



วารสารควบคุมโรค

DISEASE CONTROL JOURNAL

ปีที่ 38 ฉบับที่ 4 ตุลาคม - ธันวาคม 2555

Volume 38 No. 4 October- December 2012



- พฤติกรรมเสี่ยงร่วมสำคัญที่ทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชากรไทยข้อเสนอเชิงนโยบาย เพื่อการพัฒนายุทธศาสตร์ป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพ
- ประสิทธิภาพโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน จังหวัดอ่างทอง
- การพัฒนาชุมชนต้นแบบเพื่าระวังและรับมือเรื่องร้องเรียนเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรณี 7 ชุมชนนำร่อง และ 1 เครื่องชาย
- การพัฒนาให้เกิดความภาคภูมิใจและความคาดหวังในความสามารถของตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของนักเรียนในจังหวัดนครราชสีมา
- สูติยาต้านวัณโรคหลังผู้ป่วยเกิดภาวะตับอักเสบระหว่างรักษาวัณโรคในสถาบันบำราศนราดูร ปี 2548- 2552
- การศึกษาการติดเชื้อวัณโรคบริเวณกระดูกที่สถาบันบำราศนราดูร
- ทัศนคติ ความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดการเรียนรู้เรื่องเอดส์ เพศศึกษา และทักษะชีวิตสำหรับเยาวชน ในสถานศึกษา
- การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยชุมชนมีส่วนร่วม จังหวัดลำพูน
- บทเรียนของคณะทำงานด้านยุทธศาสตร์ภายใต้ระบบการจัดการภาวะสาธารณสุขฉุกเฉิน ในสถานการณ์อุทกภัย 2554



วารสารควบคุมโรค

DISEASE CONTROL JOURNAL

ISSN 1685-6481

ปีที่ 38 ฉบับที่ 4 ต.ค. - ธ.ค. 2555 Volume 38 No. 4 Oct - Dec 2012

สารบัญ	หน้า	CONTENTS
นิพนธ์ต้นฉบับ	PAGE	Original Article
พฤติกรรมเสี่ยงร่วมสำคัญที่ทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชากรไทย ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการพัฒนายุทธศาสตร์ป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพ ศิริลักษณ์ จิตระเบียบ	263	Associated Risk Behaviors of Increasing Chronic Disease in Thai population Policy Implication to Effectively Develop NCD Preventive Strategies <i>Siriluck Jittrabiab</i>
ประสิทธิผลโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน จังหวัดอ่างทอง โฉมยุพา เศรษฐี	280	Effectiveness of Program for Health Behavior Modification in People with Pre-diabetes, Ang Thong Province <i>Chomyupha Sesthee</i>
การพัฒนาชุมชนต้นแบบเฝ้าระวังและรับเรื่องร้องเรียนเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรณี 7 ชุมชนนำร่อง และ 1 เครือข่าย เพลินพิศ พรหมมะลิ และคณะ	288	Developing Model Community for Watching out and Receiving Complaint of Alcoholic Drinks In Case of 7 Pilot Communities and one Network <i>Plearnpit Prommali, et al</i>
การพัฒนาให้เกิดความภาคภูมิใจและความคาดหวังในความสามารถของตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของนักเรียนในจังหวัดนครราชสีมา รัตนารณ์ อิมหมั่นงาน และคณะ	299	Model Development for Self Esteem and Self Efficacy Expectation to Modify Risk Behaviors among the Students in Nakhon Ratchasima Province <i>Ratanaporn Himmunngan, et al</i>
สูตรยาต้านวัณโรคหลังผู้ป่วยเกิดภาวะตับอักเสบระหว่างรักษาวัณโรค ในสถาบันบำราศนราดูร ปี 2548- 2552 ธิรนนท์ กลัดพ่วง และคณะ	306	Tuberculosis Treatment Regimens in Patients Experiencing Liver Toxicity due to Short Course Chemotherapy at Bamrasnaradura Infectious Disease Institute between 2005-2009 <i>Thiranun Kladphuang, et al</i>



วารสารควบคุมโรค DISEASE CONTROL JOURNAL

ปีที่ 38 ฉบับที่ 4 ต.ค. - ธ.ค. 2555

Volume 38 No. 4 Oct - Dec 2012

สารบัญ	หน้า	CONTENTS
	PAGE	
การศึกษาการติดเชื้อวัณโรคบริเวณกระดูก ที่สถาบันบำราศนราดูร ชยนันท์ สิตธิบุศย์ และคณะ	318	Tuberculosis of Bone at Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute <i>Chayanan Sittibusaya, et al</i>
ทัศนคติ ความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดการเรียนรู้ เรื่องเอดส์ เพศศึกษา และทักษะชีวิตสำหรับเยาวชน ในสถานศึกษา นุชนารถ แก้วดำเกิง และคณะ	326	Attitude and Concept of AIDS, Sex Education and Life Skills Management Learning for Youth in Academic Institute <i>Nutchanart Kaeodumkoeng, et al</i>
การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยชุมชน มีส่วนร่วม จังหวัดลำพูน บุษบง เชาทานนท์ และคณะ	339	Dengue Prevention and Control by Community Participation in Lamphun Province <i>Bussabong Chaothanont, et al</i>
บทเรียนของคณะทำงานด้านยุทธศาสตร์ภายใต้ ระบบการจัดการภาวะ สาธารณสุขฉุกเฉินใน สถานการณ์อุทกภัย 2554 วรยา เหลืองอ่อน และคณะ	349	Lessons Learned from the Operation of Strategic and Technical Advisory Group Under DDC's Public Health Emergency Management in Response to Flood Crisis 2011 <i>Woraya Luang-on, et al</i>
ดรรชนี	357	Index

วารสารควบคุมโรค

วารสารควบคุมโรค เป็นวารสารทางวิชาการ จัดพิมพ์เผยแพร่โดย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์	1. เพื่อเผยแพร่วิทยาการที่เกี่ยวกับการควบคุมโรคติดต่อ และโรคไม่ติดต่อ 2. เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ ผลงานวิจัยของบุคลากรในหน่วยงานสังกัด กรมควบคุมโรค กรมอื่น ๆ ในกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานทางวิชาการอื่น ๆ 3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการติดต่อและประสานงานระหว่างผู้ที่สนใจหรือปฏิบัติงานเกี่ยวกับการควบคุมโรค
คณะที่ปรึกษา	อธิบดีกรมควบคุมโรค รองอธิบดีกรมควบคุมโรค ผู้ทรงคุณวุฒิกรมควบคุมโรค ผู้อำนวยการสำนักและสถาบันในสังกัดกรมควบคุมโรคทุกท่าน ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 - 12
บรรณาธิการ	นายแพทย์อนุพงศ์ ชิตวารการ
กองบรรณาธิการ	นายแพทย์ศุภมิตร ชุณหสัทธิวัฒน์ นายแพทย์สุวิษ ธรรมปาโล นายแพทย์กฤษฎา มโหทาน แพทย์หญิงพัชรา ศิริวงศ์รังสรรค์ นายแพทย์วินัย วุฒติโรจน์ นายแพทย์จิรพัฒน์ ศิริชัยสินธพ นายแพทย์ยุทธชัย เกษตรเจริญ นายแพทย์สมเกียรติ ศิริรัตนพลกุล นายแพทย์สมาน พุตระกูล
ผู้จัดการ	ผู้อำนวยการกองแผนงาน
ฝ่ายจัดการ	นางสาวศรียพร ศรีวงศ์พุท นางพรรษา ชุมเกษียร นางสาวทัศนีย์ มุตเมาะ
สำนักงาน	กองแผนงาน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
ผู้ประสานงาน	นางสาวรุ่งทิพา ธาณี โทร. 0-2590-3225
กำหนดออก	ปีละ 4 ครั้ง หรือรายสามเดือน : มกราคม - มีนาคม, เมษายน - มิถุนายน, กรกฎาคม - กันยายน, ตุลาคม - ธันวาคม
พิมพ์ที่	โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย กรุงเทพมหานคร โทร. 0-2424-5600

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, Offices of Disease Control
Editor:	Dr. Anupong Chitwarakorn
Editorial Board:	Dr. Supamit Chunsuttiwat Dr. Saravuth Suvannadabba Dr. Suwich Thammapalo Dr. Krisada Mahotarn Dr. Pachara Sirivongrangson Dr. Vinai Vuttivirojana Dr. Jeeraphat Sirichaisinthop Dr. Yuthichi Kasetjaroen Dr. Somkiat Sirirattanapruk Dr. Saman Futrakul
Manager:	Ms. Porntip Wiriyant
Management Department:	Ms. Sriporn Sriwongpook Ms. Pansa Choomkasien Ms. Tassanee Mudmoe
Editor Office:	Planing Division, Department of Disease Control Ministry of Public Health Tiwanond Rd, Nonthaburi 11000, Tel. 0-2590-3897
Contract Person:	Ms. Rungtiwa Thanee Tel 0-2590-3225
Publishment Quarterly:	Quarterly issued per year: January-March, April-June, July-September, October-December
Printing:	Printed at the Printing House of the Argicutral Cooperatives of Thailand, Bangkok, Tel. 0-2424-5600

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารควบคุมโรคยินดีรับบทความวิชาการหรือรายงานผลการวิจัยที่เกี่ยวกับโรคติดต่อหรือโรคติดเชื้อ และโรคไม่ติดต่อตลอดจนผลงานการควบคุมโรคต่างๆ โดยเรื่องที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์หรือกำลังรอพิมพ์ ในวารสารอื่น ทั้งนี้ ทางกองบรรณาธิการตรวจทานแก้ไขเรื่องต้นฉบับและพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องลงพิมพ์

1. บทความที่ส่งลงพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ	การเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับดังนี้ “บทคัดย่อ บทนำ วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิจารณ์กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง” ความยาวของเรื่องไม่เกิน 10 หน้าพิมพ์	บทคัดย่อ	คือการย่อเนื้อหาสำคัญ เอาเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์และเป็นร้อยแก้ว ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด และมีส่วนประกอบคือ วัตถุประสงค์ วัตถุประสงค์ และ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา และวิจารณ์หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงบทคัดย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
รายงานผลการปฏิบัติงาน	ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ วิธีการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน วิจารณ์กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง	บทนำ	อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัยศึกษาค้นคว้าของผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง และวัตถุประสงค์ของการวิจัย
บทความพื้นวิชา	ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสิ่งที่ตรวจพบใหม่ หรือเรื่องที่นำเสนอที่ ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทความวิเคราะห์ สถานการณ์ โรคต่างๆ ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ ความรู้ หรือข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องที่นำมาเขียน วิจารณ์ หรือวิเคราะห์ สรุป เอกสารอ้างอิงที่ค่อนข้างทันสมัย	วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา	อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัยโดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกสุ่มตัวอย่างและการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลหรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์
ย่อเอกสาร	อาจย่อบทความภาษาต่างประเทศ หรือภาษาไทย ที่ตีพิมพ์ไม่เกิน 2 ปี	ผลการศึกษา	อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์

2. การเตรียมบทความเพื่อลงพิมพ์

ชื่อเรื่อง	ควรสั้นกะทัดรัดให้ได้ใจความที่ครอบคลุม และตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ	วิจารณ์	ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือผลการดำเนินงานของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย
ชื่อผู้เขียน	ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ(ไม่ใช่คำย่อ) พร้อมทั้งอิกไทยต่อท้ายชื่อและสถาบันที่ทำงานอยู่ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ	สรุป (ถ้ามี)	ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับการวิจัย(สรุปให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะที่อาจนำผลงานการวิจัยไปให้เป็นประโยชน์ หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป
เนื้อเรื่อง	ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กะทัดรัด และชัดเจนเพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน หากใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน	เอกสารอ้างอิง	1) ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ Vancouver 1997

2) การอ้างอิงเอกสารใด ให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลข โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อตามลำดับ แต่ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำ ให้ใช้หมายเลขเดิม

3) เอกสารอ้างอิงหากเป็นวารสารภาษาอังกฤษให้ใช้ชื่อย่อวารสารตามหนังสือ Index Medicus การใช้เอกสารอ้างอิงไม่ถูกแบบจะทำให้เรื่องที่ส่งมาเกิดความล่าช้าในการพิมพ์ เพราะต้องมีการติดต่อผู้เขียนเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมครบตามหลักเกณฑ์

3. รูปแบบการเขียนวารสาร

(โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอนในทุกตัวอย่าง)

3.1 การอ้างอิงเอกสาร

ก. ภาษาอังกฤษ

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (สกุล อักษรย่อของชื่อ). ชื่อเรื่อง ชื่อย่อวารสาร ปีค.ศ.; ปีที่พิมพ์ (Volume): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ในกรณีที่มีผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรก แล้วตามด้วย 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 แต่ชื่อผู้แต่งให้เขียนเต็มเต็มตามด้วยนามสกุล และใช้ชื่อวารสารเป็นตัวเต็ม

ตัวอย่าง

2. อีระ รามสูตร, นิวัติ มนตรีสวัสดิ์, สุรศักดิ์ สัมปัตตะวนิช, อุบัติการณ์โรคเริ้นระยะแรก โดยการศึกษาจุลพยาธิวิทยาคลินิกจากกวางต่างขาของผิวน้ำผู้ป่วยที่สงสัยเป็นโรคเริ้น 589 ราย. วารสารโรคติดต่อ 2527; 10: 101-2.

3.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

ก. การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (สกุลอักษรย่อของชื่อ). ชื่อหนังสือ. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

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

ข. การอ้างอิงบทที่หนึ่งในหนังสือหรือตำรา

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

ตัวอย่าง

2. ศรัชัย หล่ออารีย์สุวรรณ. การดื้อยาของเชื้อมาลาเรีย. ใน: ศรัชัย หล่ออารีย์สุวรรณ, ดนัย บุณนาค, ตระหนักจิต หาริณสูตร, บรรณาธิการ, ตำราอายุรศาสตร์เขตร้อน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: รวมทรัพย์; 2533. น. 115-20

โปรดศึกษารายละเอียดได้จากบทความเรื่อง การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสารทางวิชาการโดยใช้ระบบแวนคูเวอร์ ในวารสารโรคติดต่อปีที่ 24 ฉบับที่ 4 (ตุลาคม - ธันวาคม 2541) หน้า 465 -472.

4. การส่งต้นฉบับ

4.1 การส่งเรื่องตีพิมพ์ให้ส่งต้นฉบับ 1 ชุด และแผ่น diskette ถึงกลุ่มอำนวยการ กองแผนงาน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 หรือที่ e-mail address: ddcjournal@ddc.moph.go.th และ anupongc@health.moph.go.th

4.2 ใช้กระดาษพิมพ์ดีดขนาด A4 พิมพ์หน้าเดียวและส่งเอกสารมาพร้อมกับแผ่น Diskette ซึ่งพิมพ์ต้นฉบับเอกสาร พร้อมระบุชื่อ File และระบบที่ใช้ MSWord

4.3 ภาพประกอบ ถ้าเป็นภาพลายเส้นต้องเขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษหนาแน่น ถ้าเป็นภาพถ่ายควรเป็นภาพสไลด์ หรืออาจใช้ภาพถ่ายขนาดโปสการ์ดแทนก็ได้ การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหาก อย่าเขียนลงในรูป

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 เรื่องที่รับไว้กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ

5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาถึงพิมพ์กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

5.3 เรื่องที่ได้รับพิจารณาถึงพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งสำเนาพิมพ์ให้ผู้เขียนเรื่องละ 30 ชุด

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารควบคุมโรค ถือว่าเป็นผลงานทางวิชาการหรือการวิจัย และวิเคราะห์ตลอดจน เป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ไม่ใช่ความเห็นของกรมควบคุมโรค หรือกองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้เขียนจำต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน

พฤติกรรมเสี่ยงร่วมสำคัญที่ทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชากรไทย ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการพัฒนายุทธศาสตร์ป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพ

Associated Risk Behaviors of Increasing Chronic Disease in Thai Population

Policy Implication to Effectively Develop NCD Preventive Strategies

ศิริลักษณ์ จิตต์ระเบียบ ปร.ด. สังคมวิทยา

Siriluck Jittrabiab PhD (Social Science)

สำนักโรคไม่ติดต่อ

Bureau of Non-Communicable Diseases

กรมควบคุมโรค

Department of Disease Control

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ของพฤติกรรมเสี่ยงร่วมสำคัญที่ทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและภาระโรคจากพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญโดยใช้วิธีการทบทวนเอกสาร (Documentary Research) เก็บรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิจากรายงานผลการศึกษา การสำรวจและรายงานการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำข้อมูลมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ จัดทำเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อพัฒนายุทธศาสตร์ป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ผลการศึกษา พบว่า ยังมีประชากรไทยในสัดส่วนสูงที่มีภาระโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทั้งระดับพฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงทางเมตาโบลิซึม/สรีรวิทยา และพบว่า ปัจจัยเสี่ยงอันดับหนึ่งของการสูญเสียสุขภาพในเพศชาย ได้แก่ ต้มแอลกอฮอล์ รองลงมาคือ สูบบุหรี่ มีระดับความดันโลหิตสูง ผู้ใช้จักรยานยนต์ไม่สวมหมวกนิรภัย และมีระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูง ส่วนเพศหญิง มีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาระโรคมากที่สุดเป็นอันดับแรก ได้แก่ มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน (ดัชนีมวลกายสูง) รองลงมาคือ มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย มีระดับความดันโลหิตสูง มีระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูง สูบบุหรี่ และบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่มีภาระโรคสูงที่สุด ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งสัมพันธ์กับโรคต่าง ๆ ในอันดับต้น ๆ หลายโรคด้วยกัน เช่น โรคหลอดเลือดสมอง การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร โรคเบาหวาน โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เช่นเดียวกับการสูบบุหรี่ที่มีความสัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดสมอง โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รวมทั้งการมีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน (ดัชนีมวลกายสูง) ที่มีความสัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เป็นต้น เมื่อจำแนกพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงร่วมสำคัญที่ทำให้เกิดโรคเรื้อรัง พบว่า คนไทยเกือบ 1 ใน 3 ที่ยังคงดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะผู้หญิงที่มีแนวโน้มการดื่มเพิ่มขึ้น สำหรับการสูบบุหรี่ พบว่า ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา อัตราการสูบบุหรี่มีแนวโน้มลดลง แต่ใน พ.ศ. 2554 กลับมีอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น ในด้านพฤติกรรม การบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง คนไทยให้ความสำคัญกับการบริโภคผักและผลไม้ลดลงเรื่อย ๆ ขณะที่หันมารับประทานอาหารรสหวาน มัน เค็ม มากขึ้น การออกกำลังกายลดลงกว่าปีที่ผ่านมาประมาณ ร้อยละ 3 โดยมีเพียงไม่ถึง 1 ใน 3 ของประชากรไทยเท่านั้นที่ออกกำลังกายเป็นประจำ

ผลจากการศึกษานี้มีข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เพื่อการพัฒนายุทธศาสตร์ป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำผลการวัดสถานะสุขภาพด้วยวิธีดังกล่าว ไปใช้ในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และกำหนดยุทธศาสตร์ในการป้องกันและแก้ไขที่มีประสิทธิภาพ ทุกภาคส่วนจะต้องประสานความร่วมมือเพื่อกำหนดยุทธศาสตร์ในการป้องกันและแก้ไขทั้งในระยะสั้นและระยะยาวอย่างเร่งด่วน

ด้วยการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและเพิ่มการเข้าถึงบริการสู่การปฏิบัติ โดยเร่งรัดการและค้นหากลุ่มเสี่ยง จัดและ/หรือปรับระบบบริการสุขภาพที่เอื้อต่อการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย ผลักดันเชิงนโยบายให้มีการดำเนินงานเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนงาน/โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน รวมถึงการรณรงค์สร้างกระแสสังคม และสื่อสารในการลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคและวิถีชีวิตอย่างต่อเนื่อง

Abstract

This study focused on the situation of associated risk behaviors as the major causes of increasing chronic disease population size. Literature review (Documentary Research), secondary data were collected from the survey and report findings which related to non-communicable diseases and associated risk behaviors. Data were analyzed and synthesized to develop recommendation for the effectively developed preventive chronic disease strategic policy. The results revealed that the high proportion of burden of disease were risk factor for chronic disease in both behavioral and metabolic changes in either metabolism or physiology. Furthermore, the study showed that risk factor of DALYs in male were alcohol consumption and tobacco use respectively link to high blood pressure whereas unused of helmet of motorcyclists related to high cholesterol level, while in female were overweight and obesity (high BMI) and unsafe sex respectively related to high blood pressure, meanwhile tobacco use and low intake of fruit and vegetable associated to high cholesterol level. Moreover, The most risk factor of burden of disease was alcohol consumption which related to leading disease such as stroke, road traffic injury, diabetes and Ischemic Heart Disease (IHD). Additionally, tobacco use also connected to stroke, IHD and COPD. This included overweight and obesity (high BMI) which associated to stroke, diabetes and IHD. When associated behaviors were classified as a major risk factor for chronic disease, it was found that almost one in three people were bond to alcohol consumption, also particularly increase in female. For tobacco use, it was found that during the past decade, smoking rates were likely to decline, however, in 2554 B.E., the rate of smoking was rising. In the dietary habits of the risk of chronic disease, people decreasingly focussed on fruits and vegetables consumption whereas dining sweet, salty and fatty taste increased. Additionally, over the past year, there was a decline about 3 percent with less than one in three of the population exercising regularly.

The results of this study suggested that relevant authorities should take the measurement of health status to use in the prioritization of issues and strategies to prevent and resolve performance. All sectors should collaborate to define strategies to prevent and resolve both short and long-term strategy with the hastily to reduce risk factors and increase accessible intervention. Urgently searching risk groups by increasing screening and/or adjust health care system by contributing to the target. The policy should be motivated to the regular health surveillance as a data plan/behavior modification program in public health including social awareness and communication campaign to reduce risk factors and lifestyle continues.

ประเด็นสำคัญ

พฤติกรรมเสี่ยงร่วม โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
นโยบาย ยุทธศาสตร์ป้องกันโรคไม่ติดต่อ

Keywords

*Associated Risk Behaviors, non-communicable diseases
Policy NCD preventive strategies*

บทนำ

สถานการณ์ความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจากวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป อันเป็นผลมาจากการเผชิญกับกระแสโลกาภิวัตน์ ระบบทุนนิยมที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาทางด้านวัตถุ การดำเนินธุรกิจที่ขาดความรับผิดชอบต่อสังคม เกิดค่านิยม วัฒนธรรม วิถีการดำเนินชีวิตที่ไม่พอเพียงและขาดความสมดุล ขาดการใส่ใจดูแลสุขภาพ ป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย มีภัยคุกคามสุขภาพ และไม่เอื้อต่อการสร้างสุขภาพดี จากการเปรียบเทียบการสูญเสียปีสุขภาวะ 10 อันดับแรกของคนไทยระหว่าง พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2552 พบว่าใน พ.ศ. 2552 ผู้ชายไทยสูญเสียปีสุขภาวะสูงสุดจากการติดสุรา อุบัติเหตุจราจรและโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงอันดับแรกของการสูญเสียปีสุขภาวะ จากการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ใน พ.ศ. 2547 เป็นการติดสุรา ใน พ.ศ. 2552^[1] สำหรับผู้หญิงไทยมีการสูญเสียปีสุขภาวะสูงสุดจากโรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง และภาวะซึมเศร้า ซึ่งต่างจาก พ.ศ. 2547 ที่มีการเปลี่ยนแปลงอันดับของการสูญเสียปีสุขภาวะจากการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เป็นภาวะซึมเศร้า^[1]

จากการคาดการณ์แนวโน้มการตายด้วยโรคต่าง ๆ ของประชากรไทย ใน พ.ศ. 2537 - 2552 โดยใช้สาเหตุการตายโดยตรงจากมรณบัตร พบว่า ในอีก 10 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2562) อุบัติเหตุจราจร มะเร็งตับ และหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุการตายที่พบสูงสุดในผู้ชายไทย ขณะที่เบาหวาน หลอดเลือดสมองและมะเร็งตับ เป็นสาเหตุการตายที่พบสูงสุดในผู้หญิงไทย^[2] จะเห็นได้ว่า โรคไม่ติดต่อโดยเฉพาะกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง และเบาหวาน เป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้คนไทยเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์การเจ็บป่วยที่สำคัญของคนไทยที่พบว่าแนวโน้มการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ป้องกันได้เพิ่มขึ้นมาตลอดใน 2 ทศวรรษที่ผ่านมา นับเป็นปัญหาสำคัญระดับชาติที่ทุกภาคส่วนจะต้องประสานความร่วมมือเพื่อกำหนดยุทธศาสตร์ในการป้องกันและ

แก้ไขทั้งในระยะสั้นและระยะยาวอย่างเร่งด่วน^[3]

การมีพฤติกรรมเสี่ยงที่สำคัญจากการบริโภคหวาน มัน เค็ม มาก บริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ สูบบุหรี่ ดื่มสุรา ขาดการออกกำลังกาย เกิดความเครียดและไม่สามารถจัดการกับอารมณ์ได้เหมาะสม ทำให้มีภาวะน้ำหนักเกิน อ้วนลงพุง ความดันโลหิตสูง ไขมันโคเรสเตอรอลในเลือดสูง น้ำตาลในเลือดสูง และภาวะเมตาบอลิกซินโดรม นับว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่สำคัญของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้ จากข้อมูลเชิงประจักษ์พบคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีความชุกภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน (BMI ≥ 25 กก./ตร.ม) ร้อยละ 34.7 อ้วนลงพุง (รอบเอว ≥ 90 ซม. ในชาย และ ≥ 80 ซม. ในหญิง) ร้อยละ 32.1 ความชุกของโรคเบาหวาน ร้อยละ 6.9 โรคความดันโลหิตสูง 21.4 และภาวะไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 19.4^[4] เกิดการเจ็บป่วยจากโรคเมะเร็ง หัวใจ หลอดเลือดสมอง เบาหวาน ความดันโลหิตสูงเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในในช่วง พ.ศ. 2548 - 2551 เพิ่มขึ้น 1.2 - 1.6 เท่า ตามลำดับ^[2] จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงได้ทำการศึกษาสถานการณ์ของพฤติกรรมเสี่ยงร่วมสำคัญที่ทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยมีวัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาภาระโรคจากพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ
2. เพื่อศึกษาสถานการณ์ของพฤติกรรมเสี่ยงร่วมสำคัญที่ทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการกำหนดยุทธศาสตร์ป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัสดุและวิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาโดยใช้วิธีการทบทวนเอกสาร (Documentary Research) เก็บรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิจากรายงานผลการสำรวจที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค และของสำนักงานสถิติแห่งชาติ รายงานการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และรายงานภาระโรคและสุขภาพของ

ประชากรไทย แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านการประเมิณภาระโรค และสุขภาพของประชากรไทยของสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 ของกระทรวงสาธารณสุข รายงานการสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2551-2553 ของกระทรวงสาธารณสุข และรายงานการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยทำการศึกษาระหว่างเดือนกรกฎาคม - กันยายน 2555

นิยามตัวแปร

พฤติกรรมเสี่ยงร่วมสำคัญที่ทำให้เกิดโรคเรื้อรัง หมายถึง พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การสูบบุหรี่

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการออกกำลังกาย

ภาระโรค (DALYs – disability adjusted life years) หมายถึง การวัดภาวะการสูญเสียด้านสุขภาพ เพื่อเปรียบเทียบความรุนแรงของโรคทั้งที่ทำให้เสียชีวิตและไม่ทำให้เสียชีวิต โดยแสดงถึงจำนวนปีที่สูญเสียไปจากการตายก่อนวัยอันควร (Years of Life Lost – YLL) รวมกับจำนวนปีที่มีชีวิตอยู่กับความบกพร่องทางสุขภาพ (Years Life with Disability – YLD) ^[1]

มุ่งศึกษาสถานการณ์ของพฤติกรรมเสี่ยงร่วมสำคัญที่ทำให้เกิดโรคเรื้อรัง ในประเด็นภาระโรคจากพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ และสถานการณ์ของพฤติกรรมเสี่ยงร่วมสำคัญที่ทำให้เกิดโรคเรื้อรังของคนไทย รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการรวบรวมข้อมูลในแต่ละองค์ประกอบ

องค์ประกอบการวิเคราะห์	ดัชนี-ตัวแปร
1. ภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและความชุกของปัจจัยเสี่ยงในประชากรไทย	1.1 การเสียชีวิต 1.2 ภาระโรค 1.3 ความชุกของปัจจัยเสี่ยงระดับพฤติกรรม 1.4 ความชุกของปัจจัยเสี่ยงทาง การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา – อันดับพฤติกรรมเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยงจำแนกตามเพศ – อันดับและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับโรคที่ทำให้สูญเสียสุขภาพ
2. พฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของภาระโรค	
3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงและโรคที่ทำให้สูญเสียสุขภาพ	4.1 พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย การบริโภคผักและผลไม้, การบริโภคอาหารรสหวาน, การบริโภคอาหารรสเค็มและการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง
4. สถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยงร่วมที่สำคัญ	4.2 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ 4.3 พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 4.4 พฤติกรรมการออกกำลังกาย

การสรุปความและวิเคราะห์เนื้อหาเชิงเหตุผล

นำข้อมูลทำการรวบรวมข้อมูลมาวิเคราะห์สังเคราะห์ และสรุปความตามองค์ประกอบของภาระโรคจากพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญและสถานการณ์ของ พฤติกรรมเสี่ยงร่วมสำคัญที่ทำให้เกิดโรคเรื้อรังของคนไทย โดยนำเสนอในรูปเนื้อหา ประกอบตารางและ

แผนภาพ

ผลการศึกษา

1. ภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและความชุกของปัจจัยเสี่ยงในประชากรไทย

จากรายงานการศึกษาข้อจำกัดและโอกาสใน

การจัดการกับวิกฤตโรคเรื้อรังในประเทศไทยด้วยมาตรการระดับประชากรตามข้อเสนอขององค์การอนามัยโลก ของสำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (2554) พบว่า ประเทศไทยมีภาระโรคจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสัดส่วนที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยนานาชาติ โดยเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตถึง 304,656 ราย ใน

พ.ศ. 2552 หรือร้อยละ 73.3 ของการเสียชีวิตทั้งหมด ในขณะที่เป็นสาเหตุหลักของการสูญเสียปีแห่งสุขภาพถึงร้อยละ 73.3 ของภาระโรคทั้งหมด และยังแสดงให้เห็นว่า ยังมีประชากรไทยในสัดส่วนสูง ที่ยังมีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทั้งระดับพฤติกรรม และการเปลี่ยนแปลงทางเมตาโบลิซึม/สรีรวิทยา^[5] (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ภาระโรคจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) และความชุกของปัจจัยเสี่ยงในประชากรไทย^[5]

	ชาย	หญิง	รวม	ปีของข้อมูล
การเสียชีวิต				
- จำนวนการเสียชีวิตจาก NCDs	161,281	143,375	304,656	2552
- สัดส่วนการเสียชีวิตจาก NCDs ต่อการเสียชีวิตทั้งหมด (ร้อยละ)	68.6	79.4	73.3	2552
ภาระโรค (การสูญเสียปีแห่งสุขภาพ)/(DALYs)				
- จำนวนปีที่สูญเสีย (ล้าน DALYs)	3.69	3.4	7.1	2552
- สัดส่วนภาระโรคจาก NCDs ต่อภาระโรคทั้งหมด (ร้อยละ)	67.7	80.4	73.3	2552
ความชุกของปัจจัยเสี่ยงระดับพฤติกรรม (ร้อยละ)				
- ความชุกของผู้บริโภคยาสูบรายวัน	32.1	1.3	18.4	2550
- ความชุกของประชากรที่มีระดับกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ	17.1	21.4	19.2	2551
- ความชุกของผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (15 ปีขึ้นไป)	51.0	8.8	30.0	2550
ความชุกของปัจจัยเสี่ยงทางการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (ร้อยละ)				
- ความดันโลหิตสูง	37.0	31.6	34.2	2552
- ระดับน้ำตาลในเลือด	7.3	7.1	7.2	2552
- ภาวะน้ำหนักเกิน/โรคอ้วน	25.8/4.9	36.4/11.8	31.4/8.5	2551-2
- ระดับโคเลสเตอรอลสูง	54.6	56.1	55.5	2552

2. พฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของภาระโรค

จากการศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เป็นสาเหตุของภาระโรค และการบาดเจ็บของประชากรไทย พบว่า ปัจจัยเสี่ยงอันดับหนึ่งของการสูญเสียปีสุขภาพ ในเพศชาย ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์ รองลงมาคือ การสูบบุหรี่ ระดับความดันโลหิตสูง การไม่

สวมหมวกนิรภัยของผู้ใช้จักรยานยนต์ และระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูง ส่วนเพศหญิงมีปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาระโรค มากที่สุดเป็นอันดับแรก ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน (ดัชนีมวลกายสูง) รองลงมาคือ การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ระดับความดันโลหิตสูง ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูง การสูบบุหรี่ และการบริโภคผักและผลไม้ไม่พอ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของภาระโรคของประชากรไทย พ.ศ. 2542, พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2552 ^[1]

ปัจจัยเสี่ยง	เพศชาย			ปัจจัยเสี่ยง	เพศหญิง		
	พ.ศ. 2542	พ.ศ. 2547	พ.ศ. 2552		พ.ศ. 2542	พ.ศ. 2547	พ.ศ. 2552
ดื่มแอลกอฮอล์	9	13	15.7	เพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย	11	9	5.4
เพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย	16	9	2.7	ระดับความดันโลหิตสูง	6	6	6
สูบบุหรี่	8	9	11.3	ดัชนีมวลกายสูง	6	6	7.7
ไม่สวมหมวกนิรภัย	6	6	5.9	ระดับโคเลสเตอรอลสูง	3	3	3.3
ระดับความดันโลหิตสูง	5	5	6.2	ไม่สวมหมวกนิรภัย	2	2	2
ดัชนีมวลกายสูง	2	2	3.0	ขาดการออกกำลังกาย	2	2	1.6
ระดับโคเลสเตอรอลสูง	2	2	3.1	สูบบุหรี่	1	2	2.2
บริโภคผักและผลไม้ไม่พอ	2	2	2.5	บริโภคผักและผลไม้ไม่พอ	1	2	2.1
เสพยาเสพติด	6	1	0.7	ดื่มแอลกอฮอล์	1	1	1.7
ขาดการออกกำลังกาย	1	1	1	มลภาวะทางอากาศ	2	1	0.6

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับโรคที่ทำให้สูญเสียสุขภาพ

การศึกษาภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงเชื่อมโยงกับอันดับโรค นั้นมีความสำคัญมาก หากสามารถลดปัจจัยเสี่ยงก็จะสามารถลดภาระโรคที่จะตามมาได้ จะเห็นได้จากการศึกษาภาระโรคใน พ.ศ. 2552 พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่มีภาระโรคสูงที่สุด ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งสัมพันธ์กับโรคต่าง ๆ ในอันดับต้น ๆ หลายโรคด้วยกัน เช่น โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร (Traffic accidents) โรคเบาหวาน

(Diabetes) โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart disease) เช่นเดียวกับการสูบบุหรี่ ที่มีความสัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart disease) และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) รวมทั้งการมีภาวะน้ำหนักเกิน และโรคอ้วน (ดัชนีมวลกายสูง) ที่มีความสัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคเบาหวาน (Diabetes) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart disease) เป็นต้น^[1] (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับโรคที่ทำให้สูญเสียสุขภาพสูงในประเทศกำลังพัฒนา^[1]

อันดับ	ปัจจัยเสี่ยง	%DALYs	อันดับ	โรค	%DALYs
1	ดื่มแอลกอฮอล์	9.6	1	โรคหลอดเลือดสมอง	7.0
2	สูบบุหรี่	7.4	2	การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร	6.2
3	ระดับความดันโลหิตสูง	6.1	3	โรคเบาหวาน	5.9
4	ดัชนีมวลกายสูง	5.0	4	โรคติดเชื้อ	5.3
5	ไม่สวมหมวกนิรภัย	4.2	5	ติดเชื้อ เอช ไอ วี/เอดส์	4.3
6	เพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย	3.9	6	โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	4.2
7	ระดับโคเลสเตอรอลสูง	3.2	7	โรคมาลาเรีย	3.7
8	บริโภคผักและผลไม้ไม่พอ	2.4	8	โรคซึมเศร้า	3.5
9	ขาดการออกกำลังกาย	1.2	9	ดื้อกระฉก	2.7
10	การสูบบุหรี่	0.5	10	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	2.6

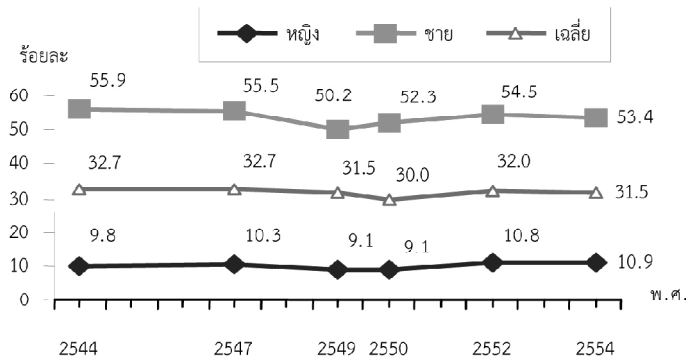
4. สถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยงร่วมที่สำคัญ การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน (ดัชนีมวลกายสูง) เป็นปัจจัยเสี่ยงร่วมสำคัญที่ทำให้เกิดโรคเรื้อรังอันดับต้น ๆ ในประชากรไทย เมื่อจำแนกพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงร่วมสำคัญ ที่ทำให้เกิดโรคเรื้อรัง พบดังนี้

4.1 พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์

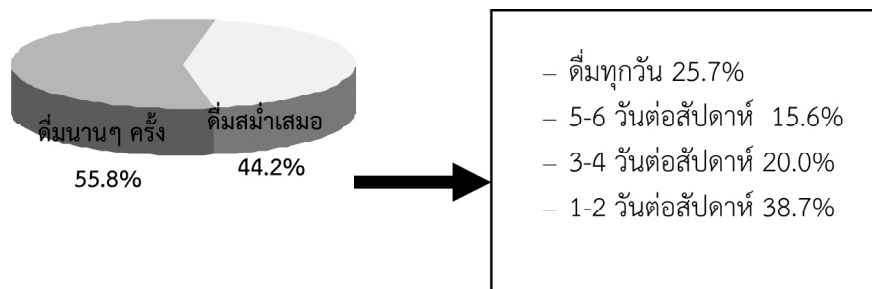
จากผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติล่าสุดใน พ.ศ. 2554 พบว่า ในกลุ่มประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป ดื่มสุรา 17 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 32 ของประชากรวัยนี้ที่มีทั้งหมด 53.9 ล้านคน

โดยผู้ชายดื่มมากกว่าผู้หญิง 5 เท่าตัว ผู้ชายเริ่มดื่มอายุเฉลี่ย 19.4 ปี ผู้หญิงอายุ 24.6 ปี และเมื่อเทียบกับ พ.ศ. 2552 พบผู้ชายมีแนวโน้มอัตราการดื่มลดลงจากร้อยละ 54.5 ใน พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 53.4 ใน พ.ศ. 2554 ส่วนผู้หญิงมีอัตราการดื่มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10.8 เป็นร้อยละ 10.9 ในช่วงเวลาเดียวกัน (ภาพที่ 1) ในจำนวนผู้ที่ดื่มสุรา 17 ล้านคน เป็นผู้ที่ดื่มนาน ๆ ครั้ง 9.5 ล้านคน (ร้อยละ 55.8) และเป็นผู้ที่ดื่มสม่ำเสมอ 7.5 ล้านคน (ร้อยละ 44.2) โดยกลุ่มผู้ที่ดื่มสม่ำเสมอ (ดื่ม 5 วันต่อสัปดาห์ขึ้นไป) มีถึงร้อยละ 41.3 ซึ่งในจำนวนนี้เป็นผู้ที่ดื่มทุกวันถึงร้อยละ 25.7 (ภาพที่ 2)

ภาพที่ 1 เปรียบเทียบอัตราการดื่มสุราของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ดื่มสุรา จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2544 - 2554[6-9]



ภาพที่ 2 เปรียบเทียบอัตราการดื่มสุราของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ดื่มสุรา จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2544 - 2554[6-9]



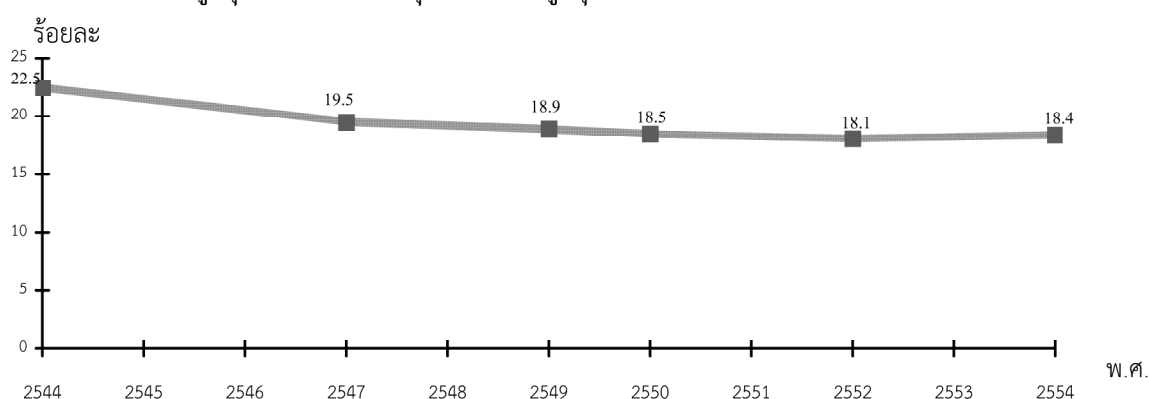
4.2 พฤติกรรมการสูบบุหรี่

จากข้อมูลการสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่ใน พ.ศ. 2554 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 53.9 ล้านคน เป็นผู้สูบบุหรี่ 11.6 ล้านคน หรือร้อยละ 21.4 ของประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยเป็นผู้ชายมากกว่า

ผู้หญิง (ตารางที่ 5) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นประจำในช่วง พ.ศ. 2544-2552 พบว่า อัตราการสูบบุหรี่มีแนวโน้มลดลง แต่ใน พ.ศ. 2554 มีอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นจาก พ.ศ. 2552 กล่าวคือ จากร้อยละ 18.1 เป็นร้อยละ 18.4 ของประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป (ภาพที่ 3)

ตารางที่ 5 จำนวนผู้สูบบุหรี่และสัดส่วนของการเป็นผู้สูบบุหรี่ พ.ศ. 2519-พ.ศ. 2554⁽⁶⁻⁹⁾

พ.ศ.	จำนวนประชากร (ล้านคน)	จำนวนผู้สูบบุหรี่			สัดส่วนของการเป็นผู้สูบบุหรี่ (%)		
		รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง
2544	51.2(อายุ 11 ปีขึ้นไป)	10.5	10.0	0.5	20.6	39.3	2.2
2546	35.8(อายุ 11 ปีขึ้นไป)	7.7	7.1	0.6	21.6	44.1	2.9
2547	49.4(อายุ 15 ปีขึ้นไป)	11.3	10.7	0.6	21.1	40.1	2.4
2549	54.5(อายุ 11 ปีขึ้นไป)	11.0	10.3	0.7	20.3	38.8	2.6
2550	51.2(อายุ 15 ปีขึ้นไป)	10.8	10.3	0.5	21.2	41.7	1.9
2552	52.7(อายุ 15 ปีขึ้นไป)	10.9	10.4	0.5	20.7	40.4	2.0
2554	53.9(อายุ 15 ปีขึ้นไป)	11.6	10.9	0.6	21.4	41.7	2.1

ภาพที่ 3 อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่สูบบุหรี่ประจำ พ.ศ. 2544-2554⁽⁶⁻⁹⁾

จากรายงานการศึกษาเปรียบเทียบค่าใช้จ่าย โรคถุงลมโป่งพอง โรคหัวใจและหลอดเลือด มีแนวโน้มจ่ายทางด้านสุขภาพของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ใน สูงกว่ารายรับของรัฐจากภาษีบุหรี่ พ.ศ. 2546 โดยประเทศไทยกับรายรับของรัฐของ สก๊อตแลนด์ พงศ์พานิช รายรับจากภาษีบุหรี่เท่ากับ 33,582 ล้านบาท แต่มีค่าวิทยาลัยการสาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. ใช้จ่ายของผู้ป่วยทั้งหมด และค่าใช้จ่ายของรัฐจาก 3 2546 พบว่า ค่าใช้จ่ายเพียง 3 โรค ได้แก่ โรคมะเร็งปอด โรคเท่ากับ 46,800 ล้านบาท^[10] (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ค่าใช้จ่ายของ 3 โรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ใน พ.ศ. 2546^[10]

โรค	ค่าใช้จ่ายต่อคน (บาท/คน/ปี)	ค่าใช้จ่ายของ ผู้ป่วยทั้งหมด (ล้านบาท)	ค่าใช้จ่ายของรัฐ (ล้านบาท)	ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยทั้งหมด และค่าใช้จ่ายของรัฐ (ล้านบาท)
มะเร็งปอด	103,602.1	3,707.4	4,500	8,207
ถุงลมโป่งพอง	14,923.3	8,746.2	10,057	18,803
หลอดเลือดหัวใจอุดตัน	35,996.6	2,725.1	10,057	19,790
รวม		15,178.7	24,614	46,800

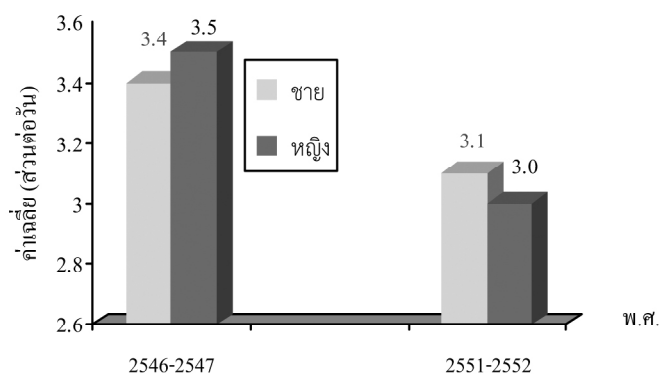
4.3 พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง

1) การบริโภคผักและผลไม้

ใน พ.ศ. 2546-2547 คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ทั้งหญิงและชายรับประทานผักและผลไม้เฉลี่ยเพียงวันละ 3.4 และ 3.5 ส่วนมาตรฐาน ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่ามาตรฐานที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ กล่าวคือควรบริโภควันละ 5-7.5 ด้วยมาตรฐาน และใน

พ.ศ. 2551 - 2552 คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป รับประทานผักและผลไม้เฉลี่ยน้อยลงอีก เฉลี่ยเพียงวันละ 3.1 และ 3.0 ส่วนมาตรฐาน ตามลำดับ (ภาพที่ 4) โดยมีความชุกของการรับประทานผักและผลไม้ปริมาณต่อวันเพียงพอตามข้อเสนอแนะ (รวม > 5 ส่วนมาตรฐานต่อวัน) ลดลงจากร้อยละ 21.7 ใน พ.ศ. 2546 - 2547 เป็นร้อยละ 17.7 (9 ล้านคน) ใน พ.ศ. 2551 - 2552

ภาพที่ 4 เปรียบเทียบปริมาณผักและผลไม้ที่รับประทานต่อคนต่อวันในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป^(4,11)



นอกจากนี้ ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ ของกองสุขศึกษา ระหว่างเดือน เมษายน-มิถุนายน 2555 จำนวน 75 จังหวัด จำนวนทั้งสิ้น 105,255 คน จำแนกเป็นกลุ่มเสี่ยง 78,350 คน กลุ่มป่วยจำนวน 26,905 คน พบว่า ไม่ถึง 1 ใน 3 ของกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยที่รับประทานผักผลไม้สดได้ ครึ่งกิโลกรัมต่อคนต่อวัน (ตารางที่ 7) สอดคล้องกับ

ผลการสำรวจความคิดเห็นและทัศนคติทางสังคมรายไตรมาส เรื่อง โรคอ้วนกับสังคมไทย พ.ศ. 2550 ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พบว่า มีเพียง 1 ใน 3 ของประชาชนอายุ 15-74 ปี ที่รับประทานผักและผลไม้วันละ 1 มื้อ โดยผู้หญิงบริโภคผักและผลไม้สูงกว่าผู้ชาย^[13] (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 7 สัดส่วน (ร้อยละ) ของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร จำแนกตามกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย^[12]

พฤติกรรม	กลุ่มเสี่ยง (ร้อยละ)	กลุ่มป่วย (ร้อยละ)
- รับประทานผักผลไม้สดได้ครึ่งกิโลกรัมต่อคนต่อวัน	27.34	26.79
- รับประทานผลไม้รสหวานจัดมากกว่า 4 วันต่อสัปดาห์	14.83	11.57
- เติมน้ำตาลเพิ่มมากกว่า 4 วันต่อสัปดาห์	11.13	5.90
- เติมน้ำปลา/น้ำปลาพริก/ซีอิ๊วเพิ่มมากกว่า 4 วันต่อสัปดาห์	19.72	15.90
- รับประทานเนื้อสัตว์ที่มีไขมันสูงมากกว่า 4 วันต่อสัปดาห์	12.05	7.24
- รับประทานอาหารทอดมากกว่า 4 วันต่อสัปดาห์	14.42	8.06
- รับประทานอาหารหรือขนมหวานที่ปรุงด้วยกะทิมากกว่า 4 วันต่อสัปดาห์	11.41	6.53

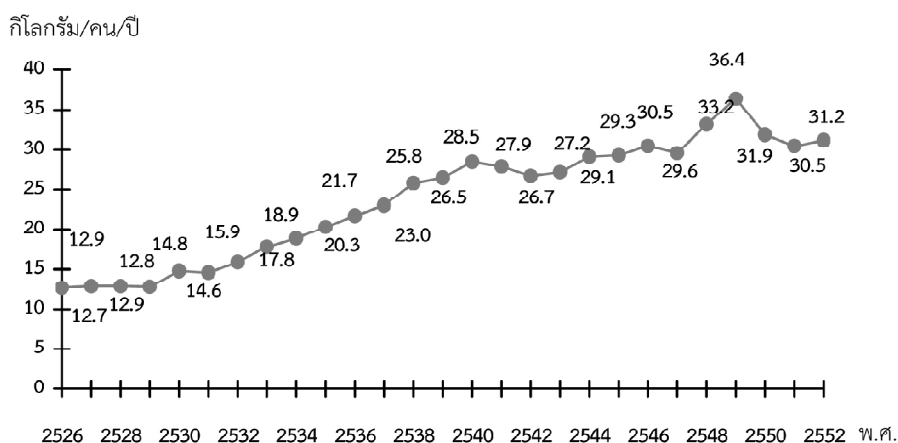
ตารางที่ 8 สัดส่วนของประชาชนที่บริโภคผักและผลไม้ในแต่ละสัปดาห์^[13]

ความถี่ในการบริโภค	เพศ				รวม	
	ชาย		หญิง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
น้อยกว่าสัปดาห์ละ 1 มื้อ	87	3.6	87	3.2	174	3.4
น้อยกว่าวันละ 1 มื้อ	381	15.8	343	12.6	724	14.1
วันละ 1 มื้อ	848	35.1	896	33.0	1,744	34.0
วันละ 2 มื้อ	684	28.3	849	31.3	1,533	29.9
วันละ 3 มื้อ	417	17.2	539	19.9	956	18.6
รวม	2,417	100.0	2,714	100.0	5,131	100.0

2) การบริโภคอาหารรสหวาน

คนไทยมีแนวโน้มบริโภคอาหารรสหวาน (อาหารที่ประกอบด้วยแป้งและน้ำตาล) มากขึ้น ดังจะเห็นได้จากอัตราการบริโภคน้ำตาลต่อคนในช่วงกว่า 2 ทศวรรษที่ผ่านมา เพิ่มขึ้นเกือบ 3 เท่า จาก 12.7 กิโลกรัม/คน/ปี ใน พ.ศ. 2526 เป็น 31.2 กิโลกรัม/คน/ปี ใน พ.ศ. 2552 ซึ่งตามข้อปฏิบัติการบริโภคอาหาร เพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทยกำหนดไว้ว่า ไม่ควร

บริโภคน้ำตาลเกิน 14.6 กิโลกรัม/คน/ปี (ภาพที่ 5) และจากข้อมูลระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ ของกองสุขศึกษา พบว่า กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยมี พฤติกรรมรับประทานผลไม้รสหวานจัดมากกว่า 4 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 14.8 และร้อยละ 11.6 ตามลำดับ และพฤติกรรมเติมน้ำตาลเพิ่ม มากกว่า 4 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 11.1 และร้อยละ 5.9 ตามลำดับ (ตารางที่ 7)

ภาพที่ 5 ปริมาณการบริโภคน้ำตาลทรายภายในประเทศ พ.ศ. 2526 - พ.ศ. 2552^[2]

3) การบริโภคอาหารรสเค็ม

จากการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพป้องกันโรค ความดันโลหิตสูง ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ในกลุ่มผู้มีอายุ 35 ปีขึ้นไปในพื้นที่ 8 จังหวัด ครอบคลุม ทั้ง 4 ภาคของประเทศ ในเดือนเมษายน พ.ศ. 2551 พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่บริโภคอาหารที่มีรสเค็ม

(ร้อยละ 91.8) (ตารางที่ 9) และจากข้อมูลระบบเฝ้า ระวังพฤติกรรมสุขภาพ ของกองสุขศึกษา พบว่า กลุ่ม เสี่ยงและกลุ่มป่วยมีพฤติกรรมเติมน้ำปลา/น้ำปลาพริก/ ซิอิ้วเพิ่ม มากกว่า 4 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 19.7 และร้อยละ 15.9 ตามลำดับ (ตารางที่ 8) นอกจากนี้ ข้อมูลจากการสำรวจปริมาณการบริโภคโซเดียมคลอไรด์

ของ ประเทศไทย โดยกองโภชนาการกรมอนามัย พ.ศ. 2552 พบว่าเครื่องปรุงรสที่ใช้ปรุงอาหารมากที่สุดคือน้ำปลา รองลงมาคือ เกลือ ตามลำดับ โดยน้ำปลาและเกลือมีการใช้เกิน 1 ครั้งต่อวัน โดยเฉลี่ยต่อครั้งของน้ำปลา ประมาณ 2.5 ช้อนชา ส่วนเกลือประมาณ 3/4 ช้อนชา นอกจากนี้ เมื่อคิดเป็นปริมาณโซเดียมที่ได้รับจากผลิตภัณฑ์เครื่องปรุงรสอาหารและผลิตภัณฑ์ที่มีโซเดียม พบว่า แหล่งสำคัญของโซเดียมได้รับจากเครื่องปรุงมากที่สุด ได้แก่ เกลือปริมาณเฉลี่ยประมาณ 3,000 มิลลิกรัมต่อคนต่อวัน รองลงมาคือ น้ำปลา ปริมาณเฉลี่ยประมาณ 2,600 มิลลิกรัมต่อคนต่อวัน

จากผลสำรวจครั้งนี้พบว่า ปริมาณโซเดียมที่คนไทยได้รับจากแหล่งต่าง ๆ คือ อาหารที่รับประทานนอกบ้าน อาหารปรุงสำเร็จและอาหารว่าง รวมโดยเฉลี่ยได้รับโซเดียมประมาณ 900 มิลลิกรัมต่อคนต่อวัน และพบว่าได้โซเดียมจากการทำอาหารรับประทานเองในครอบครัวมากที่สุดประมาณ 10,000 มิลลิกรัมต่อคนต่อวันคน จาก ข้อมูลดังกล่าว จะเห็นได้ว่า คนไทยได้รับโซเดียมจากการรับประทานอาหารมากถึง 4,351.69 มิลลิกรัม/วัน ซึ่งเป็นปริมาณที่สูงกว่าที่ควรได้รับประจำวัน สำหรับคนไทยที่กำหนดให้ได้รับโซเดียมวันละไม่เกิน 2,400 มิลลิกรัม^[15]

ตารางที่ 9 ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป จำแนกตามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร^[14]

ประเด็นพฤติกรรม	ร้อยละที่ปฏิบัติ
- บริโภคอาหารประเภททอด เช่น เนื้อทอด ไก่ทอด ปลาทอด ไข่ทอด กุ้งทอด	96.2
- รับประทานอาหารและขนมที่มีส่วนผสมของกะทิ	91.8
- รับประทานอาหารที่มีรสเค็ม เช่น เนื้อเค็ม ปลาเค็ม ไข่เค็ม ผักกาดดอง กระเทียมดอง	91.8
- เติมน้ำตาล เพิ่มรสในอาหาร	86.1
- รับประทานข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ หอยทอด ผัดไท	85.1
- เติมน้ำปลาหรือซอสปรุงรสเพิ่มในอาหารก่อนรับประทาน	82.5
- รับประทานขนมหวานจัด เช่น ทองหยอด ฝอยทอง ฟักเชื่อม	75.8

4) การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง

การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูงก่อให้เกิดปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ที่ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งจากการสำรวจความคิดเห็นและทัศนคติทางสังคมรายไตรมาส เรื่องโรคอ้วนกับสังคมไทย พ.ศ. 2550 ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พบว่า ประชาชนอายุ 15-74 ปี บริโภคอาหารประเภทที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วน เฉลี่ยประเภทละ 2-5 มื้อต่อสัปดาห์ โดยบริโภคอาหารทอดสูงสุดเฉลี่ย 5 มื้อ/สัปดาห์ อาหารที่ปรุงด้วยกะทิ สดัก/เนื้อมัน/คอกหมูย่าง อาหารจานด่วน เช่น

ไก่ทอด เบอร์เกอร์ พิซซ่า ข้าวขาหมู ตามลำดับ (ตารางที่ 10) และจากข้อมูลระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ ของกองสุขศึกษา พบว่า กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยมีพฤติกรรม รับประทานเนื้อสัตว์ที่มีไขมันสูงมากกว่า 4 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 12.1 และร้อยละ 7.2 ตามลำดับ และพฤติกรรมรับประทานอาหารทอดมากกว่า 4 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 14.4 และร้อยละ 8.1 ตามลำดับ พฤติกรรมรับประทานอาหารหรือขนมหวานที่ปรุงด้วยกะทิมากกว่า 4 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 11.4 และร้อยละ 6.5 ตามลำดับ (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 10 ความถี่ในการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อโรคอ้วน จำแนกตามเพศ⁽¹³⁾

รายการอาหาร	ความถี่เฉลี่ย/สัปดาห์		รวม
	ชาย	หญิง	
อาหารทอด	5	5	5
อาหารที่ปรุงด้วยกะทิ	3	3	3
สแต็ก/เนื้อย่างติดมัน/คอหมูย่าง	2	2	2
อาหารจานด่วน เช่น ไก่ทอด เบอร์เกอร์ พิซซ่า	2	2	2
ข้าวขาหมู	2	2	2
รวม	5	4	5

จะเห็นว่า คนไทยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพที่สัมพันธ์เกี่ยวโยงซึ่งกันและกันใน 5 โรค คือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ หลอดเลือดสมองและมะเร็ง ดังจะเห็นได้จาก การศึกษา สถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิด

โรคหัวใจ และหลอดเลือด ของประชากรไทยอายุระหว่าง 35-59 ปี พบแนวโน้มของไขมันโคเลสเตอรอลระดับน้ำตาลในเลือด ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 11)

ตารางที่ 11 การเปลี่ยนแปลงระดับและความชุกของปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในประชากรไทย (อายุ 35-59 ปี)^(4,11,16)

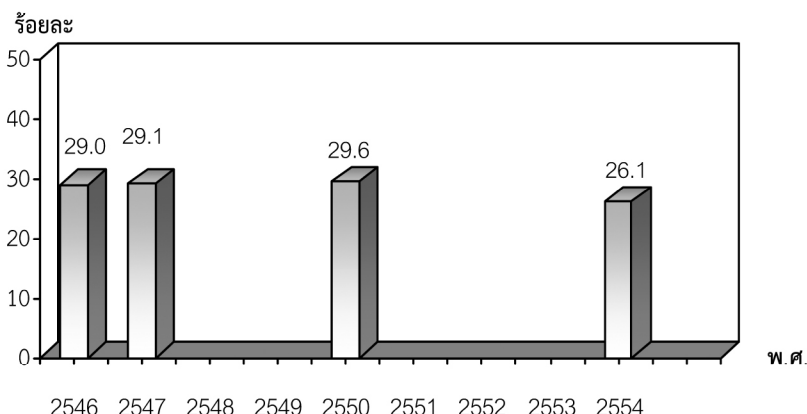
การสำรวจ	การสำรวจสุขภาพ ครั้งที่ 1 (พ.ศ.2534-2535)	การสำรวจสุขภาพ ครั้งที่ 2 (พ.ศ.2539-2540)	การศึกษา Inter ASIA (พ.ศ.2543-2544)	การสำรวจสุขภาพ ครั้งที่ 3 (พ.ศ.2546-2547)	การสำรวจสุขภาพ ครั้งที่ 4 (พ.ศ.2551-2552)
ไขมันโคเลสเตอรอล (mg/dl)	189	198	201	207	204
ระดับน้ำตาลในเลือด (mg/dl)	87	92	99	100	89
ดัชนีมวลกาย (BMI) (kg/m ²)	22.8	23.8	24.4	24.6	23.8
น้ำหนักเกิน (%)	20	25	30	38	34.7
ภาวะอ้วน (%)	5	8	9	10	ชาย=6.0,หญิง= 11.6

4.4 พฤติกรรมการออกกำลังกาย

ผลการสำรวจพฤติกรรมการออกกำลังกายของคนไทยอายุ 11 ปีขึ้นไป พ.ศ.2554 พบว่าลดลงกว่าปีที่ผ่านมาประมาณ ร้อยละ 3 กล่าวคือ จากร้อยละ 29.0-29.6 ใน พ.ศ.2546-2550

เป็นร้อยละ 26.1 ใน พ.ศ. 2554 (ภาพที่ 6) อย่างไรก็ตาม เป็นที่น่าสังเกตว่า มีเพียงไม่ถึง 1 ใน 3 ของประชากรไทยเท่านั้นที่ออกกำลังกายเป็นประจำ แม้ว่ารัฐบาลมีนโยบาย สนับสนุนให้คนไทยหันมาออกกำลังกายอย่างจริงจังตั้งแต่ พ.ศ.2545 เป็นต้นมา

ภาพที่ 6 สัดส่วน (ร้อยละ) ของคนไทยที่ออกกำลังกายเป็นประจำ พ.ศ. 2546 - พ.ศ. 2554⁽¹⁷⁻²⁰⁾



เมื่อเปรียบเทียบอัตราการออกกำลังกายในแต่ละวัยต่อจำนวนประชากรทั้งสิ้นในวัยนั้น พบว่าวัยทำงาน (อายุ 25-59 ปี) และผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) มีอัตราการออกกำลังกายเพียงร้อยละ 20 อย่างไรก็ตาม มีข้อมูลที่น่าสนใจจากการศึกษาความสัมพันธ์ของการเล่นกีฬา หรือออกกำลังกายกับภาวะสุขภาพ พบว่า จากจำนวนประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไปทั้งหมด 57.7 ล้านคน มีอาการป่วยในรอบ 1 เดือน

ที่ผ่านมา จำนวน 17.1 ล้านคน ซึ่งในจำนวนนี้เป็นผู้ที่ไม่เล่นกีฬาหรือออกกำลังกายในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 73.1 ซึ่งอาจเป็นเพราะเล่นไม่ไหว ไม่ต้องการเล่น ไม่เคยเล่น เป็นต้น ส่วนผู้ที่เข้าพักรักษาในสถานพยาบาล ระหว่าง 12 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ มีจำนวน 3.1 ล้านคน ซึ่งในจำนวนนี้เป็นผู้ที่ไม่เล่นกีฬาหรือออกกำลังกายในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาถึงร้อยละ 76.0 (ตารางที่ 12)

ตารางที่ 12 ประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไปที่ป่วย จำแนกตามการเข้าพักรักษาในสถานพยาบาลและการเล่นกีฬา หรือออกกำลังกาย พ.ศ. 2554⁽²⁰⁾

การเล่นกีฬาหรือ ออกกำลังกาย	ประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไปที่ป่วย			
	ไม่ได้เข้าพักรักษาในสถานพยาบาล		เข้าพักรักษาในสถานพยาบาล	
	จำนวน(พันคน)	ร้อยละ	จำนวน(พันคน)	ร้อยละ
รวม	17,110.2	100.0	3,192.6	100.0
เล่นกีฬาหรือออกกำลังกาย	4,595.5	26.9	765.6	24.0
ไม่เล่นกีฬาหรือออกกำลังกาย	12,514.7	73.1	2,426.9	76.0

ภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและความชุกของปัจจัยเสี่ยงในประชากรไทย ประเทศไทยมีภาระโรค จากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสัดส่วนที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยนานาชาติ โดยเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเกือบ 3 ใน 4 ของการเสียชีวิตทั้งหมด สะท้อนให้เห็นว่ายังมีประชากรไทยในสัดส่วนสูงที่ยังมีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้ง

ระดับพฤติกรรม และการเปลี่ยนแปลงทางเมตาโบลิซึม/สรีรวิทยา นับว่ามีความจำเป็นเร่งด่วนที่จะต้องพัฒนา กลไกที่มีประสิทธิภาพใน การจัดการปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพ จากการศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เป็นสาเหตุของภาระโรคและการบาดเจ็บ ของประชากรไทย พบว่า ปัจจัยเสี่ยงอันดับหนึ่ง

ของการสูญเสียปีสุขภาวะในเพศชาย ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์ รองลงมาคือ การสูบบุหรี่ ระดับความดันโลหิตสูง การไม่สวมหมวกนิรภัยของผู้ใช้จักรยานยนต์ และระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูง ส่วนเพศหญิง มีปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาระโรคมากที่สุดเป็นอันดับแรก ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน (ดัชนีมวลกายสูง) รองลงมาคือ การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ระดับความดันโลหิตสูง ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูง การสูบบุหรี่ และการบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มักเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะในเพศชายนั้น ทั้งนี้เนื่องมาจากค่านิยมของการดื่มแอลกอฮอล์ในชายไทยยังคงอยู่ อีกทั้งการส่งเสริมอุตสาหกรรมท้องถิ่นเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการรณรงค์เรื่องยาเสพติดในช่วงเวลาดังกล่าว อาจมีผลให้มีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการใช้สารเสพติดมาเป็นการดื่มสุราแทน สำหรับการมีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน (ดัชนีมวลกายสูง) ที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะในเพศหญิงนั้น เนื่องจากบริโภคอาหารที่ให้พลังงานสูง ขณะที่วิถีชีวิตที่ใช้พลังงานน้อย (ซึ่งเพศชายจะมีกล้ามเนื้อมากกว่าเพศหญิง กล้ามเนื้อจะเผาผลาญพลังงานได้มาก) ภาวะที่ร่างกายเผาผลาญพลังงานน้อย จึงทำให้เพศหญิงอ้วนง่ายและลดน้ำหนักยาก นอกจากนี้ จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยเสี่ยงกับโรคที่ทำให้สูญเสียปีสุขภาวะสูงในประเทศกำลังพัฒนา พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่มีภาระโรคสูงที่สุด ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งสัมพันธ์กับโรคต่าง ๆ ในอันดับต้น ๆ หลายโรคด้วยกัน เช่น โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร (Traffic accidents) โรคเบาหวาน (Diabetes) โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart disease) เช่นเดียวกับการสูบบุหรี่ ที่มีความสัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart disease) และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) รวมทั้งการมีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน (ดัชนีมวลกายสูง) ที่มีความสัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคเบาหวาน (Diabetes)

และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart disease) เป็นต้น ^[1] จะเห็นได้ว่า การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน (ดัชนีมวลกายสูง) เป็นปัจจัยเสี่ยงร่วมสำคัญที่ทำให้เกิดโรคเรื้อรังอันดับต้น ๆ ในประชากรไทย ซึ่งหากสามารถลดปัจจัยเสี่ยง ก็จะสามารถลดภาระโรคที่จะตามมาได้ สถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยงร่วมที่สำคัญ

การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน (ดัชนีมวลกายสูง) เป็นปัจจัยเสี่ยงร่วมสำคัญที่ทำให้เกิดโรคเรื้อรังอันดับต้น ๆ ในประชากรไทย เมื่อจำแนกพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงร่วมสำคัญที่ทำให้เกิดโรคเรื้อรัง พบว่า คนไทยเกือบ 1 ใน 3 ยังดื่มสุรา องค์การอนามัยโลกระบุว่า แอลกอฮอล์หรือสุรา เป็น 1 ใน 4 ของกลุ่มตัวการร้าย ที่ทำลายสุขภาพ (บุหรี่ อาหารขยะและการไม่ออกกำลังกาย) ข้อมูลจากประเทศสมาชิกทั่วโลก พบว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุให้ประชากรโลกเสียชีวิตปีละกว่า 2.5 ล้านคน เฉลี่ยนาทีละ 4.8 คน เฉพาะในกลุ่มอายุ 15-29 ปี มีรายงานเสียชีวิตปีละ 320,000 คน ที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลกใน พ.ศ. 2553 มีมติรับรองยุทธศาสตร์โลกเพื่อจัดการปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นกรอบให้ประเทศสมาชิก 192 ประเทศ เพื่อลดการเจ็บป่วยเสียชีวิต ลดผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจ จากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สำหรับประเทศไทยมีนโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ รวมทั้งมียุทธศาสตร์ควบคุมและลดความรุนแรง ปัญหาที่เกิดจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งได้ผ่านการเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 20 กรกฎาคม พ.ศ. 2553 และมีกฎหมายคือพระราชบัญญัติควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 14 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551 เป็นต้นมา ซึ่งถือว่าเป็นประเทศอันดับต้น ๆ ในโลก สำหรับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า คนไทยเกือบ 1 ใน 4 ที่ยังคงสูบบุหรี่ ซึ่งการสูบบุหรี่มีผลกระทบต่อสุขภาพทำให้เกิดโรคต่าง ๆ โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น มะเร็งปอด โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น นับว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญ

ที่ทำให้เกิดภาระโรคในลำดับสูง รวมทั้งนำไปสู่ความสูญเสียทางเศรษฐกิจและคุณภาพชีวิต โดยจากรายงานการศึกษาเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ในประเทศไทยกับรายรับของรัฐ ของสถิกร พงศ์พานิช วิทยาลัยการสาธารณสุขจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2546 พบว่า ค่าใช้จ่ายเพียง 3 โรค ได้แก่ โรคมะเร็งปอด โรคถุงลมโป่งพอง โรคหัวใจและหลอดเลือด มีแนวโน้มสูงกว่ารายรับของรัฐจากภาษีบุหรี่ พ.ศ. 2546 โดยรายรับจากภาษีบุหรี่เท่ากับ 33,582 ล้านบาท แต่มีค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยทั้งหมด และค่าใช้จ่ายของรัฐจาก 3 โรคเท่ากับ 46,800 ล้านบาท ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของศูนย์ข่าวสารเวชภัณฑ์กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552 ที่รัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคทั้ง 3 โรคเท่ากับ 51,569 ล้านบาท แต่รายรับของรัฐจากภาษีบุหรี่เท่ากับ 43,936 ล้านบาท สำหรับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง พบว่า คนไทยบริโภคผักและผลไม้ลดลงและต่ำกว่า มาตรฐานที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ ซึ่งการบริโภคผักและผลไม้ที่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานในประเทศกำลังพัฒนา ทำให้ประชากรเสียชีวิตมากกว่า 2.5 ล้านคนต่อปี และมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด โรคเส้นเลือดในสมองตีบ และโรคมะเร็ง หากไม่มีการดำเนินการเพื่อสร้างความตระหนักถึงคุณค่าและความสำคัญ ของการบริโภคผักและผลไม้อย่างจริงจัง จะทำให้ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้ หรือโรควิถีชีวิตทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า คนไทยมีแนวโน้มบริโภคอาหารที่มีรสหวาน เค็ม และไขมันสูงมากขึ้น ซึ่งให้เห็นว่า คนไทยมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพที่สัมพันธ์ เกี่ยวโยง ซึ่งกันและกันใน 5 โรค คือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ หลอดเลือดสมอง และมะเร็ง ดังจะเห็นได้จากการศึกษาสถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือดของประชากรไทยอายุระหว่าง 35-59 ปี พบว่า มีแนวโน้มของไขมันโคเลสเตอรอล ระดับน้ำตาลในเลือด ภาวะน้ำหนักเกิน และอ้วนเพิ่มขึ้น ในด้านพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย

พบว่า คนไทยออกกำลังกายลดลงกว่าปีที่ผ่านมา ประมาณ ร้อยละ 3 อย่างไรก็ตาม เป็นที่น่าสังเกตว่ามีเพียงไม่ถึง 1 ใน 3 ของประชากรไทยเท่านั้นที่ออกกำลังกายเป็นประจำ แม้ว่ารัฐบาลมีนโยบายสนับสนุนให้คนไทยหันมาออกกำลังกายอย่างจริงจัง ตั้งแต่ พ.ศ.2545 เป็นต้นมา ประกอบกับมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่เสี่ยง (รับประทานผักและผลไม้ไม่เพียงพอ รวมทั้งรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม มีแคลอรีและไขมันสูง) จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ประสานความร่วมมือเพื่อวางแผนกำหนดยุทธศาสตร์ในการป้องกันและแก้ไขทั้งในระยะสั้นและระยะยาวอย่างเร่งด่วน ด้วยการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์เพื่อลดปัจจัยเสี่ยง และเพิ่มการเข้าถึงบริการสู่การปฏิบัติ โดยเร่งรัดคัดกรองค้นหากลุ่มเสี่ยง จัดและ/หรือปรับระบบบริการสุขภาพที่เอื้อต่อการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายผลักดันเชิงนโยบายให้มีการดำเนินงานเฝ้าระวัง พฤติกรรม สุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงรณรงค์สร้างกระแสสังคมและสื่อสารเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคและวิถีชีวิตอย่างต่อเนื่อง

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำผลจากการวัดสถานะสุขภาพ ด้วยวิธีดังกล่าวไปใช้ในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและกำหนดยุทธศาสตร์ในการป้องกันและแก้ไขที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

3. มีมาตรการทางสังคมโดยสร้างกระแสสังคมหรือค่านิยม เพื่อลดจำนวนนักดื่มหน้าใหม่โดยเฉพาะเพศหญิง และใช้มาตรการทางกฎหมายอย่างเข้มงวดตลอดจนมีมาตรการในการจัดการกับผลกระทบเชิงลบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อสังคม

4. ติดตามบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจังและเพิ่มบทลงโทษ ของการไม่ปฏิบัติตาม พ.ร.บ. ควบคุมยาสูบและ พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ ตลอดจนสร้างกระแสสังคมหรือค่านิยมเพื่อให้เกิดความตระหนักถึงพิษภัยและโทษจากการสูบบุหรี่

5. มีและใช้กลยุทธ์ที่สนับสนุนและส่งเสริมให้ประชาชน ตระหนัก และหันมาบริโภคผักและผลไม้ อย่างจริงจังและต่อเนื่อง

6. เร่งดำเนินการควบคุมการบริโภคน้ำตาล ให้ลดลงอย่างจริงจัง โดยเริ่มต้นณรงค์ให้ทุกครอบครัว ลดการรับประทานน้ำตาลลงอย่างน้อยครั้งหนึ่ง รวมทั้ง การสร้างค่านิยมใหม่ให้หันมาบริโภคผักและผลไม้เพิ่มขึ้น

7. ทบทวนยุทธศาสตร์ด้านการออกกำลังกาย เพื่อสุขภาพที่ผ่านมา โดยมุ่งเน้นกลยุทธ์ในการสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการออกกำลังกาย เป็นประจำอย่างต่อเนื่องจนเป็นวิถีชีวิตมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข. (2555). (ร่าง) แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11. กระทรวงสาธารณสุข. (เอกสารอัดสำเนา).
2. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. รายงานการสาธารณสุขไทย พ.ศ.2551-2553. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. กรุงเทพฯ: 2555
3. ทักษพล ธรรมรังสี, ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์, ประภาพรณ เอี่ยมอนันต์, สิรินทรียา พูลเกิด, สุลัดดา พงษ์อุทธา, อรทัย วลีวงศ์ และอรรธยา ลิ้มวัฒนายิ่งยง. "ข้อจำกัดและโอกาสในการจัดการกับวิกฤตโรคเรื้อรังในประเทศไทยด้วยมาตรการระดับประชากรตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก." ใน Journal of Health System Research. 2011; 5(4): 401-402.
4. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. "ภาระโรคและสุขภาพของประชากรไทยเพื่อก้าวใหม่กับการพัฒนาระบบสุขภาพ" เอกสารประกอบการสัมมนาสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระดับชาติ การประเมินภาระโรคและสุขภาพของประชากรไทย วันที่ 15 สิงหาคม 2555 ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์คอนเวนชั่น กรุงเทพมหานคร. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข.
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2547. กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2547
6. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สรุปผลการสำรวจเบื้องต้นการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2544. กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2554
7. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2550. กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2550
8. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2554. กรุงเทพฯ : บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด. 2555
9. สิริกร พงศ์พานิช. รายงานการศึกษา เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในปัจจุบันและอนาคตทางด้านสุขภาพของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ พ.ศ.2546. วิทยาลัยการสาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (เอกสารอัดสำเนา). 2546
10. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-7. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์. 2550
11. สำนักสำรวจสุขภาพประชาชนไทย. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2. สำนักสำรวจ

- สุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : เดอะ กราฟิโก ชิสเต็มส์ จำกัด. 2555
12. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2555). การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ การออกกำลังกาย ไม่ถูกต้อง การรับประทานอาหารหวานมัน เค็ม ผักผลไม้ไม่เพียงพอ และการสูบบุหรี่/ดื่มสุรา. กลุ่มพัฒนาการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (เอกสารอัดสำเนา).
 13. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจ และ สังคมแห่งชาติ. (2552). การสำรวจความคิดเห็น และ ทศนคติทางสังคมรายไตรมาส เรื่องโรคอ้วนกับสังคมไทย พ.ศ. 2550. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (เอกสารอัดสำเนา).
 14. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. รายงานผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง. (เอกสารอัดสำเนา). ม.ป.ป.
 15. ปิยะมิตร ศรีธรา. โครงการทบทวนและปรับเปลี่ยนแผนกลยุทธ์การวิจัยสุขภาพไทย พ.ศ. 2546. กลุ่มวิจัยโรคหัวใจและหลอดเลือด คณะแพทย ศาสตร์รามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. 2546
 16. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการ สํารวจ พฤติกรรมการเล่นกีฬาหรือออกกำลังกายของ ประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2546. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2546
 17. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการ สํารวจ พฤติกรรมการเล่นกีฬาหรือออกกำลังกายของ ประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2547. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2547
 18. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการ สํารวจ พฤติกรรมการเล่นกีฬาหรือออกกำลังกายของ ประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2550. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2550
 19. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจ พฤติกรรมการเล่นกีฬาหรือออกกำลังกายของ ประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2554. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ เจียฮั่ว. 2554
 20. กองโภชนาการ กรมอนามัย. ผลการสำรวจปริมาณ การบริโภคโซเดียมคลอไรด์ของประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร : กองโภชนาการ กรมอนามัย. 2552

ประสิทธิผลโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน จังหวัดอ่างทอง

Effectiveness of Program for Health Behavior Modification in People with Pre-diabetes, Ang Thong Province

โณมยุพา เศรษฐฐิ วทม.(บริหารสาธารณสุข)

Chomyupha Sesthee. M.Sc. (Public Health)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง

Ang Thong Provincial Health Office

บทคัดย่อ

การศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental) ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน แบบเข้าค่าย และแบบนัดพบของกรมอนามัยโดยสุ่มตัวอย่างแบ่งเข้ากลุ่มละ 30 คน ให้กลุ่มที่เข้าโปรแกรมแบบเข้าค่าย เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มที่เข้าโปรแกรมแบบนัดพบ เป็นกลุ่มควบคุม ระหว่างเดือน กรกฎาคม - ตุลาคม 2554 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที (paired t - test และ independent t-test) ผลการศึกษา พบว่าก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยหลังการเข้าร่วมโปรแกรมในด้านความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมมากกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย และระดับน้ำตาลในเลือดลดลงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แสดงว่าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้ง 2 แบบมีประสิทธิภาพที่ไม่แตกต่างกัน สามารถเลือกใช้ตามความเหมาะสมและบริบทของแต่ละพื้นที่

Abstract

This study aimed to compare the effectiveness of the programs for health behaviors modification of people with pre-diabetes, Ang Thong Province. The study was designed as a quasi - experimental study. The samples consisted of 60 volunteers who had aged 35+ years old and risk for diabetes then divided into two groups equally. The group which attended in a camp program was a experimental group while the group which attended an appointment program of the Department of Health was a control group. The data were collected between July - October 2011. The data were analyzed by descriptive statistics, paired t-test and independent t-test. The results revealed that after the implementation, the means scores of knowledge, attitudes and behaviors of both experimental and control groups were significantly increased ($p < 0.05$) while the means of body weight, body mass index and blood sugar level were significantly decreased ($p < 0.05$). The conclusion was that the effectiveness of both programs for health behavior modification was not different. Thus, both programs could be applied depend on the situation of each areas.

ประเด็นสำคัญ

โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
กลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน

Keywords

Program for health behaviors modification
Pre-diabetes group

บทนำ

การเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของสำนักโรคบาดวิทย์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2553 พบว่าจังหวัดอ่างทองมีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน เท่ากับ 162,274 ต่อประชากรแสนคน⁽¹⁾ การสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชน จังหวัดอ่างทอง ที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป พบว่า ปี 2553 มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไม่ติดต่อร้อยละ 70 และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง คะแนนเฉลี่ยเพียงร้อยละ 40 เท่านั้น และพบว่า ค่าดัชนีมวลกายของประชาชนมากกว่า 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร ทำให้มีภาระโรคและค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นตามตัว⁽²⁾ ในขณะที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทองได้มีการตรวจคัดกรองโรค ในกลุ่มประชากร อายุ 35 ปี ขึ้นไป พบว่ากลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน และผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ซึ่งหากไม่กำหนดมาตรการในการป้องกันอย่างเหมาะสมจะทำให้กลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน กลายเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจากการดำเนินงานที่ผ่านมา เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ด้วยวิธีการหลักคือ การให้สุขศึกษารายบุคคล หรือรายกลุ่ม ซึ่งไม่มีประสิทธิภาพที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มนี้ได้⁽³⁾ ต่อมาได้ประยุกต์ใช้โปรแกรมควบคุมน้ำหนักแบบนัดพบ ซึ่งเสนอโดยกรมอนามัย เน้นการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด นัดพบวิทยาการสัปดาห์ละ 1 ครั้งเป็นเวลา 8 สัปดาห์ แต่เนื่องจากกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน มีจำนวนมาก จึงทำให้เจ้าหน้าที่ไม่สามารถจัดโปรแกรมให้กลุ่มเสี่ยงเข้าได้ทั้งหมด ต่อมาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้าค่ายได้เริ่มนำมาใช้ หลังจาก สปสช. ได้จัดโครงการฝึกอบรมผู้จัดกิจกรรมค่ายเบาหวาน โดยโปรแกรมเข้าค่าย ใช้เวลา 3 วัน 2 คืนและเข้ากลุ่มชมรมเพื่อนช่วยเพื่อน ซึ่งมีข้อดีกว่าโปรแกรมแบบนัดพบ เนื่องจากใช้ระยะเวลาในช่วงเข้าค่ายน้อย ทำให้สามารถนำไปใช้ปรับเปลี่ยนกลุ่มเป้าหมายได้

จำนวนมาก และมีเนื้อหาการเรียนรู้เหมือนกัน แต่ยังไม่เคยมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังกล่าว ดังนั้นผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบงานควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อจังหวัดอ่างทอง มีวัตถุประสงค์ทำการศึกษาครั้งนี้ เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโปรแกรมแบบเข้าค่าย และโปรแกรมแบบนัดพบของกรมอนามัยในประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน จังหวัดอ่างทอง ซึ่งจะเป็ประโยชน์ในการพัฒนาโปรแกรม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อไป

วัสดุและวิธีการศึกษา

ประชากรศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรศึกษาได้แก่ ประชาชนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน มีระดับน้ำตาลในเลือดระหว่าง 110 - 125 mg/dl

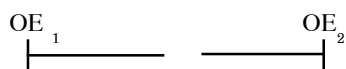
การเลือกพื้นที่และการสุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยสุ่มเลือกแบบง่ายมา 1 อำเภอ ได้ อำเภอโพธิ์ทอง จากนั้นเลือกแบบเจาะจง โดยเลือกตำบลใหญ่มีเขตการปกครอง 2 แบบ ได้แก่ เขตเทศบาลตำบลโพธิ์ทองและเขตองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)อ่างแก้ว

รูปแบบการศึกษา การศึกษานี้เป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental) แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม สุ่มแบบง่ายไม่จำเพาะเจาะจง ได้เขต อบต.อ่างแก้ว เป็นกลุ่มทดลอง และเขตเทศบาลตำบลโพธิ์ทอง เป็นกลุ่มควบคุม ให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานในแต่ละพื้นที่สมัครใจเข้าโปรแกรมในแต่ละกลุ่มมีจำนวน 30 คน ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเหล่านี้ไม่ทราบว่าการเข้าโปรแกรมมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผล กลุ่มทดลองใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ แบบเข้าค่าย ใช้เวลา 3 วัน 2 คืน เน้นการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด และเข้าร่วมชมรมเพื่อนช่วยเพื่อน หลังเข้าค่าย 2 สัปดาห์ จำนวน

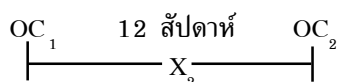
2 ครั้ง ต่อไป 4 สัปดาห์ 2 ครั้ง รวม 4 ครั้ง สำหรับกลุ่มควบคุม ใช้โปรแกรมควบคุมน้ำหนักแบบนัดพบของกรมอนามัย ซึ่งเน้นการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด โดยนัดกลุ่มเป้าหมายพบวิทยากร สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 8 ครั้ง ครั้งละ 1 วัน ๆ ละ 3 ชั่วโมง การศึกษานี้ดำเนินการระหว่างเดือน กรกฎาคม - ตุลาคม 2554

การเก็บข้อมูล ใช้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ของแต่ละกลุ่ม ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยเจ้าหน้าที่ไม่ทราบว่าเป็นการศึกษาวิจัยเปรียบเทียบ เพื่อต้องการไม่ให้เกิดอคติต่อการวิจัย สำหรับการทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (Before - After 2 Groups Design) มีดังนี้

1.กลุ่มทดลองโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ แบบเข้าค่าย



2.กลุ่มควบคุมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ แบบนัดพบของกรมอนามัย



OE₁ OC₁ หมายถึงการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ก่อนการทดลอง เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ พฤติกรรม น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลในเลือดทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

OE₂ OC₂ หมายถึงการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ หลังการทดลอง เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ พฤติกรรม น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลในเลือดทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

X₁ หมายถึง โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบเข้าค่าย

X₂ หมายถึง โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ แบบนัดพบของกรมอนามัย

เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกการคัดกรองสุขภาพ แบบบันทึกผลการตรวจสุขภาพ และแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 4 ส่วนได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ทักษะเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน Min Max และสถิติเชิงอ้างอิง (Inferential Statistics) ได้แก่ การทดสอบค่าที (paired t - test และ independent t-test)

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองจำนวน 30 คน เป็นเพศชายและเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 16.7 และ 83.3 ตามลำดับ อยู่ในกลุ่มอายุ 36-45 ปี และ 46-55 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.3 เท่ากัน รองลงกลุ่มอายุ ≥ 56 ปี คิดเป็นร้อยละ 23.4 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถม/มัธยม มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 96.7 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.7 กลุ่มควบคุมเป็นเพศชายและเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 26.7 และ 73.3 ตามลำดับ อยู่ในกลุ่ม อายุ 36-45 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.0 รองลงมากลุ่มอายุ 46-55 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.0 จบการศึกษาระดับประถม/มัธยม ทั้งหมดประกอบอาชีพเกษตรกรกรรมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.3 รองลงมารับจ้างคิดเป็นร้อยละ 30.0

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกัน โดยมีคะแนนเฉลี่ยระดับปานกลางถึงระดับต่ำ ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในขณะที่

น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกายและ ระดับน้ำตาลในเลือด ละเอียดยในตารางที่ 1
ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ดังราย

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความรู้ ทักษะคิด พฤติกรรมสุขภาพ น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกายและ ระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯของ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	SD	t-value	df	p-value
ความรู้					
กลุ่มทดลอง	12.23	1.406	0.337	58	0.737
กลุ่มควบคุม	12.10	1.647			
ทัศนคติ					
กลุ่มทดลอง	26.77	2.344	1.498	58	0.139
กลุ่มควบคุม	25.83	2.479			
พฤติกรรม					
กลุ่มทดลอง	24.17	2.780	0.330	58	0.743
กลุ่มควบคุม	23.93	2.703			
น้ำหนักตัว					
กลุ่มทดลอง	68.66	9.794	-1.686	49.80	0.980
กลุ่มควบคุม	74.19	15.061			
ดัชนีมวลกาย					
กลุ่มทดลอง	28.69	4.033	0.262	58	0.794
กลุ่มควบคุม	28.42	3.947			
ระดับน้ำตาลในเลือด					
กลุ่มทดลอง	116.83	4.749	0.025	56.76	0.980
กลุ่มควบคุม	116.80	5.511			

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่าง ก่อนและ หลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้านความรู้ ทักษะคิด พฤติกรรม น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลในเลือด พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความรู้ก่อน และหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ก่อนการทดลองมีความรู้ระดับปานกลาง คะแนนความรู้เฉลี่ย 12.23 12.10 คะแนนตามลำดับ หลังการทดลองมีความรู้ระดับสูง คะแนนความรู้เฉลี่ย 16.53 16.73 คะแนนตามลำดับ สำหรับทัศนคติทั้ง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีทัศนคติก่อนและหลัง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ก่อน การทดลองมีทัศนคติ ระดับปานกลาง คะแนน ทัศนคติ เฉลี่ย 26.77 25.83 คะแนนตามลำดับ หลังการทดลอง มีทัศนคติระดับสูง คะแนนทัศนคติเฉลี่ย 40.46 41.33

คะแนน ตามลำดับ ด้านพฤติกรรมเช่นเดียวกันพบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีพฤติกรรมสุขภาพก่อน และหลังแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ก่อนการทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพ ระดับปานกลาง คะแนนพฤติกรรมสุขภาพเฉลี่ย 24.17 23.93 คะแนน ตามลำดับ หลังการทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพ ระดับสูง คะแนนพฤติกรรมสุขภาพเฉลี่ย 30.83 31.06 คะแนน ตามลำดับ ในขณะที่การชั่งน้ำหนักตัว พบว่าทั้งกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม มีน้ำหนักตัวก่อนและหลัง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ก่อน การทดลองมีน้ำหนักตัวเฉลี่ย 68.66 74.19 กก. ตามลำดับ หลังการทดลองมีน้ำหนักตัวเฉลี่ย 63.50 64.56 กก.ตามลำดับ ดัชนีมวลกาย พบว่าทั้งกลุ่ม ทดลอง และกลุ่มควบคุม มีดัชนีมวลกายก่อนและหลัง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ก่อนการ

ทดลองมีดัชนีมวลกาย เฉลี่ย 28.69 28.42 ก.ก./ม² ตามลำดับ หลังการทดลองมีดัชนีมวลกาย เฉลี่ย 25.54 25.36 ก.ก./ม² ตามลำดับ ในขณะที่ระดับน้ำตาลในเลือดเช่นเดียวกัน ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังแตกต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ก่อนการทดลอง มีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 116.83 116.80mg/d^l ตามลำดับ หลังการทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 96.17 92.90 mg/d^l ตามลำดับดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t-value	df	p-value
	ค่าเฉลี่ย	SD.	ค่าเฉลี่ย	SD.			
ความรู้							
กลุ่มทดลอง	12.23	1.406	16.53	1.407	-15.57	29	< 0.001
กลุ่มควบคุม	12.10	1.647	16.73	1.337	-13.34	29	< 0.001
ทัศนคติ							
กลุ่มทดลอง	26.77	2.344	40.46	4.500	-15.12	29	< 0.001
กลุ่มควบคุม	25.83	2.479	41.33	3.110	-18.28	29	< 0.001
พฤติกรรมสุขภาพ							
กลุ่มทดลอง	24.17	2.780	30.83	2.913	-15.91	29	< 0.001
กลุ่มควบคุม	23.93	2.703	31.06	2.958	-27.28	29	< 0.001
น้ำหนักตัว							
กลุ่มทดลอง	68.66	9.794	63.50	9.764	2.73	29	0.011
กลุ่มควบคุม	74.19	15.061	64.56	10.638	2.85	29	0.008
ดัชนีมวลกาย							
กลุ่มทดลอง	28.69	4.033	25.54	4.139	3.42	29	0.002
กลุ่มควบคุม	28.42	3.947	25.36	2.737	3.28	29	0.003
ระดับน้ำตาลในเลือด							
กลุ่มทดลอง	116.83	4.749	96.17	12.197	8.73	29	0.000
กลุ่มควบคุม	116.80	5.511	92.90	10.870	10.50	29	0.000

ส่วนที่ 4. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมสุขภาพ

ไม่แตกต่างกัน โดยมีคะแนนเฉลี่ย ระดับสูง ในขณะที่น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกายและระดับน้ำตาลในเลือด ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความรู้ ทักษะคิด พฤติกรรมสุขภาพ น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกายและ ระดับน้ำตาลในเลือด หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯของ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	SD	t-value	df	p-value
ความรู้					
กลุ่มทดลอง	16.53	1.407	-0.564	58	0.575
กลุ่มควบคุม	16.73	1.337			
ทัศนคติ					
กลุ่มทดลอง	40.46	4.500	-0.868	58	0.389
กลุ่มควบคุม	41.33	3.110			
พฤติกรรม					
กลุ่มทดลอง	30.83	2.913	-0.308	58	0.759
กลุ่มควบคุม	31.06	2.958			
น้ำหนักตัว					
กลุ่มทดลอง	63.50	9.764	-0.405	58	0.687
กลุ่มควบคุม	64.56	10.630			
ดัชนีมวลกาย					
กลุ่มทดลอง	25.54	4.139	0.203	58	0.839
กลุ่มควบคุม	25.36	2.737			
ระดับน้ำตาลในเลือด					
กลุ่มทดลอง	96.17	12.197	1.095	58	0.278
กลุ่มควบคุม	92.90	10.870			

สรุปผล

การศึกษานี้ พบว่า ทั้งโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้าค่าย และแบบนัดพบของกรมอนามัย มีระดับคะแนนเฉลี่ยของ ความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรม น้ำหนักตัว ดัชนีมวลรวม และปริมาณน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าทั้งสองโปรแกรมมีประสิทธิภาพผลที่ไม่แตกต่างกัน

วิจารณ์

การศึกษานี้เป็นการแสดงให้เห็นประสิทธิผลของการ เข้าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมซึ่งได้ผลกว่า การให้สุขศึกษาที่ผ่านมา สอดคล้องกับวิจารณ์ เจริญจรัสรังษี และคณะ⁽⁸⁾ ที่ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมของเกี่ยวกับ การปรับวิถีชีวิตในกลุ่มเสี่ยงโดยการใช้มาตรการ หรือโปรแกรมเกี่ยวกับการควบคุมอาหารและ

ออกกำลังกายในต่างประเทศ เช่น สาธารณรัฐประชาชนจีน ฟินแลนด์และสหรัฐอเมริกา การเข้าโปรแกรม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน ทั้งแบบเข้าค่าย และแบบนัดพบของกรมอนามัย มีผลทำให้ระดับคะแนนเฉลี่ย ความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานสูงขึ้น เนื่องจากโปรแกรมทั้งสอง มีกระบวนการทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันระหว่างผู้เข้าร่วมโปรแกรมกับวิทยากร และเพื่อน ๆ ในกลุ่มเดียวกัน ได้เรียนรู้และฝึกปฏิบัติวิธีการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียด เพิ่มเติมจากความรู้และวิธีการที่เคยปฏิบัติเดิม นอกจากนี้ ขบวนการกลุ่มทำให้มีปฏิสัมพันธ์กัน ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดสัมพันธภาพระหว่างสมาชิก มีเป้าหมายร่วมกัน โดยโปรแกรมนัดพบแบบกรมอนามัย มีการใช้เทคนิคการตั้งเป้าหมาย การให้รางวัล และการ

สร้างความคิดใหม่ในแง่บวก สำหรับโปรแกรมแบบเข้าค่าย มีกิจกรรม“พันธะสัญญา” และมีแรงสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ผลรวมของความรู้ ความคิดเห็น และประสบการณ์ ทักษะรวมทั้งแรงจูงใจก่อให้เกิดแนวคิดในการตัดสินใจ ค้นหาและพบวิธีการแก้ปัญหา ร่วมกัน และตั้งเป้าหมายร่วมกัน สอดคล้องกับคำกล่าวของ นิภา มนูญปิฏ⁽⁶⁾ กล่าวไว้ว่า การปฏิบัติเป็นการแสดงออก ที่เกิดจากการผสมผสานระหว่างความรู้กับความรู้สึกรู้จักคิด ความเชื่อของบุคคลต่าง ๆ และสอดคล้องกับธงชัย สันติวงษ์⁽⁷⁾กล่าวว่า ทักษะคิดก่อตัวเกิดขึ้นมา และเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากปัจจัย การจูงใจ ขาวสารข้อมูล การเข้าเกี่ยวข้องกับกลุ่ม ประสบการณ์ และลักษณะท่าทาง และเกี่ยวกับพฤติกรรม ที่ปรับเปลี่ยนสอดคล้องกับโอเรม (Orem, 1995)⁽⁴⁾ ที่กล่าวว่า การดูแลตนเองนั้นต้องเริ่มด้วยตนเอง จะทำอย่างต่อเนื่องต้องมีเป้าหมายและจงใจกระทำ เพื่อความเป็นอยู่ที่ดีของตนเองไว้ตลอดจนหลีกเลี่ยงโรค นอกจากนี้ การศึกษานี้พบว่า การเข้าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมฯ แล้วทำให้น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย และน้ำตาลในเลือดลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุระ สุพรหมอินทร์⁽¹¹⁾ พบว่า กลุ่มทดลอง มีน้ำหนัก ดัชนีมวลกายก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเข้าค่าย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากโปรแกรมเน้นการเรียนรู้วิธีการควบคุมอาหาร ประเภทแป้ง น้ำตาลและไขมันเพื่อควบคุมน้ำหนักตัว รวมทั้งการออกกำลังกาย และให้กลุ่มเป้าหมายทุกคน นำไปปฏิบัติโดยให้ลดน้ำหนักและลดรอบเอว มอบหน้าที่ให้ทุกคนลงบันทึก การวัดรอบเอวและการชั่งน้ำหนักในแบบบันทึกของตนเองทุกสัปดาห์ มีเป้าหมายเป็นระยะต่อเนื่อง และยังมีระบบการให้รางวัล เพื่อเสริมแรงจูงใจโดยมอบรางวัลแก่ผู้ที่ปฏิบัติตาม ลดน้ำหนัก ลดรอบเอว ลดดัชนีมวลกายได้สูงสุด และจับสลากรางวัลแก่ผู้โชคดีเพื่อเสริมสร้างบรรยากาศ การเรียนรู้ และการมีส่วนร่วม จึงเป็นแรงกระตุ้นให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความพยายามในการควบคุมน้ำหนักตัว และดัชนีมวลกาย ซึ่งเป็นไปใน

ทิศทางเดียวกันกับ แนวคิด ของพฤติกรรมสุขภาพ โดย ชลียรัตน์ ศรีเอน⁽⁹⁾ และพิสมัย นนประสา⁽¹⁰⁾ ที่กล่าวว่า การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรณีโรคอ้วนต้องอาศัย การเรียนรู้อย่างเป็นลำดับ ตามขั้นตอนแรงจูงใจและตั้งเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง ในที่สุดการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการบริโภค การออกกำลังกาย และการลดความ เครียดเป็นพฤติกรรมที่เหมาะสม ส่งผลให้ระดับน้ำตาล ในเลือดลดลง สอดคล้องกับงานวิจัยของหัน พรหมเคน (2550)⁽¹²⁾ ประครอง วรรคิต และวิธา อรรถเมธากุล⁽¹³⁾ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการ เมื่อมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แล้วมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง

อย่างไรก็ตามโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แบบนัดพบ ของกรมอนามัย มีข้อดี คือสามารถติดตาม ผู้เข้าโปรแกรมได้อย่างต่อเนื่อง โดยพบกันทุกสัปดาห์ แต่มีข้อจำกัดคือ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กลุ่มเสี่ยงได้จำนวนน้อยในแต่ละครั้ง ในขณะที่กลุ่มเป้าหมาย มีเพิ่มขึ้น เจ้าหน้าที่ต้องใช้เวลาในการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาก ดังนั้นน่าจะให้กลุ่มที่เคยเข้าร่วม โปรแกรม และสามารถเป็นต้นแบบ (Model) ได้มาร่วม เป็นวิทยากร ในขณะที่โปรแกรมแบบเข้าค่าย แม้ว่าจะ ใช้เวลาในการอบรมน้อยกว่าแต่จะต้องคำนึงถึงจำนวน ผู้เข้าอบรม งบประมาณ คุณภาพการอบรมในช่วงเข้าค่าย และการเข้าร่วมชมรม จะต้องมีการมีกิจกรรมสม่ำเสมอ การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าทั้งสองโปรแกรม ล้วนมี ประสิทธิภาพไม่แตกต่างกัน แต่มีข้อจำกัดต่างกัน ดังนั้น จึงควรเลือกใช้ตามความเหมาะสมและสภาพความเป็นอยู่ และงบประมาณ

ข้อเสนอแนะ

เมื่อใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ไม่ว่าจะเป็นแบบใด ควรมีการประเมินผลหลังเข้าร่วม โปรแกรมในช่วง 6 เดือน และ 1 ปี อย่างต่อเนื่องเสมอ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สุรณชัย วัฒนายิ่ง เจริญชัย รองอธิบดีกรมควบคุมโรค นายแพทย์อรรถ

สมบุญตนนท์ ผู้ตรวจราชการสาธารณสุข เขต 2 และนายแพทย์ สาโรจน์ มะรุมดี นายแพทย์สาธารณสุข จังหวัดอ่างทอง ที่ได้ให้การสนับสนุนในการวิจัย ให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทางในการทำวิจัย และขอขอบพระคุณ รศ. ดุสิต สุจิรารัตน์ ภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ ม.มหิดล ที่ได้ให้คำปรึกษาการทำวิจัยแบบกึ่งการทดลอง (Quasi-Experimental) การวิเคราะห์และการสรุปข้อมูล เป็นอย่างสูง

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา. ประจำปี 2555 ปีที่ 43 ฉบับที่ 17 : 4 พฤษภาคม 2555
2. งานส่งเสริมสุขภาพและรักษาพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง. สรุปผลงานงานส่งเสริมสุขภาพและรักษาพยาบาล ปีงบประมาณ 2553. เอกสารอัดสำเนา
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง. รายงานประจำปี 2552. เอกสารอัดสำเนา
4. Orem, D.E. (1995). Nursing : Concepts of Practice. (5 th ed.) St. Louis : Mosby - Year Book.
5. กองโภชนาการ กรมอนามัย. โปรแกรมควบคุมน้ำหนัก. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. 2551
6. นิภา มนูญปัจจุ. ประชากรกับคุณภาพชีวิต. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ศรีอนันต์; 2540.
7. ธงชัย สันติวงษ์. พฤติกรรมผู้บริโภคทางการตลาด. (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช. 2539
8. วิโรจน์ เจริญจรัสรังษี และคณะ. การปรับชีวิตในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน[ออนไลน์]. เข้าถึงเมื่อวันที่ 10 มีนาคม 2555. เข้าถึงได้จาก <http://dspace.hsri.or.th/dspace/handle/123456789/703>.
9. ชลย์รัตน์ ศรีเอม. ยุทธศาสตร์การใช้สื่อสารมวลชนเพื่อการรณรงค์ด้านสุขภาพ ศึกษาเฉพาะกรณีโรคอ้วนของคนไทย. กรุงเทพฯ. มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต, 2549.
10. พิสมัย นนปราชญ์. ผลการให้คำปรึกษาตามหลักโภชนบัญญัติ 9 ประการต่อการลดน้ำหนักของนักเรียนที่เป็นโรคอ้วน. การค้นคว้าแบบอิสระ. วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชนศาสตร์ศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2552
11. สุระ สุพรหมอินทร์. แบบจำลองการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 โดยการเข้าค่ายอำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด ประเทศไทย. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนาระบบสาธารณสุข วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2552
12. หัน พรมเคน. กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในผู้ป่วยเบาหวาน ของศูนย์สุขภาพชุมชนตาหลังในอำเภอน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว. รายงานการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว. 2550
13. ประครอง ควรคิด และวิธดา อรรถเมธากุล. การประเมินผลโครงการค่ายเบาหวาน โรงพยาบาลราชบุรี. วารสารกองการพยาบาล ปีที่ 17 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2553.

การพัฒนาชุมชนต้นแบบเฝ้าระวังและรับเรื่องร้องเรียนเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรณี 7

ชุมชนนำร่อง และ 1 เครือข่าย

Developing Model Community for Watching Out and Receiving Complaint of Alcoholic Drinks in Case of 7 Pilot Communities and One Network

เพลินพิศ พรหมมะลิ พย.บ. วท.ม.

(เทคโนโลยีการบริหารสิ่งแวดล้อม)

เพ็ญศรี ปัญญาตั้งสกุล วท.บ. (สุขศึกษา)

ภควดี โภคากรณ์ น.บ.

นฤมล เกิดโถม น.บ.

สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

Plearpit Prommali B.N.S., M.S.

(Technology of Environmental Management)

Pensri Panyatungsakul B.Sc. (Health Education)

Pakawadee Pokakorn LL.B

Naruemol Kredchome LL.B

Office of the Alcohol Control Committee

บทคัดย่อ

การพัฒนาชุมชนนำร่องเฝ้าระวังและรับเรื่องร้องเรียนเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จาก 7 ชุมชน และ 1 เครือข่าย ในกรุงเทพมหานคร มีส่วนช่วยหนุนเสริมฐานทุนเดิมของชุมชนให้เข้มแข็งและมีพลังมากขึ้น ชุมชนสามารถบูรณาการงานเดิมของชุมชนร่วมกับการดำเนินงานเป็นชุมชนนำร่องในการเฝ้าระวังและรับเรื่องร้องเรียนเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีผลทำให้ร้านขายของชำ/โชห่วยในชุมชนกระทำผิดกฎหมายลดลง เนื่องจากเป็นร้านที่อยู่ในชุมชน จึงสามารถใช้กลไก แกนนำชุมชนเฝ้าระวังฯ ที่มีทั้งผู้นำทางธรรมชาติ กลุ่มคนมีใจที่อาสาทำงานเพื่อชุมชน ช่วยกันบอกกล่าว ตักเตือน สร้างการเรียนรู้ในมาตรการและกฎหมายให้ร้านค้าในชุมชนเกิดความเข้าใจและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามกฎหมายได้เป็นอย่างดี ส่วนกลุ่มผับ/เเค่/บาร์/คาราโอเกะ ร้านเหล้าป่น ร้านเร่ขาย/รถเข็นร้านยาตองเหล้า และร้านสะดวกซื้อ มีสัดส่วนการกระทำผิดเพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นว่าผู้ที่ดื่มพยายามหาช่องทางในการซื้อเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์จาก ช่องทางอื่นเพิ่มขึ้นเพื่อทดแทนช่องทางเดิมที่เคยซื้อได้อย่างสะดวกจากร้านค้าในชุมชน กลุ่มร้านค้าเหล่านี้แกนนำชุมชนเฝ้าระวังฯ สามารถเข้าถึงได้ยาก เนื่องจากส่วนใหญ่เจ้าของร้านเป็นนายทุนหรือคนนอกชุมชน ทำให้ไม่รู้สึกรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของร่วมในชุมชน จึงต้องอาศัยพลังจากหน่วยงานภายนอก อาทิ สำนักงานเขตพื้นที่ ตำรวจ เป็นต้น ในการช่วยเสริมหนุนการทำงานเฝ้าระวังฯ ของชุมชน ช่วยสร้างการเรียนรู้ตลอดจนบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจัง เพื่อให้ร้านค้ากลุ่มนี้ปฏิบัติตามกฎหมายมากขึ้น อย่างไรก็ตามในการทำงานสร้างความเข้มแข็งชุมชน จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากภาคีสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องอย่างแท้จริง คิดแบบ “บูรณาการ” ในการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างสุขภาวะที่ดี ลดพื้นที่เสี่ยงในชุมชน ไม่ว่าจะเป็นการดำเนินงานเฝ้าระวังฯ การทำกิจกรรมกลุ่ม การณรงค์ประชาสัมพันธ์ และการสื่อสารอย่างทั่วถึงกับทุกกลุ่มในชุมชน

Abstract

Developing the pilot community for watching out and receiving complaint of alcoholic drinks among 7 communities and one network in Bangkok could help to reinforce the original capital within communities

becoming more strengthening and empowering. Communities could integrate the former work into the implementation of pilot communities for watching out and receiving complaint of alcoholic drinks. The reinforcement of mutual implementation resulted that groceries and stores within community broke a law decreasingly. Because these stores were situated in communities, we could launch the mechanism of community leader both natural leader and volunteer mind leader who could help to inform and warn, and initiate the learning of measure and law so that the groceries and stores could understand and work in collaboration with abiding by law. Pub, discotheque, bar, karaoke, liquor shop, cart shop, and convenience store broke a law increasingly. It was indicated that the drinkers tried to find other more channels for buying alcoholic drinks instead of former channel that they have ever bought easily from the stores in communities. Community leader could access to these shops and stores difficultly, because the shopkeepers were capitalists or persons living outside communities. They had no sense of ownership of communities. Therefore, the power from external organization such as the municipal office and the police could reinforce the communities for watching out, support learning and law enforcement so that these shops and stores could obey by law increasingly. However, strengthening communities need collaboration with involved multi-professional members actually and continuously. They should help to think, do, take benefit and think with integration in order to build environment facilitating to good health, reduce risk area in communities including implementation of watching out, group activities, campaign and public relations, and communication throughout all groups within communities.

ประเด็นสำคัญ

เฝ้าระวังและรับเรื่องร้องเรียนเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
กรณี 7 ชุมชนนำร่อง และ 1 เครือข่าย

Keywords

Watching out and Receiving Complaint of Alcoholic Drinks,
7 Pilot Communities and one Network

บทนำ

ปัจจุบัน ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ยของประชากรไทยยังคงเพิ่มขึ้น รูปแบบการบริโภคเสี่ยงสูงขึ้น โดยมีนักดื่มหน้าใหม่ เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในกลุ่มเยาวชนและประชากรเพศหญิง โดยพบว่าเยาวชนเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้สะดวกจากแหล่งที่มาที่หลากหลาย และสามารถพบเห็นโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์วันละหลายๆ ครั้ง ในทุกสื่อ ซึ่งการเห็นโฆษณาทำให้เพิ่มความอยากลอง ดื่มในกลุ่มเยาวชน⁽¹⁾ แม้ว่าจะมีพระราชบัญญัติควบคุม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ออกมาบังคับใช้แล้ว ยังพบว่าผู้ผลิต ผู้ประกอบการ และประชาชนทั่วไป มีการละเมิดกฎหมายอยู่เรื่อยๆ จากการดำเนินงานในระดับพื้นที่ที่ผ่านมาพบว่า ยังขาดการประสานความร่วมมืออย่างจริงจังของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งพนักงานเจ้าหน้าที่

ที่แต่งตั้งตามกฎหมายของภาครัฐเอง รวมทั้งภาคเอกชน และเครือข่ายต่างๆ ทั้งนี้ จากข้อมูลของศูนย์รับเรื่องร้องเรียนบุหรี่และสุรา กรมควบคุมโรค ในปี พ.ศ. 2553 พบว่า พื้นที่ที่มีการร้องเรียนเกี่ยวกับการละเมิดกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากที่สุด คือ กรุงเทพมหานคร โดยเป็นการกระทำที่เข้าข่ายความผิดฐานโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในลักษณะอันเป็นการต้องห้ามตามกฎหมาย รวมทั้งการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ให้กับผู้มีอายุ น้อยกว่า 20 ปี บริบูรณ์⁽²⁾ ทั้งที่การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บรุนแรงในทุกสาเหตุ เป็นปัจจัยที่สำคัญของการบาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุการขนส่ง อีกทั้งสัดส่วนของชาว ความรุนแรงในครอบครัวที่มีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เข้าไปเป็นปัจจัยกระตุ้นเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 18.9 ในปี 2550 เป็นร้อยละ 21.6 ในปี 2551

โดยเป็นข่าวการฆ่ากันตายในครอบครัวมากที่สุดถึงร้อยละ 53.3⁽³⁾ ผู้ศึกษาจึงเกิดแนวคิดในการพัฒนาชุมชนต้นเฝ้าระวังและรับเรื่องร้องเรียนเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการสร้างแนวร่วมชุมชนเพื่อให้ชุมชนมีศักยภาพในการเป็นเครือข่ายการดำเนินงานในการสอดส่องดูแลเพื่อให้เยาวชนและประชาชนมีความรู้ เข้าใจ และปฏิบัติตามกฎหมายได้อย่างถูกต้อง

ความก้าวหน้าในการสร้างทฤษฎีแนวร่วมชุมชน Community Coalition Action Theory (CCAT) ที่เจาะจงเป็นความชัดเจนในงานชิ้นหลัง ๆ ของ Butterfoss และ Kegler⁽⁴⁾ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ

1. ขั้นก่อตัว (Formation) ประกอบด้วย บริบทของชุมชน (Community Context) หน่วยงานหรือวิทยาการกระบวนกร (Lead Agency/Convener Group) สมาชิกแกนนำ (Coalition Membership) กระบวนการและการดำเนินกิจกรรม (Operating & Processes) ภาวะการนำและทีมงาน (Leadership & Staffing) โครงสร้างการทำงาน (Structures)

2. ขั้นสืบเนื่อง (Maintenance) เป็นการผนึกกำลังของชุมชน (Synergy) โดยมีการจัดการทรัพยากร (Pooled Resources) ทั้งภายในภายนอกร่วมกัน เพื่อสนองตอบความต้องการของสมาชิก ก่อให้เกิดความผูกพันของสมาชิก (Member Engagement) นำไปสู่การวิเคราะห์ วางแผน และประเมินผล (Assessment & Planning) การสร้างแนวร่วมชุมชน จะช่วยสร้างการเปลี่ยนแปลงนโยบาย การปฏิบัติ และสภาพแวดล้อมชุมชน เมื่อมีการปฏิบัติตามแผนในทุกระดับ

3. ขั้นที่เกิดความยั่งยืนเป็นระบบ (Institutionalization) โดยมีการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ (Implementation of Strategies) เกิดผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงในชุมชน (Community Change Outcomes) ผลสำเร็จในการสร้างแนวร่วม คือการที่สมาชิกในชุมชนและองค์กรต่าง ๆ ได้พัฒนาศักยภาพและสร้างทุนทางสังคมที่สามารถนำไป ประยุกต์ใช้ในประเด็นสุขภาพและสังคมอื่น ๆ ต่อไป⁽⁴⁾

ทฤษฎีการสร้างแนวร่วมชุมชน แสดงให้เห็นระบบงานที่ครอบคลุมการพัฒนาความร่วมมือของประชาชน ความสัมพันธ์ระหว่างองค์กร และกระบวนกรกลุ่ม การรวมไว้ซึ่งความสามารถ ความเชี่ยวชาญ และทรัพยากรของ ผู้มีส่วนร่วมหลายๆ ฝ่าย เพื่อเป็นปัจจัยเชิงบวกต่อสุขภาพชุมชน แนวร่วมชุมชนจะถูกได้รับเลือกอยู่บ่อยๆ ในการวิจัยระดับชุมชน และความคิดริเริ่มระดับรากหญ้า เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ⁽⁵⁾ ตัวอย่างการศึกษาที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการสร้างแนวร่วมชุมชน ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพชมรมผู้สูงอายุ ตำบลโคกยาง อำเภอสว่างนรินทร์ จังหวัดนครราชสีมา หลังกระบวนการพัฒนา พบว่าผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ศักยภาพชมรมและคุณภาพชีวิตสูงกว่า ก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญที่ .05⁽⁶⁾ นอกจากนั้นจากโครงการวิจัยสุขภาพชุมชน ของชนวนทอง ธนสุกาญจน์ และคณะ⁽⁷⁾ พบว่า ระบบสุขภาพเกิดได้ถ้ามีปัจจัยสำคัญ 2 ปัจจัย คือ ทุนมนุษย์ และทุนสังคม ซึ่งมีการปฏิสัมพันธ์กันด้วยกลไก 3 กลไก คือ กลไกข้อมูลและการบริหารจัดการข้อมูลด้วยตนเอง กลไกการมีส่วนร่วม การวางแผน กำกับ ติดตามประเมินผล และกลไกการเรียนรู้พัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลให้เกิดพลังอำนาจและการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนให้กับชุมชนได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Jessica E. Nargiso และคณะ⁽⁸⁾ ที่พบว่า เมื่อแนวร่วมพัฒนาขีดความสามารถที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงนโยบาย ด้านสภาพแวดล้อมในชุมชน เช่น การใช้สื่อ การกำหนดนโยบาย หรือการบังคับใช้เพื่อ ป้องกันการใช้สารเสพติด จะมีแนวโน้มที่จะยั่งยืนมากขึ้น เมื่อเทียบกับสื่อหรือการบังคับใช้ซึ่งต้องใช้ทรัพยากรทางการเงินอย่างมากจึงจะดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างและวิเคราะห์แนวร่วมชุมชนตามแนวคิด Community Coalition Action Theory (CCAT) ภายหลังดำเนินงานพัฒนาศักยภาพชุมชน เฝ้าระวังและรับเรื่องร้องเรียนเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แบบมีส่วนร่วม และเชื่อมโยงกับภาคีเครือข่ายและคนทำงานในพื้นที่ได้แก่ สำนักงานเขตกรุงเทพมหานคร ตำรวจชุมชนสัมพันธ์ มูลนิธิหญิงชายก้าวไกล สำนักงาน เครือข่าย

องค์กรงดเหล้า ตลอดจนการสนับสนุนและเป็นพี่เลี้ยงจากศูนย์รับเรื่องร้องเรียนเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค

วัสดุและวิธีการศึกษา

ทำการศึกษาในช่วง พฤศจิกายน 2553 - ตุลาคม 2554 โดยคัดเลือกชุมชนและเครือข่ายในกรุงเทพมหานครเข้าร่วม 8 แห่ง ได้แก่ ชุมชนวัดโพธิ์เรียง ชุมชนพุ่มโพธิ์กลาง ชุมชนสวนอ้อย ชุมชนซอยพระเจน ชุมชนหลังไปรษณีย์สำเหร่ ชุมชนวัดเศวตฉัตร ชุมชนมาตานุสรณ์ และเครือข่ายสหกรณ์สามล้อเอื้ออาทรเพื่อคนจน จำกัด ซึ่งเป็นชุมชนและเครือข่ายที่มีทุนเดิมที่สำคัญ คือ การเป็นกลุ่มประชาสังคมที่ร่วมผลักดันพระราชบัญญัติควบคุม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551 จนสำเร็จร่วมกับภาคีภาคส่วนอื่น ๆ จึงมีความรู้สึกเป็นเจ้าของและหวงแหนกฎหมายฉบับนี้ เข้าใจในมาตรการต่าง ๆ ของกฎหมายอยู่แล้วระดับหนึ่ง และมีความคาดหวัง ให้เกิดการบังคับใช้กฎหมายฉบับนี้ อย่างจริงจัง ประกอบกับกลุ่มแกนนำของชุมชนก็มีบทบาทในการเป็นแกนนำรณรงค์ ลด ละ เลิกเหล้า ลดความรุนแรงต่อเด็ก และสตรีในชุมชน และบางชุมชนเป็นชุมชนนำร่องร้านค้าปฏิบัติตามกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยได้รับการสนับสนุนจากมูลนิธิหญิงชายก้าวไกล และเครือข่ายองค์กรงดเหล้า โดยในการ ศึกษาใช้เครื่องมือและกระบวนการดังนี้

1. สืบค้นและวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ทำกรอบแนวทางการดำเนินงาน คัดเลือกชุมชนและเครือข่ายนำร่องการดำเนินงาน จัดตั้งคณะกรรมการร่วมระหว่างสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สำนักงานมัย สำนักงานเขต กรุงเทพมหานคร ชุมชนและเครือข่ายนำร่อง และร่วมกันวางแผน/กำหนดแนวทางการดำเนินงาน (30 พฤศจิกายน 2553 - 14 มกราคม 2554)

2. จัดเวทีถ่ายทอดความรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพเกี่ยวกับกฎหมาย และการเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมาย

ตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 รวมถึงกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อจัดทำแนวทางการดำเนินงานร่วมกับชุมชน รวมทั้งชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน (24 กุมภาพันธ์ 2554)

3. จัดตั้งทีมเฝ้าระวังฯ ของชุมชน ประกอบด้วย ประธานและคณะกรรมการ ตลอดจนอาสาสมัครชุมชน เพื่อเป็นแกนนำเฝ้าระวังฯ จัดให้มีศูนย์รับเรื่องร้องเรียน เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ชุมชน และจัดทำแผนภาพ (Flowchart) แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังและรับเรื่องร้องเรียนของ ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ชุมชน โดยทีมเฝ้าระวังประกอบด้วยแกนนำ/คณะทำงานเฝ้าระวัง 7 ชุมชน และ 1 เครือข่าย จำนวน 94 คน

4. สืบค้นข้อมูลสถานการณ์ชุมชนก่อนการดำเนินงาน โดยใช้แบบสำรวจสถานการณ์ชุมชนเกี่ยวกับการละเมิดกฎหมายตาม พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 สำหรับผู้นำชุมชน/แกนนำชุมชน เป็นผู้ให้ข้อมูล พร้อมทั้งสำรวจสถานการณ์การรับรู้ การเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การปฏิบัติตามกฎหมายและความคิดเห็น ต่อกลไกการเฝ้าระวังและรับเรื่องร้องเรียน การละเมิดกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยใช้แบบสำรวจ ซึ่งประชาชนในชุมชนเป็นผู้ให้ข้อมูล (มีนาคม 2554)

5. ลงพื้นที่ค้นข้อมูลสถานการณ์ชุมชนให้กับชุมชนและ เครือข่ายนำร่องทั้ง 8 แห่ง (20 - 28 เมษายน 2554)

6. ทีมเฝ้าระวังฯ ของชุมชนดำเนินการเฝ้าระวังตามแบบ เฝ้าระวังการละเมิดกฎหมาย ตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 (พฤษภาคม - กรกฎาคม 2554)

7. ลงพื้นที่สนับสนุน ให้คำปรึกษาและติดตามผลการดำเนินงานชุมชน (21,30 มิถุนายน, และ 9 กรกฎาคม 2554)

8. สืบค้นข้อมูลสถานการณ์ชุมชนหลังการดำเนินงานเฝ้าระวังฯ (สิงหาคม 2554)

9. ถอดบทเรียน วิเคราะห์และประเมินผลการ

ดำเนินงาน (7 กันยายน 2554)

โดยเน้นให้ชุมชนร่วมเฝ้าระวังและรับเรื่องร้องเรียนใน 7 มาตรการ ได้แก่ สถานที่ห้ามขาย สถานที่ห้ามดื่ม ห้ามขายในวันและเวลาที่กฎหมายกำหนด (วันสำคัญทางศาสนา 4 วัน ได้แก่ วันมาฆบูชา วันวิสาขบูชา วันอาสาฬหบูชา และวันเข้าพรรษา ในกรณีเรื่องเวลา กฎหมายกำหนดให้ขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้เฉพาะเวลา

11.00 - 14.00 น และเวลา 17.00 - 24.00 น. เท่านั้น) ห้ามขายให้กับผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี บริบูรณ์ ห้ามขายให้คนเมาจนครองสติไม่ได้ ตลอดจนห้ามโฆษณาส่งเสริมการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์⁽⁹⁾ ทั้งนี้ มีจำนวนประชากร กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการสำรวจสถานการณ์ชุมชน ก่อนและหลังดำเนินงาน จำนวน 661 คน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการสำรวจสถานการณ์ชุมชนก่อนและหลังการดำเนินการเฝ้าระวังฯ

ลำดับที่	ชุมชน/เครือข่าย	เขต	ก่อนทำโครงการ (มี.ค. 54)		หลังทำโครงการ (ส.ค. 54)	
			จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1	ชุมชนวัดโพธิ์เรียง	เขตบางกอกน้อย	174	28.7	176	26.6
2	ชุมชนพุมโพธิ์กลาง	เขตลาดพร้าว	82	13.5	87	13.2
3	ชุมชนสวนอ้อย	เขตคลองเตย	82	13.5	90	13.6
4	ชุมชนซอยพระเจด	เขตปทุมวัน	95	15.7	100	15.1
5	ชุมชนหลังไปรษณีย์สำเหร่	เขตธนบุรี	45	7.4	51	7.7
6	ชุมชนวัดเศวตฉัตร	เขตคลองสาน	49	8.1	52	7.9
7	ชุมชนมาตานุสรณ์	เขตบางคอแหลม	32	5.3	54	8.2

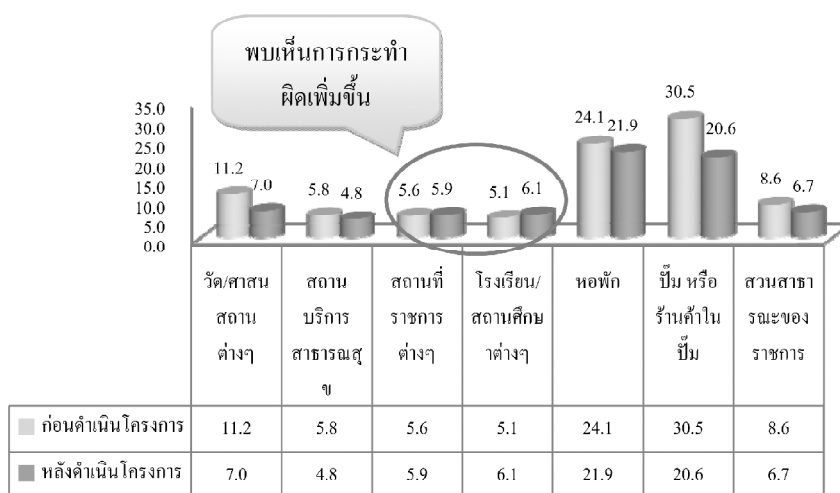
ผลการศึกษา

1. สถานการณ์ชุมชนเกี่ยวกับการละเมิดกฎหมายตาม พระราชบัญญัติ ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551

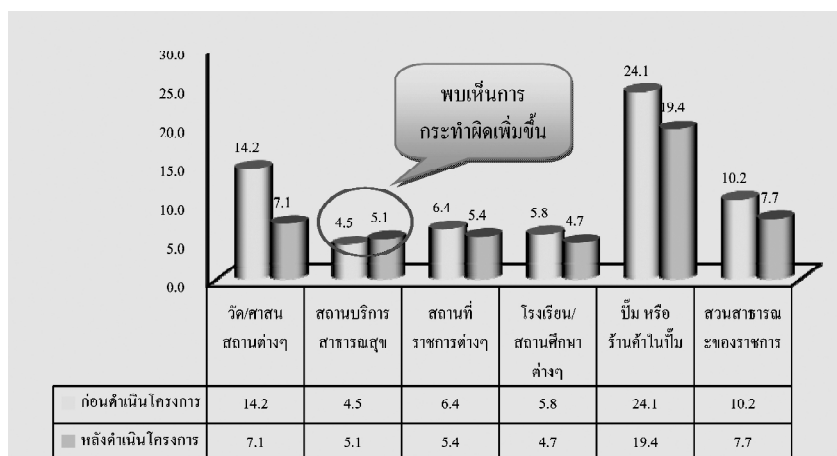
1.1 การขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานที่ห้ามขายและ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานที่ห้ามดื่ม กลุ่มตัวอย่างพบเห็นการกระทำผิดกฎหมายใน

มาตรการการข ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานที่ห้ามขาย และการดื่มในสถานที่ห้ามดื่ม ในภาพรวมลดลง ยกเว้น สถานที่ราชการ และโรงเรียน พบเห็นว่าการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น ดังภาพที่ 1 และสถานบริการสาธารณสุข ที่กลุ่มตัวอย่างพบเห็นว่ามีเครื่องดื่มเพิ่มขึ้น ดังภาพที่ 2

ภาพที่ 1 การพบเห็นการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานที่ห้ามขาย



ภาพที่ 2 การพบเห็นการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานที่ห้ามดื่ม



1.2 การห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวันและ เวลาที่กฎหมายกำหนด

จากการสำรวจกลุ่มตัวอย่างพบเห็น การกระทำผิดกฎหมายในมาตรการห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในวันที่กฎหมายกำหนด (วันมาฆบูชา วันวิสาขบูชา วันอาสาฬหบูชา และวันเข้าพรรษา) ของร้านค้าลดลง ยกเว้น ร้านสะดวกซื้อ และร้านเร่ขาย/รถเข็น ที่กลุ่มตัวอย่างพบเห็นว่าการกระทำผิดเพิ่มขึ้น และพบเห็นว่าการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเวลาห้ามขาย ยกเว้น ร้านสะดวกซื้อ และร้านเร่ขาย/รถเข็น ที่กลุ่มตัวอย่างพบเห็นว่าการกระทำผิดเพิ่มขึ้น

1.3 การห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้กับบุคคล ที่กฎหมายกำหนด

พบว่า มีการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้กับผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ลดลง โดยเฉพาะร้านค้าชุมชน ยกเว้น ผับ/เคค/บาร์/คาราโอเกะ ร้านเหล้าป่น ร้านเร่ขาย/รถเข็น ร้านยาตองเหล้า และร้านสะดวกซื้อ และพบเห็นว่าร้านค้าชุมชนขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้กับคนเมากจนครองสติไม่ได้ลดลง แต่ร้านค้าอื่นๆ กลับกระทำผิดเพิ่มขึ้น อาทิ ร้านอาหาร ผับ/เคค/บาร์/คาราโอเกะ ร้านเหล้าป่น ร้านเร่ขาย ร้านยาตองเหล้า และร้านสะดวกซื้อ

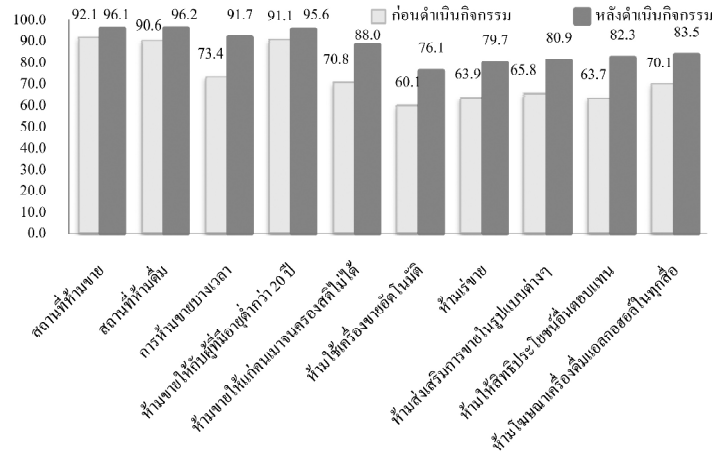
1.4 การโฆษณาและการส่งเสริมการขาย

พบว่า มีการโฆษณาเหล้า/เบียร์ในสื่อวงกว้าง ลดลง (Mass Media) เช่น วิทยุ หนังสือพิมพ์ อินเทอร์เน็ต แต่กลับพบเห็นการโฆษณาในสื่อเฉพาะที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายโดยตรงมากขึ้น ได้แก่ แผ่นพับ/โบรชัวร์โฆษณาของร้านเหล้า/ร่ม/เสื้อ/หมวกที่มีตราสินค้าเหล้า และ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พบเห็นการส่งเสริมการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลง

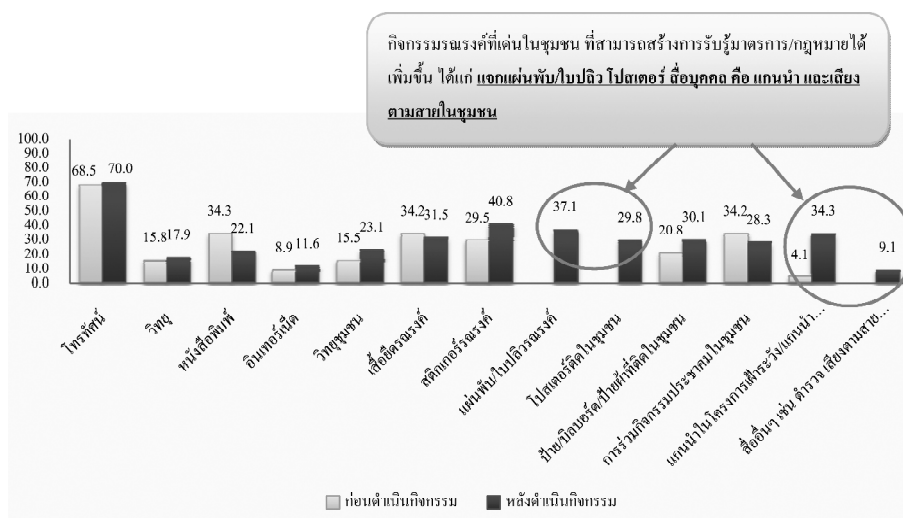
2. สถานการณ์การรับรู้มาตรการหรือกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การดำเนินการพัฒนาชุมชนนำร่องเฝ้าระวัง และรับเรื่องร้องเรียน การละเมิดกฎหมาย มีแกนนำชุมชนในการเฝ้าระวังฯ เป็นสื่อบุคคลในการช่วยประชาสัมพันธ์มาตรการ/กฎหมาย และช่วยเผยแพร่สื่อแผ่นพับ/ใบปลิว โปสเตอร์เกี่ยวกับมาตรการ/กฎหมายติดในชุมชน รวมทั้งการใช้สื่อเสียงตามสาย และสำรวจร่วมรณรงค์มาตรการ/กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน จึงส่งผลให้ กลุ่มตัวอย่างรู้จักมาตรการ/กฎหมายเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะมาตรการด้านการควบคุมกลยุทธ์การขาย เพิ่มในอัตราที่สูงกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มมาตรการจำกัดการเข้าถึง ดังภาพที่ 3 และภาพที่ 4

ภาพที่ 3 การรับรู้มาตรการหรือกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์



ภาพที่ 4 สื่อที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้จักมาตรการหรือกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์



3. การรับรู้ และมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและรับเรื่องร้องเรียน การละเมิดกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน

กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งที่รู้ว่าการจัดตั้งศูนย์รับเรื่องร้องเรียน เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน และกลุ่มตัวอย่างเกือบร้อยละ 60 เข้าร่วมกิจกรรมเฝ้าระวังและรับเรื่องร้องเรียนฯ ของชุมชน โดยส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการประชุมกลุ่มและเสนอแนะความคิดเห็น ร้อยละ 36.8 มีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโดยช่วยสังเกตการณ์ในชุมชน แต่ไม่ได้เป็นแกนนำ/คณะทำงานอีกเกือบร้อยละ 28.0 (คำนวณค่าร้อยละ

จากกลุ่มตัวอย่าง 661 คน) ส่วนการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเฝ้าระวังและรับเรื่องร้องเรียนของชุมชนพบว่า ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่าง เกือบร้อยละ 60 นำความรู้ไปบอกต่อ/กระตุ้นเตือนผู้อื่น โดยชักชวนให้คนในชุมชนปฏิบัติตามกฎหมาย ร้อยละ 42.2 ชักชวน ตักเตือนร้านค้าให้ปฏิบัติตามกฎหมาย ร้อยละ 36.9 บอกเล่าถึงมาตรการ ทางกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 32.1 และบอกเล่าถึงบทลงโทษที่เกิดจากการกระทำ ผิดกฎหมาย ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 30.3

4. ผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชุมชนจาก (ต้นเดือน พฤษภาคม - กลางเดือนสิงหาคม 2554)
 ดำเนินงาน เฝ้าระวังและรับเรื่องร้องเรียนฯ กลุ่มตัวอย่าง พบเห็นการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นใน
 ช่วงระยะเวลาการดำเนินงาน 4 เดือน ชุมชน 14 ลำดับแรก ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปลี่ยนแปลงในชุมชนหลังการดำเนินงาน

ลำดับที่	การเปลี่ยนแปลงในชุมชน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1	มีการห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างเข้มงวดในสถานที่ห้ามขาย	571	87.6
2	คนในชุมชนดเหล้าเพิ่มขึ้นในช่วงวันพระใหญ่ งานบุญ งานเข้าพรรษา ฯลฯ	564	86.8
3	มีการห้ามดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานที่ต่าง ๆ ให้เห็นมากขึ้น	560	86.6
4	มีเครือข่ายความร่วมมือจากหลายภาคส่วน เช่น ท้องถิ่น สาธารณสุข ครอบครัว วัด โรงเรียน ภาครัฐ	558	86.1
5	ร้านค้าในชุมชนไม่ขายเหล้าในวันมาฆบูชา วิสาขบูชา อาฬหบูชา และวันเข้าพรรษา	540	83.4
6	ป้ายโฆษณาเหล้า เบียร์ ตามสถานที่ต่าง ๆ ลดลง	535	83.1
7	มีหน่วยงานภาครัฐ/เจ้าหน้าที่รัฐ รับผิดชอบให้ความรู้/เห็นความสำคัญ การปฏิบัติตามกฎหมาย และการลด ละ เลิกการดื่มเหล้ามากขึ้น	533	82.1
8	ร้านค้าในชุมชนไม่ขายเหล้าให้เด็กอายุต่ำกว่า 20 ปี แล้ว	533	81.9
9	มีชาวบ้านให้ความร่วมมือทำกิจกรรมการณรงค์/ร่วมเฝ้าระวังฯ มากขึ้น	525	81.3
10	มีการตรวจสอบ/เฝ้าระวังการละเมิดกฎหมายมากขึ้น	516	79.9
11	คนในครอบครัวลด ละ เลิกการดื่มสุราแล้ว	503	78.5
12	ร้านค้าในชุมชนไม่ขายเหล้าให้คนเมาแล้ว	496	76.9
13	หาซื้อเหล้าเบียร์ยากมากขึ้น คนขายเข้มงวดมากขึ้น	479	75.3
14	ร้านค้าในชุมชนเลิกขายเหล้าแล้ว	331	52.8

หมายเหตุ : คำนวณค่าร้อยละจากกลุ่มตัวอย่าง 606 คน

เมื่อพิจารณาถึงรูปแบบการดำเนินงาน เฝ้าระวัง และรับเรื่องร้องเรียนของ 7 ชุมชน และ 1 เครือข่ายพบว่า มีจุดเด่นที่แตกต่างกันตามบริบท และทุนทางสังคมของชุมชน สามารถจำแนกได้ 6 แนวทาง คือ

แนวทางแรก : ขึ้นจำเป็นดำเนินการในรูปแบบเดียวกัน คือ การเข้าไปพูดคุยสร้างความ เป็นมิตรให้เกิดความ ไว้วางใจแล้วจึงให้คำแนะนำ ให้ความรู้ แก่ผู้ดื่มและร้านค้าต่างๆ ในชุมชนให้มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับ พระราชบัญญัติควบคุม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551 มากกว่าการบังคับ ใช้กฎหมายต่อผู้กระทำผิดทั้งผู้ดื่มและร้านค้า

แนวทางที่สอง คือการใช้สถานที่ที่เป็น จุดศูนย์กลางการพูดคุยของคนในชุมชน พูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ให้คำแนะนำ และให้ความรู้กับ

คนในชุมชน โดยผู้ที่เคยมีปัญหาหรือได้รับผลกระทบจาก การเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาพูดคุยกับคนในชุมชนเพื่อ สร้างความรับรู้และความเข้าใจกฎหมาย และการบังคับใช้ ซึ่งชุมชนที่มีการดำเนินการในลักษณะนี้ ได้แก่ ชุมชน ชอยวัดพระเจด (สภาสมุนไพรในชุมชน) และชุมชน สวนอ้อย (สภากาแฟในชุมชน)

แนวทางที่สาม ชุมชนที่แกนนำได้รับการ ยอมรับเป็นอย่างดีจากคนในชุมชนรวมถึงคนในชุมชน เลื่อมใสและศรัทธา ดังเช่น ชุมชนวัดเศวตฉัตร และ ชุมชนพุ่มโพธิ์กลาง ใช้การเคลื่อนไหวผ่านแกนนำของ ชุมชน ในการให้ความรู้ สร้างความเข้าใจและขอความร่วมมือ จากคนในชุมชน

แนวทางที่สี่ ประสานให้หน่วยงานผู้บังคับใช้ กฎหมายร่วมกับแกนนำและ/หรืออาสาสมัครในชุมชน ลงพื้นที่ในการสร้างความรู้ความเข้าใจกฎหมายควบคุม

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้กับชาวบ้านและร้านค้า ก็ถือเป็นอีกแนวทางสำหรับการดำเนินงานเฝ้าระวังในเชิงสัญลักษณ์รวมถึงเป็น การป้องกันและประชาสัมพันธ์ เพื่อให้เกิดความร่วมมือร่วมใจโดยเฉพาะผู้ดื่มและร้านค้าในชุมชน ชุมชนที่มีแนวทางการดำเนินงานในลักษณะนี้ ได้แก่ ชุมชนวัดเสตฉัตร ชุมชนมาตานุสรณ์ และชุมชนสวนอ้อย

แนวทางที่ห้า การใช้เด็กและเยาวชนในชุมชน เข้าร่วมเป็นอาสาสมัครเฝ้าระวังในชุมชน เพื่อการป้องกันและยับยั้งผู้ดื่มหน้าใหม่ ซึ่งใช้วิธีการให้ความรู้สร้างความเข้าใจแก่เด็กและเยาวชน และให้เด็กและเยาวชนเป็นหู เป็นตา แทนอาสาสมัครในชุมชน รวมถึงการสื่อสารไปยังครอบครัว ตัวอย่างของชุมชนที่ใช้แนวทางนี้ ได้แก่ ชุมชนวัดโพธิ์เรียง ชุมชนพุ่มโพธิ์กลาง และชุมชนหลังไผ่ขมิ้นสำหร

แนวทางที่หก เป็นแนวทางการดำเนินงานของเครือข่าย สหกรณ์สามล้อเอื้ออาทรเพื่อคนจนจำกัด จะมีรูปแบบแตกต่างจากชุมชนอื่นๆ กล่าวคือ ใช้การสร้างความรู้ ความเข้าใจให้กับเครือข่ายผู้ขับขี่ เพื่อนร่วมอาชีพที่มีการพบปะพูดคุยกันระหว่างกลุ่ม ให้คำแนะนำ และให้ความรู้กับทั้งผู้โดยสารและร้านค้า รวมถึงเป็นเสมือนหน่วยเฝ้าระวังเคลื่อนที่ เมื่อพบเห็นการกระทำผิดก็จะดำเนินการแจ้งข้อมูลไปยังหน่วยงานผู้บังคับใช้กฎหมาย ต่อไป

วิจารณ์

ชุมชนนำร่องทั้ง 7 ชุมชน 1 เครือข่าย เป็นต้นแบบในการพัฒนาแก้ไขปัญหาเฝ้าระวังและรับเรื่องร้องเรียน การละเมิดกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ถอดบทเรียนและสื่อสารสาธารณะขยายพื้นที่ต่อไปในอนาคต ปัจจัยสำเร็จในการดำเนินงาน คือ การมีกลุ่มแกนนำ อาสาสมัครในชุมชน เป็นคนมีจิตอาสา มีสำนึกสาธารณะ เป็นผู้ดำเนินการ (กรรมการชุมชน อสส.) และผู้นำชุมชนเป็นผู้อาวุโส และได้รับการยอมรับเป็นต้นแบบที่ได้นับถือจากสมาชิกในชุมชน ให้ความตระหนัก ใส่ใจ รวมทั้งทุนทางสังคมและ

การมีประวัติศาสตร์มายาวนานมีเอกลักษณ์ อัตลักษณ์ การปกครองชุมชนผ่านรูปแบบการปกครองแบบเครือญาติ นอกจากนั้น การมีภาคีเครือข่ายที่มาจากหลายภาคส่วน ซึ่งสามารถแบ่งได้ 2 กลุ่ม คือ เครือข่ายภายในชุมชน เช่น กลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน ผู้นำโดยธรรมชาติ เด็กและเยาวชน และเครือข่ายภายนอกชุมชน ไม่ว่าจะเป็นสำนักงานเขต ตำรวจในพื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาล สถานศึกษา วัด รวมถึงมูลนิธิและองค์กรพัฒนาเอกชนต่างๆ มีส่วนร่วมในการเสริมหนุนการเฝ้าระวังและรับเรื่องร้องเรียนฯ ของชุมชน ทั้งในมิติของการสร้างความรู้ความเข้าใจ และการบังคับใช้กฎหมาย

ในการทำงานสร้างความเข้มแข็งของชุมชน จำเป็นต้องได้รับการร่วมมือจากภาคีวิชาชีพที่เกี่ยวข้องอย่างแท้จริง ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมรับผลประโยชน์ คิดแบบ “บูรณาการ” เพื่อให้เกิดการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างสุขภาวะที่ดี ลดพื้นที่เสี่ยงในชุมชน จำเป็นต้องมีความต่อเนื่องในการดำเนินงาน ไม่ว่าจะเป็นการดำเนินงานเฝ้าระวัง การทำกิจกรรมกลุ่ม การรณรงค์ การประชาสัมพันธ์ และการสื่อสารอย่างทั่วถึงกับทุกกลุ่มในชุมชน โดยสร้างกระบวนการเรียนรู้ ถอดบทเรียน ผ่านการจัดการความรู้อย่างต่อเนื่อง มีกระบวนการสร้างคนรุ่นใหม่ มารับไม้ต่อจากคนทำงานชุดเดิมในชุมชน ทั้งนี้ หน่วยงานที่มีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบ ในการพัฒนาและผลักดันกฎหมาย ควรมีการจัดทำกฎหมายเป็น ภาษาที่ง่ายต่อการทำความเข้าใจ เพื่อไม่เกิดปัญหาในการตีความและนำไปปฏิบัติ รวมถึงพัฒนาให้กฎหมายใช้ได้จริงในชุมชน โดยการ ให้ความรู้ทางกฎหมาย และการบังคับใช้กฎหมาย ตามเจตนารมณ์ของกฎหมาย

เมื่อนำกิจกรรมและกระบวนการดำเนินงาน มาวิเคราะห์ตาม แนวคิดการสร้างแนวร่วมชุมชน สรุปได้ดังนี้

1. ขั้นก่อตัว

บริบทชุมชน: เป็นชุมชนที่มีประวัติศาสตร์มายาวนาน มีเอกลักษณ์ อัตลักษณ์ การปกครองชุมชนผ่านรูปแบบการปกครองแบบเครือญาติ มีทุนทางสังคม

ที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในการพัฒนาศักยภาพชุมชน มีวิทยากรกระบวนการ ซึ่งเป็นนักวิชาการจากหลายภาคส่วนทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคม สามารถปรับเปลี่ยนแนวคิดแกนนำ ให้มีความรู้ ความเข้าใจพร้อมเป็นแกนนำเฝ้าระวังฯ การรับรู้มาตรการและกฎหมายเพิ่มขึ้น นำความรู้ที่ได้ ไปบอกต่อกระตุ้นเตือน ชักชวนร้านค้า/สมาชิกชุมชน ให้ปฏิบัติตามกฎหมาย แกนนำและทีมอาสาสมัคร ส่วนใหญ่ เป็นผู้ได้รับการยอมรับเป็นอย่างดีจากคนในชุมชน มีการเข้าไปพูดคุย สร้างความเป็นมิตรให้เกิดความไว้วางใจ เชื่อใจ แล้วจึงให้คำแนะนำ แลกเปลี่ยน ประสบการณ์ ให้ความรู้แก่ร้านค้าและคนในชุมชน และลงพื้นที่ให้ความรู้ มากกว่าการบังคับใช้กฎหมาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชนวนทอง ธนสุกาญจน์ และคณะ⁽⁶⁾ ในประเด็น ควรให้ความสำคัญและเสริมพลังแกนนำองค์กรชุมชน ตลอดจนภาคีของชุมชน ที่มีอยู่เดิม และสนับสนุนให้ต่อยอดการทำงาน เดิมที่ประสบผลสำเร็จระดับหนึ่ง แล้วมาเพิ่มมุมมอง และเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพ

2. ขั้นตอน

การฝึกกำลังของชุมชน : ใช้ความสัมพันธ์แบบญาติมิตร และทุนเดิมในการร่วมผลักดันกฎหมาย มีความรู้เกี่ยวกับมาตรการทางกฎหมายในเบื้องต้น บูรณาการงบประมาณและการสนับสนุนด้านความรู้และการเป็นพี่เลี้ยง/ที่ปรึกษาจากสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค มูลนิธิหญิงชายก้าวไกล สำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า และสำนักงานเขตกรุงเทพมหานคร

การวางแผน : ทีมเฝ้าระวังฯ ของชุมชน ประสานเครือข่าย/หน่วยงานในพื้นที่ และทีมศูนย์รับเรื่องร้องเรียนเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค ดำเนินงานตามรูปแบบที่สอดคล้องตามบริบทชุมชน ทำให้เกิดบทเรียนการดำเนินงาน 6 แนวทาง และมีการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง โดยการประชุมคณะกรรมการ/แกนนำอาสาสมัคร ทุก 1 เดือน เพื่อสอบถามความก้าวหน้า ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน และหา

แนวทางแก้ไขปัญหายังมีส่วนร่วม สร้างความผูกพัน โดยกระตุ้นหนุนเสริม และต่อยอดความร่วมมือกัน ทำให้สมาชิกไม่โดดเดี่ยว สอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งกานต์ ปราชญ์ศรีภูมิ⁽⁵⁾ ในประเด็นกระบวนการพัฒนา ศักยภาพโดยการฝึกกำลังชุมชน ไม่สามารถดำเนินการให้บรรลุวัตถุประสงค์ในครั้งเดียว ควรมีการสะท้อนปัญหาเป็นระยะเพื่อปรับปรุงการปฏิบัติและการวางแผน แก้ไขปัญหาร่วมกันโดยชุมชน และการศึกษาของ Butterfoss, F.D., Goodman, R.M. and Wandersman, A.⁽¹⁰⁾ ที่พบว่าปัจจัยสำคัญบางประการ ในการสร้างความร่วมมืออย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การมีส่วนร่วมใจการตัดสินใจและแก้ปัญหาข้อขัดแย้ง คุณภาพของแผนการดำเนินงาน แนวปฏิบัติแบบเป็นทางการ และการสนับสนุนให้เกิดบรรยากาศและความสัมพันธ์ทางสังคมที่ดี โดยปัจจัยเหล่านี้ได้มาจากการประสบการณ์ในการทำงานร่วมกัน

3. ขั้นตอนที่ยังยืนเป็นระบบ

ในระยะยาว เกิดการเปลี่ยนแปลงในชุมชน ชุมชนเข้มแข็ง สามารถเป็นต้นแบบในการพัฒนา การแก้ไขปัญหาลดการละเมิดกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นำมาซึ่งผลลัพธ์อันพึงประสงค์ทางสุขภาพ และสังคมที่จะเกิดขึ้น ในระยะยาว คือ ลดการทะเลาะวิวาทจากการเมาสุรา ความรุนแรงในครอบครัวลดลง ลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ จากการดื่มสุรา คนในชุมชนเป็นโรคที่เกิดจากสุราลดลง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณกรมควบคุมโรค และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน รวมทั้งชุมชนและเครือข่ายทั้ง 8 แห่ง ที่เข้าร่วมดำเนินงานจนสำเร็จ ลุล่วง และสามารถสังเคราะห์บทเรียนเพื่อนำไปพัฒนาต่อยอด ขอขอบคุณนายแพทย์สมาน พุตระกูล ผู้อำนวยการสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อาจารย์เทวธิดา ชันคามโกชก และอาจารย์ยศวีร์ อัมมโนทัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต

ที่ทำให้เกียรติเป็นที่ปรึกษา และให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ ตลอดจนกระบวนการดำเนินงาน รวมทั้งเครือข่ายภาคประชาสังคม ได้แก่ มูลนิธิหญิงชายก้าวไกล และเครือข่ายองค์กรงดเหล้า ตลอดจนเจ้าหน้าที่นักวิชาการและนิติกรศูนย์รับเรื่องร้องเรียนเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่สามารถดำเนินงานได้อย่างสอดคล้องประสาน เป็นน้ำหนึ่งใจเดียว จนผลการดำเนินงานเป็นที่ปรากฏ

เอกสารอ้างอิง

1. บัณฑิต ศรีไพศาล, จุฑาภรณ์ แก้วมุงคุณ, กมลลา วัฒนพร, บรรณธิการ, รายงานสถานการณ์สุราประจำปี พ.ศ. 2553.
2. สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการเฝ้าระวังและรับเรื่องร้องเรียนและดำเนินมาตรการบังคับใช้กฎหมายควบคุม การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. นนทบุรี: 2554; น.1-2, 20-22 (ไม่ปรากฏชื่อโรงพิมพ์และเมืองที่พิมพ์ค่ะ)
3. บัณฑิต ศรีไพศาล, จุฑาพร แก้วมุงคุณ, กมลลา วัฒนพร, โสภิต นาสืบ, แวดดาว พิมพ์พันธ์ดี, ปณรรุพร จงประเสริฐยิ่ง, วิทยา วิสูตรเรืองเดช, กันณพนธ์ ภักดีเศรษฐกุล, บรรณธิการ, รายงานสถานการณ์สุราประจำปี พ.ศ. 2552. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดีการพิมพ์; 2552. น.37-47.
4. Butterfoss, F.D. and Kegler, M.C. Toward a comprehensive understanding of community coalition: moving from practice to theory, Emerging Theories in health Promotion Practice and Research. Jossey-Bass, CA, San Francisco; 2002; 157-193.
5. M.L. Granner and P.A. Sharpe. Evaluation community coalition characteristics and functioning: a summary of measurement tools. HEALTH EDUCATION RESEARCH Theory & Practice. Oxford Journals 2004; 514-532.
6. รุ่งกานต์ ปราชญ์ศรีภูมิ, ชุภาศิริ อภินันท์เดชา และศิริพร เกษธนัง. การพัฒนาศักยภาพชมรมผู้สูงอายุ โดย การฝึกกำลังของชุมชนตำบลโกยาง อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา. วารสารราชพฤกษ์. 2554; 8 : 179-180,184-185.
7. ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์, ประสทธิ ลีระพันธ์ และลักขณา เต็มศิริกุลชัย. รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการวิจัยระบบสุขภาพชุมชน. ภาควิชาสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. 2554; 123-129.
8. Jessica E. Nargiso, Karen B. Friend, Crystelle Egan, Paul Florin, John Stevenson, Brenda Amodei, et all. Coalitional Capacities and Environmental Strategies to Prevent Underage Drinking. Society for Community Research and Action 2012. Original paper. Published online. Am J Community Psychol. DOI 10.1007/s10464-012-9536-4; 7-9.
9. สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551. พิมพ์ครั้งที่ 3. บริษัทสามจุดหนึ่งสี่จำกัด; 2553; น.10 - 19, 45 - 53.
10. Butterfoss, F.D., Goodman, R.M. and Wandersman, A. Community coalitions for prevention and health promotion. Health Education Research. Oxford Journals 1993; 8, 315-330.

การพัฒนาให้เกิดความภาคภูมิใจและความคาดหวังในความสามารถของตนเอง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของนักเรียนในจังหวัดนครราชสีมา

Model Development for Self Esteem and Self Efficacy Expectation to Modify Risk Behaviors among the Students in Nakhon Ratchasima Province

รัตนารณ์ อิมหมั่นงาน พยบ.

Ratanaporn Himmunngan Bsc(Nursing)

เปรมปรีดิ์ ชวนะนเรศรัฐ วทม.(สาธารณสุขศาสตร์)

Prempreet Chawanaraset M.Sc.(Public Health)

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5

Office of Disease Prevention and Control 5

จังหวัดนครราชสีมา

Nakhon Ratchasima

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการพัฒนานักเรียนให้เกิดความภาคภูมิใจและความคาดหวังในความสามารถของตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของนักเรียนที่สูบบุหรี่ ดื่มสุรา มีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยง ขับขี่รถจักรยานยนต์เสี่ยงอุบัติเหตุ จำนวน 53 คน ในโรงเรียนแห่งหนึ่ง คัดเลือกแบบเจาะจง เข้าในโครงการนี้นาน 2 ปี 6 เดือน โดยจัดกิจกรรมเช่น ค่ายพัฒนาศักยภาพโดยประยุกต์วิชาทหาร กิจกรรมอื่นๆ ทั้งในและนอกโรงเรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ จัดเวทีนำเสนอผลการดำเนินงาน การเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบสังเกตพฤติกรรม แบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเช่น การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ANOVA และ z-test ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง คะแนนของความภาคภูมิใจและความคาดหวังในความสามารถของตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) สัดส่วนพฤติกรรมสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ขับขี่รถจักรยานยนต์เสี่ยงอุบัติเหตุลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.05$) แต่การมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม ครูและผู้บริหาร มีความพึงพอใจโครงการนี้มาก ผู้วิจัยเสนอว่ารูปแบบการพัฒนาในการวิจัยครั้งนี้ ควรได้รับการพัฒนาประยุกต์ใช้กับนักเรียนกลุ่มเสี่ยงในโรงเรียนอื่นต่อไป

Abstract

This quasi-experimental study aimed to study the effect of model development for self-esteem and self-efficacy expectation to modify risk behaviors among the students in a school. Fifty-three students who had the practice of tobacco addiction, drinking alcohol, unsafe sex, illegal motorcycle racing were selected and attained in this course for 2 years and 6 months. The activities including the camp with military training procedures, other activities inside and outside schools, knowledge exchange and group work presentation. Data collection was performed by using the questionnaires, observation forms and satisfaction evaluation forms. The data was analyzed by statistics such as frequency, percentage, means, standard deviation, ANOVA and z-test. The results revealed that after the experiment, the score of self esteem and self efficacy expectation was higher than before significantly (p -value = 0.001). The proportion of students who had behaviors of tobacco addiction, drinking alcohol and illegal motorcycles racing only decreased significantly (p -value =

0.05) but no significant difference in the other group. However, it was very much satisfied to their teachers and parent. This study suggested that this model should be developed and applied for properly use in other schools.

ประเด็นสำคัญ

ความภาคภูมิใจ ความคาดหวัง
นักเรียน นครราชสีมา

Keywords

Self esteem, self efficacy expectation
Students, Nakhon Ratchasima

บทนำ

วัยรุ่นเป็นวัยที่อยู่ช่วงต่อระหว่างเด็กและผู้ใหญ่ มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจ มักมีความสนใจในตัวเอง ต้องการเป็นที่ยอมรับของเพื่อน เป็นที่เสียดูตาผู้อื่น มีอารมณ์ที่แปรปรวนรุนแรง ซึ่งเป็นสาเหตุของการกระทำที่รู้เท่าไม่ถึงการณ์และอยากทดลองในสิ่งที่ไม่สมควร เช่น กรณพิณและคุ้มครองเด็กและเยาวชนสำรวจเด็กที่อยู่ในความดูแล พบว่า ร้อยละ 73 เคยดื่มสุรา ร้อยละ 33.3 กระทำผิดขณะดื่มสุรา และร้อยละ 42.6 กระทำผิดหลังจากดื่มสุราไม่ถึง 5 ชั่วโมง⁽¹⁾ และ ในปี 2552 พบว่าคนไทยมีอัตราการสูบบุหรี่ ร้อยละ 20.70 พบได้ในกลุ่มอายุ 15-18 ปี ร้อยละ 7.62 และสูงมากในกลุ่มอายุ 19-24 ปีถึงร้อยละ 22.19⁽²⁾ กระบวนการเคลื่อนตัวของยาเสพติดเริ่มต้นจากเยาวชนที่สูบบุหรี่ และดื่มแอลกอฮอล์ จากนั้นจะขยายเป็นยาเสพติดในกลุ่มที่ออกฤทธิ์ร้ายแรง เช่น กัญชา ยาบ้า และเฮโรอีน นอกจากนี้วัยรุ่นเริ่มมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุที่น้อย และเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์ จากรายงานของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค พบว่า กลุ่มนักเรียนที่เคยมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 23 ใช้ถุงยางอนามัยเพียงร้อยละ 21 อายุ 15-24 ปีเป็นกลุ่มที่มีอัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูงที่สุดและมีอัตราการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร 70 ต่อพันประชากรซึ่งสูงที่สุดในทวีปเอเชีย^(3, 4) วัยรุ่นเริ่มหัดขับรถ ส่วนใหญ่เป็นรถมอเตอร์ไซด์ เด็กที่ขับขี่มอเตอร์ไซด์ ตั้งแต่อายุ 11-12 ปี จะมีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิตเมื่อเทียบกับผู้ใหญ่เนื่องจากเด็กเป็นผู้ขับขี่มือใหม่ (novice driver) ขาดทักษะในการขับขี่และการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าอีกทั้งความสามารถของระบบประสาทและการตัดสินใจต่อการควบคุมเครื่องยนต์ยัง

ไม่สมบูรณ์ นอกจากนั้นวัยรุ่นมักมีพฤติกรรมเสี่ยงอันตราย (risk taking behavior) เช่น การขับขี่ด้วยความเร็วสูง ขับแข่งกัน ขับไลต์โชน เป็นต้นซึ่งมีความเสี่ยงต่อการตายสูงกว่าการขับแบบปกติถึง 4 เท่า⁽⁵⁾ จากสถานการณ์ที่กล่าวมาข้างต้น ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพก่อให้เกิดความรุนแรงการทำร้ายร่างกาย ตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ติดบุหรี่ ติดสุรา สารเสพติดที่ร้ายแรงขึ้น การแก้ปัญหาในวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยงเหล่านี้ ในส่วนของสถานศึกษานั้นเดิมมีมาตรการแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยคือ วักกล่าวตักเตือน การทำทัณฑ์บน การหักคะแนนความประพฤติ ตลอดจนการแจ้งผู้ปกครอง จัดประชุมผู้ปกครองเพื่อร่วมกันดูแลช่วยเหลือ นักเรียนรวมทั้งจัดกิจกรรมให้ความรู้ในชั้นเรียน และจากวิทยากรภายนอกพบว่า นักเรียนกลุ่มดังกล่าวส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงอยู่เช่นเดิม ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้แนวคิดเชิงบวกคือ เริ่มจากการเปลี่ยนมุมมองของผู้ใหญ่ที่มีต่อวัยรุ่นเป็น "วัยรุ่นไม่ใช่ปัญหา แต่เป็นวัยที่มีพลัง" และเปิดพื้นที่เพื่อให้เด็กได้รู้จัก และเห็นตัวตน เห็นศักยภาพของตนและแสดงศักยภาพให้สังคมได้ประจักษ์และชื่นชม ซึ่งจะเป็แรงหนุนให้นักเรียนปรับเปลี่ยนภาพลักษณ์ของตนเองและละเว้นพฤติกรรมเสี่ยง⁽⁶⁾ จากผลการศึกษาที่ผ่านมา การจัดรูปแบบการพัฒนาให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง (Self esteem) ความคาดหวังในความสามารถของตน (Self efficacy) รวมทั้งประยุกต์ใช้ปริมิตแห่งการเรียนรู้ วงจรคุณภาพ (Plan Do Check Action) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยมีครูเป็น พี่เลี้ยงพบว่านักเรียนที่มีความภาคภูมิใจในตนเองสูงจะมีการป้องกันการสูบบุหรี่ได้สูง⁽⁷⁾ และมีความสัมพันธ์เชิงลบ กับการใช้สารเสพติด⁽⁸⁾ ดังนั้นผู้วิจัย จึงได้ศึกษาวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาผลของการพัฒนา

ศักยภาพของนักเรียนด้านความภาคภูมิใจในตนเองและความคาดหวังในความสามารถของตนของนักเรียน กลุ่มเสี่ยงเพื่อลดการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา เพศสัมพันธ์ที่เสี่ยง ขับขี่รถจักรยานยนต์เสี่ยงอุบัติเหตุในสถานศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา

วัสดุและวิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้เป็นแบบกลุ่ม ตัวอย่างกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นครั้งนี้เป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 - ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณลักษณะที่กำหนด และเป็นนักเรียนเพศชาย มีพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่งอย่าง เช่น สูบบุหรี่ ดื่มสุรา มีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยง ขับขี่รถจักรยานยนต์ เสี่ยงต่ออุบัติเหตุ เป็นที่ยอมรับของเพื่อนและครูในโรงเรียน ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย และเพิ่มจำนวนนักเรียนโดยใช้เทคนิคสโนว์บอลให้นักเรียน กำหนดรายชื่อบุคคลที่มีคุณลักษณะตามที่ระบุ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 53 คน ช่วงเวลาดำเนินการระหว่างเดือน มีนาคม 2553 - เดือนสิงหาคม 2555 รวม 2 ปี 6 เดือน

วิธีดำเนินการ พัฒนาโดยใช้หลักสูตรการพัฒนา นักเรียนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการฝึกวิชาทหาร

ปิรามิดแห่งการเรียนรู้ และวงจรคุณภาพ การศึกษาจากหนังสือ ตำรา และผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีรายละเอียดของกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การอบรมด้วยการเข้าค่ายจำนวน 4 วัน วันแรกให้ดูงานที่เรือนจำเพื่อสัมผัสกับสภาพจริงของผู้ที่อยู่ในคุก วันที่ 2-4 ฝึกระเบียบวินัย ตั้งแต่ตื่นนอน ออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร ทดสอบร่างกาย ความเข้มแข็งด้านจิตใจ ทดสอบความเชื่อมั่น การทำงานเป็นทีม ให้ความรู้เรื่อง การขับขี่ปลอดภัย ด้านวินัยจราจรและความปลอดภัยในการขับขี่ สัญญาณจราจร ทักษะชีวิตวัยรุ่นกับเพศสัมพันธ์ ยาเสพติดและ

บุหรี่ สุรา สายธารชีวิต แต่ละช่วงมีการสรุปการเรียนรู้ ด้วยการนำเสนอ โดยวิทยากรจากหน่วยงานภาคีที่เกี่ยวข้อง เช่น ตำรวจ ทหาร ฝ่ายปราบปรามยาเสพติด และ สาธารณสุข

กิจกรรมที่ 2 การดำเนินงานของนักเรียนตามกรอบแนวคิดปิรามิดแห่งการเรียนรู้และวงจรคุณภาพ ด้วยการให้นักเรียนเข้ามาปฏิบัติงานร่วมกับ ครู ตำรวจ เจ้าหน้าที่ของรัฐในลักษณะการเป็นผู้ช่วยเจ้าพนักงานด้านการจัดการจราจร หรือดูแลช่วยเหลืองานประเพณี ในโรงเรียน ชุมชนหรือเป็นผู้ช่วยหน่วยกู้ชีพตำบล และจัดให้นักเรียนประชุมพบปะในกลุ่มนักเรียนที่ผ่านการอบรมอย่างสม่ำเสมอ เพื่อกระตุ้นการสร้างวัฒนธรรมที่ดีในกลุ่มนักเรียน และส่งเสริมสนับสนุนให้นักเรียนและครู ด้วยการใช้ข้อมูลที่จัดเก็บเพื่อนำมาวิเคราะห์ และสามารถใช้ประโยชน์ร่วมกันในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การติดบุหรี่ เสพสุรา ฯลฯ ของเด็กในโรงเรียน และจัดเวทีให้นักเรียนนำเสนอผลสรุปผลของการปฏิบัติการดำเนินงานแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามประเมินค่าความภาคภูมิใจ ในตนเองและความคาดหวังในความสามารถของตน มีคำถามจำนวน 18 ข้อ และ 15 ข้อ ตามลำดับ กำหนดเกณฑ์ให้คะแนน ตามคำถามเชิงบวก คำถามเชิงลบ ใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนน เสรี लाखโรงเรียน⁽⁹⁾ แบบการสังเกตพฤติกรรมเสี่ยง การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยง การขับขี่รถจักรยานยนต์ที่เสี่ยงต่ออุบัติเหตุ ในโรงเรียนและนอกโรงเรียน และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ปกครองและครู มีคำถามจำนวน 8 ข้อ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือวิจัยทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และนำมาปรับตามข้อเสนอแนะ แบบสอบถามความภาคภูมิใจในตนเอง และความคาดหวังในความสามารถของตน ได้นำไปทดสอบกับนักเรียนที่มีคุณลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 32 คน นำมาวิเคราะห์ด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา ของ ครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.75, 0.78

ตามลำดับ

การเก็บข้อมูล เก็บข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยง สูบบุหรี่ ดื่มสุรา เพศสัมพันธ์ที่เสี่ยง ขับรถจักรยานยนต์ ที่เสี่ยงต่ออุบัติเหตุในสวนโรงเรียน ตำรวจ ผู้ปกครอง เกี่ยวกับกลุ่มคน สถานที่ เวลา พฤติการณ์ และเก็บข้อมูล ความภาคภูมิใจในตนเองและความคาดหวังในความสามารถของตน ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง เมื่อครบ 1 ปี

ผลการจัดกิจกรรมตามหลักสูตรการทดลอง ในสัปดาห์ที่ 1, 4, 6, 12 ความพึงพอใจต่อผลการ พัฒนาศักยภาพนักเรียน และการสนทนากลุ่ม หลังการทดลองครบ 1 ปี

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์หาค่าแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ANOVA Repeated measures และ z-test

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายทั้งหมด จำนวน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของนักเรียน ก่อนและหลังการทดลองจำแนกตามความภาคภูมิใจในตนเอง (self esteem) และความคาดหวังในความสามารถของตน(self efficacy)

ข้อมูล	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	F	p-value
ความภาคภูมิใจในตนเอง					
ก่อนทดลอง	53	38.8302	2.9790	18.577	0.00***
หลังทดลองระยะที่ 1(1สัปดาห์)	53	39.8491	2.8446		
หลังทดลองระยะที่ 2 (1ปี)	53	41.5849	3.47205		
ความคาดหวังในความสามารถของตน					
ก่อนทดลอง	53	95.7358	18.2916	77.025	0.00***
หลังทดลองระยะที่ 1(1สัปดาห์)	53	113.3774	23.1053		
หลังทดลองระยะที่ 2 (1ปี)	53	121.8679	13.2593		

***มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

สัดส่วนการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการขับจักรยานยนต์เสี่ยงอุบัติเหตุ ก่อนและหลัง การทดลองพบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ

53 คน ส่วนใหญ่มีบิดาและมารดาประกอบอาชีพ เกษตรกรรมร้อยละ 86.8 จำนวนพี่น้องสองคนร้อยละ 37.7 ลักษณะครอบครัวขยายร้อยละ 75.5 สถานภาพของผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กเป็นพ่อ/แม่/ปู่/ย่า/ตา/ยายร้อยละ 47.2 จำนวนเงินที่ใช้จ่าย/วันประมาณ 51-100 บาทร้อยละ 94.3 กิจกรรมที่ใช้ในเวลาว่าง คือ เล่นเกมส์ ร้อยละ 56.7 ตกแต่งรถจักรยานยนต์ ร้อยละ 18.9 เล่นกีฬา ร้อยละ 9.4 ตามลำดับ

จากการเปรียบเทียบความภาคภูมิใจ (self esteem) และความคาดหวังในความสามารถของตน(self efficacy) ก่อนและหลังการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความภาคภูมิใจ(self esteem) และความคาดหวังในความสามารถของตน(self efficacy) ก่อนการทดลอง หลังการทดลองระยะที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1)และหลังการทดลองระยะที่ 2 (1ปี) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 1

ทางสถิติ ($p < 0.05$) แต่สัดส่วนการมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยง ก่อนและหลังการทดลองพบว่าไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบสัดส่วนการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยง การขับชีรดิจรยานยนต์เสี่ยงอุบัติเหตุของนักเรียน ก่อนและหลังการทดลอง

ข้อมูล	จำนวน(n)	พฤติกรรมเสี่ยง(คน)	สัดส่วน	z-test	p-value
การสูบบุหรี่					
ก่อนทดลอง	53	21	0.396	-2.828	0.0025*
หลังทดลองระยะที่ 1(1สัปดาห์)	53	13	0.245		
หลังทดลอง ระยะที่ 2 (1ปี)	53	3	0.056		
การดื่มสุรา					
ก่อนทดลอง	53	8	0.150	-2.449	0.007*
หลังทดลองระยะที่ 1(1สัปดาห์)	53	2	0.037		
หลังทดลองระยะที่ 2 (1ปี)	53	0	0.000		
การมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยง					
ก่อนทดลอง	53	4	0.075	0.000	0.500
หลังทดลองระยะที่ 1(1สัปดาห์)	53	4	0.075		
หลังทดลองระยะที่ 2 (1ปี)	53	6	0.113		
การขับชีรดิจรยานยนต์เสี่ยงต่ออุบัติเหตุ					
ก่อนการดำเนินงาน	53	39	0.735	-5.657	0.000*
หลังทดลองระยะที่ 1(1สัปดาห์)	53	7	0.132		
หลังทดลองระยะที่ 2 (1ปี)	53	2	0.037		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05

พัฒนาศักยภาพระดับมากในทุกด้านทั้งด้านเนื้อหาของการอบรม การฝึกปฏิบัติ กิจกรรมทำงานร่วมกันรวมทั้งพอใจต่อการพัฒนาศักยภาพนักเรียนกลุ่มเสี่ยง พบว่า มีครูพี่เลี้ยง ให้คำปรึกษาและสนับสนุนกิจกรรมของครูและผู้ปกครองมีความพึงพอใจต่อการอบรม และ นักเรียน ดังตารางที่ 3

ตารางที่3 ผลการศึกษาความพึงพอใจต่อการพัฒนาศักยภาพนักเรียนโดยครูและผู้ปกครอง

เรื่องพิจารณา	ระดับความคิดเห็น		
	mean	SD	การแปลผล
1.เนื้อหาของการอบรมส่งเสริมให้นักเรียนมีความรู้ ความเข้าใจและประสบการณ์เกี่ยวกับ บุหรี่ สุรา เพศสัมพันธ์ และอุบัติเหตุทางถนน	4.46	0.59	มาก
2.เนื้อหาของการอบรมส่งเสริมให้นักเรียนคิด วิเคราะห์และกล้าแสดงความคิดเห็น รับฟังและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับนักเรียน	4.28	0.71	มาก
3.เนื้อหาของการอบรมเป็นความรู้ที่นักเรียนสามารถนำไปใช้ในการดำรงชีวิตได้ สามารถคิดวิเคราะห์ ตัดสิน แก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ	3.81	0.96	มาก
4.การฝึกปฏิบัติสอดคล้องกับความต้องการและความสนใจของนักเรียน	4.16	0.55	มาก
5.มีกิจกรรมส่งเสริมให้นักเรียนมีประสบการณ์ตรงทั้งทฤษฎีและปฏิบัติทั้งในและนอกห้องเรียน	4.11	0.97	มาก
6.มีกิจกรรมส่งเสริมทักษะนอกชั้นเรียน/ทำงานร่วมกันระหว่างนักเรียนด้วยกัน และหน่วยงานภายนอกเพื่อพัฒนาตนเองและสังคม	4.18	0.79	มาก
7.มีกิจกรรมที่ส่งเสริมประสิทธิภาพการทำงาน of นักเรียน เช่น การประชุมแลกเปลี่ยน การนำเสนอในเวทีต่าง ๆ	4.11	0.64	มาก
8.ครูที่ปรึกษาหรือครูพี่เลี้ยงมีจำนวนเพียงพอกับจำนวนนักเรียน	3.98	0.87	มาก

วิจารณ์

การพัฒนาให้นักเรียนเกิดความภาคภูมิใจ และมีความคาดหวังในความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น เป็นปัจจัยเชิงบวกที่ส่งเสริมให้นักเรียนปรับเปลี่ยน บุคลิกภาพ วุฒิภาวะ และบทบาททางสังคมในทางที่ดีขึ้น ทำให้พฤติกรรมเสี่ยงลดลง ซึ่งต้องอาศัยการเข้าร่วม กิจกรรม เข้าค่ายพัฒนาศักยภาพ โดยใช้หลักการฝึกทหาร เพื่อให้นักเรียนได้ ฝึกระเบียบวินัย ทดสอบร่างกาย ความ เข้มแข็งด้านจิตใจ ทดสอบความเชื่อมั่น ความอดทน การทำงานเป็นทีม การได้ช่วยเหลือเพื่อนและสังคม ได้แสดงออกถึงความเป็นตัวของตัวเอง นำเสนอผล ของความสำเร็จ และนอกจากการเข้าค่ายแล้วยังมี กิจกรรม ที่เปิดโอกาส ให้เด็กได้แสดงออกในด้านดี เป็นจิตอาสาทำงานเพื่อสังคม จนเป็นที่ยกย่อง ชมเชย และได้รับความเข้าใจและยอมรับจากคนในครอบครัว และสังคมในโรงเรียน ซึ่งเป็นวิธีการ ที่สอดคล้องกับ Bandura⁽¹⁰⁾ ที่ว่าการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของ ตนเอง จะได้จากการจัดประสบการณ์ ที่ให้เขาประสบ ความสำเร็จ การมีต้นแบบให้ปฏิบัติตาม การโน้มน้าว จิตใจ และมีสิ่งเร้าให้เกิดการทำลาย และสอดคล้อง กับทฤษฎีของมาสโลว์(Abraham Maslow)⁽¹¹⁾ และ คาร์ลโรเจอร์ (Carl Rogers)⁽¹²⁾ ที่กล่าวว่ามนุษย์ทุกคน มีธรรมชาติใฝ่ดี มีแรงจูงใจไปในทางด้านบวก มีความปรารถนาจะประจักษ์รู้ตน และเมื่อมีสภาพการณ์ ที่เอื้ออำนวย มนุษย์จะพัฒนาบุคลิกภาพ และวุฒิภาวะ รวมทั้ง ความสามารถของตนไปในทิศทางที่เหมาะสมเสมอ จากการศึกษาที่ผ่านมา การส่งเสริมประสบการณ์ด้าน บวก ทำให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง สามารถทำให้ เกิดขึ้นได้จากการอบรมโปรแกรมต่างๆ ซึ่งสามารถ ประยุกต์ ได้ตามวัตถุประสงค์ของการอบรม และกลุ่ม ที่อบรม เช่น การศึกษาของนภาพร พุ่มพฤษ⁽¹³⁾ ได้ทำการศึกษาให้นักเรียนที่มีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ ทำการฝึกกิจกรรมกลุ่มโดยใช้โปรแกรมเกี่ยวกับความ ภาคภูมิใจในตัวเอง พิสมัย สุขอมรรัตน์⁽⁷⁾ ได้ศึกษาการ พัฒนา ทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 เช่นเดียวกับพยอม ธัญธ⁽¹⁴⁾ ใช้อบรมเพื่อให้นักเรียนปรับตัวด้านการเรียน ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างนักเรียนกับเพื่อน ความสัมพันธ์

ระหว่างครูกับนักเรียนและ นิสัยในการเรียน เป็นต้น สำหรับการศึกษาค้นคว้า พฤติกรรมเสี่ยงในภาพรวม ของนักเรียนได้รับการปรับเปลี่ยน โดยเฉพาะสัดส่วน การสูบบุหรี่ การดื่มสุราและการขับซิ่งรถจักรยานยนต์ที่ เสี่ยงอุบัติเหตุลดลง การทำให้เกิดความภาคภูมิใจใน ตนเอง ทำให้บทบาทที่มีต่อสังคมของกลุ่มนี้เปลี่ยนไป เมื่อสังคมยอมรับพวกเขา พวกเขาก็จะต้องทำดีต่อสังคม และต้องทำในสิ่งที่สังคมคาดหวัง และการที่คาดหวัง ความสามารถของตนเองจะส่งผลให้นักเรียนมีความ เชื่อมั่นว่าสามารถที่จะทำได้เอาชนะจิตใจตนเองได้ จึงสามารถลดพฤติกรรมสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และขับซิ่ง รถจักรยานยนต์ที่เสี่ยงได้ นอกจากการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าว จากข้อมูลของครูในโรงเรียน พบว่าภายหลังการพัฒนา ศักยภาพการหนีเรียนของ นักเรียนกลุ่มตัวอย่างน้อยลงมาก จากเมื่อก่อนการ อบรมจำนวน 25 คน หลังอบรมเหลือเพียง 19 คน และเมื่อติดตามครบ 1 ปี มีเพียง 2 คนเท่านั้น สำหรับการมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงนั้น ไม่แตกต่างอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากช่วงวัยรุ่น เป็นวัยที่มีแรง ขับดันทั้งภายในและภายนอก และเข้าถึงแหล่งกระตุ้น อารมณ์ได้ง่าย และการมีเพศสัมพันธ์ เป็นเรื่องเฉพาะ บุคคลไม่จำเป็นต้องให้สังคมทราบ แต่อย่างไรก็ตาม พบว่า มีนักเรียนที่มีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงเพิ่มขึ้น จำนวน 2 คน จาก 4 คน เนื่องจากไม่ได้ตั้งใจมีเพศสัมพันธ์ จึงไม่ได้เตรียมถุงยางอนามัย จำนวน 1 คน และคิดว่าการมีเพศสัมพันธ์กับเพื่อนนักเรียนด้วยกันนั้น ปลอดภัย จำนวน 1 คน สอดคล้องกับการศึกษาของ อภิญา เปี่ยมวัฒนาทรัพย์⁽¹⁵⁾ และนวลตา อาภาศัพทะกุล⁽¹⁶⁾ ในทางตรงข้ามการได้รับความรู้ เกี่ยวกับการมี เพศสัมพันธ์และการป้องกัน อาจทำให้เกิดความคาดหวัง ต่อการมีเพศสัมพันธ์ได้มากขึ้น สอดคล้องกับประวีวรรณ ดนัยดุขฤกุล⁽¹⁷⁾ พบว่าวัยรุ่นเพศชายยังมีความรู้เรื่อง เพศมากขึ้นก็ยังมีเพศสัมพันธ์มากขึ้น อย่างไรก็ตาม สรุปได้ว่าผลการพัฒนาศักยภาพ ทำให้นักเรียน กลุ่มเสี่ยงมีความภาคภูมิใจใน ตนเองและความคาดหวัง ในความสามารถของตนเพิ่มขึ้น สามารถลดการมี พฤติกรรมเสี่ยงโดยภาพรวม และมีการปฏิบัติตนใน ทิศทางที่สังคมยอมรับ มากขึ้นจนเป็นที่พึงพอใจ ของ

ครูและผู้ปกครองอย่างมาก

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยสามารถเป็นแนวทางนำไปปรับปรุงกระบวนการพัฒนานักเรียนกลุ่มเสี่ยง พัฒนาหลักสูตรการเรียนสอนสำหรับผู้บริหาร อาจารย์ผู้สอน อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์แนะแนว และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และควรมีการฝึกทักษะครูที่เสี่ยงในการหนุนเสริมนักเรียนกลุ่มเสี่ยง นอกจากนี้ใช้เป็นต้นแบบนำไปประยุกต์ใช้สำหรับ กลุ่มนักเรียนกลุ่มเสี่ยงในสถานศึกษาอื่นต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา สำนักงานหลักประกันสุขภาพเขต 9 นครราชสีมา ทีมวิทยากรผู้บริหารโรงเรียน ครูพี่เลี้ยงและนักเรียนกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2550 .การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ.
2. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. สรุปสถานการณ์การควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ.2552. พ.ศ. 2553
3. วิลยา ธรรมพนินวัฒน์. เพศศึกษาสำหรับวัยรุ่นไทย วารสารสภาการพยาบาล. 2553; 25: 5
4. กรมควบคุมโรค.รายงานการเฝ้าระวังของสำนักงานระบาดวิทยา. 2552.
5. www.thaihealth.or.th (วันที่ 7 มิย. 54)
6. http://www.novabizz.com/NovaAce/Personality/Self_Efficacy.htm (วันที่ 7 มีค 54)
7. พิสมัย สุขอมรัตน์.ศึกษาการพัฒนาทักษะ ชีวิตเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 สังกัดกรมสามัญศึกษา กรุงเทพมหานคร; 2540:110.
8. กาวิณี อยู่ประเสริฐ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้สารเสพติดของนักเรียนในเขตกรุงเทพมหานคร ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 สังกัดกรมสามัญศึกษา; 2540:ก-ข.
9. เสรี ลาซโรจน์. สภาพการวัดและประเมินผลการศึกษา. ในเอกสารการสอนชุดวิชาการบริหารและการจัดการการวัดและประเมินผลการศึกษา หน่วยที่ 3 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาศึกษาศาสตร์; 2535. หน้า 51 - 82.
10. วิทยากร เชียงกุล. จิตวิทยาในการสร้างความสุข. กรุงเทพมหานคร : สายธาร, 2548.
11. หลุย จำปาเทศ. จิตวิทยาสัมพันธ์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร. โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2533.
12. ปราณี รามสูตร. จิตวิทยาวัยรุ่น. กรุงเทพมหานคร: รุ่งเรืองวัฒนา, 2538.
13. นภาพร พุ่มพฤษ.2529. ผลของกิจกรรมกลุ่มที่มีต่อการพัฒนาความภาคภูมิใจในตนเอง ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนพระนารายณ์ลพบุรี.
14. พยอม ธิญรส.www.medihealing.com (วันที่ 7 มีค 54 นาดยา วงศ์หลักภัย อ่างใน นุชจริ ฌายเนตร). 2548. ผลของการฝึกทักษะการดำเนินชีวิตที่มีต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของคนพิการ; หน้า 10.
15. อภิญา เปี่ยมวัฒนาทรัพย์ สุมาลี จันทลักษณ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นตอนต้นในสถานศึกษาเขตเมืองพัทยา จังหวัดชลบุรี ปี 2550. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 2552; 2: 56-68.
16. นวลตา อาภาคัพพะกุล. เพศสัมพันธ์และการใช้ถุงยางอนามัย ในกลุ่มเยาวชนที่มาใช้บริการในแหล่งชุมชนวัยรุ่น กรณีศึกษา กรุงเทพมหานคร. สงขลา นครินทร์เวชสาร. 2549: 24 (6): 475-482.
17. ระวีวรรณ ดนัยดุขฎิกล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการละเว้นเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นหญิง bbznet. pukpik.com/scripts2/view.php?user= model (วันที่ 26 สิงหาคม 2555)

สูตรยาต้านวัณโรคหลังผู้ป่วยเกิดภาวะตับอักเสบระหว่างรักษาวัณโรค

ในสถาบันบำราศนราดูรปี 2548- 2552

Tuberculosis Treatment Regimens in Patients Experiencing Liver Toxicity due to Short Course Chemotherapy at Bamrasnaradura Infectious Disease Institute between 2005-2009

ถิรนนท์ กลัดพuang ภม.

Thiranun Kladphuang MPharm

ธनिया เชี่ยวชาญ ภม.

Thaniya Chiewcharn MPharm

รัชну เจริญพัคตร ภ.บ.

Ratchanu Charoenpak PharmD

สถาบันบำราศนราดูร

Bamrasnaradura Infectious Disease Institute

กรมควบคุมโรค

Department of Diseases Control

บทคัดย่อ

โครงการนี้เป็นการวิจัยเชิงศึกษาย้อนหลัง (Retrospective Study) มีจุดมุ่งหมายเพื่อสำรวจชนิดและปริมาณของยาต้านวัณโรคในสูตรยาต่าง ๆ รวมทั้งศึกษาผลของการใช้สูตรยาต้านวัณโรค ที่ใช้ในผู้ป่วยวัณโรค หลังจากเกิดภาวะตับอักเสบ โดยดำเนินการศึกษาระหว่างตุลาคม 2553 ถึงธันวาคม 2554 ทำการเก็บข้อมูล ในผู้ป่วยวัณโรค ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนในสถาบันบำราศนราดูรระหว่างปี พ.ศ. 2548-2552 แล้วแพทย์ วินิจฉัยว่าเกิดภาวะตับอักเสบ ระหว่างรักษาวัณโรค และต้องมีการปรับเปลี่ยนสูตรยาในการรักษาเก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ผลการวิจัยพบจำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่เกิดภาวะตับอักเสบ 176 ราย จาก 2,578 ราย ซึ่งวิธีการที่แพทย์ปรับเปลี่ยนให้ผู้ป่วยหลังจากเกิดภาวะตับอักเสบ 3 อันดับแรก คือ หยุด Rifampicin(RF) คงเหลือ Isoniazid(INH) และ Pyrazinamide(PZA) ในสูตร (92 ราย ร้อยละ 52.3) หยุด PZA และ RF คงเหลือ INH ในสูตร (41 ราย ร้อยละ 23.3) และหยุด INH, RF และ PZA เปลี่ยนมาใช้สูตร EMB+ Aminoglycoside+ Fluoroquinolone (38 ราย ร้อยละ 21.6) โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้รับการ rechallenge ยา (113 ราย ร้อยละ 64.2) มีผู้ป่วย 63 ราย(ร้อยละ 35.8) ที่ได้รับการ rechallenge ยา และไม่เกิดภาวะตับอักเสบซ้ำ 42 ราย(ร้อยละ 23.9) ซึ่งผลการรักษาหลังจากปรับเปลี่ยนสูตรยาต้านวัณโรค พบว่ามีผู้ป่วยรักษาสำเร็จ 76 ราย(ร้อยละ 43.2), เสียชีวิต 32 ราย(ร้อยละ 18.2) และเป็นผู้ป่วยโอนออก 40 ราย(ร้อยละ 22.7)

Abstract

The objectives of this retrospective study were to survey tuberculous regimens in patients experiencing liver toxicity after short course chemotherapy and treatment outcome of these patients on different drug regimens. The study was conducted between October 2010 and December 2011 in patients who were diagnosed liver toxicity after commencing short course regimen at Bamrasnaradura Infectious Disease Institute between 2005-2009. The drug regimens were selected based on the possibility of less toxic to liver. Individual patient's record form was used. The study revealed 176 patients had liver toxicity. Top three interventions were (1) stop RF continuing INH and PZA(92, 52.3%) (2) stop PZA and RF remains

INH(41, 23.3%) and (3) stop INH, RF, PZA and change regimen to EMB+ Aminoglycoside+ Fluoroquinolone (38, 21.6%). Most of patients have not gone through antituberculosis drugs rechallenge (113, 64.2%), despite 63 patients(35.8%) had it. 42 patients(23.9%) didn't suffer from repeated liver toxicity. The treatment outcome in the selected regimens were not quite promising with : success 43.2%, death 18.2% and transfer out 22.7% respectively.

ประเด็นสำคัญ

ยาต้านวัณโรค, ภาวะตับอักเสบ

Keywords

Antituberculosis drugs, Liver toxicity

บทนำ

ในปัจจุบันวัณโรคยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย จากรายงานในปีพ.ศ. 2551 องค์การอนามัยโลก ได้จัดประเทศไทยอยู่ในลำดับที่ 18 จาก 22 ประเทศทั่วโลกที่มีปัญหาวัณโรครุนแรง(high burden) และจากการคำนวณทางระบาดวิทยาทาง องค์การอนามัยโลกระบุว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยวัณโรค ประมาณ 125,000 ราย โดยเป็นผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 90,000 รายต่อปี ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่สามารถแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่นได้ประมาณ 40,000 รายต่อปี และเสียชีวิต ประมาณ 13,000 รายต่อปี ⁽¹⁾

แม้ว่าประเทศไทยได้นำกลยุทธ์การรักษาวัณโรค ด้วยสูตรยามาตรฐานระยะสั้น ภายใต้การสังเกตโดยตรง (Directly Observed Treatment, Short Course หรือ DOTS) มาใช้ในแผนงานการควบคุมวัณโรคแห่งชาติ (National Tuberculosis Program : NTP) ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2539 แต่จากข้อมูลปีพ.ศ. 2549 ของกรมควบคุมโรค พบว่าอัตราความสำเร็จของการรักษาคิดเป็นร้อยละ 78 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ที่ร้อยละ 85 ทั้งนี้อุปสรรคหนึ่งในการรักษาวัณโรคคือ ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา จนทำให้ต้องลดขนาดยาลง หรือหยุดยาเอง ตลอดจนการที่ผู้ป่วยไม่ศรัทธาต่อการรักษาอีกต่อไป ซึ่งจากงานวิจัยพบว่า อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยวัณโรค ^(2,3,4) และภาวะตับอักเสบจัดเป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่สำคัญอย่างหนึ่งของผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านวัณโรค เนื่องจากมีรายงานอุบัติการณ์ถึงร้อยละ 10-25 และในผู้ป่วยบางรายจะมีอาการรุนแรงจนเสียชีวิตได้ ⁽⁵⁾ ซึ่งจากรายงานของศูนย์เฝ้า

ระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการอาหาร และยา พบว่าภาวะตับอักเสบเป็นอาการไม่พึงประสงค์ จากการใช้ยาต้านวัณโรคที่พบได้บ่อย รองจากอาการทางผิวหนัง ⁽⁶⁾ โดยการติดเชื้อเอชไอวีเป็นปัจจัยเสี่ยง อย่างหนึ่งของการเกิดภาวะตับอักเสบหลังจากใช้ยา ^(8,9) นอกจากนี้การใช้ยาต้านวัณโรคหลายชนิดร่วมกัน อาจส่งผลให้เกิดภาวะตับอักเสบได้ง่ายขึ้น และภาวะตับอักเสบนี้มักเป็นสาเหตุที่ทำให้ต้องเปลี่ยนสูตรยาต้านวัณโรคให้กับผู้ป่วย ^(3,9,10) ซึ่งแนวทางปฏิบัติในการเปลี่ยนสูตรยาที่แนะนำกันในปัจจุบันมีอยู่หลายแนวทาง เช่น แนวทางของ American Thoracic Society (ATS) ⁽¹¹⁾ และของ British Thoracic Society(BTS) ⁽¹²⁾ ซึ่งจะแตกต่างกันในรายละเอียดบางส่วน

จากงานวิจัยเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์ของยาต้านวัณโรคที่ผ่านมา มักจะเป็นการศึกษาเกี่ยวกับประเภทของอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น ^(3,4,9,10) แต่ยังไม่มียานวิจัยใดที่ศึกษาถึงสูตรยาที่ถูกปรับเปลี่ยนรวมทั้งผลของการรักษาในผู้ป่วยที่เกิดภาวะตับอักเสบหลังจากใช้ยาต้านวัณโรค จะมีกี่แห่งงานวิจัยเรื่องการศึกษาถึงความปลอดภัยของสูตรยา 3 ประเภทที่ถูกใช้ในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะตับอักเสบเท่านั้น ⁽¹³⁾ ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการสำรวจประเภทและปริมาณของสูตรยาต้านวัณโรค ที่ใช้ในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะตับอักเสบ และผลการรักษาของผู้ป่วยหลังจากเปลี่ยนสูตรยาเพื่อทราบถึงสถานการณ์การรักษาผู้ป่วย และเป็นข้อมูลให้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ที่ทำหน้าที่ดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค ในการพิจารณาปรับเปลี่ยนสูตรยาต้านวัณโรคต่อไป

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงศึกษาย้อนหลัง (Retrospective Study) เก็บข้อมูลในผู้ป่วยวัณโรคอายุมากกว่า 18 ปี ที่ได้รับการขึ้นทะเบียน (TB register) ในสถาบันบำราศนราดูร ระหว่างปีพ.ศ. 2548-2552 แล้วแพทย์วินิจฉัยว่าเกิดภาวะตับอักเสบ ระหว่างรักษาวัณโรคและต้องมีการปรับเปลี่ยนสูตรยาในการรักษาเก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ที่ผ่านการประเมินคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ แหล่งข้อมูลที่ทำกรเก็บข้อมูล ได้แก่ ฐานข้อมูลวัณโรคของโรงพยาบาลเวชระเบียนของผู้ป่วยทั้งขณะที่พักและไม่ได้พักรักษาในโรงพยาบาล และแบบบันทึกอื่นๆ ที่มีข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ที่เกิดภาวะตับอักเสบ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอในรูปของจำนวน ร้อยละ ค่ามัธยฐาน ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การศึกษาครั้งนี้ไม่รวมผู้ป่วยที่มีค่า ALT >3 เท่า ของค่าปกติปกติ และมมีอาการทางคลินิก เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ตัวเหลือง ตาเหลือง หรือมีค่า ALT >5 เท่า ของค่าปกติปกติ โดยไม่ต้องมีอาการทางคลินิกร่วมด้วย หรือมีค่า total bilirubin >3 mg/dl ก่อนได้รับยาต้านวัณโรค งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยสถาบันบำราศนราดูร

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (123 ราย, ร้อยละ 69.9) อายุเฉลี่ย 37.8 ± 9.1 ปี น้ำหนักเฉลี่ย 49.1 ± 9.5 กิโลกรัม เป็นวัณโรคปอด (74 ราย, ร้อยละ 42.0) และจัดเป็นผู้ป่วยรายใหม่ (133 ราย, ร้อยละ 75.6) ผู้ป่วยไม่มีโรคประจำตัว (100 ราย, ร้อยละ 56.8) ไม่มีประวัติแพ้ยา (158 ราย, ร้อยละ 89.8)

ปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดภาวะตับอักเสบ พบว่าไม่มีผู้ป่วยรายใดตั้งครรภ์ (176 ราย, ร้อยละ 100.0) พบผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี 23 ราย (ร้อยละ 13.1) และซี 39 ราย (ร้อยละ 22.2) จาก 121 ราย (ร้อยละ 68.8) และ 116 ราย (ร้อยละ 66) ที่ได้รับการตรวจ ผู้ป่วยมีภาวะทุพโภชนาการระดับรุนแรง (92 ราย, ร้อยละ 52.3) และติดเชื้อ HIV (172 ราย, ร้อยละ 97.7) แต่ส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับยาต้านไวรัส (120 ราย, ร้อยละ 68.2) ค่า CD4 และค่า VL ของผู้ป่วยแสดงเป็นค่ามัธยฐาน คือ 42 cells/uL และ 477,000 copies/mL ตามลำดับ ผู้ป่วยไม่มีประวัติใช้สุหรี่ (93 ราย, ร้อยละ 52.8) แอลกอฮอล์ (97 ราย, ร้อยละ 55.1) สิ่งเสพติดชนิดฉีด (87 ราย, ร้อยละ 49.4) และสิ่งเสพติดชนิดอื่น (85 ราย, ร้อยละ 48.3) ในระยะเวลา 1 ปี ก่อนเกิดภาวะตับอักเสบ (ตาราง 1)

ตาราง 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย (n=176)

ลักษณะ		ผล	ไม่ทราบ
เพศ, จำนวน(ร้อยละ)	ชาย	123(69.9)	
	หญิง	53(30.1)	
อายุ, mean±SD ปี		37.8±9.1	
น้ำหนัก, mean±SD ปี		49.1±9.5	
ชนิดของวัณโรค , จำนวน(ร้อยละ)	วัณโรคปอด	74(42.0)	
	ย้อมเสมหะพบเชื้อวัณโรค	51(29.0)	
	ย้อมเสมหะไม่พบเชื้อวัณโรค	23(13.1)	
	วัณโรคนอกปอด	53(30.1)	
	วัณโรคชนิดแพร่กระจาย	49(27.8)	
ประเภทผู้ป่วย, จำนวน (ร้อยละ)	ผู้ป่วยใหม่ (New)	133(75.6)	
	รักษาซ้ำ (Re-treatment)	17(9.7)	
	รับโอน (Transfer in)	26(14.8)	
ประวัติการแพ้ยา, จำนวน(ร้อยละ)	ไม่มี	158(89.8)	
	มี	18(10.2)	

ลักษณะ			ผล	ไม่ทราบ
โรคประจำตัว, จำนวน(ร้อยละ)	ไม่มีโรคประจำตัว		100(56.8)	
	มีโรคประจำตัว		76(43.2)	
	การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ B	มี	23(13.1)	
		ไม่มี	98(55.7)	55(31.3)
	การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ C	มี	39(22.2)	
		ไม่มี	77(43.8)	60(34.1)
โรคอื่น ๆ		14(7.9)		
ภาวะทุพโภชนาการ, จำนวน(ร้อยละ)	ไม่มี	33(18.8)	47(26.7)	
	มี	96(54.6)		
	จัดเป็น mild malnutrition		1(0.6)	
	moderate malnutrition		3(1.7)	
severe malnutrition		92(52.3)		
การใช้สิ่งเสพติด ในระยะเวลา 1 ปี ก่อนเกิดภาวะตับอักเสบ , จำนวน(ร้อยละ)	บุหรื	ใช้	58(33.0)	
		ไม่ใช้	93(52.8)	25(14.2)
	แอลกอฮอล์	ใช้	54(30.7)	
		ไม่ใช้	97(55.1)	25 (14.2)
	สิ่งเสพติดชนิดนี้็ด	ใช้	9(5.1)	
		ไม่ใช้	87(49.4)	80(45.5)
	สิ่งเสพติดชนิดอื่น	ใช้(ยาบ้า)	4(2.3)	
		ไม่ใช้	85(48.3)	87(49.4)
ตั้งครรภ์, จำนวน(ร้อยละ)	ไม่มี	176(100.0)		
	มี	0(0.0)		
การติดเชื้อ HIV , จำนวน(ร้อยละ)	ไม่มี	4(2.3)		
	มี	172(97.7)		
	การได้รับ ARV ขณะเกิดภาวะตับอักเสบ	ไม่ได้รับ	120(68.2)	
		ได้รับ	52(29.5)	
	สูตรยาที่ใช้	EFV-based	15(8.5)	
		NVP-based	36(20.4)	
		PIs-based	1(0.6)	
ค่า CD4 ก่อนเกิดภาวะตับอักเสบ, median cells/uL (range)			42(1-604)	
ค่า viral load (VL) ก่อนเกิดภาวะตับอักเสบ, median copies/mL(range)			477,000(43,900 – 71,000,000)	

ก่อนเกิดภาวะตับอักเสบผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยาต้านวัณโรค สูตรพื้นฐานที่ประกอบด้วยยา INH, RF, EMB และ PZA (171 ราย, ร้อยละ 97.2) ได้รับการตรวจ Liver Function Test(LFT) ก่อนให้ยาต้านวัณโรค (118 ราย, ร้อยละ 67.0) ซึ่งค่า LFT ของผู้ป่วยแสดงเป็นค่ามัธยฐาน ดังนี้ AST 53 U/L,

ALT 34 U/L, T.B. 0.72 mg/dL, D.B. 0.30 mg/dL ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเกิดภาวะตับอักเสบภายใน 14 วัน (67 ราย, ร้อยละ 38.1) หลังจากได้รับยาต้านวัณโรค โดยค่า LFT ขณะเกิดภาวะตับอักเสบของผู้ป่วยแสดงเป็นค่ามัธยฐาน ดังนี้ AST 122 U/L, ALT 82 U/L, T.B. 5.88 mg/dL, D.B. 4.95 mg/dL ซึ่ง LFT

ของผู้ป่วยจะมีทั้ง ค่า TB ผิดปกติแต่ ALT ปกติ(67 ราย ร้อยละ 38.1) หรือค่า ALT ผิดปกติโดยค่า TB จะผิดปกติหรือไม่ก็ได้ (93 ราย ร้อยละ 52.8) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ LFT จะกลับมาเป็นปกติได้ (114 ราย ร้อยละ 64.8) ภายใน 60 วันหลังจากเปลี่ยนสูตรยา(32 ราย ร้อยละ 18.2) สูตรยาด้านวินโรคที่ผู้ป่วยได้รับหลังเกิดภาวะตับอักเสบ ส่วนใหญ่จะยังคงเหลือ INH และ PZA ในสูตร(92 ราย ร้อยละ 52.3) และคงเหลือ INH(41 ราย ร้อยละ 23.3)ตามลำดับ มีผู้ป่วยได้รับการ rechallenge ยาด้านวินโรค (63 ราย ร้อยละ 35.8) โดยยาที่ rechallenge ส่วนใหญ่คือ INH(22 ราย, ร้อยละ

12.5) และ RF (16 ราย, ร้อยละ 9.1) ซึ่งส่วนใหญ่จะไม่เกิดภาวะตับอักเสบซ้ำ (42 ราย ร้อยละ 23.9) อย่างไรก็ตามผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้รับการ rechallenge ยา(113 ราย ร้อยละ 64.2) ผลการรักษาวินโรคของผู้ป่วย จะรักษาสำเร็จ(76 ราย ร้อยละ 43.2) โดยส่วนใหญ่จะได้รับสูตรยาที่ไม่มี RF แต่มี PZA (39 ราย ร้อยละ 22.1) ใช้เวลารักษามากกว่าหรือเท่ากับ 12 เดือน(21 ราย ร้อยละ 11.9) รองลงมาคือไอออนออก (40 ราย ร้อยละ 22.7) และชีวิต(32 ราย ร้อยละ 18.2) ตามลำดับ (ตาราง 2)

ตาราง 2 ประวัติการรักษาของผู้ป่วย (n=176)

ประวัติการรักษา		ผล
สูตรยาด้านวินโรคที่ใช้		
ก่อนเกิดภาวะตับอักเสบ, จำนวน(ร้อยละ)	IRZE	171(97.2)
	IRZE+SM	2(1.1)
	IRZE+ Ofloxacin	1(0.6)
	IRZE+ Ofloxacin+ SM	2(1.1)
การตรวจ LFT		
ก่อนได้รับยาด้านวินโรค, จำนวน(ร้อยละ)	มีการตรวจ	118(67.0)
	SGOT/AST, median U/L(range)	53(15-234)
	SGPT/ALT, median U/L (range)	34(4-176)
	T.B. , median mg/dL(range)	0.72(0.18-2.90)
	D.B., median mg/dL(range)	0.30(0.00-1.98)
	ไม่มีการตรวจ	58(33.0)
ระยะเวลาที่เกิดภาวะตับอักเสบ		
หลังจากได้รับยาด้านวินโรค, จำนวน(ร้อยละ)	ภายใน 14 วัน	67(38.1)
	ภายใน 30 วัน	49(27.8)
	ภายใน 60 วัน	33(18.8)
	มากกว่า 60 วัน	27(15.3)
	SGOT/AST, median U/L(range)	122(15-1973)
	SGPT/ALT, median U/L (range)	82(13-1459)
	T.B. , median mg/dL(range)	5.88(0.70-28.09)
	D.B., median mg/dL(range)	4.95(0.00-22.59)
ลักษณะของการเกิดภาวะตับอักเสบ,	ค่า TB ผิดปกติแต่ ALT ปกติ	67(38.1)
จำนวน(ร้อยละ)	ค่า ALT ผิดปกติ โดย TB จะผิดปกติด้วยหรือไม่ก็ได้	93(52.8)
สูตรยาด้านวินโรคที่ใช้		
สูตรยาด้านวินโรคที่ใช้		
หลังเกิดภาวะตับอักเสบ, จำนวน(ร้อยละ)	คงเหลือ INH และ PZA ในสูตร	92(52.3)

ประวัติการรักษา		ผล
ค่า LFT หลังเปลี่ยนสูตรยาต้านวัณโรค, จำนวน(ร้อยละ)	คงเหลือ INH ในสูตร	41(23.3)
	คงเหลือ RF ในสูตร	1(0.6)
	ไม่มี INH, RF และ PZAในสูตร	38(21.6)
	หยุดยาต้านวัณโรคเนื่องจาก	1(0.6)
	no evidence of TB	
	ไม่มีข้อมูล	24(13.6)
	ไม่กลับมาเป็นปกติ	38(21.6)
	กลับมาเป็นปกติ	114(64.8)
	ภายใน 14 วัน	15(8.5)
	ภายใน 30 วัน	24(13.6)
การ rechallenge ยาต้านวัณโรค, จำนวน(ร้อยละ)	ภายใน 60 วัน	32(18.2)
	ภายใน 90 วัน	14(8.0)
	ภายใน 120 วัน	16(9.1)
	มากกว่า 120 วัน	13(7.4)
	ไม่มีการ rechallenge ยา	113(64.2)
	มีการ rechallenge	63(35.8)
	ยาที่ใช้ rechallenge INH	22(12.5)
	RF	16(9.1)
	PZA	7(4.0)
	INH และ RF	7(4.0)
ผลการ rechallenge	INH และ PZA	3(1.7)
	RF และ PZA	4(2.3)
	INH RF และ PZA	4(2.2)
	ไม่เกิดภาวะดื้ออีกเสบซ้ำ	42(23.9)
	เกิดภาวะดื้ออีกเสบซ้ำ	19(10.8)
	ยาที่ทำให้เกิดภาวะดื้ออีกเสบซ้ำ INH	3(1.7)
	RF	11(6.3)
	PZA	2(1.1)
	RF และ PZA	3(1.7)
	ไม่ทราบผลการ rechallenge ยา	2(1.1)
ผลการรักษาวัณโรค รักษาสำเร็จ(success)	สูตรยาที่ใช้และระยะเวลาในการรักษา	76(43.2)
	ไม่มี RF ในสูตร แต่มี PZA รักษา >= 12 เดือน	21(11.9)
	ไม่มี RF ในสูตร รักษา < 12 เดือน	18(10.2)
	ไม่มี PZA แต่มี RF ในสูตร รักษา >= 9 เดือน	3(1.7)
	ไม่มี PZA แต่มี RF ในสูตร รักษา < 9 เดือน	7(4.0)
	ไม่มี PZA และ RF ในสูตร รักษา < 12 เดือน	10(5.7)
	ไม่มี PZA และ RF ในสูตร รักษา >= 12 เดือน	10(5.7)
	ไม่มี PZA และ RF ในสูตร รักษา >= 18 เดือน	7(4.0)
	เสียชีวิต (death)	32(18.2)
	ขาดการรักษามากกว่า 2 เดือน (default)	21(11.9)
โอนออก (transfer out)	เปลี่ยนการวินิจฉัย (Change Dx)	40(22.7)
	กลับมาเป็นซ้ำ(relapse)	3(1.7)
		4(2.3)

รักษาสำเร็จ(success) คือ ผลรวมของการรักษาหาย(cure) และรักษาครบ(completed)

การ Rechallenge หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับยาต้านวัณโรคเข้าไปใหม่ หลังจากต้องหยุดยา เนื่องจากเกิดภาวะดื้ออีกเสบ

จากผลการวิจัยพบผู้ป่วยที่มีค่า ALT ผิดปกติ โดยที่ TB จะผิดปกติหรือไม่ก็ได้ 93 ราย (ร้อยละ 52.8) โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีค่า ALT อยู่ใน grade 1,2 (70 ราย ร้อยละ 39.8) รองลงมาคือ grade 3 (15 ราย ร้อยละ 8.5) และ grade 4 (8 ราย ร้อยละ 4.5) ตามลำดับ ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาวะตับอักเสบสามารถก่อให้เกิด ความรุนแรงของภาวะตับอักเสบได้ทุกระดับ โดยผู้ป่วย ที่มีค่า ALT grade 1,2 จะมีปัจจัยเสี่ยง 2 ปัจจัย (26 ราย ร้อยละ 37.1) ในขณะที่ผู้ป่วยที่ค่า ALT อยู่ใน grade 4 ส่วนใหญ่จะมีปัจจัยเสี่ยง 3 ปัจจัย (5 ราย ร้อยละ 62.5) แต่โดยภาพรวมแล้วผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีปัจจัยเสี่ยงมากกว่า 1 ปัจจัย ผู้ป่วยที่มีภาวะ ALT อยู่ใน grade 3 และ grade 4 จะไม่ได้รับการตรวจ LFT ก่อนได้รับยาต้านวัณโรค เมื่อเทียบกับผู้ป่วยใน grade 1,2 นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ค่า ALT อยู่ใน grade 3 และ 4 จะต้องตัดยาต้านวัณโรคที่มี

ผลต่อดับออก 2 ตัว (5 ราย ร้อยละ 33.3 ใน grade 3 และ 3 ราย ร้อยละ 37.5 ใน grade 4) หรือต้องตัดยา INH, RF และ PZA ออกทั้งหมดก่อน (7 ราย, ร้อยละ 46.7 ใน grade 3 และ 5 ราย, ร้อยละ 62.5 ใน grade 4) หลังจากเกิดภาวะตับอักเสบ ในขณะที่ผู้ป่วยใน grade 1,2 ยังสามารถคงยาที่มีผลต่อดับได้ 2 ตัว (34 ราย ร้อยละ 48.6) เมื่อพิจารณาระยะเวลาที่เกิดภาวะตับอักเสบ พบว่า เมื่อเวลาผ่านไปความรุนแรงของภาวะตับอักเสบจะมากขึ้น แต่ไม่ว่าความรุนแรงของภาวะตับอักเสบจะอยู่ในระดับใด LFT ของผู้ป่วยส่วนใหญ่จะสามารถกลับมาเป็นปกติ และสามารถได้รับการ rechallenge ยาได้ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับการ rechallenge ยา 1-2 ตัว และไม่เกิดภาวะตับอักเสบซ้ำ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไม่ได้รับการ rechallenge ยา (ตาราง 3)

ตาราง 3 เปรียบเทียบข้อมูลตามความรุนแรงของการเกิดภาวะตับอักเสบ โดยวัดจากค่า ALT

ข้อมูลของผู้ป่วย		ALT (จำนวน, ร้อยละ)		
		Grade 1,2 (70)	Grade 3 (15)	Grade 4 (8)
ปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดภาวะตับอักเสบ				
มีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี		9(12.8)	4(26.7)	1(12.5)
มีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี		12(17.1)	4(26.7)	1(12.5)
มีภาวะทุพโภชนาการ		37(52.8)	8(53.3)	4(50.0)
จัดเป็น	mild malnutrition	0(0.0)	0(0.0)	1(12.5)
	moderate malnutrition	1(1.4)	1(6.7)	0(0.0)
	severe malnutrition	36(51.4)	7(46.7)	3(37.5)
มีการติดเชื้อ HIV		68(97.1)	15(100.0)	7(87.5)
ได้รับ ARV ขณะเกิดภาวะตับอักเสบ		25(35.7)	3(20.0)	3(37.5)
การใช้สิ่งเสพติด	สูตรยาที่ใช้ NVP-based	16(22.8)	7(46.7)	0(0.0)
	ใช้บุหรี่	24(34.3)	5(33.3)	3(37.5)
	ใช้แอลกอฮอล์	23(32.8)	2(13.3)	3(37.5)
ใช้สิ่งเสพติดชนิดฉีด		3(4.3)	0(0.0)	1(12.5)
ใช้ยาบ้า		3(4.3)	0(0.0)	0(0.0)
จำนวนปัจจัยเสี่ยงที่ผู้ป่วยมี	1 ปัจจัยเสี่ยง	12(17.1)	2(13.3)	1(12.5)
	2 ปัจจัยเสี่ยง	26(37.1)	6(40.0)	2(25.0)
	3 ปัจจัยเสี่ยง	22(31.4)	2(13.3)	5(62.5)
มากกว่า 3 ปัจจัยเสี่ยง		10(14.3)	5(55.3)	0(0.0)

ข้อมูลของผู้ป่วย		ALT (จำนวน,ร้อยละ)		
		Grade 1,2 (70)	Grade 3 (15)	Grade 4 (8)
การตรวจ LFT ก่อนได้รับยาต้านวัณโรค	มีการตรวจ	47(67.1)	7(46.7)	5(62.5)
	ไม่มีการตรวจ	23(32.9)	8(53.3)	3(37.5)
ระยะเวลาที่เกิดภาวะดื้อยา หลังจากได้รับยาต้านวัณโรค	ภายใน 14 วัน	25(35.7)	9(60.0)	2(25.0)
	ภายใน 30 วัน	23(32.8)	4(26.7)	1(12.5)
	ภายใน 60 วัน	14(20.0)	1(6.7)	1(12.5)
	มากกว่า 60 วัน	8(11.4)	1(6.7)	4(50.0)
	สูตรยาต้านวัณโรคที่ใช้หลังเกิดภาวะดื้อยา			
คงเหลือยา 2 ตัวที่มีผลต่อดื้อ		34(48.6)	3(20.0)	0(0.0)
คงเหลือยา 1 ตัวที่มีผลต่อดื้อ		18(25.7)	5(33.3)	3(37.5)
ไม่เหลือ INH, RF และ PZA ในสูตร		18(25.7)	7(46.7)	5(62.5)
ค่า LFT หลังเปลี่ยนสูตรยาต้านวัณโรค	กลับมาเป็นปกติ	53(75.7)	11(73.3)	6(75.0)
	ภายใน 14 วัน	7(10.0)	2(13.3)	0(0.0)
	ภายใน 30 วัน	9(12.9)	2(13.3)	1(12.5)
	ภายใน 60 วัน	20(28.5)	3(20.0)	2(25.0)
	ภายใน 90 วัน	8(11.4)	2(13.3)	0(0.0)
	ภายใน 120 วัน	5(7.1)	1(6.7)	2(25.0)
	มากกว่า 120 วัน	4(5.7)	1(6.7)	1(12.5)
	ไม่กลับมาเป็นปกติ	12(17.1)	2(13.3)	2(25.0)
	ไม่มีข้อมูล	5(7.1)	2(13.3)	0(0.0)
	การ rechallenge ยาต้านวัณโรค			
	มีการ rechallenge	28(40.0)	10(66.7)	5(62.5)
ผลการ rechallenge	rechallenge ยา 1 ตัว	19(27.1)	8(53.3)	2(25.0)
	rechallenge ยา 2 ตัว	7(10.0)	2(13.3)	2(25.0)
	rechallenge ยา 3 ตัว	2(2.9)	0(0.0)	1(12.5)
	ไม่เกิดภาวะดื้อยาซ้ำ	18(25.7)	7(46.7)	3(37.5)
	เกิดภาวะดื้อยาซ้ำ	8(11.4)	3(20.0)	2(25.0)
	ไม่ทราบผลการ rechallenge ยา	2(2.8)	0(0.0)	0(0.0)
	ไม่มีการ rechallenge ยา	42(60.0)	5(33.3)	3(37.5)

ค่า Alanine aminotransferase(ALT) แบ่งความรุนแรงตาม DAIDS AE Grading Table โดย ค่า ALT grade 1, 2, 3 และ 4 คือค่า ALT ที่ 1.25-2.5 เท่า , 2.6-5.0 เท่า, 5.1-10 เท่า และ มากกว่า 10 เท่าของค่าปกติด้านบน ตามลำดับ ซึ่งงานวิจัยนี้จะรวม grade 1 และ 2 ไว้ด้วยกัน

วิจารณ์

การศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงศึกษาย้อนหลัง (Retrospective Study) เพื่อสำรวจสูตรยาต้านวัณโรคที่ใช้ในผู้ป่วยวัณโรคหลังจากเกิดภาวะดื้อยา เก็บตัวอย่างจากผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการขึ้นทะเบียนในสถาบันบำราศนราดูรระหว่างปีพ.ศ. 2548-

2552 และได้จำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่เกิดภาวะตับอักเสบ หลังจากได้รับยาต้านวัณโรคจำนวน 176 ราย ซึ่งอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

จากข้อมูลวิจัยพบว่าผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่จะได้รับยาต้านวัณโรคที่ประกอบไปด้วยยา 4 ตัวได้แก่ Isoniazid(INH), Rifampicin(RF), Ethambutol(EMB) และ Pyrazinamide(PZA) ซึ่งจากข้อมูลพบว่า INH, RF

และ PZA ต่างก็สามารถทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะตับอักเสบได้ และอุบัติการณ์การเกิดภาวะตับอักเสบจะสูงขึ้นเมื่อนำยามาใช้ร่วมกัน ซึ่งอาจเป็นผลมาจาก RF เป็น powerful cytochrome P-450 inducer ส่งผลให้การ metabolite ของ INH มากขึ้น ซึ่งการ metabolite product ของ INH นั้นจัดเป็น toxic metabolite ที่มีพิษต่อดับ ดังข้อมูล⁽¹⁴⁾

ยาต้านวัณโรค	ภาวะตับอักเสบ
INH	ร้อยละ 0.5-3
RF	ร้อยละ 1.1-1.4
INH+RF	ร้อยละ 2.7
PZA	ร้อยละ 1.25 (20-30 mg/kg/day)

American Thoracic Society (ATS) และ British Thoracic Society (BTS) ได้แนะนำว่าผู้ป่วยวัณโรค ควรได้รับการตรวจค่าการทำงานของตับ (LFT) ก่อนเริ่มยาต้านวัณโรค โดย ATS แนะนำให้ตรวจเฉพาะในผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดภาวะตับอักเสบ ในขณะที่ BTS จะแนะนำให้ตรวจผู้ป่วยทุกราย^(11,12) แต่จากข้อมูลวิจัยพบว่ายังมีผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดภาวะตับอักเสบ ไม่ได้รับการตรวจ LFT ก่อนเริ่มยา ซึ่งในความเห็นของผู้วิจัยคิดว่า ถ้าผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการตรวจ LFT ก่อนเริ่มยา เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการสังเกตภาวะตับอักเสบของผู้ป่วยหลังจากได้รับยาต้านวัณโรค ความรุนแรงของการเกิดภาวะตับอักเสบอาจลดลงได้ เพราะในกรณีที่แพทย์พบว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติของ LFT แพทย์จะได้เลือกใช้สูตรยาที่ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะตับอักเสบ หรือเฝ้าติดตามอาการตับอักเสบของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ก่อนที่ผู้ป่วยจะเกิดภาวะตับอักเสบที่รุนแรง

ในผู้ป่วยวัณโรคที่เกิดภาวะตับอักเสบนั้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะตับอักเสบมากกว่า 1 ปัจจัย ซึ่งจากผลการวิจัยจะพบว่าภาวะติดเชื้อเอชไอวี และการมีภาวะทุพโภชนาการที่รุนแรงจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะตับอักเสบมากขึ้น ซึ่งลักษณะของภาวะทุพโภชนาการนั้นเภสัชกรสามารถ

สังเกตได้จากสภาพร่างกายและน้ำหนักตัวของผู้ป่วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความเห็นว่าเมื่อเภสัชกรจะส่งมอบยาต้านวัณโรค เภสัชกรควรให้คำแนะนำเกี่ยวกับการสังเกตอาการภาวะตับอักเสบ และการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการให้แก่ผู้ป่วยในกลุ่มนี้มากขึ้นเป็นพิเศษ เพื่อให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ ก่อนที่จะเกิดภาวะตับอักเสบที่รุนแรง

เมื่อผู้ป่วยได้รับยาต้านวัณโรคจากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยสามารถเกิดภาวะตับอักเสบได้ทุกช่วงเวลา ตั้งแต่ภายใน 2 สัปดาห์แรกถึง 2 เดือน ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยควรจะซักถาม สังเกตอาการที่บ่งบอกถึงภาวะตับอักเสบ เช่น ภาวะคลื่นไส้ อาเจียน ตาเหลือง เป็นต้น ตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับยาต้านวัณโรคในระยะเข้มข้น คือระยะเวลาที่เข้ายารักษาทั้ง 4 ตัวได้แก่ INH, RF, EMB และ PZA และทำการตรวจค่า LFT ของผู้ป่วยเมื่อสงสัยว่าเกิดภาวะตับอักเสบ ก่อนที่ผู้ป่วยจะเกิดอาการที่รุนแรง เพราะจากผลการวิจัยพบว่า เมื่อเวลาผ่านไปความรุนแรงของภาวะตับอักเสบจะเพิ่มขึ้น ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการปรับเปลี่ยนยาต้านวัณโรค ซึ่งค่า LFT ของผู้ป่วยที่เกิดภาวะตับอักเสบนั้นเป็นได้ทั้งแบบที่มีค่า bilirubin สูง แต่ ALT ปกติ ซึ่งเรียกว่า cholestatic jaundice หรือค่า ALT สูง โดย bilirubin จะผิดปกติหรือไม่ก็ได้

ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่า ค่า total bilirubin (TB) ของผู้ป่วย จะเพิ่มขึ้นประมาณ 5 เท่าของค่าปกติ และค่า ALT จะเพิ่มขึ้นประมาณ 3 เท่าของค่าปกติ ผู้ป่วยจึงจะแสดงอาการทางคลินิกที่บ่งบอกถึงภาวะตับอักเสบ อย่างไรก็ตาม เมื่อผู้ป่วยได้รับการปรับเปลี่ยนยาต้านวัณโรคค่า LFT สามารถกลับมาเป็นปกติได้ในทุกความรุนแรงของภาวะตับอักเสบ แต่ระยะเวลาอาจแตกต่างกันไป

ในการปรับเปลี่ยนสูตรยาต้านวัณโรคของผู้ป่วยนั้น ขึ้นกับความรุนแรงของการเกิดภาวะตับอักเสบ โดยในผู้ป่วยที่มีค่า ALT grade 1,2 ผู้ป่วยสามารถใช้ยา INH, PZA ต่อได้ หยุดแค่ยา RF แต่ในผู้ป่วยที่ ALT grade 3 และ grade 4 ผู้ป่วยต้องหยุดทั้ง INH, RF และ PZA แล้วเปลี่ยนมาใช้สูตร EMB+Streptomycin+ยาในกลุ่ม Fluoroquinolone จากนั้นจึงค่อย rechallenge ยาเข้าไปใหม่เมื่อ LFT กลับมาเป็นปกติ เช่นเดียวกับคำแนะนำของ WHO, ATS และ BTS ในเรื่องการจัดการกับผู้ป่วยที่เกิดภาวะตับอักเสบ ที่แนะนำให้หยุดยาต้านวัณโรคทุกตัวยกเว้น EMB และให้ยา Aminoglycoside และ Fluoroquinolone รอให้อาการผู้ป่วยและค่า LFT ดีขึ้นจึงจะ rechallenge INH และ RF ได้ โดยขั้นตอนการ rechallenge จะแตกต่างกันไปในแต่ละสถาบัน^(12,13,15) ซึ่งจากผลการวิจัย พบว่าผู้ป่วยจะได้รับการ rechallenge ยา INH, RF และส่วนใหญ่จะไม่เกิดภาวะตับอักเสบซ้ำ แต่ถ้าเกิดซ้ำจะพบว่า RF เป็นยาที่ทำให้เกิดภาวะตับอักเสบซ้ำมากที่สุด โดยผู้ป่วยที่มีค่า ALT อยู่ใน grade 4 จะเกิดภาวะตับอักเสบซ้ำได้ค่อนข้างสูง ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความเห็นว่า ในผู้ป่วยที่มีภาวะตับอักเสบที่รุนแรงอาจเปลี่ยนไปใช้สูตรยาที่ไม่มี RF คือ INH+EMB+Streptomycin 2 เดือน และตามด้วย INH+EMB 10 เดือน คำแนะนำของ WHO⁽¹⁵⁾ หรือขยาย INH+EMB เป็น 16 เดือนในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วยตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (expert opinion)

ในผู้ป่วยที่มีค่า total bilirubin สูงแต่ ALT ปกติไม่ว่าค่า total bilirubin จะอยู่ใน grade 1,2 grade

3 หรือ grade 4 ส่วนใหญ่จะหยุดแต่ RF LFT ก็สามารถกลับมาเป็นปกติ เนื่องจาก RF จะรบกวนการขับออกของ bilirubin ทำให้เกิดภาวะ bilirubin ในเลือดสูง (hyperbilirubinaemia)⁽¹⁴⁾ อย่างไรก็ตาม นอกจากจะหยุด RF แล้วผู้ป่วยบางรายต้องหยุด PZA ร่วมด้วย ถ้ามีภาวะ total bilirubin ใน grade 3 และ grade 4 โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไม่ได้มีการ rechallenge ยา ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นว่าในผู้ป่วยที่มีค่า total bilirubin ไม่สูงมากและ ALT ปกติ อาจจะพิจารณาหยุดยา RF เพียงตัวเดียวก่อน แล้วดูว่า LFT สามารถกลับมาเป็นปกติได้หรือไม่ ถ้า LFT ยังไม่ดีขึ้น ก็ให้พิจารณาหยุด PZA หรือหยุด ทั้ง PZA และ INH ร่วมกับหยุด RF

เมื่อพิจารณาผลการรักษาของผู้ป่วยพบว่า ร้อยละ 43.2 ของผู้ป่วยรักษาสำเร็จ อย่างไรก็ตามก็มีผู้ป่วยที่ขาดการรักษา หรือทางสถาบันบำราศฯส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาต่อที่อื่น เนื่องจากสูตรยาต้านวัณโรคที่ใช้ในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะตับอักเสบนั้น เป็นสูตรยาที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาที่นานขึ้น ซึ่งตามคำแนะนำของ WHO ได้กล่าวไว้ดังนี้⁽¹⁵⁾

ในกรณีที่ใช้ PZA ไม่ได้ ให้ใช้ INH+RF+EMB 2 เดือน และตามด้วย INH+RF 7 เดือน

ในกรณีที่ใช้ RF ไม่ได้ ให้ใช้ INH+EMB+Streptomycin 2 เดือน และตามด้วย INH+EMB 10 เดือน

ในกรณีที่ใช้ INH ไม่ได้ ให้ใช้ RF+EMB+PZA 6-9 เดือน

ในกรณีที่ใช้ INH และ RF ไม่ได้ ให้ใช้ EMB+Aminoglycoside+Fluoroquinolone 18-24 เดือน

ด้วยระยะเวลาการรักษาที่นานขึ้น อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเบื่อ ขาดความร่วมมือในการรักษา รวมทั้งปฏิเสธการรับประทานยา ดังนั้นเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยขาดการรักษา เกสัชกรควรต้องสร้างความเข้าใจกับผู้ป่วยถึงสาเหตุของระยะเวลาการรักษาที่นานขึ้น และเน้นย้ำถึงความสำคัญของการรับประทานยา รวมถึงผลเสียของการขาดการรักษา ซึ่งเกสัชกร

อาจต้องอาศัยความร่วมมือจากสหวิชาชีพอื่น การดูแลผู้ป่วยวัณโรคเพื่อแก้ปัญหาด้านอื่นๆ ของผู้ป่วยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เช่น ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการเงิน หรือปัญหาด้านสภาพจิตใจ หรือปัญหาทางสังคมของผู้ป่วย เป็นต้น

จากผลการวิจัยพบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยที่เสียชีวิตจะเป็นกลุ่มที่ค่า total bilirubin อยู่ใน grade 3 และ grade 4 รวมทั้ง LFT ไม่สามารถกลับมาเป็นปกติ และส่วนใหญ่จะเกิดภาวะตับอักเสบซ้ำเมื่อมีการ rechallenge ยา ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความเห็นว่า ผู้ป่วยที่ค่า total bilirubin สูงมาก ๆ หรือมีค่า ALT ในระดับที่รุนแรง ที่หยุดทั้ง INH, RF และ PZA แล้ว LFT ยังไม่ลดลงอาจจะต้องให้ใช้สูตรยา EMB+Aminoglycoside+ Fluoroquinolone 18-24 เดือน ตามคำแนะนำของ WHO หรือรอจน LFT กลับมาเป็นปกติแน่นอน แล้วจึงค่อยทำการ rechallenge ยา อย่างไรก็ตามจากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่ค่า total bilirubin ผิดปกติ การ rechallenge RF จะทำให้เกิดภาวะตับอักเสบซ้ำได้ค่อนข้างมาก ดังนั้นในผู้ป่วยที่สามารถใช้ INH และ PZA ได้ อาจพิจารณาให้ใช้สูตรตามคำแนะนำของ ATS คือ INH+EMB+ Fluoroquinolone 12-18 เดือน โดยใน 2 เดือนแรกต้องมี PZA ร่วมด้วย หรืออาจเพิ่มยากกลุ่ม Aminoglycoside ใน 2-3 เดือนแรก ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการวัณโรคที่รุนแรง ⁽¹¹⁾

เมื่อพิจารณาจากสูตรยาที่ใช้ตามคำแนะนำของ WHO หรือ ATS พบว่าระยะเวลาที่ใช้รักษาวัณโรคนั้น จะต้องใช้อย่างน้อย 9 เดือน แต่จากผลการวิจัยพบว่า มีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาน้อยกว่าระยะเวลาที่กำหนด เช่น มีผู้ป่วย 7 รายที่ใช้สูตรไม่มี PZA แต่มี RF ได้รับยาน้อยกว่า 9 เดือน หรือมีผู้ป่วย 10 รายที่ใช้สูตรที่ไม่มีทั้ง RF และ PZA ได้รับยาน้อยกว่า 12 เดือน ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นว่า นอกจากจะพิจารณาเรื่องสูตรยาที่ต้องปรับเปลี่ยนหลังจากเกิดภาวะตับอักเสบแล้ว บุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสำคัญถึงระยะเวลาในการรักษาด้วย เพื่อป้องกันไม่ให้อาการผู้ป่วยกลับมาเป็นวัณโรคซ้ำ เพราะถึงแม้ว่าจะยังไม่พบการกลับมาเป็นวัณโรคซ้ำในผู้ป่วยกลุ่มนี้ แต่ก็ยังไม่สามารถบอกได้ว่า

ผู้ป่วยกลุ่มนี้ จะมีการกลับมาเป็นวัณโรคซ้ำหรือไม่ เนื่องจากการกลับเป็นวัณโรคซ้ำนั้นต้องใช้เวลาในการติดตามผู้ป่วย ซึ่งระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูลไม่เพียงพอที่จะสามารถสรุปได้

ข้อเสนอแนะ

เมื่อพิจารณาจากผลการวิจัย จะพบผู้ป่วยวัณโรคที่มีภาวะติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย กลับเป็นวัณโรคซ้ำ 4 ราย โดยผู้ป่วย 2 ราย ใช้สูตร IEZ 8 เดือน และไม่ได้รับการ rechallenge RF ส่วนอีก 2 ราย ใช้สูตร EMB+Ofloxacin+Streptomycin ต่อจากนั้นจึง rechallenge INH แล้วใช้ INH+EMB+Ofloxacin ต่ออีก 10 เดือน ดังนั้นในการทบทวนครั้งต่อไป ผู้วิจัยเห็นว่า ควรทำการติดตามผู้ป่วยที่ได้รับการเปลี่ยนสูตรยาด้านวัณโรคหลังเกิดภาวะตับอักเสบ ว่าในระยะเวลา 2 ปีหลังจากรักษาหาย ผู้ป่วยมีอัตราการเกิดวัณโรคซ้ำเป็นอย่างไร แตกต่างหรือไม่ในผู้ป่วยที่ใช้สูตรยาที่ต่างกัน หรือระยะเวลาการรักษาที่ต่างกัน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาน้อยกว่าระยะเวลาที่ WHO หรือ ATS กำหนดไว้

ในปัจจุบันมีคำแนะนำในการจัดการภาวะตับอักเสบ และการบริหารยาด้านวัณโรคจากที่ต่างๆ ซึ่งอาจมีความแตกต่างกันเล็กน้อย แต่โดยหลักการแล้วจะเหมือนกันคือ แนะนำให้หยุดยาด้านวัณโรคทุกตัวยกเว้น EMB และให้ยา Aminoglycoside และ Fluoroquinolone รอให้อาการผู้ป่วยและค่า LFT ดีขึ้นจึงจะ rechallenge INH และ RF ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความเห็นว่า ทางสถาบันบำราศนราดูรควรจัดให้มีการจัดทำแนวทางการจัดการกับผู้ป่วยเมื่อเกิดภาวะตับอักเสบและประชาสัมพันธ์ให้แพทย์ยึดแนวทางนี้ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยวัณโรคเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผอ.นาฏพญ. สงวนวงศ์ ที่ปรึกษาโครงการวิจัย ที่กรุณาให้คำชี้แนะ แก่ไขข้อบกพร่องต่างๆ รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะ ที่เป็นประโยชน์ต่อ

ผู้วิจัยด้วยความเอาใจใส่ยิ่ง และขอขอบพระคุณ นพ.บุญชัย โควาศัยบุรณะ นพ.กฤตเดช สิริภัสสร และ นพ. วีรวัฒน์ มโนสุทธิ ที่กรุณาให้คำแนะนำ แก้ไข และตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้จนทำให้งานวิจัยครั้งนี้ สมบูรณ์และมีคุณค่า

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global Tuberculosis Control a short update to the 2009. Geneva; 2009.
2. สุพาณี สุพงศ์พัฒนกิจ. ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาในผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่มารับการตรวจรักษาที่ศูนย์วัณโรคเขต 10 เชียงใหม่. การค้นคว้าแบบอิสระ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2543.
3. กรณิการ์ วิสุทธิวรรณ, สมชัย จิโรจน์วัฒน์ และ ชูชัย ตูลาภรณ์. ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยารักษาวัณโรค ในผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาที่ศูนย์วัณโรคเขต 3 ชลบุรี. วารสารวัณโรคและโรคทรวงอก. 2538; 16(4) : 263-67.
4. พรหมณี หัสภาค, สนจิตร์ พงษ์พานิช, กันยา มณีสุวรรณ และพานิช ทรัพย์ทวี. บทบาทของนักวิชาการสุศึกษา กับการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยารักษาวัณโรค. วารสารวัณโรคและโรคทรวงอก. 2536; 14(3) : 175-85.
5. Thompson NP, Caplin ME, Hamilton MI, Gillespie SH, Clarke SW, Burroughs AK, et al. Anti-tuberculosis medication and the liver : dangers and recommendations in management. Eur Respir J. 1995; 8:1384-88.
6. ศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (ไม่ปรากฏวัน วันที่ เดือน ปีที่เผยแพร่). สรุปรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่ได้รับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551. สืบค้นเมื่อ 20 เมษายน 2553, จาก www.fda.moph.go.th.
7. ดวงพร ทองงาม, พิลิฐู ตั้งกิจวานิชย์, จตุรงค์ อมรรัตน์โกศล, พินิจ กุลละวณิชย์ และ สัจพันธ์ อิศรเสนา. พืชต่อต้านจากยาต้านวัณโรค. จุฬารายการศาสตร์. 2544; 14(1) : 40-46.
8. Marzuki OA, Fauzi AR, Ayoub S and Kamarul Imran M. Prevalence and risk factors of anti-tuberculosis drug-induced hepatitis in Malaysia. Singapore Med J. 2008; 49(9) : 688-93.
9. วิศิษฐ์ อุดมพาณิชย์, ดาวรุ่ง ศิลาจำรูญ, สมเกียรติ วงษ์ทิม และ ฉันทชัย สิทธิพันธ์. ผลข้างเคียงจากยารักษาวัณโรคโดยสูตรมาตรฐานระยะสั้น. วารสารวัณโรค โรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต. 2547; 25(1) : 29-33.
10. อุไร พุ่มพฤษ และ รัตนา ชัยสุขสุวรรณ. อาการแทรกซ้อนที่เกิดจากยาเม็ดแยกขนานรวม 4 ชนิด ที่ใช้ใน 2 เดือนแรกของการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้น 6 เดือน. วารสารวัณโรคและโรคทรวงอก. 2539; 17(2) : 103-16.
11. American Thoracic Society, CDC and Infectious Diseases Society of America. Treatment of Tuberculosis. MMWR. 2003; Jun 20; vol. 52.
12. Tuberculosis Committee of the British Thoracic Society. BTS Guidelines, Chemotherapy and management of tuberculosis in the United Kingdom : recommendations 1998. Thorax. 1998; 53;536-48.
13. Sharma SK, Singla R, Sarda P, Mohan A, Makharia G, Jayaswal A, et al. Safety of 3 different reintroduction regimens of antituberculosis drugs after development of antituberculosis treatment-induced hepatotoxicity. Clin Infect Dis. 2010; 50(6) : 833-39.
14. นิธิพัฒน์ เจียรกุล และ สุพจน์ พงศ์ประสพชัย. ภาวะแทรกซ้อนต่อตับจากยาต้านวัณโรค. วารสารวัณโรคและโรคทรวงอก. 2540; 17(1) : 47-52.
15. World Health Organization. Treatment of Tuberculosis guidelines; Fourth edition. Geneva; 2010.

การศึกษาการติดเชื้อวัณโรคบริเวณกระดูกที่สถาบันบำราศนราดูร

Tuberculosis of Bone at Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute

ชยนันท์ สิทธิบุศย์ พ.บ.

Chayanant Sittibusaya M.D.

จิรพงษ์ ฝ้ายพรรณ พ.บ.

Jirapong Leeyaphan M.D.

ยุทธศักดิ์ พีรกุล พ.บ.

Yuthasak Peerakul M.D.

สถาบันบำราศนราดูร

Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute

บทคัดย่อ

การศึกษาย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยวัณโรคกระดูกที่สถาบันบำราศนราดูร ตั้งแต่ ตุลาคม 2549 ถึง กันยายน 2554 พบผู้ป่วยวัณโรคปอด 2,112 ราย ผู้ป่วยวัณโรคนอกปอด 766 ราย และวัณโรคกระดูก 11 ราย ร้อยละ 1.4 ของผู้ป่วยวัณโรคปอด อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยวัณโรคกระดูก 51 ปี ปัจจัยเสี่ยงที่พบคืออายุมาก (>60 ปี) 4 ราย ร้อยละ 36.4 เบาหวาน 2 ราย ร้อยละ 18.2 และติดเชื้อ HIV 4 ราย ร้อยละ 36.4 อาการที่พบบ่อยที่สุดคือปวดหลัง ร้อยละ 90.9 ขาอ่อนแรง ซากา พบ 3 ราย และไม่พบ Constitution symptom ระยะเวลาเฉลี่ยของอาการ 4.2 เดือน ตำแหน่งที่พบมากที่สุดคือ กระดูกสันหลังส่วนเอว ร้อยละ 90.9 ผลการตรวจเอ็กซเรย์ด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าทั้งหมดเข้าได้กับการติดเชื้อวัณโรคกระดูก มีผู้ป่วย 5 ราย ร้อยละ 45.5 ที่พบมีลักษณะของฝีอยู่ด้านข้างของกระดูกสันหลังที่ติดเชื้อ มีผู้ป่วย 4 ราย ร้อยละ 36.4 ที่ได้รับการตัดชิ้นเนื้อที่กระดูกมาส่งตรวจ ผลการรักษาผู้ป่วย 8 ใน 11 ราย รักษาหายขาด ร้อยละ 72.7 การศึกษานี้จัดทำขึ้นเพื่อให้แพทย์ได้ตระหนักถึงวัณโรคกระดูก สามารถให้การวินิจฉัยและการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพและรวดเร็วเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่อาจเกิดขึ้น

Abstract

Retrospective chart review of tuberculosis of bone was done at Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute from October 2006 to September 2011. There were 2,112 cases of Pulmonary TB, 766 cases of Extra-pulmonary TB and 11 cases of TB bone (1.4% of Extra-pulmonary TB). The mean age of TB bone patients was 51 years. The risk factors were aging > 60 years 4 cases (36.4%), Diabetes Mellitus, 2 cases (18.2%), the history of previous TB 2 cases (18.2%) and HIV co-infection 4 cases (36.4%). The most frequent symptom was back pain (90.9%), paraplegia was found in 3 cases and no constitutional symptom was found in all cases, The mean durations of illness was 4.2 months, the most frequent anatomical location was lumbar (90.0%). Magnetic resonance imaging represented tuberculosis of bone in all case. Abscess formation at adjacent tissue was found in 5 cases (45.5%). Guided-needle biopsy from the affected site was done in 4 cases (36.4%). Results of treatment cure rate was 8 cases in 11 cases (72.7%). The purpose of this study was to remind clinicians to be aware of tuberculosis of bone in patients presenting with back pain in particular in those with risk factors for early diagnosis and early treatment to prevent consequent serious complication

ประเด็นสำคัญ

การติดเชื้อวัณโรคบริเวณกระดูก

สถาบันบำราศนราดูร

Keywords

Tuberculosis Of Bone

Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute

บทนำ

วัณโรคเป็นโรคซึ่งเกิดจากการติดเชื้อวัณโรค (*Mycobacterium tuberculosis*) วัณโรคสามารถเกิดได้กับอวัยวะทุกส่วนในร่างกายของผู้ป่วย ตั้งแต่ผิวหนัง ภายนอกจนถึงในระบบกระดูกและข้อ วัณโรคที่พบบ่อยที่สุดคือวัณโรคปอด (Pulmonary tuberculosis) ซึ่งเกิดจากการหายใจเอาละอองขนาดเล็กที่มีเชื้อวัณโรคเข้าไปสู่ทางเดินหายใจ และก่อให้เกิดการติดเชื้อและรอยโรคในถุงลมได้ ส่วนวัณโรคนอกปอด (Extrapulmonary tuberculosis) เป็นวัณโรคที่เกิดกับอวัยวะอื่นนอกจากปอดหรือร่วมกับวัณโรคปอด เช่น วัณโรคต่อมน้ำเหลือง วัณโรคเยื่อหุ้มสมอง หรือวัณโรคกระดูกและข้อ เป็นต้น ส่วนใหญ่วัณโรคนอกปอด เกิดจากการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคหลังการติดเชื้อปฐมภูมิและเชื้อวัณโรค ยังอยู่ในอวัยวะต่างๆ และก่อให้เกิดรอยโรคที่อวัยวะนั้น วัณโรคกระดูก และข้อเป็นการติดเชื้อวัณโรคนอกปอดที่พบบ่อย การติดเชื้อมีผลต่อระบบกระดูก และข้อได้หลายลักษณะ เช่น การอักเสบของกระดูกสันหลัง ข้อ โพรงกระดูก ถุงน้ำ หรือเอ็น วัณโรคกระดูกเป็นวัณโรคที่พบบ่อยที่สุดของการติดเชื้อวัณโรคที่ระบบกระดูกและข้อ

ในปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่องเพิ่มมากขึ้น เช่น ผู้ป่วยโรคเอดส์ ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ส่งผลให้การระบาดของวัณโรคเพิ่มมากขึ้น การระบาดเป็นไปได้อย่างรวดเร็ว จนกลายเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของประเทศไทย รวมถึงปัญหาการวินิจฉัยล่าช้า ปัญหาการดื้อยาต้านวัณโรค ซึ่งปัญหาเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อผลการดูแลผู้ป่วยทั้งสิ้น

แม้ว่าวัณโรคกระดูกจะพบบ่อย แต่เนื่องจากการวินิจฉัยทำได้ยาก และหากให้การวินิจฉัยล่าช้า อาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ รวมถึงการรักษาต้องใช้ยาต้านวัณโรคหลายชนิดและผู้ป่วยต้องได้รับประทานยาต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน การศึกษานี้จึงจัดทำขึ้นเพื่อศึกษาความชุก ลักษณะทางคลินิก การส่งตรวจเพิ่มเติม และการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคกระดูก เพื่อเป็นประโยชน์ให้แพทย์ได้ตระหนักถึง

โรคนี้ สามารถให้การวินิจฉัยและการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพและรวดเร็วแก่ผู้ป่วยวัณโรคกระดูก เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

วัสดุและวิธีการศึกษา

เป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลัง จากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นวัณโรคกระดูกโดยการสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลของสถาบันฯ ตามการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis-related group) ที่มีรหัสโรค (ICD-10) เป็นรหัส A18.0 คู่กับรหัส M49.0, M90.0 และ M01.1 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้า (inclusion criteria) คือ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการ วินิจฉัยว่าติดเชื้อวัณโรคที่กระดูก ซึ่งหมายถึง การติดเชื้อวัณโรคที่เนื้อกระดูก (tuberculous bone) มารับการตรวจรักษาที่สถาบันบำราศนราดูร ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2549-30 กันยายน 2554 มีอายุมากกว่า 18 ปี และมีเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย ว่าติดเชื้อวัณโรคที่กระดูกจากโรงพยาบาลอื่นมาก่อน แล้วมาขอรับยาต่อเนื่องที่สถาบันบำราศนราดูร และได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อวัณโรคในข้อ (tuberculous arthritis) การติดเชื้อวัณโรคที่ไขกระดูก (tuberculous bone marrow) รวมถึงการติดเชื้อวัณโรคที่เส้นเอ็น (tuberculous tenosynovitis) มีกระบวนการเก็บข้อมูล (data collection process) โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลที่ไมระบุชื่อ-นามสกุล Hospital Number (HN) หรือ identification รูปแบบอื่นใดที่จะสามารถระบุผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครได้เป็นรายบุคคล แต่กำหนดลำดับหมายเลขให้ใช้เป็นรหัสแทน จะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ อาชีพ ปัจจัยเสี่ยง อาการแสดง ระยะเวลา ผล HIV CD4 level viral load การส่งตรวจเพิ่มเติม การรักษาและการติดตาม การรักษา การวัดผล/การวิเคราะห์ผลการวิจัย (outcome measurement/data analysis) ใช้สถิติเชิงบรรยายหรือสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) มัธยฐาน (Median) พิสัย (Range) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

ผลการศึกษา

2,112 คน และวัณโรคนอกปอด จำนวน 766 คน
ในช่วงปีงบประมาณ 2550-2554 (1 ตุลาคม 2549 - 30 กันยายน 2554) สถาบันบำราศนราดูร
พบมีผู้ป่วยที่ติดเชื้อวัณโรคที่กระดูก 11 ราย คิดเป็น
ร้อยละ 1.4 ของผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดและคิดเป็น
มีผู้ป่วยมารับการรักษาด้วยโรควัณโรคปอด จำนวน ร้อยละ 0.4 ของผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมด

ตารางที่ 1 ลักษณะทางคลินิก การส่งตรวจ การรักษาและผลการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคกระดูก

ลำดับ	เพศ	อายุ (ปี)	ปัจจัยเสี่ยง	อาการแสดง	การส่งตรวจ	วินิจฉัย	การรักษา	ผลการรักษา
1.	ช.	24	-	ปวดหลัง 1 สัปดาห์	MRI	TB spine L3-S1	IRZE 2 เดือน IR 10 เดือน	หายขาด
2.	ช.	77	-	ปวดหลัง 1 ปี	MRI	TB spine T12-L1	IRZE 2 เดือน IR 10 เดือน	หายขาด
3.	ญ.	41	AIDS CD4=85, VL<40	ปวดหลัง 3 เดือน	MRI, Biopsy	TB spine L2-L3	IEZO 12 เดือน EFV+Combivir	หายขาด
4.	ช.	27	-	ปวดหลัง 1 ปี	MRI, Biopsy	TB spine L4-5	IRZE 2 เดือน IR 16 เดือน	หายขาด
5.	ญ.	83	DM	ปวดหลัง 1 เดือน	MRI	TB spine L4-L5	IRZE 2 เดือน	ขาดการรักษา
6.	ญ.	79	-	ปวดไหล่ขวา 2 สัปดาห์	MRI	TB right shoulder	IRZE 2 เดือน IR 10 เดือน	หายขาด
7.	ช.	33	AIDS CD4=272, L<40	ปวดหลัง 2 เดือน มีอาการอ่อนแรง และชาที่ขา ทั้ง 2 ข้าง	MRI, Biopsy	TB spine L5	IRZE 2 เดือน IR 10 เดือน IRZEOS 3 เดือน ผ่าตัด EtKEZC	MDRTB
8.	ญ.	77	DM, HT, Heart Disease	ปวดหลัง 1 เดือน	MRI	TB spine L1-L2	IRZE 2 เดือน IR 16 เดือน	หายขาด
9.	ช.	35	AIDS CD4=15, VL<40 มีประวัติเป็น TB Lymphnode	ปวดหลัง, อ่อนแรง ขาปลายเท้า 2 ข้าง 2 เดือน	MRI	TB spine L2-L4, Bilateral Psoas abscess	IEZO 2 เดือน	เสียชีวิต
10.	ญ.	50	AIDS CD4=30, VL<40 เป็น TB pleuritis มาก่อน	ปวดหลังมาก มีก้อนที่หลัง ชาที่ขา ทั้ง 2 ข้าง 2 สัปดาห์	MRI	TB spine L1-L2, Psoas abscess	IRZE 6 เดือน IR 2 เดือน	หายขาด
11.	ช.	33	-	ปวดหลัง 1 ปี	MRI, Biopsy	TB spine L1-L2	IRZE 2 เดือน IR 10 เดือน	หายขาด

ช = ชาย; ญ = หญิง; AIDS = acquired immunodeficiency syndrome; DM = diabetic mellitus; MRI = Magnetic resonance imaging; biopsy = spinal biopsy; TB = tuberculosis; I = isoniazid; R = rifampicin; Z = pyrazinamide; E = ethambutol; O = ofloxacin; S = streptomycin; Et = ethionamide; K = kanamycin; C = clarithromycin; หายขาด = ผู้ป่วยไม่มีอาการและผลการตรวจเอกซเรย์ด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าไม่พบการติดเชื้อที่กำลังดำเนินอยู่

ผู้ป่วยวัณโรคกระดูกทั้ง 11 ราย (ตารางที่ 1) เป็นเพศชาย 6 ราย ร้อยละ 54.6 เพศหญิง 5 ราย ร้อยละ 45.4 อายุเฉลี่ย 51 ปี ปัจจัยเสี่ยงในการเป็นวัณโรคกระดูกที่พบคือ เป็นผู้สูงอายุ (อายุมากกว่า 60 ปี) จำนวน 4 ราย ร้อยละ 36.4 ผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 2 ราย ร้อยละ 18.2 มีประวัติเป็นวัณโรคมาก่อน จำนวน 2 ราย ร้อยละ 18.2 และเป็นผู้ป่วยเอดส์ 4 ราย ร้อยละ 36.4 ซึ่งเป็นผู้ป่วยรายที่ 3 7 9 และ 10 มีระดับ CD4 เท่ากับ 85 272 15 และ 30 cell/ μ l ตามลำดับ ผู้ป่วยรายที่ 3 9 ได้รับยาต้านไวรัสคือ zidovudine, lamivudine และ efavirenz และผู้ป่วยรายที่ 7 10 ได้รับยา zidovudine lamivudine และ nevirapine ผู้ป่วยทั้งสี่รายมีระดับ viral load <40 copies/ml

อาการปวดหลังเป็นอาการที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์มากที่สุดคิดเป็น ร้อยละ 90.9 ของผู้ป่วยทั้งหมด ผู้ป่วยทั้งหมดไม่มีอาการไข้หรือน้ำหนักลด มีผู้ป่วยรายที่ 7 9 และ 10 พบอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงและขาที่ขาทั้งสองข้าง จากการถูกกดทับของไขสันหลัง ระยะเวลาของอาการแสดงเฉลี่ย 4.2 เดือน ผู้ป่วย 10 ใน 11 ราย ร้อยละ 90.9 ติดเชื้อวัณโรคที่กระดูกสันหลัง ระดับของกระดูกสันหลังที่มีการติดเชื้อบ่อยที่สุด คือ ส่วนเอว (lumbar) รองลงด้วย กระดูกก้นกบ (sacrum) และส่วนอก (thoracic) มีผู้ป่วยหนึ่งรายที่ติดเชื้อวัณโรคที่ไหล่ขวา ผู้ป่วยมาตรวจด้วยอาการบวม เจ็บที่ไหล่ขวา ไม่มีหนองไหลออกมา

ในผู้ป่วยทั้งหมดพบประวัติการเป็นวัณโรค 2 ราย คือ วัณโรคต่อมน้ำเหลือง 1 ราย และวัณโรคเยื่อหุ้มปอด 1 ราย ไม่พบประวัติการสัมผัสผู้ป่วยวัณโรคหรือประวัติอุบัติเหตุมาก่อนและการถ่ายภาพรังสีทรวงอกพบการติดเชื้อวัณโรคหรือร่องรอยจากการเคยติดเชื้อวัณโรค 2 ราย ผู้ป่วยทั้ง 11 รายไม่ได้รับการทำทดสอบสเก็ดผิวหนังวัณโรค

ผลการตรวจเอ็กซเรย์ด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าของผู้ป่วยทั้ง 11 รายเข้าได้กับการติดเชื้อวัณโรคกระดูก มีผู้ป่วย 5 ราย ร้อยละ 45.5 ที่พบมีลักษณะของฝีอยู่ด้านข้างของกระดูกสันหลังที่ติดเชื้อ มีผู้ป่วย 4 ใน 11

ราย ร้อยละ 36.4 ที่ได้รับการตัดชิ้นเนื้อที่กระดูกมาส่งตรวจ ผลเพาะเชื้อของผู้ป่วยรายที่ 3 4 และ 11 ไม่พบเชื้อวัณโรค ส่วนผลเพาะเชื้อของผู้ป่วยรายที่ 7 ได้ทำสองครั้ง ครั้งแรกพบเป็นเชื้อวัณโรค หลังให้การรักษาอาการของผู้ป่วยไม่ดีขึ้น จึงได้รับการตัดชิ้นเนื้อครั้งที่ 2 พบว่าเป็นเชื้อวัณโรคดื้อยา isoniazid rifampicin และ streptomycin

ผลการรักษาผู้ป่วย 8 ใน 11 ราย รักษาหายขาด ร้อยละ 72.7 มี 1 รายที่ขาดการรักษา มี 1 รายเสียชีวิตและอีก 1 รายมีปัญหาเป็นเชื้อวัณโรคดื้อยา ผู้ป่วย 4 ใน 11 ราย (ผู้ป่วยลำดับที่ 1 2 6 และ 11) ได้รับการรักษาด้วยยา isoniazid, rifampicin, pyrazinamide และ ethambutol นาน 2 เดือนและต่อยา isoniazid, rifampicin อีก 10 เดือนหลังได้ยาครบ ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดและผลการตรวจเอ็กซเรย์ด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าไม่พบการติดเชื้อที่กำลังดำเนินอยู่ในผู้ป่วยรายที่ 4, 8 หลังได้ยา isoniazid rifampicin pyrazinamide และ ethambutol 2 เดือนและต่อยา isoniazid rifampicin 10 เดือน ผู้ป่วยอาการดีขึ้นแต่ยังพบลักษณะของฝีที่เหลื่ออยู่จากการตรวจเอ็กซเรย์ด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าจึงพิจารณาให้ isoniazid, rifampicin อีก 6 เดือน หลังได้ยาทั้งหมด 18 เดือน ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดหลัง และไม่พบลักษณะของฝีจากการตรวจเอ็กซเรย์ด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า มีผู้ป่วยหนึ่งรายที่ขาดการรักษา และไม่มาตรวจตามนัดหลังได้ยา isoniazid rifampicin pyrazinamide และ ethambutol ไป 2 เดือน

ผู้ป่วยรายที่ 3 และ 9 ได้ยารักษาวัณโรคกระดูกสูตรไม่มี rifampicin ประกอบด้วย isoniazid pyrazinamide ethambutol และ ofloxacin รายที่ 3 ให้นาน 12 เดือน หลังให้การรักษาผู้ป่วยไม่มีอาการปวดหลังอีก และติดตามผลการตรวจเอ็กซเรย์ ด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าไม่พบการติดเชื้อที่กำลังดำเนินอยู่ รายที่ 9 รับประทานเพียง 2 เดือน ก็เสียชีวิต

ผู้ป่วยรายที่ 7 ได้รับการรักษาด้วยยา isoniazid rifampicin, pyrazinamide และ ethambutol นาน 2 เดือน และต่อยา isoniazid rifampicin อีก 10 เดือน

พบว่าอาการของผู้ป่วยแยลง มีอาการอ่อนแรงและขาของขาทั้งสองมากขึ้น จึงได้รับการเปลี่ยนยาเป็น isoniazid rifampicin pyrazinamide ethambutol ofloxacin และ streptomycin พร้อมกับการผ่าตัดลดการกดทับไขสันหลังและตัดชิ้นเนื้อส่งเพาะเชื้อ เมื่อผลการเพาะเชื้อกลับมาว่า เป็นเชื้อวัณโรคคอตีบ จึงพิจารณาเปลี่ยนยาเป็น ethionamide kanamycin, ethambutol pyrazinamide และ clarithromycin ติดตามผู้ป่วยหลังให้ยา 1 เดือน อาการอ่อนแรง และขาดีขึ้น

ผู้ป่วยรายที่ 10 ได้รับการรักษาด้วยยา isoniazid rifampicin pyrazinamed และ ethambutol นาน 6 เดือน และต่อยา isoniazid rifampicin อีก 2 เดือน เนื่องจากได้รับการวินิจฉัยเป็นวัณโรคเยื่อหุ้มปอดก่อนได้เริ่มให้ยาต่อมาอีก 2 เดือน จึงพบวัณโรคที่กระดูกไขสันหลังจึงให้ยา 4 ตัวจนครบ 6 เดือน และต่อ ด้วยยา isoniazid rifampicin อีก 2 เดือน หลังหยุดยาอาการปวดขาดีขึ้น เดินได้ดี

วิจารณ์

จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่า การติดเชื้อวัณโรคที่กระดูกพบได้ประมาณ ร้อยละ 10-35 ของผู้ป่วยติดเชื้อวัณโรคนอกปอดหรือประมาณ ร้อยละ 2 ของผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมด^[1-5] จากการศึกษาของประเทศไทย ที่ ร.พ. มหาราชนครราชสีมา ปี พ.ศ. 2551 พบ การติดเชื้อวัณโรคกระดูก ร้อยละ 25.1 ของผู้ป่วยวัณโรคนอกปอด หรือ ร้อยละ 11.7 ของผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมด^[6] จากการศึกษาพบผู้ป่วยติดเชื้อวัณโรคที่กระดูกเพียง 11 ราย คิดเป็น ร้อยละ 1.4 ของผู้ป่วยวัณโรคนอกปอด และคิดเป็น ร้อยละ 0.4 ของผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมด ซึ่งมีค่าน้อยกว่าการศึกษาอื่น เนื่องจากสถาบันบำราศนราดูรเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เฉพาะทางด้านโรคติดเชื้อที่อยู่ภายในเขตเมือง ซึ่งมีสถาบันทางการแพทย์ระดับตติยภูมิหลายแห่งที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ใกล้เคียงกัน จึงอาจมีผลทำให้การกระจายตัวของผู้ป่วยติดเชื้อวัณโรคกระดูกกระจายไปยังสถาบันการ

แพทย์ดังกล่าวเหล่านั้น ซึ่งจะแตกต่างจากโรงพยาบาลศูนย์มหาราชนครราชสีมา ที่เป็นศูนย์กลางในการรับส่งต่อผู้ป่วยในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

วัณโรคกระดูกสันหลังพบบ่อยที่สุดในวัณโรคของกระดูก มักเกิดจากการกระจายของเชื้อมาที่กระดูกภายหลังการติดเชื้อปฐมภูมิ เนื่องจากกระดูกสันหลังโดยเฉพาะส่วน body มีเลือดมาเลี้ยงมาก ทำให้เชื้อที่แพร่กระจายมาสะสมได้บ่อย^[7] จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 90.9 ของผู้ป่วยวัณโรคกระดูกพบเป็นวัณโรคกระดูกสันหลัง

ถ้าผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง เช่น ผู้ป่วยสูงอายุ การติดเชื้อเอชไอวี โรคตับ และโรคไต จะทำให้เชื้อโรคบริเวณกระดูกลามมากขึ้น จนก่อให้เกิดอาการ⁽⁷⁾ จากการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วย 8 ใน 11 ราย ร้อยละ 72.72 มีปัจจัยเสี่ยงที่ภูมิคุ้มกัน จะลดลง ประกอบด้วยผู้ป่วยสูงอายุ 4 ราย ร้อยละ 36.4 ผู้ป่วยเบาหวาน 2 ราย 18.2 มีประวัติเป็นวัณโรค 2 ราย ร้อยละ 18.2 และผู้ป่วยเอดส์ 4 ราย ร้อยละ 36.4 ดังนั้นถ้าผู้ป่วยมาด้วยอาการปวดกระดูก โดยเฉพาะอาการปวดหลังร่วมกับปัจจัยเสี่ยง แพทย์ที่ดูแลควรต้องตระหนักถึงโรควัณโรคกระดูกร่วมด้วยเสมอ

กระดูกสันหลังที่พบบ่อยคือ บริเวณ vertebral body ของกระดูกสันหลัง ส่วนอก ส่วนเอว และก้นกบ การติดเชื้อเริ่มที่ด้านหน้าข้างล่างของ body ทำให้เกิดการอักเสบและการตาย (caseous necrosis) และทำให้กระดูกไขสันหลังยุบตัวเป็นลิ้ม (wedge shape) ทางด้านหน้า ทำให้เกิดอาการหลังแข็งหรือหลังผิดรูป จากการศึกษาพบว่า ระดับของกระดูกสันหลังที่มีการติดเชื้อบ่อยที่สุด คือ ส่วนเอว รองลงด้วยกระดูกก้นกบและส่วนอก

อาการปวดหลังเป็นอาการสำคัญที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ อาการมักค่อยเป็นค่อยไป นานเป็นหลายสัปดาห์ก่อนมาพบแพทย์ อาการอื่นๆ เช่นไข้ น้ำหนักลดพบได้น้อยกว่า ร้อยละ 40 ของผู้ป่วย วัณโรคอาจกระจายเข้าบริเวณ intervertebral disc และอาจทำให้มีการเลื่อนของ disc ไปกดไขสันหลัง ทางด้านหลัง

ถ้าไขสันหลังถูกกดจะมีอาการอัมพาตแบบ paraplegia กลั้นอุจจาระปัสสาวะไม่ได้ ในผู้ป่วยบางรายจะมีการเกิดฝีบริเวณกระดูกสันหลัง ถ้าฝีอยู่นอกเยื่อหุ้มไขสันหลัง (epidural abscess) จะทำให้เกิดการกดไขสันหลัง ถ้าอยู่ที่ไขสันหลังอาจเกิดการลามมาตามกล้ามเนื้อ psoas และไหลลงมากดฝีที่บริเวณขาหนีบ ฝีอาจแตกเข้าช่องท้อง หรือลำไส้ได้⁸⁻⁹⁾ ที่สถาบันบำราศนราดูร ผู้ป่วยร้อยละ 90.9 มาด้วยอาการปวดหลัง ผู้ป่วยทั้งหมดไม่มีอาการไข้หรือ น้ำหนักลด และมีผู้ป่วย ร้อยละ 27.3 ที่พบอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงและขาทั้งข้างสอง ระยะเวลาของอาการแสดงเฉลี่ย 4.2 เดือน ดังนั้นถ้าแพทย์พบผู้ป่วยมาด้วยเรื่องปวดหลังเรื้อรัง โดยไม่จำเป็นต้องมีไข้หรือน้ำหนักลด แพทย์ควรส่งตรวจเพิ่มเติมเพื่อหาสาเหตุ และให้การวินิจฉัยแยกโรควัณโรคกระดูกร่วมด้วย

กระดูกส่วนอื่นๆ เช่น กระดูกซี่โครง กระดูกนิ้วกระดูกยาว (long bone) และกระดูก pelvic ก็สามารถติดเชื้อวัณโรคได้แต่พบน้อย อาจพบลักษณะเป็นฝีบวมแดงเล็กน้อย แต่ไม่ร้อน (cold abscess) การติดเชื้อจะเป็นไปอย่างช้าๆ อาจมีหนองไหลออกมาที่ผิวหนังได้ในบางราย ต้องวินิจฉัยแยกโรคกับการแพร่กระจายของมะเร็ง (metastatic malignancy)^[10] จากการศึกษาพบมีผู้ป่วยหนึ่งรายที่ติดเชื้อวัณโรคที่ไหล่ขวา ผู้ป่วยมาตรวจด้วยอาการบวม เจ็บที่ไหล่ขวา ไม่มีหนองไหลออกมา

การซักประวัติจะมีส่วนช่วยในการวินิจฉัย เช่น ประวัติสัมผัสวัณโรค ประวัติการเป็นวัณโรคมาก่อน เป็นต้น จากการศึกษาพบมีผู้ป่วย 2 รายที่มีประวัติดังกล่าว และถ้าผู้ป่วยไม่มีประวัติเกี่ยวกับวัณโรค จะไม่สามารถช่วยแยกโรควัณโรคกระดูกออกได้ การทำการทดสอบทางผิวหนัง (tuberculin skin test) จะได้ผลบวก ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยวัณโรคกระดูกและข้อที่มีภูมิคุ้มกันปกติ^[11] แต่การทดสอบอาจให้ผลลบลงได้ ถ้าผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันบกพร่อง และเนื่องจากประเทศไทยมีโรควัณโรคเป็นโรคประจำถิ่น (endemic area) รวมกับการฉีดวัคซีน BCG อย่างแพร่หลาย ทำให้การทดสอบอาจให้ผลลบลงได้ จากการศึกษาพบมีผู้ป่วยวัณโรค

กระดูกทั้ง 11 รายไม่ได้รับการทำทดสอบสะกิดผิวหนังวัณโรคเพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรค ดังนั้นการทำการทดสอบผิวหนังวัณโรคอาจมีประโยชน์ไม่มากในการช่วยวินิจฉัยโรควัณโรคกระดูก

วัณโรคกระดูก ไม่มีลักษณะภาพถ่ายทางรังสีที่จำเพาะ ในช่วงแรกของการติดเชื้ออาจพบการบวมของเนื้อเยื่อ กระดูกบางและการทำลายกระดูกโดยไม่ทำลายกระดูกอ่อนหรือช่องว่างระหว่าง disc ในระยะท้าย จะพบการยุบตัวของกระดูกและการเกาะของแคลเซียม ที่เนื้อเยื่อการทำลายของกระดูกไขสันหลัง อาจทำลายได้หลายระดับที่ติดต่อกัน การติดเชื้อมักพบที่ส่วนหน้าของ body โดยจะพบขอบของกระดูกที่ไม่คมชัด และถ้าการติดเชื้อลุกลามจะทำให้เกิดการยุบตัวลงด้านหน้าแบบลิ้ม ส่วนการติดเชื้อวัณโรคที่กระดูกอื่นอาจพบเป็นการทำลายกระดูกเป็นวงกลมหรือการหักของกระดูก การตรวจเอ็กซเรย์ด้วยคอมพิวเตอร์หรือด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้ามีส่วนช่วยอย่างมาก ในการวินิจฉัย และการดูขอบเขตการทำลายกระดูก หรือการกดทับไขสันหลัง^[12-15] ที่สถาบันบำราศนราดูร ผู้ป่วยทุกรายได้รับการตรวจเอ็กซเรย์ด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า ซึ่งมีส่วนอย่างมากในการช่วยวินิจฉัยโรควัณโรคกระดูก

ภาพถ่ายรังสีทรวงอกในผู้ป่วยวัณโรคมากกว่าร้อยละ 50 มักไม่พบวัณโรคปอดที่กำลังดำเนินโรคอยู่^[11 9 10] จากการศึกษาพบมีภาพถ่ายรังสีทรวงอกของผู้ป่วยทั้งหมดพบลักษณะของวัณโรคปอด ร้อยละ 18.2 ดังนั้นการถ่ายภาพรังสีทรวงอกแล้วพบว่าปกติอาจมีบทบาทไม่มากในการช่วยวินิจฉัยวัณโรคกระดูก แต่ถ้าภาพถ่ายมีลักษณะ ของวัณโรคหรือรอยโรคเก่าจากวัณโรคในผู้ป่วยที่มีอาการปวดกระดูก จะมีส่วนช่วยให้ถึงถึงวัณโรคกระดูกเพิ่มมากขึ้น

การตัดชิ้นเนื้อหรือการเจาะดูดชิ้นเนื้อ เพื่อว่าดูทางกล้องจุลทรรศน์และเพื่อนำมาเพาะเชื้อเป็นสิ่งสำคัญในการวินิจฉัยโรควัณโรคกระดูก การเจาะชิ้นเนื้อจากไขสันหลังจะพบมี granuloma การย้อมสีและเพาะเชื้อจะพบเชื้อเพียงครึ่งหนึ่งของผู้ป่วย^[16] ในรายงานนี้

มีผู้ป่วย ร้อยละ 36.4 ได้รับการตัดชิ้นเนื้อ และพบว่า ผลเพาะเชื้อพบเชื้อเพียง ร้อยละ 25 ส่วนผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการตัดชิ้นเนื้อ เนื่องจากตรวจเอ็กซเรย์ด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าเข้าได้กับวัณโรคกระดูก และผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษา นอกจากนั้น การผ่าตัด เพื่อเข้าไปตัดชิ้นเนื้อในผู้ป่วยบางรายทำได้ยาก หลังทำอาจมีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดที่รุนแรง เช่น การทำลายไขสันหลังที่สถาบันบาราศ ถ้าการตรวจเอ็กซเรย์ด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าเข้าได้กับวัณโรคกระดูก ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาแบบวัณโรคกระดูก แล้วติดตามอาการและการตรวจเอ็กซเรย์ การตัดชิ้นเนื้อจะพิจารณาทำเมื่อการตรวจเอ็กซเรย์ด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า ไม่ชัดเจน หรือผู้ป่วยตอบสนองไม่ดีต่อการรักษา

การรักษาวัณโรคกระดูกแนะนำให้ใช้ยาชนิดเดียวกับการรักษาวัณโรคปอดคือยา isoniazid rifampicin pyrazinamide และ ethambutol แต่ต้องให้ระยะเวลานานกว่า เนื่องจากการดูดซึมยาผ่านเข้ากระดูกได้ไม่ดีเท่าที่ปอด มีการศึกษาว่าการให้ยาสูตรที่มี isoniazid และ rifampicin รวมด้วยระยะเวลา 6 เดือน และ 9 เดือน มีผลการรักษาเท่ากับการให้ยา 18 เดือนของการให้สูตรยา isoniazid ที่ไม่มี rifampicin^[17-18] แต่ก็มีการศึกษาจากประเทศอังกฤษที่พบว่า การให้ยาระยะสั้น 6 เดือนมีการเป็นซ้ำได้ถึง ร้อยละ 62.5^[19] ที่สถาบันบาราศนคราตุร การรักษาจะประกอบด้วย ยา isoniazid, rifampicin, pyrazinamide และ ethambutol นาน 2 เดือน และต่อด้วยยา isoniazid และ rifampicin อีก 10 เดือน ผู้ป่วย ร้อยละ 75 ไม่มีอาการปวด และผลการตรวจเอ็กซเรย์ด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า ไม่พบการติดเชื้อที่กำลังดำเนิน อยู่หลังได้ยาครบและจะพิจารณาให้ยาต่ออีก 6 เดือน ถ้าผู้ป่วยยังมีอาการหรือยังพบลักษณะของเชื้อวัณโรค ที่ยังหลงเหลืออยู่จากการตรวจเอ็กซเรย์ด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าและประเมินผู้ป่วยอีกครั้งหลังได้ยาครบ 18 เดือน แต่ถ้าผู้ป่วยมีอาการแย่ลงหรือพบลักษณะของเชื้อวัณโรคที่ลุกลามมากขึ้นจากการตรวจเอ็กซเรย์ด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าจะพิจารณาตัดชิ้นเนื้อส่งเพาะเชื้อวัณโรคและปรับยาตามผลเพาะเชื้อวัณโรค

ในผู้ป่วยรายที่ 3 9 ที่ได้รับยารักษาวัณโรคกระดูกสูตรไม่มี rifampicin เนื่องจากยา rifampicin กระตุ้นเอ็นไซม์ cytochrome P450 ให้มีการทำงานมากขึ้น ทำให้การทำลายยาด้านไวรัสเอชไอวีมากขึ้น และทำให้ยาด้านไวรัสมีระดับลดลงไม่พอในการรักษาโรคเอดส์ แต่ในปัจจุบันมีการศึกษา พบว่า การใช้ rifampicin ร่วมกับยาด้านไวรัส พบว่า ระดับยาด้านไวรัสลดลงจริง แต่ระดับยาในเลือดส่วนใหญ่ก็ยังอยู่ใน therapeutic range และมีการตอบสนองกับเชื้อไวรัสได้ดี^[20, 21] ดังนั้นในปัจจุบันการรักษาวัณโรคในผู้ป่วยเอชไอวี แนะนำให้ใช้สูตรยาเช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ไม่ได้ติดเชื้อเอชไอวี

เนื่องจากผู้ป่วยส่วนมากตอบสนองดีต่อการรับประทานยาด้านวัณโรค การผ่าตัดจึงพิจารณาในรายที่ไม่ตอบสนองต่อยารับประทาน มีฝีขนาดใหญ่หรือมีภาวะกดทับไขสันหลัง^[22] จากการศึกษาที่มีผู้ป่วยรายที่ 7 ที่ได้รับการผ่าตัดลดการกดทับไขสันหลัง เนื่องจากผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรับประทานยาและมีภาวะกดทับไขสันหลังทำให้เกิดอาการอัมพาต

การติดตามการรักษาทำได้จากการดูอาการของผู้ป่วย เช่น อาการปวดไขและอาการทางระบบประสาทจากการกดทับไขสันหลัง ภาพถ่ายทางรังสีอาจจะคงเดิมหรือพบโรคลุกลามมากขึ้นได้ในช่วง 6 เดือนแรกของการรักษา ให้ติดตามอาการของผู้ป่วย ถ้าอาการดีขึ้นก็ไม่จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนยา^[23] ที่สถาบันบาราศจะติดตามอาการผู้ป่วยหลังได้ยาและพิจารณาส่งตรวจเอ็กซเรย์ด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า หลังให้การรักษาครบก่อนพิจารณาหยุดยาในผู้ป่วยวัณโรคกระดูก การติดเชื้อวัณโรคที่กระดูกพบได้ไม่บ่อย การวินิจฉัยทำได้ยาก ถ้าวินิจฉัยได้ช้าอาจทำให้ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น อัมพฤกษ์และอัมพาต การรักษาต้องใช้ยาด้านวัณโรคหลายชนิดและผู้ป่วยต้องรับประทานยาต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน รายงานนี้จึงจัดทำขึ้นเพื่อให้แพทย์ได้ตระหนักถึงโรคนี้ และให้การวินิจฉัยได้อย่างรวดเร็วและให้การรักษาที่มีประสิทธิภาพแก่ผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. Watts HG, Lifeso RM. Tuberculosis of bones and joints. *J Bone Joint Surg Am* 1996; 78: 288.
2. Sharma SK, Mohan A. Extrapulmonary tuberculosis. *Indian J Med Res* 2004; 120: 316.
3. Teo HE, Peh WC. Skeletal tuberculosis in children. *Pediatr Radiol* 2004; 34: 853.
4. Fanning A. Tuberculosis: 6. Extrapulmonary disease. *CMAJ* 1999; 160 : 1597.
5. Peto HM, Pratt RH, Harrington TA, et al. Epidemiology of extrapulmonary tuberculosis in the United States, 1993-2006. *Clin Infect Dis* 2009; 49: 1350.
6. Wiwatworapan T, Anantasetagoon T. Extrapulmonary tuberculosis at a regional hospital in Thailand. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 2008; 39: 521-5.
7. Ellner JJ. Review: the immune response in human tuberculosis--implications for tuberculosis control. *J Infect Dis* 1997; 176: 1351.
8. Hodgson SP, Ormerod LP. Ten-year experience of bone and joint tuberculosis in Blackburn 1978-1987. *J R Coll Surg Edinb* 1990; 35: 259.
9. Nussbaum ES, Rockswold GL, Bergman TA, et al. Spinal tuberculosis: a diagnostic and management challenge. *J Neurosurg* 1995; 83: 243.
10. Vohra R, Kang HS, Dogra S, et al. Tuberculous osteomyelitis. *J Bone Joint Surg Br* 1997; 79 : 562.
11. Berney S, Goldstein M, Bishko F. Clinical and diagnostic features of tuberculous arthritis. *Am J Med* 1972; 53: 36.
12. Weaver P, Lifeso RM. The radiological diagnosis of tuberculosis of the adult spine. *Skeletal Radiol* 1984; 12: 178.
13. Chapman M, Murray RO, Stoker DJ. Tuberculosis of the bones and joints. *Semin Roentgenol* 1979; 14: 266.
14. Yao DC, Sartoris DJ. Musculoskeletal tuberculosis. *Radiol Clin North Am* 1995; 33: 679.
15. Shanley DJ. Tuberculosis of the spine: imaging features. *AJR Am J Roentgenol* 1995; 164: 659.
16. Mondal A. Cytological diagnosis of vertebral tuberculosis with fine-needle aspiration biopsy. *J Bone Joint Surg Am* 1994; 76: 181.
17. Five-year assessment of controlled trials of short-course chemotherapy regimens of 6, 9 or 18 months' duration for spinal tuberculosis in patients ambulatory from the start or undergoing radical surgery. Fourteenth report of the Medical Research Council Working Party on Tuberculosis of the Spine. *Int Orthop* 1999; 23: 73.
18. Controlled trial of short-course regimens of chemotherapy in the ambulatory treatment of spinal tuberculosis. Results at three years of a study in Korea. Twelfth report of the Medical Research Council Working Party on Tuberculosis of the Spine. *J Bone Joint Surg Br* 1993; 75: 240.
19. Ramachandran S, Clifton IJ, Collyns TA, et al. The treatment of spinal tuberculosis: a retrospective study. *Int J Tuberc Lung Dis* 2005; 9: 541.
20. Manosuthi W, Sungkanuparaph S., Thakkinstant A. et al. Efavirenz levels and 24-week efficacy in HIV-infected patients with tuberculosis receiving highly active antiretroviral therapy and rifampicin *AIDS* 2005; 19 (14): 1481-1486.
21. Manosuthi W, kiertburahakul S, Sungkanuparph S, et al. Efavirenz 600 mg/day versus efavirenz 800 mg/day in HIV-infected patients with tuberculosis receiving rifampicin: 48 weeks results. *AIDS* 2006; 20 (1): 131-132
22. Nene A, Bhojraj S. Results of nonsurgical treatment of thoracic spinal tuberculosis in adults. *Spine J* 2005; 5: 79.
23. Boxer DI, Pratt C, Hine AL, McNicol M. Radiological features during and following treatment of spinal tuberculosis. *Br J Radiol* 1992; 65: 476.

ทัศนคติ ความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดการเรียนรู้เรื่องเอดส์ เพศศึกษา และทักษะชีวิตสำหรับเยาวชนในสถานศึกษา

Attitude and Concept of AIDS, Sex Education and Life Skills Management Learning for Youth in Academic Institute

นุชนารถ แก้วดำเกิง พย.บ.,วทม.

Nuchanart Kaedumkoeng B.N.S.,M.S.

ชีวันนัท เลิศพิริยสุวัฒน์ พ.บ.,สม.

Cheewanant Lertpiriyasuwat M.D.,M.P.H.

กฤตยา กล้าวิจิตร พย.บ.

Kritaya Klumwijit B.N.S.

สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
กรมควบคุมโรค

Bureau of AIDS, T.B. and STIs
Department of Disease Control

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ความเข้าใจ ทัศนคติและความคิดเห็นในเรื่องเอดส์ เพศศึกษาและทักษะชีวิตของผู้เข้ารับการอบรมในเรื่องเอดส์ เพศศึกษา และทักษะชีวิต เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาการจัดเนื้อหา/องค์ความรู้ในหลักสูตรการอบรมเรื่องเอดส์ เพศศึกษา และทักษะชีวิต เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินก่อนและหลังการอบรม กลุ่มเป้าหมาย คือ เจ้าหน้าที่เขตพื้นที่การศึกษา เจ้าหน้าที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ศูนย์อนามัย และศูนย์สุขภาพจิต เก็บข้อมูลก่อนการอบรม จำนวน 239 คน และเก็บข้อมูลหลังการอบรม จำนวน 212 คน ผลการประเมิน พบว่า ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องเอดส์ เพศศึกษา และทักษะชีวิต มีคะแนนอยู่ในระดับสูง เพิ่มจากร้อยละ 48.54 เป็นร้อยละ 74.53 ความต้องการด้านความรู้ของผู้เข้ารับการอบรมมากที่สุดคือ อนามัยการเจริญพันธุ์ ร้อยละ 21.97 รองลงมาคือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 20.20 ท้องและแท้ง ร้อยละ 19.32 ตามลำดับ การสอนเพศศึกษาให้ได้ 16 ชั่วโมงต่อปีการศึกษา เป็นเรื่องที่สามารถทำได้เพิ่มเป็นร้อยละ 93.85 เพราะสามารถบูรณาการในหลักสูตรได้ เป็นนโยบายของสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน และเป็นประโยชน์ต่อนักเรียน ตามลำดับ และกลุ่มที่ทำไม่ได้ เพราะมีภาระงานมาก ขาดบุคลากร นโยบายไม่ชัดเจน ขาดงบประมาณ ตามลำดับ สถานศึกษา/หน่วยงานส่วนใหญ่ มีการเรียนการสอน การอบรมในเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รวมทั้งเอดส์มากที่สุด สรุปปัญหาที่พบในการสอนนักเรียนหรือวัยรุ่นในเรื่องเอดส์ เพศศึกษา หรือทักษะชีวิต เกิดจากเนื้อหาหลักสูตรมาก ขาดกิจกรรมที่จะช่วยสร้างเสริมความเข้าใจ รองลงมาปัญหาเกิดจากด้านผู้สอน เช่น ผู้สอนขาดทักษะในการสอน ขาดความรู้และข้อมูล เป็นต้น และด้านนโยบาย เช่น นโยบายของกระทรวงฯ ไม่ชัดเจน ผู้บริหารไม่ให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

Abstract

The objective of this study was to compare knowledge, perception, attitude and concept about AIDS, sex education and life skills among participants of the training course. The results of this study will develop the training guideline of AIDS, sex education and life skills. Questionnaires were used for this study and collected before and after training with the participants who were officer of Education Service Area Office,

Disease Prevention and Control Office, Provincial Public Health Office, Region Health Promotion Center, and Region Mental Health Center. The total of available questionnaires were 239 at the beginning (pre-test) and 212 at the end (post-test). The data were analyzed using frequency distribution, percentage, mean and standard deviation. The results found that the knowledge and perception about AIDS, sex education and life skills at the end was higher than the beginning (percentage were 74.53 %, and 48.54 %). Knowledge needs assessment; participants need to know about reproductive health, STIs, and unwanted pregnancy and abortion (percentage were 21.97 % , 20.20 %, and 19.32 % respectively). The results from qualitative data found that the idea for teaching sex education 16 hours per year can be done by giving a policy from Educational Ministry and Office of Basic Education Commission. It also can be integrated with school curriculum because it is useful curriculum for their students. Some of them disagree; the reasons are having many jobs, lack of teacher, unclear policy and lack of budget or less. Most of education institutes and organizations both have an AIDS and STIs curriculum to teach or train their clients. In addition, it found the problems of AIDS, sex education and life skills learning activities were having more contents in curriculum, lack of learning activities that enhancing understanding AIDS, sex education and life skills. The problems that occurred from teacher were teaching skills, lack of knowledge and information. Unclear policy from Educational Ministry and not supported continuity from the executive of each academic institute is one factor that effecting to success.

ประเด็นสำคัญ

เอดส์, เพศศึกษา

เยาวชนในสถานศึกษา

Keywords

AIDS, Sex education

Youth in Academic Institute

บทนำ

ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงในปี พ.ศ.2554 พบว่า เยาวชนมีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ ดังนี้ นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 นักเรียนชาย ร้อยละ 4.2 และนักเรียนหญิง ร้อยละ 3.0 เคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว การใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ ครั้งล่าสุดกับแฟนหรือคนรัก ในเพศชาย ร้อยละ 69.0 ในเพศหญิงร้อยละ 36.6 ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ตามตัวชี้วัด UNGASS จำนวน 5 ข้อ พบว่า นักเรียนชายตอบถูกต้องทั้ง 5 ข้อ ร้อยละ 11.0 ส่วนในนักเรียนหญิง ตอบถูก 5 ข้อ ร้อยละ 12.9 (ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา) นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 5 นักเรียนชายมีเพศสัมพันธ์แล้วร้อยละ 28.0 นักเรียน

หญิงมีเพศสัมพันธ์แล้ว ร้อยละ 16.4 การใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับแฟน หรือคนรัก ในเพศชาย ร้อยละ 51.2 ในเพศหญิงร้อยละ 46.5 ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ตามตัวชี้วัด UNGASS จำนวน 5 ข้อ พบว่านักเรียนชายตอบถูกต้องทั้ง 5 ข้อ ร้อยละ 21.9 นักเรียนหญิงตอบถูกต้องทั้ง 5 ข้อ ร้อยละ 23.9 นักเรียนอาชีวศึกษาชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพ ปีที่ 2 การใช้ถุงยางอนามัยในรอบปีที่ผ่านมากับคนที่รู้จักผิวดูในเพศชาย ร้อยละ 58.8 ในเพศหญิง ร้อยละ 70.8 ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ตามตัวชี้วัด UNGASS จำนวน 5 ข้อ พบว่านักเรียนชายตอบถูกต้องทั้ง 5 ข้อ ร้อยละ 19.0 นักเรียนหญิงตอบถูกต้องทั้ง 5 ข้อ ร้อยละ 18.1⁽¹⁾

จากข้อมูลของสำนักโรคเอดส์ วัณโรคและ

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่าวัยรุ่นเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้น ในปี 2550 มีผู้ป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ที่เข้ารับการตรวจรักษาจำนวน 16,072 ราย โรคที่พบมากที่สุด คือ โรคหนองใน 5,129 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.9 รองลงมา หนองในเทียม ร้อยละ 18.7 และซิฟิลิส ร้อยละ 8.9 ในปัจจุบันนี้พบว่า เยาวชนติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยเฉพาะโรคหนองในมีแนวโน้มสูงขึ้นเกือบ 2 เท่า จากปี 2548 มีอัตราป่วย 22.4 ต่อประชากรแสนคน เพิ่มขึ้นเป็น 42.3 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2553⁽²⁾ จากข้อมูลดังกล่าวจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาในเยาวชนอย่างเร่งด่วนซึ่งจากรายงานตัวชี้วัดที่ 11 ของกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการจัดเก็บข้อมูลร้อยละของโรงเรียนที่ให้การศึกษาด้านของทักษะชีวิต ในปีการศึกษาที่ผ่านมาอย่างน้อย 30 ชั่วโมง ผลการจัดเก็บข้อมูลในปี 2552 พบว่า ไม่มีข้อมูลสำหรับการเรียนการสอนเรื่องเอดส์และเพศศึกษาในสถานศึกษา โรงเรียนมัธยมศึกษาและอาชีวศึกษา และมีการปรับกลยุทธ์การดำเนินงานป้องกันในกลุ่มเยาวชนใหม่เนื่องจากผลการประเมินโครงการที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลกฯ ในช่วงปี พ.ศ. 2546-2551 พบว่าผลกระทบของโครงการฯ มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงในระดับความรู้ของเยาวชนในพื้นที่เป้าหมายเท่านั้น ยังไม่สามารถสร้างทักษะการป้องกันเอดส์ และมีผลต่อการเปลี่ยนพฤติกรรมของเยาวชนไปสู่เป้าหมายที่ต้องการได้ ดังนั้น กลยุทธ์ใหม่ที่นำมาใช้ จึงมุ่งเน้นไปที่การสร้างทักษะในการป้องกันที่จำเพาะกับเยาวชนแต่ละกลุ่มและให้สอดคล้องกับ ทักษะคิด ความเชื่อ และวิถีชีวิตที่แตกต่างกันของเยาวชน⁽³⁾

ประเทศไทยมีการเรียนการสอนในเรื่องเอดส์เพศศึกษาและทักษะชีวิต ใน 3 รูปแบบ คือ 1. สอดแทรกในสาระวิชาอย่างน้อย 5 ชั่วโมงต่อปี ในระดับประถมศึกษา 2. สอนทักษะชีวิตและเพศศึกษาอย่างน้อย 10 ชั่วโมงต่อปีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา และอาชีวศึกษา 3. จัดการเรียนการสอนเรื่องเอดส์และเพศศึกษาแบบเข้มข้นในระดับมัธยมศึกษา อย่างน้อย 16 ชั่วโมง

ต่อปีการศึกษา 4. มีการจัดกิจกรรมนอกหลักสูตรเกี่ยวกับเอดส์ เพศ ทักษะชีวิต ประมาณปีละ 2 ครั้ง⁽⁴⁾ จากผลการรายงานดังกล่าว กรมควบคุมโรคได้เร่งรัดแนวทาง เพื่อให้เยาวชนได้มีความรู้ ความเข้าใจ มีทักษะและพฤติกรรมที่เหมาะสม สามารถใช้ในการดำรงชีวิตในสังคมปัจจุบัน โดยมีภาคีเครือข่ายที่ร่วมดำเนินงาน ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ศูนย์อนามัยเขต กรมอนามัย ศูนย์สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต และองค์การแพธ ในการอบรมผู้เกี่ยวข้องให้มีความรู้ความสามารถให้การหนุนเสริมและให้คำแนะนำทางวิชาการ ตลอดจนติดตามด้านเนื้อหาและการบริหารจัดการ การเรียนการสอนเรื่องเอดส์บนพื้นที่ของทักษะชีวิตในสถานศึกษา สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จึงได้จัดการอบรมให้กับกลุ่มเป้าหมาย โดยใช้คู่มือการอบรมภายใต้โครงการ “ก้าวอย่างมั่นใจ”⁽⁵⁾ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคิดเห็น ทักษะคิดของผู้เกี่ยวข้องที่มีต่อกระบวนการจัดการเรียนรู้ในเรื่องเอดส์ เพศศึกษาและทักษะชีวิต

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

ในการประเมินครั้งนี้ใช้แบบสอบถาม ผู้เข้ารับการอบรมทั้งก่อนและหลังการอบรม ซึ่งได้ผ่านการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ เกี่ยวกับเนื้อหา ความสอดคล้องและความครอบคลุมประเด็นที่ต้องการถามกลุ่มเป้าหมายในการประเมินคือ เจ้าหน้าที่เขตพื้นที่การศึกษา เจ้าหน้าที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ศูนย์อนามัย ศูนย์สุขภาพจิต และสำนักงานสาธารณสุข (ในพื้นที่นอกเหนือโครงการกองทุนโลก ได้แก่ นนทบุรี สระบุรี ลพบุรี สิงห์บุรี ชัยนาท อ่างทอง ตราด สระแก้ว จันทบุรี ประจวบคีรีขันธ์ กาญจนบุรี นครปฐม บุรีรัมย์ ร้อยเอ็ด หนองบัวลำภู ยโสธร อำนาจเจริญ นครพนม สกลนคร กำแพงเพชร พิจิตร อุทัยธานี ตาก สุโขทัย เพชรบูรณ์ เชียงราย แม่ฮ่องสอน ชุมพร สุราษฎร์ธานี ภูเก็ต ปัตตานี นราธิวาส ตรัง)

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้เป็น

แบบสอบถาม ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ชุด ประกอบด้วย

1. แบบประเมินก่อนการอบรม
2. แบบประเมินหลังการอบรม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพ การมีบุตร หน่วยงาน ที่สังกัด และระดับการศึกษา

ส่วนที่ 2 ประสิทธิภาพการเรียนการสอน และการให้คำปรึกษา เป็นการสอบถามถึงประสิทธิภาพในการเรียนการสอนและการให้คำปรึกษาเรื่องเอดส์ เพศศึกษา และทักษะชีวิตของผู้เข้ารับการอบรม

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นต่อการเรียนการสอน เรื่องเอดส์ เพศศึกษา และทักษะชีวิต ลักษณะคำถามมี 9 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 4 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 4 ความรู้ความเข้าใจในเรื่องเอดส์ เพศศึกษา และทักษะชีวิต ลักษณะคำถามมี 12 ข้อ มีลักษณะเป็นคำถามถูกผิด ให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ หรือ ไม่แน่ใจ/ไม่ทราบ

ส่วนที่ 5 ความคิดเห็นและทัศนคติเกี่ยวกับเรื่องเอดส์ เพศศึกษา และทักษะชีวิต ลักษณะคำถามมี 14 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 4 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

การวิเคราะห์ข้อมูล นำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดจะนำมาตรวจสอบความสมบูรณ์และถูกต้องก่อนนำมาลงรหัส และทำการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งมีรายละเอียดในการวิเคราะห์ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปและความพึงพอใจต่อการจัดการอบรม โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของผู้ตอบแบบสอบถาม ทั้งก่อนและหลังการอบรมในเรื่องความคิดเห็นต่อการเรียนการสอน ความรู้ความเข้าใจ และทัศนคติเกี่ยวกับเรื่องเพศศึกษา เอดส์ และ

ทักษะชีวิตด้วยการทดสอบค่า t (Paired Samples t-test, One way ANOVA)

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ผู้ตอบแบบสอบถามก่อนอบรม จำนวน 239 คน อยู่ในภาคกลางมากที่สุด 73 คน รองลงมาคือภาคเหนือ 66 คน ภาคตะวันออก 57 คน และภาคใต้ 43 คน คิดเป็นร้อยละ 30.54 27.62 23.85 และ 17.99 ตามลำดับ และตอบแบบสอบถามหลังอบรม จำนวน 212 คน อยู่ในภาคกลางมากที่สุด 63 คน รองลงมาคือภาคเหนือ 57 คน ภาคตะวันออก 51 คน และภาคใต้ 41 คน คิดเป็นร้อยละ 29.72 26.89 24.06 และ 19.34 ตามลำดับ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.69 และเพศชาย ร้อยละ 33.89 มีอายุเฉลี่ย 45 ปี และอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี มากที่สุด รองลงมาคืออายุอยู่ระหว่าง 51-60 ปี มีสถานภาพสมรสมากที่สุด รองลงมาโสด มีบุตรที่มีอายุตั้งแต่ 12 ปี ขึ้นไป จำนวนบุตรเฉลี่ย 1.78 คน ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่สังกัดหน่วยงาน คณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ รองลงมาสังกัดหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุข ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท รองลงมาสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี

ส่วนที่ 2 ประสิทธิภาพการเรียนการสอนและการให้คำปรึกษาในเรื่องเอดส์ เพศศึกษา และทักษะชีวิต พบว่าสถานศึกษา/หน่วยงาน มีการเรียนการสอน การอบรมในเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รวมทั้งเอดส์มากที่สุด ร้อยละ 89.04 รองลงมาคือสอนเรื่องเพศศึกษา ร้อยละ 82.91 และสอนทักษะชีวิต ร้อยละ 82.35 ตามลำดับ

จากตารางที่ 1 แสดงว่ามี การให้คำปรึกษาแก่นักเรียนหรือวัยรุ่น ก่อนการอบรมร้อยละ 89.29 หลังการอบรมร้อยละ 81.95 และไม่มีการให้คำปรึกษา ก่อนการอบรมร้อยละ 10.71 หลังอบรมร้อยละ 18.05

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของการให้คำปรึกษาแก่นักเรียนหรือวัยรุ่นในเรื่องเพศศึกษา โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมทั้งเอ็ดส์ และทักษะชีวิต การอบรม ก่อนการอบรมและหลังการอบรม

เรื่อง	ก่อนการอบรม (N=224)				หลังการอบรม (N=205)			
	มี		ไม่มี		มี		ไม่มี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การให้คำปรึกษาแก่นักเรียนหรือวัยรุ่น	200	89.29	24	10.71	168	81.95	37	18.05

ตามลำดับ สถานศึกษา/หน่วยงานมีกิจกรรมรณรงค์ใน เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รวมทั้งเอ็ดส์มากที่สุด รองลงมารณรงค์ในเรื่องเพศศึกษา และทักษะชีวิต การเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอน แก่นักเรียน หรือวัยรุ่นในปีที่ผ่านมาในเรื่องเอ็ดส์มากที่สุด รองลงมาเคยเข้ารับการอบรมในเรื่องเพศศึกษา และ เคยเข้ารับการอบรมในเรื่องทักษะที่เน้นนักเรียนหรือ วัยรุ่นเป็นศูนย์กลาง

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของลักษณะการเคยเข้ารับการอบรม

ลักษณะการเข้ารับการอบรม	ก่อนการอบรม (N=129)		หลังการอบรม (N=119)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เน้นการให้ความรู้ทางวิชาการ	82	30.00	91	30.64
2. เน้นกิจกรรมเพื่อกระตุ้นการมีส่วนร่วม	75	27.50	76	25.59
3. เน้นการเรียนการสอนที่นักเรียน หรือวัยรุ่น เป็นศูนย์กลาง	49	17.90	62	20.88
4. เน้นให้นักเรียนหรือวัยรุ่นรู้จักป้องกันการล่วง ละเมิดทางเพศ	48	17.60	49	16.50
5. เน้นให้นักเรียนหรือวัยรุ่นปฎิญาณตนว่าจะ ไม่มีเพศสัมพันธ์ ก่อนแต่งงาน	15	5.50	18	6.06
6. อื่น ๆ เช่น ทักษะการให้คำปรึกษา สิทธิ ทางเพศ เป็นต้น	4	1.50	1	0.34
รวม	273	100.00	297	100.00

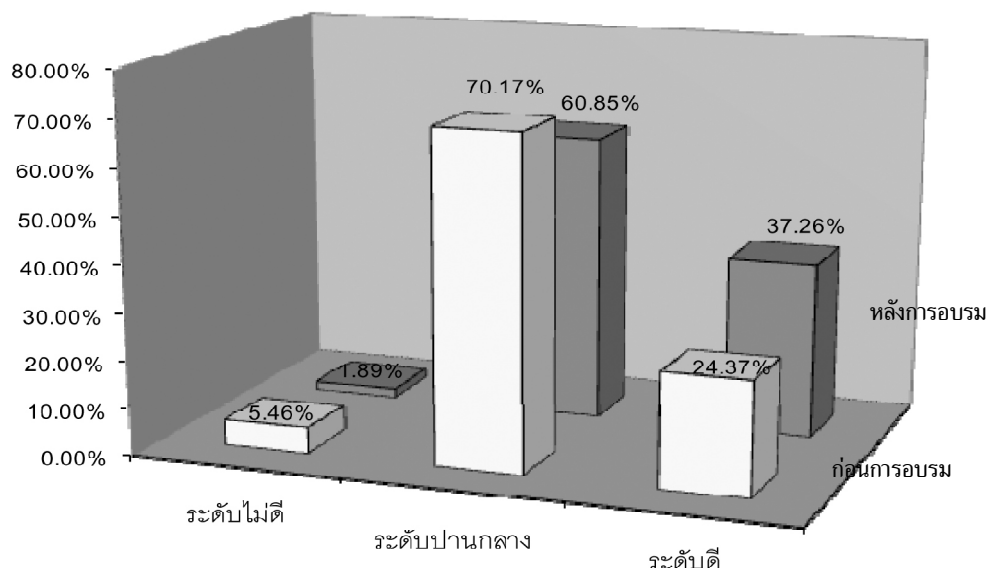
จากตารางที่ 2 พบว่าลักษณะการอบรมที่เคย ได้รับเน้นการให้ความรู้ทางวิชาการมากที่สุด รองลงมาเน้นกิจกรรมเพื่อกระตุ้นการมีส่วนร่วม และเน้น การเรียนการสอนที่นักเรียนหรือวัยรุ่นเป็นศูนย์กลาง ประสพการณ์การจัดอบรมหรือสอน พบว่ามี ประสพการณ์ ในการจัดอบรมหรือสอนในเรื่องเอ็ดส์มากที่สุด รองลงมา มีการจัดการอบรมหรือสอนในเรื่องทักษะชีวิต และมีการจัดการอบรมหรือสอนในเรื่องเพศศึกษาในปีที่ ผ่านมา พบว่ามีการจัดอบรมหรือสอนในเรื่องเอ็ดส์ มากที่สุด รองลงมาทักษะชีวิต และเพศศึกษา ตามลำดับ สาเหตุการไม่ได้จัดอบรมหรือสอนในเรื่องเอ็ดส์ เพศศึกษาและทักษะชีวิตในปีที่ผ่านมา ส่วนใหญ่พบว่า ไม่ได้รับผิดชอบงานโดยตรง สาเหตุรองลงมาคือไม่มี งบประมาณสนับสนุน และกำลังเริ่มเข้ามาทำงาน ตามลำดับ

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของปัญหาที่พบในการสอนนักเรียนหรือวัยรุ่นในเรื่องเอดส์ เพศศึกษา ทักษะชีวิต

ปัญหาที่พบในการสอนนักเรียนหรือวัยรุ่นในเรื่องเพศศึกษา เอดส์หรือทักษะชีวิต	ก่อนการอบรม (N=121)		หลังการอบรม (N=105)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ด้านเนื้อหาหลักสูตร	188		158	
1.1 ขาดกิจกรรมที่จะช่วยสร้างเสริมความเข้าใจ	119	63.30	100	63.29
1.2 ไม่สอดคล้องกับวัฒนธรรม	26	13.83	25	15.82
1.3 ไม่เหมาะสมกับวัยของนักเรียน	16	8.51	10	6.33
1.4 ข้ำซ้อนกับวิชาหลักที่นักเรียนเรียนอยู่แล้ว	16	8.51	21	13.29
1.5 อื่น ๆ เช่น ขาดงบประมาณ ขาดสื่อการสอน เป็นต้น	11	5.85	2	1.27
2. ด้านผู้สอน	160		157	
2.1 ขาดทักษะในการสอน	95	59.38	91	57.96
2.2 ขาดความรู้และข้อมูล	53	33.13	61	38.85
2.3 อื่น ๆ เช่น ขาดกิจกรรมที่ทันสมัย ที่มหาวิทยาลัย ไม่พร้อม เป็นต้น	12	7.50	5	3.18
3. ด้านผู้เรียน	148		133	
3.1 ไม่กล้าแสดงออก	110	74.32	99	74.44
3.2 ไม่ให้ความสนใจ	28	18.92	31	23.31
3.3 อื่น ๆ เช่น มีจำนวนผู้เข้าอบรมมาก อยากลอง เป็นต้น	10	6.76	3	2.26
4. ด้านนโยบาย	152		149	
4.1 นโยบายของกระทรวงฯ ไม่ชัดเจน	75	49.34	73	49.00
4.2 ผู้บริหารไม่ให้การสนับสนุน	65	42.76	73	49.00
4.3 อื่น ๆ เช่น นโยบายไม่ต่อเนื่อง และไม่ทำอย่าง จริงจัง ขาดงบประมาณ เป็นต้น	12	7.89	3	2.00
5. ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก	134		111	
5.1 ขาดวัสดุอุปกรณ์และสื่อการสอน	129	96.27	111	100.00
5.2 อื่น ๆ เช่น ขาดงบประมาณ ขาดเทคนิคและวิธีการ เป็นต้น	5	3.73	-	-
6. ด้านอื่น ๆ เช่น ขาดการประชาสัมพันธ์ระดับประเทศ ขาดความร่วมมือจากครูผู้สอน เป็นต้น	9		4	

จากตารางที่ 3 พบว่าปัญหาเกิดจากด้าน เนื้อหาหลักสูตรมากที่สุด รองลงมาปัญหาเกิดจาก ด้านผู้สอน และด้านนโยบาย ตามลำดับ ปัญหาหลัก ที่พบ ในการให้คำปรึกษาแก่นักเรียนหรือวัยรุ่น ในเรื่องเอดส์ เพศศึกษา หรือทักษะชีวิต ปัญหาที่พบมากที่สุดคือ การขาดทักษะ รองลงมาคือขาดนโยบายสนับสนุน และ ขาดความรู้ ข้อมูล ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการเรียนการสอนเรื่องเอดส์ เพศศึกษา และทักษะชีวิต



แผนภูมิที่ 1 การวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการเรียนการสอนเรื่องเอดส์ เพศศึกษา และทักษะชีวิต ของผู้เข้ารับการอบรมทั้ง 6 รุ่น พบว่าก่อนการอบรมผู้เข้ารับการอบรมส่วนใหญ่มีคะแนนของระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการเรียนการสอนเรื่องเอดส์ เพศศึกษา และทักษะชีวิต อยู่ในระดับ ปานกลาง ทั้งก่อนและหลังการอบรม และมีระดับความคิดเห็นในระดับดีเพิ่มมากขึ้น จากร้อยละ 24.37 เป็นร้อยละ 37.26 เมื่อผ่านการอบรม

ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการเรียน การสอนเรื่องเอดส์ เพศศึกษา และทักษะชีวิต

หลังการอบรมระยะเวลา 4 วัน กลุ่มเป้าหมาย

มีการเปลี่ยนแปลงความคิดเห็นไปในทางที่ต้องการ เช่น

- รู้สึกลำบากใจที่จะต้องพูดเรื่องเพศในกลุ่มผู้ฟังวัยรุ่นที่มีทั้งเพศชาย และเพศหญิงปนกันลดลง
- รู้สึกอึดอัดใจที่จะต้องตอบคำถามแก่นักเรียน หรือวัยรุ่นเรื่องเพศ
- ผู้สอนเพศศึกษาควรชี้ถูกชี้ผิดให้นักเรียน หรือวัยรุ่นได้
- การสอนเพศศึกษาทำให้นักเรียนหรือวัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์เร็วขึ้น
- การกระตุ้นให้นักเรียนหรือวัยรุ่นมีส่วนร่วมในการเพศศึกษาเป็นเรื่องยาก

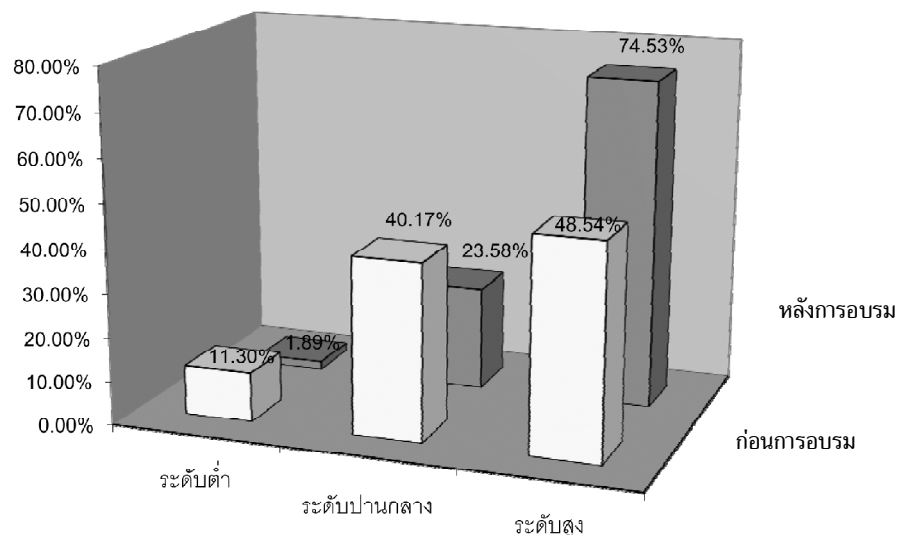
ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นเกี่ยวกับการเรียนการสอนเรื่องเอดส์ เพศศึกษา และทักษะชีวิต

ความคิดเห็นเกี่ยวกับการเรียนการสอนเรื่องเอดส์ เพศศึกษา และทักษะชีวิต	N	Mean	SD	df	t	p-value
ก่อนการอบรม	205	16.05	3.65	204	-6.16	0.000
หลังการอบรม	205	17.80	3.80			

การวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความคิดเห็นเกี่ยวกับการเรียนการสอนเรื่องเอดส์เพศศึกษา และทักษะชีวิต ของผู้เข้ารับการอบรมก่อนและหลังการอบรมด้วยการทดสอบหาค่า t ที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 พบว่า ก่อนการอบรมผู้เข้ารับการอบรมมีคะแนนเฉลี่ยของความคิดเห็นเกี่ยวกับการเรียน การสอนเรื่องเอดส์ เพศศึกษา และทักษะชีวิต 2.55 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.67 และ

หลังการอบรมมีคะแนนเฉลี่ย 3.78 ส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.55 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความคิดเห็นเกี่ยวกับการเรียนการสอน เรื่องเอดส์เพศศึกษา และทักษะชีวิต ก่อนและหลังการอบรมพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) กล่าวคือหลังการอบรม ผู้เข้ารับการอบรมมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการเรียนการสอนเรื่องเอดส์ เพศศึกษา และทักษะชีวิตที่ดีขึ้น

ส่วนที่ 4 ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องเอดส์ เพศศึกษา และทักษะชีวิต



กราฟแสดงระดับความรู้ความเข้าใจในเรื่องเอดส์ เพศศึกษา และทักษะชีวิต

แผนภูมิที่ 2 การวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับความรู้ความเข้าใจในเรื่องเอดส์ เพศศึกษา และทักษะชีวิตของผู้เข้ารับการอบรม ก่อนและหลังการอบรมทั้ง 6 รุ่น พบว่าก่อนการอบรมผู้เข้ารับการอบรมส่วนใหญ่ มีคะแนนของความรู้ความเข้าใจในเรื่องเอดส์เพศศึกษา และทักษะชีวิต อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 48.54 และภายหลังการอบรม พบว่า ส่วนใหญ่มีคะแนนของความรู้ความเข้าใจในเรื่องเอดส์ เพศศึกษา และทักษะชีวิต อยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกันและเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 74.53 เช่น ในประเด็น

● การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจ ของวัยรุ่น เกิดจากฮอร์โมนเพศ

● การคุมกำเนิดโดยการนับระยะปลอดภัย

คือหน้า 7 และหลัง 7 คือ 7 วันก่อนมีประจำเดือน

● ควรใช้ยาคุมกำเนิดฉุกเฉินเมื่อจำเป็น เท่านั้น ไม่ควรใช้พร่ำเพรื่อ เพราะประสิทธิภาพในการคุมกำเนิดจะลดลงและอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ

● เอดส์สามารถป้องกันได้ 100เปอร์เซ็นต์ โดยการมีเพศสัมพันธ์กับคู่เพียงคนเดียวเท่านั้น

● การใส่ถุงยางอนามัย 2 ชั้นไม่ได้เพิ่มประสิทธิภาพ ในการป้องกันโรคเอดส์และการตั้งครรภ์ เพราะการเสียดสีกันอาจทำให้ถุงยางอนามัยฉีกขาดได้ง่าย

● การหลังภายนอกเป็นวิธีการป้องกันการติดต่อทางเพศสัมพันธ์วิธีหนึ่ง

● โรคเอดส์เป็นโรคที่เกิดในกลุ่มเสี่ยง เช่น

หญิงบริการ นักเที่ยว ผู้ขายเสฟติดที่ฉีดยาเข้าเส้น ฯลฯ เท่านั้น

● คนที่ติดเชื้อไวรัสเอชไอวีส่วนใหญ่จะดื่บปกติเหมือนคนที่มีสุขภาพสมบูรณ์ทั่วไป

● แม้ว่าคนนั้นจะเป็นผู้ที่ติดเชื้อไวรัสเอชไอวีแล้ว มีโอกาสเป็นไปได้ว่าเมื่อตรวจเลือดยังแสดงผลเป็นลบ

● การสำเร็จความใคร่ด้วยตัวเองไม่ดีต่อ

สุขภาพ เพราะทำให้สมรรถภาพทางเพศเสื่อมได้

● พฤติกรรมเบี่ยงเบนทางเพศ รักร่วมเพศ

เป็นโรคทางจิตชนิดหนึ่งซึ่งต้องได้รับการบำบัดรักษา

● การล้างอวัยวะเพศภายนอกด้วยสบู่และ

น้ำสะอาด เพียงพอแล้ว ไม่มีความจำเป็นใดๆ ที่จะต้องใช้น้ำยาทำความสะอาด

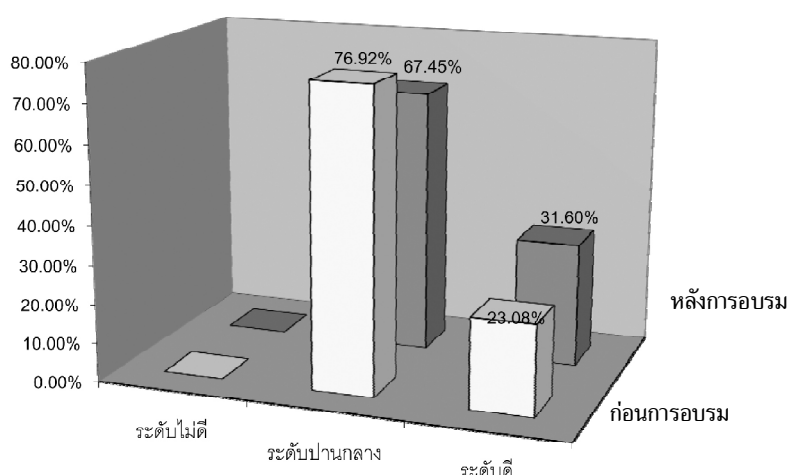
ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความเข้าใจในเรื่องเอดส์ เพศศึกษา และทักษะชีวิต

ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องเพศศึกษา เอดส์ และทักษะชีวิต	N	Mean	SD	df	t	p-value
ก่อนการอบรม	206	7.96	2.55	205	-8.27	0.000
หลังการอบรม	206	9.38	1.81			

การวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ความเข้าใจในเรื่องเอดส์ เพศศึกษา และทักษะชีวิตของผู้เข้ารับการอบรม ก่อนและหลังการอบรม ด้วยการทดสอบค่า t ที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 พบว่า ก่อนการอบรมผู้เข้ารับการอบรมมีคะแนนเฉลี่ยของความคิดเห็นเกี่ยวกับการเรียนการสอนเรื่องเอดส์ เพศศึกษา และทักษะชีวิต 2.55 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.67 และหลังการอบรมมีคะแนนเฉลี่ย

3.78 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.55 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ความเข้าใจในเรื่องเอดส์ เพศศึกษา และทักษะชีวิต ก่อนและหลังการอบรมพบว่า ความรู้ความเข้าใจในเรื่องเอดส์ เพศศึกษา และทักษะชีวิต แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) กล่าวคือ หลังการอบรม ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องเอดส์ เพศศึกษา และทักษะชีวิตที่สูงขึ้น

ส่วนที่ 5 ความคิดเห็นและทัศนคติเกี่ยวกับเรื่องเอดส์ เพศศึกษา และทักษะชีวิต



แผนภูมิที่ 3 การวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับความคิดเห็นและทัศนคติเกี่ยวกับเรื่องเอดส์

เพศศึกษา และทักษะชีวิต ของผู้เข้ารับการอบรม ก่อนและหลังการอบรมทั้ง 6 รุ่น พบว่าทั้งก่อนและ

หลังการอบรมผู้เข้ารับการอบรมส่วนใหญ่ มีคะแนนของความคิดเห็นและทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง และมีระดับความคิดเห็นในระดับดีเพิ่มมากขึ้น เมื่อผ่านการอบรม เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบเป็นรายข้อของความคิดเห็น และทัศนคติเกี่ยวกับเรื่องเอดส์ เพศศึกษา และทักษะชีวิต ก่อนและหลังการอบรม ของผู้เข้ารับการอบรม พบว่า ร้อยละรายข้อของความคิดเห็นและทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับเรื่องเอดส์ เพศศึกษา และทักษะชีวิต ส่วนใหญ่เพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการอบรม ทั้งที่เป็นข้อความทางบวก และข้อความทางลบ เช่น

- การที่นักเรียนหรือวัยรุ่นมีแฟนเป็นเรื่องที่ยอมรับได้
- การมีเพศสัมพันธ์ก่อนการแต่งงานเป็นเรื่องที่ผิด
- โอกาสติดเชื้อไวรัสเอชไอวีของนักเรียนไม่แตกต่างจากประชาชนทั่วไป
- คนที่ ติดเชื้อไวรัสเอชไอวีเป็นคนชอบเปลี่ยนคู่นอนบ่อย
- ท่านรู้สึกไม่สบายใจ ถ้าจะต้องรับประทาน

อาหารร่วมกับผู้ที่ติดเชื้อไวรัสเอชไอวี

- ผู้ชายควรหาประสบการณ์ทางเพศมากกว่าผู้หญิง
- การพูดคุยเรื่องเพศเป็นเรื่องที่ไม่เหมาะสมในสังคมไทย
- ผู้หญิงบอกรักผู้ชายก่อนได้
- การแต่งกายล่อแหลมเป็นสาเหตุสำคัญของการล่วงละเมิดทางเพศ
- ผู้หญิงที่ พกถุงยางอนามัยเป็นผู้ หญิงที่เจนนัดในเรื่องเพศ
- ทุกคนควรมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเรื่อง การคุมกำเนิด แม้ว่าจะขัดกับหลักความเชื่อของบางศาสนาก็ตาม
- การเปียงเบนทางเพศเป็น ตู้ด แต่ว ทอม ดี เป็นตัวอย่างที่ไม่ดีให้แก่เยาวชน
- ใครๆ ก็เป็นแฟนได้ แต่คนที่จะเป็นแม่ของลูกได้ต้องเป็นสาวพรหมจารี
- นักเรียนหรือวัยรุ่นบางคนอาจมีทักษะชีวิตมากกว่าผู้ใหญ่ได้

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นและทัศนคติเกี่ยวกับเรื่องเอดส์ เพศศึกษา และทักษะชีวิต

ความคิดเห็นและทัศนคติเกี่ยวกับเรื่องเพศศึกษา เอดส์ และทักษะชีวิต	N	Mean	SD	df	t	p-value
ก่อนการอบรม	200	26.03	3.82	199	5.28	0.000
หลังการอบรม	200	27.61	4.03			

การวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความคิดเห็นและทัศนคติเกี่ยวกับเรื่องเอดส์ เพศศึกษา และทักษะชีวิต ของผู้เข้ารับการอบรม ก่อนและหลังการอบรม ด้วยการทดสอบค่า t ที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 พบว่า ก่อนการอบรม ผู้เข้ารับการอบรมมีคะแนนเฉลี่ยของความคิดเห็นและทัศนคติเกี่ยวกับเรื่องเอดส์ เพศศึกษา และทักษะชีวิต 26.03 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.82 และหลังการอบรม มีคะแนนเฉลี่ย 27.61 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.03 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความคิดเห็นและทัศนคติเกี่ยวกับเรื่องเอดส์ เพศศึกษา และทักษะชีวิต

ก่อนและหลังการอบรมพบว่า ความคิดเห็นและทัศนคติเกี่ยวกับเรื่องเอดส์ เพศศึกษา และทักษะชีวิต แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) กล่าวคือหลังการอบรม ผู้เข้ารับการอบรมมีความคิดเห็นและทัศนคติเกี่ยวกับเรื่องเอดส์ เพศศึกษา และทักษะชีวิตที่ดีขึ้น

ผู้เข้ารับการอบรมต้องการความรู้เพิ่มเติมสำหรับใช้ในการสอนเรื่องเพศศึกษาแก่นักเรียนหรือวัยรุ่นมากที่สุดคือ อนามัยการเจริญพันธุ์ ร้อยละ 21.97 รองลงมาคือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 20.20 ท้องและแท้ง ร้อยละ 19.32 ตามลำดับ

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของความคิดเห็นเกี่ยวกับการสอนเพศศึกษาให้ได้ 16 ชั่วโมงต่อปีการศึกษา

เรื่อง	ก่อนการอบรม (N=216)				หลังการอบรม (N=195)			
	ทำได้		ทำไม่ได้		ทำได้		ทำไม่ได้	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การสอนเพศศึกษาให้ได้ 16 ชั่วโมงต่อปีการศึกษา เป็นเรื่องที่สามารถทำได้	196	90.74	20	9.26	183	93.85	12	6.15
ทำได้ เพราะ								
- สามารถบูรณาการในหลักสูตรได้	85				80			
- เป็นนโยบายของสพฐ.	28				29			
- เป็นประโยชน์ต่อนักเรียน	18				20			
ทำไม่ได้ เพราะ								
- เวลาเรียนไม่พอ			6				3	
- มีภาระงานมาก ขาดบุคลากร			5				4	
- นโยบายไม่ชัดเจน ขาดงบประมาณ			5				5	

จากตารางที่ 7 แสดงการสอนเพศศึกษาให้ได้ 16 ชั่วโมงต่อปีการศึกษาเป็นเรื่องที่สามารถทำได้ พบว่าผู้เข้ารับการอบรมเห็นว่าเป็นเรื่องที่สามารถทำได้ โดยระบุเหตุผลว่า สามารถบูรณาการในหลักสูตรได้ เป็นนโยบายของสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน และเป็นประโยชน์ต่อนักเรียน ตามลำดับ และเห็นว่าทำไม่ได้เนื่องจากเวลาเรียนไม่พอ มีภาระงานมาก ขาดบุคลากร นโยบายไม่ชัดเจน ขาดงบประมาณ เป็นต้น ตามลำดับ ความมั่นใจในการสอนเพศศึกษา ของผู้เข้ารับการอบรม หลังการอบรม พบว่าผู้เข้ารับการอบรมมีความมั่นใจมากที่สุด ร้อยละ 59.33 รองลงมาคือมีความมั่นใจอย่างยิ่ง ร้อยละ 26.32 และไม่แน่ใจ ร้อยละ 11.96 ตามลำดับ แนวทางในการขยายผลการอบรม ของผู้เข้ารับการอบรม พบว่า ผู้เข้ารับการอบรมได้ระบุแนวทางในการขยายผลการอบรมโดยการจัดอบรมให้กับครูผู้สอน มากที่สุด ร้อยละ 27.78 รองลงมาคือชี้แจงผู้บริหาร ผลักดันให้มีการสอนเพศศึกษา ร้อยละ 25 และสร้างทีมงานและเครือข่าย ระดับจังหวัด ร้อยละ 19.44 ตามลำดับ

วิจารณ์

การสอนเพศศึกษาจะแตกต่างกันตามบริบทของสถานศึกษา⁽⁶⁾ ในแต่ละประเทศ เพราะมีเรื่องค่านิยม

ความเชื่อ ศาสนา ประเพณีและวัฒนธรรมเข้ามาเกี่ยวข้อง ในบางประเทศ เช่น เดนมาร์ก เนเธอร์แลนด์ ยอมรับและสนับสนุนเรื่องเพศศึกษา แต่ในประเทศที่อนุรักษ์นิยม จะมีข้อโต้แย้งและเกิดการต่อต้าน เช่น ประเทศโปแลนด์ การสอนเพศศึกษาจะเริ่มในอายุที่แตกต่างกัน ประเทศยุโรปส่วนมาก เริ่มสอนเมื่ออายุ 11.6-13 ปี ในสาระที่แตกต่างกัน ในประเทศโปรตุเกส สอนในสาระวิชาเพศศึกษาและความสัมพันธ์ (Relationship and sexual education) ในเรื่องสรีระวิทยา อารมณ์สังคมและความสัมพันธ์ บางประเทศสอนในสาระ วิถีชีวิตครอบครัว (family life education) องค์การอนามัยโลก สหภาพยุโรป ได้มีคำแนะนำในการจัดการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาให้แก่เยาวชนในโครงการ SAFE Project ดังนี้ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ ข้อมูลในการจัดความเชื่อที่ผิด ให้ข้อมูลแหล่งสนับสนุนและหน่วยบริการและการพัฒนาทักษะชีวิต เช่น การคิดวิเคราะห์ การสื่อสาร การพัฒนาคน การตัดสินใจ การสร้างความมั่นใจ การแสดงสิทธิ ความรับผิดชอบ เป็นต้น รวมทั้งการสอดแทรกทัศนคติและค่านิยมทางบวก เช่น เปิดใจรับความคิดเห็น เคารพตนเอง และผู้อื่น ให้คุณค่าแก่ตนเอง เป็นต้น⁽⁷⁾ ในหลายทศวรรษที่ผ่านมา รัฐบาลสหรัฐอเมริกาได้ทุ่มเทงบประมาณอย่างมากมายในการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาเพื่อชะลอ

การมีเพศสัมพันธ์เพียงอย่างเดียว (abstinence only education) แต่ผลการวิจัยประเมินโครงการพบว่าได้ผลไม่ดี เมื่อเปรียบเทียบกับโครงการจัดการเรียนรู้เพศศึกษา แบบรอบด้าน⁽⁸⁾ จากข้อมูลในครั้งนี้นี้ พบว่าสถานศึกษาส่วนใหญ่ มีการเรียนการสอน การอบรมในเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รวมทั้งเอดส์มากที่สุด รองลงมาคือสอนเรื่องเพศศึกษาและสอนเรื่องทักษะชีวิต ซึ่งรายงานความก้าวหน้าระดับประเทศตามปฏิญญาวัดด้วยพันธกรณีเรื่องเอชไอวี/เอดส์⁽⁴⁾ ประเทศไทย มกราคม 2551-ธันวาคม 2552 พบว่าการเรียนรู้เรื่องเอดส์บนฐานของทักษะชีวิตในประเทศไทย มี 3 รูปแบบ คือ สอดแทรกในสาระวิชา อย่างน้อย 5 ชั่วโมง สอนทักษะชีวิตและเพศศึกษาอย่างน้อย 10-16 ชั่วโมง และจัดการเรียนการสอนเข้มข้นอย่างน้อย 16 ชั่วโมงต่อปี ข้อมูลพบว่าส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการอบรม เกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอน แก่นักเรียนหรือวัยรุ่นในปีที่ผ่านมา ในเรื่องทักษะที่แก่นักเรียนหรือวัยรุ่น เป็นศูนย์กลางสำหรับคนที่เคยได้รับการอบรมในลักษณะที่เน้นการ ให้ความรู้ทางวิชาการมากที่สุด รองลงมาเน้นกิจกรรม เพื่อกระตุ้นการมีส่วนร่วม และเน้นการเรียนการสอนที่นักเรียนหรือวัยรุ่นเป็นศูนย์กลาง จากผลการประเมินโครงการ⁽⁴⁾ ที่ได้รับสนับสนุนจากกองทุนโลก ในช่วงปี พ.ศ. 2546-2551 พบว่า ผลกระทบของโครงการฯ มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงในระดับความรู้ของเยาวชน ยังไม่สามารถสร้างทักษะการป้องกันเอดส์และมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของเยาวชน ไปสู่เป้าหมายที่ต้องการได้ กลยุทธ์ใหม่จึงมุ่งเน้นไป ที่การสร้างทักษะในการป้องกันที่จำเพาะกับเยาวชนแต่ละกลุ่มและให้สอดคล้องกับทัศนคติ ความเชื่อและวิถีชีวิตที่แตกต่างของเยาวชน ปัญหาเกิดจากด้านเนื้อหาหลักสูตรมากที่สุด เช่น ขาดกิจกรรมที่จะช่วยสร้างเสริมความเข้าใจ รองลงมาปัญหาเกิดจากด้านผู้สอน เช่น ผู้สอนขาดทักษะในการสอน ขาดความรู้และข้อมูล เป็นต้น และด้านนโยบาย เช่น นโยบายของกระทรวงฯ ไม่ชัดเจน สอดคล้องกับผลงานวิจัยของนุชนารถ แก้วดำเกิง⁽⁹⁾ ที่พบว่า ด้านนโยบาย และแนวทางการปฏิบัติในส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค ในเรื่องการจัด

การเรียนการสอนเรื่องเอดส์และเพศศึกษา มีการถ่ายทอดนโยบาย ไปสู่สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา 185 เขต (โครงสร้างเดิมมี 185 สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา แต่ปัจจุบัน มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้าง เป็นสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา และสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา) แต่ไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ขาดการติดตามประเมินผลที่ต่อเนื่อง ทำให้การดำเนินงานในพื้นที่ ไม่ครอบคลุม รูปแบบและวิธีการดำเนินงานในเรื่องการจัดการเรียนการสอน ขึ้นอยู่กับสถานศึกษา เป็นผู้กำหนดเอง การศึกษาขององค์การแพธ⁽¹⁰⁾ พบว่า ถึงแม้ว่าการประกาศเป็นนโยบายจากกระทรวงศึกษาธิการ ให้สถานศึกษาทุกแห่งจัดให้มีการเรียนการสอน แต่ยังไม่เห็นผลนำไปปฏิบัติอย่างจริงจัง การจัดการเรียนการสอนเรื่องเอดส์และเพศศึกษาในสถานศึกษายังไม่ครอบคลุม และยังไม่เป็นการจัดการเรียนรู้ ที่รอบด้าน ซึ่งเน้นการพัฒนาเยาวชนเกิดทักษะที่จำเป็นในการดำเนินชีวิต ได้แก่ การให้คุณค่ากับสิ่งต่างๆ การสื่อสาร การรับฟัง การแลกเปลี่ยนความรู้สึกนึกคิดที่สอดคล้องหรือแตกต่าง การตัดสินใจ การต่อรอง การรักษาหรือยืนยงในความเป็นตัวเอง สามารถแสดงความรู้สึก ความต้องการของตนเองโดยเคารพในสิทธิ์ของผู้อื่น การจัดการกับแรงกดดันจากเพื่อน สิ่งแวดล้อม และอคติทางเพศ รวมไปถึงการแสวงหาคำแนะนำ ความช่วยเหลือ การจำแนกแยกแยะข้อมูลที่ถูกต้องออกจากที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งองค์การแพธ ได้ศึกษาและกำหนดเป็นแนวทางไว้ว่านักเรียนทุกคนในทุกระดับชั้น ให้เรียนเพศศึกษาปีการศึกษาละไม่น้อยกว่า 16 ชั่วโมงอย่างต่อเนื่อง⁽¹¹⁾

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีนโยบายในเรื่องการจัดการเรียนรู้เรื่องเอดส์ เพศศึกษาและทักษะชีวิตที่ต่อเนื่อง และเน้นเนื้อหาที่มีความสอดคล้องและเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย และเน้นการปรับเปลี่ยนทัศนคติ รวมทั้ง ควรมีกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการสื่อสารระหว่างผู้ปกครองกับเด็กในปกครอง เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมใน

กลุ่มเยาวชนอย่างยั่งยืน ควรมีการดำเนินงานร่วมกัน ระหว่างเครือข่ายในระดับพื้นที่ เพื่อให้ได้แลกเปลี่ยน เรียนรู้ประสบการณ์ร่วมกัน สามารถนำมาวางแผนเชิง นโยบาย กำหนดทิศทางในการจัดทำโครงการเพื่อ พัฒนางาน ในอนาคตต่อไป

2. ทีมวิทยากรกระบวนการเพื่อให้เกิด การเปลี่ยนแปลง ทศนคติของกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับเยาวชน เช่น ผู้บริหาร ครูผู้สอน ต้องมีประสบการณ์และความ เชี่ยวชาญ และเน้นกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม อย่างแท้จริง การอบรมวิทยากรในระดับพื้นที่ ต้องใช้ ระยะเวลาในการสั่งสมประสบการณ์ เพื่อจะได้นำ กระบวนการไปขยายงานและต้องมีเวทีแลกเปลี่ยน เรียนรู้ร่วมกัน และมีการอบรมฟื้นฟูเป็นระยะๆ เพื่อแก้ไขกระบวนการอบรมต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ ได้รับความร่วมมือกลุ่มเป้าหมาย ในสำนักงานป้องกันควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา ศูนย์อนามัย และ ศูนย์สุขภาพจิต สถานศึกษา ที่ได้ให้ข้อมูลอันเป็น ประโยชน์ในการศึกษาครั้งนี้ คณะผู้ศึกษาขอขอบคุณ ทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักกระบวนวิทยา. ผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่ สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มนักเรียน ประเทศไทย พ.ศ. 2554. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร, 2554.
2. สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์. รายงานผลการดำเนินงาน ปี 2554. พิมพ์ครั้งที่ 1. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์. กรุงเทพ มหานคร, 2555
3. สำนักงานบริหารโครงการกองทุนโลก. โครงการ วิจัยประเมินโครงการสนับสนุนการป้องกัน และการ ดูแลรักษา ประดับประเทศด้านเอดส์ที่ได้รับจาก กองทุนโลก รอบที่ 1 และรอบที่ 2 .โรงพิมพ์ชุมนุม
- สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด. กรุงเทพมหานคร, 2550.
4. คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและ แก้ไขปัญหาเอดส์. รายงานความก้าวหน้าระดับ ประเทศตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องเอชไอวี/ เอดส์. พิมพ์ครั้งที่ 2 โรงพิมพ์สำนักงาน พระพุทธศาสนาแห่งชาติ. บริษัทเฟื่องฟ้าพรินต์ติ้งจำกัด. จังหวัดปทุมธานี, 2552
5. องค์การแพธ.โครงการ "ก้าวอย่างมั่นใจ" คู่มือ ฝึกอบรมผู้จัดการเรียนรู้เพศศึกษาแบบรอบด้าน. กรุงเทพฯ : องค์การแพธ (Path) ภายใต้การ สนับสนุนของกองทุนโลก กระทรวงสาธารณสุข. บริษัทเออร์เจนท์ แทค จำกัด. กรุงเทพมหานคร, 2553
6. เบญจพร ปัญญา. การทบทวนองค์ความรู้: การตั้งครรในวัยรุ่น. สำนักงานกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพ มหานคร, 2554
7. IPPF European Network. A reference guide to policies and practices: The SAFE project. 2006 Available from [http:// www.ippfen.org](http://www.ippfen.org) (12 April 2010)
8. Santelli J, Ott MA, Lyon M, Rogers J, Summers D, Schleifer R, Abstinence and abstinence-only education: a review of U.S. policies and programs. J Adolesc Health. 2006; 38(1): 72-81
9. นุชนารถ แก้วดำเกิง และชวรัตน์ เลิศพิริยสุวัฒน์. นโยบายกับแนวทางการพัฒนาการเรียนการสอน เรื่องเอดส์และเพศศึกษา วารสารกรมควบคุมโรค. 2553; 36: 90-100
10. องค์การแพธ. แนวทางการจัดการเรียนรู้เพศศึกษา รอบด้านในสถานศึกษาสำหรับผู้บริหาร. โรง พิมพ์ เออร์เจนท์แทค จำกัด. กรุงเทพมหานคร, 2550
11. องค์การแพธ. แนวคิดในการออกแบบการจัดการ เรียนรู้สำหรับ ครูและผู้ปฏิบัติงานด้านเพศศึกษา สำหรับเยาวชน. บริษัทเออร์เจนท์ แทค จำกัด. กรุงเทพมหานคร, 2550.

การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยชุมชนมีส่วนร่วม จังหวัดลำพูน

Dengue Prevention and Control by Community Participation

in Lamphun Province

บุษบง เจาทานนท์ * วทม.(สุขศึกษา)	Bussabong Chaothanont* M.Sc. (Health Education)
ปิยะพร หวังรุ่งทรัพย์ * วทม.(โรคติดต่อ)	Piyaporn Wangroongsarb * M.Sc. (Infectious Disease)
สุธีรา พูลถิ่น* วทม. (ชีววิทยา)	Suteera Poolthin* M.Sc. . (Biology)
กาญจนา เลิศวุฒิ** ศศ.ม.	Kanchana Lurstwut** M.A.
เจริญ ลิทธิโรจน์ ** สม.	Charoen Sittiroj** M.P.H.
ไกรศิลป์ ศิริวิบูลย์ ** ศศ.ม.	Kraisin Siriwi boon** M.A.
มนัส ลาวไส** สม.	Manus Laosai** M.P.H.
สันติพงษ์ กัณทาวารี ** สม.	Santipong kantavaree** M.P.H.
สุรินทร์ สายธรรม*** วทบ.(สุขศึกษา)	Surin Saitam*** B.Sc. (Health Education)
* สำนักโรคติดต่อมาโดยแมลง	The Bureau of Vector borne Diseases
** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน	Lamphun Provincial Health Office
***สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่	Office of Disease Prevention & Control 10 Chiangmai

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ดำเนินการใน 6 หมู่บ้านของตำบลน้ำดิบ อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน โดยใช้กิจกรรมการประเมินปัญหาและความต้องการของชุมชน การวิจัยเชิงปฏิบัติการโดย พัฒนากิจกรรมวิทยาทานบ้าน กิจกรรมจิตปัญญา และกิจกรรมการศึกษาชุมชน เพื่อพัฒนาศักยภาพการเรียนรู้และพัฒนาภายในของผู้อยู่อาศัยชุมชนทั้งหมด ตั้งแต่ปี 2553-2555 ผลการศึกษา พบว่า หลังจากการจัดกิจกรรม ชุมชนมีการรวมพลังจัดตั้งศูนย์เรียนรู้ ทำโครงการกำจัดขยะที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายด้วยวิธีพื้นบ้าน โครงการบ้านนำอยู่ มีการเรียนรู้สอบสวนโรคผู้ป่วยไข้เลือดออกโดยผู้อยู่อาศัยชุมชน และมีการขยายเครือข่ายสุขภาพจากอาสาสมัครสาธารณสุข สู่กลุ่มแม่บ้าน ผู้นำชุมชน เช่นผู้ใหญ่บ้าน กำนัน และองค์กรบริหารส่วนตำบล เป็นต้น การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาศักยภาพของชุมชนทั้งเทคนิควิชาการและจิตใจเป็นหลักสำคัญในการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรค โดยชุมชนและเป็นตัวอย่างของชุมชนป้องกันควบคุมโรคที่เข้มแข็งและยั่งยืน รวมทั้งสามารถขยายผลดำเนินการในชุมชนอื่นอีกต่อไป

Abstract

This Participatory Action Research is aimed to develop a model of community participation for Dengue Prevention and Control through activities and participation by member of communities. The activities focused to build up the community ownership with health problem community assessment, community learning,

training control measure and empowerment of community research teams. The results revealed that after implementation, the community set up a learning center. The community projects for reduction of larva breeding place and cleaning domestic waste products (home sweet home project) were carried out. The outbreak investigation were done by the community members and the health networks were expanded from health volunteers to wife house groups and village leaders. This participatory action research was an important tool to facilitate and empower the community for developing the disease prevention and control. These results demonstrate the best practice of disease prevention and control model by community and should be modified to imply in the other communities.

ประเด็นสำคัญ

การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก
การมีส่วนร่วมของชุมชน

Key Word

Dengue Prevention and Control,
community participation

บทนำ

ไข้เลือดออกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่คุกคามประชากรโลกมากกว่า 40% หรือประมาณ 2500 ล้านคนทั่วโลก ในแต่ละปีมีผู้ติดเชื้อไวรัสเด็งกี่ประมาณ 50-100 ล้านคน มีอาการป่วยรุนแรงต้องเข้าโรงพยาบาล จำนวน 500,000 ราย และเสียชีวิตประมาณ 25,000 ราย⁽¹⁻⁴⁾ มีการระบาดกระจายอย่างกว้างขวางในหลายพื้นที่ เนื่องจาก มีการขยายของเขตเมือง มีการเคลื่อนย้ายถิ่น ทำให้มีการเพิ่มขึ้นของแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลาย มากขึ้น⁽⁵⁻⁸⁾ การควบคุมโรคโดยการกำจัดยุงลายด้วย สารเคมีที่ขาดประสิทธิภาพ⁽⁹⁻¹⁰⁾ และภาวะโลกร้อน อุณหภูมิเพิ่มขึ้น มีผลทำให้ยุงพาหะและเชื้อไวรัสเจริญเติบโต ได้ดีขึ้น^(6,11) สำหรับประเทศไทยมีการรายงานการระบาดของโรค ไข้เลือดออก ครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2501 ในเขตกรุงเทพมหานคร ต่อมากระจายสู่เมืองใหญ่ และกระจายทั่วประเทศตั้งแต่ปีพ.ศ. 2530 เป็นต้นมา สถานการณ์โรคมีแนวโน้มกระจายในทั้งเขตเมือง เขตกึ่งเมือง และเขตชนบท ในหลายพื้นที่ยังมีอัตราป่วยสูงมากกว่า 50 ต่อแสนประชากร ซึ่งเป็นเป้าหมายตามแผนพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจ ฉบับที่ 9⁽¹²⁾ ตัวอย่าง เช่น จังหวัดลำพูนมีอัตราป่วยไข้เลือดออกในปี พ.ศ. 2548 - 2551 เท่ากับ 364, 299, 388 และ 240 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ⁽¹³⁾ ในช่วงการพัฒนาวัคซีนป้องกันโรคไข้เลือดออก⁽¹⁴⁻¹⁵⁾ องค์การ

อนามัยโลกได้ แนะนำมาตรการที่ดีที่สุด คือ การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในบ้านและชุมชน เนื่องจากเป็นโรคที่มียุงลายเป็นพาหะมักชอบวางไข่ในภาชนะน้ำขังที่อยู่ใน หรือรอบบ้าน และชอบกัดคนที่อยู่ในบ้านจึงเป็น “โรคที่ใกล้ตัว เกิดในครัวเรือน” ซึ่งการมีส่วนร่วมของประชาชน และชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคนี้นี้จึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง^(2,5,16) ถึงแม้ว่าที่ผ่านมาการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จะดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ภาครัฐและท้องถิ่น จึงทำให้ประชาชนขาดความตระหนัก และไม่มีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคด้วยตนเอง อย่างไรก็ตาม แม้แต่ยังมีการศึกษาที่พยายามจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนในชุมชนให้มีการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก เช่น การให้สุขศึกษาแก่ประชาชนและผู้นำชุมชนโดยวัชรเกตุโสภิต⁽¹⁷⁾ และการให้สุขศึกษาแก่นักเรียน ป.4-ป.6 โดยสมศักดิ์ บุตรราช⁽¹⁸⁾ เป็นต้น ซึ่งการศึกษาดังกล่าวผู้วิจัยเป็นผู้ออกแบบ Intervention เองทั้งหมด แม้ว่าหลังการให้สุขศึกษา ประชาชนและนักเรียนมีความรู้ และการปฏิบัติเพิ่มขึ้น แต่ไม่มีความยั่งยืน ดังนั้นผู้วิจัยมีแนวคิดที่จะหากลวิธีในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างยั่งยืน⁽¹⁹⁻²⁰⁾ เน้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการกำหนดปัญหาร่วมกัน โดยมีทีมวิจัยทำหน้าที่เพียงที่เล็งกระบวนการแก้ไขปัญหของชุมชนทำโดยชุมชนเอง

ภายใต้ความเชื่อมั่นว่า ชุมชนสามารถแก้ปัญหาได้ด้วยศักยภาพ ภูมิปัญญา และทรัพยากรของคนในท้องถิ่น^(21,25) จึงได้ดำเนินการ ศึกษาวิจัยโดยเลือกพื้นที่ตำบลน้ำดิบ อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน มาเป็นกรณีศึกษา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยใช้กิจกรรมและการมีส่วนร่วมเป็นเครื่องมือในการพัฒนาการเรียนรู้และสร้างความเข้มแข็งแก่ชุมชน

วัสดุและวิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษาวิจัย ในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ระยะเวลา 3 ปี ตั้งแต่ ตุลาคม 2553 - กันยายน 2555 โดยมีขั้นตอนต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 การประเมินสถานการณ์ปัญหาและความต้องการ ของชุมชนตำบลน้ำดิบเริ่มจากทีมวิจัยภายนอก สร้างความสัมพันธ์กับบุคลากรจากหน่วยงานในพื้นที่ และแกนนำชุมชนในตำบลน้ำดิบ

ขั้นที่ 2 ผู้วิจัย ผู้ช่วยนักวิจัย ร่วมกับกำนัน ผู้ใหญ่บ้านและแกนนำชุมชน พระ และครู คัดเลือกผู้แทนของแต่ละหมู่บ้าน ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขจำนวน 2 คน ตัวแทนจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นจำนวน 2 คน และผู้ใหญ่บ้านหรือผู้ช่วยผู้ใหญ่ บ้านจำนวน 2 คน เพื่อเป็นแกนนำที่จะขับเคลื่อนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกครั้งนี้ ซึ่งเรียกว่าผู้วิจัยชุมชน โดยใช้เกณฑ์คัดเลือกต่อไปนี้

1. เป็นที่ยอมรับของชุมชน
2. มีจิตอาสา เต็มใจและสนใจเข้าร่วมกระบวนการวิจัย โดยตลอด
3. มีเวลาว่างเพียงพอ และสามารถร่วมกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมได้
4. มีความรู้ในระดับอ่านออกเขียนได้
5. มีที่ภูมิลำเนาอาศัยอยู่ในตำบลน้ำดิบ

ขั้นที่ 3 การอบรมด้านกฏวิทยา เริ่มจากผู้วิจัยร่วมกับผู้ช่วยนักวิจัย ผู้วิจัยชุมชนและผู้เกี่ยวข้อง

ได้กำหนด แนวทางการจัดฝึกอบรมให้ความรู้เรื่องการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม การรู้จักนิเวศวิทยาของยุง การสอบสวนโรคไข้เลือดออกเบื้องต้น และการสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ยุงในหมู่บ้าน เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ และหาแนวทางการจัดกิจกรรมแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกของชุมชน ซึ่งผู้วิจัย ผู้ช่วยนักวิจัย ผู้วิจัยชุมชนและผู้เกี่ยวข้องได้ร่วมกันวางแผนทำกิจกรรมดังกล่าว

ขั้นที่ 4 ศึกษาข้อมูลพื้นฐานตำบลน้ำดิบ ผู้วิจัยและผู้วิจัยชุมชนได้วางแผนการศึกษาข้อมูลเป็น 2 ส่วน คือ ข้อมูลทุติยภูมิจากที่มีอยู่แล้วในเอกสารของหน่วยงานราชการ หน่วยงานเอกชนและข้อมูลปฐมภูมิจากการจัดเก็บข้อมูลในหมู่บ้าน โดยในการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยทำหน้าที่เป็นที่เลี้ยง และผู้อำนวยความสะดวก ในการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ได้ มาจากการระดมความคิดเห็นของผู้วิจัยชุมชน ประกอบด้วย 3 ด้านคือ ด้านวิถีชีวิตความเป็นอยู่ ด้านความเจ็บป่วยและวิธีการรักษา และด้านการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก แต่ละครัวเรือน ซึ่งในการเก็บข้อมูลได้ตกลงกันว่าให้แกนนำชุมชน เป็นผู้ลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสอบถามทุกครัวเรือนโดยมีผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้ช่วยบันทึกข้อมูล

ขั้นที่ 5 พัฒนาภายในของผู้วิจัยชุมชนให้เข้าใจตนเอง เข้าใจผู้อื่น สร้างจิตสำนึก และการทำงานอย่างมีสติ ใช้ปัญญาในการแก้ไขปัญหา โดยการจัดกระบวนการอบรมจิตปัญญาแก่ผู้วิจัยชุมชน

ขั้นที่ 6 ผู้วิจัยชุมชนศึกษาประสบการณ์ในพื้นที่อื่นๆ ที่เป็นชุมชนตัวอย่างและเป็นที่ยอมรับว่าเป็นต้นแบบที่ดีในการพัฒนาชุมชน โดยได้มีการวิเคราะห์ข้อดี ข้อเสีย และนำแนวทางที่สามารถนำมาปรับใช้ได้ เพื่อการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกและปัญหาอื่นๆ ในชุมชนน้ำดิบต่อไป

ขั้นที่ 7 ผู้วิจัยชุมชนร่วมกับแกนนำชุมชนและผู้เกี่ยวข้องวางแผน และการจัดกิจกรรมแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออก ของตำบลน้ำดิบ

ขั้นที่ 8 การติดตามและประเมินผลการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออก

ขั้นที่ 9 เผยแพร่ / ขยายผล เป็นขั้นตอนการเผยแพร่ และการขยายผลการนำกระบวนการ และแนวทางของแผนงานโครงการและกิจกรรมที่กำหนด โดยชุมชนตำบลน้ำดิบจัดเป็นศูนย์การเรียนรู้ของชุมชน เพื่อนำไปแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออก และนำไปปรับใช้ในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกของชุมชนอื่น ๆ ต่อไป พื้นที่ดำเนินการ ตำบลน้ำดิบ อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน เลือกแบบจำเพาะเจาะจง เนื่องจากมีอัตราป่วยโรคไข้เลือดออกสูง องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ตำบลน้ำดิบและ แกนนานในพื้นที่ให้ความสนใจและต้องการเข้าร่วมกระบวนการ การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของประชาชน ในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยชุมชนได้สร้างขึ้น โดยกำหนด 3 ประเด็นคือคือ ด้านวิถีชีวิตความเป็นอยู่ ด้านความเจ็บป่วยและวิธีการรักษา และด้านการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกแต่ละครัวเรือน

2. แบบสำรวจลูกน้ำยุงลายในครัวเรือน

3. แบบสอบสวนโรคไข้เลือดออกเบื้องต้น

4. แบบบันทึกการทำเวทีชาวบ้านและเวทีคืน

ข้อมูล

5. แนวทางการสัมภาษณ์แกนนำชุมชนและปราชญ์ชาวบ้าน

การเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

รวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิจากหน่วยงานต่างๆ เอกสารอ้างอิง ความคิดเห็น และข้อเสนอแนะของผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ แกนนานชุมชน กลุ่มแม่บ้าน และผู้เกี่ยวข้อง จัดเวทีชาวบ้าน และ เวทีการคืนข้อมูล รวมทั้งสัมภาษณ์แกนนำชุมชน และปราชญ์ชาวบ้าน และผู้เกี่ยวข้องในหมู่บ้าน นอกจากนี้ได้บันทึกภาพการจัดกิจกรรมในพื้นที่ และภาพบริบทที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลทั้งหมด และนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยวิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

(content analysis) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของตำบลน้ำดิบ

ตำบลน้ำดิบ มีทั้งหมด 16 หมู่บ้าน ตั้งอยู่ทางทิศใต้ของอำเภอป่าซาง ห่างจากตัวอำเภอป่าซางประมาณ 15 กิโลเมตร และอยู่ห่างจากอำเภอเมืองลำพูนประมาณ 25 กิโลเมตร การตั้งบ้านเรือนรวมกันเป็นกลุ่มตามบริเวณที่ราบริมฝั่งแม่น้ำปิง หรือที่ราบลุ่มเพื่อประกอบอาชีพการเกษตร ได้แก่ บ้านปากล่อง บ้านวังสวนกล้วย บ้านท่าไม้และบ้านวังกู เป็นต้น ประชากรในตำบลนี้ มีการย้ายถิ่นมาจากบ้านกลางอำเภอสันป่าตอง บ้านดอยหล่อ อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ พูดภาษาพื้นเมืองและภาษายองจะอยู่รวมกันเป็นกลุ่มตามเครือญาติ นับถือศาสนาพุทธ ปัจจุบัน (กรมการปกครอง 2551) มีประชากรจำนวน 9,844 คน เป็นชาย 4,802 คน หญิง 5,042 คน มีจำนวนครัวเรือนทั้งหมด 3,774 ครัวเรือน มีความหนาแน่นของประชากรเฉลี่ย 144.99 คนต่อตารางกิโลเมตร ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพการเกษตร ปลูกลำไย สภาพอากาศโดยทั่วไปของตำบลน้ำดิบ มี 3 ฤดู ฤดูร้อนเริ่มตั้งแต่ เดือนมีนาคม ถึงเดือนเมษายน ฤดูฝนเริ่มตั้งแต่เดือนพฤษภาคมถึงเดือนตุลาคม และฤดูหนาวเริ่มตั้งแต่เดือนพฤศจิกายนถึงเดือนกุมภาพันธ์ ด้านระบบสาธารณูปโภค มีไฟฟ้าเข้าถึงทุกบ้าน แหล่งน้ำเพื่อการเกษตรและอุปโภคบริโภคมาจากทั้งแหล่งน้ำธรรมชาติ และแหล่งน้ำที่สร้างขึ้น มีระบบประปาหมู่บ้าน 22 แห่ง มีโรงผลิตน้ำดื่ม 1 แห่ง ประชากรส่วนใหญ่มีโทรศัพท์ภายในบ้านและโทรศัพท์มือถือ การคมนาคมภายใน แต่ละหมู่บ้านจะเป็นถนนคอนกรีตเสริมเหล็ก และถนนลาดยาง มีถนนสายหลัก 3 สาย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล 3 แห่ง มีโครงการด้านสาธารณสุขที่สำคัญได้แก่ โครงการรณรงค์ส่งเสริมสาธารณสุขมูลฐาน โครงการช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาสในสังคม เป็นต้น

ส่วนที่ 2 ผลการจัดกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชน การคัดเลือกแกนนำชุมชน

ผลการดำเนินการคัดเลือกแกนนำชุมชนตามเกณฑ์ดังกล่าว ได้แกนนำชุมชนที่ร่วมกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก เพื่อแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในชุมชนตำบลน้ำดิบ จากหมู่ที่ 1 บ้านเหล่าป่าก้อย หมู่ที่ 2 บ้านห้วยอ้อ หมู่ที่ 9 บ้านปรกฟ้า หมู่ที่ 10 บ้านจำชมภู หมู่ที่ 11 บ้านสันป่าฮัก และหมู่ที่ 14 บ้านสันเจริญ ตำบลน้ำดิบ อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน ซึ่งแต่ละหมู่บ้านประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านจำนวน 2 คน ผู้แทนองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นจำนวน 2 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขจำนวน 2 คน รวมหมู่บ้านละ 6 คน จำนวนทั้งสิ้น 36 คน และต่อมามีชาวบ้านที่เป็นจิตอาสาเพิ่มขึ้นอีกเป็นจำนวน 77 คน ในระยะเวลา 3 ปี (2553-2555) ที่เป็นแกนนำช่วยกันขับเคลื่อนการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ในชุมชนน้ำดิบ

การค้นหาปัญหาโดยชุมชน

การประเมินสถานการณ์ปัญหาและความต้องการของชุมชนตำบลน้ำดิบ โดยทีมวิจัยพูดคุยทำความเข้าใจกับชุมชน จัดเวทีประชาคม และสังเกตการณ์ตามงานเทศกาลต่างๆของชุมชน พบว่า โจทย์เขา คือ ปัญหาห้วยไต่ดิน ปัญหายาเสพติด ปัญหาการปลูกลำไย ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาน้ำท่วมขัง เป็นต้นซึ่งไม่มีปัญหาเกี่ยวกับเรื่องโรคไข้เลือดออก ดังนั้น ผู้วิจัย ต้องการหาโจทย์เรา (ไข้เลือดออก) เพื่อค้นหาโจทย์ร่วม(ชุมชนมีส่วนร่วมจัดการปัญหาไข้เลือดออก) จึงได้สอบถามถึงปัญหาสุขภาพและได้รับคำตอบคือ อันดับแรก ไหวยอันดับที่ 2 โรคไข้เลือดออก และ อันดับ 3 โรคมะเร็ง และทีมผู้วิจัยได้มีการสนทนาต่อถึงการจัดการปัญหาสุขภาพที่สามารถจะดำเนินการร่วมกันในชุมชนได้ จนได้โครงการวิจัยโรคไข้เลือดออกของตำบลน้ำดิบ โดยมีหลักการคือ “ไม่มีลูกน้ำ ไม่มียุงลาย ไม่มีไข้เลือดออก” โดยมีผู้วิจัยชุมชนจาก 6 หมู่บ้าน ซึ่งเป็นกำลังสำคัญที่ช่วยกันขับเคลื่อนแก้ปัญหาไข้เลือดออก

การจัดกิจกรรมด้านกีฏวิทยา

พบว่าชุมชนได้รู้จัก ยุง ลูกน้ำ มากกว่าที่เคยรู้จัก ทำให้ชุมชนได้เรียนรู้ สถานการณ์โรคไข้เลือดออก ของหมู่บ้าน และจัดการปัญหาได้ จากการทำเวทีประชาคม และเวทีคืนข้อมูล มีผู้วิจัยชุมชนหลายท่าน ได้ให้ความเห็นว่า “มีความสุขค่ะ แก้ปัญหาได้เยอะ มั่นใจมากขึ้น ก่อนนั้นไม่รู้ ว่ายุงลายบ้านและยุงลายสวนเป็นอย่างไร และทำให้เกิดโรคไข้เลือดออกได้” นอกจากนี้ ผู้วิจัยชุมชน ได้ทำหน้าที่สอบสวนโรคเบื้องต้นในชุมชนของตนเอง สามารถบอกได้ว่าเป็นผู้ป่วยสงสัยไข้เลือดออก และนำส่งโรงพยาบาล ติดตามผลวินิจฉัยจากแพทย์แล้วนำมาประชาสัมพันธ์ในหมู่บ้านให้เฝ้าระวังโรค เกิดความห่วงใยในชุมชน ผู้วิจัยชุมชนมองเห็นถึงความสำคัญของการป้องกันดีกว่ามารักษาโรคไข้เลือดออก และไม่ต้องการให้ใช้สารเคมีมากในชุมชนของตนเองเพราะอันตราย และยุงไม่ตายด้วย นอกจากนี้ยังสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายอีกด้วย ผู้วิจัยชุมชนรู้จักยุงและแหล่งเพาะพันธุ์ยุงใน ความหมายของชุมชนมากขึ้นกว่าแต่เดิม กล่าวคือ เมื่อก่อนถ้าพูดถึงการควบคุมโรคไข้เลือดออก ก็จะนึกถึงทรายกำจัดลูกน้ำอย่างเดียว แต่หลังการอบรมกีฏวิทยาเริ่มมีการสังเกตสถานะที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงมากขึ้น เมื่อมีกิจกรรมใด ๆ ในชุมชนก็ให้มีการสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ยุงด้วยเสมอ แหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายที่พบในชุมชนส่วนใหญ่ ได้แก่ ภาชนะน้ำขังทั้งในบ้านและนอกบ้าน ภาชนะใส่น้ำเลี้ยงไก่ ไบโกลายที่ทับถมกัน เศษวัสดุเหลือใช้ เป็นต้น

การอบรมกระบวนการทางจิตปัญญา

จัดกิจกรรมและเทคนิคต่าง ๆ เพื่อเสริมพลังให้ผู้วิจัยชุมชนได้เรียนรู้ภายในตนเอง และแสดงออกถึงความรู้สึกที่อยากจะช่วยเหลือครอบครัว และผู้อื่นในชุมชนด้วยแรงศรัทธาและจิตอาสา สุดท้ายของการเรียนรู้ทางจิตปัญญา ทำให้ผู้วิจัยชุมชนร่วมกันฝันสร้างชุมชนของเขา จนมีคำพูดจากผู้วิจัยชุมชน “มีความสุข ตัวเขาได้เปลี่ยนแปลง และมีคุณค่าที่ จะทำประโยชน์ให้กับสังคม” “เมื่อก่อนเขาบ่รู้จักการวิจัยบ่เดี๋ยวนี้อาฮู้แล้ว แล้วเขาจะนำงานวิจัยพารไปสู

การแก้ไขปัญหาลูกไล่ยว่าจะทำอย่างไรได้ขยาดดี และนำไปแก้ไขปัญหาลูกไล่ยในชุมชนต่อไป” นอกจากนี้ ยังมีคำพูดของผู้วิจัยชุมชนอีกว่า “หลังจากเรียนรู้งานวิจัยแล้วเป็นคนกล้าแสดงออก และจะไปชวนจิตอาสาเพิ่มขึ้นที่ออกมาทำงานช่วยกันป้องกันโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านเขา”

การศึกษาดูงาน

ศึกษาดูงาน ณ ที่บ้านสามขา อำเภอมะทะ จังหวัดลำปาง และองค์การบริหารส่วนตำบลตอนแก้ว อำเภอมะริม จังหวัดเชียงใหม่ ผู้วิจัยชุมชนได้เรียนรู้ประสบการณ์และเกิดแรงบันดาลใจที่จะพัฒนาหมู่บ้านของตนให้เกิดความสามัคคี ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ไม่เห็นแก่ตัว และอยากเห็นสุขภาพของคนในชุมชนแข็งแรงไม่มีโรค ซึ่งผู้วิจัยชุมชนได้กล่าวถึงการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกว่า “อยากเห็นความพร้อมเพรียงของลูกบ้านทุกหลังคาเรือน ร่วมกันกำจัดลูกน้ำยุงลายในบ้านของตนเอง” และมีการติดตามผลตลอดเวลา หลังจากการศึกษาดูงาน ผู้วิจัยชุมชนลงความเห็นว่าพัฒนาหมู่บ้านของตนนั้นสามารถทำให้สำเร็จได้ ต้องช่วยกันดังคำกล่าวที่ว่า “หมู่บ้านเป็นเป็นจะนี้ หมู่บ้านเฮาน่าจะเป็นได้ ถ้าทุกคนช่วยกัน”

โครงการแก้ปัญหาไข้เลือดออกในชุมชน

ทีมผู้วิจัยชุมชนร่วมกับชุมชนทำกิจกรรม ต่างๆ ได้แก่ โครงการบ้านน่าอยู่ และโครงการจัดการขยะ โดยจัดการขยะในหมู่บ้านที่อาจเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุง สมาชิกและผู้นำในหมู่บ้านก็ช่วยกันรณรงค์จัดการขยะทุกหมู่บ้าน เช่น หมู่บ้านเหล่าปาก้อย หมู่บ้านห้วยอ้อ หมู่บ้านปาร์กฟ้า หมู่บ้านจำชมพู่ หมู่บ้านสันป่าฮัก และหมู่บ้านสันเจริญ มีการเก็บขยะและแยกขยะนำไปขาย หลังจากการทำโครงการนี้ ผู้วิจัยชุมชนกล่าวว่า “ตอนนี้เราไม่มีขยะขายแล้ว เพราะชาวบ้าน เห็นทีมออกณรงค์และเก็บขยะขายได้เงิน ชาวบ้านก็ทำตามบ้าง มีรายได้ และบ้านสะอาดด้วย” กิจกรรมในโรงเรียนและชุมชน ได้แก่ ทุกวันพุธ และวันศุกร์ นักเรียนลงพื้นที่กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ต่างๆ

ในโรงเรียน และทุกเช้าของทุกวันให้นักเรียน สรรวจจุดที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงในชุมชน ได้จัดอบรมนักเรียนแกนนำในการป้องกันและแก้ไขปัญหากับโรคไข้เลือดออก โดยประสานงานกับเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านห้วยอ้อ โรงพยาบาลป่าซาง และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอป่าซาง มาให้ความรู้กับนักเรียนแกนนำทำให้โรงเรียนมีการจัดกิจกรรมต่างๆ คือ จัดเสียงตามสายการให้ความรู้กับนักเรียน หน้าเสาธงทุกวันพุธโดยนักเรียนแกนนำที่ได้รับการอบรม แล้วครูมีการแทรกความรู้โรคไข้เลือดออกในแต่ละรายวิชา มีการแยกขยะและทำธนาคารขยะ เป็นต้น นอกจากนี้ ได้ขยายผลไปสู่การแก้ปัญหาด้านสุขภาพอื่นๆ ในชุมชน โดยเครือข่ายในชุมชนและโรงเรียนเห็นปัญหาสุขภาพต่างๆ ในชุมชนจึงได้จัดทำโครงการโรงเรียนปลอดโรค โครงการชุมชนน่าอยู่ เช่น ปลอดเหล้าและรวมข้าวในงานศพ วางดอกไม้จันทน์แทนการจุดธูป และจัดทำผลิตภัณฑ์จากภูมิปัญญาชาวบ้าน เป็นต้น

การประเมินผล

ผู้วิจัยได้ประเมินผลการเกิดโรคไข้เลือดออกในชุมชนเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา พบว่าผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในชุมชนลดลง ไม่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออก ประชาชนมีการเรียนรู้และประสบการณ์จากการทำงานร่วมกันหลายฝ่ายทั้งจากทีมส่วนกลาง ส่วนพื้นที่ และชุมชน เกิดการปรับตัวตามเหตุการณ์ รู้จักเข้าใจชุมชนมากขึ้น ชุมชนมีศักยภาพในการทำวิจัยได้ เช่น ด้านกัญญาวิทยา ด้านการสอบสวนเบื้องต้น เป็นต้น และทำให้เกิดโครงการต่างๆ ที่ดำเนินการโดยชุมชนเพื่อแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออก ได้พัฒนาระดับตนเองเป็นศูนย์การเรียนรู้ของชุมชน และเป็นที่ดูงานสำหรับหน่วยงานอื่นๆ นอกจากนี้มีการขยายงานวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมไปพื้นที่ข้างเคียงโดยได้รับการสนับสนุนของ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นด้วย

วิจารณ์

ผลการศึกษาวิจัยพบว่า ทีมวิจัยภายนอกและชุมชน ในพื้นที่มีความตั้งใจทำงานร่วมกันจนเห็นถึง

Process การทำงานของชุมชนที่มีความเข้มแข็ง และจัดการปัญหาของชุมชนด้วยตนเอง เห็นถึงความแตกต่างการทำงานโรคไข้เลือดออก จนมีคำกล่าวจากประธานอสม.บ้านป่ากรกฟ้าซึ่งเป็นผู้วิจัยชุมชนคนหนึ่งที่ “จากที่เมื่อก่อนถูกสั่งการลงมาจากเจ้าหน้าที่อนามัยให้ไปใส่ทรายอะเบท แต่เมื่อมีงานวิจัยพาร์เข้ามา สามารถโน้มน้าวให้ชุมชนมามีส่วนร่วมในการดูแลแหล่งเพาะพันธุ์ยุง ของแต่ละบ้านด้วยตนเองได้อย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น” นอกจากนี้ ประธานผู้วิจัยชุมชนได้กล่าวถึง “วิจัยพาร์เข้ามาทำให้ชุมชนเข้มแข็ง มีความรู้มากขึ้น เห็นปัญหาในชุมชนร่วมกัน และชุมชนรู้จักยุง และจัดการกับยุงได้ตามบริบทของชาวบ้านมากยิ่งขึ้น” เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับ สุรางค์ จันทวานิช⁽²²⁾ การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นการวิจัยที่นำแนวคิด 2 ประการมาผสมผสานกัน คือการปฏิบัติการ (Action) ซึ่งหมายถึงกิจกรรมที่โครงการ วิจัยจะต้องดำเนินการ และคำว่า การมีส่วนร่วม (Participation) อันเป็นการมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องของทุกฝ่ายที่เข้าร่วมกิจกรรมวิจัย ในการวิเคราะห์สภาพปัญหาหรือสถานการณ์อันใดอันหนึ่ง แล้วร่วมในกระบวนการตัดสินใจและการดำเนินการจนกระทั่งสิ้นสุดการวิจัย โดยมีความหมายถึง ชาวบ้าน เข้ามามีส่วนร่วมในการวิจัย เป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมวิจัย นับตั้งแต่การระบุปัญหาของการดำเนินการ การช่วยให้ข้อมูลและการช่วยวิเคราะห์ข้อมูล ตลอดจนช่วยหาวิธีแก้ไขปัญหาก็หรือส่งเสริมกิจกรรมนั้น ๆ และสอดคล้องกับชนิษฐา กาญจนสินนท์⁽²³⁾ ที่ให้ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมไว้ว่า การวิจัยที่พยายามศึกษาชุมชน โดยเน้นการวิเคราะห์ปัญหา ศึกษาหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาวางแผนและดำเนินการตามแผนในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งดำเนินการ การประเมินผล โดยที่ทุกขั้นตอนดังกล่าวสมาชิกชุมชนเข้าร่วมด้วย อันเป็นการส่งเสริมให้ชุมชน ได้เกิดการเรียนรู้ และได้พัฒนาตนเอง และสอดคล้องกับ สุริยา วีรวงศ์⁽²⁴⁾ การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็น

รูปแบบ ของการวิจัยที่ประชาชนซึ่งเคยเป็นประชากรของการวิจัย กลับบทบาทมาเป็นผู้ร่วมในการทำวิจัย โดยเข้ามามีบทบาทส่วนร่วมตลอดกระบวนการวิจัย และสอดคล้องกับ นิตยา เงินประเสริฐศรี⁽²⁰⁾ การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นกลยุทธ์ที่สะท้อนให้เห็นถึง การเดินทางไปสู่การพัฒนา (Journey of Development) โดยมีการเปลี่ยนแปลงจากสิ่งที่เป็นอยู่ ไปสู่สิ่งที่สามารถเป็นไปได้ ทั้งในระดับปัจเจกชนและระดับสังคม และสอดคล้องกับ กมล สุดประเสริฐ⁽¹⁹⁾ ได้ให้ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมไว้ว่าเป็นการวิจัยที่จัดกระทำโดยผู้ปฏิบัติการ เพื่อนำผลการวิจัยมาใช้ในการแก้ไขปัญหาด้านที่ และต้องกระทำเป็นหมู่คณะร่วมกัน และสอดคล้องกับ พันธุ์ทิพย์ รามสูต⁽²⁵⁾ การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมีหลักการสำคัญคือให้ความสำคัญต่อภูมิปัญญา และวัฒนธรรมท้องถิ่น ตลอดจนระบบการสร้างความรู้ โดยปรับปรุงความสามารถและพัฒนาศักยภาพของชาวบ้าน ให้มีความเชื่อมั่นให้เกิดการวิเคราะห์/สังเคราะห์ สถานการณ์ปัญหาของเขาเอง และการปลดปล่อยแนวความคิด เพื่อให้ชาวบ้านและคนยากจน ด้อยโอกาสสามารถมองความคิดเห็นของตนเองได้อย่างเสรี มองสภาพการณ์และปัญหาของตนเองได้ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ เกศสุดา สิทธิสันติกุล⁽²⁶⁾ และคณะได้ศึกษาวิจัยการจัดระเบียบสังคมบ้านดง ต.นายาง อ.สบปราบ จ.ลำปางพบว่าประเด็นการจัดการงานศพเป็นปัญหาร่วม ที่ทุกคนมีส่วนร่วมและต้องการแก้ไข แต่การแก้ไขปัญหานี้จะใช้เพียงบทบาทของผู้นำหรืออำนาจรัฐไม่ได้ เพราะมีบทเรียนในหลายเรื่องจากหลายพื้นที่ว่าการใช้อำนาจในการ แก้ปัญหาสังคมมักไม่ยั่งยืน แต่ถ้าอาศัยกลไกการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมค้นหาคำตอบ วางแผนการทำงาน และดำเนินการแก้ปัญหาด้วยตนเอง ที่ตั้งอยู่บนหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงจะเป็นกระบวนการแก้ปัญหาอย่างสมเหตุสมผลของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรุณรุ่ง บุญธนนตพงศ์⁽²⁷⁾ ผลงานวิจัยสามารถนำไปใช้ได้ทันที

เนื่องจากได้ลงมือทำกิจกรรมโดยอาศัยหลักการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายในชุมชนและหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องเกิดการผนึกร่วมกันโดยที่ประชาชนเป็นผู้ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการตลอดจนเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของผลงานที่โครงการดำเนินการอยู่ส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีคนในชุมชน และสอดคล้องกับการศึกษาของทวิทอง หงษ์วิวัฒน์⁽²⁸⁾ ซึ่งมีความเห็น ว่าการมีส่วนร่วมเป็นสิทธิของประชาชนต่อการตัดสินใจ นโยบายที่เกี่ยวข้องกับการจัดสรร(Allocation)และการใช้ประโยชน์ (Utilization) ของทรัพยากรเพื่อการผลิตซึ่งเป็นความจำเป็นที่ประชาชนต้องเข้าร่วมในการวางแผนเพื่อการกินดีอยู่ดี และสามารถตอบสนองต่อสิ่งที่เข้าถึงซึ่งการพัฒนาให้คนจนได้รับประโยชน์เพื่อการผลิต การบริการ และสิ่งอำนวยความสะดวกสาธารณะด้วย ดังนั้นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในครั้งนี้ สามารถเป็นแนวทางหนึ่งในการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยผ่านกระบวนการพัฒนาศักยภาพของชุมชนทั้งเทคนิควิชาการและจิตใจโดยการมีส่วนร่วม ในกิจกรรมการวิจัย และการลงมือปฏิบัติการ และการมีภาคีการเรียนรู้ช่วยเหลือกันระหว่างชุมชนกับนักวิชาการภายนอกเป็นเครื่องมือสำคัญ ผลของการทำงานไม่เพียงพบความเข้มแข็งของการมีส่วนร่วม การขยายตัวของจิตอาสา การพัฒนาการเรียนรู้ของนักวิจัยภายนอก แต่ยังรวมถึงการมีความสุขในการทำงานที่เกิดขึ้นกับทุกฝ่ายทั้งหมด เป็นการพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกทั้งในระยะสั้นและในระยะยาว

บทสรุป

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research-PAR) นับเป็นการวิจัยเพื่อพัฒนา และแก้ไขปัญหาสังคมและชุมชนที่ได้รับความสนใจอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน โดยเป็นงานวิจัยที่เริ่มต้นจากชุมชน สนับสนุนให้ชาวบ้าน หรือตัวแทนในชุมชนเป็นคนสร้างองค์ความรู้ใหม่ให้กับตนเอง และชุมชน ให้มีการศึกษาเรียนรู้หาข้อมูล ศึกษา

วิเคราะห์ถึงปัญหา รวมทั้งการแก้ไขปัญหาที่กำลังประสบอยู่ โดยการร่วมกันวางแผน และกำหนดการดำเนินงานตามแผนหรือโครงการ พร้อมทั้งการปฏิบัติตามแผน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาได้ถูกต้องตรงตามความต้องการ และมีนักวิจัยภายนอกทำหน้าที่เป็นผู้เอื้ออำนวยความสะดวก

จากประสบการณ์ตรงของผู้วิจัยชี้ให้เห็นว่า ปัญหาสำคัญที่เกี่ยวกับการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่สำคัญคือ การมีส่วนร่วมของชาวบ้านในกระบวนการวิจัย ไม่ว่าจะเป็นการมีส่วนร่วมในขั้นการศึกษาบริบท และกำหนดปัญหาของการวิจัย ขั้นการวางแผนปฏิบัติงานวิจัย ขั้นการติดตามตรวจสอบและปรับปรุง และขั้นการสรุปผลการวิจัย ซึ่งจำเป็นที่คณะผู้วิจัยจะต้องสร้างความรู้ความเข้าใจอันดีต่อกระบวนการ โดยให้เห็นความสำคัญ และมีจิตสำนึกตระหนักถึงความต้องการที่จะเข้าร่วมอย่างแท้จริง มองเห็นผลประโยชน์ของการทำวิจัยที่จะมีต่อตัวชุมชน ในขณะที่ชุมชนเองก็จำเป็นต้องยอมเสียสละบางส่วนเช่นเวลาในการประกอบอาชีพหรือหารายได้ไปบ้าง ทั้งนี้เพื่อให้การดำเนินงานและผลบั้นปลายของการวิจัยตกลงสู่ชาวบ้านที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย ของการพัฒนาหรือการแก้ไขปัญหาอย่างแท้จริง พร้อมไปกับการที่ผู้วิจัยพึงระมัดระวังบริบทของความสัมพันธ์ระหว่างกันของคนในชุมชน แบบแผนความคิดและการปฏิบัติ ค่านิยมร่วม รวมทั้งเครือข่ายความสัมพันธ์เชิงอุปถัมภ์ที่ยังมีอิทธิพลครอบงำคนในชุมชนอยู่ไม่น้อย และที่สำคัญให้มีจิตสำนึกตระหนักในปัญหา หน้าที่ และร่วมกันแก้ปัญหาทางเศรษฐกิจ สังคม ส่งเสริมกิจกรรมกลุ่ม ทำงานร่วมกันทั้งการแก้ปัญหา และพัฒนาชุมชนอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ความยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม สามารถเป็นแนวทางหนึ่ง ในการพัฒนารูปแบบ การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และสามารถประยุกต์หลักการใช้กับการควบคุมโรคหรือปัญหาอื่นๆในชุมชน

ข้อเสนอแนะเชิงบริหาร

กำหนดเป็นนโยบาย และสนับสนุนทั้งวิชาการงบประมาณ ให้นักวิชาการได้ดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยพิจารณาตามปัญหาสาธารณสุขที่ชุมชนต้องการ พัฒนาความสามารถของนักวิชาการในการจัดการเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในทุกระดับ โดยเฉพาะระดับท้องถิ่นซึ่งอยู่ใกล้ชิดกับชุมชน และพิจารณาเป็นตัวชี้วัด ให้มีโครงการส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมเพื่อการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขและเป็นต้นแบบในทุกอำเภออย่างน้อยอำเภอละหนึ่งตำบล เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์ศุภชัย ฤกษ์งาม ประธานคณะกรรมการจริยธรรมกรมควบคุมโรค นายแพทย์วิชัย สติมัย ผู้อำนวยการสำนักโรคติดต่อ นำโดยแมลง รศ.ดร.ลือชัย ศรีเงินยวง คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล นายแพทย์วิทยา หลิวเสรี ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ เชียงใหม่ นายแพทย์สมชาย โรจนรัตน์กูร นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำพูน และนายกำจร ตันติวรานุรักษ์ สาธารณสุขอำเภอป่าซาง อำเภอป่าซาง ซึ่งให้คำปรึกษาและสนับสนุนเป็นอย่างดีมาโดยตลอด นอกจากนี้ได้รับการช่วยเหลืออย่างดีจากทีมผู้วิจัยชุมชนทุกคน คณะทำงานจากสำนักโรคติดต่อ นำโดยแมลง

เอกสารอ้างอิง

1. Malavige GN, Fernando S, Fernando DJ, Seneviratne SL. Dengue viral infections. Postgrad Med J. 2004; 80: 588-601.
2. WHO . Prevention and control of dengue and dengue hemorrhagic fever: comprehensive guideline. New Delhi: WHO Regional Publication. 1999 . SEARO No 29.
3. WHO. Dengue and dengue hemorrhagic fever. In Face Sheet. World Health Organization. Geneva : WHO Regional Publication. 2002 . No 117.
4. WHO. Strategic framework for dengue prevention and control in Asia-Pacific (2006-2010). Paper presented at the Meeting of partner on prevention and control in Asia-Pacific. 2006.
5. Gubler DJ. The changing epidemiology of yellow fever and dengue, 1900 to 2003: full circle? Comparative Immunology, Microbiology and Infectious Diseases. 2004; 27(5): 319-30.
6. Guha-Sapir D, Schimmer B. Dengue fever: new paradigms for a changing epidemiology. Emerging Themes in Epidemiology. 2005; 2(1): 1.
7. Guzman MG, Kouri G. Dengue: an update. The Lancet Infectious Diseases. 2002; 2(1): 33-42
8. Spiegel J, Bennett S. Barriers and Bridges to Prevention and Control of Dengue: The Need for a Social-Ecological Approach. EcoHealth 2 ; 2005. 273-290.
9. Chua, K.B., I. L., Chua, K. H. Effect of chemical fogging on immature Aedes mosquitoes in natural field conditions. Singapore Med J. 2005; 46(11): 639-644.
10. Ponlawat, A., Scott, J.G., & Harrington, L., C. Insecticide susceptibility of Aedes aegypti and Aedes albopictus across Thailand. J Med Entomol. 2005; 42(5): 821-825.
11. Chakravarit A, Kumari R. Eco-epidemiological analysis of dengue infection during an outbreak of dengue fever. India. Virology Journal. 2005; 2(32):
12. Ministry of Public Health. National Health Development Plan under the 9th National Economic and Social Development Plan, (2002-2006). Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. EcoHealth. 2001; 2: 273-290.
13. เอกสารสรุปรายงานประจำปีสำนักงานสาธารณสุข

- จังหวัดลำพูน ; ปี 2551.
14. Deen JL. The challenge vaccine development and introduction . Tropical Medicine and International Health 2004. 9(1): 1-3.
 15. DeRock D, Deen J, Clemens JD . Policymakers view on dengue fever/dengue hemorrhagic fever and the need for dengue vaccines on four South-east Asia countries Vaccine. 2003; 22: 121-9.
 16. WHO . Global Strategic Framework for Integrated Vector Management : WHO/CDS/CPE/PVC. 2004.
 17. วชิร เกตุโสภิต. ผลกระทบของการประชุมปฏิบัติการเกี่ยวกับให้สุศึกษาสำหรับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดกาฬสินธุ์ . วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุศึกษาบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ; 2527.
 18. สมศักดิ์ บุตรราช. การศึกษาถึงการให้เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาใช้ทรายอะเบทในชุมชนขนาดเล็ก. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาการระบาด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ; 2526.
 19. กมล สุดประเสริฐ. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน. กรุงเทพฯ: สำนักงานโครงการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ; 2537. หน้า 7.
 20. นิตยา เงินประเสริฐศรี. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม . วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์. 2544; 7: 61-62.
 21. เอกสารและสื่อประกอบการประชุมอบรมเชิงปฏิบัติการแนวคิดจริยธรรมและกระบวนการพัฒนาโครงการวิจัยทางสังคม เพื่อการทำวิจัยแบบเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม. ครั้งที่ 1-2 ; วันที่ 7-11 ธันวาคม 2552 .ณ บ้านผู้หว่าน จ.นครปฐม.
 22. สุภางศ์ จันทวานิช. การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2531. หน้า 67 .
 23. ขนิษฐา กาญจนสินนท์. โครงสร้างและการเข้าถึงเครือข่ายเศรษฐกิจนอกระบบในชนบท. วิทยานิพนธ์ปริญญาพัฒนาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร; 2536.
 24. สุริยา วีรวงศ์. การศึกษาสังคมและเศรษฐกิจของชุมชนในพื้นที่แนวกันชนของเขตรักษาพันธุ์สัตว์ป่าห้วยขาแข้ง. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยสังคมแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2538. หน้า 89.
 25. พันธุ์ทิพย์ งามสูตร. การวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัย มหิดล ; 2540. หน้า 33-35.
 26. เกศสุดา สิทธิสันติกุล, ภัทรา มาน้อย และคณะ. ลดเหล้างานศพ จุดเริ่มต้นสู่การจัดระเบียบสังคม .. บ้านดง. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.), สำนักงานภาคเชียงใหม่. 2547.
 27. อรุณรุ่ง บุญธนนตพงศ์. ไม่ใช่เรื่องง่ายกับการวิจัยเชิงปฏิบัติแบบมีส่วนร่วม. วารสารวิจัยราชภัฏพระนคร 1. 1 มกราคม-มิถุนายน; 2549. หน้า 25.
 28. ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. การมีส่วนร่วมของประชาชน. กรุงเทพฯ: ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล; 2527. หน้า 2.

**บทเรียนของคณะกรรมการด้านยุทธศาสตร์ ภายใต้ระบบการจัดการภาวะ
สาธารณสุขฉุกเฉินในสถานการณ์อุทกภัย 2554**

**Lessons Learned from the Operation of Strategic and Technical Advisory Group
Under DDC's Public Health Emergency Management in Response to Flood Crisis 2011**

วรยา เหลืองอ่อน* พ.บ., ส.ม., วว.

(เวชศาสตร์ป้องกัน แขนงระบาดวิทยา)

Woraya Luang-on* M.D., M.P.H.,

Thai board of Preventive Medicine (Epidemiology)

นาฏพัฑู สงวนวงศ์* พ.บ., วว.

อายุรศาสตร์โรคระบบการหายใจและ

ภาวะวิกฤติระบบการหายใจ

อ.ว. เวชศาสตร์ป้องกัน

(แขนงเวชศาสตร์ป้องกันคลินิก)

Natpatou Sanguanwongse* M.D.,

Thai Board of Respiratory Medicine and

Respiratory Critical Care,

Thai Board of Preventive Medicine

(Clinical Preventive Medicine)

รุ่งเรือง กิจผาติ* พ.บ., อ.ว. เวชศาสตร์ป้องกัน

แขนงระบาดวิทยา, อ.ว. เวชศาสตร์ป้องกัน

(แขนงสาธารณสุขศาสตร์)

Rungrueng Kitphati* M.D.,

Thai board of Preventive Medicine

(Epidemiology & Public Health)

ศุภมิตร ชุณหสัทธิวัฒน์** พ.บ., ส.ม., อว.

เวชศาสตร์ป้องกัน (แขนงระบาดวิทยา)

Supamit Chunsuttiwat** M.D., M.P.H.,

Thai board of Preventive Medicine (Epidemiology)

*สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่

*Bureau of Emerging Infectious Diseases

**กรมควบคุมโรค

**Department of Disease Control

บทคัดย่อ

กรมควบคุมโรคได้แต่งตั้งผู้บัญชาการและคณะกรรมการในสถานการณ์อุทกภัย ปี 2554 จำนวน 7 คณะ เมื่อเดือนตุลาคม 2554 ซึ่งหนึ่งในคณะกรรมการฯ ได้แก่ คณะทำงานด้านยุทธศาสตร์ โดยกำหนดบทบาทหน้าที่หลัก คือ การให้ข้อเสนอแนะด้านยุทธศาสตร์และวิชาการ ในการป้องกันควบคุมโรค ต่อกรมควบคุมโรค และเมื่อสถานการณ์อุทกภัยสิ้นสุดลง ในเดือนธันวาคม 2554 จึงได้สรุปบทเรียน การดำเนินงานคณะทำงานฯ เพื่อรวบรวมประสบการณ์การตอบสนองต่อสถานการณ์อุทกภัย ปี 2554 และจัดทำ ข้อเสนอแนะต่อคณะกรรมการยุทธศาสตร์ ผู้บริหารและสำนักวิชาการผู้เกี่ยวข้อง สำหรับรับมือกับภาวะภัยพิบัติ ในอนาคต ศึกษาโดยใช้วิธีสนทนากลุ่ม ประชุมระดมสมอง และรวบรวมข้อคิดเห็นจากคณะทำงานและผู้เกี่ยวข้อง ในช่วงเดือนธันวาคม 2554 - มกราคม 2555 สรุปบทเรียนใน 6 ประเด็น ได้แก่ การประเมินสถานการณ์ พันธกิจ การปฏิบัติ การบริหารจัดการ/การส่งกำลังบำรุง การสั่งการ สื่อสาร และการประสานงาน ผลการสรุปบทเรียน คือ คณะทำงานฯ ได้ปฏิบัติงานบรรลุตามพันธกิจหรือภารกิจที่ได้รับมอบหมาย ผลการดำเนินงานทั้งข้อเสนอแนะ ด้านยุทธศาสตร์ 19 เรื่อง และคำแนะนำทางวิชาการ 63 รายการ ได้รับการยอมรับและก่อให้เกิดประโยชน์ อย่างมากต่อกลุ่มผู้ใช้ประโยชน์ ได้แก่ กลุ่มผู้บริหารกรม ผู้บัญชาการเหตุการณ์ คณะทำงานยุทธศาสตร์ ในสถานการณ์อุทกภัย ปี 2554 ทุกคณะ สำนักวิชาการที่เกี่ยวข้อง บุคลากร เจ้าหน้าที่ของรัฐอื่นๆ กลุ่มบุคคล

และภาคประชาชน ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อไป ได้แก่ ปรับปรุง การปฏิบัติงานของคณะกรรมการด้านยุทธศาสตร์รวมทั้งทีมวิชาการ และการพัฒนาโครงสร้าง ตลอดจนเสริมสร้างความเข้มแข็งของการจัดการเตรียมความพร้อม และตอบสนองต่อภาวะสาธารณสุขฉุกเฉินของกรมควบคุมโรค ให้มีการพัฒนาต่อเนื่องอย่างเป็นรูปธรรมต่อไป

Abstract

During flood crisis in late 2011 in Thailand, Department of Disease Control (DDC) established an incident command system composed of an incident commander and 7 committees to respond to the crisis based on DDC's roles. One of those committee was the Strategic and Technical Advisory Group (STAG). Its main task was to provide recommendations on policy and strategic aspects of the response including technical guidance on disease prevention and control. After the end of operation in December 2011, the committee reviewed the lessons learned from 2 months of working experiences to provide recommendation to DDC for further improvement on crisis preparedness and response in the future. The review process included focus group discussion, brainstorming and interviews of committee members and concerned authorities were conducted during December 2011-January 2012. Topics under review included situation assessment, mission, execution, administration and logistics, command, communication and coordination (SMEAC). A key conclusion was that STAG achieved its mission. The main products included 19 recommendations and 63 technical guidelines were broadly accepted and appreciated by the DDC administrators, the incident commander, other 6 committees under the incident command system, related government organizations, the media and the public. Improvement of STAG working mechanism and continuous strengthening other components of the incident command system are essential for development of DDC's Public Health Emergency Management.

ประเด็นสำคัญ

สรุปบทเรียน คณะทำงานด้านยุทธศาสตร์
การจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข
สถานการณ์อุทกภัย ปี 2554

Keywords

Lesson learned, Strategic and Technical Advisory Group,
Public Health Emergency Management,
Flood Crisis 2011

บทนำ

เพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์อุทกภัย ปลายปี พ.ศ. ๒๕๕๔ กรมควบคุมโรคได้จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข กรมควบคุมโรค (War room) ขึ้น และแต่งตั้งรองอธิบดีกรมควบคุมโรค เป็นผู้บัญชาการและตั้งคณะทำงานบัญชาการในสถานการณ์อุทกภัย ปี 2554 ด้านต่างๆจำนวน 7 คณะ ซึ่งคณะทำงานด้านยุทธศาสตร์เป็นคณะหนึ่ง เมื่อสถานการณ์อุทกภัยสิ้นสุด คณะทำงานด้านยุทธศาสตร์จึงยุติบทบาทลง และเพื่อเป็นการทบทวนการทำงาน

ที่ผ่านมา และให้ข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหาในอนาคต จึงได้จัดทำสรุปบทเรียนจากคณะทำงานด้านยุทธศาสตร์ และวิชาการขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมประสบการณ์การตอบสนองต่อสถานการณ์อุทกภัยปี 2554 และจัดทำข้อเสนอแนะต่อคณะทำงานยุทธศาสตร์ผู้บริหารและสำนักวิชาการผู้เกี่ยวข้อง สำหรับรับมือกับภาวะภัยพิบัติในอนาคต

วัสดุและวิธีการศึกษา

โดยการสรุปบทเรียน ดังนี้ :

1. ประชุมระดมสมองเพื่อสรุปผลงานและถอดบทเรียนภายในคณะทำงาน

2. ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียนร่วมกับผู้บริหารกรม ผู้แทนคณะทำงานบัญชาการทั้ง 7 คณะ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์การอนามัยโลก ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข

3. รวบรวมการแจ้งบทเรียนและข้อคิดเห็นเพิ่มเติมจากคณะทำงานและผู้เกี่ยวข้องอย่างไม่เป็นทางการ นอกเหนือจากเวทีการประชุม

4. จัดทำเอกสารสรุปบทเรียนภายใต้ ขอบข่าย 6 ประเด็น ได้แก่ การประเมินสถานการณ์ พันธกิจ การปฏิบัติ การบริหารจัดการ/การส่งกำลัง บำรุง การสั่งการ สื่อสาร เผยแพร่ต่อผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้อง

ผลการศึกษา

เกิดสถานการณ์อุทกภัยครั้งใหญ่ช่วง ปลายปี 2554 ส่งผลกระทบถึงสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมมหาศาล

ในช่วงปลายเดือนกรกฎาคม ถึงธันวาคม 2554 ประเทศไทยได้เกิดอุทกภัยครั้งใหญ่ในจังหวัดแถบภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และ ภาคกลาง มีรายงาน จากสำนักงานสถิติแห่งชาติว่า พื้นที่ประสบภัย 61 จังหวัด ประชาชนได้รับผลกระทบประมาณ 12.9 ล้านคน⁽¹⁾ และจากรายงานของศูนย์สนับสนุนการอำนวยความสะดวกและการบริหารสถานการณ์ อุทกภัย วาตภัย และดินโคลนถล่ม (ศอส.) เมื่อวันที่ 6 ธันวาคม 2554 พบผู้เสียชีวิต 675 ราย และสูญหาย 3 ราย⁽²⁾ สำหรับรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค พบผู้เสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับอุทกภัย และโคลนถล่ม รวมทั้งจากการถูกไฟฟ้าดูดจำนวน 728 ราย จาก 45 จังหวัด⁽³⁾ นอกจากนี้ พบการระบาดของโรคที่สำคัญ ได้แก่ โรคอุจจาระร่วงจากอาหารเป็นพิษ โรคฉี่หนู โรคสุกใส ตาแดง⁽⁴⁾

กลไกการตอบสนองต่อสถานการณ์อุทกภัยของกรมควบคุมโรค

กรมควบคุมโรคได้มีการดำเนินงานเพื่อ

ตอบสนองต่อภาวะอุทกภัย ตามบทบาทการป้องกันควบคุมโรค ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยมีกลไกเริ่มจากการดำเนินงานเฉพาะพื้นที่โดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขตขยายเป็นการประสานงานกับส่วนกลาง โดยเริ่มมีการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข กรมควบคุมโรค (War room) ขึ้นในเดือนตุลาคม 2554 เป็นหน่วยบัญชาการและประสานงานของหน่วยงาน ในสังกัดกรมควบคุมโรค และมีคำสั่งกรมควบคุมโรค แต่งตั้งคณะทำงานบัญชาการในสถานการณ์อุทกภัย ปี 2554⁽⁵⁾ เพื่อรองรับสถานการณ์อุทกภัยดังกล่าว และดำเนินการตามภารกิจของกรมควบคุมโรค เพื่อช่วยสนับสนุนการทำงาน ในพื้นที่ที่ประสบสถานการณ์อุทกภัยของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขตที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยผู้บัญชาการเหตุการณ์ และคณะทำงานด้านต่างๆ 7 คณะ ได้แก่คณะทำงาน ด้านยุทธศาสตร์ คณะทำงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค คณะทำงานประสานสนับสนุนการควบคุมโรคในศูนย์พักพิง คณะทำงานสื่อสารประชาสัมพันธ์ คณะทำงานการส่งกำลังบำรุง คณะทำงานด้านประสานงาน และคณะทำงานแผน ติดตามกำกับและประเมินผล

Mission: องค์ประกอบและพันธกิจของ STAG

คณะทำงานด้านยุทธศาสตร์ เพื่อสถานการณ์อุทกภัย ปี 2554

กรมควบคุมโรคได้แต่งตั้งคณะทำงานด้านยุทธศาสตร์ในสถานการณ์อุทกภัย ปี 2554⁽⁶⁾ ภายใต้คณะทำงานบัญชาการในสถานการณ์อุทกภัย ปี 2554 โดยกำหนดบทบาทหน้าที่หลัก คือ การให้ข้อเสนอแนะด้านยุทธศาสตร์และวิชาการ ในการป้องกันควบคุมโรค แก่ผู้บังคับบัญชาการศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข และสนับสนุนการทำงานของคณะทำงานด้านต่างๆ ทุกคณะ โครงสร้างคณะทำงานนี้มีนพ.ศุภมิตร ชุณห์สุทธีวัฒน์ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรคเป็นประธานคณะทำงาน นพ.รุ่งเรือง กิจผาติ ผู้อำนวยการสำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ เป็นเลขานุการ คณะทำงานประกอบด้วย

ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ผู้อำนวยการสำนักวิชาการ แพทย์และนักวิชาการ จากสำนัก/หน่วยงานต่างๆ ในสังกัดกรมควบคุมโรค รวมจำนวนทั้งสิ้น 41 ท่าน

คณะกรรมการด้านยุทธศาสตร์ได้ปฏิบัติงานครบถ้วนตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายข้างต้น

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การปฏิบัติงานของคณะกรรมการด้านยุทธศาสตร์ บรรลุตามพันธกิจหรือภารกิจที่ได้รับมอบหมาย

Execution: การดำเนินงานของคณะกรรมการด้านยุทธศาสตร์

สรุปผลการดำเนินงานของคณะกรรมการด้านยุทธศาสตร์ ตั้งแต่วันที่ 14 ตุลาคม - 30 ธันวาคม 2554 ดังนี้

ก) จัดทำยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการกรมควบคุมโรค สำหรับการป้องกันควบคุมโรคในสถานการณ์อุทกภัย พ.ศ. 2554 และข้อเสนอเรื่องแผนประกอบกิจการ กรมควบคุมโรค ทำให้หน่วยงานต่างๆ ของกรมควบคุมโรคมีทิศทางในการปฏิบัติงาน รวมทั้งแผนสำรองเพื่อการประกอบกิจการระหว่างเกิดภัย

ข) ให้คำปรึกษาทั้งด้านยุทธศาสตร์และวิชาการแก่ทั้ง IC คณะทำงานต่างๆ สำนัก สำนักงานป้องกันควบคุมโรค รวม 19 รายการ⁽⁷⁾ สรุปข้อเสนอแนะจากคณะกรรมการด้านยุทธศาสตร์ ดังในภาคผนวก ทำให้มีการกำหนดนโยบายของกรม การปรับเปลี่ยนแนวทางการดำเนินงาน ของศูนย์ปฏิบัติการฯ ตามความเหมาะสมของสถานการณ์

ค) จัดทำเอกสารและเผยแพร่วิชาการรูปแบบต่างๆ ด้านการป้องกัน ควบคุมโรคในภาวะอุทกภัย จำนวน 63 รายการ^(8,9) ดังสรุปหัวข้อรายการวิชาการในภาคผนวก กระทั่งได้รับการยอมรับผ่านสื่อมวลชน จากกลุ่ม “รู้ ลู! flood” กลุ่มอาสาสมัครทำสื่อวิดีโอสร้างสรรค์ ในรูปแบบแอนิเมชัน ยอดนิยมของคนไทย และสื่อต่างประเทศ ใช้เป็นแหล่งอ้างอิง⁽¹⁰⁾ ทำให้มีการแพร่หลายต่อไปยังสถานีโทรทัศน์ และสังคม social media อย่างกว้างขวาง

ง) เป็นผู้ประสานงานหลักด้านวิชาการของ

กรมกับหน่วยงานนอกกรม นอกกระทรวง หน่วยงานต่างประเทศ เช่น องค์การอนามัยโลก ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคแห่งชาติ ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยการจัดตั้งในรูปแบบคณะกรรมการร่วมกับกรมควบคุมโรค ใช้ชื่อว่า Joint Technical Advisory Group หรือ JTAG ทำให้เกิดความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน และระหว่างประเทศขึ้นมากมาย

จ) สรุปบทเรียนของคณะกรรมการ เพื่อรวบรวมประสบการณ์ และเผยแพร่ข้อเสนอแนะต่อผู้บริหาร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการรับมือกับภาวะภัยพิบัติในอนาคต

ในภาพรวม ผู้ร่วมสรุปบทเรียนเห็นว่าการดำเนินงานมีประสิทธิภาพ เกิดผลลัพธ์ในการดำเนินงานภาคปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม และภาพลักษณ์ที่ดีของกรมควบคุมโรค จากมุมมองของบุคคลทั่วไป คำแนะนำทางยุทธศาสตร์มีความทันเวลาอยู่ในเกณฑ์ดี ส่วนคำแนะนำด้านวิชาการ ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ดี อย่างไรก็ตาม บางส่วนยังต้องปรับปรุงเรื่องความทันเวลา ความสอดคล้องกับหน่วยงานเจ้าของเรื่อง และความเป็นไปได้จริงในทางปฏิบัติ ผลกระทบที่เกิดขึ้น ประชาชนได้ประโยชน์จากการป้องกันควบคุมโรค ไม่พบการระบาดใหญ่ของโรคติดต่อสำคัญในช่วงอุทกภัย เช่น อหิวาต์ โรคฉี่หนู ไข้เลือดออก มีการสร้างเครือข่ายการทำงานความเชื่อมโยงระหว่างผู้ทรงคุณวุฒิ และสำนักวิชาการ มีการทำงานร่วมกันระหว่างสำนัก

ผู้ใช้ประโยชน์ ได้แก่ กลุ่มผู้บริหารกรม ผู้บัญชาการเหตุการณ์ คณะทำงานบัญชาการในสถานการณ์อุทกภัย ปี 2554 ทุกคณะ สำนักวิชาการที่เกี่ยวข้อง บุคลากร เจ้าหน้าที่ของรัฐอื่นๆ กลุ่มบุคคลและภาคประชาชน ซึ่งจากการทบทวนและสรุปบทเรียนพบว่า ส่วนใหญ่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้ประโยชน์ได้ดี ทำให้เกิดความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีการกระตุ้นให้เกิดการดำเนินงานและนวัตกรรมขึ้น อย่างไรก็ตาม ยังคงต้องมีการพัฒนาให้ดียิ่งขึ้นไป ในแง่ของประสิทธิภาพการบริหารจัดการ และความรวดเร็ว ทันเวลา

Administration and Logistics : การบริหารจัดการและการส่งกำลังบำรุง สำหรับคณะทำงานด้านยุทธศาสตร์

การบริหารจัดการภายในคณะทำงานดำเนินการด้วยประธาน และฝ่ายเลขาของคณะทำงาน ซึ่งกิจกรรมดำเนินไปได้ด้วยความร่วมมือของคณะทำงานและสำนักวิชาการที่เกี่ยวข้อง สิ่งที่ได้ดีแล้ว คือ การดำเนินงานที่เข้มแข็ง ไม่มีกำแพงกัน แต่สิ่งที่ควรปรับปรุงคือ ความต่อเนื่องและการพัฒนางานนั้นๆ ต่ออย่างยั่งยืน และกลไกการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานเจ้าของเรื่อง

การสนับสนุนด้านส่งกำลังบำรุง สิ่งที่จะมีการปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้นได้ คือ การจัดให้มีหน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก ในการสนับสนุนด้านส่งกำลังบำรุง ซึ่งควรเป็นหน่วยงานเดียวกับเลขานุการของคณะทำงาน

Command communication and coordination : การสั่งการ การสื่อสาร การประสานงานภายใน/นอกคณะทำงานด้านยุทธศาสตร์

การสั่งการ ใช้การระดมความร่วมมือในกลุ่มคณะทำงานที่มีจิตอาสา เข้ามาทำงานที่นอกเหนือจากภารกิจปกติ โดยเป็นมติจากที่ประชุมในแต่ละครั้ง มอบหมายผู้รับผิดชอบงาน หรือผู้ประสานงานกับสำนักวิชาการเจ้าของเรื่อง เพื่อพิจารณาดำเนินการ

การสื่อสาร/ประสานงาน ส่วนใหญ่ใช้การสื่อสาร/ประสานงานอย่างไม่เป็นทางการ เช่น ทางอีเมล โทรศัพท์ ยกเว้น เรื่องสำคัญที่จำเป็นต้องใช้หนังสือราชการ จึงจะมีการออกหนังสือจากคณะทำงานหรือประสานขอให้หน่วยงานเจ้าของเรื่องเป็นผู้ออกหนังสือ ซึ่งประโยชน์ที่ได้และเป็นสิ่งที่ดี คือ ความรวดเร็วในการประสานงาน ส่วนประเด็นที่ยังต้องปรับปรุงได้แก่ การมีผู้รับผิดชอบงานที่เข้มแข็งและต่อเนื่อง ข้อเสนอแนะจากการสรุปบทเรียน สรุปได้ดังนี้

1. กระทรวงสาธารณสุขควรมีคณะทำงานยุทธศาสตร์ และวิชาการระดับกระทรวง สำหรับเตรียมพร้อมและรับมือกับภาวะสาธารณสุขฉุกเฉิน โดยเชื่อมโยงกับคณะทำงานต่างๆ ของกรม เพื่อลด

ความซ้ำซ้อนและเพิ่มประสิทธิภาพของงาน เช่น การเข้าไปประเมินสถานการณ์ในศูนย์พักพิง การแจกจ่ายตำราชีพให้ประชาชน

2. กรมควบคุมโรคควรเสริมสร้างความเข้มแข็งของการจัดการเตรียมความพร้อมและตอบสนองต่อภาวะสาธารณสุขฉุกเฉินของกรม

3. ควรมีกลไกสนับสนุนการทำงานของคณะทำงาน ยุทธศาสตร์และวิชาการของกรมอย่างเป็นระบบ เชื่อมโยงระหว่างคณะกรรมการและแผนงานควบคุมโรครวมทั้งสำนัก/กองต่างๆ ซึ่งที่ผ่านมาค่อนข้างจะเป็นแบบจิตอาสา

4. จัดระบบการระดมสรรพกำลังบุคลากรทั้งด้านยุทธศาสตร์วิชาการ บริหารจัดการ และปฏิบัติการ ให้มีความคล่องตัวสูง และได้รับการสนับสนุนอย่างเป็นรูปธรรมที่รวดเร็ว ทันเหตุการณ์

5. จัดการฝึกซ้อมแผนรับภัยพิบัติร่วมกันระหว่างคณะทำงานด้านยุทธศาสตร์และหน่วยปฏิบัติ อยู่เสมอ

วิจารณ์

สาระสำคัญที่ได้จากการสรุปบทเรียนนี้ ส่วนใหญ่เป็นความเห็นซึ่งเป็นอัตวิสัย (subjective) อันได้จากกลุ่มสมาชิกของคณะทำงานด้านยุทธศาสตร์เป็นหลัก ส่วนความเห็นจากบุคคลอื่น เช่น กลุ่มผู้ใช้ประโยชน์นับว่าได้มาเป็นส่วนน้อย ดังนั้นอาจยังมีข้อจำกัดอยู่ในแง่ของความครบถ้วน สมบูรณ์ ถูกต้อง อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาในส่วนข้อมูลที่ได้มา การมีกลไก ให้คำแนะนำด้านยุทธศาสตร์และวิชาการจากทีมผู้ทรงคุณวุฒินั้น ทำให้ได้ประโยชน์อย่างมาก ทั้งในด้านการดำเนินงานของหน่วยงานภายในกรมควบคุมโรค และการบูรณาการงานระหว่างกรม รวมทั้งหน่วยงานภายนอก ซึ่งกลไกการแต่งตั้งคณะทำงานยุทธศาสตร์นี้จะสามารถระดมคลังสมอง ความรู้ ความสามารถของผู้ทรงคุณวุฒิภายในกรมควบคุมโรค รวมทั้งผู้อำนวยการสำนัก/กอง แพทย์และนักวิชาการที่มีความเชี่ยวชาญในหลากหลายสาขา มาร่วมกันทำงานได้เป็นอย่างดี

เมื่อเทียบกับในภาวะปกติ ที่ยังมีระบบชั้นบัญชาการ และความเป็นสังกัดของแต่ละหน่วยงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ทำให้สามารถวิเคราะห์ หาจุดแข็ง และจุดอ่อน เพื่อเป็นแนวทางและข้อเสนอแนะในการพัฒนางาน ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินของกรมควบคุมโรค อย่างไรก็ดี ประเด็นสำคัญนอกเหนือจากยุทธศาสตร์และวิชาการแล้ว การบริหารจัดการและการนำไปปฏิบัติ เป็นส่วนที่สำคัญมาก จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาควบคู่กันไป ข้อเสนอแนะที่ได้จากการสรุปบทเรียนในเรื่องของการเสริมสร้างความเข้มแข็ง ระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขของกรมควบคุมโรค และการเชื่อมโยงเครือข่ายระหว่างหน่วยงานอย่างเป็นระบบ ซึ่งเป็นข้อเสนอแนะสำคัญจากการสรุปบทเรียนในครั้งนี้ พบว่า มีความสอดคล้องกับข้อเสนอแนะในภาพรวมของคณะทำงานทั้ง 7 คณะและสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขต ซึ่งปฏิบัติงานร่วมกันในภาวะอุทกภัยครั้งนี้ ⁽¹¹⁾ และสรุปบทเรียนมหาอุทกภัย ปี 2554 ของกระทรวงสาธารณสุข ⁽¹²⁾ ทำให้เป็นที่ชัดเจนว่า ควรมีการพัฒนาเรื่อง ระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขให้เข้มแข็ง ต่อเนื่องอย่างเป็นรูปธรรมต่อไป

สรุป

คณะทำงานด้านยุทธศาสตร์ ได้ปฏิบัติงานบรรลุตามพันธกิจหรือภารกิจที่ได้รับมอบหมาย ผลการดำเนินงานทั้งข้อเสนอแนะด้านยุทธศาสตร์และคำแนะนำทางวิชาการ ได้รับการยอมรับจากกลุ่มผู้ใช้ประโยชน์ ได้แก่ กลุ่มผู้บริหารกรม ผู้บัญชาการเหตุการณ์ คณะทำงานบัญชาการ ในสถานการณ์อุทกภัย ปี 2554 ทุกคณะ สำนักวิชาการที่เกี่ยวข้อง บุคลากร เจ้าหน้าที่ของรัฐอื่นๆ กลุ่มบุคคลและภาคประชาชน ก่อให้เกิดผลงานจากการนำไปสู่ภาคปฏิบัติ ยังประโยชน์ให้กับประชาชนอย่างมาก อย่างไรก็ตาม กรมควบคุมโรคและสำนักวิชาการ ควรมีการปรับปรุงในการปฏิบัติงานของคณะทำงานด้านยุทธศาสตร์ การเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบงานสาธารณสุขฉุกเฉินของกรมควบคุมโรค

ให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องต่อไป สำหรับข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

สรุปข้อเสนอแนะจากคณะทำงานยุทธศาสตร์

1. จัดทำยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการกรมควบคุมโรค สำหรับการป้องกันควบคุมโรคในตามระยะของสถานการณ์อุทกภัย รวมทั้งการจัดทำแผนประกอบกิจการขององค์กร
2. ให้คำแนะนำหน่วยงานของกรม ในด้านปฏิบัติการป้องกันควบคุมโรค เช่น การเฝ้าระวังโรคช่วงอุทกภัย รวมทั้งในศูนย์พักพิง การเข้าควบคุมโรคในพื้นที่
3. เสนอนโยบายสำคัญ เรื่องการบริหารจัดการเวชภัณฑ์ และวัสดุ อุปกรณ์ที่จำเป็น การใช้วัคซีนป้องกันโรคในช่วงอุทกภัย เช่น วัคซีนป้องกันบาดทะยักในกลุ่มทหาร ตำรวจ อาสาสมัครที่ต้องลุยน้ำท่วมเข้าพื้นที่ช่วยเหลือประชาชน วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ในศูนย์พักพิงที่มีขนาดใหญ่ การติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
4. ประสานความร่วมมือของกรมควบคุมโรค กรมต่างๆ ในกระทรวงสาธารณสุข ผู้เชี่ยวชาญจากมหาวิทยาลัย องค์การอนามัยโลกและศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ เพื่อให้คำแนะนำด้านวิชาการและเสนอการปรับยุทธศาสตร์ให้เหมาะสมกับสถานการณ์แต่ละระยะ
5. แนะนำประเด็นสำหรับการสื่อสารเพื่อประชาชน เช่น คำแนะนำเรื่องการป้องกันไฟดูด เชื้อรา
6. ทำการสรุปบทเรียนและให้ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงงาน เตรียมความพร้อมสำหรับภัยพิบัติต่อไป

สรุปหัวข้อวิชาการสำหรับเจ้าหน้าที่และประชาชนที่จัดทำโดย ทีมวิชาการภายใต้คณะทำงานด้านยุทธศาสตร์ กลุ่มที่ 1 คำแนะนำสำหรับประชาชน

1.1 ภัยและโรคที่มากับน้ำท่วม เช่น การถูกสัตว์กัด/ต่อย อันตรายจากไฟฟ้าดูด โรคติดต่อ เชื้อรา สัญญาณอันตรายและการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สารเคมีปนเปื้อนในน้ำท่วม จมน้ำ การอยู่กับน้ำเสียโดย

ไม่เกิดโรค

1.2 การระมัดระวังด้านสุขาภิบาล เช่น บริโภคอาหารและน้ำดื่มสะอาด การกำจัดยุง/สัตว์นำโรค จัดการขยะมูลฝอย การจัดการสัตว์เลี้ยง การทำส้วมที่ถูกสุขลักษณะ

1.3 เรื่องทั่วไปอื่นๆ เช่น การจัดการบ้านหลังน้ำลด สถานการณ์และความคืบหน้าต่างๆ การปฏิบัติตนในศูนย์พักพิง การใช้อุปกรณ์ชูชีพ

กลุ่มที่ 2 คำแนะนำสำหรับเจ้าหน้าที่

2.1 แนวทางป้องกันควบคุมโรค/ภัยต่างๆ เช่น โรคหัด คางทูม หัดเยอรมัน โรคเลปโตสไปโรซิส โรคทั่วไป

2.2 แนวทางการดำเนินงานด้านสุขาภิบาล เช่น การจัดสถานที่ การจัดการสัตว์เลี้ยง ในศูนย์พักพิง การควบคุมแมลงพาหะ

2.3 แนวทางการดูแลรักษา เมื่อเกิดภัย/โรค เช่น แนวทางสำหรับเจ้าหน้าที่กู้ภัยกรณีสงสัยว่ามีสารเคมีปนเปื้อนในน้ำท่วม การติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การดูแลรักษาโรคติดต่อในภาวะอุทกภัย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะทำงานด้านยุทธศาสตร์ในสถานการณ์อุทกภัย ปี 2554 ผู้บริหารกรมควบคุมโรค ผู้แทนคณะทำงานบัญชาการ ทั้ง 7 คณะ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์การอนามัยโลก ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข ที่ร่วมกันดำเนินการตอบโต้ต่ออุทกภัย สนับสนุนข้อมูลการดำเนินงาน และเข้าร่วมในการสรุปบทเรียนของคณะทำงานด้านยุทธศาสตร์ในสถานการณ์อุทกภัย 2554 ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะ อันเป็นประโยชน์

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. หายนะ "มหาอุทกภัย" ปี 54 จากบทเรียนราคาแพง สู่แผนรับมือในอนาคต. ข่าวประชาสัมพันธ์ เมื่อวันที่ 3 กันยายน 2555. [ออนไลน์]. สืบค้นวันที่ 4 ตุลาคม 2555.

จาก <http://www.hsri.or.th/news/979>.

2. ศูนย์สนับสนุนการอำนวยความสะดวกและการบริหารสถานการณ์อุทกภัย วาตภัย และดินโคลนถล่ม. รายงานสถานการณ์เมื่อวันที่ 6 ธันวาคม 2554. [ออนไลน์]. สืบค้นวันที่ 4 ตุลาคม 2555. จาก http://disaster.go.th/dpm/flood/flood54/news/news_thai/EOCReport6DEC.pdf.
3. กลุ่มตอบโต้สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ สำนักกระบวนวิทยา กรมควบคุมโรค. สถานการณ์ผู้เสียชีวิต ที่เกี่ยวข้องกับอุทกภัยและโคลนถล่ม ประเทศไทย ณ วันที่ 11 พฤศจิกายน 2554. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ 2554; 42: 753-757.
4. Department of Disease Control, WHO/Thailand and Thailand MOPH-CDC Collaboration. Thailand Flood Crisis and Disease Control Situation Report: Updated 9 December 2011 (serial online) 2011 [cited 2012 September 19]. Available from: URL: <http://www.ddc.moph.go.th/emg/flood/showimgpic.php?id=707>
5. คำสั่งกรมควบคุมโรคที่ 1301/2554 เรื่องแต่งตั้งคณะทำงานบัญชาการในสถานการณ์อุทกภัย ปี 2554 สืบ ณ วันที่ 19 ตุลาคม 2554
6. คำสั่งกรมควบคุมโรคที่ 1329/2554 เรื่องแต่งตั้งคณะทำงานด้านยุทธศาสตร์ในสถานการณ์อุทกภัย ปี 2554 สืบ ณ วันที่ 7 พฤศจิกายน 2554
7. คณะทำงานด้านประสานงานภายใต้คณะบัญชาการในสถานการณ์อุทกภัยปี 2554. การดำเนินงานและผลการดำเนินงานของคณะทำงานศูนย์ปฏิบัติการ 7 คณะ. ใน: นวพร ดีมาก พาหุรัตน์ คงเมือง ทัยสุวรรณ เสฏฐวุฒิ นิธิโชติชัยศิริ. สรุปผลการดำเนินงานกรมควบคุมโรค ในการแก้ปัญหาอุทกภัย ปี 2554. กรุงเทพมหานคร: 2555. หน้า 17-27
8. คณะทำงานด้านประสานงานภายใต้คณะบัญชาการในสถานการณ์อุทกภัยปี 2554. สรุป รายงานการวิชาการและการเผยแพร่ที่จัดทำโดยทีมวิชาการ

- ตอบโต้โรคและ ภัยจากภาวะน้ำท่วม. ใน: นวพร ตีมาก พาหุรัตน์ คงเมือง ทัยสุวรรณ เสฏฐวุฒิ นิธิโชติชัยศิริ. สรุปผลการดำเนินงานกรมควบคุมโรค ในการแก้ปัญหาอุทกภัย ปี 2554. กรุงเทพมหานคร: 2555. หน้า 138-141
9. กรมควบคุมโรค. กรมควบคุมโรค ห่วงใย สู้โรคและ ภัยน้ำท่วม. สืบค้นวันที่ 4 ตุลาคม 2555. จาก <http://www.ddc.moph.go.th/emg/flood/>.
10. ทีมข่าวจุดประกาย กรุงเทพธุรกิจ. รู้ สู้!Flood.. จัด 'ความรู้' สู้ 'ดราม่า' (ฉบับเต็ม) วันที่ 30 ตุลาคม 2554. [ออนไลน์]. สืบค้นวันที่ 4 ตุลาคม 2555. จาก <http://www.bangkokbiznews.com/home/detail/life-style/lifestyle/20111030/416553/รู้-สู้!Flood..-จัด-ความรู้-สู้-ดราม่า.html>.
11. คณะทำงานด้านประสานงานภายใต้คณะบัญชาการใน สถานการณ์อุทกภัยปี 2554. บทสรุปสำหรับผู้บริหาร. ใน: นวพร ตีมาก พาหุรัตน์ คงเมือง ทัยสุวรรณ เสฏฐวุฒิ นิธิโชติชัยศิริ. สรุปผลการ ดำเนินงานกรมควบคุมโรค ในการแก้ปัญหาอุทกภัย ปี 2554. กรุงเทพมหานคร: 2555. หน้า 7-8
12. คณิตสรณ์ สัมฤทธิ์เดชขจร, สรชัย จำเนียรดำรงการ. มหาอุทกภัย ปี 2554 : บทเรียนจากประสบการณ์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ชันต่ำการพิมพ์; 2555.

ดรรชนีชื่อเรื่อง

วารสารควบคุมโรค ปีที่ 38 พ.ศ. 2555

ชื่อเรื่อง	เล่มที่	หน้า
การควบคุมลูกน้ำยุงรำคาญ โดยใช้ Novaluron ในแหล่งน้ำขัง	2	138
การใช้โปรแกรม HIVQUAL-T เพื่อประเมินคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย เอชไอวี/เอดส์ ของโรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์	2	129
การบังคับใช้กฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในเขตปริมณฑลกรุงเทพมหานคร ปี 2553-2554	3	167
การประเมินความสัมพันธ์ของภาวะสุขภาพกับปริมาณสารทำลายอินทรีย์ในเลือด ของพนักงานโรงงานประดิษฐ์หัตถกรรมพื้นบ้านในจังหวัดเชียงใหม่	3	177
การประเมินผลการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และประสิทธิผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง	3	184
การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยชุมชนมีส่วนร่วม จังหวัดลำพูน	4	339
การเปลี่ยนแปลงผลการตรวจเชื้อจากรอยโรคผิวหนังผู้ป่วยโรคเรื้อรังใหม่ชนิดเชื้อรามาก หลังรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดผสมครบ 1 ปี และ 2 ปี	3	236
การเปลี่ยนแปลงผลทดสอบทุเบอร์คูลินทางผิวหนังในบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถาบันบำราศนราดูร	3	228
การพัฒนาชุมชนต้นแบบเฝ้าระวังและรับเรื่องร้องเรียนเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรณี 7 ชุมชนนาร่อง และ 1 เครือข่าย	4	288
การพัฒนารูปแบบการทำงานเชิงรุกในกลุ่มพนักงานบริการหญิงแบบอิสระในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี	1	15
การพัฒนาให้เกิดความภาคภูมิใจและความคาดหวังในความสามารถของตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ของนักเรียนในจังหวัดนครราชสีมา	4	299
การระบาดของโรคติดเชื้อสเตรปโตคอคคัส อีโค ในจังหวัดลำปาง ปี 2554	3	247
การวัดคุณภาพบริการการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ประเทศไทย	3	215
การศึกษาการติดเชื้อวัณโรคบริเวณกระดูกที่สถาบันบำราศนราดูร	4	318
การศึกษาและเปรียบเทียบแนวทางการประเมินผลการปฏิบัติราชการของกรมควบคุมโรค	1	1
ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดผื่นผิวหนังอักเสบบริเวณมือในนักศึกษาช่างทำผมหญิง ในเขตกรุงเทพมหานคร	2	77
ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ใช้ถุงยางอนามัยในผู้ติดเชื้อเอชไอวีภาคเหนือตอนล่าง: การสำรวจครั้งที่สอง	1	24

ชื่อเรื่อง	เล่มที่	หน้า
ความรู้และทัศนคติในการวางแผนครอบครัวของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ สถาบันบำราศนราดูร	1	31
ความเหมาะสมของการใช้วัคซีนในสถานการณ์อุทกภัย	1	61
โครงการปรับปรุงการเข้าถึงระบบบริการการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในประเทศไทยสำหรับผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงสิทธิและผู้ป่วยที่อยู่นอกสิทธิระบบประกันสุขภาพ	2	97
ทัศนคติ ความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดการเรียนรู้เรื่องเอดส์เพศศึกษาและทักษะชีวิตสำหรับเยาวชน ในสถานศึกษา	4	326
บทเรียนของคณะทำงานด้านยุทธศาสตร์ ภายใต้ระบบการจัดการภาวะสาธารณสุขฉุกเฉิน ในสถานการณ์อุทกภัย 2554	4	349
ประสิทธิผลของมาตรการแลกเปลี่ยนเข็มและกระบอกฉีดยาตามนโยบายลดอันตราย ในผู้ขายเสฟติตในการลดอัตราการติดเชื้อ HIV	3	197
ประสิทธิผลโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน จังหวัดอ่างทอง	4	280
ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค ตำบลหาดอาษา อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท	3	256
ผลกระทบจากอุทกภัยที่มีต่อพนักงานบริการหญิงและบริการด้านการป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	2	109
ผลของการควบคุมโภชนาการต่อระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วยเด็กติดเชื้อเอชไอวี ที่ได้รับยาต้านสูตรโลพินาเวียร์/รีโทนาเวียร์	2	121
ผลของการใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดต่อการรับรู้ความปวด ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง	2	157
พฤติกรรมการล้างมือของนักเรียนชั้นประถมศึกษา	1	41
พฤติกรรมเสี่ยงร่วมสำคัญที่ทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชากรไทยข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการพัฒนายุทธศาสตร์ป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพ	4	263
ระดับ Hemeoxygenase-1 ในเลือดคนงานที่สัมผัสซิลิกาจากการทำงานในโรงโม่หินเขตภาคเหนือตอนบน	1	8
ระบบแจ้งเตือนความเสี่ยงการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาในผู้ป่วยฉีดยาฉีดที่มีภาวะไตบกพร่อง	1	51
สูตรยาต้านวัณโรคหลังผู้ป่วยเกิดภาวะตับอักเสบระหว่างรักษาวัณโรคในสถาบันบำราศนราดูรปี 2548- 2552	4	306
หลักสูตรการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในหน่วยงานที่ให้บริการด้านสวัสดิการสังคม	2	87
อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนเพื่อการป้องกันควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพอำเภอเมือง จังหวัดยโสธร	2	147

Title Index
Disease Control Journal, Volume 38, Year 2012

Title	Number	Page
Alarm System for Risk of Adverse Drug Reactions in Renal Impairment Leprosy Patients	1	51
Appropriateness of Vaccine Use in Flooding Situation	1	61
Attitude and Concept of AIDS, Sex Education and Life Skills Management Learning for Youth in Academic Institute	4	326
Blood Hemeoxygenase-1 (HO-1) Levels in Stone Mill Workers who were Exposed to Silica in Upper North Thailand	1	8
Changes of Bacteriological Index from Slit Skin smears of Newly Multibacillary Leprosy Patients after One and Two years Treatment with Multidrug Therapy	3	236
Culex spp. Mosquito Larva Control by Appling Novaluron in Polluted Water	2	138
Denuge Prevention and Control by Community Participant in Lamphun Province	4	339
Developing Model Community for Watching out and Receiving Complaint of Alcoholic Drinks In Case of 7 Pilot Communities and one Network	4	288
Development of Out-reach Strategies to Approach Freelance Female Sex Workers in Amphae Maung, Chonburi Province	1	15
Development of the Extension Phase of National Antiretroviral Access for People with HIV/AIDS, the Reach Uninsured and Limited Rights Patients	2	97
Development of the Training Course of Caring for TB Patients in Social Welfare Office	2	87
Diet and Dyslipidemia in HIV Infected Pediatric Patients who Received Lopinavir/ritonavir (LPV/r)	2	121
Effectiveness of Needle Syringe Exchange Program in Harm Reduction Policy	3	197
Effectiveness of Program for Health Behavior Modification in People with Pre-diabetes, Ang Thong Province	4	280
Effects of Pain Management Protocol on Pain Perception of Persons With Post-Operative Abdominal Surgery	2	157
Empowerment of Disease Control at District level for the Effective Disease Prevention and Control: Case of Muang District, Yasothon Province	2	147
Evaluation of DM Care and Application of Self Efficacy Theory to Consumption Behavior Adaptation/Modification	3	184
		359

Title	Number	Page
Factors Affecting to the Implementation of Disease Prevention and Control by Health Network in Had Arsa Sub-district, Sapphaya District, Chai Nat Province	3	256
Flooding Impact on Female Sex Workers and HIV and STI Prevention Services	2	109
Hand-Washing Practice of Elementary Schoolchildren	1	41
HIVQUAL-T Program to Access Quality of Care among HIV Patients at Prasamutjedee Sawattayanon Hospital	2	129
Knowledge and Attitudes of Family Planning among Women Infected with HIV/AIDS in Bumrasnaradura Infectious Disease Institute	1	31
Law Enforcement of Tobacco and Alcohol Control Acts in peri - Bangkok Metropolitan area in 2010-11	3	167
Lessons Learned from the Operation of Strategic and Technical Advisory Group Under DDC's Public Health Emergency Management in Response to Flood Crisis 2011	4	349
Model development for self esteem and self efficacy expectation to modify risk behaviors among the students in Nakhon Ratchasima Province	4	299
Outbreak of Streptococcus equi Infection in Lampang Province 2011	3	247
Prevalence and Associated Factors of Hand Contact Dermatitis in Female Hairdresser Students in Bangkok	2	77
Prevalence and Risk Factor of Unprotected Sex among HIV-infected Patients in Lower North: the Second Survey	1	24
Quality Measurement of HIV Care Service for People Living with HIV and AIDS in Thailand	3	215
Relationship between Health Status and Organic Solvent Level in Handicraft Workers in Chiangmai Province	3	177
Study of Guideline and Performance Evaluation of Department of Disease Control	1	1
Tuberculin Skin Test Conversion among Health Care Workers in Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute, Thailand	3	228
Tuberculosis of Bone at Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute	4	318
Tuberculosis Treatment Regimens in Patients Experiencing Liver Toxicity due to Short Course Chemotherapy at Bamrasnaradura Infectious Disease Institute between 2005-2009	4	306

ดัชนีผู้เขียน
วารสารควมคุมโรค ปีที่ 38 พ.ศ. 2555

ชื่อ	เล่มที่	หน้า	ชื่อ	เล่มที่	หน้า
กมล เกษธรรม	2	97	ธนิยา เชี่ยวชาญ	4	306
กรชนก บุญชู	1	15	ธีระ รามสูต	3	236
กฤตยา กล้าวจิต	4	326	นภา จิระคุณ	2	121
กาญจนา ใจแข็ง	2	87	นัฐพนธ์ เอกรักษ์รุ่งเรือง	3	247
กาญจนา พักทองคำ	3	215	นันทะภร แก้วอรุณ	1	61
กาญจนา เลิศวุฒิ	4	339	นาฏพัธู สงวนวงศ์	4	350
เกศินี มีทรัพย์	1	61	นาฏพัธู สงวนวงศ์	3	228
โกเมศ อุนรัตน์	3	236	นิตยา สอนพรหม	2	157
โกวิทย์ นามบุญมี	3	177	นิภา น้อยเลิศ	1	42
โกวิทย์ นามบุญมี	1	8	นุชนารถ แก้วดำเกิง	4	327
ไกรศลปี ศิริวิบูลย์	4	339	บุญณภัสสร บุญจุน	2	138
จรัส สิงห์แก้ว	1	8	บุษบง เจาทานนท์	4	339
จรัส สิงห์แก้ว	3	177	เบญจวรรณ ระลึก	3	197
จรุง เมืองชนะ	1	61	ปฐมา สุทธา	3	228
จิรพงษ์ ฝ้ายพรรณ	4	318	ประนอม นพคุณ	3	228
จิราภรณ์ พันธจบสิงห์	2	157	ปานทิพย์ โชติเบญจมาภรณ์	3	167
จุฑามาศ มากบุญชร	2	109	ปิยวรรณ ลัมปัญญาเลิศ	1	31
จุฑารัตน์ ฝาสุข	3	256	ปิยะ แซ่จั้ง	2	77
เจริญ สิทธิโรจน์	4	339	ปิยะพร หวังรุ่งทรัพย์	4	340
เจริญสุข อัครพิพิธ	2	121	ปิยะดี ฉาโสง	2	157
เจียรนัย ชันติพงศ์	1	8	เปรมปรีดี ชวนะนเรศรัฐ	4	299
เจียรนัย ชันติพงศ์	3	177	พงษ์สวัสดิ์ รัตนแสง	2	147
ฉวีวรรณ คล้ายนาค	2	109	พรทิพย์ ยุกตานนท์	2	97
โสมยุพา เศรษฐี	4	280	พัชรา ตันธีรพัฒน์	3	228
ชนันท์ สิทธิบุศย์	4	318	พัชรี ศรีธัญรัตน์	2	157
ชาญณรงค์ ชัยสุวรรณ	1	8	พิชพันธ์ พงษ์สกุล	2	109
ชาญณรงค์ ชัยสุวรรณ	3	177	เพ็ญศรี ปัญญาตั้งสกุล	4	288
ชวนันท์ เลิศพิริยสุวัฒน์	2	109	เพลินพิศ พรหมมะลิ	4	288
ชวนันท์ เลิศพิริยสุวัฒน์	3	215	ภควดี โภคาภรณ์	4	288
ชวนันท์ เลิศพิริยสุวัฒน์	4	326	มนพร ขาติขันธ์	2	157
ชื่นกมล เสถบุตร	3	215	มนัส ลาวใส	4	340
ชุบ เลิศวิธี	2	138	ยุทธนา สามัง	2	138
ณรรจยา โกไศยกานนท์	1	61	ยุทธศักดิ์ พิรกุล	4	318
ณัฐธิดา สวนควมดี	1	1	ยุพิน ชินสงวนเกียรติ	2	109
ณัฐพร ก้องสกุลไกร	2	97	รัชณี วัฒนเรืองรอง	1	51
ณัฐอนงค์ อนันตวงศ์	3	167	รัชนู เจริญพัทธร	4	306
ณรินทร์ กลัดพวง	4	306	รัชนู เจริญพัทธร	2	121
ทวีฤทธิ์ สิทธิเวดิน	3	236	รัตนภรณ์ อิมหมั่นงาน	4	299
ทัศนีย์ มนุญพานิชย์	2	87	รัตนภรณ์ อิมหมั่นงาน	3	184
ทิพวรรณ คูศิริเวเชียร	2	129	รุ่งเรือง กิจผาติ	4	349
ธนวรรณ อัมสมบุรณ์	3	256	รุจิรา กลั่นเรืองแสง	2	138

ดัชนีผู้เขียน
วารสารควบคุมโรค ปีที่ 38 พ.ศ. 2555

ชื่อ	เล่มที่	หน้า	ชื่อ	เล่มที่	หน้า
ลัดดาวัลย์ กลิ่นมัลย์	2	121	ศิริพร ไผ่สุข	2	109
วรยา เหลืองอ่อน	4	349	ศิริลักษณ์ จิตตระเบียบ	4	263
วรวรรณ กลิ่นสุภา	1	61	ศุภกิจ คชอนันต์	1	8
วิทยา หลิวเสรี	1	8	ศุภกิจ คชอนันต์	3	177
วิทยา หลิวเสรี	3	177	ศุภมิตร ชุณหสัทธิวัฒน์	4	349
วิภา ภวานภรณ์	3	215	สมเกียรติ ท้วมแสง	1	8
วิภาดา มหรัตน์วิโรจน์	2	109	สมเกียรติ ท้วมแสง	3	177
วิศัลย์ มูลศาสตร์	2	121	สมเกียรติ ศิริรัตนพฤกษ์	1	8
ศรีลย์ เรืองชัย	3	215	สุธีรา พูลถิ่น	4	339
ศลิญา อาภาสุวรรณกุล	3	184	สันติพงษ์ กัณทะวารี	4	339
ศักดิ์ชัย ไชยมหาพฤกษ์	1	24	สุนันท์ สายธรรม	4	339

Author Index
Disease Control Journal, Volume 38, Year 2012

Name	No	Page	Name	No	Page
Amporn Srisamrual	2	109	Manus Laosai	4	339
Anongsin Danphaiboon	1	8	Nanjaya Kosaiyakanonta	1	61
Anongsin Danphaiboon	3	177	Nantaporn Kaewaroon	1	61
Benjamin Raluek	3	197	Napha Chiraguna	2	121
Bunputsorn Bunjun	2	138	Natpatou Sanguanwongse	3	228
Bussabong Chaothanont	4	339	Natpatou Sanguanwongse	4	350
Channarong Chaisuwan	1	8	Nattaporn Kongsakunkrai	2	97
Channarong Chaisuwan	3	177	Nipa Noilert	1	42
Charoen Sittiroj	4	339	Nittaya Sornprom	2	157
Charung Muangchana	1	61	Nutanong Anuntawong	3	167
Chaweewan Klainak	2	109	Nutchanart Kaedumkoeng	4	326
Chayanan Sittibusaya	4	318	Nuttapon Ekarakrungreung	3	247
Cheewanan Lertpiriyasuwat	2	109	Nuttida Suankramdee	1	1
Cheewanan Lertpiriyasuwat	3	215	Pantip Chotbenjamaporn	3	167
Cheewanan Lertpiriyasuwat	4	326	Patama Suttha	3	228
Chomyupha Sesthee	4	280	Patcharee Sritunyarat	2	157
Chub Leardvitee	2	138	Phatchara Tunteerapat	3	228
Chuekamol Sethaputra	3	215	Pichpun Pongsakul	2	109
Jaras Singkaew	1	8	Piya Saejung	2	77
Jaras Singkaew	3	177	Piyaporn Wangroogsarb	4	339
Jarumsook Ausavapipit	2	121	Piyawadee Chathaisong	2	157
Jiaranai Khantipongse	1	8	Piyawan Limpayalert	1	31
Jiaranai Khantipongse	3	177	Pongsawat Rattanasang	2	147
Jiraaporn Phanjoubsing	2	157	Pornthip Yuktanon	2	97
Jirapong Leeyaphan	4	318	Pranom Noppakun	3	228
Juthamat Makkunchorn	2	109	Premprea Chawanaraset	4	299
Jutharath Phasook	3	256	Rachanee Watanaruangrong	1	51
Kamol Kesthom	2	97	Ratanaporn Himmunghan	3	184
Kanchana Lursthut	4	339	Ratanaporn Himmunghan	4	299
Kanjana Fakthongkham	3	215	Ratchanu Charoenpak	2	121
Karnjana Jaikaeng	2	87	Ratchanu Charoenpak	4	306
Kesinee Meesap	1	61	Rujira Klunreaungsang	2	138
Komes Unnarat	3	236	Rungrueng Kitphati	4	349
Kornchanok Boonchu	1	15	Sakchai Chaiyamahapurk	1	24
Kowit Namboonmee	1	8	Sanchai Chasombat	2	97
Kowit Nambunmee	3	177	Santipong Kantavaree	4	339
Kraisin Siriwi boon	4	339	Sasiya Apasuwonnakul	3	184
Kritaya Klumwijit	4	326	Seeviga Saengtharapit	1	42
Laddawan Klinmalai	2	121	Siangdhamvimol Rojruthai	2	138
Manaporn Chatchumni	2	157	Siriphon Faisook	2	109

Author Index
Disease Control Journal, Volume 38, Year 2012

Name	No	Page	Name	No	Page
Sombat Thanprasertsuk	2	97	Taweerit Sittivekin	3	236
Somkiat Siriruttanaprak	1	8	Teera Ramasoota	3	236
Somkiat Tuamsang	1	8	Thanawat Insomboon	3	256
Somkiat Tuamsang	3	177	Thaniya Chiewcharn	4	306
Sompron Phongchoo	2	157	Thiranun Kladphuang	4	306
Somrudee Chanchawee	1	61	Tippawan Koosiriwichian	2	129
Somtavit Ampornareekul	2	121	Vipa Phawanaporn	3	215
Soontom Supamong	2	77	Visal Moolasart	2	121
Srilai Ruengchai	3	215	Wipada Maharatanaviroj	2	109
Supakij Khacha-ananda	1	8	Witaya Liewsaree	1	8
Supakij Khacha-ananda	3	177	Witaya Liewsaree	3	177
Supamit Chunsuttiwat	4	349	Woraya Luang-on	4	349
Surin Saitum	4	339	Worrawan Klinsupa	1	61
Suteera Poolthin	4	339	Yudthana Samung	2	138
Suwan Adisaimontri	2	138	Yupin Chinsa-nguankiet	2	109
Suwanee Maisuwan	2	109	Yuthasak Peerakul	4	318
Tassanee Manoonpanich	2	87			