใน Bangrak I Media ซึ่งเป็นอาหารเลี้ยงเชื้อจำเพาะ (selective media) ที่เติมสารส่งเสริมการเจริญของเชื้อหนองในและสารต้านจุลชีพ เพื่อยับยั้งการเจริญของเชื้อประจำถิ่น สารส่งเสริมการเจริญของเชื้อหนองใน (Bangrak Enrichment) และ 25% dextrose สำหรับเติมลงในอาหาร Bangrak I Media ประกอบด้วย Guanine hydrochloride, L-cystine, L- Glutamine, Adenine sulfate, Diphosphopyridine nucleotide oxidized (Coenzyme I), p-Aminobenzoic Acid, Thiamin hydrochloride, Ferric Nitrate และ Cystein HCl เมื่อจะใช้ต้องผสม Bangrak Enrichment และ 25% dextrose เข้าด้วยกันเป็น complete enrichment สำหรับสารต้านจุลชีพ (ACLT Inhibitor) เป็นยาปฏิชีวนะที่เติมลงในอาหาร Bangrak I Media เพื่อยับยั้งการเจริญของเชื้อแบคทีเรียประจำถิ่นและเชื้อราจากสิ่งส่งตรวจที่เก็บจากท่อปัสสาวะ ปากมดลูก คอ ทวารหนักและอื่นๆ ประกอบด้วย Amphotericin B (A) ยับยั้งเชื้อรา, Colistin (C) ยับยั้งแบคทีเรียแกรมลบ, Lincocin (L) ยับยั้งแบคทีเรียแกรมบวกและ Trimethoprim lactate (T) ยับยั้งเชื้อ Proteus

ส่วนสิ่งส่งตรวจที่เหลือ ได้ทำการทดสอบการหาความเข้มข้นต่ำสุดที่สามารถยับยั้งการเจริญของเชื้อหนองใน (Minimal inhibitory concentration; MIC) โดยทำการเพาะเชื้อตาม Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI) โดยใช้ GC agar base ร่วมกับ 1% define growth supplement และทดสอบค่า MIC ด้วยวิธี E-test โดยผลที่ได้จะนำมาแปลผลความไวต่อยา (susceptible) เทียบกับตารางแปลผลมาตรฐานของ CLSI ผลความไวต่อ ceftriaxone และ cefixime จะต้องมีความไวต่อ ceftriaxone และ cefixime จะต้องมีค่า MIC ที่ ≤ 0.25 $\mu\text{g/ml}$ หากผลความไวต่อยา

>0.25 $\mu\text{g/ml}$ ใน ceftriaxone และ cefixime >0.5 $\mu\text{g/ml}$ จะถือว่าเป็นภาวะดื้อยา⁽¹³⁾ ในขณะที่ศูนย์ควบคุมโรคสหรัฐอเมริกา (CDC) ได้กำหนดค่า MICs ที่ถือว่าเกิดภาวะดื้อยาของ ceftriaxone และ cefixime อยู่ที่ 0.125 $\mu\text{g/ml}$ และ 0.25 $\mu\text{g/ml}$ ⁽¹⁴⁾

ผลการศึกษา

จากรายงานผู้ป่วยทั้ง 3 ราย (ตารางที่ 1) พบว่า มีเชื้อ *Neisseria gonorrhoeae* จากการส่องกล้องจุลทรรศน์ และผลเพาะเชื้อจากสิ่งส่งตรวจจากท่อปัสสาวะของผู้ป่วยรายที่ 1 โดยมีค่า MICs ของยา cefixime และ ceftriaxone อยู่ที่ 0.064 $\mu\text{g/ml}$ และ 0.064 $\mu\text{g/ml}$ ตามลำดับ หลังทำการรักษาเป็นเวลา 3 วัน ตรวจไม่พบเชื้อหนองใน จากการส่องกล้องและผลเพาะเชื้อ

จากรายงานผู้ป่วยที่ 2 พบว่า มีเชื้อ *N. gonorrhoeae* จากการเพาะเชื้อจากสิ่งส่งตรวจทางท่อปัสสาวะและปากมดลูก มีค่า MICs ของยา cefixime และ ceftriaxone อยู่ที่ 0.064 $\mu\text{g/ml}$ และ 0.064 $\mu\text{g/ml}$ ตามลำดับ

ผู้ป่วยรายที่ 3 ไม่พบเชื้อจากการส่องกล้องจุลทรรศน์ แต่พบว่ามีเชื้อ *N. gonorrhoeae* จากผลเพาะเชื้อจากสิ่งส่งตรวจทางทวารหนัก มีค่า MICs ของยา cefixime และ ceftriaxone อยู่ที่ 0.125 $\mu\text{g/ml}$ และ 0.064 $\mu\text{g/ml}$ ตามลำดับ หลังทำการรักษาเป็นเวลา 15 วัน ตรวจไม่พบเชื้อหนองใน จากการส่องกล้องและผลเพาะเชื้อ

โดยสรุป ผู้ป่วยรายที่ 1 พบว่า มีเชื้อ *N. gonorrhoeae* ที่มีค่า MICs สูง โดยพบว่า ค่า MICs ของยา cefixime, azithromycin, tetracycline และ ceftriaxone อยู่ที่ 0.064 $\mu\text{g/ml}$, 0.125 $\mu\text{g/ml}$, 32 $\mu\text{g/ml}$ และ 0.064 $\mu\text{g/ml}$ ตามลำดับ และมีค่าเท่ากับกับรายงานผู้ป่วยรายที่ 2 ในขณะที่ gentamicin มีค่า MIC ที่ต่างกันเล็กน้อย คือ 6 $\mu\text{g/ml}$ ในผู้ป่วยรายที่ 1 และ 8 $\mu\text{g/ml}$ ในผู้ป่วยรายที่ 2 ซึ่งมีค่าต่างกันไม่ถึง 1 เท่า (1 twofold dilution) ถือว่าไม่มีความแตกต่างทางห้องปฏิบัติการ⁽¹⁵⁾

วิจารณ์

จากรายงานผู้ป่วยทั้ง 3 ราย แยกได้เป็นการติดเชื้อทางท่อปัสสาวะ ซึ่งเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยเพศชาย อาการค่อนข้างรุนแรง⁽¹⁶⁾ ส่งผลกระทบกับการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย จากรายงานผู้ป่วยหญิงพบว่า ผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติ ซึ่งเข้าได้กับรายงานของโรคติดเชื้อเชื้อหนองในที่พบว่า ในผู้ป่วยเพศหญิงอาจจะไม่มีอาการ⁽¹⁷⁾ แต่สามารถตรวจพบเชื้อ *N. gonorrhoeae* ได้เช่นเดียวกันกับทางทวารหนัก ผู้ป่วยอาจจะไม่มีอาการใดๆ⁽¹⁶⁾ ดังนั้น ผู้ป่วยที่มีประวัติเสี่ยง หรือมีประวัติเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อ การตรวจร่างกายอาจไม่เพียงพอ ควรได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการร่วมด้วย

จาก (แผนภูมิแท่ง 1) ในการจำแนก ค่า MICs ทั้งหมดที่พบในเชื้อหนองในจากคนไข้ช่วงปี 2556 เป็นจำนวน 250 คน และปี 2557 เป็นจำนวน 254 คน พบค่า MICs ต่อเชื้อ *N. gonorrhoeae* ส่วนใหญ่มีค่าอยู่ที่ 0.002 µg/ml และ 0.004 µg/ml โดยค่า MICs ที่สูงสุดอยู่ที่ 0.064 µg/ml ในปี 2556 เป็นจำนวน 1 ราย และปี 2557 เป็นจำนวน 2 ราย

ค่ามัธยฐานของ MIC ± ค่าพิสัยควอไทล์ ของยา ceftriaxone อยู่ที่ 0.004±0.002 µg/ml และค่าต่ำที่สุดอยู่ที่ 0.002 µg/ml เมื่อนำผล MICs จากรายงานผู้ป่วยทั้งหมด เปรียบเทียบกับตารางแปลผลของ CLSI และ CDC จึงสรุปได้ว่า ค่า MICs ของ ceftriaxone และ cefixime ของปี 2556 และ 2557 ยังมีความไวต่อเชื้อ *N. gonorrhoeae*

จากข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ (ตารางที่ 1) พบว่า เชื้อ *N. gonorrhoeae* ที่พบในผู้ป่วยทั้งสามรายเป็นชนิด Nonpenicillinase producing *N. gonorrhoeae* (NPPNG) คือชนิดที่ไม่ผลิต β-lactamase ซึ่งเป็นเอนไซม์สำคัญในการทำลายยาในกลุ่ม penicillin ซึ่งเกิดจากการกลายพันธุ์ที่ตำแหน่งยีนบริเวณอื่น เช่น penA mtrR penB หรือ ponA⁽⁵⁾ ตามที่พบจากวารสารต่างชาติ นอกจากนี้ ค่า MICs ของผู้ป่วยทั้งสามรายใน ceftriaxone มีค่า 0.064 µg/ml และค่า MIC ใน cefixime ในผู้ป่วยรายที่ 3 มีค่า 0.125 µg/ml พบว่าเป็นค่าที่สูง ต่างจาก

ค่า MIC ที่ถือว่าเกิดภาวะดื้อยา 1 เท่า (1 twofold dilution)

การรักษาโรคหนองใน พบรายงานการรักษาล้มเหลวในหลายประเทศ เช่น ในการรักษาหนองในในช่องคอ⁽⁵⁻⁶⁾ โดยอาจจะพบหรือไม่พบการเพิ่มขึ้นของค่า MICs ใน cefixime และ ceftriaxone อย่างไรก็ตามหากพบว่า ผู้ป่วยมีค่า MICs ของ ceftriaxone และ cefixime ต่อเชื้อ *N. gonorrhoeae* ที่สูงขึ้น การดูแลติดตามหลังการรักษาเป็นสิ่งสำคัญ

ผู้ป่วยรายที่ 1 และ 2 เป็นคู่เพศสัมพันธ์ มีโอกาสสูงที่เชื้อหนองในที่ตรวจพบอาจจะเชื้อชนิดเดียวกัน อย่างไรก็ตามอาจจะเชื้อต่างชนิดกัน หรือมีการติดเชื้อหลายชนิดในคนเดียวกันก็ได้ ดังนั้นการทำ genetic characterization เช่น multi-antigen sequence typing (MAST)⁽¹⁸⁾, multi-locus sequence typing (MLST)⁽¹⁹⁾ จะสามารถบอกชนิดของเชื้อได้ นอกจากนี้ ผู้ป่วยรายที่ 1 มีคู่เพศสัมพันธ์หลายคน หนึ่งในนั้นเป็นพนักงานขายบริการ จากข้อมูลของผู้ป่วยพบว่า มีอาการหลังมีเพศสัมพันธ์ 2 วัน มีโอกาสสูงที่ผู้ป่วยจะได้รับเชื้อ *N. gonorrhoeae* มาจากพนักงานขายบริการซึ่งไม่สามารถติดต่อพนักงานขายบริการให้มารักษาได้ ทำให้มีโอกาสแพร่เชื้อไปยังคู่นอนคนอื่น ๆ ดังนั้นการบริหารงานทางการแพทย์ ด้วยการดูแลผู้ป่วยแบบเชิงรุก เช่น การเข้าไปให้บริการทางการแพทย์ในสถานบริการทางเพศ เพื่อให้การรักษาผู้ป่วยบริการ และลดการแพร่กระจายของโรค รวมถึงการให้ข้อมูลสำคัญของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ ในขณะที่ผู้ป่วยหญิงไม่สามารถติดตามภายหลังการรักษาได้ ทำให้เกิดผลเสียหากผู้ป่วยไม่หายขาด มีโอกาสที่จะแพร่เชื้อ และทำให้เกิดผลข้างเคียงได้ เช่น มดลูกอักเสบ ปีกมดลูกอักเสบ และเป็นหมันได้ในอนาคต⁽⁴⁾

เนื่องจากในประเทศไทยได้รายงานพบเชื้อหนองในดื้อยา⁽¹²⁾ แม้จะยังไม่พบเชื้อดื้อยาในผู้ป่วยรายใหม่ แต่พบผู้ป่วยที่มีค่า MICs สูงที่สุดในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา ซึ่งเกิดขึ้นในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน เป็นลักษณะของการเกิดขึ้นเป็นครั้งคราว (sporadic case) ไม่ได้

เกิดจากการแพร่ระบาดฉับพลัน (outbreak)

ปัจจุบันแนวทางการรักษาโรคหนองใน ใช้ยา
กลุ่ม cephalosporin เป็นหลัก คือ ceftriaxone และ
cefixime⁽⁴⁾ ในอนาคตยาทั้ง 2 ตัวนี้ มีโอกาสจะดื้อยาอย่าง
กว้างขวาง จึงจำเป็นที่จะต้องหายาที่สามารถใช้ทดแทน
ceftriaxone ในอนาคต เช่น spectinomycin และ genta-
micin⁽²⁰⁾ รวมถึงเปลี่ยนแนวทางการรักษา หากไม่
สามารถทำได้ อาจจะต้องทำการรักษาโดยดูค่าความไว
ของยาแต่ละชนิดต่อเชื้อ ในอนาคตหนองในอาจจะไม่

สามารถรักษาได้แบบผู้ป่วยนอก การรักษาแบบผู้ป่วยใน
โดยการให้ยาทางกระแสเลือด อาจเป็นทางเลือกใหม่

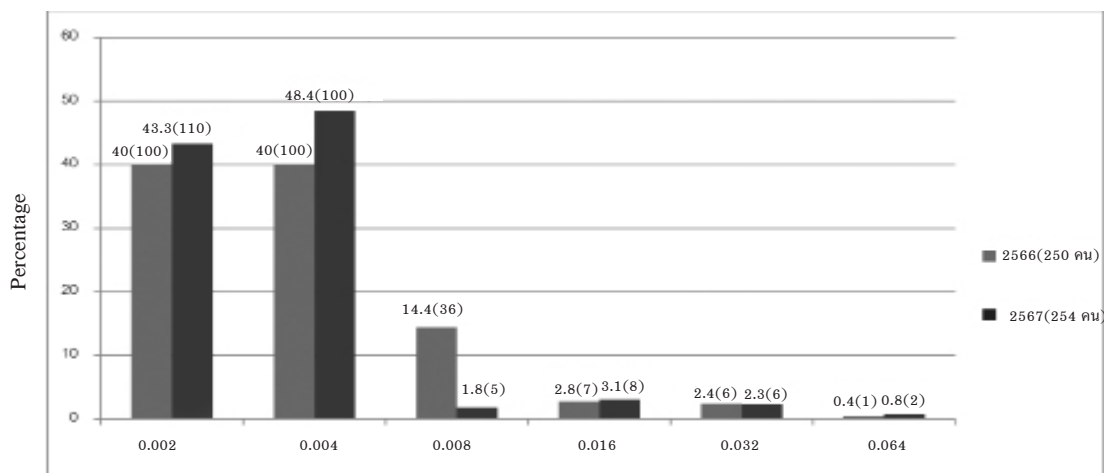
จากรายงานผู้ป่วยทั้ง 3 ราย พบว่า มีค่า MIC
สูงสุดในประเทศไทย ดังนั้นทุกโรงพยาบาลจำเป็นที่
จะต้องเฝ้าระวังการเกิดเชื้อหนองในดื้อยา ในกรณีที่รักษา
ผู้ป่วยด้วยการรักษาตามแนวทางการรักษาโรคหนองใน
ควรเก็บสารคัดหลั่งของผู้ป่วย และส่งห้องปฏิบัติการ
เพื่อวิเคราะห์ค่า MIC ต่อไป

ตารางที่ 1 ตารางแสดงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตามระยะเวลาต่าง ๆ ในรายงานผู้ป่วยรายที่ 1, 2 และ 3 ตามลำดับ

ผู้ป่วย	วันหลัง ทำการ รักษา	การตรวจทางห้องปฏิบัติการ*									
		<i>C. trachomatis</i>				<i>N. gonorrhoeae</i>					
		PCR				Culture				AST MIC (µg/ml)	
		Cs	Us	Rs	Ts	Cs	Us	Rs	Ts	cefixime	cefixime
รายที่ 1	0	ND	-	ND	ND	ND	+	ND	ND	0.064	0.064
	3	ND	-	ND	ND	ND	-	ND	ND	ND	ND
รายที่ 2	0	-	-	ND	ND	+	+	ND	ND	0.064	0.064
รายที่ 3	0	ND	-	+	-	ND	-	+	-	0.125	0.064
	15	ND	-	-	-	ND	-	-	-	ND	ND

หมายเหตุ : *Cs; เก็บสิ่งส่งตรวจจากปากมดลูก, Us; เก็บสิ่งส่งตรวจจากท่อปัสสาวะ, Rs; เก็บสิ่งส่งตรวจจากทวารหนัก, Ts; เก็บสิ่ง
ส่งตรวจจากช่องคอ, ND; ไม่ได้ทำ, วันที่ 0; วันที่เก็บสิ่งส่งตรวจก่อนได้รับการรักษา

แผนภูมิแท่ง 1 แผนภูมิแจกแจงค่าความเข้มข้นต่ำสุดของยา ceftriaxone ที่สามารถยับยั้ง
การเจริญของเชื้อ *N. gonorrhoeae* โดยคิดเป็นร้อยละ ในปี พ.ศ. 2556 ถึง พ.ศ. 2557



กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัตนา ลาวัณ อาจารย์ที่ปรึกษา และร่วมเขียนรายงานผู้ป่วย อาจารย์กรุณาสละเวลา ให้ความรู้ และปรับปรุงจุดบกพร่องตลอดกระบวนการทำงาน นอกจากนี้ขอขอบพระคุณ แพทย์หญิงรศพร กิตติเยาวมาลย์ ที่แนะนำการเขียนรายงานผู้ป่วย และเป็นกำลังใจในการเขียนรายงานฉบับนี้ ขอขอบพระคุณ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์และเทคนิคการแพทย์ ประจำโรงพยาบาลบางรัก ที่ช่วยรวบรวมข้อมูล และสนับสนุนรายงานผู้ป่วยฉบับนี้

ท้ายที่สุด ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อและคุณแม่ ผู้ให้โอกาสการศึกษาตั้งแต่ยังเล็กและเคียงข้างเสมอมา

เอกสารอ้างอิง

- Rowley J, Toskin I, Ndowa F. Global incidence and prevalence of selected curable sexually transmitted infections, 2008. Geneva: World Health Organization; 2012.
- Satterwhite CL, Satterwhite CL, Torrone E, Meites E, Dunne EF, Mahajan R, et al. Sexually transmitted infections among U.S. women and men: Prevalence and incidence estimates, 2008. *Sex Transm Dis* 2013;40:187–93.
- Unemo M, Shafer WM. Antibiotic resistance in *Neisseria gonorrhoeae*: origin, evolution, and lessons learned for the future. *Ann N Y Acad Sci* 2011;1230:E19–28.
- Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR Recomm Rep* 2015;64 (RR-03):60–8.
- Unemo M, Golparian D, Hestner A. Ceftriaxone treatment failure of pharyngeal gonorrhoea verified by international recommendations, Sweden, July 2010. *Euro Surveill* [Internet]. 2011 [cited 2015 Aug 17];16:pii=19792. Available from: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19792>
- Unemo M. Treatment failure of pharyngeal gonorrhoea with internationally recommended first-line ceftriaxone verified in Slovenia, 2011. *Euro surveill*;17(25):pii=20200.
- Ohnishi M, Saika T, Hoshina S, Iwasaku K, Nakayama S, Watanabe H, et al. Ceftriaxone-resistant *Neisseria gonorrhoeae*, Japan. *Emerging infectious diseases* 2011;17:148–9.
- Unemo M, Golparian D, Nicholas R, Ohnishi M, Gallay A, Sednaoui P. High-level cefixime and ceftriaxone-resistant *Neisseria gonorrhoeae* in France: novel penA mosaic allele in a successful international clone causes treatment failure. *Antimicrobial agents and chemotherapy* 2012;56: 1273–80.
- Manzano S, Lacroix LE. Catheterization of the urethra in girls. *The New England journal of medicine* 2014;371:1849–50.
- Ison CA, Hussey J, Sankar KN, Evans J, Alexander S. Gonorrhoea treatment failures to cefixime and azithromycin in England, 2010. *Euro Surveill* 2011;16(14):pii=19833.
- Tapsall J, Read P, Carmody C, Bourne C, Ray S, Limnios A, et al. Two cases of failed ceftriaxone treatment in pharyngeal gonorrhoea verified by molecular microbiological methods. *J Med Microbiol* 2009;58:683–687.
- Bala M, Kakran M, Singh V, Sood S, Ramesh V, Dorji D, et al. Monitoring antimicrobial resistance in *Neisseria gonorrhoeae* in selected countries of the WHO South-East Asia Region between 2009 and 2012: a retrospective analysis. *Sexually Transmitted Infections* 2013;89

- (Suppl 4):iv28-iv35.
- 13.Cockerill F. Performance standards for antimicrobial susceptibility testing. Wayne, PA: Clinical and Laboratory Standards Institute; 2012.
 - 14.Center for Disease Control and Prevention. Antibiotic Resistance Threats in the United States, 2013 [Internet]. [cited 2015 Aug 17]. Available from: <http://www.cdc.gov/drugresistance/threat-report-2013/>
 - 15.bioMérieux. E-test antimicrobial susceptibility testing for in-vitro diagnostic use. Marcy-l'Etoile: bioMérieux; 2010.
 - 16.Ghanem KG. Gonorrhea. In: Bope ET, Kellerman R, Rakel RE, editors. Conn's Current Therapy 2011. Philadelphia, Pa: Saunders/Elsevier; 2010. p. 931-8.
 - 17.Hook EW III, Handsfield HH. Gonococcal infections in the adult. In: Holmes KK, Sparling PF, Stamm WE, Piot P, Wasserheit JN, Corey L, et al. editors. Sexually Transmitted Diseases. 4th ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2008.
 - 18.Unemo M, Sjöstrand A, Akhras M, Gharizadeh B, Lindbäck E, Pourmand N, et al. Molecular characterization of *Neisseria gonorrhoea* identifies transmission and resistance of one ciprofloxacin-resistant strain. APMIS 2007;115:23141.
 - 19.Ohnishi M, Watanabe Y, Ono E, Takahashi C, Oya H, Kuroki T, et al. Spreading of a chromosomal cefixime-resistant penA gene among different *Neisseria gonorrhoeae* lineages. Antimicrob Agents Chemother 2010;54:1060-7.
 - 20.Cole MJ, Spiteri G, Chisholm SA, Hoffmann S, Ison CA, Unemo M, et al. Emerging cephalosporin and multidrug-resistant gonorrhoea in Europe. Euro Surveill [Internet]. 2014 [cited 2015 Aug 17];19:pii=20955. Available from: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20955>

การศึกษาระดับความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุม
โรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข กรณีศึกษาอำเภอพรานกระต่าย
จังหวัดกำแพงเพชร

The study of knowledge, perception and disease prevention control behaviors level
on Dengue Hemorrhagic Fever of public health volunteers Case study: Phran
Kratai District, Kamphaeng Phet Province

ประเทือง นำน้อย สด.บ. (สาธารณสุขศาสตร์)
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 นครสวรรค์

Pratueang Chamnoi B.P.H. (Public Health)
Office of Disease Prevention and control
region 3, Nakhon Sawan

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก พฤติกรรมการดำเนินงานในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก และพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตอำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร เป็นการวิจัยรูปแบบ cross-sectional analytics study ระยะเวลาดำเนินการระหว่างเดือนกรกฎาคม-ธันวาคม 2558 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุข ในพื้นที่อำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร จาก 10 ตำบล 116 หมู่บ้าน จำนวน 300 ตัวอย่าง ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.60 อายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 40.00 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 70.00 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 50.00 รองลงมาคือ รับจ้าง ร้อยละ 31.00 ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) น้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 72.40 และร้อยละ 68.30 ไม่ได้ดำรงตำแหน่งอื่นๆ ในหมู่บ้าน (1) ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง คุณลักษณะด้านประชากรที่ต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกไม่แตกต่างกัน (2) การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัย คุณลักษณะด้านประชากรต่างกัน มีการรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกไม่แตกต่างกัน (3) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับสูง ปัจจัยด้านอายุต่างกัน มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (4) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง ปัจจัยด้านเพศและการดำรงตำแหน่งอื่น ๆ ในหมู่บ้านต่างกัน มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (5) พฤติกรรมการดำเนินงานในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง คุณลักษณะด้านประชากรต่างกัน มีพฤติกรรมการดำเนินงานในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกไม่แตกต่างกัน (6) คุณลักษณะด้านเพศ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความสามารถตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ข้อเสนอแนะ ควรส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในด้านความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก เพื่อนำความรู้ที่ได้รับการพัฒนา

ไปแนะนำประชาชน เพื่อให้ชุมชนสามารถดำเนินการได้ด้วยตนเอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับพื้นที่ควรแจ้งข้อมูลข่าวสาร และสถานการณ์ของโรคให้อาสาสมัครสาธารณสุขทราบอย่างต่อเนื่อง ควรแนะนำ หรือจัดหาแหล่งข้อมูลความรู้ที่สามารถค้นคว้าเพิ่มเติมได้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก

Abstract

The knowledge, perception and disease prevention control behaviors level on Dengue Hemorrhagic Fever of public health volunteers Case study: Phran Kratai District, Kamphaeng Phet Province, the aim to study the knowledge level about the disease, awareness about the disease, operating behavior in the prevention and control of Dengue Hemorrhagic Fever and the relationship between personal factors, knowledge. Awareness about the disease, and the prevention control behavior of dengue. Cross-sectional analytics study design, conducted during July–December 2558 B.E. Data were collected by questionnaires of 10 Tambon, 116 villages, 300 sample results were as follows. Most of them were female 78.60%, age between 41–50 years old 40.00%, primary school 70.00%, farmers 50.00%, followed by the employee 31.00%, time to public health volunteer less than 10 years 72.40% and 68.30% not held other positions in the village. (1) Knowledge on Dengue Hemorrhagic Fever was moderate level. No personal characteristics influenced to knowledge on Dengue fever. (2) The perceived on severity of dengue disease was moderate level. No personal characteristics influenced to perceived on severity of the disease. (3) The perceived on risk of disease was high level. Age was differences the perceived on risk of dengue disease had difference in statistically significant at the 0.05 level. (4) The perceived on efficacy of self-control to prevention and control dengue fever was high level. The gender factor and held on other positions in villages were difference with the perceived on efficacy of self-control to prevention and control dengue fever statistically significant at the 0.05. (5) The behavior to prevention and control of dengue was high level. No personal characteristics influenced to practices in dengue prevention and control. (6) The knowledge, gender, the perceived on risk, self-efficacy of dengue fever there were correlated to the prevention and control of dengue behavior with statistically significant at the 0.05 level. The recommendations from this research: Should promote the development potential to public health volunteers in knowledge about the dengue disease, severity of the disease for develop to guide the people in the community so that the community can be carries out by themselves, health officials in the area should be inform of the disease situation to the public health volunteers constantly and introduce or supply a source of knowledge that can be research more about the disease.

คำสำคัญ

ความรู้ และพฤติกรรมการควบคุมโรคไข้เลือดออก

Key words

Knowledge and disease prevention control behaviors

บทนำ

จากรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาโรคไข้เลือดออกของประเทศไทย ปี 2555–2557⁽¹⁾ พบว่า

อัตราป่วยเท่ากับ 123.85, 241.03 และ 63.25 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ในปี 2555 มีผู้ป่วยเสียชีวิต 87 ราย คิดเป็นอัตรามตายเท่ากับ 0.14 ต่อแสนประชากร

และอัตราป่วยตายร้อยละ 0.11 ปี 2556 มีผู้ป่วยเสียชีวิต 136 ราย คิดเป็นอัตราตายเท่ากับ 0.21 ต่อแสนประชากร และอัตราป่วยตายร้อยละ 0.09 ปี 2557 มีผู้ป่วยเสียชีวิต 49 ราย คิดเป็นอัตราตายเท่ากับ 0.08 ต่อแสนประชากร และอัตราป่วยตายร้อยละ 0.12 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาสถานการณ์ในเขตรับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดนครสวรรค์ ในภาพรวม 5 จังหวัด ปี 2555-2557 พบว่า อัตราป่วยเท่ากับ 160.14, 154.79 และ 68.74 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ โดยในปี 2555 มีผู้ป่วยเสียชีวิต 4 ราย คิดเป็นอัตราตายเท่ากับ 0.13 ต่อประชากรแสนคน และอัตราป่วยตายร้อยละ 0.08 ปี 2556 มีผู้ป่วยเสียชีวิต 4 ราย คิดเป็นอัตราตายเท่ากับ 0.13 ต่อแสนประชากร และอัตราป่วยตายร้อยละ 0.09 ปี 2557 มีผู้ป่วยเสียชีวิต 1 ราย คิดเป็นอัตราตายเท่ากับ 0.03 ต่อแสนประชากร และอัตราป่วยตายร้อยละ 0.05 จังหวัดที่พบว่า มีรายงานอัตราป่วยสูงติดต่อกัน จากรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาโรคไข้เลือดออกปี 2555-2557 คือจังหวัดกำแพงเพชร พบว่า ปี 2555-2557 อัตราป่วยเท่ากับ 151.30, 156.3 และ 103.97 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ในปี 2555 ผู้ป่วยเสียชีวิต 1 ราย อัตราตายเท่ากับ 0.14 ต่อแสนประชากร และอัตราป่วยตายร้อยละ 0.10 ปี 2556 ผู้ป่วยเสียชีวิต 1 ราย อัตราตายเท่ากับ 0.10 ต่อแสนประชากร และอัตราป่วยตายร้อยละ 0.10 ปี 2557 ผู้ป่วยเสียชีวิต 1 ราย คิดเป็นอัตราตายเท่ากับ 0.10 ต่อแสนประชากร อัตราป่วยตายร้อยละ 0.10 อำเภอที่มีอัตราป่วยสูงอย่างต่อเนื่อง ในปี 2555-2557 ได้แก่ อำเภอพรานกระต่าย อัตราป่วยเท่ากับ 138.72, 101.26 และ 303.61 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ไม่มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต

จากปัญหาของโรคไข้เลือดออกในระดับเขตสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดนครสวรรค์ให้ความสำคัญกับปัญหาดังกล่าวมาโดยตลอด สิ่งที่สำคัญที่สุดต่อการดำเนินการคือ การที่ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยเฉพาะในเรื่องของการบริหารจัดการ การตัดสินใจที่ถูกต้อง

เหมาะสม กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการที่จะส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับชุมชน ทั้งการเป็นผู้ปฏิบัติ และการทำหน้าที่ส่งเสริมให้ประชาชนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาระดับความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ของอำเภอพรานกระต่าย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในทุก ๆ พื้นที่ให้มีศักยภาพในการส่งเสริมการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกให้ประชาชนในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. ศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตอำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร
2. ศึกษาการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตอำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร
3. ศึกษาพฤติกรรมการดำเนินงานในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตอำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร
4. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก และพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตอำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร

วัสดุและวิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบ cross-sectional analytics study

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา เป็นอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตอำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร ทั้งหมด 10 ตำบล 116 หมู่บ้าน จำนวน 1,184 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

การคิดขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ใช้สูตร

การคิดขนาดตัวอย่างของ Taro Yamane

$$n = \frac{N}{1 + N^{e^2}}$$

n คือ ขนาดตัวอย่าง

N คือ จำนวนประชากร

e คือ ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้คือ 0.05

แทนค่า $n = \frac{1184}{1 + 1184^{0.05 \times 0.05}} = 298$ ตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดเป็น 300 ตัวอย่าง

มีขั้นตอนการคัดเลือกตัวอย่าง ดังนี้

การสุ่มตัวอย่าง ใช้ทฤษฎีความน่าจะเป็น โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย จากทุกหมู่บ้านจำนวน 116 หมู่บ้าน หมู่บ้านขนาดใหญ่กำหนดหมู่บ้านละ 3 ตัวอย่าง หมู่บ้านขนาดเล็ก กำหนดหมู่บ้านละ 2 ตัวอย่าง โดยใช้วิธีการจับฉลากแบบไม่คืนที่ สำหรับรายละเอียดในการสุ่มตัวอย่างมีดังนี้

1. ตรวจสอบบัญชีรายชื่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทั้งหมดทุกหมู่บ้าน ในเขตพื้นที่อำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 116 หมู่บ้าน เขียนชื่ออาสาสมัครทั้งหมดแยกเป็นรายหมู่บ้าน แล้วนำไปใส่กล่องที่จะจับฉลากที่ละ 1 หมู่บ้าน

2. จับฉลากชื่ออาสาสมัคร โดยจับครั้งละ 1 หมู่บ้าน จนครบ โดยจับฉลากแบบไม่คืนที่ จากทั้งหมด 10 ตำบล จนได้ตัวอย่างครบตามจำนวนที่ต้องการระยะเวลาดำเนินการ กรกฎาคม-ธันวาคม 2558

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา การวัดและการกำหนดค่าตัวแปร

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น โดย

ศึกษาจากแนวคิด ทฤษฎีและรายงานการวิจัยต่าง ๆ จำนวน 1 ชุด แบ่งออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามด้านข้อมูลทั่วไป ด้านคุณลักษณะ ด้านประชากรของกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ที่อยู่ปัจจุบัน เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครฯ การดำรงตำแหน่งอื่น ๆ ในหมู่บ้าน

ตอนที่ 2 แบบสอบถามด้านความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบของแบบสอบถาม จะเป็นความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ได้แก่ สาเหตุ อาการ การติดต่อโรค พาหะนำโรค และการป้องกันตนเอง เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก

ตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ ความรุนแรง โอกาสเสี่ยง ความสามารถตนเอง มีทั้งหมด 24 ข้อ ที่ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นโดยอาศัยแนวคิดจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของโรเซนสตัด (8) ลักษณะของแบบสอบถามประยุกต์ใช้ Likert's scale เป็นมาตราส่วนประเมินค่าระดับความคิดเห็นเป็น 3 ระดับ ในการตอบแบบสอบถามนั้น กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว

ตอนที่ 4 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ทั้งหมด 8 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่าระดับการปฏิบัติเป็น 3 ระดับ ในการตอบแบบสอบถามนั้นกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ได้รับการตรวจสอบคุณภาพดังนี้

1. นำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบเพื่อพิจารณาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา และครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการวิจัย

2. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ไปทดลองใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 30 คน

3. นำแบบสอบถามแต่ละตอนมาให้คะแนน โดยกำหนดให้ข้อที่ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบไม่ถูก 0 คะแนน แล้วนำไปหาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ แล้วทดสอบด้วยสถิติ t-test ข้อที่มีค่าตั้งแต่ 1.7 ขึ้นไป ถือว่ามีค่าอำนาจจำแนกดี

4. นำแบบสอบถามทั้ง 4 ตอน มาหาค่าความเชื่อมั่นได้ของข้อคำถาม โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาค (Cronbach's coefficient of alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.8

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ศึกษา เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล นำข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง ลงรหัสข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย

1. สถิติเชิงพรรณนา ใช้อธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอโดยตารางแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะด้านประชากร

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน) (n = 315)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	64	21.30
หญิง	236	78.60
อายุ		
<30 ปี	12	4.00
30-40 ปี	92	30.60
41-50 ปี	120	40.00
51-60 ปี	62	20.70
60 ปีขึ้นไป	14	4.70
อายุน้อยที่สุด 19 ปี มากที่สุด 83 ปี อายุเฉลี่ย 44.60 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.90		
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	210	70.00
มัธยมศึกษา	79	26.30
อนุปริญญา/สูงกว่า	11	3.70

2. สถิติเชิงอนุมาน ใช้สำหรับการทดสอบสมมติฐานโดยเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข การมีตำแหน่ง บทบาททางสังคมกับความรู้ การรับรู้กับพฤติกรรม การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยใช้ t-test และ ANOVA

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่าง อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 78.60 อายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 40.00 รองลงมาคือ อายุระหว่าง 30-40 ปี ร้อยละ 30.60 ศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 70.00 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษา 26.30 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 50.00 รองลงมาคือ รับจ้าง ร้อยละ 31.00 ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) น้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 72.40 รองลงมาคือ ระยะเวลาระหว่าง 10-15 ปี ร้อยละ 11.30 และร้อยละ 68.30 ไม่ได้ดำรงตำแหน่งอื่น ๆ

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะด้านประชากร (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน) (n = 315)	ร้อยละ
อาชีพ		
รับจ้าง	93	31.00
เกษตรกรกรม	150	50.00
ค้าขาย	27	9.00
งานบ้าน/อื่น ๆ	30	10.00
ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครฯ		
<10 ปี	217	72.40
10-15 ปี	34	11.30
15-20 ปี	25	8.30
มากกว่า 20 ปี	24	8.00
น้อยที่สุด 1 ปี มากที่สุด 30 ปี เฉลี่ย 8.80 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.80		
การดำรงตำแหน่งอื่น ๆ ในหมู่บ้าน		
ผู้นำชุมชน/ท้องถิ่น/ประธานชมรม/กลุ่ม	95	31.70
ไม่ได้ดำรงตำแหน่งอื่น ๆ	205	68.30

ตารางที่ 2 พบว่า ความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง เกือบ น้ำส้มสายชู หรือผงซักฟอก ใส่ลงในน้ำหลอจาน แก่น้ำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) รองชาติสามารถป้องกันการเกิดลูกน้ำยุงลายได้ ร้อยละ เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก มีคะแนนเฉลี่ย 6.20 คะแนน 62.20 (ข้อ 4) เข้าใจว่ายุงลายที่เป็นพาหะของโรคไข้ คคะแนนต่ำสุด 2 คะแนน คะแนนสูงสุด 10 คะแนน ข้อ เลือดออกส่วนใหญ่เป็นยุงตัวผู้ ร้อยละ 74.90 (ข้อ 7) คำถามที่กลุ่มตัวอย่างเข้าใจไม่ถูกต้องคือ เข้าใจว่ายุงลาย และเข้าใจว่าการพันสารเคมีเพื่อกำจัดยุงลายเป็นวิธีที่ หากินกลางคืน ร้อยละ 80.30 (ข้อ 3) ไม่เข้าใจว่าการใช้ ได้ผลและคุ้มค่าที่สุด ร้อยละ 61.60 (ข้อ 8)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำแนกตามการตอบรายข้อ

ข้อคำถาม	ตอบถูก	ร้อยละ	ตอบผิด	ร้อยละ	คะแนนเฉลี่ย	SD
1. ไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อเป็นแล้วมีโอกาส เป็นอีก	278	92.70	22	7.30	0.90	0.26
2. อาการของโรคไข้เลือดออกคือ มีไข้สูง ปวดศีรษะ ปากแดง หน้าแดง	273	91.10	27	8.90	0.90	0.28
3. ยุงลายเป็นพาหะนำโรคไข้เลือดออก มักออกหากิน เวลาากลางคืน	59	19.70	241	80.30	0.20	0.40
4. การใช้เกลือ น้ำส้มสายชูหรือผงซักฟอกใส่ลงในน้ำ หลอจานรองชาติไม่สามารถป้องกันการเกิดลูกน้ำ ยุงลายได้	113	37.80	187	62.20	0.40	0.49
5. การกำจัดลูกน้ำยุงลายควรทำทุก 7 วัน	288	95.90	12	4.10	1.00	0.20
6. การควบคุมไม่ให้มียุงลาย ควรทำในระยะเวลาที่มียุงลาย บินให้เห็น	206	68.60	94	31.40	0.70	0.46

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำแนกตามการตอบรายข้อ (ต่อ)

ข้อคำถาม	ตอบถูก	ร้อยละ	ตอบผิด	ร้อยละ	คะแนนเฉลี่ย	SD
7. ยุงลายที่เป็นพาหะของโรคไข้เลือดออก ส่วนใหญ่เป็นยุงตัวผู้	75	25.10	225	74.90	0.2	0.43
8. การพ่นสารเคมีเพื่อกำจัดยุงลาย เป็นวิธีที่ได้ผลและคุ้มค่าที่สุด	115	38.40	185	61.60	0.4	0.49
9. ยุงลายมี 2 ชนิด คือยุงลายบ้านและยุงลายสวน	230	76.80	70	23.20	0.8	0.42
10. เชื้อที่ทำให้ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก คือ เชื้อไวรัสเด็งกี	233	77.80	67	22.20	0.8	0.41

คะแนนเฉลี่ย 6.20 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.51 คะแนนต่ำสุด 2 คะแนน คะแนนสูงสุด 10 คะแนน

ตารางที่ 3 พบว่า การรับรู้ความรุนแรงต่อโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่างแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีคะแนนเฉลี่ย 5.70 คะแนน คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน คะแนนสูงสุด 8 คะแนน

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ คะแนนเฉลี่ยรายข้อ ของการรับรู้ความรุนแรงต่อโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำแนกตามการตอบรายข้อ

ข้อคำถาม	เห็นด้วย	ร้อยละ	ไม่เห็นด้วย	ร้อยละ	ไม่เห็นด้วยเห็นด้วย	ร้อยละ	คะแนนเฉลี่ย	SD
1. ผู้ที่มีไข้สูงและพบจุดเลือดออกใต้ผิวหนังแสดงว่าเป็นโรคไข้เลือดออกระยะรุนแรง	247	82.20	26	8.60	27	9.20	0.80	0.38
2. การป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกจะหายได้เองโดยไม่ต้องรักษา	41	13.70	59	19.70	200	66.70	0.70	0.47
3. โรคไข้เลือดออกถ้าเคยป่วยมาแล้ว จะมีโอกาสป่วยซ้ำได้อีก	267	88.90	22	7.30	11	3.80	0.90	0.31
4. โรคไข้เลือดออกถ้าป่วยซ้ำ อาการจะรุนแรงกว่าครั้งแรก	193	64.40	75	24.80	32	10.80	0.60	0.48
5. ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่ซื้อยาลดไข้มารับประทานเอง อาจมีภาวะเลือดออกรุนแรง ทำให้เสียชีวิตได้	241	80.30	14	4.80	45	14.90	0.80	0.40
6. ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่มีอาการซึม ตัวเย็น แสดงว่าโรคใกล้หายเป็นปกติ	64	21.30	61	20.30	175	58.40	0.20	0.41
7. การที่ครอบครัวใดมีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก จะทำให้เสี่ยงประมาณในการรักษา และต้องเสียเวลาในการดูแลมาก	215	71.40	29	9.80	56	18.70	0.70	0.45
8. การมีโรคไข้เลือดออกในชุมชนเพียง 1 ราย ถ้าควบคุมโรคไม่ดี อาจเกิดการแพร่ระบาดของโรคขึ้นได้	278	92.40	7	2.50	15	5.10	0.90	0.27

คะแนนเฉลี่ย 5.70 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.29 คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน คะแนนสูงสุด 8 คะแนน

ตารางที่ 4 พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีคะแนนเฉลี่ย 6.60 คะแนน คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน คะแนนสูงสุด 8 คะแนน

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ คะแนนเฉลี่ยรายข้อของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำแนกตามการตอบรายข้อ

ข้อคำถาม	เห็นด้วย	ร้อยละ	ไม่เห็นด้วย	ร้อยละ	ไม่เห็นด้วย	ร้อยละ	คะแนนเฉลี่ย	SD
1. โรคไข้เลือดออกมีโอกาสเกิดได้ตลอดปี	246	81.90	26	8.60	28	9.50	0.80	0.39
2. โรคไข้เลือดออกที่ระบาดในหมู่บ้านข้างเคียงอาจจะเกิดการระบาดในหมู่บ้านท่านด้วยก็ได้	282	94.00	4	1.30	14	4.80	0.90	0.24
3. โรคไข้เลือดออกจะมีโอกาสเกิดได้ทุกเพศทุกวัย	291	97.10	4	1.30	5	1.60	0.90	0.17
4. บ้านที่มีภาชนะเก็บกักน้ำที่ไม่มีฝาปิด น่าจะมีส่วนทำให้เกิดโรคไข้เลือดออก	269	89.50	13	4.40	18	6.00	0.90	0.31
5. เด็กน่าจะมีความเสี่ยงป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกมากกว่าผู้ใหญ่	227	75.60	29	9.80	44	14.60	0.80	0.43
6. ผู้ที่ถูกยุงลายกัดในช่วงเวลาเย็น น่าจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกได้	152	50.80	85	28.30	63	21.00	0.50	0.50
7. การถูกยุงลายที่มีเชื้อไข้เลือดออกกัดเพียงครั้งเดียว ก็เป็นโรคไข้เลือดออกได้	255	85.10	32	10.80	13	4.10	0.80	0.36
8. เมื่อมีคนป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก จำเป็นต้องให้ผู้ป่วยนอนในมุ้ง	275	91.40	11	3.80	15	4.80	0.90	0.28

คะแนนเฉลี่ย 6.60 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.34 คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน คะแนนสูงสุด 8 คะแนน

ตารางที่ 5 พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีคะแนนเฉลี่ย 7.50 คะแนน คะแนนต่ำสุด 2 คะแนน คะแนนสูงสุด 8 คะแนน

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ คะแนนเฉลี่ยรายข้อของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำแนกตามการตอบรายข้อ

ข้อคำถาม	เห็นด้วย	ร้อยละ	ไม่เห็นด้วย	ร้อยละ	ไม่เห็นด้วย	ร้อยละ	คะแนนเฉลี่ย	SD
1. ท่านสามารถสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายบริเวณบ้านของท่าน ได้ทุกสัปดาห์	294	98.10	3	1.00	3	1.00	0.90	0.14
2. ท่านสามารถสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในละแวกที่ท่านรับผิดชอบ ได้ทุกสัปดาห์	281	93.70	14	4.80	5	1.60	0.90	0.24
3. ท่านสามารถทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายบริเวณบ้านของท่าน ได้ทุกสัปดาห์	294	98.10	1	0.30	5	1.60	0.90	0.14
4. ท่านสามารถให้คำแนะนำหรือทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในละแวกที่ท่านรับผิดชอบได้ทุกสัปดาห์	281	93.70	13	4.40	6	1.90	0.90	0.24
5. ท่านขัดล้างภาชนะใส่น้ำที่ไม่มีฝาปิด ได้ทุกสัปดาห์	266	88.60	21	7.00	13	4.40	0.90	0.32
6. ท่านสามารถทำลายลูกน้ำได้ทันทีที่พบว่ามียุงตามภาชนะ	287	95.90	10	3.20	3	1.00	0.90	0.20
7. ท่านสามารถชักชวนเพื่อนบ้านให้ดูแล มิให้มีแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในบ้านเรือน	287	95.90	9	2.90	4	1.30	0.90	0.20
8. ท่านเป็นคนที่สามารถช่วยควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกได้	267	89.20	25	8.30	8	2.50	0.80	0.31

คะแนนเฉลี่ย 7.50 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.99 คะแนนต่ำสุด 2 คะแนน คะแนนสูงสุด 8 คะแนน

ตารางที่ 6 พบว่า พฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีคะแนนเฉลี่ย 13.90 คะแนน คะแนนต่ำสุด 4 คะแนน คะแนนสูงสุด 16 คะแนน

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ คะแนนเฉลี่ยรายข้อของพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำแนกตามการตอบรายข้อ

ข้อคำถาม	เป็น ประจำ	ร้อยละ	บาง ครั้ง	ร้อยละ	ไม่ ปฏิบัติ	ร้อยละ	คะแนน เฉลี่ย	SD
1. ท่านสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ยุง ที่อยู่รอบบริเวณบ้าน และละแวกที่ท่านรับผิดชอบ	212	70.50	86	28.90	2	0.60	1.70	0.47
2. ท่านทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุง ที่อยู่รอบบริเวณบ้าน และละแวกที่ท่านรับผิดชอบ	208	69.20	88	29.50	4	1.30	1.70	0.49
3. ท่านแนะนำชาวบ้านเรื่องการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย	226	75.20	67	22.20	7	2.50	1.70	0.50
4. ท่านให้ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกแก่ชุมชน	194	64.80	99	33.00	7	2.20	1.60	0.53
5. เมื่อพบคนป่วยที่สงสัยว่าเป็นโรคไข้เลือดออก ท่านให้คำแนะนำให้พาไปสถานอนามัยหรือไปพบแพทย์	252	84.10	45	14.90	3	1.00	1.80	0.40
6. ท่านแจ้งข่าวสารเรื่องโรคไข้เลือดออกในชุมชนให้เพื่อนบ้านทราบของท่าน	250	83.20	49	16.50	1	0.30	1.80	0.39
7. ท่านคอยสังเกตว่ามีเด็กป่วยในชุมชน	208	69.50	85	28.30	7	2.20	1.70	0.51
8. ท่านชักชวนเพื่อนบ้านให้ช่วยกันกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย	258	86.00	40	13.30	2	0.60	1.80	0.37

คะแนนเฉลี่ย 13.90 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.36 คะแนนต่ำสุด 4 คะแนน คะแนนสูงสุด 16 คะแนน

ตารางที่ 7 พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุข โรคไข้เลือดออก การรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรค ป้องกันโรคไข้เลือดออก พฤติกรรมการดำเนินงานในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ระดับสูง ไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก ระดับปานกลาง การรับรู้โอกาสเสี่ยงเกี่ยวกับ

ตารางที่ 7 ร้อยละของระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก พฤติกรรมการดำเนินงานในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

รายการที่ประเมิน	ระดับต่ำ ร้อยละ	ระดับปานกลาง ร้อยละ	ระดับสูง ร้อยละ
ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก	30.80	46.70	22.50
การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก	17.80	51.10	31.10
การรับรู้โอกาสเสี่ยงเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก	4.10	37.10	58.70
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก	2.20	10.80	87.00
พฤติกรรมการดำเนินงานในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก	6.30	17.10	76.50

ตารางที่ 8 พบว่า ปัจจัยด้านเพศ และการดำรงตำแหน่งอื่นในหมู่บ้าน มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก และปัจจัยด้านอายุ มีอิทธิพลต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยงเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และ 0.05

ตารางที่ 8 ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก และพฤติกรรมการดำเนินงานในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก จำแนกตามปัจจัยคุณลักษณะด้านประชากร

คุณลักษณะด้านประชากร	ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก	การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก	การรับรู้โอกาสเสี่ยงเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก	การรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก	พฤติกรรมในการดำเนินงานในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก
	p-value	p-value	p-value	p-value	p-value
เพศ	0.828	0.086	0.066	0.046*	0.179
อายุ	0.360	0.180	0.050*	0.565	0.228
ระดับการศึกษา	0.702	0.936	0.725	0.609	0.873
อาชีพ	0.859	0.137	0.216	0.122	0.180
ระยะเวลาการเป็น อสม.	0.141	0.094	0.189	0.954	0.443
การดำรงตำแหน่งอื่น ๆ	0.754	0.066	0.597	0.001**	0.132

*The mean difference is significant at the 0.05 level

**The mean difference is significant at the 0.001 level

ตารางที่ 9 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ พบว่า คุณลักษณะด้านเพศ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความสามารถตนเอง ในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 9 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะด้านประชากร การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความสามารถตนเองกับพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกกับพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออก

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value
คุณลักษณะด้านเพศ	0.130*	0.021
การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก	0.084	0.137
การรับรู้โอกาสเสี่ยงเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก	0.250**	<0.001
การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก	0.182**	0.001
ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก	0.010	0.865

*The mean difference is significant at the 0.05 level

**The mean difference is significant at the 0.001 level

วิจารณ์

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง และไม่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยคุณลักษณะด้านประชากร ความรู้ที่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ไม่ถูกต้อง ได้แก่ ยุงลายเป็นพาหะนำโรคไข้เลือดออกมักออกหากินเวลากลางคืน ยุงลายที่เป็นพาหะของโรคไข้เลือดออกส่วนใหญ่เป็นยุงตัวผู้ ซึ่งทั้งสองประเด็นนี้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออก ส่วนประเด็นความรู้ที่มีคะแนนความรู้ที่มีผลต่อการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกที่สำคัญ แต่กลุ่มตัวอย่างยังไม่เข้าใจคือ ไม่ทราบว่าการใช้เกลือ น้ำส้มสายชูหรือผงซักฟอกใส่ลงในน้ำหลอจานรองขาตู้สามารถป้องกันการเกิดลูกน้ำยุงลายได้ และยิ่งเข้าใจว่า การพ่นสารเคมีเพื่อกำจัดยุงลาย เป็นวิธีที่ได้ผลและคุ้มค่าที่สุด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการขาดการเพิ่มพูนทักษะด้านความรู้ในการควบคุมยุงลายพาหะ และการควบคุมโรคไข้เลือดออกด้วยวิธีการอื่นๆ เพื่อหลีกเลี่ยงการใช้สารเคมี ขาดการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมจากแหล่งอื่น ค่อนข้างสอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนนา แหยมงาม⁽²⁾ ซึ่งศึกษาการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบการมีส่วนร่วมของประชาชน (กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข) กรณีศึกษา : อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับน้อย จึงจำเป็นต้องเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก โดยการอบรม และฝึกปฏิบัติเพื่อให้เกิดทักษะ ส่วนคุณลักษณะด้านประชากรที่แตกต่างกัน มีความรู้ไม่แตกต่างกัน อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขได้ รับความรู้ ประสบการณ์ในการดำเนินงานโรคไข้เลือดออกอยู่เป็นประจำ จึงส่งผลให้ไม่พบความแตกต่างดังกล่าว

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง และปัจจัยคุณลักษณะด้านประชากรที่แตกต่างกัน ไม่มีอิทธิพลต่อระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก สอดคล้องกับการศึกษาของ วิจิตรา ดวงขยาย⁽³⁾ ประเด็นสำคัญที่มีผลต่อการดำเนินงานคือ มีการรับรู้ความรุนแรงของไข้เลือดออกที่ไม่ถูกต้อง โดยรับรู้ว่า ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่มีอาการ

ซึม ตัวเย็น แสดงว่าโรคใกล้หายเป็นปกติ ซึ่งต้องเร่งทำความเข้าใจในประเด็นนี้อย่างจริงจัง สอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้⁽⁴⁾ ถ้าหากการรับรู้คลาดเคลื่อนจากความจริง บุคคลจะแสดงพฤติกรรมผิด ๆ และก่อให้เกิดผลเสียต่อตนเองได้ การรับรู้เป็นสิ่งที่แสดงออกในภาวะปัจจุบันบุคคลต้องมีการรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค รับรู้ว่าโรคที่เกิดขึ้นนั้นมีความรุนแรง ทำให้เกิดผลกระทบในการดำเนินชีวิตได้ รับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงใด ๆ จะก่อให้เกิดประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค รวมทั้งเป็นการลดความรุนแรงของโรค⁽⁵⁾ จึงมีความจำเป็นที่ต้องพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ให้มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก อาจทำได้โดยการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร สถานการณ์การป่วยและเสียชีวิต ให้รับทราบอย่างต่อเนื่อง

3. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับสูง กลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยด้านอายุต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่มีอายุระหว่าง 30-40 ปี 41-50 ปี และ 51-60 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ นฤทธิ สิงห์สถิต⁽⁶⁾ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค เป็นความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสที่จะเกิดโรคในสภาวะ หรือสถานการณ์หนึ่งๆ หรือเป็นความเชื่อในการยอมรับโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลว่ามีโอกาส เกิดโรคในผู้ที่มีสุขภาพดีทั่วไป และเป็นการรับรู้ว่าการเกิดโรคมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเป็นโรคเรื้อรังหรือเป็นโรคอื่นๆ ได้ จากบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุข ตามความเป็นจริงย่อมได้รับรู้ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับสถิติผู้ป่วย/ตาย ด้วยโรคไข้เลือดออกของพื้นที่และของจังหวัดกำแพงเพชร อยู่อย่างต่อเนื่อง ดังนั้นอายุของกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้น อาจส่งผลต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกมากขึ้น ส่วนปัจจัยคุณลักษณะด้านประชากรอื่นๆ ที่ไม่พบว่า มีอิทธิพล

ต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาระดับเดียวกัน ไม่ว่าเพศชายหรือหญิง อาชีพ การดำรงตำแหน่งอื่น ๆ ในหมู่บ้านต่างกัน ก็ไม่มีผลต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก

4. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง คุณลักษณะด้านเพศ และการดำรงตำแหน่งอื่น ๆ ในหมู่บ้านต่างกัน มีการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างทำหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้วยความสมัครใจ และมีความพร้อมที่จะปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขที่ได้รับมอบหมายด้วยความเต็มใจ ย่อมมีความมั่นใจว่าตนเองสามารถดำเนินการควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ และในสภาพความเป็นจริงการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน ส่วนใหญ่อาสาสมัครสาธารณสุขที่ดำเนินการเป็นเพศหญิง การศึกษานี้พบว่า ปัจจัยด้านเพศมีการกระจายไม่เหมาะสมนัก ระหว่างเพศชายและเพศหญิง จึงอาจส่งผลให้พบว่า มีความแตกต่างในด้านเพศกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ส่วนปัจจัยด้านการไม่มีการดำรงตำแหน่งอื่น ๆ ในชุมชน มีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกสูงกว่า อาจเนื่องมาจากการมีเวลา เสียสละทุ่มเทให้กับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนอย่างเต็มที่ ต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่ต้องรับภาระทางสังคมหลายหน้าที่ และจากการทบทวนรายงานการศึกษาไม่พบว่า มีรายงานการศึกษาเกี่ยวกับตัวแปรนี้

5. พฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับสูง และไม่พบความแตกต่างระหว่างปัจจัยคุณลักษณะด้านประชากรกับพฤติกรรม การดำเนินงานในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก สอดคล้องกับการศึกษาของ สว่างใจ ชัยกิจ⁽⁷⁾ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะอาสาสมัครฯ ทุกคน มีทักษะ ประสบการณ์ และมีความรับผิดชอบในงานควบคุมโรคของตน และ

มีแผนการปฏิบัติงานในการควบคุมโรคไข้เลือดออก ในชุมชนทุกเดือน เป็นสิ่งที่ต้องปฏิบัติเหมือนกันทุกคน จึงทำให้ปัจจัยคุณลักษณะด้านประชากรไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดำเนินงานในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

6. ปัจจัย เพศ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ กมลทิพย์ ด้านชัย⁽⁸⁾ และเป็นไปตามทฤษฎีการรับรู้ที่กล่าวว่า บุคคลจะมีการกระทำใดๆ เพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคได้ บุคคลนั้นต้องมีการรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ทำให้เกิดผลกระทบในการดำเนินชีวิตได้ รับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงใดๆ จะก่อให้เกิดประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค รวมทั้งเป็นการลดความรุนแรงของโรค และรับรู้ว่าเป็นการกระทำที่ไม่มีอุปสรรคขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น⁽⁵⁾ ส่วนความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก และการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก และการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก ถึงแม้ว่า มีความจำเป็นที่กลุ่มตัวอย่างจะต้องมีความรู้เพราะเป็นหลักการด้านวิชาการ แต่ภารกิจบทบาทที่กลุ่มตัวอย่างต้องแสดงพฤติกรรม การดำเนินงาน ป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างสม่ำเสมอ เป็นบทบาทที่ต้องกระทำอยู่เป็นปกติ จึงส่งผลให้ไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว

ข้อเสนอแนะ

ควรส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในด้านความรู้ เพื่อการแนะนำประชาชนเกี่ยวกับการควบคุมพาหะยุงลาย ที่ชุมชนสามารถดำเนินการได้ด้วยตนเอง เช่น การเสริมความรู้วิถีทางกายภาพ สภาพ ในการควบคุมลูกน้ำยุงลายในบ้านเรือน ไม่พึงพา

สารเคมีเพราะส่งผลกระทบต่อสุขภาพต่อผู้ใช้และสิ่งแวดล้อม และงบประมาณมาก เพิ่มทักษะ เทคนิค และวิธีการการสื่อสารความเสี่ยงให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อสื่อสารกับประชาชนในชุมชน ถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ที่ถูกต้อง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับพื้นที่ควรแจ้งข้อมูลข่าวสาร และสถานการณ์ของโรคให้อาสาสมัครสาธารณสุขทราบอย่างต่อเนื่อง ควรแนะนำ หรือจัดหาแหล่งข้อมูลความรู้ที่สามารถค้นคว้าเพิ่มเติมได้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ได้แก่ คู่มือ วารสารต่าง ๆ อินเทอร์เน็ต เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความร่วมมือของอาสาสมัครสาธารณสุขทุกท่านที่ให้ความกรุณาตอบแบบสอบถาม ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง ที่อำนวยความสะดวกในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ตั้งแต่การเตรียมการคัดเลือกตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย ขอขอบคุณ ดร. นายแพทย์อนุพงศ์ สุจริยากุล ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี และคุณนิคม กสิวิทย์อำนวย ที่กรุณาตรวจสอบ แก้ไขแบบสอบถามสำหรับการวิจัย และให้ข้อเสนอแนะในการวิจัย ผู้วิจัยต้องขอขอบคุณทุกท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดนครสวรรค์. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา. นครสวรรค์: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดนครสวรรค์ ; 2557.
2. กาญจนา แหม่มงาม. การศึกษาการดำเนินงาน

ควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบการมีส่วนร่วมของประชาชน กรณีศึกษา : อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี; 2556 วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ 1 2556;17:132.

3. วิจิตรา ดวงขยาย, เทียนทอง ตะแก้ว. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลสบง อำเภอภูพาน จังหวัดพะเยา [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. พะเยา: มหาวิทยาลัยพะเยา; 2557.
4. King, I.M. A Theory for nursing: a systems, concept, process. New York: A wileg medical publication; 1981.
5. Rosenstock, I.M. Historical Origin of the Health Belief Model. Health Educational Monographs 1986;2:328-35.
6. นฤทธิ สิงสถิตย์. การพัฒนาพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในกลุ่มแม่บ้าน จังหวัดเลย. วารสารสำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 6 2540; 5:20-4.
7. สว่างใจ ชัยกิจ. พฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อมและความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของแม่บ้านในครัวเรือนชนบท : ศึกษากรณี ตำบลน้ำก่ำ อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2539.
8. กมลทิพย์ ด่านชัย. การรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลบุตรและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพบุตรในมารดาที่มีบุตรวัย 1-3 ปี [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การประเมินผลแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2557

Evaluation on the National Strategic Plan for Tobacco Control 2012-2014

จुरีย์ อูสาหา* วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)

Juree Usaha* M.Sc. (Public Health)

ดวงกมล ลิ้มจันทร์** วท.ม.

Duangkamol Luemchan** M.Sc.

(พัฒนาผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรมเกษตร)

(Agro-Industrial Product Development)

จิตติพร กันวิหค*** วศ.ม.

Titiporn Gunvihok*** M.Eng.

(วิศวกรรมการจัดการ)

(Engineering Management)

*สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
กรมควบคุมโรค*Office of Alcohol Control Committee,
Department of Disease Control

**สำนักยุทธศาสตร์สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

Bureau of Mental Health Strategy,
Department of Mental Health

***สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค

***Bureau of Tobacco Control,
Department of Disease Control

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินผลสรุปตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2557 โดยการเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดในแผนยุทธศาสตร์ เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง ระหว่างเดือน ตุลาคม-ธันวาคม พ.ศ. 2557 ประชากรที่ศึกษามี 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป คัดเลือกโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ stratified two-stage cluster sampling ใน 4 ภูมิภาค ได้แก่ จังหวัดตาก มุกดาหาร กาญจนบุรี สุราษฎร์ธานี และกรุงเทพมหานคร รวม 5 จังหวัด จำนวน 4,009 คน และกลุ่มที่ 2 ผู้บริหารหน่วยงานภาครัฐ ในจังหวัดดังกล่าว และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 คัดเลือกแบบ purposive sampling จำนวน 32 คน เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างและแนวทางการสัมภาษณ์ ผลการประเมินพบว่า พ.ศ. 2557 อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยรวมเท่ากับร้อยละ 20.9 เป็นชายร้อยละ 39.9 และหญิงร้อยละ 3.7 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดในแผนยุทธศาสตร์ คือ ร้อยละ 18.7 ร้อยละ 37.5 และร้อยละ 2.01 ตามลำดับ ปริมาณการบริโภคยาสูบต่อหัวประชากรต่อปีพบว่า สูงกว่าเป้าหมายเช่นเดียวกันคือ จาก 547 เป็น 720 (มวน/คน/ปี) ยกเว้นอัตราการบริโภคยาสูบชนิดบุหรี่ไร้ควันที่ลดลงจากร้อยละ 3.9 เป็นร้อยละ 3.3 อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกเท่ากับ 17.2 ปี และยังพบว่า ผู้สูบบุหรี่มีความสนใจที่อยากเลิกบุหรี่ร้อยละ 74.1 สาเหตุสำคัญที่ทำให้อยากเลิกบุหรี่สูงสุดคือ เป็นห่วงสุขภาพของตนเองหรือคนรอบข้าง ร้อยละ 59.6 และร้อยละ 70.3 มีผู้สูบบุหรี่ที่พยายามเลิกบุหรี่ โดยให้เหตุผลที่ไม่สามารถเลิกได้สำเร็จว่า ไม่สามารถควบคุมการอยากสูบบุหรี่ได้ถึงร้อยละ 90.3 ดังนั้นเพื่อช่วยให้ผู้สูบบุหรี่เข้าถึงบริการช่วยเหลือเลิกบุหรี่โดยให้อยู่ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในสถานพยาบาลทุกระดับ สนับสนุนผลิตภัณฑ์ยาช่วยเลิกบุหรี่ให้อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ และให้ความสำคัญผลักดันให้นโยบายการควบคุมยาสูบเป็นวาระของจังหวัดและท้องถิ่น

Abstract

The cross-sectional study was conducted to summative evaluation of the National Strategic Plan for Tobacco Control 2012–2014. Data were collected from October to December 2014 and compared with targets indicated in the National Strategic Plan for Tobacco Control. Two groups of respondents were enrolled and interviewed. The first group with 4,009 respondents were persons who aged 15 years old and over from Tak, Mukdahan, Kanchanaburi, Surath Thani as representatives of the four regions of Thailand and Bangkok. The second group with 32 respondents was policy makers working in government agencies and ODPs located in the same provinces with the first group. The results of the evaluation focused on the main target of the national strategic plan found that the current smoking rate of population ages 15 years and over was 20.9 percent with 39.9 percent and 3.7 percent were male and female respectively. The results were higher than expected targets in the National Strategic Plan for Tobacco Control which were 18.7 percent, 37.5 percent and 2.01 percent respectively. There was an increasing tobacco consumption per capita per year which was higher than target set from 547 to 720 (cigarette/person/year), however the consumption of smokeless tobacco was decreasing from 3.9 percent to 3.3 percent. The average age of the new smokers was 17.2 years old and 74.1 percent of smokers were likely to quit smoking. The main reasons to quit smoking included concerning of their own health as well as their connected persons accounted for 59.6 percent. There were 70.3 percent of those who to quit attempt smoking with 90.3 percent of them with a reason that they were unable to control craving for smoking. Therefore, to increase accessibility to services-related for smoking quitting for smokers, the universal health care coverage system should include those services in all health facilities. Furthermore, the quit smoking medications should be included in the Thai National List of Essential Medicines. Most importantly the tobacco control policy should be issued as the main agenda of provincial and local authorities.

คำสำคัญ

การประเมินผล, แผนยุทธศาสตร์, ควบคุมยาสูบ

Key words

evaluation, strategic plan, tobacco control

บทนำ

ปัจจุบันประเทศต่างๆ ทั่วโลกให้ความสำคัญเพิ่มขึ้นมากกับปัญหาการควบคุมการบริโภคยาสูบ เนื่องจากยาสูบเป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพที่ร้ายแรงมากมายที่สามารถป้องกันได้ ซึ่งจากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า มีผู้เสียชีวิตเนื่องจากการบริโภคยาสูบหรือการได้รับควันบุหรี่สูงถึง 5 ล้านคนต่อปี และคาดการณ์ไว้ว่า หากประเทศต่างๆ ไม่ได้ร่วมมือกันอย่างจริงจังในการป้องกันและควบคุมการบริโภคยาสูบ จะมีผู้เสียชีวิตเพิ่มเป็น 8 ล้านคนต่อปี ใน พ.ศ. 2573 ดังนั้น

องค์การอนามัยโลกได้จัดให้การบริโภคยาสูบเป็นปัญหาที่สำคัญอันดับต้นๆ ที่ทุกประเทศต้องร่วมมือกันแก้ไขอย่างเร่งด่วน⁽¹⁾ โดยมีกรอบอนุสัญญาการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control: WHO FCTC) เป็นพันธกรณีระหว่างประเทศ ที่ประเทศรัฐภาคีต้องปฏิบัติตามกรอบอนุสัญญา ดังกล่าว ซึ่งประเทศไทยเป็นประเทศอันดับที่ 36 จาก 180 ประเทศที่ลงนามแล้ว⁽²⁾ (ข้อมูลวันที่ 18 มีนาคม 2558) โดยมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2548 อีกทั้งอุตสาหกรรมยาสูบ

มีการดำเนินการเชิงรุกด้วยกลยุทธ์ทางการตลาด สร้างผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ๆ ที่เข้ายวนใจออกมา ส่งผลต่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ ดังนั้นสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2557⁽¹⁾ เป็นแผนยุทธศาสตร์ ฉบับแรกที่จัดทำขึ้น โดยใช้หลักสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาของ ศ. นายแพทย์ประเวศ วะสี และคณะรัฐมนตรีมีมติอนุมัติ แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาตินี้ เมื่อวันที่ 12 มิถุนายน 2555 เพื่อให้ทุกภาคส่วนได้ดำเนินการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ลดอัตราการบริโภคยาสูบของประชาชน (2) ลดปริมาณการบริโภคยาสูบต่อหัวประชากร และ (3) ทำให้สิ่งแวดล้อมปลอดควันบุหรี่ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน โดยมีเป้าหมายคือ (1) ใน พ.ศ. 2557 อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยรวม และประชากรชายลดลงร้อยละ 10.0 จาก พ.ศ. 2552 ขณะที่อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรหญิงอายุ 15 ปีขึ้นไป ไม่เพิ่มขึ้นจากฐานข้อมูลการสำรวจ พ.ศ. 2552 (2) ปริมาณการบริโภคยาสูบต่อหัวประชากรต่อปี ลดลงไม่น้อยกว่าร้อยละ 20.0 จาก พ.ศ. 2552 (3) ควบคุมมิให้อัตราการบริโภคยาสูบชนิดอื่นๆ (บุหรี่ไร้ควัน) เพิ่มขึ้นจากฐานข้อมูลการสำรวจ พ.ศ. 2552 และ (4) ใน พ.ศ. 2557 อัตราการได้รับควันบุหรี่มือสองของประชาชนลดลงร้อยละ 50.0 จาก พ.ศ. 2552 ซึ่งมียุทธศาสตร์ที่สำคัญในการควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศ 8 ยุทธศาสตร์ ทั้งนี้แผนยุทธศาสตร์นี้สิ้นสุดในเดือนกันยายน 2557 จึงได้มีการประเมินผลสรุปรวมการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลสรุปรวมหลังเสร็จสิ้นแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2557 และให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบของประเทศให้มีประสิทธิภาพ และเกิดประสิทธิผลมากยิ่งขึ้นต่อไป

วัสดุและวิธีการศึกษา

ขอบเขตและวิธีการประเมิน การวิจัยประเมิน

ผลแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2557 ครั้งนี้เป็น การประเมินผลสรุปรวม (summative evaluation) หลังเสร็จสิ้นแผนยุทธศาสตร์⁽³⁾ ศึกษาสำรวจแบบภาคตัดขวาง ระหว่างเดือนตุลาคม-ธันวาคม พ.ศ. 2557 เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง และแนวทางการสัมภาษณ์ ประชากรที่ศึกษามี 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป คัดเลือกโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ stratified two-stage cluster sampling⁽⁴⁾ จำนวน 4,009 คน และกลุ่มที่ 2 ผู้บริหารหน่วยงานภาครัฐในจังหวัดที่ศึกษา และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 คัดเลือกแบบ purposive sampling จำนวน 32 คน

พื้นที่ที่ทำการศึกษา เพื่อให้ได้ภาพรวมระดับประเทศในการเก็บรวบรวมข้อมูล จึงรวมกรุงเทพมหานครไว้ด้วย จำแนกประชากรของประเทศออกเป็น 5 ชั้นภูมิ ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ stratified two-stage cluster sampling โดยเลือกจังหวัดเพื่อเป็นตัวแทนของแต่ละชั้นภูมิ ซึ่งจังหวัดใน 4 ภูมิภาค คัดเลือกจากจังหวัดที่มีความมั่งคั่งของอัตราการสูบบุหรี่สูง 3 อันดับแรกย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2544, พ.ศ. 2550, พ.ศ. 2554) ได้แก่ ภาคเหนือ จังหวัดตาก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดมุกดาหาร ภาคกลาง จังหวัดกาญจนบุรี และภาคใต้ จังหวัดสุราษฎร์ธานี และกรุงเทพมหานคร รวม 5 จังหวัด แล้วคัดเลือกอำเภอหรือเขต จากตัวแทน 5 จังหวัดๆ ละ 3 อำเภอ/เขต จากนั้นคัดเลือกจากในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล แบบเป็นอิสระต่อกัน เป็นประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 4,009 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับเป้าหมายที่กำหนดในแผนยุทธศาสตร์ ข้อมูลเชิง

คุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารในพื้นที่ที่ทำการการศึกษาในระดับจังหวัดและเขต วิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ตามประเด็นที่กำหนด

ผลการศึกษา

การประเมินผลสรุปรวม (summative evaluation) ตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2557 นำเสนอผลการประเมินเป็น 5 ส่วน ได้แก่

ลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง

1. ตัวอย่าง จำนวน 4,009 คน อยู่ในเขตเทศบาล ร้อยละ 70.2 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.4 มีอายุเฉลี่ย 38.1 ปี อายุต่ำสุด 15 ปี และอายุสูงสุด 70 ปี มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ประถมศึกษาตอนต้น และมัธยมศึกษาตอนปลาย ในสัดส่วนใกล้เคียงกัน ร้อยละ 23.7, 22.5 และ 21.2 ตามลำดับ ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 95.1 และผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป สมรสแล้ว ร้อยละ 50.7

2. ผู้บริหารหน่วยงานภาครัฐในจังหวัดที่ศึกษา และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 จำนวน 32 คน แยกเป็นผู้ว่าราชการจังหวัด/รองผู้ว่าราชการจังหวัด จำนวน 4 คน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำนวน 5 คน นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด/รองนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด จำนวน 4 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล 3 คน ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำนวน 4 คน และผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 จำนวน 12 คน

พฤติกรรมการสูบบุหรี่

พบว่า มีผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันที่ครอบคลุมผู้สูบบุหรี่ประจำ และสูบบุหรี่ครั้งคราวอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 20.9 แยกเป็นเพศชาย ร้อยละ 39.9 เพศหญิงร้อยละ 3.7 อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรก 17.2 ปี อายุต่ำสุดที่เริ่มสูบครั้งแรก 7 ปี ผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันจำแนกตามรายภาคพบว่า ภาคกลางมากที่สุด ร้อยละ 26.2 และต่ำสุดเป็นภาคเหนือ ร้อยละ 14.2 โดยผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่นิยมสูบบุหรี่ประเภทบุหรี่ยี่ห้อที่ผลิตในประเทศ ร้อยละ 61.6 รองลงมาคือ บุหรี่มวนเอง ร้อยละ 31.3 ในปริมาณจำนวนบุหรี่ยี่ห้อที่สูบต่อวัน 9.6 มวนต่อวัน จำนวนต่ำสุด 1 มวน และสูงสุด 60 มวนต่อวัน และผู้สูบบุหรี่ ร้อยละ 81.4 ได้บุหรี่ยี่ห้อจากการซื้อด้วยตนเอง ส่วนใหญ่ซื้อจากร้านค้าใกล้บ้าน ร้อยละ 86.0 ในรูปแบบของการซื้อเป็นซองสูงสุด ร้อยละ 42.6 รองลงมาคือ ซื้อเป็นมวนหรือบุหรี่ยี่ห้อแบ่งขาย ร้อยละ 36.2 (ดังตารางที่ 1-2)

นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันมีความสนใจที่อยากเลิกบุหรี่ยี่ห้อ ร้อยละ 74.1 สาเหตุสำคัญที่ทำให้อยากเลิกบุหรี่ยี่ห้อสูงสุดคือ เป็นห่วงสุขภาพของตนเองหรือคนรอบข้าง ร้อยละ 59.6 รองลงมา อยากเลิกบุหรี่ยี่ห้อเพราะการต่อต้านจากครอบครัว/เพื่อน/สังคม ร้อยละ 15.6 การได้รับคำแนะนำ/การณรงค์/ภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ยี่ห้อ ร้อยละ 11.3 และเลิกบุหรี่ยี่ห้อเพราะมีราคาแพง ร้อยละ 8.6 และการเข้าถึงบริการเลิกบุหรี่ยี่ห้อพบว่า มีผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันที่พยายามเลิกบุหรี่ยี่ห้อ ร้อยละ 70.3 โดยผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ ร้อยละ 95.9 ใช้วิธีการพยายามเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง ซึ่งผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ให้เหตุผลที่ไม่สามารถเลิกได้สำเร็จเพราะว่า ไม่สามารถควบคุมการอยากสูบบุหรี่ได้ถึงร้อยละ 90.3 (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่สูบบุหรี่ปัจจุบัน

ตัวแปร	จำนวน ทั้งหมด(คน)	จำนวนผู้สูบบุหรี่ ปัจจุบัน (คน)	ร้อยละ
รวม	4,009	838	20.9
เพศ			
ชาย	1,909	761	39.9
หญิง	2,100	77	3.7
กลุ่มอายุ (ปี)			
15-18	802	99	12.3
19-24	807	183	22.7
25-59	1,551	375	24.2
60 ปีขึ้นไป	849	181	21.3
อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรก (ปี)		17.2±5.0	
อายุต่ำสุด-สูงสุด (ปี)		7-50	
ปริมาณการสูบบุหรี่ (มวนต่อวัน)			
จำนวนบุหรี่เฉลี่ยที่สูบต่อวัน		9.6±7.1	
จำนวนต่ำสุด-สูงสุด		1-60	
ภาค			
กรุงเทพมหานคร	802	152	19.0
กลาง	800	210	26.2
เหนือ	798	113	14.2
ตะวันออกเฉียงเหนือ	803	155	19.3
ใต้	806	208	25.8

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่สูบบุหรี่ปัจจุบัน จำแนกตามประเภทบุหรี่ยี่ห้อที่สูบได้ บุหรี่มาจากแหล่งใด แหล่งที่ผู้สูบเลือกซื้อ และรูปแบบการซื้อบุหรี่

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประเภทบุหรี่ยี่ห้อที่สูบ (จำนวน 838 คน)		
บุหรี่ยี่ห้อที่ผลิตในประเทศ	516	61.6
บุหรี่ยี่ห้อที่ผลิตในต่างประเทศ	56	6.7
บุหรี่มวนเอง	262	31.3
ไปป์/ซิการ์	2	0.2
ยาสูบผ่านน้ำ บารากุ/สุกก้า/ซิการ์/บุหรี่ไฟฟ้า	2	0.2
ได้บุหรี่ยี่ห้อจากแหล่งใด (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ) (จำนวน 838 คน)		
ซื้อเอง	810	81.4
ขอเพื่อน/คนรู้จัก	141	14.2
ให้คนอื่นซื้อให้	44	4.4
แหล่งที่ผู้สูบเลือกซื้อบุหรี่ยี่ห้อที่สูบ (จำนวน 810 คน)		
ร้านค้าใกล้บ้าน/ที่พักอาศัย	697	86.0
ร้านค้าใกล้โรงเรียน/ที่ทำงาน	12	1.5
ตลาดนัด/แผงลอยริมถนน	15	1.9
ร้านค้าสะดวกซื้อ	86	10.6
รูปแบบการซื้อบุหรี่ยี่ห้อที่สูบ (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ) (จำนวน 810 คน)		
ซื้อเป็นมวน/แบ่งขาย (บุหรี่โรงงาน)	389	36.2
ซื้อเป็นซอง (บุหรี่โรงงาน)	458	42.6
ซื้อเป็นห่อ (คาร์ตัน) (บุหรี่โรงงาน)	16	1.5
ซื้อเป็นซอง/ห่อ/กระปุก (ยาเส้น)	212	19.7

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่สูบบุหรี่ปัจจุบัน จำแนกตามอยากเลิกสูบบุหรี่ สาเหตุที่ทำให้อยากเลิกบุหรี่ ผู้ที่พยายามเลิกบุหรี่ วิธีเลิกบุหรี่ และสาเหตุที่ทำให้เลิกบุหรี่ไม่สำเร็จ

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ผู้สูบบุหรี่ (จำนวน 838 คน)		
อยากเลิกสูบบุหรี่	621	74.1
ไม่อยากเลิกสูบบุหรี่	217	25.9
สาเหตุที่ทำให้อยากเลิกบุหรี่ (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ) (จำนวน 621 คน)		
เป็นห่วงสุขภาพตนเอง/คนรอบข้าง	759	59.6
การต่อต้านจากครอบครัว/เพื่อน/สังคม	199	15.6
ได้รับคำแนะนำ/การณรงค์/ภาพคำเตือนบนซองบุหรี่	144	11.3
ต้องการเป็นตัวอย่างสำหรับคนอื่น	38	3.0
บุหรี่มีราคาแพง	109	8.6
กฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ	24	1.9
จำนวนผู้สูบบุหรี่ที่เคยพยายามเลิกบุหรี่ (จำนวน 838 คน)		
เคยพยายามเลิกบุหรี่	589	70.3
ไม่เคยพยายามเลิกบุหรี่	249	29.7
วิธีเลิกบุหรี่ที่ผู้สูบเลือกใช้ (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ) (จำนวน 589 คน)		
เลิกด้วยตนเอง	581	95.9
บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ (quit line 1600)	11	1.8
คลินิกเลิกบุหรี่ในสถานบริการสุขภาพ	14	2.3
สาเหตุที่ทำให้เลิกบุหรี่ไม่สำเร็จ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) (จำนวน 589 คน)		
ไม่สามารถควบคุมการอยากสูบบุหรี่ได้	566	90.3
ไม่สะดวกในการเดินทางเพื่อรับบริการเลิกบุหรี่	20	3.2
ยาเลิกบุหรี่มีราคาแพง	26	4.2

การปฏิบัติตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535

การปฏิบัติตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ของผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันพบว่า สถานที่ปลอดบุหรี่ตามกฎหมายที่มีผู้ละเมิดการสูบบุหรี่มากที่สุด (สูบบุหรี่ทุกครั้งที่ไปยังสถานที่นั้น) คือร้านอาหารหรือสถานบันเทิง ร้อยละ 16.7 สถานที่ที่มีผู้สูบบุหรี่ฝ่าฝืนการสูบบางครั้งไปมากที่สุดคือ ตลาด ร้อยละ 45.0 และสถานที่ที่มีผู้ปฏิบัติตามกฎหมายมากที่สุด คือ ไม่สูบบุหรี่ในสถานที่นั้น ๆ เลย คือ รอดโดยสาธารณะ ร้อยละ 88.4

ผลการประเมินในภาพรวม เทียบกับเป้าหมายที่กำหนดในแผนยุทธศาสตร์

จากผลการประเมินในภาพรวมเพื่อตอบวัตถุประสงค์ ทั้ง 3 ข้อ คือ

วัตถุประสงค์ที่ 1 ลดอัตราการบริโภคยาสูบของประชาชน โดยมีเป้าหมาย (1) อัตราการสูบบุหรี่

ปัจจุบันของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยรวมลดลง ร้อยละ 10.0 จากปี พ.ศ. 2552 (ร้อยละ 18.7) ผลการประเมินเท่ากับร้อยละ 20.9 เป้าหมาย (2) อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรชายอายุ 15 ปีขึ้นไป ลดลง ร้อยละ 10 จากปี พ.ศ. 2552 (ร้อยละ 37.5) ผลการประเมินเท่ากับร้อยละ 39.9 เป้าหมาย (3) อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรหญิงอายุ 15 ปีขึ้นไป ไม่เพิ่มขึ้นจากปี 2552 (ร้อยละ 2.01) ผลการประเมินเท่ากับร้อยละ 3.7 เป้าหมาย (4) อัตราการบริโภคยาสูบชนิดอื่น ๆ (บุหรี่ไรควัน) ไม่เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2552 (ร้อยละ 3.9) ผลการประเมินเท่ากับร้อยละ 3.3 (ใช้ข้อมูลผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2557) (ดังตารางที่ 4)

วัตถุประสงค์ที่ 2 ลดปริมาณการบริโภคยาสูบต่อหัวประชากรต่อปี โดยมีเป้าหมายลดลงไม่น้อยกว่า ร้อยละ 20 จากปี พ.ศ. 2552 (547 มวน/คน/ปี) ผลการประเมินเท่ากับ 720.7 (มวน/คน/ปี) (ดังตารางที่ 4)

วัตถุประสงค์ที่ 3 ทำให้สิ่งแวดล้อมปลอดภัยจาก บุหรี่ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน โดยมี เป้าหมายอัตราการได้รับควันบุหรี่มือสองของประชาชน ลดลง ร้อยละ 50.0 จากปี พ.ศ. 2552 (ร้อยละ 32.5) จากผลการประเมินครั้งนี้มีข้อจำกัด ไม่สามารถคำนวณ อัตราการได้รับควันบุหรี่มือสองของประชาชนได้ มีเพียง บอกได้ว่า สถานที่สาธารณะตามกฎหมายอะไรบ้าง ที่ประชาชนมีการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง หรือยังพบมีการ สูบบุหรี่ ดังนั้นในกรณีสัมผัสควันบุหรี่มือสองของ ประชาชนในช่วง ปี พ.ศ. 2552 กับปี พ.ศ. 2557 กฎหมายที่เกี่ยวข้อง มีความแตกต่างกัน เนื่องจากในช่วง ปี พ.ศ. 2553 มีการออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 19) พ.ศ. 2553 เรื่อง กำหนดชื่อ หรือประเภท ของสถานที่สาธารณะที่ห้ามการคุ้มครองสุขภาพของ ผู้ไม่สูบบุหรี่ และกำหนดส่วนหนึ่งส่วนใด หรือทั้งหมด ของสถานที่สาธารณะดังกล่าวเป็นเขตสูบบุหรี่หรือ เขตปลอดบุหรี่ ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของ ผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ส่งผลให้ข้อคำถามที่ซึ่งถึงแม้

เป็นการสอบถามในสถานที่สาธารณะเดียวกัน แต่ความ หมายต่างกัน จึงไม่สามารถนำเสนอข้อมูลในภาพรวมของ ทุกสถานที่ได้ และในการประเมินผลครั้งนี้ จึงคัดเลือก ประเมินเฉพาะสถานที่ที่ยังคงมีนิยามของการเป็นเขต ปลอดบุหรี่ที่เหมือนกัน ได้ทั้งสิ้น 3 สถานที่ ได้แก่ ใน บริการขนส่งสาธารณะ, สถานศึกษาต่ำกว่าอุดมศึกษาและ ตลาด

ดังนั้นการสัมผัสควันบุหรี่มือสองของประชาชน ในปี พ.ศ. 2557 เทียบกับปี พ.ศ. 2552 พบว่า ในบริการ ขนส่งสาธารณะคงที่ ในสถานศึกษาต่ำกว่าอุดมศึกษาและ ตลาด ลดลงอย่างชัดเจน (ดังตารางที่ 5) และเมื่อ พิจารณาผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันที่ยังมีการสูบบุหรี่ในสถานที่ สาธารณะพบว่า ร้านอาหารหรือสถานบันเทิง ละเมิดการ สูบบุหรี่ทุกครั้งมากที่สุด ร้อยละ 16.7 และตลาดมีการ ละเมิดการสูบบุหรี่บางครั้งมากที่สุด ร้อยละ 45.0 และ สถานที่ที่มีผู้ปฏิบัติตามกฎหมายมากที่สุดคือ ไม่สูบบุหรี่ ในสถานที่นั้น ๆ เลย คือรถโดยสารสาธารณะ ร้อยละ 88.4

ตารางที่ 4 แสดงเป้าหมายและผลลัพธ์การดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2557 โดยการเปรียบเทียบผลจากการสำรวจการประเมินผลตามแผนยุทธศาสตร์ของสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ และ การสำรวจพฤติกรรมกาสูบหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2557 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ

เป้าหมาย	ฐานปี 2552 ร้อยละ (95% CI)	ค่าเป้าหมาย ปี 2557 ร้อยละ	ผลประเมินของ สำนักควบคุมการ บริโภคยาสูบ ปี 2557 ร้อยละ (95% CI)	ผลสำรวจของ สำนักงานสถิติ แห่งชาติ ปี 2557 ร้อยละ (95% CI)
1. ลดอัตราการบริโภคยาสูบของประชาชน				
1.1 อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปโดยรวม ลดลงร้อยละ 10.0 จากปี 2552	20.7 (20.2, 21.3)	18.7	20.9 (20.9, 21.1)	20.7 (20.0, 21.5)
1.2 อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรชายอายุ 15 ปี ขึ้นไป ลดลงร้อยละ 10.0 จากปี 2552	40.5 (39.5, 41.4)	37.5	39.9 (39.9, 40.3)	40.5 (39.2, 41.8)
1.3 อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรหญิง อายุ 15 ปีขึ้นไป ไม่เพิ่มขึ้นจากปี 2552	2.01 (1.8, 2.2)	2.01	3.7 (3.7, 3.9)	2.2 (1.9, 2.5)
1.4 อัตราการบริโภคยาสูบชนิดอื่น ๆ (บุหรี่ไร ควัน) ไม่เพิ่มขึ้นจากปี 2552	3.9 (3.4, 4.4)	3.9	-	3.3 (2.9, 3.6)
2. ลดปริมาณการบริโภคยาสูบต่อหัวประชากรต่อปี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20.0 จากปี 2552	684 (มวล/คน/ปี)	547	720.7 (มวล/คน/ปี)	-
3. อัตราการได้รับควันบุหรี่มือสองของประชาชน ลดลง ร้อยละ 50.0 จากปี 2552	65.6	32.5	-	-

ตารางที่ 5 แสดงการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในสถานที่สาธารณะตามที่กฎหมายกำหนด

การสัมผัสควันบุหรี่มือสองในสถานที่ สาธารณะตามที่กฎหมายกำหนด	ฐานปี 2552 ร้อยละ (95% CI)	ผลประเมิน ปี 2557 ร้อยละ (95% CI)	การแปลผล
ในบริการขนส่งสาธารณะ	21.6 (19.6, 23.9)	24.3 (23.0, 25.6)	คงที่
สถานศึกษาต่ำกว่าอุดมศึกษา	33.4 (30.9, 36.0)	10.9 (10.2, 11.7)	ลดลงชัดเจน
ตลาด	69.3 (67.7, 70.9)	66.0 (64.6, 67.4)	ลดลงชัดเจน

ผลการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ ผู้บริหาร

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกของผู้บริหารระดับจังหวัดและสำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) ที่ศึกษา มีข้อค้นพบที่สำคัญแยกตามประเด็น ดังนี้

1. ด้านนโยบาย/ยุทธศาสตร์ควบคุมการ บริโภคยาสูบ

นโยบายการควบคุมยาสูบในภาพรวมของจังหวัดยังไม่มีมีการยกเป็นวาระสำคัญของจังหวัดหรือท้องถิ่นที่ต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วน มีเพียงการให้ความรู้ณรงค์ประชาสัมพันธ์ร่วมกับงานยาเสพติด/แอลกอฮอล์/โรคไม่ติดต่อ หรือการดำเนินการตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ในการจัดสถานที่สาธารณะ/สถานที่ทำงานปลอดบุหรี่ อีกทั้งจังหวัดยังไม่มีมีการนำแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติมาใช้อย่างจริงจัง

2. ด้านมาตรการเพิ่มภาษี/มาตรการอื่นใด ที่ช่วยลดอัตราการสูบบุหรี่

ผู้บริหารส่วนใหญ่เห็นด้วยว่า การเพิ่มภาษีสมีส่วนช่วยลดการสูบบุหรี่ลงได้ และควรใช้มาตรการทางสังคม ร่วมกับมาตรการทางกฎหมาย เพื่อจำกัดพื้นที่การสูบบุหรี่ รวมทั้งมาตรการควบคุมการโฆษณา ส่งเสริมการขายทุกรูปแบบ และมาตรการการให้บริการช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ร่วมด้วย

3. ความสำคัญของงานบุหรี่ลำดับใด

ในระดับจังหวัดผู้บริหารให้ความสำคัญงานควบคุมยาสูบในระดับปานกลาง เนื่องจากไม่อยู่ในแผนยุทธศาสตร์ของจังหวัด โดยเฉพาะผู้บริหารระดับท้องถิ่น

เห็นว่าไม่ใช่ภารกิจหลัก และยังไม่เห็นความสำคัญของปัญหา และผลกระทบจากการบริโภคยาสูบ ในส่วนของโรงพยาบาลและ สคร. ให้ความสำคัญของงานควบคุมยาสูบอยู่ในระดับต้นๆ เนื่องจากบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

4. การจัดสรรงบประมาณ และการแต่งตั้ง ผู้รับผิดชอบงานควบคุมยาสูบ

ในระดับจังหวัดการจัดสรรงบประมาณงานควบคุมยาสูบยังไม่เป็นระบบ มีเพียงดำเนินงานร่วมกับงานยาเสพติด/แอลกอฮอล์/โรคไม่ติดต่อ ในส่วนขององค์การบริหารส่วนจังหวัด (ท้องถิ่น) มีงบประมาณที่เก็บภาษีสรรพสามิต ได้จากภาษีบุหรี่และเหล้า ปิยะหลายล้านบาท แต่ไม่สามารถนำมาใช้ในการดำเนินงานควบคุมยาสูบได้โดยตรง ในส่วนการแต่งตั้งผู้รับผิดชอบงานควบคุมยาสูบ มี 2 จังหวัด ใน 4 จังหวัด (ภาคตะวันออก เฉียงเหนือและภาคใต้) ที่มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการควบคุมยาสูบจังหวัด และมีการประชุมอย่างต่อเนื่อง นอกจากนั้นมีผู้รับผิดชอบงานควบคุมยาสูบ แต่มีงานอื่นที่รับผิดชอบร่วมด้วย

5. ข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงานควบคุม ยาสูบ

5.1 ควรกระตุ้น/สื่อสารให้ผู้บริหารระดับจังหวัดและท้องถิ่นเห็นปัญหาและผลกระทบอันเนื่องมาจากการบริโภคยาสูบ และนำแผนยุทธศาสตร์ควบคุมยาสูบมาใช้เป็นกรอบแนวทาง โดยที่แผนยุทธศาสตร์ควรเขียนให้กระชับ ไม่ซับซ้อน และกำหนดเป็นตัวชี้วัดการประเมินผลของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

5.2 ควรใช้นโยบายสร้างความตระหนัก

สร้างจิตสำนึกของประชาชนให้ลดละเลิกบุหรี่ เพื่อช่วยให้ผู้สูบบุหรี่เข้าถึงบริการช่วยเลิกบุหรี่ โดยให้อยู่ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในสถานพยาบาลทุกระดับ สนับสนุนผลิตภัณฑ์ยาช่วยเลิกบุหรี่ให้อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ รวมถึงเน้นการเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมาย โดยอาศัยความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายให้มากขึ้น

5.3 กระทรวงสาธารณสุขควรมีนโยบายให้บุคลากรสาธารณสุขไม่สูบบุหรี่ เพื่อเป็นต้นแบบให้กับหน่วยงานอื่น

วิจารณ์และสรุป

การประเมินผลแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2557 เป็นการประเมินผลสรุปรวม หลังเสร็จสิ้นแผนยุทธศาสตร์ที่เกิดจากผลลัพธ์การดำเนินงานเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดในแผนยุทธศาสตร์ ผลการประเมินในภาพรวมโดยพิจารณาจากเป้าหมายสำคัญของแผนยุทธศาสตร์พบว่า พ.ศ. 2557 อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยรวมเท่ากับร้อยละ 20.9 เป็นประชากรชายร้อยละ 39.9 และประชากรหญิงร้อยละ 3.7 โดยอัตราการสูบบุหรี่ของผู้ชายมากกว่าผู้หญิง 10.8 เท่า เมื่อพิจารณาจากผลการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2557 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ⁽⁵⁾ จะพบว่า อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยรวมเท่ากับร้อยละ 20.7 เป็นชาย ร้อยละ 40.5 และหญิงร้อยละ 2.2 จะเห็นได้ว่า ทั้งจากผลการประเมินของสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ และผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติก็สูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดในแผนยุทธศาสตร์คือ ร้อยละ 18.7 ร้อยละ 37.5 และร้อยละ 2.01 เช่นเดียวกัน (ดังตารางที่ 1, 4) ทั้งในส่วนปริมาณการบริโภคยาสูบต่อหัวประชากรต่อปี ผลการประเมินเท่ากับ 720.7 (มวน/คน/ปี) สูงกว่าเป้าหมายที่กำหนด 547 (มวน/คน/ปี) (ดังตารางที่ 4) และการที่อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยรวมทั้งชายและหญิง รวมทั้งปริมาณการบริโภคยาสูบต่อหัวประชากรต่อปี สูงกว่าเป้าหมายที่กำหนด

อาจจะเป็นผลมาจากคนที่ติดบุหรี่ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ เนื่องจากไม่สามารถควบคุมการอยากสูบบุหรี่ได้ถึงร้อยละ 90.3 (ดังตารางที่ 3) เพราะว่าเป็นสารเสพติดที่เลิกยากในคนที่ติดแล้ว ซึ่งโรคเสพติดยาสูบถือเป็นโรคชนิดหนึ่งที่ต้องคัดการอนามัยโลกกำหนดใน ICD-10 หัวข้อ nicotine dependence⁽⁶⁾ จึงจำเป็นต้องเน้นการบำบัดรักษาผู้เสพติดยาสูบ เพื่อลดอัตราป่วย และอัตราตายอันเนื่องมาจากการบริโภคยาสูบ โดยการให้ยาช่วยเลิกบุหรี่ยังร่วมกับทำให้คำปรึกษาเป็นแรงจูงใจช่วยให้การเลิกบุหรี่ยของผู้เสพติดยาสูบประสบความสำเร็จมากยิ่งขึ้น⁽⁶⁻⁷⁾ อีกทั้งกลยุทธ์การตลาดของอุตสาหกรรมยาสูบหลากหลายรูปแบบ เช่น การโฆษณาแฝงด้วยรูปแบบต่างๆ ที่แยบยล การให้การสนับสนุน/อุปถัมภ์กิจกรรมทางสังคม การผลิตบุหรี่ราคาถูก เป็นต้น ดึงดูดความสนใจกระตุ้นให้ผู้บริโภคเกิดความต้องการใช้ยาสูบอยู่เสมอ⁽⁸⁾ ดังนั้นเพื่อช่วยให้ผู้สูบบุหรี่เข้าถึงบริการช่วยเลิกบุหรี่ในสถานพยาบาลทุกระดับ โดยให้อยู่ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า สนับสนุนผลิตภัณฑ์ยาช่วยเลิกบุหรี่ให้อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ สอดคล้องกับข้อเสนอแนะที่ผู้เชี่ยวชาญขององค์การอนามัยโลกได้มาประเมินสมรรถนะด้านประสิทธิผลของการดำเนินนโยบายควบคุมยาสูบของประเทศไทย⁽⁹⁾ และเป็นไปตามแนวปฏิบัติข้อ 14 การช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ให้เลิกสูบทามกรอบอนุสัญญาควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก

อย่างไรก็ตาม ผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าวประสบผลเป็นที่น่าพอใจในระดับหนึ่ง ซึ่งปัจจุบันจะเห็นได้ว่า มีแนวโน้มไปในทางที่ดีขึ้นคือ ผู้สูบบุหรี่ที่มีความสนใจที่อยากเลิกบุหรี่ หรือพยายามเลิกบุหรี่ ร้อยละ 74.1 โดยให้เหตุผลเป็นเพราะว่า เป็นห่วงสุขภาพของตนเองหรือคนรอบข้างมากที่สุด ร้อยละ 59.6 รวมถึงการต่อต้านจากครอบครัว/เพื่อน/สังคม ร้อยละ 15.6 (ดังตารางที่ 3) ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการดำเนินงานควบคุมยาสูบภายใต้แผนยุทธศาสตร์นี้จากความร่วมมือของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ทั้งรัฐและเอกชนอย่างเข้มแข็ง เริ่มเป็นสังคมที่ไม่ยอมรับการสูบบุหรี่ เกิดกระแสต่อต้านการสูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้น

เพื่อให้สังคมไทยเกิดค่านิยมเลิกบุหรี่ไปในที่สุด

ดังนั้นการกำหนดนโยบายและการบริหารจัดการในแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติฉบับต่อไป ให้มีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น ควรดำเนินการ ดังนี้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. เนื่องจากแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2557 เป็นแผนยุทธศาสตร์ฉบับแรกที่มีความครอบคลุมในทุกมิติ เป็นไปตามกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ และสอดคล้องกับนโยบายการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก แต่มีบางยุทธวิธี/มาตรการ/กิจกรรมหลักที่มีความซ้ำซ้อนกันในแต่ละยุทธศาสตร์ ดังนั้นควรลดความซ้ำซ้อน และมีความเห็นว่า ในแผนยุทธศาสตร์ฉบับที่สองควรปรับลดจำนวนยุทธศาสตร์ที่มีความใกล้เคียงกันให้รวมอยู่ด้วยกันเพื่อให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น และควรคัดเลือกว่า ในแต่ละปีจะมุ่งเน้นไปยุทธศาสตร์/ยุทธวิธีใด โดยกำหนดเป็นตัวชี้วัดร่วมระหว่างหน่วยงาน เพื่อให้มีทิศทางการทำงานเดียวกันบนพื้นฐานภารกิจของแต่ละหน่วยงาน

2. สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค ในฐานะผู้รับผิดชอบหลักการควบคุมยาสูบของประเทศ ควรปรับบทบาทไปสู่การบริหารจัดการเชิงกลยุทธ์ และควรสื่อสารถ่ายทอดขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติให้ชัดเจนและครอบคลุมทุกพื้นที่ รวมถึงการติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ และนำเสนอผลความคืบหน้าในการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ของภาคีเครือข่ายให้สาธารณชนรับทราบเป็นระยะ ๆ

3. ควรเน้นนโยบายความสำคัญต่อมาตรการเลิกบุหรี่ เพื่อลดอัตราการป่วยและอัตราการตาย อันเนื่องมาจากการบริโภคยาสูบ โดยบูรณาการไว้ในงานประจำของระบบบริการสุขภาพทุกระดับ และผลักดันยาช่วยเลิกบุหรี่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ เพื่อให้ผู้มีสิทธิ์ในแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพ สามารถเข้าถึงยาดังกล่าวได้ อีกทั้งให้

บริการเลิกบุหรี่เชิงสร้างสรรค์ที่เยาวชนสามารถเข้าถึงได้ รวมถึงการจำกัดพื้นที่สูบบุหรี่ และทำการตลาดเชิงสังคมเรื่องบ้านปลอดบุหรี่ร่วมด้วย

4. ควรเร่งรัดพัฒนากฎหมาย และระบบเฝ้าระวังการละเมิดกฎหมายควบคุมยาสูบที่เท่าทันกลยุทธ์การตลาดของอุตสาหกรรมยาสูบ โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายภาคประชาสังคมอย่างเข้มแข็ง

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1. ควรผลักดันให้นโยบายการควบคุมยาสูบเป็นวาระของจังหวัดและท้องถิ่น ซึ่งจังหวัดและท้องถิ่นเป็นจุดจัดการที่สำคัญที่สุด และควรมีโครงสร้างการดำเนินงานควบคุมยาสูบในระดับจังหวัดทุกจังหวัด อาจบูรณาการกับคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัด โดยมีการดำเนินงานควบคุมยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทำบูรณาการคู่ขนานไปด้วยกัน ในระดับพื้นที่ และให้มีการบรรจุอยู่ในแผนปฏิบัติราชการประจำปีของจังหวัด/อำเภอ/ตำบล

2. ควรมีการเสาะแสวงหาภาคีเครือข่ายการดำเนินงานควบคุมยาสูบ ทั้งในระดับบุคคลและองค์กรเพิ่มเติม เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานให้มีความเข้มแข็งและยั่งยืน ทั้งในระดับประเทศและระดับพื้นที่

3. ควรมีการถอดบทเรียนการทำงานควบคุมยาสูบ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาต่อยอดและเป็นต้นแบบในการขยายผลไปในจังหวัด/พื้นที่อื่น ๆ

4. การดำเนินงานตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 19 พ.ศ. 2553 ที่กำหนดให้จัดเขตห้ามสูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะและสถานที่ทำงานนั้น ควรเน้นให้เจ้าของสถานที่เป็นผู้รับผิดชอบดูแลไม่ให้มีการสูบบุหรี่ในสถานที่นั้น ๆ รวมทั้งประชาสัมพันธ์เชิงรุกให้ประชาชนมีความรู้ ตระหนักในพิษภัยยาสูบ และปฏิบัติตามกฎหมายควบคุมยาสูบ

กิตติกรรมประกาศ

รายงานวิจัยการประเมินผลฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งของแพทย์หญิง ปานทิพย์ โชติเบญจมาภรณ์ ผู้อำนวยการสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค ขอขอบคุณ รศ.ดร. นวรัตน์ สุวรรณผ่อง ผศ. ดร.มธุรส ทิพย์มงคลกุล และ ดร.ศรัณญา เบญจกุล จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ได้ให้คำแนะนำที่มีคุณค่ายิ่ง และให้ข้อคิดเห็นต่างๆ มาโดยตลอด รวมทั้ง ดร.รุ่งระวี ทิพย์มนตรี คุณจุฑาทิพย์ ปรีการ และบุคลากรสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ ภาควิชาเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐและเอกชนที่มีส่วนทำให้การดำเนินงานประเมินผลครั้งนี้สำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี คณะผู้ประเมินขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2557. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2555.
2. Framework Convention Alliance. Latest ratifications of the WHO FCTC [Internet]. [cited 2016 Mar 12]. Available from: <http://www.fctc.org/about-fca/tobacco-control-treaty/latest-ratifications>
3. สมคิด พรหมจ้อย. เทคนิคการประเมินโครงการ. สุพรรณบุรี: หจก. ออฟเซทอาร์ท ออโตเมชั่น; 2542.
4. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ. สถิติและระเบียบวิธีวิจัยในงานสาธารณสุข: ประมวลสาระ เล่ม 2 (หน่วยที่ 6-10). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2553.
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2557. กรุงเทพมหานคร: บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด; 2557.
6. ประกิจ วาทีสาธกิจ. โรคเสพติดยาสูบอีกที. จุลสารฟ้าใส 2557;3:14.
7. หทัยชนก สุมาลี, ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, ประภาพรพรณ เอี่ยมอนันต์, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. การประเมินผลการจัดบริการช่วยเหลือบุหรี่ในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2558;3:241-52.
8. ศรัณญา เบญจกุล, มณฑา เก่งการพานิช, ธราดล เก่งการพานิช, ดุสิต สุจิรัตน์. รายงานการพยากรณ์โรคและภัยสุขภาพ: แนวโน้มการบริโภคยาสูบของประชากรไทย. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ไนซ์ เอิร์ธ ดีไซน์ จำกัด; 2557.
9. ลักขณา เต็มศิริกุลชัย. รายงานการประเมินสรณณะด้านประสิทธิผลของการดำเนินนโยบายควบคุมยาสูบของประเทศไทย โดยองค์การอนามัยโลก. กรุงเทพมหานคร: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์; 2553.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ความรู้เกี่ยวกับการให้คำปรึกษาการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติหน้าที่ให้คำปรึกษา เขตสุขภาพที่ 5

The knowledge on counseling to disclosure of HIV diagnosis children and related factors of counselors in Health service zone 5

เพชรรัตน์ อรุณภาคมงคล ป.พย.

Petcharat Aroonpakmongkol Cert NS.

(พยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง)

(Nursing Midwifery)

นิคม กสิวิทย์อำนวย วท.ม. (วิทยาการระบาด)

Nikom Kasivitumnouy M.Sc. (Epidemiology)

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี

Office of Disease Prevention and Control region 5,

Ratchaburi

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าความรู้เกี่ยวกับการให้คำปรึกษาการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติหน้าที่ให้คำปรึกษา เขตสุขภาพที่ 5 วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้และความแตกต่างของความรู้เกี่ยวกับการให้คำปรึกษาการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก กับปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ และประสบการณ์ด้านการผ่านหลักสูตรการให้คำปรึกษา ผู้ป่วยเอดส์/ญาติ การให้คำปรึกษาการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีแก่คู่สามี ภรรยา การให้คำปรึกษาการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก หลังการอบรมหลักสูตรความรู้เกี่ยวกับการให้คำปรึกษาในการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็กของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติหน้าที่ในการให้คำปรึกษา ในเขตสุขภาพที่ 5 ระหว่างวันที่ 13 ถึง 15 สิงหาคม 2557 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 35 ตัวอย่าง ระยะเวลาการศึกษา สิงหาคม 2557 ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้ ความรู้เกี่ยวกับการให้คำปรึกษาการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก หลังการอบรมอยู่ในระดับปานกลาง คุณลักษณะส่วนบุคคลที่ต่างกันด้านอายุ การผ่านหลักสูตรการให้คำปรึกษา การให้คำปรึกษาผู้ป่วยเอดส์และญาติ การให้คำปรึกษาการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีแก่คู่สามี ภรรยา การให้คำปรึกษาการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก มีความรู้เกี่ยวกับการให้คำปรึกษาในการเปิดเผยสถานะ การติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็กไม่แตกต่างกัน และปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับการให้คำปรึกษาการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก ข้อเสนอแนะจากการวิจัย (1) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร ควรจัดการอบรมที่เน้นทั้งด้านความรู้ หลักการการให้บริการ ทักษะและการฝึกปฏิบัติ เนื่องจากความรู้ที่สามารถวัดได้ในระดับที่ดี หากขาดการฝึกปฏิบัติ (โดยเฉพาะด้านการให้บริการปรึกษา) ในการให้บริการอาจทำได้ไม่เต็มที่เท่าที่ควร (2) บุคลากรสาธารณสุขที่ทำหน้าที่ให้คำปรึกษา ไม่ว่าจะผ่านการอบรมพื้นฐานการให้คำปรึกษาหรือไม่ ต้องได้รับการอบรมหลักสูตรการให้คำปรึกษาการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก เพราะเป็นเรื่องใหม่ มีความละเอียดอ่อนกว่าการให้คำปรึกษาในเอชไอวีกลุ่มอื่นๆ (3) บุคลากรสาธารณสุขที่ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาเอชไอวีในทุกกลุ่ม ต้องได้รับการอบรมการให้คำปรึกษาการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก ก่อนที่จะให้คำปรึกษาการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก (4) เมื่อไรก็ตามที่มีการอบรมการให้คำปรึกษา

ควรเพิ่มเนื้อหาการอบรมเรื่องการให้คำปรึกษาการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก ในทุกหลักสูตรการอบรม การให้คำปรึกษา (5) ส่งเสริมให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานให้คำปรึกษาการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก ให้สำรวจ ตรวจสอบการปฏิบัติงานของตนเองอย่างสม่ำเสมอ เพื่อพัฒนาการปฏิบัติงานที่ดี ป้องกันข้อผิดพลาดจากการปฏิบัติงาน ในด้านนโยบาย ผู้บริหารทุกระดับควรส่งเสริมและให้การสนับสนุนในเรื่องของแผนงาน โครงการด้านการส่งเสริมความรู้ ทักษะการให้คำปรึกษาการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก มีการอบรมฟื้นฟูหรืออบรมเพิ่มเติมให้แก่ผู้ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาทุกคน เพื่อให้มีความรู้ ทักษะในการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก โดยใช้เนื้อหาหลักสูตรและกระบวนการอบรมตามหลักสูตรตามคู่มือที่ใช้ในการอบรมครั้งนี้ เพราะคู่มือมีความครอบคลุมเนื้อหา วัตถุประสงค์ และการสร้างทักษะ กำหนดกระบวนการอบรมพัฒนาที่ชัดเจน เหมาะสมกับการพัฒนาบุคลากรต่อไป ในด้านของการนำผลวิจัยนี้ไปใช้ประโยชน์ หากจะศึกษาเรื่องนี้ควรคำนึงถึงขนาดตัวอย่าง ให้มีจำนวนมากขึ้น เพื่ออ้างอิงเป็นตัวแทนกลุ่มประชากรผู้ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาได้อย่างเหมาะสม

Abstract

The knowledge on counseling to disclosure of HIV diagnosis children and related factors of counselors in health zone 5. The aims to study the level of knowledge on counseling about disclosure of HIV-infected children and the differences between personal factors of the counselors with knowledge about disclosure of HIV-infected children, with the personal factors include age and experience over the course of the counseling, experience on counseling patients/relatives, counseling for disclosure of HIV infection to couples, counseling exposing conditions. HIV-infected children after the training course of counseling on disclosure of HIV infection to the child's of counselors between 13th to August 15th, 2014 data were collected by questionnaire from 35 samples. Studying during August 2014. The results were as follows: Knowledge of counseling on the disclosure HIV infected children were moderate level. The factors to had experience over the course of the counseling, had been counseling people infected with HIV and AIDS cousin, counseling on disclosure of HIV infection and counseling to disclosure the conditions of disclosure of HIV diagnosis children had no difference with the knowledge on counseling to disclosure of HIV diagnosis children at statistically significant at the 0.05 level. **This research suggestion:** (1) The potential development shall focus on knowledge, principles of service and skills of disclosure of HIV diagnosis children training, as knowledge that can be measured to a great extent if the lack of practice (Especially the provision of consultancy services) in service may not be good enough. (2) Health personnel acting in counselor whether training in basic counseling or not must to receive training counseling, disclosure of HIV-infected children courses because it is a new topic and difficult than counseling on HIV among others. (3) Health personnel serving counseling for HIV in all groups need to be training in counseling disclosure for children infected with HIV before counseling disclosure of HIV-infected children. (4) When the training counseling course the content shall be add the subject to counseling disclosure of HIV infection children. (5.) Encourage personnel counseling disclosure of HIV infections children to explore monitor themselves for performance regularly to improve and prevent errors in operational. **Policy management.** Executives at all levels should be encouraged

and supported in their action plans, projects to promote awareness skills counselors disclosure of HIV-infected children, training, re-training or additional training provided to serve as all counselors so knowledgeable, skills disclosure HIV infection in children. The course content and training courses on manual processes using in this training. The guideline is a comprehensive, objective and skill building. The process of developing a clear set of deities. The further development personnel. **In terms of the results of this research to good use.** The sample size should be a lot more for according to a demographic counselors who serve appropriately.

คำสำคัญ

ความรู้การให้การปรึกษา,
การเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก,
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์

Key words

the knowledge on counseling,
disclosure of HIV diagnosis children,
related factors of counselors

บทนำ

ผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งกำลังเติบโตขึ้น จำเป็นจะต้องเรียนรู้เรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง การเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็กจึงจำเป็นต้องคำนึงถึงช่วงวัยที่เหมาะสมในการที่เด็กสามารถจะรับรู้ รวมถึงความพร้อมทางด้านสุขภาพกาย จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรมทางสังคมของเด็ก และรวมทั้งความพร้อมของผู้ดูแลและครอบครัว ในการที่จะร่วมกันให้เด็กรับรู้สภาวะที่เป็นจริงเรื่องสุขภาพของเขาเอง ร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลรักษาเด็ก⁽¹⁾ โครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) ได้คาดประมาณไว้เมื่อ ปี พ.ศ. 2551 ทั่วโลกมีเด็กติดเชื้อเอชไอวีอายุต่ำกว่า 15 ปี ที่ยังมีชีวิตอยู่เป็นจำนวน 2 ล้านคน โดยในประเทศไทยมีประมาณ 14,000 ราย และมีเด็กอย่างน้อย 7,000 รายขึ้นไป ที่ได้รับยาต้านไวรัสในโครงการยาต้านไวรัสของประเทศ⁽²⁾ ที่ผ่านมาพบว่าเมื่อเด็กเติบโตขึ้น เด็กเริ่มมีความสงสัยกับการเจ็บป่วยของตนเอง ด้วยเหตุนี้การเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็กอย่างเป็นระบบ จึงมีบทบาทสำคัญที่จะช่วยให้เด็กเกิดการยอมรับสภาวะการติดเชื้อ และนำไปสู่การเอาใจใส่ต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง จากข้อมูลที่มีการศึกษาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศพบว่า มีเด็กโตที่ได้รับการแจ้งสภาวะการติดเชื้อเพียงร้อยละ

30.0-60.0⁽³⁻⁵⁾ สาเหตุหลักที่บุคลากรและผู้ดูแลไม่ยอมเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อให้กับเด็กคือ กลัวว่าการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อจะส่งผลกระทบต่อจิตใจของเด็ก มีความคิดว่า เด็กยังเล็กเกินไปที่จะเข้าใจเรื่องการติดเชื้อ กลัวเด็กเกิดการแยกตัวทางสังคม และเกรงว่าเด็กจะไม่สามารถเก็บความลับได้ ผู้ดูแลบางคนที่เป็นพ่อแม่รู้สึกผิดและเศร้าเสียใจที่เป็นต้นเหตุทำให้เด็กติดเชื้อ จึงหลีกเลี่ยงที่จะบอกสภาวะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก ผู้ดูแลเด็กร้อยละ 70.0 คิดว่าจะเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อให้เด็กทราบในอนาคต⁽⁵⁻⁷⁾ นอกจากนี้พบว่า ผู้ดูแลร้อยละ 85.0 และเด็กร้อยละ 97.0 รู้สึกดีขึ้นหลังจากการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อ⁽⁸⁾ การศึกษาอีกหลายชิ้นพบว่า การเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อช่วยพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem) ของเด็ก และพัฒนาความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวให้ใกล้ชิดกันมากขึ้น⁽⁹⁻¹⁰⁾ จากข้อมูลดังกล่าว โดยภาพรวมจะเห็นได้ว่าการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็กน่าจะก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย เด็กที่ได้รับการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อในช่วงวัยที่ช้าเกินไป อาจเริ่มมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศแล้ว หรืออาจเกิดความไม่ไว้วางใจต่อผู้ใหญ่ ถ้าเด็กรู้สึกว่าผู้ดูแลมีความลับและไม่เปิดเผยความจริงแก่ตนเอง หากการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อเร็วเกินไป เด็กยังเล็กอยู่ อาจเกิดความเข้าใจผิด หรือทำให้เด็กเกิดความซึมเศร้า

หรืออาจเกิดการเปิดเผยให้คนอื่นทราบโดยไม่ตั้งใจ การที่บุคลากรทางการแพทย์เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก เป็นหนทางหนึ่งที่จะทำให้มั่นใจได้ว่า เด็กจะได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับเอชไอวีที่ถูกต้อง รวมทั้งมีการให้ข้อมูลต่างๆ เพิ่มเติมแก่เด็กและผู้ดูแล และได้มีการติดตามช่วยเหลือตามสถานการณ์และความจำเป็นของเด็กและครอบครัวแต่ละราย⁽¹¹⁾ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความรู้และความแตกต่างของความรู้ในการให้การศึกษาในการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก หลังการอบรมของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติหน้าที่ในการให้การศึกษาการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก ในเขตสุขภาพที่ 5 เพราะการให้การศึกษาในการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก เป็นเรื่องที่มีความสำคัญมากต่อการลดผลกระทบทางลบที่จะเกิดขึ้นกับเด็กและครอบครัวผู้ติดเชื้อหรือป่วยด้วยเอชไอวี ผู้ทำหน้าที่ให้การศึกษาจำเป็นต้องมีความรู้ทักษะที่เหมาะสมในการดำเนินการ โดยใช้หลักสูตรการอบรมที่มีความครอบคลุมเนื้อหา ทักษะ จากคู่มือการให้การศึกษาการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ที่จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้ (1) ศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับการให้การศึกษาการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก หลังการอบรมของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติหน้าที่ในการให้การศึกษาการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก ในเขตสุขภาพที่ 5 (2) ศึกษาความแตกต่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปฏิบัติหน้าที่ให้คำปรึกษากับความรู้เกี่ยวกับการให้การศึกษาการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก

วัสดุและวิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาแบบ cross-sectional analytics study

ขอบเขตการศึกษา ในการวิจัยครั้งนี้จะทำการ

ศึกษาความรู้ในกระบวนการให้การศึกษาการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก ในกลุ่มผู้ปฏิบัติหน้าที่ให้คำปรึกษาของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 5

กลุ่มตัวอย่างคือ บุคลากรสาธารณสุขผู้ปฏิบัติงานด้านการให้การศึกษาประจำโรงพยาบาล ในเขตสุขภาพที่ 5 ที่เข้ารับการอบรมด้านการให้การศึกษาในการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก ที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี จัดการอบรมเป็นระยะเวลา 3 วัน ระหว่างวันที่ 13 ถึง 15 สิงหาคม 2557 จำนวน 35 คน และเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีเด็กติดเชื้อเอชไอวี ในความรับผิดชอบ

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามหลังสิ้นสุดการอบรม

ระยะเวลาการศึกษา ระหว่างเดือนสิงหาคม 2557

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนา ใช้อธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง อธิบายด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด สถิติเชิงอนุมาน ใช้สำหรับการทดสอบสมมติฐาน โดยเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ การผ่านหลักสูตรการให้การศึกษา การให้การศึกษาผู้ป่วยเอดส์/ญาติ การให้การศึกษาการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อเอชไอวีแก่คู่สามี ภรรยา และการให้การศึกษาการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก กับความรู้เกี่ยวกับการให้การศึกษาในการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก โดยใช้ t-test และ ANOVA วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลกับความรู้เกี่ยวกับการให้การศึกษาในการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก ใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน กำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. การเตรียมเนื้อหาในการอบรมผู้ให้การศึกษา ผู้วิจัยทำความเข้าใจจุดประสงค์ของข้อความรู้ที่จำเป็นในการอบรม โดยศึกษาเนื้อหา วิธีการปฏิบัติ

จากคู่มือ ทฤษฎี และผู้มีความเชี่ยวชาญจากสำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ที่เชิญมาเป็นวิทยากรในการอบรม โดยมีเนื้อหาหลักสูตรจากคู่มือการให้การปรึกษาการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และเชิญผู้มีความเชี่ยวชาญด้านการพัฒนากระบวนการให้การปรึกษาจากสำนักโรคเอดส์ วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นวิทยากรในการอบรม เนื้อหาและกระบวนการในการอบรม ประกอบด้วย

- 1) ความรู้เกี่ยวกับการให้การปรึกษาการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก
- 2) หลักการและทักษะการให้การปรึกษาที่สำคัญในการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก
- 3) หลักการสื่อสารและการให้การปรึกษากับผู้ดูแล
- 4) การสร้างสัมพันธภาพ (rapport building)
- 5) ทักษะการฟังและการตอบสนอง
- 6) ทักษะการถาม
- 7) หลักการสื่อสารกับเด็ก
- 8) รูปแบบการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก
- 9) การประเมินความพร้อมดูแล และเตรียมความพร้อมสำหรับเด็ก
- 10) การวางแผนเรื่องการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อแก่เด็ก
- 11) การแจ้งสภาวะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก
- 12) การติดตามเด็กและผู้ดูแล ภายหลังการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก
- 13) แนวทางการติดตามและประเมินเด็ก ภายหลังการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก
- 14) ทักษะการฝึกปฏิบัติ ตามเนื้อหาการฝึกอบรมแต่ละรายวิชาที่อบรม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการให้การปรึกษาในการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อเอชไอวี แก่เด็ก ผู้ศึกษาสร้างขึ้นโดยศึกษาจากแนวคิด ทฤษฎี และรายงานการวิจัยต่าง ๆ แบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง บุคลากรสาธารณสุข ผู้ปฏิบัติงานด้านการให้การปรึกษา จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่ง การผ่านหลักสูตร การให้การปรึกษา การให้การปรึกษาผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์/ ญาติ การให้การปรึกษาในการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อเอชไอวีแก่สามีภรรยา และการให้การปรึกษาแก่ผู้ดูแลในการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก

ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการให้การปรึกษาแก่ผู้ดูแลในการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก จำนวน 20 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก ใช่ ไม่ใช่ ตอบถูกต้องให้ข้อละ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้วัดความรู้หลังจากเสร็จสิ้นการอบรมตามหลักสูตรการให้การปรึกษาการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก ว่าผู้ทำหน้าที่ให้การปรึกษามีความรู้ ทักษะ ระดับใด และสามารถไปปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสมได้หรือไม่ เนื่องจากบุคลากรที่เข้ารับการอบรมในหลักสูตรนี้เป็นผู้ทำหน้าที่ให้การปรึกษา และส่วนใหญ่เป็นผู้ไม่เคยผ่านการอบรมการให้การปรึกษา การเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็กมาก่อน ผู้วิจัยจึงเห็นว่าการวัดความรู้ก่อนการอบรมเพื่อมาเปรียบเทียบความรู้หลังการอบรม ย่อมพบความแตกต่างในด้านความรู้ ผู้วิจัยจึงกำหนดขอบเขตของการศึกษาว่าจะศึกษาความแตกต่างของความรู้เกี่ยวกับการให้การปรึกษาการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก หลังการอบรมกับปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ และประสบการณ์ด้านการผ่านหลักสูตรการให้การปรึกษา การให้การปรึกษาผู้ป่วยเอดส์/ญาติ การให้การปรึกษาการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อเอชไอวีแก่คู่สามี ภรรยา

การให้การปรึกษาการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อเอชไอวี แก่เด็กของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติหน้าที่ให้การปรึกษา ในเขตสุขภาพที่ 5

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ได้รับการตรวจสอบคุณภาพดังนี้

1. นำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบเพื่อพิจารณาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) และครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการวิจัย

2. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ไปทดลองใช้ (try out) กับบุคลากรสาธารณสุขที่ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 5 ที่ไม่ใช่กลุ่มเป้าหมายในการอบรม จำนวน 30 คน

3. นำแบบสอบถามมาให้คะแนน โดยกำหนดให้ข้อที่ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบไม่ถูก 0 คะแนน แล้วนำไปหาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ แล้วทดสอบด้วยสถิติ t-test ข้อที่มีค่าตั้งแต่ 1.7 ขึ้นไป ถือว่ามีค่าอำนาจจำแนกดี

4. นำแบบสอบถามมาหาค่าความเชื่อมั่นได้ของข้อคำถาม (reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาค (Cronbach's coefficient of alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.7

เกณฑ์การแบ่งกลุ่มระดับคะแนน

ใช้การแปลผลคะแนนตามเกณฑ์ ดังนี้

คะแนนร้อยละ 80.0 ขึ้นไป คือ 16 คะแนน ขึ้นไป หมายถึง ความรู้ระดับสูง

คะแนนร้อยละ 60.0-79.0 คือ 12-15 คะแนน หมายถึง ความรู้ระดับปานกลาง

คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60.0 คือ 0-11 คะแนน หมายถึง ความรู้ระดับต่ำ

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 97.1 อายุระหว่าง 30-39 ปี ร้อยละ 37.1 รองลงมาคืออายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 34.3 กลุ่มอายุน้อยกว่า 30 ปี และมากกว่า 50 ปีขึ้นไป ร้อยละ 14.3 อายุเฉลี่ย 23 ปี อายุมากที่สุด 53 ปี อายุเฉลี่ย 38.8 ปี ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 80.0 รองลงมานักสังคมสงเคราะห์ ร้อยละ 11.4 เคยผ่านหลักสูตรการให้การปรึกษา ร้อยละ 68.6 เคยให้การปรึกษาผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ ญาติ ร้อยละ 85.7 ไม่เคยให้การปรึกษาในการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อเอชไอวีแก่คู่สามีภรรยา ร้อยละ 54.3 ไม่เคยให้การปรึกษาการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก ร้อยละ 80.0 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน) (n = 35)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	1	2.9
หญิง	34	97.1
อายุ		
<30 ปี	5	14.3
30-39 ปี	13	37.1
40-49 ปี	12	34.3
50 ปีขึ้นไป	5	14.3

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน) (n = 35)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	1	2.9
หญิง	34	97.1
อายุ		
<30 ปี	5	14.3
30-39 ปี	13	37.1
40-49 ปี	12	34.3
50 ปีขึ้นไป	5	14.3
ตำแหน่ง		
พยาบาลวิชาชีพ	28	80.0
นักสังคมสงเคราะห์	4	11.4
นักวิชาการสาธารณสุข	2	5.7
นักจิตวิทยา	1	2.9
การผ่านหลักสูตรให้คำปรึกษา		
เคย	24	68.6
ไม่เคย	11	31.4
การให้การปรึกษาผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ ญาติ		
เคย	30	85.7
ไม่เคย	5	14.3
การให้การปรึกษาการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวี แก่คู่สามี ภรรยา		
เคย	16	45.7
ไม่เคย	19	54.3
การให้การปรึกษาการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวี แก่เด็ก		
เคย	7	20.0
ไม่เคย	28	80.0

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการให้การปรึกษาการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก ของกลุ่มตัวอย่าง โดยภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ย 14.1 คะแนน จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน คะแนนต่ำสุด 10 คะแนน คะแนนสูงสุด 19 คะแนน ข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ไม่ถูกต้องมากที่สุดคือ เข้าใจว่าเด็กที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ผู้ให้การปรึกษาต้องรับนำเข้ากระบวนการให้การปรึกษาโดยเร็ว เพื่อปรับทัศนคติ ร้อยละ 91.4

(ข้อ 17) รองลงมา การเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก ต้องเตรียมความพร้อมของเด็ก และบอกทุกสิ่งทุกอย่างให้เขาได้รับทราบอย่างชัดเจน (ข้อ 6) และการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก ควรดำเนินการเมื่อเด็กเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ (ข้อ 7) ร้อยละ 77.1 กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ถูกต้องว่าการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีมีผลต่อการปรับทัศนคติของผู้ติดเชื้อ ร้อยละ 100 (ข้อ 2) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความรู้เกี่ยวกับการให้การศึกษา การเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการตอบรายชื่อ

ข้อคำถาม	เฉลี่ย	ตอบได้ถูกต้อง	ร้อยละ	ตอบผิด	ร้อยละ	คะแนนเฉลี่ย
1. การไม่เปิดเผยสถานะการติดเชื้อของเด็กเป็นข้อดีของการปกป้องความรู้สึกเศร้าโศกเสียใจจากการรับรู้เรื่องการติดเชื้อ	ถูก	13	37.1	22	62.9	0.4
2. การเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีมีผลต่อการปรับทัศนคติของผู้ติดเชื้อ	ถูก	35	100	0	0	1
3. การเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวี อาจเกิดผลกระทบทางลบต่อพฤติกรรมของเด็ก	ถูก	26	74.3	9	25.7	0.7
4. เด็กอาจไม่ให้ความร่วมมือในการกินยาเพราะเขาไม่รู้ว่าเขาติดเชื้อเอชไอวี	ถูก	29	82.9	6	17.1	0.8
5. ข้อเสียที่เกิดจากการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก ต้องยอมรับเสมอว่าต้องเกิดขึ้นแน่นอน	ผิด	11	31.4	24	68.6	0.3
6. การเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก ต้องเตรียมความพร้อมของเด็กและบอกทุกสิ่งทุกอย่างให้เขาได้รับทราบอย่างชัดเจน	ผิด	8	22.9	27	77.1	0.2
7. การเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก ควรดำเนินการเมื่อเด็กเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์	ถูก	8	22.9	27	77.1	0.2
8. เมื่อเด็กเริ่มมีคำถามเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง แสดงว่าเราต้องทำหน้าที่ประเมินความจำเป็นในการให้คำปรึกษา	ถูก	34	97.1	1	2.9	0.9
9. การเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ดูแลเด็กมีความจำเป็นไม่มากในการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก	ผิด	34	97.1	1	2.9	0.9
10. ผู้ให้คำปรึกษาต้องเป็นศูนย์กลางในการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อแก่เด็ก	ผิด	15	42.9	20	57.1	0.4
11. การสำรวจปัญหาที่เด็กเผชิญอยู่ ไม่จัดว่าเป็นกระบวนการในการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก	ผิด	32	91.4	3	8.6	0.9

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความรู้เกี่ยวกับการให้การปรึกษา การเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการตอบรายข้อ (ต่อ)

ข้อคำถาม	เฉลี่ย	ตอบได้ถูกต้อง	ร้อยละ	ตอบผิด	ร้อยละ	คะแนนเฉลี่ย
12. พัฒนาการของเด็กมีผลไม่มากต่อการสื่อสารกับเด็กในเรื่องของการให้คำปรึกษา	ผิด	34	97.1	1	2.9	0.9
13. การที่เด็กคิดหาคำตอบนาน ๆ จะเป็นอุปสรรคสำคัญในการให้การปรึกษา	ผิด	24	68.6	11	31.4	0.7
14. ในเด็กที่เข้าข่ายต้องรับการปรึกษาให้เปิดเผยสถานะการติดเชื้อ ผู้ให้คำปรึกษาต้องรอให้เห็นปัญหาชัดเจนจึงดำเนินการให้การปรึกษา	ผิด	30	85.7	5	14.3	0.9
15. การแจ้งหรือการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็กต้องกระทำโดยผู้ให้คำปรึกษา	ผิด	32	91.4	3	8.6	0.9
16. เด็กที่จะเข้าสู่กระบวนการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวี ต้องมีอายุ 7 ปีขึ้นไป	ผิด	30	85.7	5	14.3	0.8
17. เด็กที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ผู้ให้การปรึกษาต้องรับนำเข้ากระบวนการให้คำปรึกษาโดยเร็ว เพื่อปรับทัศนคติ	ผิด	3	8.6	32	91.4	0.1
18. เมื่อเด็กไม่ร่วมมือในการรักษา (ไม่ยอมกินยา) เป็นสิ่งบอกให้เราต้องรับนำเข้ากระบวนการการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีแบบเร่งด่วน	ถูก	32	91.4	3	8.6	0.9
19. การรักษาความลับของผู้ติดเชื้อมีความจำเป็นน้อยลงเมื่อผ่านกระบวนการปรึกษาเพื่อเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็กแล้ว	ผิด	33	94.3	2	5.7	0.9
20. การติดตามเด็กและผู้ดูแลเด็กภายหลังเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก ดำเนินการทุก 6 เดือนเสมอ	ผิด	32	91.4	3	8.6	0.9

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการให้คำปรึกษาการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก ระดับปานกลาง ร้อยละ 74.3 รองลงมา มีความรู้ระดับสูงร้อยละ 17.1 ความรู้ในระดับต่ำ ร้อยละ 8.6 โดยมีคะแนนเฉลี่ยในภาพรวมในระดับปานกลาง 14.1 คะแนน (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้เกี่ยวกับการให้คำปรึกษาการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการจัดระดับความรู้

ระดับความรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำ (0-11 คะแนน) น้อยกว่าร้อยละ 60.0	3	8.6
ปานกลาง (12-15 คะแนน) ร้อยละ 60.0-79.0	26	74.3
สูง (16 คะแนนขึ้นไป) ร้อยละ 80.0 ขึ้นไป	6	17.1

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการให้คำปรึกษาการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก จำแนกตามปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลพบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการให้คำปรึกษาการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างความรู้เกี่ยวกับการให้คำปรึกษาการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล

คุณลักษณะด้านประชากร	คะแนนเฉลี่ย	ค่าสถิติ	p-value
อายุ			
<30 ปี	14.8	F = 0.381	0.767
30-39 ปี	14.2		
40-49 ปี	14.1		
51 ปีขึ้นไป	13.4		
การผ่านหลักสูตรการให้คำปรึกษา			
เคย	14.0	t = -0.604	0.550
ไม่เคย	14.4		
การให้คำปรึกษาผู้ป่วยเอดส์และญาติ			
เคย	14.1	t = -0.060	0.947
ไม่เคย	14.2		
การให้คำปรึกษาการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อเอชไอวีแก่คู่สามีภรรยา			
เคย	14.0	t = -0.374	0.711
ไม่เคย	14.3		
การให้คำปรึกษาการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก			
เคย	13.6	t = -0.822	0.417
ไม่เคย	14.3		

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลด้านอายุ การผ่านหลักสูตรการให้การศึกษา การให้การศึกษาผู้ป่วยเอดส์และญาติ การให้การศึกษาการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวี แก่คู่สามีภรรยา การให้การศึกษาการเปิดเผยสถานะการ

ติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ เกี่ยวกับการให้การศึกษาการเปิดเผยสถานะการ ติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับความรู้เกี่ยวกับการให้การศึกษา การเปิดเผยสถานะการ ติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์	p-value
อายุ	0.127	0.234
การผ่านหลักสูตรการให้การศึกษา	0.105	0.275
การให้การศึกษาผู้ป่วยเอดส์และญาติ	0.012	0.474
การให้การศึกษาการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีแก่คู่ สามีภรรยา	0.065	0.355
การให้การศึกษาการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก	0.142	0.208

วิจารณ์

ความรู้เกี่ยวกับการให้การศึกษาการเปิดเผย สถานะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก ระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่า ศักยภาพในการให้คำปรึกษาของผู้ทำหน้าที่ ให้คำปรึกษายังไม่เพียงพอ อาจส่งผลกระทบต่อทางลบแก่ เด็ก ร้อยละ 62.9 ยังมีความรู้ไม่ถูกต้อง คือไม่ทราบว่า การที่ยังไม่ตัดสินใจเปิดเผยสถานะการติดเชื้อของเด็ก เป็นข้อดีของการปกป้องความรู้สึกเศร้าโศก เสียใจ (ข้อ 1) ไม่สอดคล้องกับ Oberdorfer P⁽⁵⁾ Boon-yasidhi V, et al.⁽⁷⁾ ที่กล่าวว่า ถ้ามีกระบวนการเปิดเผยอย่างถูก วิธีย่อมเป็นข้อดีกว่าการไม่เปิดเผย เช่น หากบอกด้วยวิธี การและช่วงเวลาที่ไม่เหมาะสมจะทำให้เด็กเกิดปฏิกิริยา ทางอารมณ์ เช่น ซึมเศร้า หดหู่ วิตกกังวล อาจส่งผล ต่อทางลบต่อพฤติกรรมและการดูแลตนเองของเด็ก ร้อยละ 68.6 ไม่เข้าใจว่า ข้อเสียที่เกิดจากการเปิดเผย สถานะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก ต้องเกิดขึ้นแน่นอน (ข้อ 5) ซึ่งไม่สอดคล้องกับ America Academy of Pediatrics. Committee on Pediatric AIDS⁽⁹⁾ ซึ่งให้ แนวทางไว้ว่า ผู้ให้คำปรึกษาจะนำเด็กเข้ากระบวนการ และมีการดำเนินการอย่างครบถ้วนหากไม่เหมาะสมกับ

วัย เวลาที่สมควร ย่อมเกิดผลเสียได้เสมอ เพราะการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก ควรจะเกิดขึ้น เมื่อใดนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคลหลายประการ เช่น ลักษณะครอบครัว ความพร้อมของผู้ดูแล ระดับ พัฒนาการเด็ก ร้อยละ 77.1 เข้าใจว่า การเปิดเผยสถานะ การติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก ต้องเตรียมความพร้อมของเด็ก และบอกทุกสิ่งทุกอย่างให้เขาได้รับทราบอย่างชัดเจน (ข้อ 6) ซึ่งไม่เป็นไปในแนวทางของ America Academy of Pediatrics. Committee on Pediatric AIDS⁽⁹⁾ เพราะ ไม่จำเป็นที่จะต้องบอกทุกเรื่องให้เด็กทราบในครั้งเดียว ประเด็นเบื้องต้นที่ควรเน้น ได้แก่ การแก้ไขความเข้าใจผิด เกี่ยวกับโรค สร้างทัศนคติเชิงบวกต่อโรค การส่งเสริม การสร้างสัมพันธภาพที่ดีของครอบครัว⁽⁹⁻¹⁰⁾ ร้อยละ 77.1 เข้าใจว่าการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก ควร ดำเนินการเมื่อเด็กเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ (ข้อ 7) ไม่สอดคล้อง กับแนวทางในการดำเนินการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อ เอชไอวีแก่เด็ก ที่ศึกษาโดย Boon-yasidhi V, et al.⁽⁷⁾ เพราะเด็กเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์อาจมีพฤติกรรมเสี่ยง ทางเพศเกิดขึ้นแล้ว หรืออาจเกิดความไม่ไว้วางใจ ต่อผู้ใหญ่ถ้าเด็กรู้สึกได้ว่า ผู้ดูแลมีความลับและไม่เปิดเผย

ความจริงแก่ตนเอง กรณีเปิดเผยเร็วเกินไป เด็กยังเล็ก อยู่อาจเกิดความเข้าใจไม่ถูกต้อง ร้อยละ 57.1 เข้าใจว่า ผู้ให้การศึกษาต้องเป็นศูนย์กลางในการเปิดเผยสถานะ การติดเชื้อแก่เด็ก (ข้อ 10) ซึ่งไม่เป็นไปตามหลักวิชาการ ของ วิจารณ์ บุญสิทธิ์⁽¹⁾ เพราะการเปิดเผยสถานะ การติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก ไม่ใช่เป็นเพียงการแจ้งสถานะ การติดเชื้ออย่างเดียว แต่เป็นกระบวนการที่ต้องอาศัย การเตรียมการ และใช้เทคนิคการสื่อสารที่ดี หรือ กระบวนการให้การปรึกษาที่เหมาะสม ร้อยละ 91.4 เข้าใจว่า กรณีที่เด็กมีความคิดฆ่าตัวตายควรรับนำเด็ก เข้าสู่กระบวนการให้การปรึกษาการเปิดเผยสถานะ การติดเชื้อเอชไอวี (ข้อ 17) ซึ่งไม่ถูกต้องตามเกณฑ์ การพิจารณาความเหมาะสมของเด็กและผู้ดูแลเด็กตาม กระบวนการเปิดเผยขั้นตอนที่ 1 ที่กล่าวไว้ว่า เด็กที่ มีความคิดฆ่าตัวตาย ยังไม่สมควรนำเด็กเข้าสู่กระบวนการ เป็นเกณฑ์การพิจารณาเบื้องต้นที่สำคัญมาก เพราะหาก นำเด็กเข้าสู่กระบวนการ อาจเพิ่มปัญหาทางด้านสภาวะจิตใจ ให้แก่เด็กมากขึ้น⁽¹⁾ คุณลักษณะด้านอายุ การผ่านหลักสูตร การให้การปรึกษา การให้การปรึกษาผู้ป่วยเอดส์และญาติ การให้การปรึกษาการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวี แก่คู่สามีภรรยา การให้การปรึกษาการเปิดเผยสถานะการ ติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก แตกต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับการ ให้การปรึกษาการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวี แก่เด็ก ไม่แตกต่างกัน และไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ เกี่ยวกับการให้การปรึกษาในการเปิดเผยสถานะการ ติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 (ตารางที่ 4, 5) ทั้งนี้เนื่องมาจากคุณลักษณะ ด้านประชากรที่นำมาศึกษามีลักษณะใกล้เคียงกัน และ จากการทบทวนรายงานการศึกษาที่ผ่านมาในประเด็นนี้ ผู้วิจัยยังไม่สามารถสืบค้นรายงานการศึกษาในตัวแปร หรือประเด็นที่ใกล้เคียงกันเพื่อเทียบเคียงผลการศึกษานี้ เกี่ยวกับเนื้อหาของหลักสูตรและกระบวนการอบรมตาม หลักสูตร ผู้วิจัยเห็นว่า เนื้อหาของหลักสูตรมีความ ครบคลุมในทุกประเด็นสำคัญและเป็นหลักสูตรที่มีการ ยอมรับจากผู้ให้การศึกษาในประเทศไทย และกระบวนการ อบรมมีการดำเนินการอย่างครบถ้วนเป็นขั้นเป็นตอนที่

สมบูรณ์ วิทยาการเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะด้าน ผลการวิจัยที่พบว่า ความรู้หลังการอบรมอยู่ในระดับ ปานกลาง ทั้งที่ทำการประเมินเมื่อสิ้นสุดกระบวนการ อบรม เนื่องจากการให้การปรึกษาการเปิดเผยสถานะ การติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก เป็นเรื่องใหม่และมีความ ละเอียดอ่อนมาก จึงอาจส่งผลต่อระดับความรู้ของ กลุ่มตัวอย่าง

สรุป

ความรู้เกี่ยวกับการให้การปรึกษาการเปิดเผย สถานะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก ของบุคลากรสาธารณสุข ผู้ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการให้การปรึกษา การเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก ควรได้รับการ ปรับปรุง เสริมสร้างความรู้และทักษะในการปฏิบัติงาน ให้มากขึ้น ปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกัน มีความรู้ เกี่ยวกับการให้การปรึกษาการเปิดเผยสถานะการ ติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็กไม่แตกต่างกัน และไม่มี ความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับการให้การปรึกษาในการเปิดเผย สถานะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนาศักยภาพบุคลากร ควรจัด การอบรมที่เน้นทั้งด้านความรู้ หลักการการให้บริการ ทักษะและการฝึกปฏิบัติ เนื่องจากความรู้ที่สามารถ วัดได้ในระดับที่ดี หากขาดการฝึกปฏิบัติ (โดยเฉพาะด้าน การให้บริการปรึกษา) ในการให้บริการอาจทำได้ไม่ดีเท่า ที่ควร

2. ควรพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุข ทุกคนที่ทำหน้าที่ให้การปรึกษาการเปิดเผยสถานะการ ติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก เพราะจากการศึกษาพบว่า หลัง การอบรม กลุ่มตัวอย่างที่เคยและไม่เคยผ่านหลักสูตรการ ให้การปรึกษาขั้นพื้นฐาน ให้คำปรึกษาผู้ป่วยเอดส์และ ญาติ ให้คำปรึกษาการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวี แก่คู่สามี ภรรยา ให้คำปรึกษาการเปิดเผยสถานะการ ติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก มีความรู้เกี่ยวกับการให้การปรึกษา การเปิดเผยสถานะการติดเชื้อในเด็ก ไม่แตกต่างกัน

3. บุคลากรสาธารณสุขที่ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาไม่ว่าจะผ่านการอบรมพื้นฐานการให้การปรึกษาหรือไม่ ต้องได้รับการอบรมหลักสูตรการให้การปรึกษาการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก เพราะเป็นเรื่องใหม่ มีความละเอียดอ่อนกว่าการให้การปรึกษาในเอชไอวีกลุ่มอื่น ๆ

4. บุคลากรสาธารณสุขที่ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาเอชไอวีในทุกกลุ่ม ต้องได้รับการอบรมการให้การปรึกษาการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก ก่อนที่จะให้การปรึกษาการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก

5. เมื่อไรก็ตามที่มีการอบรมการให้การปรึกษาควรเพิ่มเนื้อหาการอบรมเรื่องการให้การปรึกษาการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก ในทุกหลักสูตรการอบรมการให้การปรึกษา

6. ส่งเสริมให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานให้การปรึกษาการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็กให้สำรวจ ตรวจสอบการปฏิบัติงานของตนเองอย่างสม่ำเสมอ เพื่อพัฒนาการปฏิบัติงานที่ดี ป้องกันข้อผิดพลาดจากการปฏิบัติงาน

ในด้านนโยบาย ผู้บริหารทุกระดับควรส่งเสริมและให้การสนับสนุนในเรื่องของแผนงาน โครงการด้านการส่งเสริมความรู้ ทักษะการให้การปรึกษาการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก มีการอบรมฟื้นฟูหรืออบรมเพิ่มเติมให้แก่ผู้ทำหน้าที่ให้การปรึกษาทุกคน เพื่อให้มีความรู้ ทักษะในการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก โดยใช้เนื้อหาหลักสูตร และกระบวนการอบรมตามหลักสูตร ตามคู่มือที่ใช้ในการอบรมครั้งนี้ เพราะคู่มือมีความครอบคลุมเนื้อหาวัตถุประสงค์และการสร้างทักษะ กำหนดกระบวนการอบรมพัฒนาที่ชัดเจนเหมาะสมกับการพัฒนาบุคลากรต่อไป

ในด้านของการนำผลวิจัยนี้ไปใช้ประโยชน์ หากจะศึกษาเรื่องนี้ ควรคำนึงถึงขนาดตัวอย่างให้มีจำนวนมากขึ้น เพื่ออ้างอิงเป็นตัวแทนกลุ่มประชากรผู้ทำหน้าที่ให้การปรึกษาได้อย่างเหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความร่วมมือของบุคลากรสาธารณสุขที่เข้ารับการอบรมทุกท่าน ที่ให้ความกรุณาตอบแบบสอบถาม ต้องขอขอบคุณ ดร. นายแพทย์อนุพงศ์ สุจริยากุล ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี ที่กรุณาให้คำแนะนำและเป็นกำลังใจเสมอมา คณะผู้วิจัยต้องขอขอบคุณทุกท่านเป็นอย่างสูง ไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. วิจิตรณ บุษสิทธิ์, สุริมาศ อังศุเกียรติถาวร, กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ, กัลยรัตน์ กล้าถนอม. คู่มือการให้การปรึกษาการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์; 2553.
2. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. กราฟแสดงจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยา ARV โครงการ NAPHA ณ เดือนกันยายน 2553 ในยาต้านไวรัสเอดส์: การดำเนินโครงการ NAPHA [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 ธ.ค. 2558]. แหล่งข้อมูล: <http://www.aidsthai.org.html>
3. Thorne C, Newell M-L, Peckham CS. Disclosure of diagnosis and planning for the future in HIV-affected families in Europe. Child: Care, Health and Development 2000;26:29-40.
4. Brady, M. T., Clark, C., Weedy, C., Fowler, M., Mofenson, L., & Oleske, J. Disclosure of HIV diagnosis to children in ACTG clinical trials (ACTG 219) (Poster We. D. 131). Presented at International Conference on AIDS. 1996 July 7-12, Vancouver. British Columbia: 1996. p. 1-17.

5. Oberdorfer P. Barrier of disclosure of HIV/AIDS status to Thai children. Thai Journal of Pediatric 2005;44:176-81
6. Wiener, Battles H, Heilman N, กรณีสื่อผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรก และตามด้วย et al. Factors associated with disclosure of diagnosis to children with HIV/AIDS. Pediatric AIDS and HIV Infection: Fetus and Adolescent, 1996;7: 310-24.
7. Boon-Yasidhi V, Kottapat U, Durier Y, Plipat N, Phongsamart W, Chokeyhaibulkit, et al. Diagnosis disclosure in HIV-infected Thai children. J Med Assoc Thai 2005;88 (Suppl 8):S100-5.
8. Blasini I, Chantry C, Cruz C, Ortiz L, Salabarria I, Scalley N, et al. Disclosure model for pediatric patients living with HIV in Puerto Rico: design, implementation, and evaluation. Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics 2004; 25:181-9.
9. America Academy of Pediatrics, Committee on Pediatric AIDS. Disclosure of illness status to children and adolescents with HIV infection. Pediatrics 1999;103:164-6.
10. Orellana CD, American Academy of Pediatrics. Looking for the voices of children living with HIV: A case study approach 2003 [Internet]. [cited 2015 Dec 15]. Available from www.aap.org/policy/re9827.html
11. กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ. โรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในเด็ก: ตำราเพื่อบุคลากรที่ดูแลรักษาเด็กและครอบครัว ที่ติดเชื้อเอชไอวี. กรุงเทพมหานคร: สาขาวิชาโรคติดเชื้อ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล; 2551.

