



วารสารควบคุมโรค

DISEASE CONTROL JOURNAL

ปีที่ 37 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน 2554

Volume 37 No. 3 July- September 2011



- การประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพและพฤติกรรมกำบังกันอันตรายในการทำงานของกลุ่มแรงงานนอกระบบ ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา
- การพัฒนาขีดความสามารถขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้านการป้องกันโรคเบาหวาน
ด.ศรินทร์งค์ อ.ชุมพลบุรี จ.สุรินทร์
- ประสิทธิภาพการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารในผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการ ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนจ้อหอ จังหวัดนครราชสีมา
- การสำรวจผู้ป่วยหนองในที่มีอัตราการติดเชื้อซ้ำที่เซแลแมนคลินิก จังหวัดพิษณุโลก
- การสำรวจความพิการ ปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมในผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน จังหวัดกาญจนบุรี
- อุปกรณ์ล้างมือพร้อมสบู่ : นวัตกรรมเพื่อการล้างมือที่ถูกวิธี
- ระบาดวิทยาของโรคซิคุนคุนยาในภาคใต้ตอนล่าง ปี 2553
- ลักษณะทางคลินิกและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคซิคุนคุนยาในโรงพยาบาลศูนย์ตรัง
- คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุไทย



วารสารควบคุมโรค

DISEASE CONTROL JOURNAL

ISSN 1685-6481

ปีที่ 37 ฉบับที่ 3 ก.ค. - ก.ย. 2554 Volume 37 No. 3 Jul- Sep 2011

สารบา-	หน้า	CONTENTS
นิพนธ์ต้นฉบับ	PAGE	Original Article
การประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพและพฤติกรรม การป้องกันอันตรายในการทำงานของกลุ่มแรงงาน นอกระบบ ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา นันทพร เมฆสวัสดิชัย และคณะ	151	Occupational Health Risks and Safety Working Behavior of Informal Labours in Pranakorn SriAyutthaya Province <i>Nuntaporn Meksawasdachai, et al</i>
การพัฒนาขีดความสามารถขององค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นด้านการป้องกันโรคเบาหวาน ต.ศรีณรงค์ อ.ชุมพลบุรี จ.สุรินทร์ รัตนารณ์ อิมหมันงาน และคณะ	160	Development of the Capacity of Local Administration Organization for Prevention of Diabetes in Thumbol Srinarong of Surin Province <i>Ratanaporn Himmunngan, et al</i>
ประสิทธิผลการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถ ตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค อาหารในผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการ ณ ศูนย์ สุขภาพชุมชนจอหอ จังหวัดนครราชสีมา รัตนารณ์ อิมหมันงาน และคณะ	170	Study the Effectiveness to Adapt Consumption Behavior among Diabetic Cases attending at Joho Community Health Center, Nakhonratchasima Province <i>Ratanaporn Himmunngan, et al</i>
การสำรวจผู้ป่วยหนองในที่มีอัตราการติดเชื้อซ้ำ ที่เชลแมนคลินิก จังหวัดพิษณุโลก दनัย สังข์ทรัพย์ และคณะ	179	Surveillance of Gonorrhoea Patients with Reinfec- tion in Shellman's Clinic in Phitsanulok Province <i>Danai Sungsub, et al</i>
การสำรวจความพิการ ป้-หาทางเศรษฐกิจและ สังคมในผู้ประสบป้-หาจากโรคเรื้อน จังหวัด กา-จนบุรี ศิริมาศ รอดจันทร์ และคณะ	186	A Survey on Disability, Economic and Social Prob- lem of Leprosy affected Persons in Kanchanaburi Province <i>Siramas Rodchan, et al</i>



สารบา-	หน้า	CONTENTS
	PAGE	
อุปกรณ์ล้างมือพร้อมสบู่ : นวัตกรรมเพื่อการล้างมือที่ถูกต้อง กิตติ พุฒิกานนท์ และคณะ	197	Hand Washing Equipment with Liquid Soap: Innovation for Proper Hand Washing <i>Kitti Puthikanon, et al</i>
ระบาดวิทยาของโรคชิคุนกุนยาในภาคใต้ตอนล่าง ปี 2553 ปฐมพร พริกชู และคณะ	205	Epidemic of Chikungunya in Southernmost of Thailand in 2010 <i>Pathomporn Prikchoo, et al</i>
ลักษณะทางคลินิกและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคชิคุนกุนยา ในโรงพยาบาลศูนย์ตรัง ลัดดาวัลย์ สุขุม และคณะ	215	Clinical Manifestation and Laboratory Finding of Children under 5 Years Old with Chikungunya Infection in Trang Hospital. <i>Laddawan Sukhum, et al</i>
บทความพิเศษ		Review Article
คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุไทย เกรียงศักดิ์ ชือเลื่อม และคณะ	222	Quality of Life in Thai Elderly <i>Kriengsak Sueluerm, et al</i>

วารสารควบคุมโรค

วารสารควบคุมโรค เป็นวารสารทางวิชาการ จัดพิมพ์เผยแพร่โดย

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none">1. เพื่อเผยแพร่วิทยาการที่เกี่ยวกับการควบคุมโรคติดต่อ และโรคไม่ติดต่อ2. เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ ผลงานวิจัยของบุคลากรในหน่วยงานสังกัด กรมควบคุมโรค กรมอื่น ๆ ในกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานทางวิชาการอื่น ๆ3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการติดต่อและประสานงานระหว่างผู้ที่สนใจหรือปฏิบัติงานเกี่ยวกับการควบคุมโรค
คณะที่ปรึกษา	อธิบดีกรมควบคุมโรค รองอธิบดีกรมควบคุมโรค ผู้ทรงคุณวุฒิกรมควบคุมโรค ผู้อำนวยการสำนักและสถาบันในสังกัดกรมควบคุมโรคทุกท่าน ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 - 12
บรรณาธิการ	นายแพทย์อนุพงศ์ ชิตวารการ
กองบรรณาธิการ	นายแพทย์ศุภมิตร ชุณหสัทธิวัฒน์ นายแพทย์สุวิชัย ธรรมปาโล นายแพทย์กฤษฏา มโหทาน แพทย์หญิงพัชรา ศิริวงศ์รังสรร นายแพทย์วินัย วุตติวิโรจน์ นายแพทย์จีรพัฒน์ ศิริชัยสินธพ นายแพทย์ยุทธชัย เกษตรเจริญ นายแพทย์สมเกียรติ ศิริรัตน์พลกษ นายแพทย์สมาน พุตระกูล
ผู้จัดการ	ผู้อำนวยการกองแผนงาน
ฝ่ายจัดการ	นางสาวศรีพร ศรีวงศ์พัก นางพรรษา ชุมเกษียร นางสาวทัศนีย์ มุดเมาะ
สำนักงาน	กองแผนงาน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
ผู้ประสานงาน กำหนดออก	นางสาวรุ่งทิwa ธาณี โทร. 0-2590-3225 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. Suwich Thammapalo
Dr. Krisada Mahotarn
Dr. Pachara Sirivongrangson
Dr. Vinai Vuttivirojana
Dr. Jeeraphat Sirichaisinthop
Dr. Yuthichi Kasetjaroen
Dr. Somkiat Sirirattanapruk
Dr. Saman Futrakul
- Manager:** Director of Planning Division
- 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

หลักเกณฑ์และคำนำสำหรับส่งเรื่องลงพิมพ์

1. บทความที่ส่งลงพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ	การเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับดังนี้ “บทคัดย่อ บทนำ วัตถุประสงค์ การศึกษา 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
บทความพินิจวิชา	ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสิ่งที่ตรวจพบใหม่ หรือเรื่องที่น่าสนใจที่ ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทความวิเคราะห์ สถานการณ์โรคต่างๆ ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ ความรู้ หรือข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องที่นำมาเขียนวิจารณ์ หรือวิเคราะห์ สรุป เอกสารอ้างอิงที่ค่อนข้างทันสมัย	วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา	อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัยโดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างและการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลหรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์
ย่อเอกสาร	อาจย่อบทความภาษาต่างประเทศหรือภาษาไทย ที่ตีพิมพ์ไม่เกิน 2 ปี	ผลการศึกษา	อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์

2. การเตรียมบทความเพื่อลงพิมพ์

ชื่อเรื่อง	ควรสั้นกะทัดรัดให้ได้ใจความที่ครอบคลุม และตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ	วิจารณ์	ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือผลการดำเนินงานของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย
ชื่อผู้เขียน	ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ(ไม่ใช่คำย่อ) พร้อมทั้งอภีระต่อท้ายชื่อและสถาบันที่ทำงานอยู่ 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 และใช้ชื่อย่อวารสารเป็นตัวเต็ม

ตัวอย่าง

2. ธีระ รามสูตร, นิวัติ มนตรีวิสุวัต, สุรศักดิ์ สมบัติตะวนิช, อุบัติการณ์โรคเรื้อนระยะแรก โดยการศึกษาจุลพยาธิวิทยาคลินิกจากวงต่างขาของผิวหนังผู้ป่วยที่สงสัยเป็นโรคเรื้อน 589 ราย. วารสารโรคติดต่อ 2527; 10: 101-2.

3.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

ก. การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

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

ตัวอย่าง

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

ข. การอ้างอิงบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

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

ตัวอย่าง

2. ศรีชัย หล่ออารีย์สุวรรณ. การดื้อยาของเชื้อมาลาเรีย. ใน: ศรีชัย หล่ออารีย์สุวรรณ, ดนัย บุณนาค, ตระหนักจิต ทะรินสุต, บรรณาธิการ, ตำราอายุรศาสตร์เขตร้อน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: รวมทรงคน; 2533. น. 115-20

โปรดศึกษารายละเอียดได้จากบทความเรื่องการเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสารทางวิชาการโดยใช้ระบบแวนคูเวอร์ 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 ใช้กระดาษพิมพ์ตัดขนาด A4 พิมพ์หน้าเดียวและส่งเอกสารมาพร้อมกับแผ่น Diskette ซึ่งพิมพ์ต้นฉบับเอกสารพร้อมระบุชื่อ File และระบบที่ใช้ MSWord

4.3 ภาพประกอบ ถ้าเป็นภาพถ่ายเส้นต้องเขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษหนาแน่น ถ้าเป็นภาพถ่ายควรเป็นภาพสไลด์หรืออาจใช้ภาพขาวดำขนาดโปสการ์ดแทนก็ได้ การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหาก อย่าเขียนลงในรูป

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 เรื่องที่รับไว้กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ

5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาถึงพิมพ์กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

5.3 เรื่องที่ได้รับพิจารณาถึงพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งสำเนาพิมพ์ให้ผู้เขียนเรื่องละ 30 ชุด

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารควบคุมโรค ถือเป็นผลงานทางวิชาการหรือการวิจัย และวิเคราะห์ตลอดจน เป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ไม่ใช่ความเห็นของกรมควบคุมโรค หรือกองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้เขียนจำเป็นต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน

การประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันอันตราย ในการทำงานของกลุ่มแรงงานนอกระบบในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

Occupational Health Risks and Safety Working Behavior of Informal Labours in Pranakorn Sri Ayutthaya Province

นันทพร เมฆสวัสดิชัย พ.บ.

Nuntaporn Meksawasdichai M.D.

ตรีอมร วิสุทธิศิริ พย.ม (พยาบาลศาสตร์)

Treamorn Visuttisiri M.N.S. (Adult nursing)

ณัฐวดี แดงสวัสดิ์ วท.บ. (สุขศึกษา)

Nuttawut Dangsawat B.Sc. (Health Education)

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ

Office of Disease Prevention and Control 1, Bangkok.

บทคัดย่อ

แรงงานนอกระบบในประเทศไทยมีจำนวนถึง 23.28 ล้านคน โดยกระจายอยู่ทั่วประเทศ และยังไม่มีการจัดบริการอาชีวอนามัยในระดับปฐมภูมิอย่างทั่วถึง จึงทำการศึกษาเชิงสำรวจ เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการทำงาน โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงานของกลุ่มแรงงานนอกระบบ (นบ. 01) ของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มแรงงานนอกระบบ 9 กลุ่มอาชีพ ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา 901 คน คัดเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ดำเนินการในปี 2552 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย และร้อยละ ผลการศึกษาการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพพบว่า ส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพระดับต่ำคิดเป็น ร้อยละ 57.1 รองลงมา คือ ความเสี่ยงต่อสุขภาพระดับปานกลาง ร้อยละ 38.1 สถานการณ์ความเสี่ยงต่อสุขภาพ ส่วนใหญ่ พบว่า ขาดความตระหนักถึงอันตรายในการทำงาน ร้อยละ 28.7 รองลงมา คือ มีความประพฤติดีความเสี่ยงทางสุขภาพจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 27.8 จากผลการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงาน แม้ว่าจะมีความเสี่ยงต่อสุขภาพระดับต่ำ ก็ควรมีการเฝ้าระวังและประเมินอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพในระดับกลางและระดับสูงตามมา

Abstract

The objective of this survey study was to assess occupational health risks of 901 informal Labours in Pranakorn Sri Ayutthaya province. The data was analyzed by means and percentage. The results revealed that most of them had low occupational health risks 57.1%, medium risks 38.1%. Major causes of the risks was unconcern to the risks 28.7%, drunken 27.8%. In addition, community health cares should provide sustain surveillance and occupational health risks assessment, and risk communication to informal labours.

ประเด็นสำคัญ-

ความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการทำงาน

แรงงานนอกระบบ

Keyword

Occupational Health Risks

Informal Labours

บทนำ

การประเมินความเสี่ยงเป็นเครื่องมือในการดำเนินงานที่ใช้ในการประเมินทั้งด้านสุขภาพ และสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เกิดกระบวนการเฝ้าระวังความเสี่ยง และผลกระทบต่อสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้น⁽¹⁾ การประเมินพฤติกรรม การป้องกันอันตรายจากการทำงาน เป็นการใช้อุปกรณ์ในการประเมินพฤติกรรม ในการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล การตรวจสภาพแวดล้อมในการทำงาน และการเก็บอุปกรณ์ให้ปลอดภัย

แรงงานนอกระบบ หมายถึง ผู้ทำงานที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป ไม่ได้รับสิทธิคุ้มครองสุขภาพตามกฎหมายแรงงาน หรือสวัสดิการใด ๆ นอกจากสิทธิการรักษาพยาบาล จากหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁽²⁾ จากข้อมูลการสำรวจปี 2550 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ผู้มีงานทำที่เป็นแรงงานนอกระบบมีจำนวน 23.28 ล้านคน กระจายอยู่ทั่วประเทศตามหมู่บ้าน และยังไม่มีการจัดบริการอาชีวอนามัยในระดับปฐมภูมิอย่างทั่วถึง ดังนั้นจึงดำเนินการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพในกลุ่มแรงงานนอกระบบ โดยประกอบด้วย การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ การรับรู้ การตระหนักต่ออันตราย การเตรียมตัวความพร้อมของสุขภาพร่างกาย และการจัดสภาพการทำงาน ให้มีความปลอดภัยในการทำงาน และจัดทำสถานการณ์ ความเสี่ยงในระดับพื้นที่ ซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อแรงงานนอกระบบและสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในการวางแผน จัดการแก้ไข ปัญหาที่เกิดขึ้นต่อไป โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงานของกลุ่มแรงงานนอกระบบ และเพื่อให้มีข้อมูลสถานการณ์ด้านอาชีวอนามัยในระดับพื้นที่เพื่อ

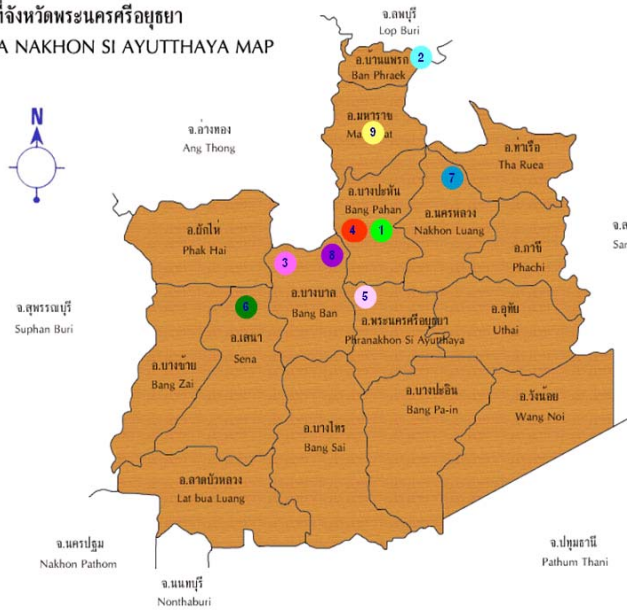
วางแผนจัดการแก้ไขปัญหาดังกล่าวต่อไป

วัสดุและวิธีการศึกษา

การประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพ และประเมินพฤติกรรม การป้องกันอันตรายในการทำงานของกลุ่มแรงงานนอกระบบ ได้แยกการประเมินเป็น 2 ส่วน ซึ่งได้ดำเนินการในช่วงเดือนมีนาคม-พฤษภาคม 2552 ส่วนที่ 1 ประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงานของกลุ่มแรงงานนอกระบบ 9 กลุ่มอาชีพในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ดังนี้ : จำนวนตัวอย่าง (จำนวนแรงงานนอกระบบทั้งหมดในตำบล)

1. กลุ่มจักสานงอบ ตำบลบางนางร้า อำเภอบางปะหัน	23 คน (8 3 0)
2. กลุ่มจักสานงอบ ตำบลบ้านใหม่ อำเภอบ้านแพรก	114 คน (5 5 7)
3. กลุ่มทำอิฐมอญ ตำบลบางหัก อำเภอบางบาล	38 คน (4 5 7)
4. กลุ่มจักสานงอบ ตำบลทับน้ำ อำเภอบางปะหัน	47 คน (1 0 6 9)
5. กลุ่มทำเฟอร์นิเจอร์ ตำบลบ้านใหม่ อำเภอพระนครศรีอยุธยา	83 คน (1 6 9 1)
6. กลุ่มจักสานตะกร้า ตำบลหัวเวียง อำเภอเสนา	49 คน (1 2 6 5)
7. กลุ่มทำมีดอรัญญิก ตำบลท่าช้าง อำเภอนครหลวง	287 คน (1 6 4 8)
8. กลุ่มทำกำนรูป ตำบลบ้านกุ่ม อำเภอบางบาล	184 คน (1 2 7 7)
9. กลุ่มทอผ้า ตำบลน้ำเต้า อำเภอมหาราช	76 คน (4 1 1)

แผนที่จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
PHRA NAKHON SI AYUTTHAYA MAP



1. ค. บางทรงรี
2. ค. บ้านใหม่
3. ค. บ้านแพรก
4. ค. บางหัก
5. ค. บ้านใหม่
6. ค. พระนครศรีอยุธยา
7. ค. ทั่วชัย
8. ค. ท่าช้าง
9. ค. บ้านคู่ม

ใช้แบบประเมินความเสี่ยงในการทำงาน ในกลุ่มแรงงานนอกระบบ (นบ.01) ของสำนักโรคจาก การประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค มีขั้นตอนการดำเนินงานของหน่วยงานได้แก่⁽²⁾ คัดเลือก เครือข่ายและ หรือกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงาน ซึ่งแจ้งวิธีการดำเนินงาน ประเมินความเสี่ยงและการใช้แบบ ประเมินความเสี่ยงฯ ดำเนินการเก็บข้อมูลในชุมชนและ ในหน่วยบริการสาธารณสุข รวบรวมข้อมูลจากแบบ ประเมินความเสี่ยงฯ (นบ.01) และจัดทำสถานการณ์ ความเสี่ยงของกลุ่มแรงงานนอกระบบของพื้นที่

เครื่องมือที่ใช้คือแบบประเมินความเสี่ยงต่อ สุขภาพ ในการทำงานของกลุ่มแรงงานนอกระบบ (นบ.01) โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีอนามัย หรือศูนย์สุขภาพชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน / อาสาสมัครอาสาสมัครสุขภาพชุมชน ดำเนินการ สัมภาษณ์แรงงานนอกระบบที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ของหน่วยบริการสาธารณสุขที่จัดเก็บข้อมูล 1 ฉบับ ต่อคน ต่อปี ปี 2552 นี้ดำเนินการเป็นครั้งแรก จากนั้นรวบรวมบันทึกลงในโปรแกรม และจัดเก็บแบบ ประเมิน ความเสี่ยงฯไว้ในแฟ้มครอบครัว

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือกลุ่มแรงงาน นอกระบบ 9 กลุ่มอาชีพในพื้นที่เป้าหมาย คัดเลือกแบบ เฉพาะเจาะจง

ข้อมูลที่ศึกษา ประกอบด้วย

1. ข้อมูลทั่วไป

- หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล (ใช้รหัสของสถาน พยาบาลตามที่สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กำหนด)
- วัน- เดือน ที่ประเมิน
- ชื่อ-สกุล ผู้สอบถาม
- สถานะ ชื่อ-สกุล อายุ เพศ ที่อยู่ปัจจุบัน อาชีพหลัก ลักษณะงานของอาชีพหลัก อาชีพเสริมของ ผู้รับการประเมินฯ (มีรหัสอาชีพ)

2. ข้อมูลความเสี่ยง

- พฤติกรรมเสี่ยงโดยตรงจากการทำงาน ประกอบด้วย มีสิ่งนี้อาจก่อให้เกิดการบาดเจ็บ หรือเจ็บ ป่วยต่อผู้ทำงาน การเตรียมตัวให้เหมาะสม เพื่อป้องกัน อันตราย และการตระหนักต่อโอกาสเกิดการบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยต่อผู้ทำงาน
- พฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคล ประกอบด้วย การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่/ยาเส้น และการมีโรคประจำตัวที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์

แต่ละคำตอบจะมีคะแนนกำกับ รวมคะแนนที่ได้ นำไปเปรียบเทียบเป็นระดับความเสี่ยงตามตาราง ระดับ ความเสี่ยง คะแนนรวม 6-7 มีระดับความเสี่ยงต่ำ 8-9 มี ระดับความเสี่ยงปานกลาง และ 10-12 มีระดับความเสี่ยงสูง

ตารางที่ 2 สรุประดับความเสี่ยงต่อสุขภาพในกลุ่มแรงงานนอกระบบ

อัตราความเสี่ยงต่อสุขภาพ (n= 901)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง	44	4.9
ระดับปานกลาง	343	38.1
ระดับต่ำ	514	57.0
รวม	901	100

พบว่า ความเสี่ยงต่อสุขภาพระดับต่ำพบ ระดับสูง ร้อยละ 4.9 ตามลำดับ แสดงถึงพฤติกรรมเสี่ยงจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 57.0 รองลงมา คือ ความเสี่ยง โดยตรงจากการทำงาน และพฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคล ระดับ ปานกลาง ร้อยละ 38.1 และความเสี่ยงต่อสุขภาพ มีความเสี่ยงระดับต่ำ

ตารางที่ 3 สถานการณ์ความเสี่ยงต่อสุขภาพ รวม 9 กลุ่มอาชีพ (กลุ่มจักสานงอบ ตำบลบางนางร้า กลุ่มจักสานงอบ ตำบลทับน้ำ กลุ่มจักสานพัด กลุ่มจักสานตะกร้า กลุ่มทำอิฐมอ- กลุ่มทำเฟอร์นิเจอร์ไม้ กลุ่มทำมอเตอร์-ก กลุ่มทำกำนันรูป และกลุ่มทอผ้า)

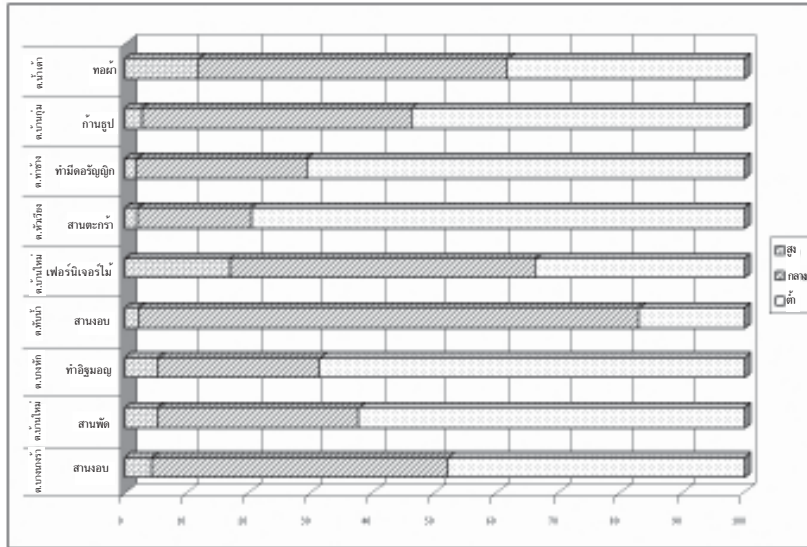
อัตราสถานการณ์ความเสี่ยง (n = 901)	จำนวน	ร้อยละ
1.ไม่รู้จักอันตรายในการทำงาน	64	7.1
2.ขาดการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง	229	25.4
3.ขาดความตระหนักถึงอันตรายในการทำงาน	259	28.7
4.มีความประพฤตี่เสี่ยงทางสุขภาพจากการดื่มแอลกอฮอล์	250	27.8
5.มีความประพฤตี่เสี่ยงทางสุขภาพจากการสูบบุหรี่ /ยาเส้น	237	26.3
6.มีภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ	152	16.9

จากตารางที่ 3 สถานการณ์ความเสี่ยงต่อสุขภาพ พบว่า ผู้ที่ขาดความตระหนักถึงอันตรายในการทำงานพบจำนวนมากที่สุด จำนวน 259 คน คิดเป็น ร้อยละ 28.7 รองลงมา คือ ผู้ที่มีความประพฤตี่เสี่ยง 1 ข้อ ทางสุขภาพจากการดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ จำนวน 250 คน ร้อยละ 27.8 และ 237 คน ร้อยละ 26.3 ตามลำดับ ทั้งนี้ส่วนใหญ่มีสถานการณ์ความเสี่ยงมากกว่า

ตารางที่ 4 สถานการณ์ความเสี่ยงต่อสุขภาพในกลุ่มแรงงานนอกระบบ จำแนกตามกลุ่มอาชีพ

ลำดับ	กลุ่มอาชีพ	ระดับความเสี่ยง			สถานการณ์ความเสี่ยงต่อสุขภาพ					
		สูง	กลาง	ต่ำ	ไม่รู้จักอันตราย	ขาดความตระหนัก	ขาดการปฏิบัติตัว	เครื่องดื่มแอลกอฮอล์	เสี่ยงจากการสูบบุหรี่	เสี่ยงทางสุขภาพ
1	จักสานงอบ ต.บางนางร้า (n=23)	1 (4.4)	11 (47.8)	11 (47.8)	0	12 (52.2)	15 (65.2)	3 (13.0)	1 (4.4)	0
2	จักสานพัด ต.บ้านใหม่ (n=114)	6 (5.3)	37 (32.4)	71 (62.3)	14 (12.3)	17 (14.9)	11 (9.7)	32 (28.1)	18 (15.8)	30 (26.3)
3	ทำอิฐมอ- ต.บางหัก (n=38)	2 (5.3)	10 (26.3)	26 (68.4)	0	35 (92.1)	6 (15.8)	1 (2.6)	2 (5.3)	8 (21.0)
4	จักสานงอบ ต.ทับน้ำ (n=47)	1 (2.1)	38 (80.9)	8 (17.0)	0	44 (93.6)	41 (87.3)	2 (4.3)	2 (4.3)	0
5	เฟอร์นิเจอร์ไม้ ต.บ้านใหม่ (n=83)	14 (16.9)	41 (49.4)	28 (33.7)	20 (24.1)	28 (33.7)	37 (44.6)	38 (45.8)	21 (25.3)	12 (14.5)
6	จักสานตะกร้า ต.หัวเวียง (n=49)	1 (2.0)	9 (18.4)	39 (79.6)	4 (8.2)	9 (18.4)	7 (14.3)	7 (14.3)	0	2 (4.1)
7	ทำมอเตอร์-ก ต.ท่าช้าง (n=287)	5 (1.8)	79 (27.5)	203 (70.7)	2 (0.7)	21 (7.3)	20 (7.0)	104 (36.2)	144 (50.2)	60 (20.9)
8	กำนันรูป ต.บ้านกุ่ม (n=184)	5 (2.7)	80 (43.5)	99 (53.8)	0	59 (32.1)	65 (35.3)	39 (21.2)	33 (17.9)	31 (16.9)
9	ทอผ้า ต.น้ำเต้า (n=76)	9 (11.8)	38 (50.0)	29 (38.2)	7 (9.2)	35 (46.1)	36 (47.4)	24 (31.6)	16 (21.1)	9 (11.8)
	รวม	44	343	514	47	260	238	250	237	152

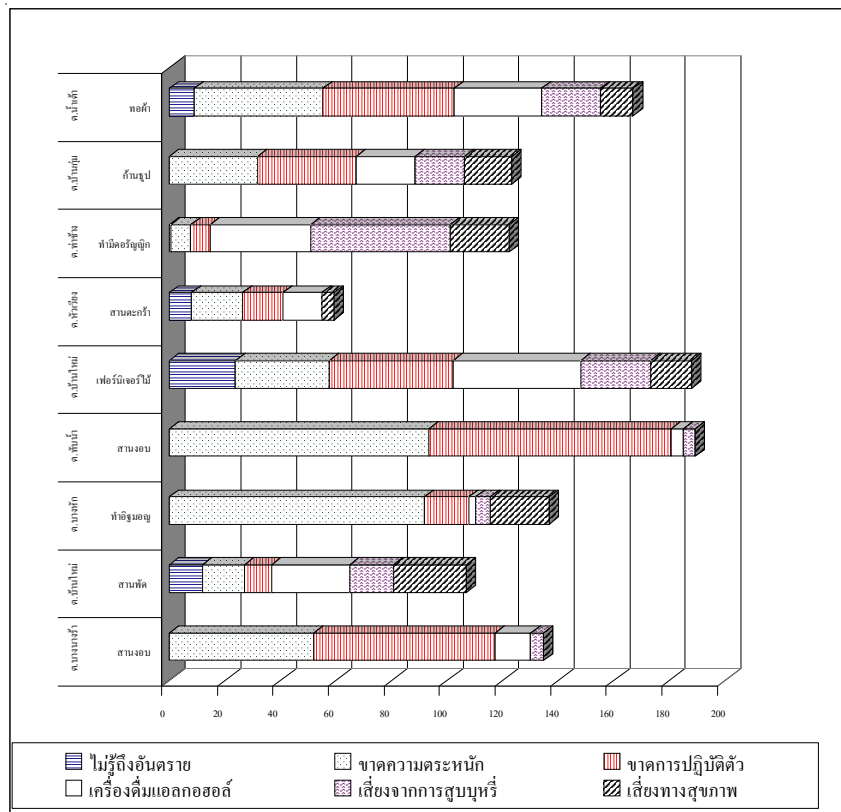
แผนภูมิที่ 1 แสดงระดับความเสี่ยงต่อสุขภาพจำแนกตามกลุ่มอาชีพ



กลุ่มอาชีพที่มีระดับความเสี่ยงสูง มากที่สุด คือ ทอผ้า ร้อยละ 50 ระดับความเสี่ยงต่ำ พบมาก คือ เฟอร์นิเจอร์ไม้ ร้อยละ 16.9 รองลงมา คือ ทอผ้า ร้อยละ 11.8 ระดับความเสี่ยงปานกลาง พบมากที่สุด ในกลุ่มจักสานออบ ตำบลทับน้ำ ร้อยละ 80.9 รองลงมา

คือ ทอผ้า ร้อยละ 50 ระดับความเสี่ยงต่ำ พบมากที่สุดในกลุ่มจักสานตะกร้า ตำบลหัวเวียง ร้อยละ 79.6 รองลงมา คือ ทำมีดอรัญญิก ตำบลท่าช้าง ร้อยละ 70.7

แผนภูมิที่ 2 แสดงสถานการณ์ความเสี่ยงต่อสุขภาพจำแนก ตามกลุ่มอาชีพ



แผนภูมิที่ 2 พบว่า กลุ่มจักสานออบ ตำบลบางนางร้า มีสถานการณ์ความเสี่ยงต่อสุขภาพในระดับกลางและต่ำเท่า ๆ กัน ร้อยละ 47.8 มีอัตราผู้ขาดการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ร้อยละ 65.2 รองลงมา คือ ขาดความตระหนักถึงอันตรายในการทำงาน ร้อยละ 52.2

กลุ่มจักสานพัด ตำบลบ้านใหม่ มีสถานการณ์ความเสี่ยงต่อสุขภาพในระดับต่ำมากที่สุด ร้อยละ 62.3 รองลงมา คือ ระดับกลาง ร้อยละ 32.4 มีอัตราผู้ที่มีความประพฤติน่าเสี่ยงทางสุขภาพจากการดื่มแอลกอฮอล์มากที่สุด ร้อยละ 28.1 รองลงมา คือ มีอัตราผู้ที่มีภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ ร้อยละ 26.3

กลุ่มทำอิฐมอญ ตำบลบางหัก มีสถานการณ์ความเสี่ยงต่อสุขภาพในระดับต่ำมากที่สุด ร้อยละ 68.4 รองลงมา คือ ระดับกลาง ร้อยละ 26.3 มีอัตราผู้ที่ขาดความตระหนักถึงอันตรายในการทำงานมากที่สุด ร้อยละ 92.1 รองลงมา คือ ผู้ที่มีความเสี่ยงทางสุขภาพ ร้อยละ 21.0

กลุ่มจักสานออบ ตำบลทับน้ำ มีสถานการณ์ความเสี่ยงต่อสุขภาพในระดับกลางมากที่สุด ร้อยละ 80.9 รองลงมา คือ ระดับต่ำ ร้อยละ 17.0 มีอัตราผู้ที่ขาดความตระหนักถึงอันตรายในการทำงานมากที่สุด ร้อยละ 93.6 รองลงมา คือ อัตราผู้ขาดการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ร้อยละ 87.3

กลุ่มเฟอร์นิเจอร์ไม้ ตำบลบ้านใหม่ มีสถานการณ์ความเสี่ยงต่อสุขภาพในระดับกลางมากที่สุด ร้อยละ 49.4 รองลงมา คือ ระดับต่ำ ร้อยละ 33.7 มีอัตราผู้ที่มีความประพฤติน่าเสี่ยงทางสุขภาพ จากการดื่มแอลกอฮอล์ มากที่สุด ร้อยละ 45.8 รองลงมา คือ อัตราผู้ขาดการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ร้อยละ 44.6

กลุ่มจักสานตะกร้า ตำบลหัวเวียง มีสถานการณ์ความเสี่ยงต่อสุขภาพในระดับต่ำมากที่สุด ร้อยละ 75.6 รองลงมา คือ ระดับกลาง ร้อยละ 18.4 มีอัตราผู้ขาดความตระหนักถึงอันตรายในการทำงานมากที่สุด ร้อยละ 18.4 รองลงมา คือ อัตราผู้ขาดการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ร้อยละ 14.3

กลุ่มทำมีดอรัญญิก ตำบลท่าช้าง มีสถานการณ์ความเสี่ยงต่อสุขภาพในระดับต่ำมากที่สุด ร้อยละ 70.7 รองลงมา คือ ระดับกลาง ร้อยละ 27.5 มีอัตราผู้ที่มีความประพฤติน่าเสี่ยงทางสุขภาพจากสูบบุหรี่มากที่สุด และจากการดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 50.2 และ 36.2 ตามลำดับ

กลุ่มทำกำนธูป ตำบลบ้านกุ่ม มีสถานการณ์ความเสี่ยงต่อสุขภาพในระดับต่ำมากที่สุด ร้อยละ 53.8 รองลงมา คือ ระดับกลาง ร้อยละ 43.5 มีอัตราผู้ขาดการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องมากที่สุด ร้อยละ 35.3 รองลงมา คือ อัตราผู้ขาดความตระหนักถึงอันตรายในการทำงาน ร้อยละ 32.1

กลุ่มทอผ้า ตำบลน้ำเต้า มีสถานการณ์ความเสี่ยงต่อสุขภาพในระดับกลางมากที่สุด ร้อยละ 50.0 รองลงมา คือ ระดับต่ำ ร้อยละ 38.2 มีอัตราผู้ขาดการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องมากที่สุด ร้อยละ 47.4 รองลงมา คือ อัตราผู้ขาดความตระหนักถึงอันตรายในการทำงาน ร้อยละ 46.1

โดยสรุปพบว่ากลุ่มจักสานออบ ตำบลทับน้ำ และกลุ่มเฟอร์นิเจอร์ไม้ ตำบลบ้านใหม่ มีสถานการณ์ความเสี่ยงต่อสุขภาพมากที่สุด ส่วนสถานการณ์ความเสี่ยงที่พบมากที่สุด คือ ขาดความตระหนักถึงอันตรายในการทำงาน และขาดการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

วิจารณ์

การประเมินความเสี่ยงจากการทำงาน ในกลุ่มแรงงานนอกระบบ พบว่า ส่วนมากมีความเสี่ยงต่อสุขภาพระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 57.1 แต่ควรมีการควบคุมเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง ไม่ให้เกิดความเสี่ยงที่สูงขึ้น

กลุ่มอาชีพที่มีระดับความเสี่ยงสูง มากที่สุดคือ เฟอร์นิเจอร์ไม้ ร้อยละ 16.9 รองลงมา คือ ทอผ้า ร้อยละ 11.8 สาเหตุอาจเนื่องจากลักษณะการปฏิบัติงาน ที่สัมผัสฝุ่นและสารเคมี รวมทั้งมีสัดส่วนของเพศชายมากกว่า ต่างจากกลุ่มอาชีพอื่นที่มีเพศหญิงมากกว่า ส่วนกลุ่มจักสานออบ ตำบลทับน้ำ และกลุ่มเฟอร์นิเจอร์ไม้

ตำบลบ้านใหม่ที่พบว่ามีความเสี่ยงต่อสุขภาพมากที่สุด ควรมีมาตรการและแนวทางในการจัดการปัญหาที่เหมาะสม

สถานการณ์ความเสี่ยงต่อสุขภาพที่พบมากที่สุดโดยรวมคือ ขาดความตระหนักถึงอันตรายในการทำงานคิดเป็นร้อยละ 28.7 และขาดการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ร้อยละ 25.4 จึงควรมีการณรงค์ให้ความรู้กระตุ้นให้เกิดความตระหนักในการป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นในการทำงาน

ความเสี่ยงแยกตามกลุ่มอาชีพ พบว่า กลุ่มจักสาน ซึ่งประกอบไปด้วยกลุ่มจักสานอบ จักสานตะกร้า จักสานพัด กลุ่มทำกำนรูป มีความเสี่ยงที่คล้ายกันคือ

- จักตอก มีการใช้มีด จึงอาจทำให้เกิดอุบัติเหตุจากการใช้มีดได้

- การรูดและการสานหวายหรือไม้ไผ่ เพื่อลดความคม ต้องมีการใช้สายตา และใช้เวลานานอาจเกิดการปวดตา เมื่อยล้ากล้ามเนื้อคอ ไหล่ และหลังได้

- การย้อมสี ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพจากสีที่ใช้ ซึ่งมีสารพวกโลหะ เช่น สารหนู แคดเมียม ตะกั่ว แมงกานีส พรอท นิกเกิล เป็นส่วนประกอบที่สำคัญตัวทำลายอินทรีย์ที่ทำลายสี เช่น Formaldehyde Ammonia Sodium hypochlorite Phenyl mercuric acetate หรือ Phenol ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดพิษของสารโลหะหนัก เกิดความผิดปกติของระบบหายใจ ผิวหนัง ระคายเคืองเยื่อตา จมูก คอ บางตัวมีพิษต่อไตตับ ระบบประสาท และเป็นสารก่อมะเร็ง

ข้อเสนอแนะ ควรมีการสวมปลอกปลายนิ้ว เพื่อป้องกันมีดบาดจากการเหลาไม้ไผ่ จัดโต๊ะ เก้าอี้ในการทำงานให้เหมาะสม มีอุปกรณ์ป้องกันอันตรายในระหว่างการใช้สารเคมี⁽³⁾

กลุ่มทำอิฐ และกลุ่มทำมีดอรัญญิก มักพบความเสี่ยงจากความร้อนจากการอยู่หน้าเตาเผา ซึ่งการเผาอิฐให้แห้งมักใช้เวลา 5- 8 วัน ส่วนการตีมีดมักอยู่กับความร้อนเฉลี่ยเป็นเวลา 1- 2 ชั่วโมง/วัน ขณะทำการตีเหล็ก ซึ่งทำให้เกิดอาการตะคริว เป็นลม เนื่อง

จากความร้อน ผดผื่นขึ้นตามบริเวณผิวหนัง ขาดน้ำ

ข้อเสนอแนะ

- ใช้ระบบระบายอากาศแบบธรรมชาติ ปกติอากาศร้อนจะมีลักษณะเบา และลอยตัวสูงขึ้น ดังนั้นจึงควรเปิดช่องว่างบนหลังคาให้มากที่สุด และทิศทางของลมควรพัดเข้าสู่ตัวคนทำงาน ก่อนที่จะถึงเตาเผา และพื้นที่ในการทำงานควรจัดให้กว้างพอ เพื่อให้อากาศถ่ายเทได้

- จัดหาน้ำเกลือ ที่ความเข้มข้นร้อยละ 0.1 ซึ่งทำได้จากการผสมเกลือแกง 1 กรัม ต่อน้ำ 1 ลิตร โดยให้ดื่มบ่อยครั้ง ครั้งละประมาณน้อยๆ

- จัดหาน้ำดื่มที่เย็น (อุณหภูมิประมาณ 10-15 องศาเซลเซียส) และตั้งอยู่ในสถานที่ใกล้จุดที่ทำงาน

- ใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความร้อน เช่น เสื้อ หรือชุดเสื้อคลุมป้องกันความร้อน⁽⁴⁾

กลุ่มทำเฟอร์นิเจอร์ไม้ ความเสี่ยงที่พบคือ ผื่นจากไม้ การบาดเจ็บที่นิ้ว มือ อันตรายจากเศษไม้ กระเด็นเข้าตา และปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ

ข้อเสนอแนะ ควรมีการปรับท่าทางการทำงาน นั่งบนเก้าอี้ที่เหมาะสม สวมอุปกรณ์ป้องกันอันตราย เช่น หน้ากากกันฝุ่นละออง แวนตา ถุงมือ เป็นต้น⁽⁵⁾

กลุ่มทอผ้า มักเกิดอาการปวดเมื่อยจากการนั่งทอผ้าานเฉลี่ยวันละ 7-8 ชั่วโมง และการทำท่าเดียวซ้ำกันนาน ๆ ในการดั่งก่กระตุก นอกจากนั้น จะมีผลทำให้ มีการเสื่อมของข้อเกิดขึ้นก่อนวัยอันสมควร และจากการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก ๆ ที่บริเวณนิ้วมือและมือบ่อยครั้ง ซึ่งมีการออกแรงใช้เครื่องมือทำงานซ้ำๆ เป็นสาเหตุนำไปสู่อาการปวดเมื่อยที่คอ แขน และข้อมือได้

ข้อเสนอแนะ

- ปรับรอก ก็กระตุกให้สั้น ไม่ถี่ เพื่อไม่ให้ต้องเกร็งกล้ามเนื้อมากขณะทำงาน

- จัดเนื้อที่ว่างสำหรับสถานที่ทำงาน เพื่อให้สามารถทำงานและเคลื่อนไหวได้อย่างปลอดภัย ถ้าสถานที่แคบ จะทำให้ต้องก้มตัว บิดตัว เอียงตัว ผิดท่า

ทางปกติ เกิดอาการเมื่อยล้าได้ง่าย⁽⁵⁾

- จัดช่วงเวลาพักระหว่างเวลาทำงานให้เหมาะสม⁽⁵⁾
- จัดช่วงเวลาในการทำกายบริหารก่อนเริ่มงาน

(3-5 นาที) ทั้งนี้เพื่อให้กล้ามเนื้อและข้อต่อที่เคลื่อนไหวอย่างเชื่องช้า เกิดการตื่นตัว เตรียมความพร้อมให้สมองก่อนจะเริ่ม⁽⁵⁾

- นำอุปกรณ์ เครื่องกล หรือเครื่องจักรมาใช้เพื่อลด หรือเสริมการใช้กำลังแรงงาน ควรปรับความเร็วของการทำงานให้เหมาะสมกับการทำงาน

- ส่งเสริมการออกกำลังกายให้ครอบคลุม และส่งเสริม การบริหารสมรรถภาพ ร่างกายของคนที่มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเกิดอาการปวดเมื่อยจากท่าทางการทำงาน⁽⁶⁾

เอกสารอ้างอิง

1. แนวทางการดำเนินงานประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงานของกลุ่มแรงงานนอกระบบ ปี 2553. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม: กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2553
2. คู่มือแนวทางการดำเนินงานประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงานของแรงงานนอกระบบ ปี พ.ศ. 2552. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตร แห่งประเทศไทย, 2552.
3. คู่มือการดูแลสุขภาพผู้ทำงานศิลปะหัตถกรรม. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม: ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์, ไม่ปรากฏแหล่งพิมพ์
4. สำนักความปลอดภัยอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม. โรคจากการทำงาน. 2553. ไม่ปรากฏแหล่งพิมพ์
5. สถาบันความปลอดภัยในการทำงาน กรมสวัสดิการคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงาน. แนวทางการปรับปรุงสภาพการทำงานที่ผู้ปฏิบัติงานมีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อจากการทำงาน. กรุงเทพฯ: บริษัทเรียงสามกราฟฟิคดีไซน์ จำกัด, 2551
6. ศิริศักดิ์ สุนทรไชย. โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลสุขภาพอนามัยด้วยตนเองของคนงานเพื่อลดความเสี่ยงอันตรายของอุบัติเหตุและความเจ็บป่วยที่เกิดจากท่าทางการทำงาน. กองทุนเงินทดแทนสำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม. 2540. ไม่ปรากฏแหล่งพิมพ์

การพัฒนาขีดความสามารถขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้านการป้องกันโรคเบาหวาน

ต.ศรีณรงค์ อ.ชุมพลบุรี จ.สุรินทร์

Development of the Capacity of Local Administration Organization for

Prevention of Diabetes in Thumbol Srinarong of Surin Province

รัตนาภรณ์ อิมหมั่นงาน พย.บ.

Ratanaporn Himmunnagan B. Sc. (Nursing)

เปรมปรีดี ชวนะนรเศรษฐ์ วทม.

Prempree Chawanoraset MPH.

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5

Office of Disease Prevention and Control 5

จังหวัดนครราชสีมา

Nakhonratchasima

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อเพิ่มขีดความสามารถขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ให้มีความสามารถในการจัดการป้องกันโรคและยกระดับความสนใจ ความรู้ ความเข้าใจ ในกระบวนการพัฒนาคุณภาพการป้องกันโรคเบาหวานในชุมชน โดยผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน องค์กรชุมชน ภาคประชาชนในทุกระดับและนักวิชาการในพื้นที่โดยเริ่มจากการค้นหาปัญหา วางแผน ดำเนินงาน สังเกตและบันทึก การสะท้อนความคิดเห็นและติดตามประเมินผล มีอปท. นักวิชาการในพื้นที่ และภาคประชาชน จำนวน 30 คนร่วมกันดำเนินงานโดยบทบาทของอปท. เป็นผู้หนุนเสริม นักวิชาการในพื้นที่เป็นผู้เลี้ยง และภาคประชาชนเป็นผู้ดำเนินงานในชุมชน นักวิจัยเป็นผู้ Empowerment ทีมพื้นที่ศึกษา 3 หมู่บ้านคัดเลือกเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์ที่กำหนดใน ต.ศรีณรงค์ อ.ชุมพลบุรี จ.สุรินทร์ 276 ครัวเรือน กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและกลุ่มปกติ เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถาม การสนทนากลุ่ม แบบรายงานกิจกรรม แบบทดสอบความรู้โรคเบาหวาน และแบบบันทึกน้ำหนัก รอบเอว ระดับน้ำตาลในเลือด วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยค่าเฉลี่ย ร้อยละ และ Paired t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การจัดการกลุ่มข้อมูล และวิเคราะห์เชิงเนื้อหาตามตัวแปรที่ศึกษา ช่วงเวลาการศึกษาระหว่างเดือน มีนาคม 2553 - เดือน กุมภาพันธ์ 2554 ผลการศึกษาพบว่า 1) อปท.มีการวิเคราะห์สถานการณ์และบริบททางสังคม 2) การสังเคราะห์ข้อมูล 3) การมองหาภาคีเครือข่ายคนทำงานร่วมกันโดยมีผู้เอื้ออำนวย 4) มีกระบวนการทำงานที่ปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ด้วยวงจร PDCA 5) การติดตามกำกับประเมินผล และเกิดกิจกรรมในหมู่บ้านตัวอย่าง ได้แก่ การตรวจเลือด เพื่อคัดกรองโรคเบาหวาน ออกกำลังกายด้วยวิธีต่างๆ การทอเสื่ออก การทำความสะอาดบ้าน และรอบบ้าน อสม. เยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวาน การนวดฝ่าเท้าด้วยกะลามะพร้าว และการใช้ภูมิปัญญาชาวบ้านในการรักษาโรคเบาหวาน การให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าว และผลลัพธ์ในกลุ่มผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยง กลุ่มปกติ มีความรู้ โรคเบาหวาน ร้อยละ 62.5 ร้อยละ 75.4 และร้อยละ 70.3 ตามลำดับและสูงกว่าก่อนการดำเนินงาน ผลลัพธ์ในกลุ่มผู้ป่วยมีน้ำหนักเฉลี่ยก่อน และหลังการดำเนินงานไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รอบเอวเฉลี่ยก่อนและหลังการดำเนินงานไม่ต่างกัน ระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยก่อนและหลังการดำเนินงาน ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลลัพธ์ในกลุ่มเสี่ยงพบว่ามีน้ำหนักเฉลี่ยก่อนและหลังการดำเนินงานไม่ต่างกัน รอบเอวเฉลี่ยก่อนและหลังการดำเนินงานไม่ต่างกัน

การพัฒนาขีดความสามารถของ อปท. นักวิชาการ และภาคประชาชน ด้านการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน

สามารถทำให้เกิดการจัดการด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกขั้นตอน และมีกิจกรรมการป้องกันโรคในชุมชน ความรู้ น้ำหนัก รอบเอว ระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มป่วย กลุ่มเสี่ยง กลุ่มปกติ ดีขึ้น ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ควรเกาะติดหรือเชื่อมต่อการทำงานให้ต่อเนื่องในพื้นที่ศึกษา เนื่องจากปลัดอบต. มีความสนใจ เข้าใจ มุ่งมั่นและผ่านประสบการณ์ที่ดีต่อการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม และควรขยายผลให้เป็นศูนย์เรียนรู้หรือเป็นข้อมูลให้ผู้บริหารจัดการหลักสูตรพัฒนาคนทำงานในพื้นที่ และควรมีการศึกษาเชิงลึกด้านมนุษยวิทยาการ พัฒนางานในหมู่บ้านตัวอย่างต่อไป

Abstract

This research was a Participatory Action Research to increase the capacity of the Local Organization to be able to manage the disease and raise the level of knowledge and understanding in the development process, quality of diabetes in the community through the involvement of community leaders, communities, civil society organizations at all levels and academic areas, from planning, implementation problems observed and record reflection, feedback and follow-up evaluation. The team consisted of local officers, researchers and the community. The study included 276 households from 3 village in Sri Narong Chumphon Buri, Surin Province. The samples were divided into groups of diabetic patients, people at risk of diabetes and the normal group. Data was collected through questionnaires, group discussion, report of activities, knowledge of diabetes testing, weight and waist measurement, blood sugar levels. The data was analyzed using average frequency of Paired t-test and qualitative clustering and content - based analysis. The study period was March 2553 - February 2554. The study found 1) Local organization had an analysis of the situation, context and data related to the study. 2) There was network establishment for partners to Work together. 4) work with the PDCA. 5) The follow-up evaluation and activities in the village including a blood test to screen for diabetes, exercise with different ways of weaving reed, cleaning the house and around the house, foot massage with a coconut shell and the wisdom to treat diabetes, educating through broadcast was initiated. The knowledge of Diabetes in patient, risk group and normal people participants were 75.4, 62.5 and 70.3 percent respectively, and were higher than before the operation. There were no statistically difference of weight, waist measurement before and after the operation. There was significantly different of the average blood sugar levels before and after operation at the level of 0.05. Developing the capacity of local organization and the public sector in the diabetes prevention and control could be handled with the participation of the community in every step and disease prevention activities in the community.

ประเด็นสำคัญ-

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
การป้องกันโรคเบาหวาน จังหวัดสุรินทร์

Keywords

Local Administration Organization
Prevention of Diabetes, Surin Province

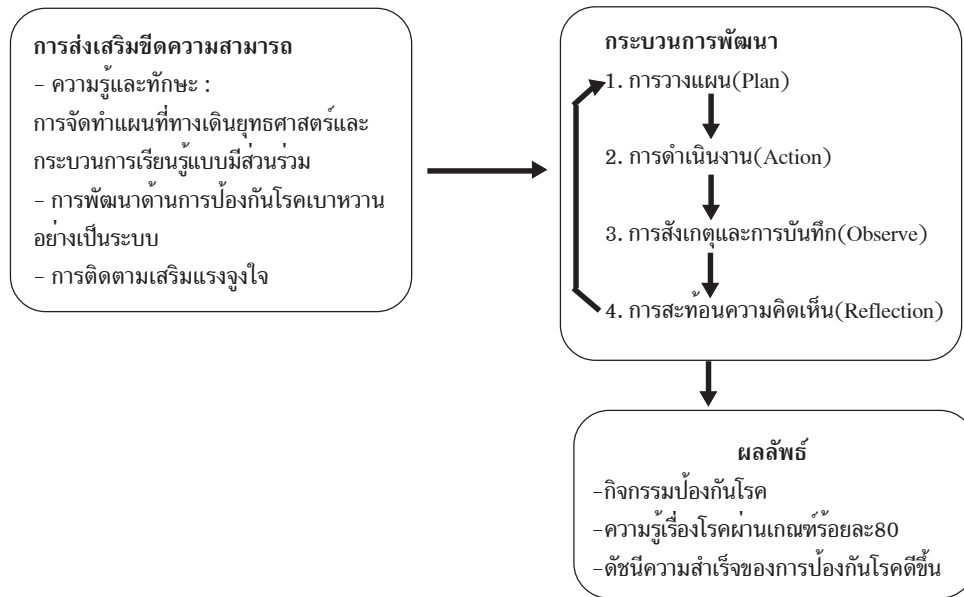
บทนำ

โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นโรค 1 ใน 10 โรคร้ายที่ทำให้คนไทยเจ็บป่วย และสูงถึงร้อยละ 7.1 รองจากโรกระบบทางเดินหายใจ โรคกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและข้อ โรกระบบทางเดินอาหาร และโรคที่ทำให้คนไทยตาย 10 อันดับ คือ 1) มะเร็งทุกชนิด 2) อุบัติเหตุและการเป็นพิษ 3) ความดันเลือดสูงและโรคหลอดเลือดในสมอง 4) โรคหัวใจ 5) ปอดอักเสบ และโรคอื่นๆ ของปอด 6) ไตอักเสบ กลุ่มอาการของไตพิการ 7) โรคที่เกี่ยวกับตับและตับอ่อน 8) ภูมิคุ้มกันบกพร่องเนื่องจากไวรัส (HIV) 9) การบาดเจ็บจากการฆ่าตัวตายและอื่นๆ และ 10) วัณโรค^(1, 2) ในพื้นที่สาธารณสุขเขต 14 พบว่า ผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรักษาโรคเบาหวานในทุกจังหวัดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี จากปี 2549 ถึงปี 2553 และอ.ชุมพลบุรี จ.สุรินทร์ โรคที่เป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ มีโรคหัวใจและหลอดเลือด ไตวาย และเบาหวาน ผู้ป่วยตายถึง 12.6/แสนประชากร⁽³⁾

ทางออกของการแก้ปัญหาจึงต้องมีการเตรียมความพร้อมของคนและระบบรัฐได้พยายามแก้ปัญหาโดยกำหนดแนวทางการแก้ไขในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ปัจจุบันอยู่ในระยะของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550-2554)⁽⁴⁾ ในการพัฒนาแบบบูรณาการเป็นองค์รวมที่มี "คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา" และให้ความสำคัญต่อการรวมพลังสังคมจากทุกภาคส่วนให้มีส่วนร่วมดำเนินการในทุกขั้นตอน การกระจายอำนาจไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)⁽⁵⁾ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของมาตรการเพิ่มพลัง (Empowerment) ให้กับท้องถิ่นและประชาชน การเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมทุกๆ ด้าน กระทรวงสาธารณสุขจะต้องปรับเปลี่ยนบทบาทไปเป็นผู้หนุนเสริมมาตรฐาน การกำกับดูแล และเสนอแนะการเสริมสร้างและพัฒนาขีดความสามารถในการบริหารจัดการ รวมทั้งให้การสนับสนุนและบริการทางวิชาการแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น⁽⁶⁾

ผู้วิจัยจึงได้สนใจการพัฒนาขีดความสามารถ

ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้านการป้องกันโรคในอปท.อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์ เนื่องจากมีสภาพปัญหาด้านการจัดการสุขภาพไม่แตกต่างจากที่อื่นและพบว่า การดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพน้อย ไม่มีนวัตกรรมด้านการป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ ทั่วๆ ที่มีกองทุนตำบลจำนวน 5 แห่ง อปท.มีการสนับสนุนงบประมาณการดำเนินงานด้านสุขภาพ ส่วนเทคนิควิธีการและองค์ความรู้สถานีนามัย เป็นผู้ปฏิบัติการในพื้นที่กิจกรรมที่ส่วนใหญ่เป็นการแก้ไขปัญหาโรคเรื้อรัง และเป็นงานประจำ เช่น ไข้เลือดออก อูจจาระร่วง พิษสุนัขบ้า ไข้หวัด 2009 สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น ออกกำลังกาย จัดสรรงบประมาณสร้างลานกีฬา และเครื่องเสียง การทำงานร่วมกันระหว่าง อปท. ประชาชน และหน่วยงานภาครัฐ/เอกชนในพื้นที่มีน้อย ส่วนใหญ่แยกส่วนกันทำ แต่กิจกรรมที่ทำร่วมกันได้แก่ งานประเพณี งานกีฬา⁽⁷⁾ นอกจากนี้ อปท.ยังขาดคนที่มีความรู้ความชำนาญด้านสาธารณสุข ประกอบกับหน่วยงานสนับสนุนวิชาการที่เป็นภาครัฐในพื้นที่ โดยเฉพาะสาธารณสุขมีงานล้นมือ ผู้วิจัยคาดหวังผลจากการวิจัยครั้งนี้จะทำให้ อปท.มีความสามารถในการจัดการป้องกันโรค และยกระดับความสนใจ ความรู้ ความเข้าใจของ อปท.เกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาคุณภาพการป้องกันโรคเบาหวานในชุมชน โดยผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน องค์กรชุมชน ภาคประชาชน ในทุกระดับและนักวิชาการในพื้นที่โดยเริ่มตั้งแต่การค้นหาปัญหา การวางแผน การดำเนินงาน การสังเกต และการบันทึก การสะท้อนความคิดเห็นและการติดตามประเมินผล โดยมีนักวิจัยเป็นผู้ Empowerment ทีม⁽⁸⁾ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาขีดความสามารถขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้านการป้องกันโรคเบาหวาน โดยประยุกต์กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (PAR) ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานในชุมชน ต.ศรีณรงค์ อ.ชุมพลบุรี จ.สุรินทร์ โดยมีกรอบแนวคิดและทฤษฎี ของ Lewin, Kurt ดังนี้⁽⁹⁾



นิยามศัพท์ในการวิจัย

นักวิชาการในพื้นที่ หมายถึง เจ้าหน้าที่ของภาครัฐที่มีภารกิจโดยตรงหรือมีส่วนสนับสนุน หรือส่งเสริมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่ระดับตำบล

การพัฒนา อปท.ด้านการป้องกันโรคเบาหวาน หมายถึง การดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์สถานการณ์และบริบททางสังคม 2) การสังเคราะห์ข้อมูล 3) การมองหาภาคีเครือข่ายคนทำงานร่วมกันโดยมีผู้เอื้ออำนวย 4) กระบวนการปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่องด้วยวงจร PDCA (Plan Do Check Act)⁽¹⁰⁾ และ 5) การติดตาม กำกับประเมินผล กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม หมายถึง การป้องกันโรคเบาหวานร่วมกันระหว่าง 3 ฝ่ายประกอบด้วย อปท. ภาคประชาชน และนักวิชาการ ได้แก่ การจัดประสบการณ์เรียนรู้ร่วมกันระหว่าง ประชาชน/ภาคีเครือข่าย อปท. นักวิชาการในพื้นที่ และนักวิจัย เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการทำความเข้าใจปัญหา หาทางออก และการลงมือแก้ปัญหาด้านการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ดัชนีความสำเร็จของการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน หมายถึง น้ำหนัก รอบเอว ระดับ

น้ำตาลในเลือด

วัสดุและวิธีการศึกษา

รูปแบบเป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research)⁽⁸⁾ ในพื้นที่อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์ โดยมีอปท. นักวิชาการในพื้นที่และภาคประชาชน จำนวน 30 คนเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมในชุมชน โดยแบ่งบทบาท อปท. เป็นผู้หนุนเสริมนักวิชาการในพื้นที่เป็นพี่เลี้ยง และภาคประชาชนเป็นผู้ดำเนินงานในหมู่บ้านตัวอย่าง นักวิจัยเป็นผู้ Empowerment ทีมประชากรและพื้นที่วิจัย คือ 1 ตำบล ในอำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์ คือ ตำบลศรีณรงค์ หมู่ 6 บ้านโคกเม็ก หมู่ 12 บ้านยางชุมเหนือ และหมู่ 13 บ้านยางน้อย ตำบลศรีณรงค์ เป็นพื้นที่รับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลศรีณรงค์ จำนวนครัวเรือนทั้งหมด 276 ครัวเรือน กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน 32 คนที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน 65 คน ที่ได้รับการเจาะเลือดคัดกรองเบาหวานก่อนดำเนินงานมีค่าน้ำตาลในเลือด ตั้งแต่ 100 ขึ้นไปและกลุ่มปกติ 145 คนเป็นผู้สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมดำเนินการในช่วงเวลาระหว่างเดือน มีนาคม 2553 - เดือน กุมภาพันธ์ 2554

ขั้นตอนการวิจัย

1. ค้นหาทีมคนที่มองเห็นปัญหาโรคเบาหวานที่ต้องแก้ไข สมครใจ โดยมีแกนนำหลัก ปลัด อบต. และนักวิชาการในพื้นที่

2. พัฒนาทักษะการทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์และการมีส่วนร่วม

3. จำลองรูปแบบทำในชุมชนซึ่งประกอบด้วย

3.1 การวางแผน (Plan) วิเคราะห์สถานการณ์โรคเบาหวานและกำหนดกลุ่มเป้าหมาย

3.2 การดำเนินงาน (Action) เป็นขั้นตอนลงมือทำตามแผนในหมู่บ้านตัวอย่าง โดยภาคประชาชน รพสต.และอบต. เป็นพี่เลี้ยง กำหนดเวลา 2 เดือน

3.3 การสังเกตและการบันทึก (Observe) เป็นการประเมินการรับรู้ของประชาชน และการบริหารจัดการโครงการของแกนนำ กำหนดเวลา 2 เดือน

3.4 การสะท้อนความคิดเห็น (Reflection) เก็บรวบรวมข้อมูลข้อดีและจุดอ่อนนำไปสู่การปรับปรุงแผนงานและแนวทางการบริหารจัดการของหมู่บ้านในรูปแบบและแนวทางเดียวกันในแต่ละหมู่

4. ทีมวิจัยติดตามเสริมแรงจูงใจ เริ่มตั้งแต่การวางแผน 1 ครั้ง ดำเนินงาน 2 ครั้ง และครั้งสุดท้ายตอนหลังจากที่ได้ดำเนินการเสร็จระยะเวลา 4 เดือน

4.1 ขั้นตอนในการวางแผน ภายหลังจากอบรมพัฒนาการทำแผนไปแล้ว อบต. นักวิชาการในพื้นที่ และภาคประชาชน ทำแผนที่ยุทธศาสตร์ในพื้นที่ ทีมวิจัยได้ไปช่วยพัฒนาและปรับปรุงแผนร่วมอบต. นักวิชาการในพื้นที่ และภาคประชาชน

4.2 ระหว่างดำเนินงาน ได้ประชุมกลุ่มย่อยกับแกนคนทำงานในพื้นที่ จำนวน 2 ครั้ง เพื่อประเมินและพัฒนาการดำเนินงาน

4.3 ขั้นตอนการสรุปผลการดำเนินงานด้วยวิธีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และผลักดันให้เป็นนโยบายระดับตำบลและมีการต่อยอด

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการส่งเสริมขีดความสามารถของ อบต. นักวิชาการ

ในพื้นที่ และภาคประชาชนได้แก่ หลักสูตรการอบรมแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์และการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม แนวทางการพัฒนาด้านการป้องกันโรคเบาหวานอย่างเป็นระบบ แนวทางการติดตามเสริมแรงจูงใจ และเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลด้านผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการพัฒนาของ อบต. นักวิชาการในพื้นที่ และภาคประชาชน ได้แก่ แบบรายงานกิจกรรมป้องกันโรคเบาหวาน แบบการสังเกต แบบทดสอบความรู้เรื่องการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ผ่านการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือทางสถิติ วัดความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ และค่าความเที่ยง Cronbach's Alpha Co-efficient = 0.75 และแบบบันทึกน้ำหนัก รอบเอว ระดับน้ำตาลในเลือด (DTX)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลการส่งเสริมขีดความสามารถของอบต. นักวิชาการในพื้นที่ และภาคประชาชน ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

2. การวิเคราะห์ข้อมูลด้านผลลัพธ์จากกระบวนการพัฒนาของ อบต. นักวิชาการในพื้นที่ และภาคประชาชน วิเคราะห์สถิติ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired t-test

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

อบต. นักวิชาการในพื้นที่ และภาคประชาชน จำนวน 30 คน มีสถานะเป็นนายก อบต. ร้อยละ 3.3 ปลัด อบต. ร้อยละ 3.3 นักวิชาการใน อบต. ร้อยละ 10 สาธารณสุข ร้อยละ 13.4 อาสาสมัครสาธารณสุข ร้อยละ 70 มีอายุต่ำกว่า 25 ปี ร้อยละ 6.6 อายุ 25 - 34 ปี ร้อยละ 13.5 อายุ 35 - 44 ปี ร้อยละ 23.3 อายุ 45 - 54 ปี ร้อยละ 23.3 อายุ 55 - 64 ปี ร้อยละ 23.3 และอายุ 65 ปีขึ้นไป ร้อยละ 10

ส่วนที่ 2 ผลการส่งเสริมขีดความสามารถของอบต. นักวิชาการในพื้นที่ และภาคประชาชน

อบต. นักวิชาการในพื้นที่ และภาคประชาชน จำนวน 30 คนหลังจากได้รับการพัฒนาศักยภาพ

สามารถทำแผนที่ยุทธศาสตร์ของตำบลที่มีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมาร่วมทำแผน เมื่อไปติดตามพบว่าชุมชนเองได้มีแผนและได้นำเสนอแผนของชุมชนต่อ อปท. และในโครงการมีการแบ่งบทบาทหน้าที่ของแกนนำ คนทำงาน และกลุ่มเป้าหมายชัดเจน และมีกิจกรรมในแต่ละกลุ่ม และมีงบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบล พบว่ากลุ่มแกนนำคนทำงานได้มีการประชุมย่อยเพื่อติดตามการทำการกิจกรรมและนำผลการประชุมไปปรับปรุงการทำงานเกิดกระบวนการพัฒนาในชุมชน ได้แก่ การจัดทำแผน โดยชุมชน การดำเนินการแผน การประชุมกลุ่มเพื่อพัฒนาการดำเนินงานและสะท้อนความคิดเห็นของชุมชน โดยมีการจัดเวทีประกวดผลการดำเนินงานของชุมชน

จากกิจกรรมที่ชุมชนทำให้เกิดการขยายผลดำเนินการต่อเกี่ยวกับการเยี่ยมบ้านโดยมีแผนเข้ากองทุนสุขภาพตำบลในการเยี่ยมบ้านโดย อสม. ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็นผู้เยี่ยมบ้านเฉพาะทาง (Advance) และขอแบ่งการเปลี่ยนแปลงในชุมชนดังนี้

1. การวางแผน (Plan) เริ่มจากการวางแผนทางเดินยุทธศาสตร์ของตำบล อปท. ได้ทำประชาคมชาวบ้าน คัดเลือกโรคเบาหวานนำร่องในการดำเนินงานและอบรมการเขียนโครงการให้กับแกนนำหมู่บ้านจำนวน 3 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ 6 บ้านโคกเม็ก หมู่ 12 บ้านยางชุมเหนือ และหมู่ 13 บ้านยางน้อย ตำบลศรีณรงค์ ซึ่งโครงการแกนนำหมู่บ้านเป็นผู้ดำเนินการและในส่วน รพสต. เป็นผู้ช่วยเหลือและให้คำปรึกษาในส่วนอบต. เป็นผู้หาทางออกกฎระเบียบการใช้งบประมาณ และจัดสรรงบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบล หมู่บ้านละหนึ่งหมื่นบาท

2. การดำเนินงาน (Action) ขั้นตอนนี้จะมีการบริหารจัดการ การดำเนินงานและการเงิน ด้วยกลุ่มแกนนำมีการแบ่งงาน โดยมีผู้รับผิดชอบหลัก เพียง 1-2 คนในแต่ละกิจกรรมโดยจะประสานการทำงานกับคนในหมู่บ้าน และหน่วยงานภาครัฐ มีการติดตามการทำงานแต่ละกิจกรรมโดยกลุ่มแกนนำคนทำงานด้วยวิธีประชุมกลุ่มย่อยแบบไม่เป็นทางการ และขอคำปรึกษาในส่วนที่เกี่ยวข้องกับ อบต. และ รพสต.

3. การสังเกตและการบันทึก (Observe) ขั้นตอนนี้นักวิชาการที่ รพสต. เป็นที่ปรึกษาเรื่องการเก็บข้อมูล การดำเนินงานและการประเมินผล โดยแกนนำเป็นผู้จัดเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล แยกเป็นกลุ่มป่วย กลุ่มเสี่ยง กลุ่มปกติ ในแต่ละกลุ่ม มีการเก็บข้อมูล อายุ น้ำหนัก รอบเอว ระดับน้ำตาลในเลือด และความรู้โรคเบาหวาน

4. การสะท้อนความคิดเห็น (Reflection) ขั้นตอนนี้เป็น การนำข้อมูลจากการดำเนินงานนำเสนอเป็นระยะๆ แกนนำคนทำงานในหมู่บ้านเป็นผู้จัดการข้อมูล และได้แสดงความคิดเห็นเพื่อพัฒนางานให้ดีขึ้น หรือมีการแก้ไขช่องว่างการทำงาน หรือปรับปรุงวิธีการทำงาน หรือการชื่นชมกับผลสำเร็จของงานที่ทำ ด้วยวิธีการประชุมกลุ่ม จัดเวทีประชาคมในหมู่บ้าน จัดเวทีประกวดผลการดำเนินงาน จัดเวทีแลกเปลี่ยนการดำเนินงานโดย อบต. เป็นเจ้าภาพ และจากการติดตามเสริมพลังของทีมวิจัย

ส่วนที่ 3 ผลลัพธ์การดำเนินงาน อปท. นักวิชาการในพื้นที่ และภาคประชาชน ดังนี้

กิจกรรมในชุมชน

หมู่ 6 บ้านโคกเม็ก มีกิจกรรมการตรวจเลือดเพื่อคัดกรองโรคเบาหวาน ออกกำลังกายด้วยวิธีเดินแอโรบิค และการใช้ภูมิปัญญาชาวบ้าน ได้แก่ ชักรอกอวัยวะที่อ่อนแรงจากอัมพฤกษ์อัมพาต เช่น แขน ขา ให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าว เป็นต้น

หมู่ 12 บ้านยางชุมเหนือ มีกิจกรรมการตรวจเลือด เพื่อคัดกรองโรคเบาหวาน ออกกำลังกายด้วยวิธีเดินแอโรบิค และมีชุดให้ผู้ออกกำลังกาย หมอลำพื้นบ้านลำกระบอง และการใช้ภูมิปัญญาชาวบ้าน ได้แก่ จับคู่ดึงเชือกผ่านขวด ส่งเสริมให้กินสมุนไพรพืชผัก การให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าว

หมู่ 13 บ้านยางน้อย มีกิจกรรมการตรวจเลือดเพื่อคัดกรองโรคเบาหวาน ออกกำลังกายวิธีเดินแอโรบิค สุราฮูป และการใช้ภูมิปัญญาชาวบ้าน ได้แก่ เหยียบกะลามะพร้าว การทอเสื่ออก การทำความสะอาดบ้าน และรอบบ้าน การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวานโดยอาสาสมัคร

สาธารณสุข การให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าว
ความรู้โรคเบาหวาน

คะแนนความรู้โรคเบาหวานของหมู่บ้าน
นำร่อง ได้กำหนดมาตรฐานตั้งแต่ ร้อยละ 80 ของ

ตาราง 1 คะแนนความรู้โรคเบาหวานของกลุ่มป่วย กลุ่มเสี่ยง กลุ่มปกติ หลังดำเนินงานของหมู่บ้านนำร่อง

คะแนนความรู้โรคเบาหวาน	กลุ่มป่วย		กลุ่มเสี่ยง		กลุ่มปกติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ตั้งแต่ร้อยละ80 ของคะแนนเต็ม	20	62.5	49	75.4	102	70.3
ต่ำกว่าร้อยละ80 ของคะแนนเต็ม	12	37.5	16	24.6	43	29.7
รวม	32	100.0	65	100.0	145	100.0

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยกลุ่มป่วย พบว่า กลุ่มป่วยน้ำหนักก่อนการดำเนินงาน ค่าเฉลี่ย 61.68 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.13 หลังการดำเนินงาน ค่าเฉลี่ย 61.48 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.88 จากการทดสอบพบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนการดำเนินงานและหลังการดำเนินงาน ไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.596) รอบเอวก่อนการดำเนินงานค่าเฉลี่ย 80.21 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.23 หลังการดำเนินงาน ค่าเฉลี่ย 78.84 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.43 จากการทดสอบพบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนการดำเนินงานและหลังการดำเนินงาน ไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.301) ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนการดำเนินงานค่าเฉลี่ย 127.62 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 52.88 หลังการดำเนินงาน ค่าเฉลี่ย 118.90 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 39.11 จาก การทดสอบพบว่า

ตาราง 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ของกลุ่มป่วย ก่อนการดำเนินงาน และหลังการดำเนินงาน จำแนกตามน้ำหนัก รอบเอว ระดับน้ำตาลในเลือด

ประเภท	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	Paired t-test	df	p-value
น้ำหนัก						
ก่อนการทดลอง	32	61.68	11.13	0.535	31	0.596
หลังการทดลอง	32	61.48	10.88			
รอบเอว						
ก่อนการทดลอง	32	80.21	9.23	1.052	31	0.301
หลังการทดลอง	32	78.84	8.43			
ระดับน้ำตาลในเลือด						
ก่อนการทดลอง	32	127.62	52.88	2.428	31	0.021**
หลังการทดลอง	32	118.90	39.11			

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ของกลุ่มเสี่ยง ก่อนการดำเนินงาน และหลังการดำเนินงาน
จำแนกตาม หน้าที่ ครอบเว

ประเภท	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	Paired t-test	df	p-value
หน้าหนัก						
ก่อนการทดลอง	65	63.09	14.96	0.470	64	0.640
หลังการทดลอง	65	62.44	13.53			
รอบเว						
ก่อนการทดลอง	65	78.60	8.29	-1.354	64	0.180
หลังการทดลอง	65	81.53	17.17			

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

วิจารณ์

1. การส่งเสริมขีดความสามารถของอปท. นักวิชาการในพื้นที่ และภาคประชาชน

จากการส่งเสริมขีดความสามารถที่มีการฝึกทักษะการทำแผน และการมีส่วนร่วมของชุมชน สามารถนำมาใช้จนเกิดแผนมาจากการมีส่วนร่วมในชุมชน สอดคล้องกับองค์ประกอบของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์⁽¹¹⁾ ได้กล่าวถึงองค์ประกอบที่สำคัญ 4 องค์ประกอบ ทำให้การเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพผู้เรียนควรมีทักษะทั้ง 4 องค์ประกอบ คือ ประสบการณ์ (experience) การสะท้อน/อภิปราย (reflection/discussion) การทดลอง/ประยุกต์แนวคิด (experimentation/application) ความคิดรวบยอด (concept) และสอดคล้องกับการศึกษาของ จีระประภา บุญอนันต์ และสมบัติ กุสุมาลี⁽¹²⁾ ศึกษา ยุทธศาสตร์ชุมชนเข้มแข็ง ด้วยการพัฒนาศูนย์การเรียนรู้ : กรณีศึกษาตำบลบางพระ จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยมุ่งศึกษาถึงการบริหารจัดการพัฒนาศูนย์การเรียนรู้ในชุมชนเข้มแข็งและปัจจัยสำเร็จในการพัฒนาชุมชนเข้มแข็ง โดยใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ การสังเกต การทำประชาคมของชุมชน ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าชุมชนบางพระมีความเข้มแข็งและพึ่งตนเองได้ในระดับหนึ่ง และมีแนวโน้มที่จะเป็นชุมชนยั่งยืน อันเนื่องมาจากชุมชนมีการบริหารจัดการพัฒนาศูนย์การเรียนรู้ในทุกๆระดับ และเป็นระบบ

2. ผลการดำเนินงาน อปท. นักวิชาการในพื้นที่ และภาคประชาชน

กระบวนการดำเนินของอปท. นักวิชาการในพื้นที่ และภาคประชาชน ที่ประกอบด้วย การวางแผน (Plan) การดำเนินงาน (Action) การสังเกตและการบันทึก (Observe) การสะท้อนความคิดเห็น (Reflection) ทำให้เกิดกิจกรรมป้องกันโรคในหมู่บ้านตัวอย่างสรุปได้ว่าการส่งเสริมให้คนที่อยู่ในพื้นที่ให้เกิดกิจกรรมนั้น เนื่องจากการสร้างความรู้สึก(feeling)เป็นเจ้าของ จนเกิดแนวคิด (thinking) จัดการโดยผู้วิจัยเป็นคนกระตุ้นหนุนเสริมให้ดำเนินการ(doin)โดยมีระเบียบวิธีการวางแผน (Plan) การดำเนินงาน (Action) การสังเกตและการบันทึก (Observe) การสะท้อนความคิดเห็น (Reflection) สอดคล้องกับดิเรก ปัทมสิริวัฒน์⁽⁶⁾ ได้ศึกษาโครงการสนับสนุนธรรมาภิบาลของ อบต. และการมีส่วนร่วมของประชาชน : การเรียนรู้ร่วมกับท้องถิ่น ระยะที่ 2 ได้เน้นการเรียนรู้ร่วมกันระหว่าง อบต. ประชาคม และสถาบันการศึกษา ในพื้นที่ 6 จังหวัด ในภาคเหนือตอนล่าง โดยความสมัครใจและทำงานในลักษณะส่งเสริมซึ่งกันและกัน (supplementary role) พบว่า 1) การพัฒนาความสามารถ อบต. และบุคลากร เป็นมิติเชิงสถาบันที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง เป็นการพัฒนาผู้นำที่เข้มแข็งและมีความกระตือรือร้นในการทำงาน ค้นคืนนวัตกรรมและริเริ่มบริการใหม่ๆ 2) สถาบันวิชาการในพื้นที่สามารถจะเรียนรู้และเข้าใจ อบต. โดยร่วมกันมีกิจกรรมต่างๆอย่างต่อเนื่อง และการเยี่ยมชมเพื่อสร้างความเชื่อถือเป็นขณะเดียวกันได้ทำบทบาท “เพิ่มความรู้ให้ท้องถิ่น-โดยไม่ใช้การสอน”

แต่เป็นการพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการ

คะแนนความรู้โรคเบาหวานของหมู่บ้านนำร่อง ได้กำหนดมาตรฐานตั้งแต่ร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม พบว่า กลุ่มป่วยหลังการดำเนินงานผ่าน มาตรฐาน ร้อยละ 62.5 กลุ่มเสี่ยงผ่านมาตรฐาน ร้อยละ 75.4 และ กลุ่มปกติ ผ่านมาตรฐาน ร้อยละ 70.3 เนื่องจากการดำเนินงานให้ความรู้ นั้นเป็นภาคประชาชนในพื้นที่ ความสนใจในข่าวสารอาจไม่ทำให้เปลี่ยนไปจากเดิมมากนัก อีกประการกลุ่มตัวอย่างได้แก่ กลุ่มป่วยด้วยโรคเบาหวาน กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มปกติ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงที่มีอายุมากเฉลี่ยประมาณ 52 - 56 ปี ภาระหน้าที่ที่ต้องดูแลบ้าน บุคคลในครอบครัว ทำมาหากิน และกิจกรรมร่วมกับสังคม ทำให้ความสนใจน้อยลง สอดคล้องประภาเพ็ญ สุวรรณ⁽¹³⁾ ได้ให้คำอธิบายว่า ความรู้ เป็นพฤติกรรมขั้นต้นที่ผู้เรียนรู้เพียงแต่เกิด ความจำได้ โดยอาจจะเป็นการนึกได้หรือโดยการมองเห็นได้ยิน จำได้ ความรู้ในขั้นนี้ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับคำจำกัดความ ความหมาย ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ โครงสร้าง และวิธีแก้ไขปัญหา ส่วนความเข้าใจอาจแสดงออกมาในรูปของทักษะด้าน “การแปล” ซึ่งหมายถึง ความสามารถในการเขียนบรรยายเกี่ยวกับข่าวสารนั้น ๆ โดยใช้คำพูดของตนเอง

ดัชนีความสำเร็จของการป้องกันโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่ ไม่ต่างกัน ก่อนและหลังการดำเนินงานยกเว้น ในกลุ่มป่วยระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยก่อนและหลังการดำเนินงานต่างกัน เนื่องจากระยะเวลาการดำเนินตาม กิจกรรมในหมู่บ้านระหว่างเดือนธันวาคม 2553 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ 2554 ประมาณ 3 เดือน การเปลี่ยนแปลง น้ำหนัก รอบเอว ระดับน้ำตาลในเลือด ต้องใช้ระยะเวลายาวนานกว่านี้ แต่ผลการเปลี่ยนแปลงในรายบุคคล ส่วนใหญ่เปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น ในกลุ่มป่วยระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยก่อนการดำเนินงาน และหลังการดำเนินงานต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.021) อาจเนื่องจากในกลุ่มนี้มีการสร้างการรับรู้ และความตระหนักในประเด็นการควบคุมน้ำตาลมากกว่า อย่างอื่น และมากกว่ากลุ่มเสี่ยง มากกว่ากลุ่มปกติ

แต่ถึงอย่างไรการจะตรวจสอบการควบคุมน้ำตาลในเลือดให้อยู่มาตรฐานควรตรวจดูที่ Hemoglobin A1C ไม่เกิน 7 ในโครงการนี้ไม่สามารถตรวจได้เนื่องจากมีราคาแพง

สรุป

การพัฒนาขีดความสามารถของ อปท. นักวิชาการ และภาคประชาชน ด้านการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน สามารถทำให้เกิดการจัดการด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกขั้นตอน และมีกิจกรรมการป้องกันโรคในชุมชน ความรู้ น้ำหนัก รอบเอว ระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มป่วย กลุ่มเสี่ยง กลุ่มปกติ ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการศึกษาพบว่า อปท. และแกนนำในหมู่บ้านมีความรู้ทักษะ การมีส่วนร่วมและปลื้มใจขยายผล ดังนั้นจนท.สาธารณสุข ควรเกาะติดเชื่อมต่อการทำงานให้ต่อเนื่องเมื่อจบการวิจัยไปแล้ว เนื่องจาก ปลัด อบต. (นางปลื้มจิต ต่อเสนา) มีความเข้าใจและได้ประสบการณ์กระบวนการทำงาน Action Research ในการศึกษาครั้งนี้แล้ว และยังมีแนวคิดขยายลักษณะนี้ไปยังงานสาธารณสุขด้านอื่น

2. ควรขยายผลไปยัง อบต.อื่น และเป็นศูนย์เรียนรู้ การส่งเสริม อปท. เกี่ยวกับระเบียบวิธีการทำงาน Action Research โดยมีการวางแผน (Plan) การดำเนินงาน (Action) การสังเกตและการบันทึก (Observe) การสะท้อนความคิดเห็น(Reflection) สาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัด เป็นผู้เอื้ออำนวย (facilitator) ให้สถาบันในพื้นที่ขับเคลื่อนการพัฒนาศักยภาพ อปท. หรือหน่วยงานวิชาการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข รับผิดชอบด้านวิชาการ

3. ผลการวิจัยในครั้งนี้ สามารถใช้เป็นข้อมูลให้ผู้บริหารจัดหลักสูตรการพัฒนาคนทำงานในพื้นที่ ข้อเสนอแนะสำหรับทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีระยะเวลาการดำเนินงานในพื้นที่มากกว่าประมาณ 1-2 ปี เพื่อจะเห็นผลการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน

2. ควรมีการศึกษาเชิงลึกที่ด้านมานุษยวิทยา ทางการแพทย์ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและผู้นำการเปลี่ยนแปลง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global estimates for prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in adults. *Diabetes Care* 1993; 16: 157-77.
2. โรคเบาหวาน(ออนไลน์). แหล่งที่มา: <http://www.Thaihealth.Net/h/article591.html>. 29 ธันวาคม 2553.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์. 2549. สรุปผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ. รายงานผลการดำเนินงานประจำปี 2548. สุรินทร์: มพท.
4. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. มปป. กรุงเทพฯ. (ออนไลน์) แหล่งที่มา: <http://www.ddd.go.th/Thai-html/05022007/PDF/PDF01/index.htm>. 12 มกราคม 2554.
5. ชูชัย ศุภวงศ์. 2550. มพท.อบต.กับหมออนามัย : การศึกษาวิจัยบทบาทของ อบต.กับการพัฒนางานด้านสาธารณสุข.(ออนไลน์) แหล่งที่มา: <http://www.moph.go.th/ops/doctor/doctor4/sDHS75.html>. 12 มีนาคม 2553.
6. ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์ กิตติพัฒน์ แสนทวีสุข ดนัย พาหุยุทธ์ ตาริน คงสิ่ววัฒน์และชาณวุฒิ ไชยรักษา. การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อสนับสนุนประสิทธิภาพและธรรมาภิบาลระดับ อบต. : การเรียนรู้ร่วมกับ 20 สิงหาคม สิงหาคม 2553.
7. เปรมปรีดี ชวนะนรเศรษฐ์ สำลี เรืองศรี ธัญภา จันทรโทและเจตต์ ดียิ่ง. 2554. รูปแบบการพัฒนา PATORY ACTION RESEARCH CONCEPTS AND PRACTICE. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
9. Smith, M. K. 2001.Kurt Lewin, groups, experiential learning and action research (online) Available from : www.infed.org/thinkers/et-lewin.htm. 12 October 2011.
10. สมประสงค์ เสนารัตน์.มปป. PDCA เครื่องมือในการจัดการคุณภาพ.มพท.(ออนไลน์)แหล่งที่มา: <http://images.senarat.multiply.multiplycontent.com/attachment/0/SyW@ngooCGwAAD3zecs1/PDCA.12> ตุลาคม 2554.
11. กรมสุขภาพจิต. กระทรวงสาธารณสุข .2544 : หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (participatory learning: PL) กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต: 14 -16.
12. จิระประภา อัครบวร,บุญอนันต์ พิณยทรัพย์ และสมบัติ กุสุมาวลี. "ยุทธศาสตร์ชุมชนเข้มแข็ง ด้านการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์: กรณีศึกษาตำบลบางพระ จังหวัดฉะเชิงเทรา" วารสารพัฒนบริหารศาสตร์. 2545; 42(4): 311-388.
13. ประภาเพ็ญ สุวรรณ.2542. กรุงเทพฯ.(ออนไลน์) แหล่งที่มา: th.wikipedia.org/wiki/ความรู้. 12 มีนาคม 2553.

ประสิทธิผลการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยเบาหวานศูนย์สุขภาพชุมชนจอหอ จังหวัดนครราชสีมา

Self Efficacy Theory to Consumption Behavior Change in Diabetic Patients

attending at Joho Community Health Center, Nakhonratchasima Province

รัตนาภรณ์ อิมหมั่นงาน พย.บ. พยาบาลศาสตร์ Ratanaporn Himmunngan B.Sc.Nursing

นัยนา อาภาสุวรรณกุล วทม. สิ่งแวดล้อม Naiyana Apasurannakul M.Sc.(Environment)

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา Office of Disease Prevention and Control 5th Nakhonratchasima

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการ ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนจอหอ จังหวัดนครราชสีมา โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองเป็นแนวทางในการกำหนดกิจกรรมทดลอง ซึ่งประกอบด้วย 1) ประสบการณ์ของความสำเร็จในการกระทำด้วยตนเอง 2) การเลียนแบบจากตัวแบบ 3) การใช้คำพูดโน้มน้าว และ 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 50 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบด้วย Students' t-test ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และมีคะแนนพฤติกรรมมารับประทานอาหารเฉลี่ย (29.12 คะแนน) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (26.26 คะแนน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ส่งผลให้ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA_{1c}) ของกลุ่มทดลองหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยก่อนทดลองเท่ากับร้อยละ 9.04 หลังการทดลองมีค่าเท่ากับร้อยละ 7.77 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ซึ่งก่อนการทดลองระดับ HbA_{1c} ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 36 และระดับพอใช้ ร้อยละ 42 แต่หลังการทดลองเป็นระยะเวลา 3 เดือนพบว่า ผู้ป่วยมีระดับ HbA_{1c} อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 16 ระดับดี ร้อยละ 28 และระดับพอใช้ ร้อยละ 48 สรุปได้ว่าการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมโรค เบาหวานได้ดีขึ้น อย่างไรก็ตามในการวิจัยนี้พบว่าควรให้ญาติผู้ดูแลเข้าร่วมกิจกรรมด้วย เนื่องจากพบว่า ผู้ดูแลมีส่วนในการสนับสนุนและเป็นแรงจูงใจที่สำคัญในการเข้าร่วมกิจกรรม และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวาน ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงได้ และเกิดความยั่งยืนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม

Abstract

This quasi experimental study was to study the effectiveness to adapt consumption behavior among diabetic cases. These cases were treated at Joho Community Health Center, Muang district, Nakhon Ratchasima province. Self-Efficacy theory was applied to develop the activities in the study which composed of 1) self success experiences 2) imitate from modeling 3) verbal persuasion and 4) emotional arousal The sample

were divided into experiment group and control group. Each group was 50 type II diabetic cases. Data collection was composed of interviewing form and laboratory examination. Data was described by percentage, mean and standard deviation. Both paired t-test and student's t-test were used to compare the mean between before and after the experiment and between experiment and control group. It was found that after experiment the experiment group had more perception to behavior adaptive ability ($p < 0.001$) and more consumption behavior ($p < 0.001$) than the control group. The HbA1c among experiment group was lesser than control group. The HbA1c among experiment group was significant decreased from 9.04% to 7.77% ($P < 0.01$) during the experiment period. Before experiment 36% of experiment group had good and 42% had fair HbA1c level but after 3 month period of experiment 16% had best 28% had good and 48% had fair HbA1c level. The results of this study could conclude that Self-efficacy theory could be applied to adapt the consumption behavior among type II diabetic cases. However, the relatives of those cases should participate in the course to support the adaptive consumption practice of those cases for sustainability of proper behavior.

ประเด็นสำคัญ-

พฤติกรรมบริโภคอาหาร ผู้ป่วยเบาหวาน
ศูนย์สุขภาพชุมชนจอหอ

Keywords

Consumption behavior, Diabetic patients
Joho Community Health Center

บทนำ

โรคเบาหวานเกิดจากความไม่สมดุลในการรับสารอาหารประเภทที่ให้พลังงานเข้าสู่ร่างกาย และความไม่สมดุลในการเผาผลาญสารอาหารหรือการใช้พลังงานของร่างกายผู้ป่วยเบาหวานที่คุมระดับน้ำตาลไม่ดีและเป็นระยะเวลานาน สามารถส่งผลทางตรงต่อสุขภาพ ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง โดยทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้โดยเฉียบพลัน หรืออาจเกิดขึ้นช้า ๆ ค่อยเป็นค่อยไป⁽¹⁾ ปีพ.ศ. 2549-2552 ศูนย์สุขภาพชุมชนจอหอ จังหวัดนครราชสีมา พบผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มสูงขึ้นจาก 156 คนเป็น 230 คน เป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (FBS > 130 mg% หรือ HbA_{1c} 7%) ร้อยละ 63 62 63 และ 68 ตามลำดับ โดยพบภาวะแทรกซ้อนทางตา ไตและเท้าเป็นร้อยละ 15.87 4.80 และ 6.25 ตามลำดับ แม้ว่าศูนย์สุขภาพชุมชนจอหอจะมีผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self help group) แต่ยังมีพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้องและไม่สามารถคุมระดับน้ำตาลได้ประมาณร้อยละ 60⁽²⁾ จากการวิจัยพบว่าพฤติกรรมบริโภคที่ไม่เหมาะสม

เป็นปัจจัยที่สำคัญในการเกิดโรคเบาหวาน และเป็นสาเหตุของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในผู้ป่วยเบาหวาน เกิดความผิดปกติทางสรีรวิทยาและเกิดภาวะแทรกซ้อนอันตรายตามมา⁽³⁾ ดังนั้นสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา จึงได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องประสิทธิผลการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเอง ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการ ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนจอหอ จังหวัดนครราชสีมา ปี พ.ศ. 2553 เพื่อที่จะทดลองปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน ที่ไม่สามารถคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยมุ่งเน้นที่พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง โดยอาศัยแนวคิดในการดำเนินการวิจัยจากทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self-efficacy theory)⁽⁴⁾

โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเอง ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ทั้งนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลสะสม เลือด (HbA_{1c}) ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ

2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรม การบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลสะสม เลือด (HbA_{1c}) ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

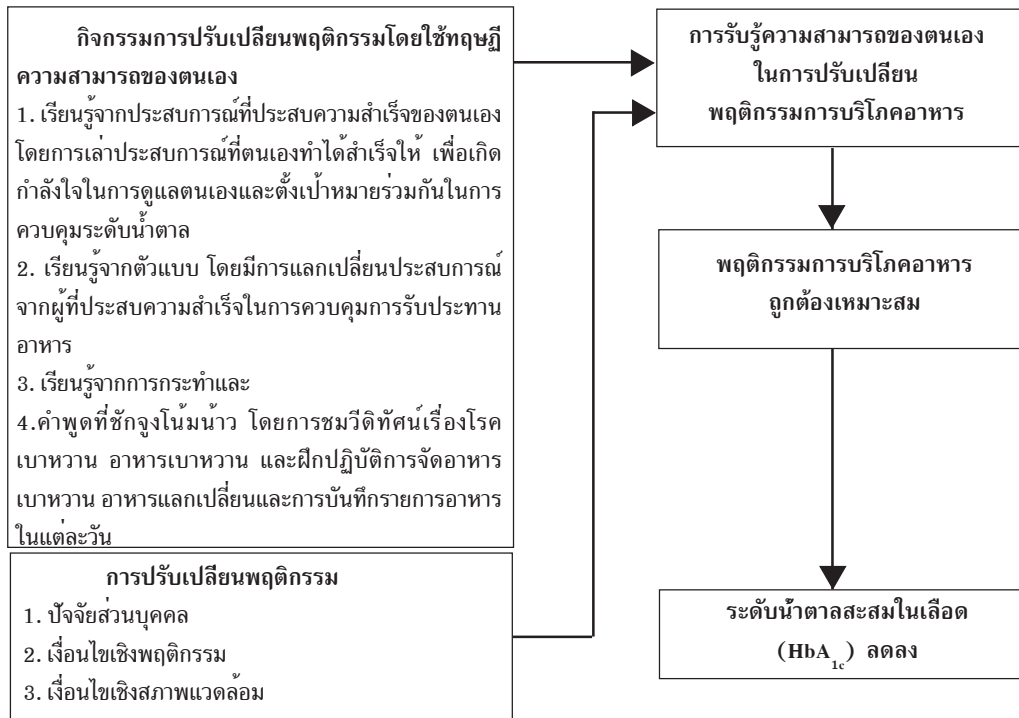
นิยามศัพท์
1) ประสิทธิผล หมายถึง กลุ่มเป้าหมายที่ทำการทดลองเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง

2) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร หมายถึง การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การเลือกชนิด

ปริมาณ และความถี่ในการรับประทานอาหารชนิดต่าง ๆ ที่มีผลต่อโรคเบาหวาน ด้วยแบบวัดพฤติกรรมการรับประทานอาหาร โดยพิจารณาจำนวนครั้งต่อสัปดาห์ คือ ปฏิบัติสม่ำเสมอ บางครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย

3) การประเมินระดับ HbA_{1c} หมายถึง HbA_{1c} ที่มีค่า ร้อยละ ≤7 = ดีมาก, HbA_{1c} มีค่า ร้อยละ 7.01-8.0 = ดี, HbA_{1c} มีค่า ร้อยละ 8.01-9.0 = พอใช้, HbA_{1c} มีค่าร้อยละ > 9.0 = ไม่ดี⁽⁵⁾

กรอบแนวคิด



วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Designs) โดยวัดก่อนและหลังทดลอง (Two Group Pre-test Post-test Design)

กลุ่มทดลอง	O ₁	X	O ₂
กลุ่มควบคุม	O ₃		O ₄

O₁, O₃ ได้แก่ การวัดผลการรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของกลุ่มทดลองและ

กลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลอง

O₂, O₄ ได้แก่ การวัดผลการรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง

X หมายถึง การจัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเอง ประชากรศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วย

เบาหวาน ทั้งเพศชายและหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 30-65 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลจอหอ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ที่ได้รับการรักษาในศูนย์สุขภาพชุมชนจอหอแบบไปกลับ และได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดรับประทาน โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

2. รับประทานไป-กลับ (OPD) ด้วยการรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 3 เดือน

3. ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคระหว่าง 1-10 ปี และไม่พบภาวะแทรกซ้อนใด ๆ เช่น ภาวะทางตา ไต เท้า และหัวใจ

4. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA_{1c}) ร้อยละ ≥ 7 หรือค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า $> 130 \text{ mg\%}$ ติดต่อกัน 3 เดือนก่อนการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง

ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในวันทำการระหว่างเวลา 8.00-12.00 น. จนครบตามจำนวนที่ต้องการ โดยคำนวณได้จากสูตร⁽⁶⁾

$$n = \frac{[Z_{\alpha} \sqrt{2pq} + Z_{\beta} \sqrt{p_1q_1 + p_0q_0}]^2}{(p_1 - p_0)^2}$$

ปี พ.ศ. 2551 จอหอพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self help group) ยังมีการรับประทานอาหารไม่ถูกต้องและไม่สามารถคุม น้ำตาลได้ ร้อยละ 60

$n = 46.8$ ซึ่งในการศึกษาครั้งหลังใช้ $n = 50$ คน
วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

โดยทำการคัดเลือกในวันที่มีคลินิกเบาหวาน ในเวลา 08.00-12.00 น. โดยเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ได้รับการรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนจอหอ และอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลจอหอ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ตามคุณสมบัติที่กำหนด หลังจากนั้นแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม โดยเลือกแบบเจาะจงโดยให้หมู่ 1, 3 และ 4 เป็นกลุ่มทดลอง และหมู่ 5, 13 และ 14 เป็นกลุ่ม

เปรียบเทียบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย เครื่องมือ 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

1.1 คู่มือ/วีดิทัศน์ ความรู้เรื่องโรค

เบาหวาน อาหารเบาหวาน และอาหารแลกเปลี่ยน

1.2 Model/ รูปภาพ อาหารเบาหวาน

และอาหารแลกเปลี่ยน

1.3 สมุดบันทึกการกำกับตนเอง ที่ผู้วิจัยทำขึ้นสำหรับลงบันทึก เป้าหมายการควบคุมเบาหวาน รายการอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อ น้ำหนัก รอบเอว และค่าดัชนีมวลกาย

1.4 เครื่องชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และสายวัดรอบเอว

โดยมีขั้นตอน (วิธีการ) ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ดังนี้

1) การจัดทำเวที เพื่อให้มีการประชุมกลุ่มเรียนรู้ร่วมกัน

2) การให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การปฏิบัติตัว และเน้นเรื่องอาหารเบาหวานและอาหารแลกเปลี่ยนด้วยสื่อเมนูอาหารจริง เพื่อให้กลุ่มฝึกปฏิบัติและสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติได้จริงอย่างถูกต้องเหมาะสม

3) กิจกรรมการชั่งจูงโน้มน้าว และกระตุ้นอารมณ์ จากทั้งภายในกลุ่มผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และนักวิชาการที่มวิจัย

4) สอนวิธีการบันทึกในสมุดการกำกับตนเอง เป้าหมายการควบคุมเบาหวาน โดยบันทึกเกี่ยวกับรายการอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อ น้ำหนัก รอบเอวและค่าดัชนีมวลกาย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปประกอบ

ด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ค่าน้ำตาลสะสม ในเม็ดเลือดแดง (HbA1C) และข้อมูลอื่น ๆ

2.2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้ค่าความเที่ยงได้เท่ากับ 0.72

2.3 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมมารับประทานอาหาร ซึ่งสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้ค่าความเที่ยงได้เท่ากับ 0.81 ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ซึ่งมีตัวเลือก 3 ระดับ ดังนี้คือ

- 1) ปฏิบัติสม่ำเสมอ หมายถึง ปฏิบัติในเรื่องนั้น ๆ มากกว่า 3 ครั้ง ใน 1 สัปดาห์
- 2) ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติในเรื่องนั้น ๆ 1- 3 ครั้ง ใน 1 สัปดาห์
- 3) ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง ไม่เคยมีการปฏิบัติในเรื่องนั้น ๆ เลย ใน 1 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบด้วย Students't-test

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

การรับรู้ความสามารถ	n	\bar{X}	SD	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง	50	14.78	2.55	2.06	84	0.05
กลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง	50	13.42	3.91			
กลุ่มทดลอง	50	22.48	1.98	14.61	72.59	<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	50	13.42	3.91			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 54 และ 58 ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งสองมีอายุเฉลี่ย 55.83 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 70 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 76 สถานภาพครอบครัวเป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 64, 56 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 42 รายได้ต่อเดือน 4,000-6,000 บาท ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานในกลุ่มทดลองเฉลี่ย 6.67 ปี ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบเฉลี่ย 6.03 ปี ระยะเวลาที่รับการรักษาเฉลี่ย 4.73 ปี

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเล็กน้อย (14.78 คะแนนและ 13.42 คะแนน ตามลำดับ) หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ (22.48 คะแนนและ 13.42 คะแนน ตามลำดับ) และเมื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองมีการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ (22.48 คะแนนและ 13.42 คะแนนตามลำดับ) (รายละเอียดตารางที่ 1 และ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

การรับรู้ความสามารถ	n	\bar{X}	SD	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง	50	14.78	2.55	-18.63	49	0.001
หลังการทดลอง	50	22.48	1.98			

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ (29.12 คะแนน

และ 26.26 คะแนนตามลำดับ) และเมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานอาหารในกลุ่มทดลอง พบว่าหลังการทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ (25.72 คะแนนและ 26.26 คะแนนตามลำดับ)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนพฤติกรรม	n	\bar{X}	SD	t	df	p-value
กลุ่มทดลอง ก่อนทดลอง	50	26.50	2.50	1.82	85	0.072
กลุ่มเปรียบเทียบ	50	25.72	1.69			
หลังทดลอง กลุ่มทดลอง	50	29.12	2.91	5.02	98	0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	50	26.26	2.56			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวานภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนพฤติกรรม	n	\bar{X}	SD	t	df	p-value
กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง	50	26.50	2.50	1.82	85	0.072
หลังการทดลอง	50	25.72	1.69			
กลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง	50	29.12	2.91	5.02	98	0.001*
หลังการทดลอง	50	26.26	2.56			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ในผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร

ก่อนการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) เท่ากับ 9.04%

หลังการทดลองมีค่าเท่ากับ 7.77% และเมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=13.42$, $df=49$, $p<0.01$) และเมื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.04$) (ตารางที่ 5 และ 6)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ผู้ป่วยเบาหวานเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C)	n	\bar{X}	sd	T	df	p-value
กลุ่มทดลอง ก่อนทดลอง	50	9.04	1.40	13.47	49	<0.001*
หลังทดลอง	50	7.77	.87			
กลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนทดลอง	50	9.61	2.57	-1.056	49	0.29
หลังทดลอง	50	11.59	13.59			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.05$

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ผู้ป่วยเบาหวานเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับน้ำตาลสะสม (HbA _{1C})	n	\bar{X}	sd	T	df	p-value
ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง	50	9.04	1.40	-1.45	79	0.15
กลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง	50	9.61	2.57			
กลุ่มทดลอง	50	7.77	.87	-1.97	49	0.04*
กลุ่มเปรียบเทียบ	50	9.61	2.57			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.05$

เมื่อพิจารณาการควบคุมโรคจากระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA_{1C}) ของผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มทดลอง พบว่าก่อนการทดลองมี HbA_{1C} อยู่ในระดับพอใช้ร้อยละ 42 ระดับไม่ดีร้อยละ 38 และระดับดีร้อยละ 36 แต่หลังการทดลองเป็นระยะเวลา 3 เดือน พบว่าผู้ป่วยมี HbA_{1C} อยู่ในระดับดีมากถึงร้อยละ 16 และระดับ

ไม่ดีลดลงเหลือ ร้อยละ 12 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบพบว่าการทดลอง HbA_{1C} อยู่ในระดับพอใช้ร้อยละ 44 ระดับดีร้อยละ 34 และระดับไม่ดีร้อยละ 22 หลังการทดลองเป็นระยะเวลา 3 เดือน พบว่าระดับ HbA_{1C} อยู่ในระดับพอใช้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 48 ระดับดีลดลงเหลือร้อยละ 28 ตามลำดับ (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 การควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA_{1c}) ผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

	ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA _{1c})(%)			
	ดีมาก (≤ 7.0)	ดี (7.01-8.00)	พอใช้ (8.01-9.00)	ไม่ดี (>9.00)
กลุ่มทดลอง	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
ก่อนการทดลอง	0	36	42	38
หลังการทดลอง	16	28	48	12
กลุ่มเปรียบเทียบ				
ก่อนการทดลอง	0	34	44	22
หลังการทดลอง	0	28	48	24

วิจารณ์

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Designs) เพื่อศึกษาถึงประสิทธิผลการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งประกอบด้วย ประสพการณ์ความสำเร็จในการกระทำด้วยตนเอง การเลียนแบบตัวแบบ การใช้คำพูดโน้มน้าวและการกระทำชักจูง พบว่า

1. การรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เนื่องจากการได้รับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการควบคุมเบาหวาน โดยเน้นเรื่องอาหารเบาหวานและอาหารแลกเปลี่ยนด้วย สื่อ เมนู อาหารจริง และให้กลุ่มตัวอย่างฝึกการจัดอาหารตามพลังงานที่ควรได้รับในแต่ละวัน เพื่อสามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวัน

2. ด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหาร พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เนื่องจากการได้มีประสบการณ์เพื่อประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ค่าดัชนีดีมวลกาย ทำให้ทราบการปรับ

เปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน รวมถึงแรงกระตุ้นและกำลังใจจากครอบครัวและเจ้าหน้าที่ ซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญในการที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพร องค์กริยานนท์⁽⁷⁾ และจากการศึกษาของสุพรรณิ โตสัมฤทธิ์⁽⁸⁾

3. ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA_{1c}) พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยมีการควบคุมโรคเบาหวานได้ดีขึ้น (HbA_{1c} 7.0) ร้อยละ 16 ทั้งนี้จากผลการเปลี่ยนที่ดีขึ้นดังกล่าวเกิดจากการได้รับเยี่ยมบ้าน เพื่อเป็นการเสริมสร้างแรงจูงใจใช้ระยะเวลาดำเนินการ 4 สัปดาห์ จึงทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับ HbA_{1c} ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศศิธร กรุณา⁽⁹⁾

ข้อเสนอแนะ

การวิจัยควรให้ญาติผู้ดูแลเข้าร่วมกิจกรรมด้วย เนื่องจากพบว่าผู้ดูแลมีส่วนในการสนับสนุนและเป็นแรงจูงใจที่สำคัญในการเข้าร่วมกิจกรรมและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงได้ เพื่อให้ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องและผู้ป่วยเบาหวานเกิดความยั่งยืนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์สมชาย ตั้งสุภาชัย ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา ที่สนับสนุนให้ดำเนินการวิจัย และ ผศ.ดร. อธิพงษ์ อธิมนัส ที่ปรึกษา ซึ่งช่วยกรุณาให้คำแนะนำ ตลอดจนผู้ร่วมทีมวิจัย และอาสาสมัครทุกท่านที่ให้ความร่วมมือทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. เทพ ทิมะทองคำ, ชนิกา สุระสิงห์ชัยเดช, ทวี อนันต์กุลธนดี, อธิดา นิงสานนท์, บุญส่ง องค์พิพัฒน์กุล, ประเสริฐ ไตรรัตน์วรกุล, พงษ์ศักดิ์ ปัจฉิมกุล, มณฑา ทวีทรัพย์พานิช, รัชตะ รัชตะนาวิณ, วรวิทย์ กิตติภูมิ, ศักดิ์ชัย จันทอมรกุล, ศัลยา คงสมบูรณ์เวช, สมชาย เอี่ยมมอ่ง, สมบุญ วงศ์ธีรภัค, สิริเนตร กฤติยาวงค์, สุนทรี นาคะเสถียร, สุวิษ รัตน์ศิรินทรภูธ, อุไรวรรณ ดวงสินธนากุล ความรู้เรื่องเบาหวานฉบับสมบูรณ์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: บริษัทจูนพับลิชชิ่งจำกัด, 2548.
2. ศูนย์สุขภาพชุมชนจอหอ. สรุปรายงานโรคเรื้อรัง ประจำปี 2549-2552. (เอกสารอัดสำเนา), 2549-2552.
3. กาญจนา ปัญญาธร, สุทาทิพย์ เทียมวงศ์, กรรณิการ์ คลื่นแก้ว, ลักษณา ศิริบุรณ์ และ อมร คำทะ. การศึกษาแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โชนราชพฤกษ์ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี, 2549. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี, 2549; 15 (2): 37-59.
4. อัลเบิร์ตแบนดูรา. ทฤษฎีความสามารถของตนเอง. (Self-efficacy theory) 1997. (ออนไลน์) http://www.novabizz.com/NovaAce/Personality/Self_Efficacy.htm. 2 มีนาคม 2554.
5. อนันต์ สอนพวง. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาของผู้ป่วย เบาหวานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาญจนบุรี วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541
6. ธวัชชัย วรพงศธร. หลักการวิจัยทางสาธารณสุขศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2538. น.398-399
7. สุภาพร องค์สุริยานนท์. การพัฒนาพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช จังหวัดสุพรรณบุรี พ.ศ. 2550 วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา 2551; 6: 32-38
8. สุพรรณิ โดสัมฤทธิ์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านพฤติกรรม การบริโภคอาหารต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์ มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2549.
9. ศศิธร กรุณา. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยชนิดที่ 2 วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2519.

ประสิทธิผลการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยเบาหวานศูนย์สุขภาพชุมชนจอหอ จังหวัดนครราชสีมา

Self Efficacy Theory to Consumption Behavior Change in Diabetic Patients

attending at Joho Community Health Center, Nakhonratchasima Province

รัตนาภรณ์ อิมหมั่นงาน พย.บ. พยาบาลศาสตร์ Ratanaporn Himmunngan B.Sc.Nursing

นัยนา อาภาสุวรรณกุล วทม. สิ่งแวดล้อม Naiyana Apasurannakul M.Sc.(Environment)

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา Office of Disease Prevention and Control 5th Nakhonratchasima

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการ ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนจอหอ จังหวัดนครราชสีมา โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองเป็นแนวทางในการกำหนดกิจกรรมทดลอง ซึ่งประกอบด้วย 1) ประสบการณ์ของความสำเร็จในการกระทำด้วยตนเอง 2) การเลียนแบบจากตัวแบบ 3) การใช้คำพูดโน้มน้าว และ 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 50 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบด้วย Students' t-test ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และมีคะแนนพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้า (29.12 คะแนน) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (26.26 คะแนน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ส่งผลให้ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA_{1c}) ของกลุ่มทดลองหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยก่อนทดลองเท่ากับร้อยละ 9.04 หลังการทดลองมีค่าเท่ากับร้อยละ 7.77 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ซึ่งก่อนการทดลองระดับ HbA_{1c} ส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่ ร้อยละ 36 และระดับพอใช้ ร้อยละ 42 แต่หลังการทดลองเป็นระยะเวลา 3 เดือนพบว่า ผู้ป่วยมีระดับ HbA_{1c} อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 16 ระดับดีร้อยละ 28 และระดับพอใช้ ร้อยละ 48 สรุปได้ว่าการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมโรค เบาหวานได้ดีขึ้น อย่างไรก็ตามในการวิจัยนี้พบว่าควรให้ญาติผู้ดูแลเข้าร่วมกิจกรรมด้วย เนื่องจากพบว่า ผู้ดูแลมีส่วนในการสนับสนุนและเป็นแรงจูงใจที่สำคัญในการเข้าร่วมกิจกรรม และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวาน ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงได้ และเกิดความยั่งยืนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม

Abstract

This quasi experimental study was to study the effectiveness to adapt consumption behavior among diabetic cases. These cases were treated at Joho Community Health Center, Muang district, Nakhon Ratchasima province. Self-Efficacy theory was applied to develop the activities in the study which composed of 1) self success experiences 2) imitate from modeling 3) verbal persuasion and 4) emotional arousal The sample

were divided into experiment group and control group. Each group was 50 type II diabetic cases. Data collection was composed of interviewing form and laboratory examination. Data was described by percentage, mean and standard deviation. Both paired t-test and student's t-test were used to compare the mean between before and after the experiment and between experiment and control group. It was found that after experiment the experiment group had more perception to behavior adaptive ability ($p < 0.001$) and more consumption behavior ($p < 0.001$) than the control group. The HbA1c among experiment group was lesser than control group. The HbA1c among experiment group was significant decreased from 9.04% to 7.77% ($P < 0.01$) during the experiment period. Before experiment 36% of experiment group had good and 42% had fair HbA1c level but after 3 month period of experiment 16% had best 28% had good and 48% had fair HbA1c level. The results of this study could conclude that Self-efficacy theory could be applied to adapt the consumption behavior among type II diabetic cases. However, the relatives of those cases should participate in the course to support the adaptive consumption practice of those cases for sustainability of proper behavior.

ประเด็นสำคัญ-

พฤติกรรมบริโภคอาหาร ผู้ป่วยเบาหวาน
ศูนย์สุขภาพชุมชนจอหอ

Keywords

Consumption behavior, Diabetic patients
Joho Community Health Center

บทนำ

โรคเบาหวานเกิดจากความไม่สมดุลในการรับสารอาหารประเภทที่ให้พลังงานเข้าสู่ร่างกาย และความไม่สมดุลในการเผาผลาญสารอาหารหรือการใช้พลังงานของร่างกายผู้ป่วยเบาหวานที่คุมระดับน้ำตาลไม่ดีและเป็นระยะเวลานาน สามารถส่งผลทางตรงต่อสุขภาพ ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง โดยทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้โดยเฉียบพลัน หรืออาจเกิดขึ้นช้า ๆ ค่อยเป็นค่อยไป⁽¹⁾ ปีพ.ศ. 2549-2552 ศูนย์สุขภาพชุมชนจอหอ จังหวัดนครราชสีมา พบผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มสูงขึ้นจาก 156 คนเป็น 230 คน เป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (FBS > 130 mg% หรือ HbA_{1c} 7%) ร้อยละ 63 62 63 และ 68 ตามลำดับ โดยพบภาวะแทรกซ้อนทางตา ไตและเท้าเป็นร้อยละ 15.87 4.80 และ 6.25 ตามลำดับ แม้ว่าศูนย์สุขภาพชุมชนจอหอจะมีผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self help group) แต่ยังมีพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้องและไม่สามารถคุมระดับน้ำตาลได้ประมาณร้อยละ 60⁽²⁾ จากการวิจัยพบว่าพฤติกรรมบริโภคที่ไม่เหมาะสม

เป็นปัจจัยที่สำคัญในการเกิดโรคเบาหวาน และเป็นสาเหตุของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในผู้ป่วยเบาหวาน เกิดความผิดปกติทางสรีรวิทยาและเกิดภาวะแทรกซ้อนอันตรายตามมา⁽³⁾ ดังนั้นสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา จึงได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องประสิทธิผลการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเอง ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการ ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนจอหอ จังหวัดนครราชสีมา ปี พ.ศ. 2553 เพื่อที่จะทดลองปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน ที่ไม่สามารถคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยมุ่งเน้นที่พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง โดยอาศัยแนวคิดในการดำเนินการวิจัยจากทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self-efficacy theory)⁽⁴⁾

โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเอง ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ทั้งนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลสะสม เลือด (HbA_{1c}) ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ

2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรม การบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลสะสม เลือด (HbA_{1c}) ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

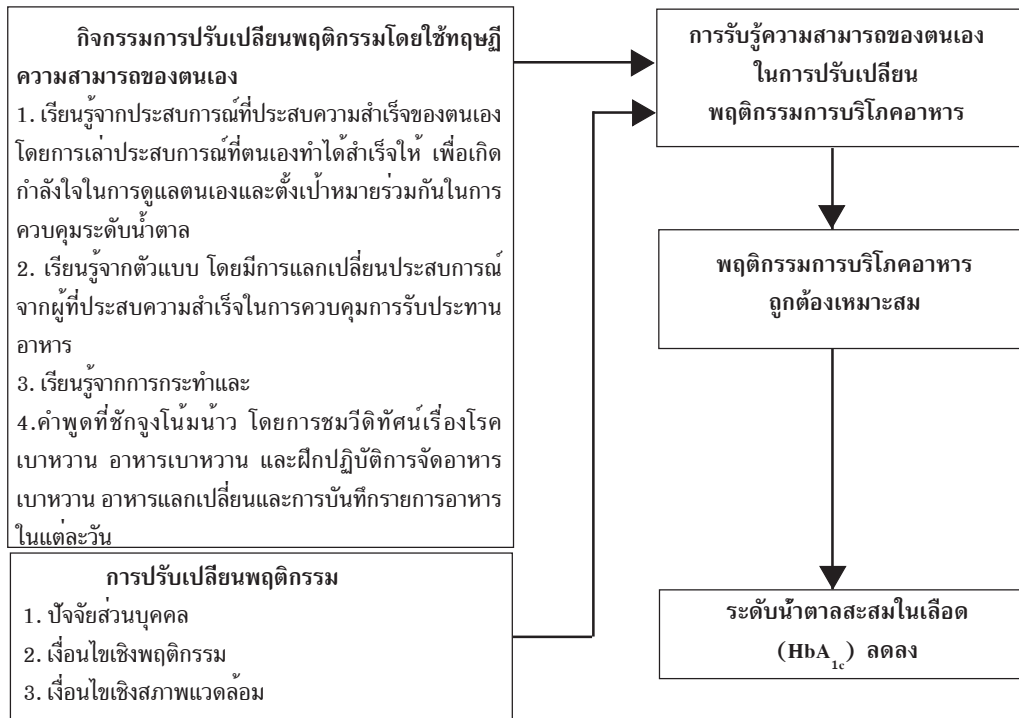
1) ประสิทธิภาพ หมายถึง กลุ่มเป้าหมายที่ทำการทดลองเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ถูกต้อง

2) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร หมายถึง การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การเลือกชนิด

ปริมาณ และความถี่ในการรับประทานอาหารชนิดต่าง ๆ ที่มีผลต่อโรคเบาหวาน ด้วยแบบวัดพฤติกรรม การรับประทานอาหาร โดยพิจารณาจำนวนครั้งต่อสัปดาห์ คือ ปฏิบัติสม่ำเสมอ บางครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย

3) การประเมินระดับ HbA_{1c} หมายถึง HbA_{1c} ที่มีค่า ร้อยละ ≤7 = ดีมาก, HbA_{1c} มีค่า ร้อยละ 7.01-8.0 = ดี, HbA_{1c} มีค่า ร้อยละ 8.01-9.0 = พอใช้, HbA_{1c} มีค่าร้อยละ > 9.0 = ไม่ดี⁽⁵⁾

กรอบแนวคิด



วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Designs) โดยวัดก่อนและหลังทดลอง (Two Group Pre-test Post-test Design)

กลุ่มทดลอง	O ₁	X	O ₂
กลุ่มควบคุม	O ₃		O ₄

O₁, O₃ ได้แก่ การวัดผลการรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของกลุ่มทดลองและ

กลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลอง

O₂, O₄ ได้แก่ การวัดผลการรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง

X หมายถึง การจัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเอง ประชากรศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วย

เบาหวาน ทั้งเพศชายและหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 30-65 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลจ้อหอ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ที่ได้รับการรักษาในศูนย์สุขภาพชุมชนจ้อหอแบบไปกลับ และได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดรับประทาน โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

2. รับประทานไป-กลับ (OPD) ด้วยการรักษาพยาบาลระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 3 เดือน

3. ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคระหว่าง 1-10 ปี และไม่พบภาวะแทรกซ้อนใด ๆ เช่น ภาวะทางตา ไต เท้า และหัวใจ

4. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA_{1c}) ร้อยละ ≥ 7 หรือค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า > 130 mg% ติดต่อกัน 3 เดือนก่อนการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง

ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในวันทำการระหว่างเวลา 8.00-12.00 น. จนครบตามจำนวนที่ต้องการ โดยคำนวณได้จากสูตร⁽⁶⁾

$$n = \frac{[Z_{\alpha} \sqrt{2pq} + Z_{\beta} \sqrt{p_1q_1 + p_0q_0}]^2}{(p_1 - p_0)^2}$$

ปี พ.ศ. 2551 จ้อหอพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self help group) ยังมีการรับประทานอาหารไม่ถูกต้องและไม่สามารถคุม น้ำตาลได้ ร้อยละ 60

$n = 46.8$ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้จึงใช้ $n = 50$ คน
วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

โดยทำการคัดเลือกในวันที่มีคลินิกเบาหวาน ในเวลา 08.00-12.00 น. โดยเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ได้รับการรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนจ้อหอ และอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลจ้อหอ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ตามคุณสมบัติที่กำหนด หลังจากนั้นแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม โดยเลือกแบบเจาะจงโดยให้หมู่ 1, 3 และ 4 เป็นกลุ่มทดลอง และหมู่ 5, 13 และ 14 เป็นกลุ่ม

เปรียบเทียบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย เครื่องมือ 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

1.1 คู่มือ/วิดิทัศน์ ความรู้เรื่องโรค

เบาหวาน อาหารเบาหวาน และอาหารแลกเปลี่ยน

1.2 Model/ รูปภาพ อาหารเบาหวาน

และอาหารแลกเปลี่ยน

1.3 สมุดบันทึกการกำกับตนเอง ที่ผู้วิจัยทำขึ้นสำหรับลงบันทึก เป้าหมายการควบคุมเบาหวาน รายการอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อ น้ำหนัก รอบเอว และค่าดัชนีมวลกาย

1.4 เครื่องชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และสายวัดรอบเอว

โดยมีขั้นตอน (วิธีการ) ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ดังนี้

1) การจัดทำเวที เพื่อให้มีการประชุมกลุ่มเรียนรู้ร่วมกัน

2) การให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การปฏิบัติตัว และเน้นเรื่องอาหารเบาหวานและอาหารแลกเปลี่ยนด้วยสื่อเมนูอาหารจริง เพื่อให้กลุ่มฝึกปฏิบัติและสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติได้จริงอย่างถูกต้องเหมาะสม

3) กิจกรรมการชักจูงโน้มน้าว และกระตุ้นอารมณ์ จากทั้งภายในกลุ่มผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และนักวิชาการที่มวิจัย

4) สอนวิธีการบันทึกในสมุดการกำกับตนเอง เป้าหมายการควบคุมเบาหวาน โดยบันทึกเกี่ยวกับรายการอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อ น้ำหนัก รอบเอวและค่าดัชนีมวลกาย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปประกอบ

ด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ค่าน้ำตาลสะสม ในเม็ดเลือดแดง (HbA1C) และข้อมูลอื่น ๆ

2.2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้ค่าความเที่ยงได้เท่ากับ 0.72

2.3 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมมารับประทานอาหาร ซึ่งสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้ค่าความเที่ยงได้เท่ากับ 0.81 ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ซึ่งมีตัวเลือก 3 ระดับ ดังนี้คือ

- 1) ปฏิบัติสม่ำเสมอ หมายถึง ปฏิบัติในเรื่องนั้น ๆ มากกว่า 3 ครั้ง ใน 1 สัปดาห์
- 2) ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติในเรื่องนั้น ๆ 1-3 ครั้ง ใน 1 สัปดาห์
- 3) ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง ไม่เคยมีการปฏิบัติในเรื่องนั้น ๆ เลย ใน 1 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบด้วย Students't-test

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

การรับรู้ความสามารถ	n	\bar{X}	SD	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง	50	14.78	2.55	2.06	84	0.05
กลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง	50	13.42	3.91			
กลุ่มทดลอง	50	22.48	1.98	14.61	72.59	<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	50	13.42	3.91			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 54 และ 58 ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งสองมีอายุเฉลี่ย 55.83 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 70 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 76 สถานภาพครอบครัวเป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 64, 56 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 42 รายได้ต่อเดือน 4,000-6,000 บาท ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานในกลุ่มทดลองเฉลี่ย 6.67 ปี ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบเฉลี่ย 6.03 ปี ระยะเวลาที่รับการรักษาเฉลี่ย 4.73 ปี

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเล็กน้อย (14.78 คะแนนและ 13.42 คะแนน ตามลำดับ) หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ (22.48 คะแนนและ 13.42 คะแนน ตามลำดับ) และเมื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองมีการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ (22.48 คะแนนและ 13.42 คะแนนตามลำดับ) (รายละเอียดตารางที่ 1 และ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

การรับรู้ความสามารถ	n	\bar{X}	SD	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง	50	14.78	2.55	-18.63	49	0.001
หลังการทดลอง	50	22.48	1.98			

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ (29.12 คะแนน

และ 26.26 คะแนนตามลำดับ) และเมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานอาหารในกลุ่มทดลอง พบว่าหลังการทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ (25.72 คะแนนและ 26.26 คะแนนตามลำดับ)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนพฤติกรรม	n	\bar{X}	SD	t	df	p-value
กลุ่มทดลอง ก่อนทดลอง	50	26.50	2.50	1.82	85	0.072
กลุ่มเปรียบเทียบ	50	25.72	1.69			
หลังทดลอง กลุ่มทดลอง	50	29.12	2.91	5.02	98	0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	50	26.26	2.56			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวานภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนพฤติกรรม	n	\bar{X}	SD	t	df	p-value
กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง	50	26.50	2.50	1.82	85	0.072
หลังการทดลอง	50	25.72	1.69			
กลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง	50	29.12	2.91	5.02	98	0.001*
หลังการทดลอง	50	26.26	2.56			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA_{1C}) ในผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร

ก่อนการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA_{1C}) เท่ากับ 9.04%

หลังการทดลองมีค่าเท่ากับ 7.77% และเมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=13.42$, $df=49$, $p<0.01$) และเมื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.04$) (ตารางที่ 5 และ 6)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA_{1C}) ผู้ป่วยเบาหวานเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับน้ำตาลสะสม (HbA _{1C})	n	\bar{X}	sd	T	df	p-value
กลุ่มทดลอง ก่อนทดลอง	50	9.04	1.40	13.47	49	<0.001*
หลังทดลอง	50	7.77	.87			
กลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนทดลอง	50	9.61	2.57	-1.056	49	0.29
หลังทดลอง	50	11.59	13.59			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.05$

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA_{1C}) ผู้ป่วยเบาหวานเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับน้ำตาลสะสม (HbA _{1C})	n	\bar{X}	sd	T	df	p-value
ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง	50	9.04	1.40	-1.45	79	0.15
กลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง	50	9.61	2.57			
กลุ่มทดลอง หลังการทดลอง	50	7.77	.87	-1.97	49	0.04*
กลุ่มเปรียบเทียบ	50	9.61	2.57			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.05$

เมื่อพิจารณาการควบคุมโรคจากระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA_{1C}) ของผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มทดลอง พบว่าก่อนการทดลองมี HbA_{1C} อยู่ในระดับพอใช้ร้อยละ 42 ระดับไม่ดีร้อยละ 38 และระดับดีร้อยละ 36 แต่หลังการทดลองเป็นระยะเวลา 3 เดือน พบว่าผู้ป่วยมี HbA_{1C} อยู่ในระดับดีมากถึงร้อยละ 16 และระดับ

ไม่ดีลดลงเหลือ ร้อยละ 12 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบพบว่าการทดลอง HbA_{1C} อยู่ในระดับพอใช้ร้อยละ 44 ระดับดีร้อยละ 34 และระดับไม่ดีร้อยละ 22 หลังการทดลองเป็นระยะเวลา 3 เดือน พบว่าระดับ HbA_{1C} อยู่ในระดับพอใช้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 48 ระดับดีลดลงเหลือร้อยละ 28 ตามลำดับ (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 การควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA_{1c}) ผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

	ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA _{1c})(%)			
	ดีมาก (≤7.0)	ดี (7.01-8.00)	พอใช้ (8.01-9.00)	ไม่ดี (>9.00)
กลุ่มทดลอง	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
ก่อนการทดลอง	0	36	42	38
หลังการทดลอง	16	28	48	12
กลุ่มเปรียบเทียบ				
ก่อนการทดลอง	0	34	44	22
หลังการทดลอง	0	28	48	24

วิจารณ์

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Designs) เพื่อศึกษาถึงประสิทธิผลการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งประกอบด้วย ประสพการณ์ความสำเร็จในการกระทำด้วยตนเอง การเลียนแบบตัวแบบ การใช้คำพูดโน้มน้าวและการกระทำชักจูง พบว่า

1. การรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เนื่องจากการได้รับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการควบคุมเบาหวาน โดยเน้นเรื่องอาหารเบาหวานและอาหารแลกเปลี่ยนด้วย สื่อ เมนู อาหารจริง และให้กลุ่มตัวอย่างฝึกการจัดอาหารตามพลังงานที่ควรได้รับในแต่ละวัน เพื่อสามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวัน

2. ด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหาร พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เนื่องจากการได้มีประสบการณ์เพื่อประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ค่าดัชนีดีมวลกาย ทำให้ทราบการปรับ

เปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน รวมถึงแรงกระตุ้นและกำลังใจจากครอบครัวและเจ้าหน้าที่ ซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญในการที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพร องค์กริยานนท์⁽⁷⁾ และจากการศึกษาของสุพรรณิ โตสัมฤทธิ์⁽⁸⁾

3. ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA_{1c}) พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยมีการควบคุมโรคเบาหวานได้ดีขึ้น (HbA_{1c} 7.0) ร้อยละ 16 ทั้งนี้จากผลการเปลี่ยนที่ดีขึ้นดังกล่าวเกิดจากการได้รับเยี่ยมบ้าน เพื่อเป็นการเสริมสร้างแรงจูงใจใช้ระยะเวลาดำเนินการ 4 สัปดาห์ จึงทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับ HbA_{1c} ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศศิธร กรุณา⁽⁹⁾

ข้อเสนอแนะ

การวิจัยควรให้ญาติผู้ดูแลเข้าร่วมกิจกรรมด้วย เนื่องจากพบว่าผู้ดูแลมีส่วนในการสนับสนุนและเป็นแรงจูงใจที่สำคัญในการเข้าร่วมกิจกรรมและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงได้ เพื่อให้ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องและผู้ป่วยเบาหวานเกิดความยั่งยืนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์สมชาย ตั้งสุภาชัย ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา ที่สนับสนุนให้ดำเนินการวิจัย และ ผศ.ดร. อธิพงษ์ อธิมนัส ที่ปรึกษา ซึ่งช่วยกรุณาให้คำแนะนำ ตลอดจนผู้ร่วมทีมวิจัย และอาสาสมัครทุกท่านที่ให้ความร่วมมือทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. เทพ ทิมะทองคำ, ชนิกา สุระสิงห์ชัยเดช, ทวี อนันต์กุลธนดี, อธิดา นิงสานนท์, บุญส่ง องค์พิพัฒน์กุล, ประเสริฐ ไตรรัตน์วรกุล, พงษ์ศักดิ์ ปัจฉิมกุล, มณฑา ทวีทรัพย์พานิช, รัชตะ รัชตะนาวิณ, วรวิทย์ กิตติภูมิ, ศักดิ์ชัย จันทอมรกุล, ศัลยา คงสมบูรณ์เวช, สมชาย เอี่ยมมอ่ง, สมบุญ วงศ์ธีรภัค, สิริเนตร กฤติยาวงค์, สุนทรี นาคะเสถียร, สุวิรัชรัตน์ศิริทรภูษ, อุไรวรรณ ดวงสินธนากุล ความรู้เรื่องเบาหวานฉบับสมบูรณ์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: บริษัทจูนพับลิชชิ่งจำกัด, 2548.
2. ศูนย์สุขภาพชุมชนจอหอ. สรุปรายงานโรคเรื้อรัง ประจำปี 2549-2552. (เอกสารอัดสำเนา), 2549-2552.
3. กาญจนา ปัญญาธร, สุทาทิพย์ เทียมวงศ์, กรรณิการ์ คลื่นแก้ว, ลักขณา ศิริบุรณ์ และ อมร คำทะ. การศึกษาแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โชนราชพฤกษ์ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี, 2549. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี, 2549; 15 (2): 37-59.
4. อัลเบิร์ตแบนดูรา. ทฤษฎีความสามารถของตนเอง. (Self-efficacy theory) 1997. (ออนไลน์) http://www.novabizz.com/NovaAce/Personality/Self_Efficacy.htm. 2 มีนาคม 2554.
5. อนันต์ สอนพวง. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาของผู้ป่วย เบาหวานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาญจนบุรี วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541
6. ธวัชชัย วรพงศธร. หลักการวิจัยทางสาธารณสุขศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2538. น.398-399
7. สุภาพร องค์สุริยานนท์. การพัฒนาพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช จังหวัดสุพรรณบุรี พ.ศ. 2550 วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา 2551; 6: 32-38
8. สุพรรณิ โดสัมฤทธิ์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านพฤติกรรม การบริโภคอาหารต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์ มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2549.
9. ศศิธร กรุณา. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยชนิดที่ 2 วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2519.

การสำรวจผู้ป่วยหนองในที่มีอัตราการติดเชื้อซ้ำที่เชลแมนคลินิก จังหวัดพิษณุโลก

Surveillance of Gonorrhea Patients with Reinfection in Shellman's Clinic in Phitsanulok Province

दनัย संग्खत्तัพย์ พ.บ.

Danai Sungsub M.D.

ประภาพร พูลทรัพย์ วท.บ. (พยาบาล)

Prapaporn Poolsub B.Sc.(nursing)

วสันต์ สัสดีแพง พยบ.

Wasant Satsadephaeng Dip.In nursing

จำเนียร แดงนารา ปพ.ส.

Jumnean Tangnara Dip. In nursing and midwife

ศิริรัตน์ รักษาสัตย์ ปพ.ส.

Sirirut Rugsasut Dip. In nursing and midwife

โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

Buddhachinaraj Hospital, Phitsanulok

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการสำรวจข้อมูลผู้ป่วยหนองในที่ได้รับการรักษาในคลินิกเชลแมน โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จำนวน 139 ราย ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2552 ถึง 31 มิถุนายน 2553 ผู้ป่วยชายมีจำนวนมากกว่าผู้ป่วยหญิง ผู้ป่วยมีอายุระหว่าง 10 ถึง 64 ปี ประกอบอาชีพรับจ้างและนักเรียน/นักศึกษา ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบครบวงจร(One stop service)ตามแนวทางการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2549 มาตรฐานของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข สรุปได้ว่า พบจำนวนผู้ป่วยหนองในที่มีอัตราการติดเชื้อซ้ำลดลงร้อยละ 62.58 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด โดยพบว่าจำนวนผู้ป่วยหนองในที่มีอัตราการติดเชื้อซ้ำลดลงจะเป็นกลุ่มนักเรียน/นักศึกษาและยังมีอัตราการใช้บริการของถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้นด้วย แต่ไม่พบการดื้อยาของเชื้อหนองในต่อยา Ceftriaxone และยา Azithromycin ซึ่งตัวยาทั้งสองชนิดนี้ยังใช้รักษาผู้ป่วยอยู่ในปัจจุบัน トラバドที่ผู้ป่วยเคร่งครัดกับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะตามที่แพทย์กำหนดไว้ และไม่ซื้อยาปฏิชีวนะมารักษาตนเอง ก็จะลดโอกาสที่เกิดเชื้อดื้อยาได้ แต่ถ้าไม่มีการป้องกันควบคุมโรค ไม่มีการให้สุขศึกษาการมีเพศสัมพันธ์ที่เหมาะสม และปลอดภัย และไม่มีการรักษาผู้ป่วยหนองในที่ถูกต้อง อาจทำให้อัตราการติดเชื้อซ้ำของผู้ป่วยหนองในที่มีเชื้อดื้อยาจำนวนมากขึ้น และมีเชื้อที่ดื้อยาหลายชนิดจนอาจไม่มียาชนิดใดที่สามารถกำจัดโรคหนองในได้

Abstract

The study aimed to evaluate the outcome of Neisseria gonorrhoeae infected patients who attended at Shellman's Clinic at Buddhachinnaraj Hospital Phitsanulok with one stop service between January 2009 to June 2010 by reviewing the data from patient record form. All patients were received treatment by standardized regimen of Bureau of AIDS and STI of Ministry of Public Health of Thailand. The age range of patients was 10-64 years old, occupation was vary from labor to student and men was more than women. It was found that the reinfection rate of Neisseria gonorrhoeae infections was decreased in student group and the condom use rate was also increased among them. The resistance of Neisseria gonorrhoeae to the regimen

of ceftriaxone with Azithromycin was not found. These study found that when patient was restricted to regimen of treatment and counseling for safe sex from health service personals could lead to a decrease in recurrence infection or resistance of Neisseria gonorrhoeae.

ประเด็นสำคัญ-

การสำรวจหนองใน การติดเชื้อซ้ำ
จังหวัดพิษณุโลก

Keywords

Surveillance of Gonorrhoea, Re-infection
Pitsanulok Province

บทนำ

หนองใน (Gonorrhoea) เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย Neisseria gonorrhoeae ที่ย้อมติดสีแกรมลบรูปร่างทรงกลมอยู่เป็นคู่ (Gram negative diplococci) โดยมีด้านแบนประกบกันมองดูคล้ายรูปไตหรือเม็ดถั่ว โรคหนองในมักเกิดพยาธิสภาพที่เยื่อบุผิวชนิดคอลัมนา (columnar epithelial cell) ⁽¹⁾ ฉะนั้นอวัยวะเพศทั้งหญิงและชายส่วนใดที่บุด้วยเยื่อบุผิวชนิดนี้จะพบเชื้อได้ ระยะพักตัวของโรคประมาณ 2 ถึง 7 วัน ในผู้ป่วยชายมักเกิดอาการท่อปัสสาวะอักเสบและพบหนองสีเหลืองข้น ผู้ป่วยหญิงที่ติดเชื้อหนองในอาจไม่แสดงอาการ แต่อาการแสดงที่พบได้ในผู้ป่วยหญิงเช่น อาการตกขาว ปัสสาวะแสบขัด ปวดท้อง ปัสสาวะบ่อย ถ้าไม่ได้รับการรักษาเชื้อจะแพร่ไปตามท่อปีกมดลูกทำให้เยื่อบุมดลูกอักเสบ ปีกมดลูกอักเสบ และเยื่อช่องท้องอักเสบ รวมเรียกว่าการอักเสบในอุ้งเชิงกราน ผลที่ตามมาทำให้เกิดการตั้งครรภ์นอกมดลูกและเป็นหมันได้ นอกจากนี้ทารกอาจติดเชื้อหนองในจากมารดาได้ ขณะคลอดบุตรผ่านทางช่องคลอด ซึ่งทารกมักติดเชื้อที่ตาถ้าไม่ได้รับการรักษาอาจทำให้ตาบอดได้ ⁽²⁾

สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในภาพรวมของประเทศไทยมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่มีการรณรงค์โครงการรณรงค์อย่างอนามัยร้อยละ 100 ⁽³⁾ อย่างไรก็ตามในระยะหลังกลับพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากอัตราป่วยทั่วประเทศ 16.17 รายต่อ ประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2551 เป็น 21.61

รายต่อประชากรแสนคนของปี พ.ศ. 2552 เมื่อพิจารณารายโรค พบว่าโรคหนองในเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากอัตราป่วยร้อยละ 9.4 ต่อประชากรแสนคน ในปีพ.ศ 2549 เป็นร้อยละ 10.28 ต่อประชากรแสนคน ในปีพ.ศ 2552 แต่ในขณะเดียวกันพบว่า เชื้อหนองใน ตื้อยาปฏิชีวนะกลุ่ม Quinolone ได้แก่ยา Ciprofloxacin ยาOfloxacin ยาNorfloxacin รวมทั้งยาปฏิชีวนะกลุ่ม Penicillin มากขึ้นด้วย โดยเชื้อหนองในที่ื้อต่อการ รักษาด้วยยา กลุ่ม Quinolone เกิดจากสาเหตุสำคัญคือ การเปลี่ยนทางโครโมโซม (Chromosome mutation) มีผล ต่อการทำงานของหน่วยเป้าหมาย (Target site) และเซลล์ เลือกผ่าน (Cell permeability) ⁽⁴⁾ สำหรับการดื้อยา กลุ่ม Penicillin อาจเกิดโดยโครโมโซม (Chromosomally mediated resistance Neisseria gonorrhoeae ; CMRNG) หรืออาจเกิดจากเชื้อมีพลาสมิด คือ ยีนดื้อยาอย่างช้าๆ ที่อยู่นอกโครโมโซม ซึ่งสามารถสร้างเอนไซม์เพนิซิลินเอสได้ (Penicillinase producing Neisseria gonorrhoeae; PPNG) ⁽⁵⁾ การดื้อยาเป็นภาวะที่เชื้อสามารถทนต่อฤทธิ์ของยาได้อาจเกิดขึ้นอย่างช้าๆ หรืออย่างรวดเร็วในระหว่างการรักษาโดยทั่วไปเชื้อดื้อต่อตัวยาตัวหนึ่งแล้วมักจะทำให้เชื้อดื้อยาตัวอื่นที่มีสูตรโครงสร้างคล้ายคลึงกันด้วย ดังนั้นการใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จึงควรทำอย่างระมัดระวังการใช้ยา รักษาอย่างฟุ่มเฟือย จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการดื้อยา ปัญหาการใช้ยาเป็นปัญหาที่สำคัญที่ต้องควบคุม เพราะร้านขายยา

ในประเทศไทย มีการจ่ายยาให้กับผู้ป่วยหนองในได้ โดยไม่ต้องมีใบสั่งยาจากแพทย์ ร้านขายยาจำนวนมากที่สามารถจ่ายยาได้ใกล้เคียงกับแผนการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ถูกต้อง ซึ่งผู้ป่วยหนองในส่วนใหญ่มักซื้อยามารักษาตนเอง แทนการไปพบแพทย์เพื่อรับการรักษา⁽⁶⁾ ในการรักษาผู้ป่วยหนองในที่คลินิกเซลแมนโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก นั้นได้ให้การรักษาคู่มือมาตรฐานการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของกลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้⁽¹⁾ ได้พบปัญหาการติดเชื้อหนองในซ้ำ แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์ที่แน่ชัด คาดว่าผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อหนองในซ้ำอาจมีจากหลายสาเหตุในผู้ป่วยหนึ่งคน

เซลแมนคลินิกหรือเซลแมนอนุสรณ์ ตั้งอยู่ในโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เดิมสร้างขึ้นเพื่อเป็นอนุสรณ์รำลึกถึงครั้งที่จังหวัดพิษณุโลก ได้ขอเข้าโรงพยาบาล คาร์ล เจ เซลแมน ของคณะมิชชัน พ.ศ.2483 เปิดเป็นโรงพยาบาลแห่งแรก ทำการรักษาให้ประชาชน ซึ่งเป็นช่วงที่ระยะก่อสร้างโรงพยาบาลพุทธชินราช ในปัจจุบัน การเริ่มงานของเซลแมนคลินิก เริ่มดำเนินการใน พ.ศ. 2550 กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัว และกลุ่มงานอายุรกรรม เล็งเห็นว่า จะมีการยุติการทำงานในหน่วยกามโรค ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและจะต้องจัดตั้งหน่วยกามโรคในโรงพยาบาลศูนย์ เพื่อดูแลสถานบริการ สถานศึกษา ซึ่งมีเยาวชนทั้งระดับมัธยมและอุดมศึกษา มีพฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเป็นศัตรูและเป็นป้องกันโรคซิฟิลิสและโรคเอดส์ จึงใช้เรือนเซลแมนเป็นหน่วยในการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยมีการให้บริการแบบครบวงจรในสถานบริการโดยผู้รับบริการสามารถรับบริการ ทำบัตร ชักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจย้อมเชื้อ ส่งยาให้คำปรึกษา เริ่มเปิดให้บริการ 26 ธันวาคม 2551

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจคุณลักษณะของผู้ป่วยโรคหนองในที่มีติดเชื้อซ้ำหาสาเหตุที่มีการติดเชื้อซ้ำเพื่อนำไปใช้ในการแก้ปัญหา และเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากการรักษา

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการสำรวจหาผู้ป่วยหนองในที่มีการติดเชื้อซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยหนองในที่ได้รับการรักษาในคลินิกเซลแมนโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จำนวน 139 ราย ตั้งแต่ มกราคม 2552 ถึง 31 มิถุนายน 2553 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบบันทึก 1 ชุดและการคำนวณแบบร้อยละ แยกข้อมูลการคิดเป็นปี โดยแบบบันทึกแบ่ง ออกเป็น 2 ส่วน ส่วนแรกเป็นข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ และอาชีพ ส่วนที่สองแบบบันทึกผลการรักษา และเป็น การทดสอบทางห้องปฏิบัติการซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน

ขั้นตอนแรก คือ การสัมภาษณ์ ตามแบบบันทึกข้อมูลคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สำหรับผู้มารับบริการหญิง/ชาย และการตรวจร่างกาย

ขั้นตอนสุดท้ายคือ การตรวจเพื่อพิสูจน์ยืนยันเชื้อหนองในด้วยกล้อง⁽⁷⁾

ผลการศึกษา

จากการสำรวจข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหนองในที่ได้รับการรักษาที่คลินิกเซลแมนโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ตั้งแต่เดือนมกราคม 2552 ถึง 31 มิถุนายน 2553 จำนวน 139 ราย พบว่า เป็นผู้ป่วยชาย ร้อยละ 53 เป็นผู้ป่วยหญิง ร้อยละ 47 โดยผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 15 ถึง 19 ปีและอายุระหว่าง 20 ถึง 24 ปี พบ ร้อยละ 36 เท่ากัน ส่วนผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 25 ถึง 29 ปี พบร้อยละ 12 ผู้ป่วยมีอาชีพนักเรียน/นักศึกษา ร้อยละ 72 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 19.4 อาชีพค้าขาย ร้อยละ 4.3 อาชีพรับราชการและเกษตรกร ร้อยละ 2.1 เท่ากัน ดังตารางที่ 1 - 3

ตารางที่ 1 จำแนกอายุของผู้ป่วยด้วยโรคหนองในที่มาใช้บริการที่คลินิกเชลแมน

อายุ(ปี)	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-55	55-59	60-64
จำนวน(ราย)	50	50	17	6	6	1	1	6	1	1
ร้อยละ	35.97	35.97	12.23	4.31	4.31	0.71	0.71	4.31	0.71	0.71

ตารางที่ 2 จำแนกอาชีพของผู้ป่วยด้วยโรคหนองในที่มาใช้บริการที่คลินิกเชลแมน

อาชีพ	น.ร./น.ศ.	รับจ้าง	ค้าขาย	รับราชการ	เกษตรกร
จำนวน(ราย)	100	24	6	3	3
ร้อยละ	71.94	17.26	4.3	2.1	2.1

ตารางที่ 3 จำแนกเพศของผู้ป่วยที่มาใช้บริการในเชลแมนคลินิกคิดเป็นร้อยละ

เพศ	ชาย	หญิง
จำนวนที่ป่วยเป็นโรคหนองใน	72	67
ร้อยละ	51.79	48.20
ไม่มีการติดเชื้อซ้ำ	56	31
มีการติดเชื้อซ้ำ	16	36

จากการศึกษาพบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยซ้ำ และกลุ่มที่ไม่ป่วยซ้ำ ไม่มีความแตกต่างกันมาก ช่วงอายุที่มีการป่วยซ้ำยังเป็นช่วงอายุเดียวกับผู้ที่ไม่ป่วยซ้ำ คือช่วง อายุ 15-19 ปีและ 20-24 ปี ส่วนในกลุ่มอาชีพ ก็ยังมีอัตราใกล้เคียงกันคือ นักเรียน/นักศึกษาและรับจ้าง แต่มีความแตกต่างกันในเรื่องของ ประวัติพฤติกรรมเสี่ยง เช่น

มีคู่เพศสัมพันธ์มากกว่า 1 คน มีเพศสัมพันธ์กับคู่อื่นเพศสัมพันธ์คนใหม่ใน 3 เดือนที่ผ่านมา และการไม่ใช้ถุงยางอนามัย (จากการตอบแบบบันทึก 1 และแบบฟอร์มการบันทึกการให้บริการผู้ป่วยเฉพาะโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์) ตามตารางที่ 4-5

ตารางที่ 4 จำแนกอายุ เพศ และอาชีพผู้ป่วยที่ไม่มีการติดเชื้อซ้ำ

4.1 จำแนกอายุ เพศ ผู้ป่วยที่ไม่มีการติดเชื้อซ้ำ

อายุ	ชาย	หญิง
10-14	1	2
15-19	22	20
20-24	18	5
25-29	7	2
30-34	4	0
35-39	1	0
40-44	1	0
45-49	1	0
50-54	1	1
55-59	0	0
60ปีขึ้นไป	0	1
รวม	56	31

4.2 จำแนกอาชีพ เพศ ผู้ป่วยที่ไม่มีการติดเชื้อซ้ำ

อาชีพ	ชาย	หญิง
นักเรียน/นักศึกษา	29	23
รับจ้าง	19	5
ข้าราชการ	2	1
ค้าขาย	5	0
เกษตรกร	1	1
หญิงบริการ	0	1
รวม	56	31

ตารางที่ 5 จำแนกอายุ เพศ และอาชีพผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อซ้ำ

5.1 จำแนกอายุ เพศ ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อซ้ำ

อายุ	ชาย	หญิง
10-14	0	2
15-19	10	22
20-24	2	12
25-29	3	0
30-34	0	0
35-39	0	0
40-44	0	0
45-49	0	0
50-54	1	0
55-59	0	0
60 ปีขึ้นไป	0	0
รวม	16	36

5.2 จำแนกอาชีพ เพศ ผู้ที่มีการติดเชื้อซ้ำ

อาชีพ	ชาย	หญิง
นักเรียน/นักศึกษา	5	27
รับจ้าง	9	4
ข้าราชการ	0	0
ค้าขาย	0	1
เกษตรกร	0	0
หญิงขายบริการ	0	1
ว่างงาน	2	3
รวม	16	36

ในผู้มารับบริการที่คลินิกเชลแมน ยังสามารถติดตามผู้ป่วยกลับมาตรวจซ้ำตามนัดได้เพิ่มขึ้นจากปี 2552 เดิมติดตามผู้ป่วยกลับมาตรวจได้ 76 ราย จาก 115 รายคิดเป็นร้อยละ 66.08 ในปี 2553 ติดตามผู้ป่วยกลับมาตรวจได้ 142 รายจาก 191 ราย คิดเป็นร้อยละ 74.73 และในรายที่เป็นผู้สัมผัสโรค สามารถ

ติดตามให้มาตรวจได้เพิ่มขึ้นจากเดิมปี 2552 ติดตามผู้สัมผัสให้กลับมาตรวจได้ 18 ราย จากผู้สัมผัส 87 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.68 ในปี 2553 ติดตามผู้สัมผัสให้กลับมาตรวจได้ 63 รายจากผู้สัมผัส 113 รายคิดเป็นร้อยละ 55.75 (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 แสดงการติดตามผู้ป่วยและผู้สัมผัสโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มาตรวจ

ผู้มารับบริการกลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลัก	ปี 2552	ปี 2553
ผู้มารับบริการ	115	191
ติดตามได้	76	142
ร้อยละ	66.08	74.34
ผู้สัมผัส	87	113
ติดตามได้	18	63
ร้อยละ	20.68	55.75

วิจารณ์

ผลการสำรวจผู้ป่วยหนองในที่มารักษาที่คลินิกเซลแมน โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2552 ถึง 31 มิถุนายน 2553 พบว่า ผู้ป่วยชาย มารับการรักษาจำนวน 106 ราย ป่วยเป็นโรคหนองในจำนวน 72 ราย คิดเป็นร้อยละ 67.92 มีจำนวนมากกว่าผู้ป่วยหญิงซึ่งมารับการรักษาจำนวน 105 ราย (ติดตามในกรณีเป็นผู้สัมผัส 41 ราย) ป่วยเป็นโรคหนองในจำนวน 67 ราย คิดเป็นร้อยละ 63.80 อาจเนื่องมาจาก การติดเชื้อหนองในในเพศชายมีอาการแสดงของโรคเกิดขึ้นประมาณ 2 ถึง 7 วันหลังจากติดเชื้อ เช่น บัสสาวะแสบขัดและมีหนองสีเหลืองข้น ขณะที่การติดเชื้อหนองในในเพศหญิงบางรายไม่แสดงอาการด้วยเหตุนี้ทำให้เพศชายที่ติดเชื้อหนองในมารับการรักษา มากกว่าเพศ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 15 ถึง 30 ปี โดยกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 15 ถึง 19 ปี ซึ่งเป็นช่วงอายุของวัยรุ่นที่กำลังศึกษาเล่าเรียน โดยธรรมชาติของวัยรุ่นมีความอยากรู้อยากเห็น อยากรลอง แต่อาจขาดความยับยั้งชั่งใจและไม่ได้ไตร่ตรองผลที่จะเกิดตามมาจากการมีพฤติกรรมทางเพศในวัยที่ไม่เหมาะสม และขาดความระมัดระวังในการป้องกันการติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมทั้งมีโอกาสที่จะเกิดการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ได้ นับว่าปัญหาของเยาวชนที่น่าเป็นห่วงอย่างยิ่ง ดังนั้นควรมีการสร้างความรู้ความเข้าใจในเรื่องเพศให้กับวัยรุ่น เช่น การมีเพศสัมพันธ์เมื่อถึงวัยที่เหมาะสม การปลูกฝังค่านิยมการรักนวลสงวนตัว การหลีกเลี่ยงโอกาสที่ก่อให้เกิดการมีเพศสัมพันธ์ การให้

เกียรติเพศตรงข้าม ความแตกต่างระหว่างเพศชายและเพศหญิง และการใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกต้อง นอกจากนี้ ยังมีกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงวัยเจริญพันธุ์ คือมีอายุระหว่าง 20 ถึง 30 ปี ซึ่งมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย กล่าวคือ อาจไม่สวมถุงยางอนามัย หรืออาจไม่เข้าใจวิธีการใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกต้อง ทำให้ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ดังนั้นควรแนะนำวิธีการใช้ถุงยางอนามัย และเน้นย้ำประโยชน์เพราะถุงยางอนามัยช่วยให้ปลอดภัยจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แล้วยังเป็นวิธีการคุมกำเนิดอีกวิธีหนึ่งด้วย

นอกจากนี้ยังพบว่าการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ซ้ำภายในระยะเวลา 1-3 เดือนของกลุ่มวัยรุ่น (นักศึกษาในวัยเรียน) นั้นเกิดจากการเปลี่ยนคู่มิเพศสัมพันธ์ใหม่ (แบบบันทึก 1) และปัญหาที่ได้อาจการสัมภาษณ์พบว่า เป็นเรื่องของการจัดหาถุงยางอนามัย ทั้งเรื่องของการซื้อ และสถานที่ของการซื้อถุงยางอนามัย (แบบบันทึก 1) ดังนั้นผู้ให้บริการทางด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จึงควรหันมาพิจารณาถึงความเป็นส่วนตัวของผู้มารับบริการ การเป็นสถานที่เฉพาะ การมีสถานที่ที่ทำให้การเข้าถึงด้านการบริการถุงยางอนามัยสะดวก และประหยัดค่าใช้จ่าย ตลอดจนทีมผู้ให้บริการที่มีความรู้ ความเข้าใจ และความเห็นอกเห็นใจต่อผู้มารับบริการ ซึ่งอาจนำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคที่ดีได้

ดังนั้นการให้บริการในคลินิกเฉพาะทางด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ถือเป็นความสำคัญอย่างยิ่งที่จะต้องมีการบริหารจัดการที่เป็นระบบ และครบวงจรที่ผู้ป่วย

สามารถ จะมารับบริการได้สะดวก รู้ลึกถึงความปลอดภัย
ของข้อมูลทั้งในการซักถาม การเก็บเป็นความลับ และ
ได้รับการดูแลการรักษาที่ถูกต้องตามมาตรฐาน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพุทธชินราช
พิษณุโลก ที่อนุญาตให้ทำการศึกษาในครั้งนี้ ผู้มารับบริการ
ที่คลินิกเซสแมนโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
ให้ความร่วมมือในตอบแบบบันทึกข้อมูลและการเก็บ
ตัวอย่างของผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักโรคเอดส์
วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค.
มาตรฐานการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
พ.ศ.2546. กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี; 2546.
หน้า 1-10.
2. กองกามโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ รายงาน
ประจำปี 2544. กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี;
2544. หน้า 24-33.
3. กองกามโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ คู่มือการชันสูตร
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 2541. กระทรวง
สาธารณสุข. นนทบุรี; 2541. หน้า 51-32.
4. Tapsall JW. Antimicrobial resistance in Neis-
seria gonorrhoeae. Switzerland: World Health
Organization. 2001: 24-25
5. นงลักษณ์ สุวรรณพินิจ, ปรีชา สุวรรณพินิจ.
จุลชีววิทยาทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 4, กรุงเทพมหานคร.
สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547.
หน้า 514-33.
6. มาลี โรจน์พิบูลสถิตย์: การจ่ายยารักษาโรคติดต่อ
ทางเพศสัมพันธ์ในร้านขายยาในจังหวัดสงขลา.
สงขลานครินทร์เวชสาร 2541, 6(4): 213-25.
7. วิภาวดี แมนมนตรี. Neisseria. ใน: พิพัฒน์
ศรีเบญจลักษณ์, อรุณลักษณ์ ลูลิตานนท์,
บรรณาธิการ. แบคทีเรียคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 1.
ภาควิชาจุลชีววิทยาคลินิก คณะเทคนิคการแพทย์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2540. หน้า 3-6.

การสำรวจความพิการ บ้-หาทางเศรษฐกิจและสังคมในผู้ประสบบ้-หาจากโรคเรื้อน จังหวัดกา-จนบุรี

A Survey on Disability, Economic and Social Problem of Leprosy affected Persons in Kanchanaburi Province

ศิริมาศ รอดจันทร* วท.ม.(สุขภาพจิต)	Siramas Rodchan* M.Sc.(Mental Health)
ศิลาธรรม เสริมฤทธิรงค์* วท.บ.(พัฒนาสุขภาพ)	Silatham Sermrittirong M.P.H.(Health Development)
พจนา ัญญุกิตติกุล* ศศ.ม. (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข)	Pojana Thanyakittikul* M.A. (Medical and Health Social Sciences)
นพพร ศรีคำบ่อ* พย.บ.(พยาบาลศาสตร์)	Nopporn Srikhumbor* B.N.S (Nursing)
เพชรรัตน์ อรุณภาคมงคล** ป.พย. (พยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง)	Petcharat Aroonpakmongkol** Cert.N.S. (Nursing and Midwifery)
ภัสราภรณ์ แก้วไทรนันท์*** ป.พย. (พยาบาลชั้นต้น)	Patsaraporn Kaewtrinan*** Cert.N.S. (Nursing)
นิอร อริโยทัย* พย.บ.	Niorn Ariyothai* B.N.S
นฤมล ใจดี* นศ.ด. (นิเทศศาสตร์)	Naruemol Chaidee* Ph.D. (Communication)
*สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค	*Raj Pracha Samasai Institute, Department of Disease Control
** สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 ราชบุรี	**Office of Disease Prevention and Control 4 Ratchaburi
*** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกา-จนบุรี	***Office of Kanchanaburi Provincial Public Health

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความพิการ ปัญหาเศรษฐกิจ สังคมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนและประชาชนจังหวัดกาญจนบุรี จำนวนทั้งสิ้น 247 คน เครื่องมือที่ใช้คือ ชุดประเมินความพิการแบบเร็ว ใช้สถิติพรรณนา การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน ผลการศึกษาผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนและประชาชนในชุมชน พบว่ามีลักษณะทั่วไปคล้ายคลึงกันแต่ต่างกันในการมีงานทำและหนี้สิน เกินครึ่งมีความพิการของมือและเท้าในระดับ 2 แต่ทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่สามารถทำกิจกรรมประจำวันและมีส่วนร่วมทางสังคมได้ ผู้ประสบปัญหาเกินครึ่งมีความรู้ถูกกติกา แต่ไม่ได้ถูกเลือกปฏิบัติ ปัจจัยทำนายขีดจำกัดในการทำกิจกรรมของผู้ประสบปัญหาได้แก่ ความพิการระดับ 2 ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีบ้านที่มีความคงทนน้อยและมีรายได้เพียง 2,000 - 5,000 บาท ในประชาชนคือ การมีอายุตั้งแต่ 61 ปี และการใช้เครื่องช่วยความพิการตั้งแต่ 2 อย่างขึ้นไป ปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมของผู้ประสบปัญหาคือ การไม่ได้ประกอบอาชีพและมีความพิการระดับ 2 ในประชาชนทั่วไปพบว่าเป็น การไม่ได้เรียนหนังสือและการไม่ได้ประกอบอาชีพ ผลการศึกษาทัศนคติและการรับรู้ของชุมชนต่อโรคเรื้อน พบว่าส่วนใหญ่มีทัศนคติและการรับรู้โรคเรื้อนจะส่งผลกระทบต่อชีวิตในระดับปานกลาง โดยการไม่ได้เรียนหนังสือหรือมีการศึกษาน้อยและมีสมาชิกครอบครัวตั้งแต่ 5 คนขึ้นไปจะส่งผลลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการให้การดูแลเพื่อป้องกันความพิการและจัดการฟื้นฟูสภาพในด้านต่างๆยังคงมีความจำเป็นต่อผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนเพื่อลดปัญหาที่หลงเหลืออยู่เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

Abstract

The objective of this study was to survey disability status, socio-economic problems, and their related factors of people affected by leprosy and others residing in communities of Kanchanaburi province. Rapid Disability Assessment toolkit was used in data collecting. Descriptive statistics were used to describe the basic features of the data while Independent - Sample T - Test, One - Way ANOVA, Pearson's product moment correlation coefficient, and Stepwise multiple regression analysis were used for analyzing purposes. It was found that people affected by leprosy and their peers were similar in terms of general characteristics but different in terms of employment and debts. Most members of these two groups had neither activity limitation nor social participation. More than half of people affected by leprosy had perceived stigma but had no experiences of being discriminated by others. Predictive factors for activity limitation of people affected by leprosy were grade 2 disability status, unemployment, low secured house, and having income between 2,000-5,000 baht per month. Predictive factors for activity limitation of peers were age of over 61 years and using more than 2 kinds of disability aids. Predictive factors for social participation of people affected by leprosy were grade 2 disability status and unemployment while those for general population were illiteracy and unemployment. Regarding the attitudes of community members towards leprosy, most of them perceived that leprosy negatively affected people's lives at middle level. Predictive factors of community's attitudes towards leprosy were illiteracy or low education, and having more than 5 family members. The group of people with these characteristics had statistic significantly more negative attitudes towards leprosy than the others. Therefore; prevention of disability and rehabilitation services are still needed to reduce remain problems for reasonable quality of life.

ประเด็นสำคัญ-

ปี-หาทางเศรษฐกิจ สังคม
ผู้ประสบปี-หาจากโรคเรื้อน

Keywords

Socio- economic problem,
Person affected of Leprosy

บทนำ

สถานการณ์ผู้ป่วยโรคเรื้อนของประเทศไทย จากอดีตในปี พ.ศ.2507 มีความชุกของโรคเท่ากับ 51.5 ต่อ 10,000 ประชากร ไต่ลดลงมาเหลือเพียง 0.11 คน ในปี 2552 และอัตราผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ได้ลดลง มาตามลำดับเช่นเดียวกันจาก 21.0 ต่อ 100,000 ประชากร ในปี พ.ศ.2507 เหลือเพียง 0.56 ในปี พ.ศ. 2552^(1 2) แต่จากปี 2527 จนถึง 2552 สัดส่วนผู้ป่วยที่มีความพิการระดับ 2 ยังคงค่อนข้างคงที่ไม่เปลี่ยนแปลงมากนักจากรายงานในช่วงระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2552

- 31 ธันวาคม 2552 มีผู้ป่วยรายใหม่ที่ค้นพบ 358 คน ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่มีความพิการระดับ 2 จำนวน 52 คน (14.53) ซึ่งเป็นความพิการที่สำคัญที่เกิดขึ้นกับตา มือและเท้า อันได้แก่ ตาหลับไม่สนิท นิ้วมืองอ หดสั้น ข้อมือ ข้อเท้าตอก^(2 3) ที่ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการ ดำรงชีวิตประจำวันและอาจก่อให้เกิดผลสืบเนื่อง ที่เป็นปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมตามมา แม้ว่าผู้ป่วย เหล่านั้นจะพ้นจากการรักษาด้วยแล้วก็ตาม

ปัจจุบันนอกจากการรักษาคุณภาพงานโรคเรื้อน แล้ว การให้การฟื้นฟูสภาพผู้พิการจากโรคเรื้อนให้ได้รับ

การดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อย่างเหมาะสม หรือสามารถพึ่งพาตนเองได้ก็เป็นสิ่งสำคัญ ในการที่จะให้การฟื้นฟูสภาพได้อย่างครอบคลุมทั่วถึง และสนองต่อความจำเป็นในการดำรงชีวิตนั้น จำเป็นต้องทราบถึงข้อมูลพื้นฐาน อันได้แก่ขนาดและสภาพปัญหาความพิการ ปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้พิการหรือผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน ซึ่งในปัจจุบันมีผู้ป่วยที่รักษาหายแล้ว แต่ยังคงมีความพิการที่รับการสงเคราะห์และอาศัยอยู่ในนิคมทั่วประเทศ ประมาณ 2,935 ราย⁽⁴⁾ ที่รับการสงเคราะห์ในชุมชนจำนวน 1,015 ราย รวมทั้งสิ้น 3,950 ราย แต่ยังมีผู้พิการจากโรคเรื้อนที่ไม่ได้รับการสงเคราะห์ซึ่งอาศัยอยู่ในชุมชนทั่วไปอยู่อีกจำนวนหนึ่งที่ยังไม่ทราบจำนวนที่แท้จริง การศึกษาเพื่อเลือกทำการศึกษาในพื้นที่จังหวัดกาญจนบุรีเพื่อเป็นจังหวัดนำร่อง เนื่องจากมีความชุกโรคต่ำแต่ยังมีผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนที่มีชีวิตอยู่ในอำเภอต่างๆ จำนวน 60 ราย ซึ่งยังไม่เคยมีการสำรวจมาก่อน (ตรวจสอบข้อมูลโดยนำรายชื่อจากทะเบียนรักษาย้อนหลัง 24 ปี ตั้งแต่ปี 2528 - 2552 มาตรวจสอบการมีชีวิตจากทะเบียนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. สำรวจความพิการและปัญหาทางเศรษฐกิจสังคมในผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน และประชาชนในชุมชน และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
2. ศึกษาหาเกณฑ์มาตรฐานของแบบวัดทางสังคมในกลุ่มประชาชนทั่วไป
3. ศึกษาทัศนคติและการรับรู้ต่อโรคเรื้อนของสมาชิกชุมชน

เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการจัดทำแนวทางและวางแผนการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยในด้านต่างๆ เพื่อให้การดำเนินงานด้านการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยบรรลุเป้าหมายต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงสำรวจระหว่างเดือนมิถุนายน - กันยายน 2553 ในพื้นที่ความชุกโรคเรื้อนต่ำได้แก่จังหวัดกาญจนบุรี โดยข้อมูลทางระบาดวิทยาพบว่า ณ

เดือนตุลาคม 2552 มีผู้ป่วยโรคเรื้อนในทะเบียนรักษาจำนวน 4 ราย ตั้งแต่เดือนมกราคม - ตุลาคม 2552 ไม่พบผู้ป่วยใหม่และตั้งแต่ปี พ.ศ.2528 จนกระทั่งถึง พ.ศ.2552 พบว่าในเบื้องต้นมีผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ยังมีชีวิตอยู่ในชุมชน จังหวัดกาญจนบุรีประมาณ 60 ราย โดยมีขั้นตอนและวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ทำการสำรวจค้นหาผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในชุมชนทุกรายที่มีอายุตั้งแต่ 7 ปีขึ้นไป ด้วยชุดประเมินความพิการแบบเร็ว (Rapid Disability Assessment toolkit: RDA tool kit)⁽⁵⁾ ส่วนที่ 1: แบบคัดกรองผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนหรือผู้ที่หายป่วยแล้ว ที่มีปัญหาในการดำเนินชีวิตเบื้องต้นจำนวน 8 ข้อที่อาศัยอยู่ในชุมชนในเขตจังหวัดกาญจนบุรีมาไม่น้อยกว่า 1 ปีย้อนหลัง นับจากวันที่เริ่มทำการศึกษาวิจัย ทั้งนี้อาจมีประชาชนที่ยังมีความรังเกียจโรคเรื้อนอยู่ ดังนั้นในกระบวนการสัมภาษณ์หรือการค้นหาผู้พิการนี้ทีมวิจัยและผู้ช่วยทีมวิจัยจะระบุให้ชุมชน หรือผู้เกี่ยวข้องทราบว่า เป็นการสัมภาษณ์เกี่ยวกับโรคผิวหนังและค้นหาผู้พิการทั่วไป เพื่อป้องกันปัญหาและผลกระทบต่างๆ หากผู้ให้สัมภาษณ์ตอบว่ามีปัญหาอย่างน้อย 1 ข้อจาก 8 ข้อ จะถูกเลือกเพื่อนำมาสัมภาษณ์ด้วยเครื่องมือสำรวจส่วนที่ 2 - 7 ต่อไป

2. ทำการสำรวจสภาพความพิการ ปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคม โดยใช้เครื่องมือสำรวจชุดประเมินความพิการแบบเร็ว (Rapid Disability Assessment toolkit: RDA tool kit) ในผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนจังหวัดกาญจนบุรีที่ผ่านการคัดกรองสภาพปัญหาในการดำเนินชีวิต 8 ข้อ ในส่วนที่ 2 - 7

3. ทำการสำรวจในกลุ่มประชากรทั่วไปที่มีอายุและเพศเดียวกันกับผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน โดยใช้เครื่องมือสำรวจชุดประเมินความพิการแบบเร็ว (Rapid Disability Assessment toolkit: RDA tool kit) ในส่วนที่ 3 - 5 เพื่อทำการศึกษาค้นหาเกณฑ์มาตรฐาน (normative study)

4. ทำการสำรวจทัศนคติและการรับรู้ของชุมชนที่มีต่อโรคเรื้อน และผู้ประสบ ปัญหาจากโรคเรื้อนในสมาชิกชุมชนโดยใช้เครื่องมือสำรวจส่วนที่ 8

โดยชุดประเมินความพิการแบบเร็วทั้งหมดนี้ ก่อนนำมาใช้ได้ทำการแปลภาษามาแล้ว 3 ครั้ง จาก อังกฤษ - ไทย ไทย - อังกฤษ และอังกฤษ - ไทย เพื่อทดสอบความตรงในเชิงภาษาและเนื้อหาของแบบวัด ให้มีความถูกต้อง

(Rapid Disability Assessment toolkit: RDA tool kit) ประกอบด้วยข้อมูลทั้งหมด 8 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลการคัดกรองผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนที่มีปัญหาในการดำเนินชีวิตจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ด้านสายตา การเดิน การชำระล้างร่างกาย การทำกิจกรรมประจำวัน การขา การอ่อนแรง บาดแผล ตามมือและเท้า ความสัมพันธ์หรือการมีส่วนร่วมในกิจกรรมกับบุคคลอื่น ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลการสูญเสีย หรือผิดปกติ (Impairment data) ได้แก่ ความผิดปกติของร่างกายทางด้าน ตา มือ และเท้า ส่วนที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว จำนวน 18 ข้อ ได้แก่ เพศ วัน เดือน ปีเกิด อายุ ระดับการศึกษา ที่อยู่ สถานภาพ สมรส จำนวนสมาชิกครอบครัวที่อยู่ร่วมชายคา อาชีพ ประเภทของที่อยู่อาศัย สถานะในบ้าน รายได้ หนี้สิน ที่มีอยู่ จำนวนการเลี้ยงสัตว์เพื่อเพิ่มรายได้ การประกอบ ธุรกิจและจำนวนทรัพย์สินที่มีอยู่ เช่น มอเตอร์ไซด์ รถยนต์ ที่ดินทำกิน เป็นต้น ส่วนที่ 4 แบบวัดขีดจำกัดในการทำกิจกรรม (Salsa Scale) จำนวน 20 ข้อ วัด 4 ด้าน (องค์ประกอบ) ได้แก่การเคลื่อนไหว (เท้า) การดูแลตนเอง การทำงานด้วยมือ และความชำนาญในการใช้มือ โดยเป็นด้านความสามารถในการมองเห็น 1 ข้อ ส่วนที่ 5 แบบวัดขีดจำกัดในการมีส่วนร่วมทางสังคมจำนวน 18 ข้อ (The Participation Scale) มีด้วยกัน 18 ข้อ 8 ด้าน ประกอบด้วย การเรียนรู้และประยุกต์ใช้ความรู้ การติดต่อสื่อสาร การเดินทาง การดูแลตนเองการดำเนินชีวิต ในครัวเรือน การปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และความสัมพันธภาพ ประเด็นหลักของชีวิต และชีวิตในชุมชนสังคม และในฐานะที่เป็นพลเมือง ส่วนที่ 6 แบบวัดความรู้สึกถูกตีตรา (Jacoby Stigma Scale) จำนวน 3 ข้อ สอบถามความรู้สึกของผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อน ว่าผู้อื่นมีความรู้สึก และปฏิบัติต่อเขาอย่างไร เช่น การเป็นโรคเรื้อน

ทำให้คนอื่นรู้สึกอึดอัดต่อเขาหรือไม่ เป็นต้น ส่วนที่ 7 แบบวัดเกี่ยวกับการเลือกปฏิบัติ (Questions about discrimination) จำนวน 14 ข้อ วัดประสบการณ์ของผู้ถูกสัมภาษณ์ว่า ถูกเลือกปฏิบัติในสถานการณ์ต่างๆ หรือไม่ เช่น ถูกคู่สมรสทิ้งหรือแยกทาง ถูกปฏิเสธการจ้างงาน เป็นต้น ส่วนที่ 8 แบบวัดทัศนคติ และการรับรู้ของชุมชนต่อโรคเรื้อน (EMIC: Community Stigma Scale) จำนวน 15 ข้อ เช่น ในชุมชนของคุณโรคเรื้อนเป็นโรคที่ก่อให้เกิดความอับอายใช่ไหม เป็นต้น

สถิติที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ การแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด-สูงสุด ค่าเฉลี่ย ค่ากลาง และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Independent - Sample T - Test และ One - Way ANOVA สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาในผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน 26 ราย (เป็นผู้ที่ตอบว่ามีปัญหาในการดำเนินชีวิตเบื้องต้นอย่างน้อย 1 ข้อจาก 8 ข้อที่ได้จากการสำรวจ ซึ่งเป็นส่วนที่ 1 ของชุดประเมินความพิการแบบเร็ว (Rapid Disability Assessment toolkit: RDA tool kit) และได้นำมาสอบถามต่อในแบบสอบถามส่วนที่ 2 - 7) พบว่า ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนเป็นชายมากกว่า หญิง ครั้งหนึ่งมีอายุ 61 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา แต่งานแล้วและอาศัยอยู่กับครอบครัว ไม่ได้ประกอบอาชีพและมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนไม่เกิน 5,000 บาท แต่ครั้งหนึ่งมีหนี้สินมากกว่ารายได้ ณ วันที่ได้รับการวินิจฉัยโรคพบว่า ส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อนประเภทเชื้อมาก (Multibacillary leprosy : MB) ที่ยังไม่มีความพิการที่ตาและเท้าแต่มีความพิการระดับ 2 ที่มีมือเกือบทั้งหมดพ้นจากการรักษาด้วยยาผสมระยะสั้น (Multidrug therapy : MDT) มาแล้วมากกว่า 6 ปีขึ้นไป ในปัจจุบันเกินครึ่งหนึ่งมีความพิการของมือและเท้าระดับ 2

ส่วนใหญ่ไม่มีแผลและไม่ได้ใช้เครื่องช่วยความพิการหรือกายอุปกรณ์ ด้านชีวิตจำกัดในการทำกิจกรรมและข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมทางสังคมพบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาหรือไม่มีข้อจำกัดโดยเฉลี่ยมีเพียงเล็กน้อยเกินครึ่งมีความรู้สึกถูกตีตราโดยไม่ได้ออกเลือกปฏิบัติจากบุคคลอื่น ซึ่งครึ่งหนึ่งรู้สึกว่าความพิการของตนเองจะสร้างความรู้สึกอึดอัดใจให้กับบุคคลอื่น ทั้งนี้ชีวิตจำกัดในการทำกิจกรรมมีความสัมพันธ์กันในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมในสังคมและความรู้สึกถูกตีตรา และข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมในสังคม ยังมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับประสบการณ์ในการถูกเลือกปฏิบัติ โดยที่ประสบการณ์ในการถูกเลือกปฏิบัติเองก็มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความรู้สึกถูกตีตรา

เมื่อคัดเลือกปัจจัยที่มีนัยสำคัญ และคาดว่า จะเป็นปัจจัยทำนายชีวิตจำกัดในการทำกิจกรรมของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนจากการทดสอบในชั้น Bivariate statistic 7 ตัวแปร คือ ประเภทของที่อยู่อาศัย ระดับความพิการ ณ วันวินิจฉัยโรคและปัจจุบัน ชนิดของโรคเรื้อน อาชีพ รายได้ และลักษณะของการใช้เครื่องช่วยความพิการ มาหาค่าพยากรณ์ในการทำนาย พบปัจจัยทำนายชีวิตจำกัดในการทำกิจกรรม 5 ปัจจัย โดยพบว่ามีความนัยสำคัญในรูปคะแนนดิบ

ตาราง 1 การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายชีวิตจำกัดในการทำกิจกรรมในผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนใช้เทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน(Stepwise multiple regression analysis)

ลำดับขั้นตัวพยากรณ์	b	t	P - value
ความพิการระดับ 2 ณ วันวินิจฉัยโรค	8.24	1.85	.079*
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	12.48	3.64	.002*
บ้านมีความคงทนน้อย	-16.67	-4.43	.000*
รายได้ระหว่าง 2,001 - 5,000 บาท	-10.50	-2.88	.009*
ความพิการระดับ 2 ณ ปัจจุบัน	9.70	2.09	.049*
Constant	36.39	7.41	.000

R = 0.924, R² = 0.854, SEE = 7.448, F = 23.377, Sig.of = .000

*P< 0.05

หรือค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยไม่ปรับฐาน(b) ของความพิการระดับ 2 ณ วันวินิจฉัยโรค การไม่ได้ประกอบอาชีพ สภาพบ้านมีความคงทนน้อย การมีรายได้ระหว่าง 2,001 - 5,000 บาท และความพิการระดับ 2 ณ ปัจจุบันมีค่าเท่ากับ 8.24 12.48 -16.67 -10.50 และ 9.70 ตามลำดับ โดยมีค่าของ t ไกล่เคียงหรือมากกว่า 2.00 ซึ่งถือว่าค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรดังกล่าวนี้มีอิทธิพล ต่อชีวิตจำกัดในการทำกิจกรรม(ตัวแปรตาม) โดยผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการเป็นโรคเรื้อนที่มีความพิการระดับ 2 ณ วันวินิจฉัยโรคจะเป็นผู้ชีวิตจำกัดในการทำกิจกรรมมากกว่าผู้ที่ไม่มีความพิการ ผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ จะเป็นผู้ชีวิตจำกัดในการทำกิจกรรมมากกว่าผู้ที่ประกอบอาชีพ ผู้ที่มีที่อยู่อาศัยมีความมั่นคงแข็งแรง(บ้านตึกคอนกรีต) จะมีชีวิตจำกัดในการทำกิจกรรมมากกว่าผู้ที่บ้านมีความคงทนน้อย ผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาท จะมีชีวิตจำกัดในการทำกิจกรรมมากกว่าผู้ที่มีรายได้ระหว่าง 2,000 - 5,000 บาท และผู้ที่มีความพิการระดับ 2 ณ ปัจจุบันจะเป็นผู้ชีวิตจำกัดในการทำกิจกรรมมากกว่าผู้ที่ไม่มีความพิการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งทั้ง 5 ปัจจัยนี้สามารถรวมกันทำนายชีวิตจำกัดในการทำกิจกรรมได้ร้อยละ 85.4 (ตาราง 1)

เมื่อนำปัจจัยที่มีนัยสำคัญกับข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมทางสังคมจากการทดสอบในชั้น Bivariate statistic 6 ตัวแปร คือ อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่จำหน่ายจากการรักษา ชนิดของโรคเรื้อน ระดับความพิการ ณ วันที่วินิจฉัยโรค และระดับความพิการ ณ ปัจจุบัน มาหาค่าพยากรณ์ในการทำนาย พบปัจจัยทำนายข้อจำกัด ในการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้ประสบปีหาจากโรคเรื้อน 2 ตัวแปร โดยพบว่ามีความสำคัญในรูปคะแนนดิบหรือค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยไม่ปรับฐาน(b) ของการไม่ได้ประกอบอาชีพและการมีความพิการระดับ 2 ณ ปัจจุบัน มีค่าเท่ากับ 16.24 และ 16.14 ตามลำดับ โดยมีค่าของ t ไกล่เคียงหรือมากกว่า ตาราง 2 การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้ประสบปี-หาจากโรคเรื้อน ใช้เทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน(Stepwise multiple regression analysis)

ลำดับขั้นตัวพยากรณ์	b	t	P - value
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	16.24	2.81	.010*
มีความพิการระดับ 2 ณ ปัจจุบัน	16.14	2.58	.017*
Constant	-.94	-.18	.859

R = 0.684, R² = 0.468, SEE = 14.106, F = 10.133, Sig.of = .001

*P< 0.05

ประชาชนทั่วไปในชุมชนที่มีอายุและเพศเดียวกับผู้ประสบปีหาจากโรคเรื้อน (จากการคำนวณขนาดตัวอย่างที่เป็น single proportion ได้จำนวน n > 97 คน จึงทำการกำหนดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา หาเกณฑ์มาตรฐานนี้ไว้ 100 คน)^(6 7) โดยการศึกษาี้ เก็บรวบรวมข้อมูลมาได้จำนวนทั้งสิ้น 104 คน พบว่า มีลักษณะทั่วไปคล้ายคลึงกับผู้ประสบปีหาจากโรคเรื้อน แต่ต่างกันในการมีงานทำและหนี้สิน ด้านขีดจำกัดในการทำกิจกรรมพบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีขีดจำกัดในการทำกิจกรรม โดยเฉลี่ยมีเพียงเล็กน้อย โดยมีค่า Normative Values (percentile 95th) ของกลุ่มที่ไม่มีปัญหาเท่ากับ 46 คะแนน ส่วนข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมทางสังคม พบว่าเกือบทั้งหมดไม่มีข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมมาเช่นกัน และมีค่า Normative Values ของกลุ่มที่ไม่มีปัญหาเท่ากับ 20 คะแนนซึ่งสูงกว่าแบบวัดจากตนฉบับ โดยขีดจำกัดใน

2.00 ซึ่งถือว่าค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรดังกล่าวนี้มีอิทธิพลต่อข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมทางสังคม(ตัวแปรตาม) โดยผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการเป็นโรคเรื้อน ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพจะมีข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมทางสังคมมากกว่าผู้ที่ประกอบอาชีพ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมทางสังคมมากที่สุด และผู้ที่มีความพิการระดับ 2 จะมีข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมทางสังคมมากกว่าผู้ที่ไม่มีความพิการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งทั้ง 2 ปัจจัยนี้สามารถรวมกันทำนายข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมทางสังคมได้ร้อยละ 46.8 (ตาราง 2)

การทำกิจกรรมกับข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมมีความสัมพันธ์ในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อนำปัจจัยที่มีนัยสำคัญกับขีดจำกัดในการทำกิจกรรมของประชาชนที่มีอายุและเพศเดียวกันกับผู้ประสบปีหาจากโรคเรื้อนจากการทดสอบในชั้น Bivariate statistic 5 ตัวแปร คือ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ การใช้เครื่องช่วยความพิการ และสถานภาพสมรส มาหาค่าพยากรณ์ในการทำนาย พบปัจจัยทำนายขีดจำกัดในการทำกิจกรรม 2 ตัวแปร โดยพบว่ามีความสำคัญในรูปคะแนนดิบ หรือค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยไม่ปรับฐาน(b) ของการมีอายุตั้งแต่ 61 ปีขึ้นไป และการใช้เครื่องช่วยความพิการตั้งแต่ 2 อย่าง มีค่าเท่ากับ 8.40 และ 12.43 ตามลำดับ โดยมีค่าของ t ไกล่เคียงหรือมากกว่า 2.00 ซึ่งถือว่าค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปร ดังกล่าวนี้อิทธิพลต่อขีดจำกัดใน

การทำกิจกรรม(ตัวแปรตาม) โดยผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 61 ปีขึ้นไป จะมีขีดจำกัดในการทำกิจกรรมมากกว่าผู้ที่อายุน้อยกว่าซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อขีดจำกัดในการทำกิจกรรม มากที่สุด และผู้ใช้เครื่องช่วยความพิการ 2

ชนิดขึ้นไปจะมีขีดจำกัดในการทำกิจกรรมมากกว่าคนที่ไม่ได้ใช้ ซึ่งทั้ง 2 ปัจจัยนี้สามารถร่วมกันทำนายขีดจำกัดในการทำกิจกรรมได้ร้อยละ 28.4 (ตาราง 3)

ตาราง 3 การวิเคราะห์ปัจจัยทำนาย ขีดจำกัดในการทำกิจกรรมของประชาชนที่มีอายุและเพศเดียวกัน กับผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน ใช้เทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

ลำดับขั้นตัวพยากรณ์	b	t	P - value
อายุ 61 ปีขึ้นไป	8.40	5.54	.000*
ใช้เครื่องช่วยความพิการ 2 อย่าง	12.43	2.27	.025*
Constant	21.67	19.36	.000

R = 0.533, R² = 0.284, SEE = 7.595, F = 19.807, Sig.of = .000

*P< 0.05

เมื่อนำปัจจัยที่มีนัยสำคัญกับข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมของประชาชนที่มีอายุและเพศเดียวกัน กับผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน จากการทดสอบในขั้น Bivariate statistic 3 ตัวแปร คือ ระดับการศึกษา การมีรถยนต์และการเลี้ยงสัตว์เพื่อเพิ่มรายได้ มาหาค่าพยากรณ์ในการทำนายพบว่ามีค่านำหนักความสำคัญในรูปคะแนนดิบ หรือค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยไม่ปรับฐาน(b) ของการไม่ได้เรียนหนังสือเท่ากับ 5.90 โดยมีค่าของ t

ใกล้เคียงหรือมากกว่า 2.00 ซึ่งถือว่าค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรดังกล่าวนี้มีอิทธิพลต่อข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมทางสังคม(ตัวแปรตาม) ทั้งนี้ผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือจะมีข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมทางสังคมมากกว่ากลุ่มอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งปัจจัยนี้สามารถทำนายข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมทางสังคมได้ร้อยละ 6.1 (ตาราง 4)

ตาราง 4 การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมทางสังคมของประชาชนที่มีอายุและเพศเดียวกัน กับผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน ใช้เทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน(Stepwise multiple regression analysis)

ลำดับขั้นตัวพยากรณ์	b	t	P - value
ไม่ได้เรียนหนังสือ	5.90	2.57	.012*
Constant	5.46	4.16	.000

R = 0.246, R² = 0.061, SEE = 10.987, F = 6.590, Sig.of = .012

*P< 0.05

สมาชิกชุมชนที่อยู่ในชุมชนเดียวกับผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน (กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับกลุ่มที่ศึกษาหาเกณฑ์มาตรฐานที่จำนวน 100 คน) จากการศึกษาได้เก็บรวบรวมสมาชิกชุมชนที่ไม่จำกัดเพศและอายุได้ทั้งสิ้น 117 คน ประกอบด้วยผู้นำชุมชนด้านสาธารณสุข(อสม.) ร้อยละ 35 ประชาชนทั่วไปร้อยละ 34.2 ผู้นำชุมชนทางการเมือง การปกครอง ร้อยละ 28.2

และผู้นำชุมชนอื่นๆ (ครู พระ อปพร.) ร้อยละ 2.6 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.8 มีอายุ น้อยกว่า 61 ปี และแต่งงานแล้ว โดยบอกว่ารู้จัก โรคเรื้อน/ผู้ที่ เป็นโรคเรื้อน ร้อยละ 58.1 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 47.9 อาศัยอยู่กับครอบครัวที่มีขนาดสมาชิก 2 - 4 คน ร้อยละ 47.8 และตั้งแต่ 5 คนขึ้นไป ร้อยละ 46.2 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และ

รับจ้าง มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 5,000 บาทขึ้นไป และส่วนใหญ่มีหนี้สินส่วนใหญ่มีทัศนคติ และการรับรู้โรคเรื้อน ส่งผลกระทบบ้านลดต่อชีวิตในระดับปานกลาง

เมื่อนำปัจจัยที่มีนัยสำคัญกับทัศนคติและการรับรู้ของชุมชนที่มีต่อโรคเรื้อน จากการทดสอบในขั้น Bivariate statistic 4 ตัวแปร คือ ระดับการศึกษา รายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัวและครอบครัว มีพาหนะ (มอเตอร์ไซด์)ใช้ มาหาค่าพยากรณ์ในการทำนายพบว่ามีค่าน้ำหนักความสำคัญในรูปคะแนนดิบ หรือค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยไม่ปรับฐาน(b) ของการไม่ได้เรียนหนังสือในโรงเรียน การเรียนหนังสือระดับ

ประถมศึกษา และการมีจำนวนสมาชิกในครอบครัว ตั้งแต่ 5 คนขึ้นไป มีค่าเท่ากับ 12.25 3.68 และ 3.21 ตามลำดับ โดยมีค่าของ t ไกล่เคียงหรือมากกว่า 2.00 ซึ่งถือว่าค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรดังกล่าวนี้มีอิทธิพลต่อทัศนคติ และการรับรู้ของชุมชนที่มีต่อโรคเรื้อน (ตัวแปรตาม) ทั้งนี้การไม่ได้เรียนหนังสือ หรือมีการศึกษาน้อย(ระดับประถมศึกษา) และการมีสมาชิกครอบครัวตั้งแต่ 5 คนขึ้นไป จะทำให้มีทัศนคติและการรับรู้ต่อโรคเรื้อน เป็นไปในทางลบมากกว่ากลุ่มอื่น ซึ่งการไม่ได้เรียนหนังสือจะเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อทัศนคติ และการรับรู้มากที่สุด โดย 3 ปัจจัยนี้สามารถทำนายทัศนคติ และการรับรู้ได้ร้อยละ 20.0 (ตาราง 5)

ตาราง 5 การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายทัศนคติและการรับรู้ของชุมชนต่อโรคเรื้อน ใช้เทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

ลำดับขั้นตัวพยากรณ์	b	t	P - value
ไม่ได้เรียนหนังสือในโรงเรียน	12.25	4.25	.000*
เรียนหนังสือระดับประถมศึกษา	3.68	2.89	.005*
มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวตั้งแต่ 5 คนขึ้นไป	3.21	2.58	.011*
Constant	12.68	11.78	.000

R = 0.447, R² = 0.200, SEE = 6.676, F = 9.410, Sig.of = .000

*P< 0.05

วิจารณ์

1. ขีดจำกัดในการทำกิจกรรม ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนส่วนใหญ่ไม่มีขีดจำกัดในการทำกิจกรรม โดยเฉลี่ยมีปัญหาเพียงเล็กน้อย ปัจจัยทำนายที่จะทำให้มีขีดจำกัดในการทำกิจกรรมเพิ่มมากขึ้นได้แก่ ความพิการระดับ 2 การไม่ได้ประกอบอาชีพ การมีที่อยู่อาศัยที่มีความคงทนน้อยและการมีรายได้ระหว่าง 2,000 - 5,000 บาท ซึ่งสอดคล้องตามกรอบแนวคิดเรื่องการทำหน้าที่ของร่างกายและความพิการ(ICF)⁽⁸⁾ ว่าการทำหน้าที่ของร่างกายของบุคคลเป็นปฏิกริยาร่วมกันหรือเป็นความสัมพันธ์ที่ซับซ้อน ระหว่างภาวะสุขภาพและปัจจัยอื่น ๆ เช่น ในที่นี้เมื่อผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน มีความพิการเกิดขึ้น นั้นหมายถึงการทำงาน ของร่างกายและโครงสร้างเกิดการชำรุด บกพร่อง

ซึ่งย่อมที่จะเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพ ทำให้เกิดขีดจำกัดในความสามารถที่เกิดจากความบกพร่องหนึ่งอย่างหรือมากกว่า เช่นขีดจำกัดในการทำกิจกรรมหรือข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมทางสังคม เป็นต้น ในกลุ่มประชาชนทั่วไปในชุมชนที่มีอายุและเพศเดียวกับผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน(peer) ส่วนใหญ่ไม่มีขีดจำกัดในการทำกิจกรรมและเฉลี่ยมีปัญหาเพียงเล็กน้อยเช่นกัน โดยปัจจัยที่มีผลต่อขีดจำกัดของประชาชน ได้แก่ การมีอายุตั้งแต่ 61 ปีขึ้นไปและการใช้เครื่องช่วยความพิการ 2 อย่าง เนื่องจากคะแนนขีดจำกัดในการทำกิจกรรมจะเพิ่มขึ้นตามอายุของบุคคลนั้นหมายถึงเมื่อบุคคลนั้นมีอายุมากขึ้นหรืออยู่ในวัยสูงอายุสภาพร่างกายและความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ย่อมเสื่อมถอยไปตามสภาพของร่างกายที่เสื่อมโทรมลง

จึงทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆลดลงนั่นเอง

2. ข้อจำกัด/อุปสรรคในการมีส่วนร่วมทางสังคม การศึกษาที่ทั้งในกลุ่มผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนและประชาชนทั่วไปในชุมชนที่มีอายุและเพศเดียวกันพบว่าไม่มีข้อจำกัด/อุปสรรคในการมีส่วนร่วมทางสังคมโดยเฉลี่ยมีปัญหาเพียงเล็กน้อย การได้ผลเช่นนี้ในผู้ประสบปัญหานั้นเนื่องมาจากที่ผู้ประสบปัญหาเกินกว่าครึ่งยังสามารถประกอบอาชีพได้และประชาชนทั่วไป ส่วนใหญ่มีการศึกษา โดยปัจจัยทำนายที่มีผลต่ออุปสรรคในการมีส่วนร่วมที่มากขึ้น ได้แก่ การมีความพิการระดับ 2 และการไม่ได้ประกอบอาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ซูซึลิน⁽⁹⁾ และการศึกษาในประเทศอินโดนีเซีย⁽⁵⁾ ในเรื่องของการไม่มีงานทำว่าจะเป็นอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมทางสังคมที่มากขึ้น ทั้งนี้มีความแตกต่างกันสำหรับเกณฑ์มาตรฐานในระดับการมีปัญหในการมีส่วนร่วมทางสังคม ซึ่งจากการศึกษานี้พบว่า ร้อยละ 95 ของประชาชนที่มีอายุและเพศเดียวกับผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน (Peer) นั้นมีค่าปกติของคะแนนที่ 20 ซึ่งสูงกว่าแบบวัดจากต้นฉบับที่มี 12 คะแนน นั่นอาจเป็นเพราะบริบทสังคมไทยมีลักษณะครอบครัวขนาดใหญ่และมีวัฒนธรรมในการช่วยเหลือเกื้อกูล เลี้ยงดูกันและกันในยามแก่เฒ่า จึงทำให้แม้บุคคลนั้น จะมีความพิการ สูงอายุ หรือมีความบกพร่องของร่างกาย แต่กลับไม่ค่อยมีปัญหาในการมีส่วนร่วมทางสังคมหรือหากมีก็เพียงเล็กน้อย จึงทำให้ค่าดังกล่าวสูงกว่าต้นฉบับ การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างขีดจำกัดในการทำกิจกรรมและข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมในผู้ประสบปัญหาและประชาชนที่มีอายุและเพศเดียวกันนั้นพบว่า เมื่อมีขีดจำกัดในการทำกิจกรรมเพิ่มมากขึ้นก็จะทำให้ข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมทางสังคมเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรุชท และคณะ⁽¹⁰⁾

3. ความรู้สึกถูกตีตรา พบว่าผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนเกินครึ่งมีความรู้สึกถูกตีตรา และครึ่งหนึ่งรู้สึกว่า ความพิการของตนเองจะสร้างความรู้สึกอึดอัดใจให้กับบุคคลอื่น และพบว่าการมีข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมทางสังคมมากขึ้นจะทำให้มีและความรู้สึกถูกตีตรา

มากขึ้นด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของประเทศอินโดนีเซีย⁽⁵⁾ และสอดคล้องกับแนวคิดของ กอฟแมนที่กล่าวถึงเรื่องการตีตราว่ามีความสัมพันธ์อย่างแน่นแฟ้นกับการรังเกียจเพียงอย่างเดียวซึ่งธรรมชาติของการรังเกียจเพียงอย่างเดียวมาจากฐานคิดของคนในการมองเรื่องความปกติ/ไม่ปกติ ความบริสุทธิ์/มลทิน ในทางสังคมวัฒนธรรม เวลาที่เราเห็นสิ่งที่ตอกย้ำเรื่องความไม่ปกติหรือมลทิน มักจะเกิดการรังเกียจเพียงอย่างเดียวตามมาโดยการผิดรูปร่างของอวัยวะและร่างกาย เช่น ผู้พิการนั้นเป็นลักษณะใหญ่ๆที่ทำให้เกิดการรังเกียจได้⁽¹¹⁾ ซึ่งกลุ่มผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนนั้นเกินครึ่งมีความพิการระดับ 2 และครึ่งหนึ่งยังมีความพิการที่เพิ่มขึ้นจากวันที่วินิจฉัยโรคด้วย จะเห็นได้ว่าความพิการเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการรังเกียจจากบุคคลอื่นและความรู้สึกกลัวผู้อื่นรังเกียจตนเอง⁽¹²⁾

4. ประสบการณ์ในการถูกเลือกปฏิบัติ ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนเกินครึ่งไม่มีประสบการณ์ในการถูกเลือกปฏิบัติ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนส่วนใหญ่เป็นผู้ที่จำหน่ายจากการรักษามานานแล้ว(ตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป)ที่อาศัยอยู่ในชุมชนปกติ ดังนั้นผลการศึกษานี้จึงพบว่าย้อนหลัง 5 ปีส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการถูกเลือกปฏิบัติ ทั้งนี้พบว่าการที่ครอบครัวมีส่วนร่วมหรือไรนาหรือครอบครัวมีการเลี้ยงสัตว์เพื่อเพิ่มรายได้จะทำให้ถูกเลือกปฏิบัติ น้อยกว่า เนื่องจากสถานะดังกล่าวอาจแสดงถึงการมีอาชีพที่จะนำมาซึ่งรายได้ ที่ทำให้มีโอกาสในการได้รับการยอมรับจากชุมชนมากขึ้น ดังเช่นการศึกษาของอาโรล และคณะ⁽¹³⁾ ในเรื่องการรังเกียจของสังคมที่พบว่าหากผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนมีรายได้หรือฐานะดีขึ้น จะช่วยให้การถูกเลือกปฏิบัติและการรังเกียจนั้นน้อยลง

5.ทัศนคติและการรับรู้ของชุมชนต่อโรคเรื้อน สมาชิกชุมชนส่วนใหญ่มีทัศนคติและการรับรู้โรคเรื้อนส่งผลกระทบต่อด้านลบต่อชีวิตในระดับปานกลาง ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจากในพื้นที่จังหวัดกาญจนบุรีเป็นพื้นที่ที่มีความชุกโรคเรื้อนต่ำ มีจำนวนผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนไม่มากนัก ดังการศึกษาที่มีผู้ประสบปัญหา

จากโรคเรื้อนผ่านการคัดกรองว่ามีปัญหาเบื้องต้นจำนวน 26 ราย สมาชิกชุมชนที่รู้จักโรคเรื้อนหรือผู้ที่เป็โรคเรื้อนมีเกินครึ่งอยู่เพียงเล็กน้อย การรณรงค์ให้ความรู้หรือข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเรื้อนมีจำกัดหรืออาจไม่ทั่วถึง จึงยังส่งผลต่อทัศนคติในด้านลบอยู่ได้บางประการ ซึ่งปัจจัยที่ทำให้สมาชิกชุมชนส่วนใหญ่ มีทัศนคติต่อโรคเรื้อนด้านลบ คือ การไม่ได้เรียนหนังสือทำให้ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้หรือมีการศึกษาน้อย จึงทำให้เป็นอุปสรรคในการได้รับความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเรื้อนได้ และการมีสมาชิกครอบครัวตั้งแต่ 5 คนขึ้นไปซึ่งส่วนใหญ่ไม่เกิน 6 คนโดยรวมผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนด้วยแล้ว ว่ามีผลต่อทัศนคตินั้นอาจเนื่องมาจากอิทธิพลของสมาชิกในครอบครัวดังทฤษฎีเรื่องการคล้อยตามว่า⁽¹⁴⁾ การคล้อยตามจะเกิดมากขึ้นเรื่อยๆ ตามกลุ่มอ้างอิงและตามจำนวนคนในกลุ่มที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มที่มีขนาด 3 - 5 คนจะเป็นขนาดที่ทำให้กลุ่มเกิดความคล้อยตามสูงที่สุดซึ่งกลุ่มอ้างอิงในที่นี้ หมายถึง กลุ่มที่บุคคลคิดว่าเหมือนกับตนเอง ดังนั้นสมาชิกครอบครัวน่าจะเป็นกลุ่มอ้างอิงที่มีความสำคัญมากกว่าคนอื่น ๆ ซึ่งหากสมาชิกในครอบครัวมีทัศนคติต่อโรคเรื้อนที่ไม่ดีหรือเป็นไปในทางลบสมาชิกอื่น ๆ ก็มักจะเห็นคล้อยตามกันไป ดังเช่นการที่สมาชิกชุมชนเกินกว่าครึ่งเห็นพ้องร่วมกันว่าผู้ประสบปัญหาจะไม่บอกให้ใครทราบว่าเป็นโรคเรื้อน การเป็นโรคเรื้อนเป็นปัญหาในการหาคุณ่งาน ตลอดจนสร้างความยากลำบากของญาติในการหาคุณ่งาน และเชื่อว่าโรคเรื้อนจะก่อให้เกิดปัญหาในชีวิตคู่ด้วย อีกทั้งการเป็นโรคเรื้อนทำให้หางานทำยากและคนในหมู่บ้านจะไม่ซื้ออาหารที่ขายโดยผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อน ซึ่งการรับรู้เหล่านี้เป็นไปในแนวเดียวกับบทความของราฟเฟอที่ ที่รวบรวมและกล่าวถึงการรังเกียจที่มีในผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในที่อื่น ๆ ว่าผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนมักจะถูกทอดทิ้งจากคู่สมรสอยู่เสมอ⁽¹⁵⁾

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนและประชาชนในชุมชน ผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 ราชบุรี และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี ผู้อำนวยการสถาบันราชประชาสมาสัย และคณะผู้วิจัยทุกท่าน ที่มีส่วนร่วมให้การศึกษาวิจัยนี้สำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. Charoon Pirayavaraporn. Leprosy Control In Thailand. The Agricultural Co.Operative Federation of Thailand. Thailand, 1996.
2. กลุ่มกำจัดโรคเรื้อน.รายงานสถานการณ์โรคเรื้อนปีงบประมาณ 2552 .สถาบันราชประชาสมาสัย.นนทบุรี, 2552.
3. กลุ่มกำจัดโรคเรื้อน.รายงานสถานการณ์โรคเรื้อนปีงบประมาณ 2548.สถาบันราชประชาสมาสัย.นนทบุรี, 2548.
4. สถาบันราชประชาสมาสัย.เอกสารประกอบการประชุมการพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วยโรคเรื้อนเข้ารับการสงเคราะห์ ครั้งที่ 4; 10 - 11 สิงหาคม 2552 ; ณ โรงแรมอิมพีเรียลแม่ปิง. กรุงเทพมหานคร; 2552.
5. สถาบันราชประชาสมาสัย. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ การใช้เครื่องมือสำรวจสภาพความพิการ ปัญหาเศรษฐกิจและสังคมในผู้ป่วยโรคเรื้อน ; 1-3 กรกฎาคม 2552; ณ โรงแรมดุสิตปริ้นเซส โคราช.กรุงเทพมหานคร; 2552.
6. Lwanga SK and Lemeshow S. Sample size determination in health studies : A practical manual, World Health Organization. England:Macmillan; 1991.
7. van Brakel WH, Officer A. Approaches and tools for measuring disability in low and middle - in-

- come countries, *Leprosy Review* 2008 Mar; 79(1): 50 - 64.
8. กรมการแพทย์. บัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงานความพิการและสุขภาพ (ฉบับภาษาไทย). กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี, 2547.
 9. SM Nardi, VD Paschoal, DM Zanetta. Social participation of people affected by leprosy after discontinuation of multidrug therapy. *Lev Rev* 2011; 82: 55-64.
 10. Rusch M, Nixon S, Schilder A, Braitstein P, Chan K, Hogg R. Impairments, activity limitations and participation restrictions : Prevalance and associations among persons living with HIV/AIDS in British Columbia. *Health and Quality of Life Outcomes* 2004; 2: 46.
 11. ประชาธิป กะทา. การตีตราและรังเกียจตื้นตันท์. วารสารหมออนามัย 2550; 17(3): 25-8.
 12. Van Brakel WH. Measuring health-related stigma-A literature review. *Psychol Health Med.* 2006; 11(3): 307-34.
 13. Arole S, Premkumar R, Arole R, Saunderson P. Social Stigma: a comparative qualitative study of integrated and vertical care approaches to leprosy. *Lev Rev* 2002; 73: 186-196.
 14. ศักดิ์ไทย สุรกิจบวร. จิตวิทยาสังคม ทฤษฎีและปฏิบัติการ. กรุงเทพมหานคร: สุวีริยาสาส์น, 2545.
 15. Rafferty J. Curing the stigma of leprosy. *Lev Rev* 2005; 76: 119 - 126.

อุปกรณ์ล้างมือพร้อมสบู่ : นวัตกรรมเพื่อการล้างมือที่ถูกรวิธี

Hand Washing Equipment with Liquid Soap: Innovation for Proper Hand Washing

กิตติ พุฒิกานนท์ วทม. (วิทยาการระบาด)

Kitti Puthikanon M.sc.

คำพล แสงแก้ว ส.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)

Khamphon Sangkaeo M.P.H.

สมนึก ดอนหัวรอ วท.บ. (สุขศึกษา)

Somnuk Donhuaro B.sc.

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จ.พิษณุโลก

Office of Disease Prevention and Control 9 Phitsanulok

บทคัดย่อ

องค์การอนามัยโลกระบุว่า โรคอุจจาระที่เป็นสาเหตุการป่วยและการตายที่สำคัญของเด็กทั่วโลก เพราะละเลยการล้างมือที่ถูกรวิธี แม้จะมีสบู่วางอยู่ใกล้ก๊อกน้ำแต่เด็กนักเรียนก็ใช้สบู่ล้างมือน้อยมาก จึงได้พัฒนา นวัตกรรมการล้างมือ โดยประดิษฐ์อุปกรณ์ล้างมือที่เมื่อเด็กเปิดก๊อกน้ำ กลไกจะบีบสบู่เหลวไหลออกมาก่อน 3-4 หยด แล้วจึงหยุด จากนั้นน้ำจะไหลตามออกมา ด้วยวัตถุประสงค์เพื่อให้มือเด็กสะอาดทุกครั้งทีล้างมือ พื้นที่ดำเนินการ คือโรงเรียนใน 2 จังหวัดๆละ 3 อำเภอ ๆ ละ 2 โรงเรียน รวม 12 โรงเรียน วิธีการศึกษาคือการสำรวจพฤติกรรมการล้างมือทุกครั้งก่อนรับประทานอาหารและหลังเข้าห้องน้ำของเด็ก หลังจากนั้นจัดอบรม เด็กให้สามารถใช้อุปกรณ์ล้างมือพร้อมสบู่ได้อย่างถูกต้อง พร้อมกับติดตั้งอุปกรณ์จำนวน 143 อุปกรณ์ฯ ในนักเรียนใช้ติดต่อกัน 3 เดือน แล้วจึงทำการสุ่มประเมินจำนวน 495 ราย ผลพบว่าเด็กล้างมือทุกครั้ง ก่อนรับประทานอาหาร และหลังเข้าห้องน้ำร้อยละ 55.3 และ 64.1 ตามลำดับ แต่ล้างมือด้วยสบู่เพียงร้อยละ 46.4 และผู้ใช้อุปกรณ์มีความพึงพอใจต่ออุปกรณ์ล้างมือพร้อมสบู่และเห็นว่ามีประโยชน์ถึงร้อยละ 87.4 และร้อยละ 88.5 ตามลำดับ ในด้านข้อเสียเด็กคิดว่าอุปกรณ์ฯทำให้เปลืองน้ำและสิ้นเปลืองสบู่เหลว ร้อยละ 17.2 และ 22.1 ตามลำดับ และมีความต้องการใช้ต่อไป มีถึงร้อยละ 86.6 ซึ่งนวัตกรรมนี้ได้รับสิทธิบัตรจากกรมทรัพย์สินทางปัญญาแล้ว ข้อเสนอแนะควรมีการศึกษาพฤติกรรมการล้างมือด้วยอุปกรณ์ล้างมือพร้อมสบู่ว่ามีผลต่อการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมการล้างมืออย่างยั่งยืนในเด็กหรือไม่

Abstract

World Health Organization indicated that diarrhea was the important cause of illness and death in children because they neglected how to wash hands properly. Despite some soap was placed near the faucet but the children rarely used it to wash their hands. This situation led to the concept of making the new equipment which could pump few liquid soap out before the water flow when the students opened the faucet. This innovative research was conducted with an objective of inventing the hand washing equipment in order to help cleaning hand in every washing. Twelve schools were selected purposively in 2 provinces of public health region 17 (3 districts of each provinces). Methodology used was hand washing behavioral survey, followed by equipped the innovative hand washing sets and trained the students how to use them correctly Satisfactory survey was done afterward. The results of behavioral survey showed the student always washed their hands before meal and after toilet at 53.3 % and 64.1 % respectively. However, it was obvious that the students who cleaned their hands with soap were just only 46.4%. After 143 hand washing equipments with liquid soap had been set and the students had been trained, 495 students were selected randomly for question-

naires in 3 months later. It was found that 87.4% of students was satisfied for these equipments and 88.5% of them gave their opinions that this innovation was beneficial equipment. In drawbacks, some students thought they was more waste of water and soap (17.2% and 22.1% consequently) but most of them (86.6%) still wanted to use the equipments. This equipment was registered by the Department of Intellectual Property. However, hand washing behavior with this innovative equipment should be studied further to explore whether it could affect the change in hand washing behavior in children in long term basis manner.

<p>ประเด็นสำคัญ- อุปกรณ์ล้างมือพร้อมสบู่ นวัตกรรม</p>	<p>Keywords Hand washing equipment with liquid soap innovation</p>
--	---

บทนำ

ปัจจุบันโรคติดเชื้อในเด็กและเยาวชน เป็น ปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่แพทย์ทั่วโลกให้ความสำคัญ จากองค์การอนามัยโลกระบุว่าโรคติดเชื้อ เป็นสาเหตุ การตายที่สำคัญของเด็กทั่วโลกกว่า 3.5 ล้านคน ต่อปี อาทิ โรคปอดบวมและโรคท้องร่วง พบว่ามีมากถึง 1.5 ล้านคนที่ต้องเสียชีวิตจากโรคท้องร่วง อันเป็นผลมาจาก การขาดสุขอนามัยที่ดี และละเลยการล้างมืออย่าง ถูกต้องเป็นประจำ⁽⁵⁾ ซึ่งมีรายงานว่า การล้างมือด้วย สบู่ก่อนรับประทานอาหาร หรือหลังการใช้ห้องน้ำ จะ สามารถช่วยชีวิตผู้คนได้มากกว่าการฉีดวัคซีน หรือ การใช้ยารักษา รวมทั้งช่วยลดอัตราการตายจากโรค ท้องร่วงได้ร้อยละ 50 และโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบ ทางเดินหายใจร้อยละ 25 โดยจากผลการวิจัยพบว่า การล้างมือด้วยสบู่เป็นประจำ สามารถช่วยลดการสะสม ของเชื้อโรค และเชื้อแบคทีเรียบนฝ่ามือที่ก่อให้เกิดโรคต่างๆ ลงได้กว่าร้อยละ 50 โรคติดต่อไม่ว่าจะเป็น ที่เกิดจากการติดเชื้อทางเดินหายใจ เช่น ไข้หวัด วัณโรค ไข้หวัดใหญ่ โรคหัด ติดต่อน้ำกัดหลังที่มีเชื้อโรค ปนเปื้อน โรคติดต่อทางเดินอาหาร เช่น โรคอุจจาระร่วง อหิวาตกโรค อาหารเป็นพิษ โรคตับอักเสบชนิดเอ และ โรคพยาธิต่างๆ ติดต่อน้ำจากมือที่มือจากการ หยิบอาหารเข้าปาก หรือโรคติดต่อน้ำจากการสัมผัสโดยตรงจาก ฝั หนอง ระหว่างมือกับเชื้อโรค เช่นโรคตาแดง โรคเชื้อรา โรคมือเท้าปาก แผลอักเสบที่ผิวหนัง หิด เริ่ม รวมทั้งโรคติดต่อที่รุนแรง เช่นโรค SARS `โรคไข้หวัดนก โรคไข้หวัดใหญ่ 2009 ล้วนเกิดจากมือไปสัมผัสกับ

น้ำกัดหลังต่างๆ เช่น น้ำมูก น้ำลาย เสมหะ เลือดที่มี เชื้อโรคปนเปื้อน จะเห็นได้ว่ามือเป็นอวัยวะสำคัญ ที่เป็นจุดเริ่มของการแพร่ระบาดของโรคติดต่อ ทั้งระบบ หายใจ ระบบทางเดินอาหาร ระบบผิวหนัง ซึ่งหลายโรค เป็นโรคติดต่อร้ายแรงมีอัตราป่วยตายสูง และบางโรค ก็สามารถแพร่ระบาดได้อย่างรวดเร็ว จากการศึกษาใน ประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า การล้างมืออย่างถูกวิธี 15 วินาที สามารถลดเชื้อโรคลงได้ถึงร้อยละ 90⁽⁵⁾ กลุ่มเสี่ยง ที่มีโอกาสได้รับเชื้อโรคจากการติดจากมือมากที่สุด กลุ่มหนึ่งคือ กลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนที่รวมกันอยู่ตาม ศูนย์เด็กเล็ก ทั้งที่สังกัดเทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล เอกชน ฯลฯ และเด็กในโรงเรียนอนุบาลทั้งภาครัฐ และ เอกชนทั่วประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กวัยอายุ 3-6 ปี เป็นวัยที่ซุกซน ชอบเล่นสนุกสนาน รับประทานเก่ง และเป็นวัยที่อยากรู้อยากลอง พฤติกรรมเหล่านี้เป็น พฤติกรรมเสริมที่เป็นจุดเริ่มต้นของการระบาดของ โรคติดต่อในวงกว้าง ดังนั้นพฤติกรรมการล้างมือด้วยสบู่ จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง แต่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คนนั้นต้องใช้เวลาหลายปี ในภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลง ของโลก และโรคอย่างรวดเร็ว เด็กทุกคนจำเป็นต้องมี มือที่สะอาดตลอดเวลา จึงได้คิดค้นนวัตกรรมการล้างมือ พร้อมสบู่โดยศึกษานี้โดยมีวัตถุประสงค์

1. เพื่อสำรวจความพึงพอใจและประสิทธิผลของ อุปกรณ์ล้างมือพร้อมสบู่ให้สามารถใช้งานได้จริง
2. เพื่อให้มือสะอาดทุกครั้งที่ล้างมือและลด การแพร่ระบาดของโรคติดต่อทั่วไป

วัสดุและวิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัยเชิงประยุกต์ ในสาขาการประดิษฐ์คิดค้นนวัตกรรม โดยการประดิษฐ์ อุปกรณ์ล้างมือพร้อมสบู่ และทดลองใช้งานเป็นที่พอใจใน ประสิทธิภาพ จากนั้นได้คัดเลือกจังหวัดที่มีอัตราป่วย ด้วยโรคอุจจาระร่วงสูงที่สุดของเขตคือ จังหวัดพิษณุโลก และจังหวัดสุโขทัยในแต่ละจังหวัดเลือกศึกษา 3 อำเภอ ตามเงื่อนไขดังนี้คือ

- 1 อัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงสูงในจังหวัด
- 2 อำเภอที่มีความเสี่ยงต่อการระบาดของไข้

หวัดนก

3 อำเภอที่มีความเสี่ยงต่อการระบาดของโรค มือ เท้า ปาก ในแต่ละอำเภอเลือกศึกษา 2 โรงเรียนคือ โรงเรียนที่มีศูนย์เด็กเล็กสังกัดประถมศึกษาที่ตั้งอยู่ในเขตเทศบาล และโรงเรียนที่มีศูนย์เด็กเล็กสังกัด องค์การ บริหารส่วนตำบล รวมโรงเรียนที่ศึกษาทั้งหมด 12 แห่ง หลังดำเนินการ 3 เดือน ได้ประเมินประสิทธิภาพ ของอุปกรณ์ล้างมือพร้อมสบู่ รวมทั้งศึกษาความ พึงพอใจของผู้ใช้

ขั้นตอนการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 1 คิดค้นประดิษฐ์อุปกรณ์ล้างมือ พร้อมสบู่เหลว ที่สามารถติดตั้งกับก๊อกน้ำใช้ในโรงเรียน หรือศูนย์เด็กเล็ก ความพิเศษของอุปกรณ์ฯ คือ ทุกครั้งที่ เด็กเปิดก๊อกน้ำสบู่เหลวจะไหลออกมาก่อน 3-4 หยด หลังจากนั้น สบู่จะหยุดไหล และน้ำจะไหลตามมาด้วย วิธีนี้เด็กจะล้างมือพร้อมด้วยสบู่เหลวทุกครั้งที่เปิด ก๊อกน้ำ (ตามรูปที่ 1)

ขั้นตอนที่ 2 ประสานงานกับผู้รับผิดชอบงาน ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เทศบาล องค์การ บริหารส่วนตำบล และผู้ดูแลศูนย์เด็กเล็ก โดยเฉพาะ เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล ต้องมีความพร้อม ที่จะสนับสนุนสบู่เหลวได้อย่างต่อเนื่องเมื่อจบโครงการฯ

ขั้นตอนที่ 3 เก็บข้อมูลพฤติกรรม การรับประทานอาหารเช้า การใช้อ่อนกลาง และการล้างมือก่อน รับประทานอาหารเช้า หรือหลังจากออกจากห้องน้ำวิเคราะห์

ประมวลผล จากนั้นอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่ติดต่อ ให้กับครูพี่เลี้ยง ผู้บริหารศูนย์เด็กเล็กและเด็กนักเรียน โดยเน้นให้ตระหนักถึงการล้างมือให้สะอาดทุกครั้ง มีผล โดยตรงและโดยอ้อมต่อการช่วยลดปัญหาโรคติดต่อ ได้ทั้งต่อตนเองและผู้อื่น

ขั้นตอนที่ 4 ติดตั้งอุปกรณ์ล้างมือพร้อมสบู่เหลว ใน 12 โรงเรียน เมื่อติดตั้งอุปกรณ์ล้างมือ พร้อมสบู่ครบ 3 เดือนจึงประเมินประสิทธิภาพของอุปกรณ์ล้างมือ พร้อมสบู่เหลว และประเมินความพึงพอใจต่อการใช้อุปกรณ์ฯ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป นำเสนอ ผลโดยใช้จำนวน และร้อยละ

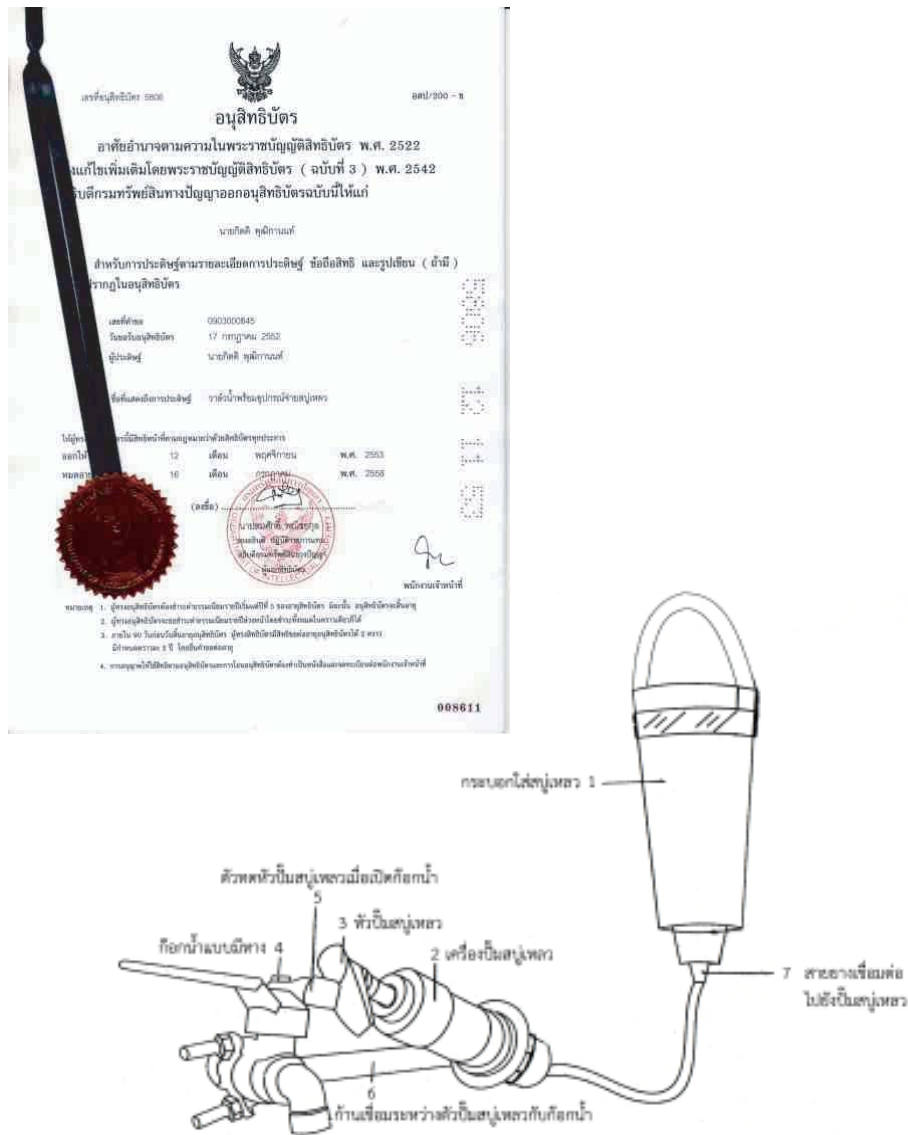
ผลการศึกษา

1. ได้ประดิษฐ์อุปกรณ์ล้างมือพร้อมสบู่ที่มี ประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นนวัตกรรมที่ทุกครั้งที่ใช้มือเปิด ก๊อกน้ำก๊อกน้ำที่ติดอยู่กับก้านก๊อก น้ำจะกดปั้มน้ำที่ต่อ สายยางเชื่อมกับกระบอกใส่สบู่เหลวทำให้สบู่ไหลออกมา ก่อน 3-4 หยด จากนั้นน้ำจะไหลตามออกมา ฉะนั้นมือเด็กจะสะอาดทุกครั้งที่ใช้ล้างมือตามรูปที่ 1 และได้รับอนุสิทธิบัตรเลขที่ 5806 จากกรมทรัพย์สิน ทางปัญญาเมื่อ 17 กรกฎาคม 2552

2. สสำรวจพฤติกรรม การล้างมือและการ รับประทานอาหารเช้าของเด็กนักเรียน และจัดอบรมเด็ก นักเรียนในเรื่องวิธีการใช้นวัตกรรมการล้างมือพร้อม สบู่เหลวในการล้างมือที่ถูกรู้ และรู้เรื่องโรคติดต่อที่ มาจากการไม่ล้างมือ ผลการดำเนินการอบรมนักเรียน เป้าหมาย 12 โรงเรียน จำนวนเด็กที่เข้ารับการอบรม ทั้งสิ้น 3,400 คน

ข้อมูลทั่วไป พบว่าประชากรที่ศึกษา มีจำนวน เพศชาย 222 คนและเพศหญิง 227 คน คือ อัตราส่วน เพศชาย : เพศหญิง = 1:1.22 มีอายุต่ำกว่า 16 ปี คิดเป็น ร้อยละ 87.7 มีสถานภาพโสด ร้อยละ 95.6 ส่วนใหญ่ ศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 64.2 รองลงมาคือ ชั้นมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 31.1

รูปที่ 1 อนุสิทธิบัตรเลขที่ 5806 จากกรมทรัพย์สินทางปัญญา และรายละเอียดอุปกรณ์ล้างมือพร้อมสบู่



จากตารางที่ 1 พบว่าบุคลากรในโรงเรียน และเด็กนักเรียนในพื้นที่เป้าหมาย มีพฤติกรรมการรักษา สุขอนามัยส่วนบุคคลในด้านการล้างมือก่อนรับประทานอาหารทุกครั้งเพียงร้อยละ 53.3 รองลงมา คือ ล้างมือ ในบางครั้งก่อนรับประทานอาหาร ร้อยละ 45.5 ในด้าน พฤติกรรมการล้างมือหลังเข้าห้องน้ำ พบว่ามีการล้างมือ หลังเข้าห้องน้ำทุกครั้งร้อยละ 64.1 รองลงมาคือ ล้างมือ บางครั้งหลังเข้าห้องน้ำ ร้อยละ 33.3 ด้านพฤติกรรม

การล้างมือด้วยสบู่มีเพียงร้อยละ 46.4 ที่ใช้สบู่ล้างมือ ทุกครั้ง ส่วนใหญ่ใช้สบู่ล้างมือบางครั้ง ร้อยละ 50.6 ด้าน พฤติกรรมการใช้อ่อนกลางในการตักอาหารพบว่าร้อยละ 53.4 ใช้ช้อนกลางในการตักอาหารทุกครั้ง และร้อยละ 41.7 ใช้เป็นบางครั้ง ด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหาร พบว่าส่วนใหญ่ไม่เคยรับประทานอาหารดิบ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ ถึงร้อยละ 43.2 รองลงมาคือ เคยรับประทานเป็น บางครั้ง ร้อยละ 37.9

ตารางที่ 1 พฤติกรรมการรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคลของนักเรียนและบุคลากรในโรงเรียนพื้นที่จังหวัดสุโขทัยและพิษณุโลก พ.ศ.2553

ปัจจัยด้านสุขอนามัย	จำนวน	ร้อยละ
การล้างมือก่อนรับประทานอาหาร		
ล้างมือทุกครั้ง	262	53.3
ล้างมือเป็นบางครั้ง	224	45.5
ไม่เคยล้างมือ	6	1.2
การล้างมือหลังเข้าห้องน้ำ		
ล้างมือทุกครั้ง	314	64.1
ล้างมือเป็นบางครั้ง	163	33.3
ไม่เคยล้างมือ	13	2.6
การล้างมือโดยใช้สบู่		
ล้างมือทุกครั้ง	228	46.4
ล้างมือเป็นบางครั้ง	248	50.6
ไม่เคยล้างมือ	15	3.0
การใช้ช้อนกลางในการตักอาหาร		
ทุกครั้ง	262	53.4
เป็นบางครั้ง	205	41.7
ไม่เคยใช้ช้อนกลาง	24	4.9
การรับประทานอาหารดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ		
รับประทานบ่อย	32	6.6
รับประทานบางครั้ง	185	37.9
ไม่เครับประทาน	211	43.2
เคยรับประทานแต่ปัจจุบันไม่รับประทานแล้ว	60	12.3

รูปที่ 2



รูปที่ 3



3. ดำเนินการติดตั้งอุปกรณ์การล้างมือพร้อมสบู่เหลวจำนวนทั้งสิ้น 143 จุด และสนับสนุนสบู่เหลวทั้งสิ้น 155 แกลลอน และได้ปรับปรุงและพัฒนาารูปแบบของอุปกรณ์การล้างมือพร้อมสบู่เหลวจากต้นแบบ ดังรูปที่ 2 ซึ่งเป็นแบบติดข้างก๊อกน้ำ ทำให้อุปกรณ์ปั๊มสบู่ได้เพียงครั้งเดียวและยากต่อการเติมสบู่ในครั้งต่อไป จึงได้ปรับปรุงรูปแบบเป็นแบบที่ 2 ดังรูปที่ 3 คือ แยกกระบอกใส่สบู่เหลวไปแขวนไว้และต่อท่อส่งสบู่เหลวมาที่ก๊อกน้ำ

ทำให้อุปกรณ์สามารถปั๊มสบู่เหลวได้หมด และสามารถเติมสบู่เหลวจากด้านบนของกระบอกใส่สบู่เหลวที่ปิดเปิดด้วยฝาเกลียว

4. ดำเนินการศึกษาความพึงพอใจของนักเรียนและครูในโรงเรียนกลุ่มเป้าหมาย หลังจากการติดตั้งอุปกรณ์ 3 เดือน จำนวน 12 โรงเรียน มีผู้ตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น 495 ราย โดยมีรายละเอียดของการศึกษาดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจในการใช้อุปกรณ์การล้างมือพร้อมสบู่เหลวของนักเรียนศูนย์เด็กเล็กจังหวัดสุโขทัย และพิษณุโลก พ.ศ. 2553

ปัจจัยด้านสุขอนามัย	จำนวน	ร้อยละ
ความพึงพอใจในการใช้อุปกรณ์ฯ		
ระดับมาก	432	87.4
ระดับปานกลาง	50	10.1
ระดับน้อย	9	1.8
ระดับไม่พึงพอใจ	3	0.6
ประโยชน์ที่ได้รับจากการใช้อุปกรณ์ฯ		
ระดับมาก	437	88.5
ระดับปานกลาง	43	8.7
ระดับน้อย	12	2.4
ระดับไม่มีประโยชน์	2	0.4
ข้อเสียของอุปกรณ์ฯ		
เปลืองน้ำ	85	17.2
เปลืองสบู่เหลว	109	22.1
ทำให้ท่อน้ำอุดตัน	8	1.6
ไม่มีข้อเสีย	341	69.2
ท่านจะนำอุปกรณ์ฯไปติดตั้งที่บ้านหรือไม่		
นำไปติดตั้ง	258	52.5
ไม่แน่ใจ	203	41.3
ไม่นำไปติดตั้ง	30	6.1
อุปกรณ์ฯ ควรมีการพัฒนาและปรับปรุง		
ควรปรับปรุง	169	34.3
ไม่แน่ใจ	181	36.8
ไม่ควรปรับปรุง	142	28.9
ส่วนใดของอุปกรณ์ฯ ที่ควรปรับปรุง		
ถังใส่สบู่เหลว	99	32.4
หัวปั๊มสบู่เหลว	125	40.8
สายยางส่งสบู่เหลว	41	13.4
ที่เขวนถังใส่สบู่เหลว	110	35.9
จะใช้อุปกรณ์ฯ ต่อไปหรือไม่		
ใช้ต่อไป	427	86.6
ใช้เป็นบางครั้ง	48	9.7
ไม่แน่ใจ	15	3.0
ไม่ใช่	3	0.6
อุปกรณ์ฯ ที่ติดตั้งมีความคงทนหรือไม่		
มีความคงทน	224	46.1
มีความคงทนบางส่วน	230	47.3
ไม่มีความคงทน	32	6.6
อุปกรณ์ฯ สามารถใช้งานได้สะดวกหรือไม่		
ระดับมาก	305	62.1
ระดับปานกลาง	159	32.4
ระดับน้อย	18	3.7
ระดับไม่มีความสะดวก	9	1.8

จากผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้ อุปกรณ์การล้างมือพร้อมสบู่เหลว หลังจากมีการใช้แล้ว 3 เดือน พบว่า ผู้ใช้มีความพึงพอใจต่ออุปกรณ์ มากถึงร้อยละ 87.4 และผู้ใช้อุปกรณ์ฯ ยังมีความ เห็นว่าอุปกรณ์การล้างมือพร้อมสบู่เหลวมีประโยชน์มาก ถึงร้อยละ 88.5 ในด้านข้อเสียของอุปกรณ์การล้างมือ พร้อมสบู่เหลว ผู้ใช้ส่วนใหญ่คิดว่าไม่มีข้อเสีย ร้อยละ 69.2 และมีผู้ใช้ที่คิดว่าอุปกรณ์มีข้อเสียบ้าง ในส่วน ของการสิ้นเปลืองสบู่เหลว ร้อยละ 22.1 และด้านการ เปลืองน้ำ ร้อยละ 17.2 มีผู้ใช้อุปกรณ์ล้างมือพร้อม สบู่เหลว ต้องการนำไปติดตั้งที่บ้าน ร้อยละ 52.5 และมี ร้อยละ 34.3 คิดว่าควรมีการพัฒนาปรับปรุงอุปกรณ์ ต่อ และส่วนที่ควรมีการพัฒนาปรับปรุงมากที่สุด คือ ส่วนของหัวปั๊มสบู่เหลว ร้อยละ 40.8 รองลงมาคือ ส่วนของที่แขวนกระบอกใส่สบู่เหลว ร้อยละ 35.9 และ ส่วนของกระบอกใส่สบู่เหลว ร้อยละ 32.4 ในการใช้ อุปกรณ์ล้างมือพร้อมสบู่เหลวต่อไปพบว่า มีถึงร้อยละ 86.6 จะใช้อุปกรณ์ฯ ต่อไป ในด้านความคงทนของอุปกรณ์ ล้างมือพร้อมสบู่เหลว ผู้ใช้คิดว่ามีความคงทน ร้อยละ 46.1 และมีความคงทนบางส่วน ร้อยละ 47.3 ไม่มี ความคงทนเลย ร้อยละ 6.6 ในด้านความสะดวกในการใช้ อุปกรณ์ ล้างมือพร้อมสบู่เหลว พบว่า ร้อยละ 62.1 คิดว่ามีความ สะดวกมาก และร้อยละ 32.4 มีความสะดวกบ้าง

วิจารณ์

จากการประเมินพฤติกรรม การดูแลสุขอนามัย ส่วนบุคคลของเด็กนักเรียน และบุคลากรในโรงเรียน พบว่า มีการล้างมือก่อนรับประทานอาหารทุกครั้งเพียง ร้อยละ 53.3 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษานักเรียนในต่าง จังหวัดที่พบว่านักเรียนล้างมือก่อนรับประทานอาหาร ร้อยละ 57.3 ในด้านพฤติกรรม การล้างมือหลังเข้า ห้องน้ำ พบว่าพฤติกรรม การล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้ง มี เพียง ร้อยละ 46.4 ซึ่งใกล้เคียงกับการสำรวจพฤติกรรม นักเรียนในกรุงเทพฯ ล้างมือหลังเข้าห้องน้ำร้อยละ 46.6 สำหรับนักเรียนในต่างจังหวัดล้างมือหลังเข้าห้องน้ำร้อยละ 43.53 แสดงให้เห็นว่าประมาณครึ่งหนึ่งของนักเรียน

ล้างมือด้วยสบู่ ทั้งก่อนรับประทานอาหารและหลังเข้า ห้องน้ำ ซึ่งสอดคล้องกับกลุ่มที่ใช้ช้อนกลางทุกครั้ง ในการรับประทานอาหารร้อยละ 53.4 เมื่อนำพฤติกรรม การ รับประทานอาหารดิบหรือสุกๆ ดิบๆ เป็นบางครั้งของ นักเรียนที่มีร้อยละ 37.9 มารวมพิจารณาแสดงให้เห็นว่า เด็กนักเรียนตั้งแต่ระดับอนุบาล จนถึงวัยรุ่นมีความ เสี่ยงสูงต่อการที่จะได้รับเชื้อโรคติดต่อทางเดินหายใจ ทางเดินอาหารและทางการสัมผัสและแพร่กระจาย โรคติดต่อได้อย่างกว้างขวาง ด้วยการมีพฤติกรรมที่ไม่ เหมาะสม สุขวิทยาส่วนบุคคลไม่ดีดังกล่าว การล้างมือ ด้วยสบู่เป็นวิธีการสำคัญที่ช่วยลดโอกาสเสี่ยงในการเป็น โรคติดต่อเชื้อต่างๆ จึงต้องให้ความสำคัญ และใส่ใจการ ล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้ง⁽⁵⁾ จะเห็นได้ว่าการล้างมือก่อน รับประทานอาหารและหลังเข้าห้องน้ำช่วยลดอัตราตาย จากโรคอุจจาระร่วงได้ร้อยละ 50 ลดโรคระบบทางเดิน หายใจได้ร้อยละ 25 ลดการสะสมของเชื้อโรคต่างๆ ที่สะสมบนฝ่ามือได้มากกว่าร้อยละ 50.5 การประดิษฐ์ อุปกรณ์ล้างมือพร้อมสบู่เป็นการช่วยให้นักเรียนอีก ประมาณร้อยละ 50 ที่ไม่ล้างมือด้วยสบู่ ได้ล้างมือด้วย สบู่ทุกครั้งทันทีที่เปิดก๊อกน้ำ เป็นการแก้ปัญหาได้ทันที โดยไม่ต้องรอการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมซึ่งต้องใช้เวลา ยาวนานหลายปี จากการศึกษาความพึงพอใจต่อการ ใช้อุปกรณ์ล้างมือพร้อมสบู่พบว่าผู้ใช้ส่วนใหญ่มีความ พึงพอใจมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 87.4 และคิดว่าอุปกรณ์การ ล้างมือพร้อมสบู่เหลวมีประโยชน์มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 88.5 โดยส่วนใหญ่จะใช้อุปกรณ์ต่อไป อย่างไรก็ตาม อุปกรณ์ล้างมือพร้อมสบู่ยังมีข้อบกพร่องอยู่บ้างซึ่ง เป็นเรื่องธรรมดาของสิ่งประดิษฐ์ หรือนวัตกรรมที่ต้อง มีการทดลองแล้วปรับปรุง ปรับปรุงแล้วพัฒนา (R&D) จนกว่าจะได้สิ่งประดิษฐ์หรือนวัตกรรมที่มีประสิทธิภาพดี พอที่จะนำมาใช้งานได้อย่างดี

ข้อเสนอแนะ

1. นวัตกรรมอุปกรณ์ล้างมือพร้อมสบู่เหลว จะมีประโยชน์ในภาวะเกิดการระบาดของโรคเพราะ จะช่วยตัดการถ่ายทอดโรคได้ทันที แต่ในระยะยาว ต้องให้นักเรียนล้างมือด้วยสบู่โดยตัวของเขาเองจึงจะ

เป็นพฤติกรรมที่ถูกต้องและยั่งยืน

2. อุปกรณ์ล้างมือพร้อมสบู่มีความเหมาะสมใช้กับเด็กในศูนย์เด็กเล็กหรือในโรงเรียนอนุบาลที่ยังแยกแยะไม่ได้ว่าการล้างมือมีประโยชน์อย่างไร จึงควรติดตั้งที่อ่างล้างมือของโรงเรียนอนุบาลหรือศูนย์เด็กเล็ก

3. การรักษาความสะอาดของมือโดยการล้างมือสบู่เสมอ เป็นเพียงหนึ่งมาตรการ ควรต้องมีมาตรการรักษาความสะอาดส่วนอื่นๆของร่างกายด้วย รวมถึงการออกกำลังกายที่ปลอดภัยเหมาะสมกับวัย จะช่วยให้เด็กมีร่างกายที่แข็งแรงจะมีความต้านทานต่อโรคติดต่อได้อย่างดี

4. ควรมีการศึกษาพฤติกรรมล้างมือด้วยอุปกรณ์ล้างมือ พร้อมสบู่เหลวว่ามีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมล้างมืออย่างยั่งยืนในเด็กหรือไม่

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอธิบดีกรมควบคุมโรค ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 พิษณุโลก และผู้มีพระคุณทุกท่านที่เป็นกำลังใจ ให้การประดิษฐ์อุปกรณ์ล้างมือพร้อมสบู่สำเร็จและได้รับอนุสิทธิบัตร สิ่งประดิษฐ์จากกรมทรัพย์สินทางปัญญา

เอกสารอ้างอิง

1. กรุงเทพมหานคร สรุปลผลการประชุมประจำปี สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ, นวัตกรรมกุญแจสู่ความสำเร็จของประเทศไทยในศตวรรษที่ 21 พ.ศ.2541.
2. บงกช เชี่ยวชาญยนต์ ปรีชา หนูพอง สุนีย์ เหมพัฒน์ รูปแบบการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ในศูนย์เด็กเล็กอำเภอเมืองในจังหวัดพัทลุงและจังหวัดตรัง. วารสารควบคุมโรค; 36: 129-135.
3. บุญชัย ภูมิบ่อพลับ บงกช เชี่ยวชาญยนต์. รูปแบบการลดโรคติดต่อเฉียบพลันระบบหายใจในศูนย์เด็กเล็ก จังหวัดสงขลา. วารสารควบคุมโรค. 2551; 34: 48-50
4. มณฑลลี ศาสนนันท์ การออกแบบผลิตภัณฑ์เพื่อการสร้างสรรค์นวัตกรรมและวิศวกรรมย้อนรอย. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2550.
5. อุษา ทิทัศยากร. วันล้างมือโลก2010 ให้เด็กไทยมือสะอาด. สมาคมโรคติดต่อในเด็กแห่งประเทศไทย. 2553

ระบาดวิทยาของโรคชิคุนกุนยาในภาคใต้ตอนล่าง ปี 2553

Epidemic of Chikungunya in Southernmost of Thailand in 2010

ปฐมพร พริกชู วทม.(สาธารณสุขศาสตร์)

Pathomporn Prikchoo M.Sc. (Public Health)

สุวิษ ธรรมปาโล พบ.,ปรด.(ระบาดวิทยา)

Suwich Thammapalo MD. Ph.D. (Epidemiology)

วิรัช วงศ์ทรัพย์รัชต์ วทม.(กีฏวิทยา)

Wirat Wonghiranrat M.Sc. (Entomology)

เรวดี แก้วขาว วทม.(พฤกษศาสตร์)

Rawadee Kaewkaw M.Sc. (Botany)

ปัจฉิมา บัวยอม วทม.(สุขศึกษา)

Patchaima Buayom M.Sc. (Health Education)

แจ่มจันทร์ กิมาคม กทม.(การวิจัยและประเมิน)

Chamchan Kimakom M.Ed. (Research and Evaluation)

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา

Office of Diseases Prevention and Control 12 Songkhla

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะทางระบาดวิทยาของโรคชิคุนกุนยา และพฤติกรรมการป้องกันโรคของประชาชนรวมทั้งชีวนิสัยของยุงลายสวน โดยเลือกจังหวัดพัทลุงเนื่องจากมีอัตราการป่วยมากที่สุด ดำเนินการเก็บข้อมูลจากรายงาน รง.506 ปี 2552-2553 ใช้แบบสอบถามสัมภาษณ์ประชาชนเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรค และศึกษาทางกีฏวิทยา ผลการศึกษาพบว่า จังหวัดพัทลุงเริ่มมีรายงานผู้ป่วยด้วยโรคชิคุนกุนยาครั้งแรก ในเดือนกุมภาพันธ์ 2552 หลังจากนั้นจำนวนผู้ป่วยได้เพิ่มขึ้น โดยในเดือนพฤษภาคม 2552 พบผู้ป่วย 1,161 ราย (อัตราป่วย 231.03 ต่อแสนประชากร) และสูงสุดในเดือนมิถุนายน 2552 พบผู้ป่วย 1,323 ราย (อัตราป่วย 261.91 ต่อแสนประชากร) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 50.95 มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองในขณะออกไปกรีดยางเป็นประจำเพียงร้อยละ 68.95 สำหรับการป้องกันตนเองในขณะที่พักผ่อนในบริเวณบ้าน เพียงร้อยละ 54.52 การศึกษากีฏวิทยาพบว่า ยุงลายสวนในพื้นที่แพร่เชื้อของจังหวัดพัทลุงมีความหนาแน่นสูงตลอดปี โดยมีอัตราการเข้ากัดในสวนมากที่สุด เฉลี่ย 2.93 ตัวต่อคนต่อชั่วโมง ซึ่งเวลาหากินสอดคล้องกับกิจกรรมของการทำสวนยางพาราของประชาชน สรุปได้ว่า สภาพแวดล้อม ความหนาแน่นและชีวนิสัยของยุงลาย รวมทั้งพฤติกรรมเสี่ยงต่อการถูกยุงกัดของประชาชน เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อโรคชิคุนกุนยา ดังนั้นพื้นที่เหล่านี้ควรต้องเฝ้าระวัง โดยเฉพาะทางกีฏวิทยา เนื่องจากมีความพร้อมที่จะแพร่โรคติดต่อมาโดยแมลงอูบัตินี่ใหม่ต่างๆได้ในอนาคต

Abstract

This study was a retrospective descriptive study aimed to study the epidemiology of chikungunya, disease prevention behavior, biology of *Aedes albopictus*, and environmental factors related to its feeding behavior. Three data sets such as, infectious epidemiological surveillance data, behavioral survey data, and mosquito biting and landing survey between 2009 and 2010 were collected. Results showed that first chikungunya case was reported in February 2009. Cases were increased in May 2009 and the highest cases in June 2009 that were 1,161 and 1,323 cases (morbidity rate 231.03 and 261.91 pop/100,000), respectively. Almost (63.00%) were female and (50.95 %) were agricultural career. Skin lotion or wearing shirt were used (68.95%) to prevent mosquito during rubber tapping and 54.52% used lotion and fan

while resting in house. *Aedes albopictus* was found all year. Biting rate in-house, outside-house, and in garden were 0.47, 0.95 and 2.93 per man per hour, respectively. In lower south of Thailand, population was high susceptibility of chikungunya or emerging vector born diseases due to no firm prevention in place so that epidemic may occur if infected patients migrate.

ประเด็นสำคัญ-

ชิคุงุนยา ระบาดวิทยา
ภาคใต้ตอนล่าง

Keywords

Chikungunya Epidemiology
Southernmost Thailand

บทนำ

โรคชิคุงุนยา มีสาเหตุจากเชื้อไวรัสชิคุงุนยา (*Chikungunya virus*) มีรายงานการระบาดครั้งแรกในประเทศแทนซาเนีย เมื่อ พ.ศ. 2496 มียุงลายบ้าน (*Aedes aegypti*) และ ยุงลายสวน (*Aedes albopictus*) เป็นพาหะนำโรค⁽¹⁾ จากการระบาดของโรคที่ผ่านมามีเคยพบการระบาดครั้งใหญ่ เช่น ปี พ.ศ.2548-2549 ในเกาะ La Reunion พบผู้ป่วยมากถึง 266,000 ราย หรือ 1 ใน 3 ของประชาชนทั้งหมด⁽²⁾ และมียุงลายสวน (*Aedes albopictus*) เป็นยุงพาหะหลักในการแพร่กระจายของโรค⁽³⁾ และในปีพ.ศ.2549 เกิดการระบาดขึ้นใน 8 รัฐของประเทศอินเดีย พบผู้ป่วยมากกว่า 1.25 ล้านราย⁽⁴⁾ ซึ่งมียุงลายบ้าน (*Aedes aegypti*) เป็นพาหะหลัก⁽⁵⁾ นอกจากนี้ยังมีการระบาดแบบ Sporadic ในหลายพื้นที่ทั่วโลกสำหรับในประเทศไทย นับเป็นประเทศแรกของทวีปเอเชีย ที่มีรายงานโรคชิคุงุนยา โดย Prof. W McD Hammon ในปี พ.ศ. 2501 จากผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลเด็ก และมีการระบาดในกรุงเทพมหานคร⁽⁶⁾ จากนั้นในช่วงปี 2501-2550 พบการระบาดของโรคเป็นครั้งคราวในหลายพื้นที่ และในปี 2551 ได้เกิดการระบาดขึ้นในพื้นที่ ตำบลละหาร อำเภอยี่งอ จังหวัดนราธิวาส⁽⁷⁾ จากนั้นก็เกิดการแพร่กระจายของโรคไปทั่วประเทศที่ภาคใต้ตอนล่าง จากการศึกษาช่วงระยะการระบาดของโรคชิคุงุนยาในภาคใต้ตอนล่างปี พ.ศ.2552⁽⁸⁾ พบทั้งยุงลายบ้าน และยุงลายสวน เป็นพาหะหลักในการแพร่กระจายของโรค แต่ยุงลายสวนมีอัตราการติดเชื้อสูงกว่ายุงลายบ้าน⁽⁹⁾ สำหรับปัจจัยอื่นที่มีความสัมพันธ์กับการระบาดของโรค คือ การเคลื่อนย้ายของประชากร

อาชีพ และปริมาณน้ำฝน เช่น การป่วยหลังจากไปเยี่ยมญาติที่ป่วยด้วยโรคนี้ ผู้ป่วยรายใหม่หลังจากมีทหารประจำการที่จังหวัดชายแดนภาคใต้กลับบ้าน อาชีพของผู้ป่วยที่พบมากที่สุดคือ ทำสวนยางพาราและสวนผลไม้ และปริมาณน้ำฝนมีความสัมพันธ์โดยตรงกับจำนวนผู้ป่วยในจังหวัดนราธิวาส ปัตตานี และสงขลาในช่วงที่มีการระบาดสูง เป็นต้น อย่างไรก็ตามปัจจัยการระบาดของโรคในแต่ละพื้นที่ แตกต่างกันไปตามบริบทของภูมิประเทศและสภาพสิ่งแวดล้อม ในจังหวัดพัทลุงเป็นจังหวัดที่มีอัตราป่วยด้วยโรคชิคุงุนยามากที่สุด และการแพร่กระจายไปยังอำเภอและจังหวัดใกล้เคียงค่อนข้างเร็วมากเมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการระบาดของจังหวัดนราธิวาส ปัตตานีและสงขลา ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษาเรื่องระบาดวิทยาของโรคชิคุงุนยาในภาคใต้ตอนล่าง ปี 2553 ขึ้น โดยเลือกจังหวัดพัทลุง เนื่องจากมีอัตราป่วยโรคนี้สูงสุดโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการกระจายของโรคชิคุงุนยาตามบุคคล เวลา สถานที่ และพฤติกรรมป้องกันโรคชิคุงุนยาของประชาชนชนิดและชนิดนิสัยของยุงลายสวน ในพื้นที่จังหวัดพัทลุง

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา (Descriptive study)

กลุ่มตัวอย่างและวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ชั้นที่ 1 เลือกจังหวัดแบบเจาะจงที่มีอัตราป่วยโรคชิคุงุนยาสูงสุดในภาคใต้ตอนล่าง จากรายงาน 506 ในปี พ.ศ.2552-2553 ซึ่งได้แก่ จังหวัดพัทลุง

ชั้นที่ 2 เลือกตำบลแบบเจาะจง คัดเลือกตำบลที่มีอัตราป่วยโรคชุนกุนยาสูงสุดในปี พ.ศ.2552-2553 ซึ่งได้แก่ ตำบลทุ่งนารี อำเภอป่าบอน

ชั้นที่ 3 เลือกหมู่บ้านจากตำบลเป้าหมาย แบบเจาะจง 1 หมู่บ้าน ที่มีจำนวนผู้ป่วยสูงสุดในปี พ.ศ. 2552 - 2553 เลือกทุกหลังคาเรือน ๆ ละ 1 คนที่มีอายุระหว่าง 19 - 60 ปี เป็นตัวแทนสัมภาษณ์ โดยเลือกผู้ที่มีประวัติการป่วยโรคชุนกุนยา หรือไข้ปวดข้อ และออกผื่นเป็นลำดับแรก กรณีบุคคลดังกล่าวไม่อยู่ในวันสัมภาษณ์ เลือกผู้นำครอบครัว หรือตัวแทนครอบครัวตามลำดับ กรณีกลุ่มตัวอย่างในหมู่บ้านแรกไม่เพียงพอเลือกหมู่บ้านที่มีอัตราป่วยสูงสุดรองลงมาเพิ่มเติม รวมจำนวนทั้งสิ้น 400 หลังคาเรือน กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้จากการคำนวณดังนี้ $n = N/1+Ne^2$ $n =$ จำนวนตัวอย่างที่ต้องการ $N =$ จำนวนประชากร $e =$ ค่าความคลาดเคลื่อนของการสุ่ม ในโครงการนี้กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนเท่ากับ .05 (ความเชื่อมั่น 95%)

คำนวณ $N = 505,129$ คน $n = 505,129 / 1 + (505,129 (.05)^2) = 400$ คน

การคัดเลือกพื้นที่ศึกษาประชากรชุนกุนยา

- พื้นที่ตัวอย่างศึกษา เลือกแบบเจาะจงหมู่บ้านในจังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุดระหว่างปี พ.ศ. 2552 - 2553 ได้แก่ จังหวัดพัทลุง จังหวัดละ 1 หมู่บ้าน ประกอบด้วยการศึกษาชุนกุนยาในบ้าน 4 หลังคาเรือน และนอกบ้าน 4 หลังคาเรือน และในบริเวณพื้นที่สวนยางพารา 4 สวน โดยเลือกลักษณะบ้านอย่างเจาะจงเป็นบ้านที่เคยพบผู้ป่วยและอยู่ใกล้กับพื้นที่ทำสวน และคาดว่าจะพบชุนกุนยา

การเก็บข้อมูล โดยเก็บข้อมูลดังนี้

- ข้อมูลด้านระบาดวิทยา เป็นการศึกษาย้อนหลัง แบบพรรณนา (Retrospective descriptive study) โดยใช้ข้อมูลจากระบบรายงาน รง.506 ระหว่างปี 2552-2553 เพื่อศึกษาข้อมูลด้านบุคคล เวลา และสถานที่ของกลุ่มผู้ป่วยโรคชุนกุนยา

- ข้อมูลด้านพฤติกรรมของประชาชนทั่วไปในชุมชน เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-

Sectional study) เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคโดยใช้แบบสอบถามในการสัมภาษณ์

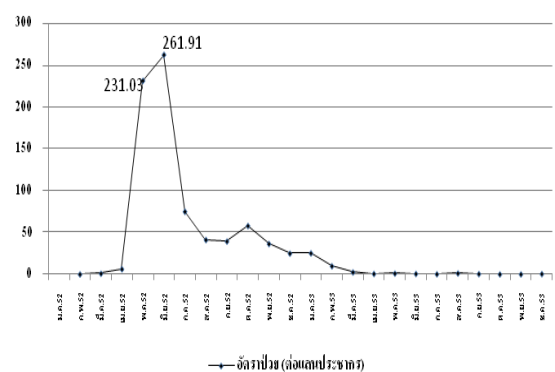
- ข้อมูลเกี่ยวกับความหนาแน่น ชนิด และชีวนิสัยของชุนกุนยาและชุนกุนยาสวนตัวเต็มวัย ดำเนินการโดยการศึกษาที่ภูิทยาแบบวัดซ้ำ (Repeated measure design)

การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติที่ใช้คือ ความถี่ ร้อยละ Student's t-test Pearson Correlation และ ANOVA

ผลการศึกษา

สถานการณ์และระบาดวิทยาของโรคชุนกุนยา จังหวัดพัทลุง

จังหวัดพัทลุง เริ่มมีรายงานผู้ป่วยด้วยโรคชุนกุนยาครั้งแรก ในเดือนกุมภาพันธ์ 2552 หลังจากนั้นจำนวนผู้ป่วยได้เพิ่มจำนวนขึ้น โดยในเดือน พฤษภาคม 2552 พบผู้ป่วย 1,161 ราย (อัตราป่วย 231.03 ต่อแสนประชากร) และสูงสุดในเดือนมิถุนายน 2552 พบผู้ป่วย 1,323 ราย (อัตราป่วย 261.91 ต่อแสนประชากร) จากนั้นจำนวนผู้ป่วยลดลงตามลำดับ สำหรับในปี 2553 ตั้งแต่เดือนมกราคม เป็นต้นมา พบผู้ป่วยเฉลี่ยเดือนละ 4-5 ราย รายละเอียดดังแสดงในภาพที่ 1 ภาพที่ 1 แสดงอัตราป่วยโรคชุนกุนยาจังหวัดพัทลุง ปี 2552-2553



ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63 มีอาชีพเกษตรกรรม สวนยางพารา ร้อยละ 50.90 รองลงมาคือ นักเรียน และรับจ้าง ร้อยละ 13.28 และ 11.05 ตามลำดับ เมื่อจำแนกเป็นเพศหญิงและเพศชาย

ในผู้ป่วยกลุ่มเพศหญิงมีอายุเฉลี่ย 36.26 ปี SD = 18.11 ปี ส่วนใหญ่พบในกลุ่มอายุ 35-39 ปี ร้อยละ 6.76 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 40-44 ปี ร้อยละ 6.42 สำหรับในผู้ป่วยกลุ่มเพศชาย พบว่ามี อายุเฉลี่ย 31.45 ปี SD = 18.06 ปี กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ กลุ่ม 10-14 ปี ร้อยละ 4.40 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 15-19 ปี ร้อยละ 3.77

ในส่วนขอระยะเวลาที่มีอาการ ก่อนมารับการรักษา พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีอาการไข้ ปวดข้อ ก่อนมาโรงพยาบาลเพียง 1 วัน ร้อยละ 53.70 รองลงมา คือมีอาการประมาณ 2-3 วัน ร้อยละ 24.28 โดยมีระยะเวลาเฉลี่ย 1.34 วัน SD = 2.41 วัน

พฤติกรรมของประชาชนในพื้นที่ระบาด

ใช้วิธีการสำรวจโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ผู้ที่เคยป่วยหรือมีบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคชิกุนกูญา จำนวน 409 ราย ถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคชิกุนกูญา ตารางที่ 1 พฤติกรรมการป้องกันตนเองของประชาชนในพื้นที่ระบาด ของโรคชิกุนกูญา

และพฤติกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อมพบว่า ประชาชนที่มีอาชีพเกษตรกรรม (สวนยางพารา) มีพฤติกรรมการใช้ยาทากันยุง หรือสวมเสื้อผ้าปกคลุมร่างกาย ขณะที่กรีดยาง เก็บยาง เป็นประจำเพียงร้อยละ 68.95 มีพฤติกรรมการใช้ยาทา หรือยาจุดกันยุง หรือเปิดพัดลมหรือฉีดพ่นสารเคมีกระพือ ในขณะอยู่ในบ้านเป็นประจำเพียง ร้อยละ 56.48 สำหรับการป้องกันตนเองในขณะที่พักผ่อนในบริเวณบ้าน มีพฤติกรรมการป้องกันตนเอง เช่น ทายากันยุง หรือจุดยากันยุง หรือเปิดพัดลมเมื่ออยู่นอกบ้าน เพียงร้อยละ 54.52 ในส่วนของพฤติกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อม พบว่า มีการกำจัดขยะหรือเศษภาชนะที่เหลือใช้ในบริเวณบ้านเป็นประจำเพียง 68.70 มีการจัดการภาชนะ หรือ ตอไม้ โพรงไม้ ในบริเวณสวนเป็นประจำเพียงร้อยละ 60.15 ดังแสดงในตารางที่ 1

พฤติกรรมการป้องกันตนเอง	ระดับพฤติกรรม (ร้อยละ)		
	ประจำ	บางครั้ง	ไม่เคย
ใช้ยาทากันยุง หรือสวมเสื้อผ้าปกคลุมร่างกาย ขณะที่กรีดยาง เก็บยาง	68.95	24.69	6.36
ทายากันยุง หรือ จุดยากันยุง หรือ เปิดพัดลม หรือ ฉีดพ่นสารเคมีกระพือ เมื่ออยู่ในบ้าน	56.48	31.05	12.47
ทายากันยุง หรือจุดยากันยุง หรือเปิดพัดลม เมื่ออยู่นอกบ้าน	54.52	31.79	13.69
กำจัด ขยะ ภาชนะเหลือใช้ในบริเวณบ้าน	68.70	28.36	2.94
การจัดการภาชนะ หรือ ตอไม้ โพรงไม้ ในบริเวณสวน	60.15	32.52	7.33

ความหนาแน่นของยุงลายสวนในพื้นที่ที่ศึกษา

จากการสำรวจยุงลายสวน ที่ศึกษาทั้ง 3 บริเวณ คือ บริเวณที่ศึกษาจับยุงในบ้าน บริเวณนอกบ้าน และบริเวณในสวนยางพารา ในเดือนกุมภาพันธ์ เมษายน มิถุนายนและเดือนสิงหาคม ทั้ง 4 เดือนที่ศึกษา พบว่าบริเวณที่จับยุงในสวนยางพารา มีความหนาแน่นของยุงลายสวน มีอัตราการเข้ากัดเฉลี่ยสูงสุด และพบอัตราการกัดสูงสุดเดือนมิถุนายน รองลงมาบริเวณที่ศึกษาจับยุงนอกบ้าน พบอัตราการกัดสูงสุดเดือนเมษายน และบริเวณที่ศึกษาจับยุงในบ้าน โดยพบมีอัตราการกัด

สูงสุดเดือนเมษายนเช่นเดียวกับการศึกษาบริเวณนอกบ้าน (ตารางที่ 2) เมื่อเปรียบเทียบความหนาแน่นของยุงลายสวน พบว่า อัตราการกัดแต่ละบริเวณที่ศึกษาปรากฏผลดังนี้

บริเวณที่ศึกษาจับยุงในสวนยางพารา พบว่าอัตราการเข้ากัดสูงสุดเดือนมิถุนายน และเดือนเมษายน และพบมีอัตราการกัดใกล้เคียงกัน (4.38, 4.17 ตัวต่อคนต่อชั่วโมง) เช่นเดียวกับการศึกษาเดือนกุมภาพันธ์ และเดือนสิงหาคม ที่มีอัตราการกัดใกล้เคียงกัน (1.58, 1.60 ตัวต่อคนต่อชั่วโมง)

บริเวณที่ศึกษาจับยุงนอกบ้าน พบว่าอัตราการเข้ากัดสูงเดือนเมษายน (1.58 ตัวต่อคนต่อชั่วโมง) รองลงมาเดือนมิถุนายน (1.33 ตัวต่อคนต่อชั่วโมง) และพบต่ำสุดเดือนสิงหาคม ซึ่งพบมีอัตราการกัดต่ำสุด (0.29 ตัวต่อคนต่อชั่วโมง)

บริเวณที่ศึกษาจับยุงในบ้าน พบว่าอัตราการเข้ากัดสูงเดือนเมษายน (1.00 ตัวต่อคนต่อชั่วโมง) รองลงมาเดือนมิถุนายน (0.38 ตัวต่อคนต่อชั่วโมง)

ส่วนเดือนกุมภาพันธ์และเดือนสิงหาคม พบมีอัตราการกัดเท่ากัน (0.25 ตัวต่อคนต่อชั่วโมง) และพบว่าเดือนสิงหาคมมีอัตราการกัดต่ำสุด (0.29 ตัวต่อคนต่อชั่วโมง)

ความหนาแน่นของยุงลายสวนในพื้นที่ที่ศึกษา ทั้ง 3 บริเวณ ได้แก่ บริเวณในบ้าน นอกบ้าน และในสวน พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ยิ่งทางสถิติ ($p - value < 0.001$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความหนาแน่นของยุงลายสวน (ตัวต่อคนต่อชั่วโมง) ในบริเวณพื้นที่ศึกษาในแต่ละเดือน

เดือน	ความหนาแน่นของยุงลายสวน (ตัวต่อคนต่อชั่วโมง) ที่สำรวจพบ		
	ในบ้าน	นอกบ้าน	ในสวน
กุมภาพันธ์	0.25	0.58	1.58
เมษายน	1.00	1.58	4.17
มิถุนายน	0.38	1.33	4.38
สิงหาคม	0.25	0.29	1.60
ค่าเฉลี่ย	0.47	0.95	2.93
$p - value < 0.001$			

ชีวนิสัยการออกหากินของยุงลายสวน (*Aedes albopictus*)

การสำรวจยุงลายสวน โดยทำการศึกษาใน 3 บริเวณ คือ บริเวณในบ้าน นอกบ้าน และในสวน ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงสิงหาคม พ.ศ. 2554 จำนวน 4 ครั้ง ผลการศึกษาในแต่ละบริเวณ มีดังนี้

ชีวนิสัยการออกหากินของยุงลายสวนในบ้าน

มีพฤติกรรมออกหากินพบมากช่วงเวลา 07.00-08.00 น. (0.63 ตัวต่อคนต่อชั่วโมง) และ 06.00-07.00 น. (0.53 ตัวต่อคนต่อชั่วโมง) และพบต่ำสุดช่วงเวลา 08.00-09.00 น. (0.34 ตัวต่อคนต่อชั่วโมง)

ชีวนิสัยการออกหากินของยุงลายสวนนอกบ้าน

มีพฤติกรรมออกหากินพบมากช่วงเวลา 09.00-10.00 น. (1.41 ตัวต่อคนต่อชั่วโมง) และ 06.00-07.00 น. (1.29 ตัวต่อคนต่อชั่วโมง) และพบต่ำสุดช่วงเวลา 10.00-11.00 น. (0.47 ตัวต่อคนต่อชั่วโมง)

ชีวนิสัยการออกหากินของยุงลายสวนในสวนยางพารา

พฤติกรรมออกหากินพบมากช่วงเวลา 11.00-12.00 น. (3.88 ตัวต่อคนต่อชั่วโมง) และ 07.00-08.00 น. (3.32 ตัวต่อคนต่อชั่วโมง) และพบต่ำสุดช่วงเวลา 06.00-07.00 น. (1.94 ตัวต่อคนต่อชั่วโมง)

ตารางที่ 3 ความหนาแน่นของยุงลายสวน (ตัวต่อคนต่อชั่วโมง) จำแนกตามช่วงเวลา

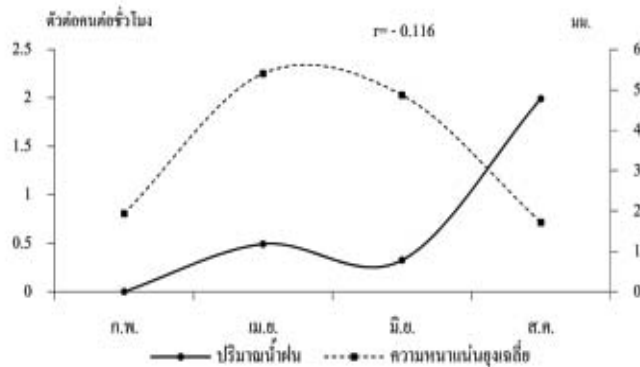
ช่วงเวลา	ความหนาแน่นยุงลายสวน (ตัวต่อคนต่อชั่วโมง) ที่สำรวจพบ		
	ในบ้าน	นอกบ้าน	ในสวน
06.00-07.00 น.	0.53	1.29	1.94
07.00-08.00 น.	0.63	1.19	3.32
08.00-09.00 น.	0.34	1.25	2.82
09.00-10.00 น.	0.50	1.41	2.94
10.00-11.00 น.	0.38	0.47	2.72
11.00-12.00 น.	0.44	0.60	3.88

ความสัมพันธ์ระหว่างความหนาแน่นของยุงลายสวนกับสิ่งแวดล้อม (ปริมาณน้ำฝน อุณหภูมิ และความชื้นสัมพัทธ์)

ความสัมพันธ์ระหว่างความหนาแน่นของยุงลายสวนในพื้นที่กับปริมาณน้ำฝน

ความสัมพันธ์ระหว่างความหนาแน่นของยุงลายสวนในพื้นที่ที่ศึกษาที่ปริมาณน้ำฝนในช่วงเดือนที่ศึกษา พบว่าปริมาณน้ำฝนมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติโดยมีความสัมพันธ์เชิงปฏิภาคกลับ ($r = -0.116$, $p\text{-value} = 0.049$) (ภาพที่ 2)

ภาพที่ 2 ความสัมพันธ์ของค่าเฉลี่ยอัตรากัด (ตัวต่อคนต่อ ชั่วโมง) ของยุงลายสวนกับปริมาณน้ำฝน

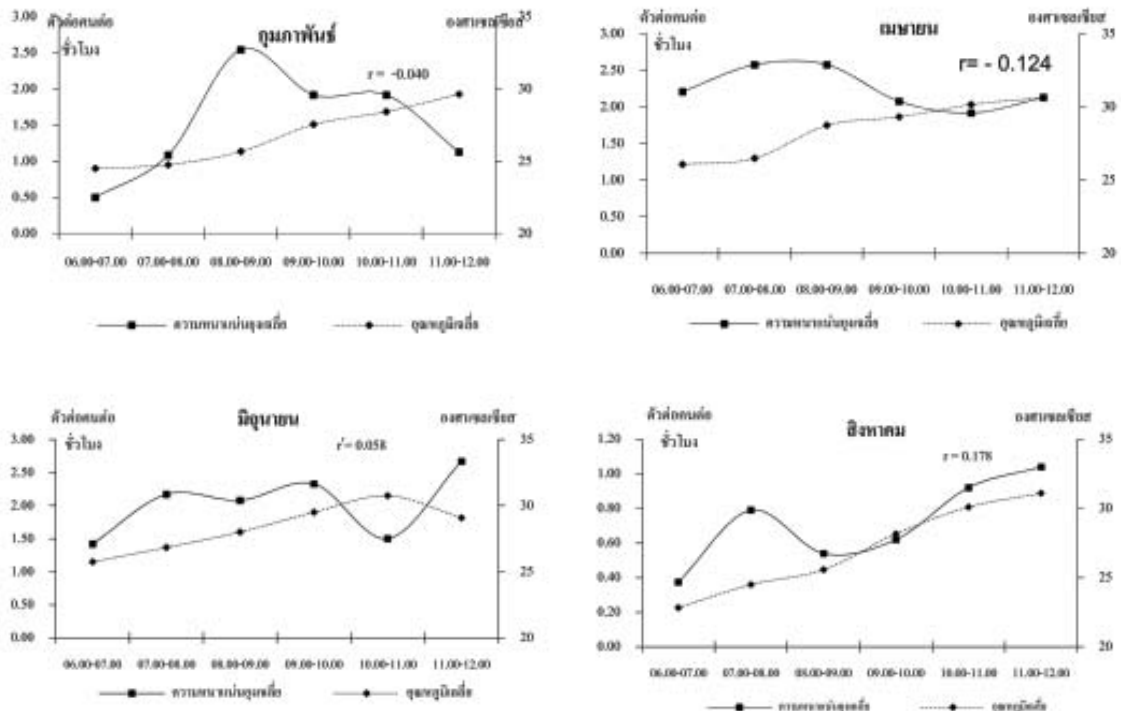


ความสัมพันธ์ระหว่างความหนาแน่นของยุงลายสวนในแต่ละเดือนกับอุณหภูมิ

ความสัมพันธ์ระหว่างความหนาแน่นของ

ยุงลายสวนในพื้นที่ที่ศึกษาที่อุณหภูมิ ในแต่ละเดือนพบว่า อุณหภูมิไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ภาพที่ 3)

ภาพที่ 3 ความสัมพันธ์ของค่าเฉลี่ยอัตราการกัด (ตัวต่อคนต่อ ชั่วโมง) ของยุงลายสวนกับอุณหภูมิ

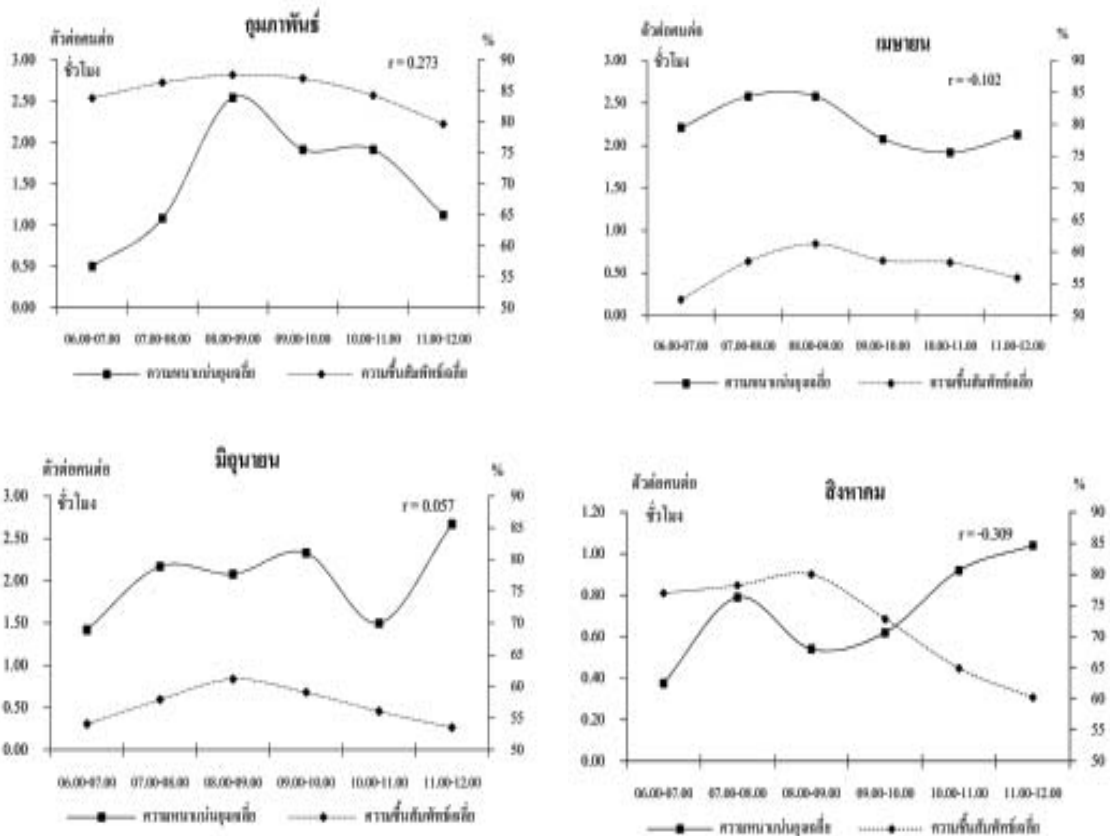


ความสัมพันธ์ระหว่างความหนาแน่น
ยุงลายสวนในแต่ละเดือนกับความชื้นสัมพัทธ์

ความสัมพันธ์ระหว่างความหนาแน่นของ
ยุงลายสวนในพื้นที่ที่ศึกษากับความชื้นสัมพัทธ์

ในแต่ละเดือน พบว่าในเดือนกุมภาพันธ์ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.273$, p -value = 0.020) และเดือนสิงหาคม มีความสัมพันธ์เชิงปฏิภาคกลับ ($r = -0.309$, p -value = 0.008) (ภาพที่ 4)

ภาพที่ 4 ความสัมพันธ์ของค่าเฉลี่ยอัตราการกัด (ตัวต่อคนต่อชั่วโมง) ของยุงลายสวนกับความชื้นสัมพัทธ์



วิจารณ์

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคชิกุนงูยาส่วนใหญ่จะมีอาชีพเกษตรกร (สวนยางพารา) โดยเฉพาะในเพศหญิง จะพบมากในช่วงอายุ 35-44 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยทำงาน สำหรับในเพศชายกลับพบในช่วงกลุ่มอายุ 10-19 ปี ซึ่งเป็นช่วงเด็กวัยเรียน จากการศึกษารายงานของ Wonghiranrat W. et.al.⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า เกษตรกรทำสวนยาง ส่วนใหญ่มีการแบ่งหน้าที่ ให้ผู้ชายทำหน้าที่กรีดยาง ในช่วงเวลา 24.00 - 07.00 น. ผู้หญิง และเด็ก

จะเริ่มเก็บน้ำยาง ตั้งแต่เวลา 07.00 น. เมื่อเก็บน้ำยางมาแล้วส่วนใหญ่จะทำยางแผ่นในบริเวณหลังบ้าน ตั้งแต่เวลา 08.00 - 12.00 น. ดังนั้นกลุ่มผู้หญิงและกลุ่มเด็กที่ประกอบอาชีพสวนยาง หรืออาศัยอยู่ในสวนยาง จึงเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรคชิกุนงูยา เพราะช่วงที่ทำงานเป็นเวลาเดียวกับการออกหากินของยุงลายสวน จากการศึกษาพบว่าในพื้นที่ภาคใต้ตอนล่าง ยุงลายสวนมีความหนาแน่นตลอดปี โดยพบมากที่สุดที่สวนยาง

มีอัตราการเข้ากัดเฉลี่ย 2.93 ตัวต่อคนต่อชั่วโมง รองลงมานอกบ้านเฉลี่ย 0.95 ตัวต่อคนต่อชั่วโมง และสุดท้ายในบ้านเฉลี่ย 0.47 ตัวต่อคนต่อชั่วโมง ยุงลายสวนมีพฤติกรรมออกหากินมากในช่วงเวลา 06.00-09.00 น. ซึ่งเป็นช่วงระยะเวลาการเก็บน้ำยาง/ทำยางแผ่น และนอกจากนี้พบว่าในบริเวณนอกบ้านพบออกหากินมากในช่วงเวลา 06.00-09.00 น. เช่นเดียวกัน ทำให้ผู้ที่ทำหน้าที่เก็บน้ำยาง และผู้ที่นั่งพักผ่อนบริเวณนอกบ้านในช่วงเวลานั้นมีโอกาสถูกยุงลายกัดสูง ประกอบกับพฤติกรรมการป้องกันตนเอง ในขณะที่ปฏิบัติงาน ในสวนยางเป็นประจำเพียง ร้อยละ 68.95 และมีพฤติกรรมการป้องกันตนเอง ขณะอยู่บริเวณบ้าน นอกบ้าน เพียงร้อยละ 54.52 ดังนั้นการทำงานในสวนยาง หรือการประกอบกิจการ ในช่วงเวลานั้น ทำให้มีความเสี่ยงต่อการถูกยุงลายกัดสูง สำหรับพฤติกรรมการควบคุมสิ่งแวดล้อมในบริเวณบ้าน และในสวนยาง พบว่ามีการปฏิบัติเป็นประจำเพียง ร้อยละ 68.70 และ 60.15 ตามลำดับทำให้ในพื้นที่ที่มีโอกาสสูงที่จะหลงเหลือภาชนะ หรือขยะ ที่สามารถเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายได้ จากการศึกษาของ สุวิช และคณะ⁽¹¹⁾ ได้ทำการสำรวจบริเวณบ้านและสวนยาง ในจังหวัดตรัง โดยทำการสำรวจบริเวณรอบบ้านในรัศมี 5-10 เมตร และในสวนยางขนาด 4-5 ไร่ จำนวน 12 สวน สำรวจพื้นที่รอบต้นยางพารา สวนละ 100 ต้น พบในบริเวณบ้าน มีค่า CI (Container Index) ร้อยละ 32.69 พบยุงลายเฉลี่ย 17.12 ตัวต่อ 1 ภาชนะที่พบยุงลายสูงสุดคือ ขางรถยนต์ ถุงพลาสติก และกะลามะพร้าว สำหรับในสวนยาง มี CI (Container Index) ร้อยละ 30.43 พบ ยุงลายเฉลี่ย 11.43 ตัวต่อ 1 ภาชนะที่พบยุงลายสูงสุดคือ จอกยาง และกะลามะพร้าว และนอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ Alex Eapen.et.al.⁽¹²⁾ ที่ได้ทำการศึกษาแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลายสวนในพื้นที่ระบาดของโรคชิคุนกุนยา ประเทศอินเดีย โดยได้ทำการเก็บยุงลายทุกชนิด จากภาชนะชั่งน้ำต่างๆ ในสวนยางพารา อาทิเช่น กะลามะพร้าว ถุงพลาสติก และเศษภาชนะอื่นๆ จากนั้นนำมาจำแนกชนิด พบว่า

ยุงน้ำ ที่เก็บได้จากภาชนะชั่งน้ำในสวนยาง เป็นยุงน้ำ ยุงลายสวน (*Aedes albopictus*) มากถึงร้อยละ 75.30 ดังนั้นจะเห็นได้ว่าในพื้นที่สวนยางพาราของภาคใต้ตอนล่าง พบยุงลายเฉลี่ย 11.43 ตัวต่อ 1 ภาชนะ และมีโอกาสที่ จะเป็นยุงลายสวน ถึง 8.61ตัว ต่อ ภาชนะ ซึ่งถือว่าเป็นความหนาแน่นที่สูงมาก และประกอบกับพฤติกรรมการป้องกันยุงของประชาชนในพื้นที่ยังไม่ดีนัก ทำให้มีโอกาสการสัมผัสระหว่างคนกับยุงสูงตามไปด้วย ดังนั้นถ้าหากมีผู้ป่วยในระลอกแรก เชื้อเข้ามาในพื้นที่ดังกล่าว ก็อาจจะมี โอกาสสูงที่เกิด การระบาดของโรคได้อีกครั้ง สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างความหนาแน่นของยุงลายสวนกับสิ่งแวดล้อม การศึกษาครั้งนี้ พบว่าในภาพรวมอัตราการกัดของยุงลายสวนมีความสัมพันธ์เชิงปฏิภาคกลับกับ ปริมาณน้ำฝน อย่างไรก็ตามในช่วงที่ปริมาณน้ำฝน น้อยกว่า 3 ลบมม. ปริมาณ น้ำฝนก็มีความสัมพันธ์เป็น แบบตรง แต่เมื่อปริมาณน้ำฝนมาก ก็จะทำให้ยุงหาที่เกาะพักมากกว่าที่จะออกหากิน จึงทำให้อัตรา การกัดลดน้อยลง สำหรับอุณหภูมิจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าอัตราการกัดไม่สัมพันธ์กับอุณหภูมิ เนื่องจาก อาจจะมีปัจจัยอื่นมา มีอิทธิพลต่ออัตราการกัดด้วย และจากศึกษาความสัมพันธ์กับความชื้นสัมพัทธ์ พบว่าในฤดูแล้ง อัตราการเข้ากัดมีความสัมพันธ์กับ ความชื้นสัมพัทธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในขณะที่เดือนสิงหาคม อัตราการเข้ากัดสูงขึ้นแม้ว่า ความชื้นสัมพัทธ์ลดลงก็ตาม สำหรับความสัมพันธ์ อัตราการเข้ากัดของยุงลายกับสิ่งแวดล้อม ยังมีผู้ศึกษาน้อยมากจึงไม่มีการศึกษาเปรียบเทียบ แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาของ T. Ditsuwan.et.al.⁽¹³⁾ ได้พิสูจน์ว่า อุบัติการณ์เกิดโรคชิคุนกุนยาซึ่งมียุงเป็นพาหะนำโรค น่าจะมีอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมร่วมด้วย โดยพบว่า อุบัติการณ์ของโรคชิคุนกุนยาจะเพิ่มขึ้น หลังจากสัปดาห์ ที่มีปริมาณน้ำฝนสูงสุดประมาณ 6 สัปดาห์ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการเกิดโรคชิคุนกุนยามีความสัมพันธ์กับปริมาณน้ำฝนที่เวลาก่อน (time lag) ประมาณ 6 สัปดาห์ ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่เพิ่มแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายและ

เพิ่มความหนาแน่นของยุงลาย ก่อนที่จะมีการแพร่ระบาดของโรค

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าความหนาแน่นของยุงลายสวน ซึ่งเป็นพาหะหลักในการแพร่เชื้อชิกุงุนยา ในพื้นที่ภาคใต้ตอนล่าง มีความหนาแน่นตลอดปี ประกอบกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองของประชาชนในพื้นที่ยังไม่ดีมากนัก ทำให้ในพื้นที่ภาคใต้ตอนล่าง ยังคงเป็นพื้นที่ที่มีความไวสูงต่อการระบาดของโรคชิกุงุนยา เมื่อมีผู้ป่วยในระยะแพร่เชื้อ เข้ามาในพื้นที่ อาจทำให้มีการระบาดของโรคเกิดขึ้นได้อีก ดังนั้นควรมีการส่งเสริมในการสร้างตระหนัก และความเข้าใจด้านการป้องกันตนเองแก่ประชาชน โดยผ่านช่องทาง Mass media ต่างๆ นอกจากนี้ ควรมีการจัดการแหล่งเพาะพันธุ์ทั้งในบ้าน รอบบ้านและในสวนยาง อย่างสม่ำเสมอ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการถูกยุงกัด โดยเฉพาะการทายากันยุงก่อนเข้าสวนยาง เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ คณะเจ้าหน้าที่จากกลุ่มปฏิบัติการควบคุมโรคในพื้นที่เฉพาะ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา และเจ้าหน้าที่ด้านควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลง ในพื้นที่จังหวัดตรังและพัทลุง ที่ช่วยดำเนินการเก็บข้อมูลประชาชนในพื้นที่ และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่จากศูนย์อ้างอิงพาหะนำโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา ที่ช่วยดำเนินการศึกษาทางด้านกีฏวิทยา และ คุณธนัชฐา ดิษฐ์สุวรรณ ที่ให้คำปรึกษา และขอแนะนำในการดำเนินงานวิจัย ทำให้ผู้ศึกษาสามารถนำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์ สังเคราะห์จนสำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. WHO, Media Center. Fact Sheet No 327 March 2008. [cited 2010 Dec 7]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs327/en/index.html>

2. Renault P, Solet JL, Sissoko D, Balleydier E, Larrieu S, et al. A major epidemic of chikungunya virus infection on Reunion Island, France, 2005–2006. *Am J Trop Med Hyg.* 2007; 77: 727–731.
3. Delatte H, Paupy C, Dehecq JS, Thiria J, Failloux AB, Fontenille D. *Aedes albopictus* vector of Chikungunya and dengue viruses in Reunion Island. *Biology and control. Parasite* 2008; 15: 3–13.
4. WHO, Global Alert and Response (GRA). 17 Oct 2006. [cited 2010 Dec 1]; Available from: http://www.who.int/csr/don/2006_10_17/en/index.html
5. P. Philip Samuel, R. Krishnamoorthi, K.K. Hamzakoya & C.S. Aggarwal. Entomo-epidemiological investigations on chikungunya outbreak in the Lakshadweep islands, Indian Ocean. *Indian J Med Res* 129, April 2009, pp 442–445
6. Halstead SB, Nimmannitya S, Margiotta MR. Dengue and chikungunya virus infection in man in Thailand, 1962–1964, II: Observations on disease in outpatients. *Am J Trop Med Hyg* 1969; 18: 972–83.
7. Pisittawoot Ayood, Thonchai Leatvilairatapong, Suwit Thumapalo, Jariya Naratippaput, Sawanya Juntutanon, Sulapee Anuntaprecha et al. Risk factors and Chikungunya viral serosurvey in a village, Yi-gno District, Narathiwat Province, October 2008. Monday meeting; 4 May 2009; Bureau of Epidemiology, Nonthaburi.
8. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา.

- ไข้ปวดข้อยุงลายในภาคใต้ตอนล่าง. พิมพ์ครั้งที่ 1. สงขลา: โรงพิมพ์ธีระวัฒน์เซ็นเตอร์; 2553.
9. U. Thavara, A. Tawatsin, T Pengsakul, P Bhakdeenuan, S Chanama, S. Anantapreecha et.al. Outbreak of Chikungunya fever in Thailand and virus detection in field population of vector mosquitoes, *Aedes aegypti* (1) and *Aedes albopictus* skuse (Dipteria: Culicidae). South-East Asian J Trop Med Public Health. 2009; 40: 951-962.
 10. Wonghiranrat W, Moonmek S, Wasinee S. Bitting time of *Aedes albopictus*. Technical Consultation On the Re-emergence of Chikungunya fever; 26 - 28 August 2009; Graceland, Phuket Thailand.
 11. สุวิช ธรรมปาโล, วิรัช วงศ์หิรัญรัชต์, โสภาวดี มูลเมฆ, และ วาสนีย์ ศรีปล้อง. แหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลายสวนในพื้นที่ระบาดของโรคไข้ปวดข้อยุงลาย (ซิคูนกุนยา). วารสารโรคติดต่อฯ โดยแมลง. 2553; (2) : 7-15
 12. Alex Eapen, K. John Ravindran, A.P. Dash. Breeding potential of *Aedes albopictus* (Skuse, 1895) in chikungunya affected areas of Kerala, India. Indian Journal of Medical Research. 2010; 132(6): 733-735.
 13. T. Ditsuwan, T. Liabsuetrakul, V. Chongsu-vivatwong, S. Thammapalo, E. McNeil. Assessing the Spreading Patterns of Dengue Infection and Chikungunya Fever Outbreaks in Lower Southern Thailand Using a Geographic Information System. AEP. 2011; 21(4): 253-261.

ลักษณะทางคลินิกและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคชิคุนกุนยาในโรงพยาบาลศูนย์ตรัง

Clinical Manifestation and Laboratory Finding of Children under 5 Years Old with Chikungunya Infection in Trang Hospital.

ลัดดาวัลย์ สุขุม สค.ม

Laddawan Sukhum Msc.(Social Science)

นลินี ช่วยดำรงค์ วท.ม.

Nalinee Chuaydamrong Msc.

สุวิช ธรรมปาโล พบ. ดบ.(ระบาศาวิทยา)

Suwich Thammapalo MD., Ph.D

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา The Office of Disease Prevention and Control 12 Songkhla

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะทางคลินิก ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ป่วยด้วยโรคชิคุนกุนยาในโรงพยาบาลศูนย์ตรัง โดยรวบรวมข้อมูลจากบันทึกทางการแพทย์จำนวน 212 ราย ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 15 สิงหาคม 2552 ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเด็กอายุ 1-3 ปี ร้อยละ 48.6 เป็นเพศชายร้อยละ 53.3 สองในสามเป็นผู้ป่วยใน เข้ารับการรักษาวันที่ 1-3 ของการมีไข้ ส่วนใหญ่ร้อยละ 50.4 พักรักษาในโรงพยาบาล 1-2 วัน ทุกรายมีประวัติมีไข้ ร้อยละ 93 มีไข้สูงมากกว่า 38.5 รองลงมา มีผื่นแดง, ปวด/บวมที่ข้อ, ชัก และคลื่นไส้/อาเจียน ร้อยละ 87.7 34.4 2.6 และ 20.8 ตามลำดับ เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่ามีอาการไม่แตกต่างกัน ยกเว้นในเด็กเล็กอายุ 1เดือน-3 ปี มีอาการชักมากกว่า ส่วนใหญ่มีผื่นแดง และปวดบวมที่ข้อพร้อมๆกับมีไข้ การตรวจทางห้องปฏิบัติการทั่วไป ผลตรวจ CBC ส่วนใหญ่มีค่าปกติ และมีการตรวจเฉพาะ เช่น RT-PCR และ IgM เพียงร้อยละ 1.4 และ 8.4 ตามลำดับ ผลจากการศึกษาครั้งนี้ ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานอ้างอิงในการศึกษาต่อไป

Abstract

This study was aimed to define the clinical manifestations, laboratory examinations of Chikungunya infection in children. The samples were 212 ill children with chikungunya fever during 1 January to 15 August 2009. Those consisted of 113 (53.3%) males and 99 (46.7%) females. Most of ill children were in age group of 1- 3 years (48.6%). The two third of ill children were admitted in hospital. The duration of hospital staying was 1-2 days. Most patients 194 (91.5%) were treated on the 1st- 3rd day of fever. Ninety three percent had high temperature (>38.5) with any of following symptoms; rash (87.7%), distal joint edema/pain (34.4%), convulsion (2.6%) and nausea / vomiting (20.8%). The age-group 1 month- 3 years was the most risk to develop convulsion. The complete cell count examination provided normal results and the serological tests were performed with IgM (8.4%) and RT_PCR (1.4%). These finding may be referent information for further study.

ประเด็นสำคัญ-

Keywords

ชิคุนกุนยาในเด็ก

Chikungunya in Children

โรงพยาบาลศูนย์ตรัง

Trang Hospital

บทนำ

โรคชิกุนกูยาเกิดจากการติดเชื้อ Chikungunya virus ที่มียุงลาย (Aedes mosquitoes) เป็นแมลงนำโรค ระยะฟักตัวโดยทั่วไปประมาณ 1-12 วัน แต่ที่พบบ่อยประมาณ 2-3 วัน ระยะติดต่อเป็นระยะไข้สูงประมาณวันที่ 2-4 ซึ่งมีไวรัสอยู่ในกระแสเลือดมาก อาการและการแสดงของผู้ป่วยจะมีอาการไข้สูงเฉียบพลัน ปวดข้อ มีผื่นแดงขึ้นตามร่างกาย ใบหน้า แขน ขา ลำตัว และอาจมีอาการคันร่วมด้วย โรคนี้มีการรายงานครั้งแรกในประเทศแทนซาเนีย เมื่อ ปีพ.ศ. 2494 และสำหรับในประเทศไทย มีการรายงานการระบาดครั้งแรกในกรุงเทพมหานคร เมื่อ ปีพ.ศ. 2501 และมีการระบาดในภูมิภาคในหลายจังหวัดได้แก่ จังหวัดปราจีนบุรี สุรินทร์ ขอนแก่น หนองคายและนครศรีธรรมราช ในปี พ.ศ. 2538 หลังจากนั้นไม่มีรายงานการระบาดจนกระทั่งช่วงปลายปีพ.ศ.2551 เกิดมีการระบาดของโรคชิกุนกูยาในจังหวัดนราธิวาสและจังหวัดใกล้เคียง และในปีพ.ศ. 2552 การระบาดขยายวงกว้างไปยังจังหวัดต่างๆ ในภาคใต้ และภาคอื่นๆหลายจังหวัด จากการสอบสวนโรคทางระบาดวิทยาที่ผ่านมา ส่วนใหญ่มักเกิดกับผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย และเป็นวัยแรงงาน ซึ่งมีอาชีพทำสวนยางพาราและสวนผลไม้ สำหรับในจังหวัดตรัง พบผู้ป่วยชิกุนกูยาครั้งแรกในเดือน มกราคม พ.ศ.2552 พบผู้ป่วยสูงสุดเป็นกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 14 ปี และมีผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จำนวนมาก ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในในโรงพยาบาลศูนย์ตรังรวมทั้งเวชระเบียนของโรงพยาบาลศูนย์ตรัง มีระบบการเก็บข้อมูลที่น่าเชื่อถือ และสมบูรณ์ ดังนั้นเนื่องจากการศึกษาลักษณะอาการคลินิก และการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ผ่านมามีส่วนใหญ่นำมาจากการสอบสวนโรคในพื้นที่ ซึ่งจะพบในสัดส่วนที่น้อย จำนวนไม่มากพอที่จะศึกษา จึงไม่มีการรายงานการศึกษาดังกล่าวในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มาก่อน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจต้องการศึกษา

ลักษณะอาการทางคลินิก และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ป่วยด้วยโรคชิกุนกูยาในโรงพยาบาลศูนย์ตรัง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน และใช้อ้างอิงในการศึกษาวิจัยต่อไป

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (Retrospective descriptive study) ศึกษาจากข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) ของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ป่วยเป็นโรคชิกุนกูยาที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ทั้งที่เป็นผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ตรัง จังหวัดตรัง ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 15 สิงหาคม พ.ศ. 2552

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบรวบรวมข้อมูลโรคชิกุนกูยา ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป อาการและอาการแสดง การตรวจทางห้องปฏิบัติการทั่วไป การตรวจทางห้องปฏิบัติการจำเพาะ การวินิจฉัยโรค

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป Microsoft excel version 2007 นำเสนอเป็นจำนวน ร้อยละ

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

ลักษณะทั่วไปทางสังคม ประชากรของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ จากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาทั้งหมด 212 คน มีอายุเฉลี่ย 1.8 ปี อายุน้อยที่สุด 10 วัน มากที่สุด 4 ปี 6 เดือน ส่วนใหญ่เป็นวัยหัดเดิน (1-3 ปี) ร้อยละ 48.6 เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.3 และประมาณ 2 ใน 3 ในผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยชิกุนกูยา มากกว่าร้อยละ 95 พักรักษาอยู่ในโรงพยาบาลไม่เกิน 5 วัน โดยส่วนใหญ่พักรักษาตัว 1-2 วัน ร้อยละ 50.4 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วันที่ 1-3 ของไข้อยู่ 91.5 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ป่วยเป็นโรคซิคุนกุญา จำแนกตามลักษณะทางประชากร ประเภทผู้ป่วย จำนวนวันพักในโรงพยาบาลและวันเข้ารับการรักษา (n = 212)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
กลุ่มอายุ (ปี)	Mean = 1.8 S.D = 1.2 Min = 10 วัน Max = 4 ปี 6 เดือน	
วัยแรกเกิด (แรกเกิด - 1 เดือน)	2	0.9
วัยทารก (1 เดือน - 1 ปี)	76	35.8
วัยหัดเดิน (1 ปี - 3 ปี)	103	48.6
วัยก่อนเรียน (3-5 ปี)	31	14.6
เพศ		
ชาย	113	53.3
หญิง	99	46.7
ประเภทของผู้ป่วย		
ผู้ป่วยนอก	71	33.5
ผู้ป่วยใน	141	66.5
จำนวนวันที่พักในโรงพยาบาล	Mean = 1.9 S.D = 2.0 Min = 0 Max = 15	
1 - 2 วัน	71	50.4
3 - 5 วัน	63	44.7
6 - 7 วัน	4	2.8
7 วัน	3	2.1
วันที่เข้ารับการรักษา(นับจากมีไข้)		
วันที่ 1 - 3	194	91.5
วันที่ 4 - 6	16	7.6
วันที่ > 6	2	0.9

2. อาการ/อาการแสดง

เมื่อจำแนกกลุ่มตัวอย่างตามอาการและอาการแสดงพบว่า อาการไข้พบในเด็กทุกคน รองลงมา มีผื่นแดง ร้อยละ 87.7 ปวด/บวมที่ข้อ ร้อยละ 34.4 ชัก ร้อยละ 22.6 และคลื่นไส้ อาเจียน ร้อยละ 20.8 อาการไข่ออกผื่น และปวดข้อ เป็นอาการหลักที่พบในกลุ่มอายุน้อยกว่า 5 ปี นอกจากนี้ พบว่า อาการชัก พบได้สูงสุดในเด็กอายุ 1-3 ปี ร้อยละ 28 รองลงมาในกลุ่มเด็กอายุ

1 เดือน- 1 ปี ร้อยละ 21 ซึ่งพบมากกว่า เด็กอายุ 3-5 ปี ร้อยละ 9.7 อย่างชัดเจน และอาการซึม พบได้ในเด็กอายุ แรกเกิด- 1เดือนมากที่สุด ร้อยละ 50 อาจสูงเกินไปเนื่องจากมีขนาดตัวอย่างน้อย รองลงมาในกลุ่มอายุ 1 เดือน - 1 ปี ร้อยละ 14.5 และกลุ่มอายุปี พบร้อยละ 9.7 ซึ่งทั้ง 3 กลุ่มนี้ มีอาการซึมสูงกว่ากลุ่มอายุ 3-5 ปี ร้อยละ 3.2 อย่างชัดเจน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคชิคุนกุนยาในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จังหวัดตรัง จำแนกตามอาการและอาการแสดง (n รวม= 212)

อาการ / อาการแสดง	จำนวนผู้ป่วยที่มี อายุแรกเกิด-1 เดือน (ราย/ร้อยละ)	จำนวนผู้ป่วยที่มี อายุ 1เดือน-1ปี (ราย/ร้อยละ)	จำนวนผู้ป่วยที่มี อายุ 1-3 ปี (ราย/ร้อยละ)	จำนวนผู้ป่วยที่มี อายุ 3-5 ปี (ราย/ร้อยละ)	ทั้งหมด
ไข้	2 (100.0)	76 (100.0)	103(100.0)	31 (100.0)	212 (100.0)
ผื่นแดง	2 (100.0)	66 (86.8)	90 (87.4)	28 (90.3)	186 (87.7)
ปวด/บวมที่ข้อ	0 (0.0)	11 (14.5)	45 (43.7)	17 (54.8)	73 (34.4)
ชัก	0 (0.0)	16 (21.1)	29 (28.2)	3 (9.7)	48 (22.6)
คลื่นไส้ อาเจียน	0 (0.0)	15 (19.7)	24 (23.3)	5 (16.1)	44(20.8)
ไอ น้ำมูก เสมหะ	1 (50.0)	13 (17.1)	15 (14.6)	4 (12.9)	33 (15.6)
ถ่ายเหลว ถ่ายเป็นมูก	0 (0.0)	15 (19.73)	9 (8.7)	2 (6.5)	26 (12.3)
ซีมี กินน้อย	1 (50.0)	11 (14.5)	10 (9.7)	1 (3.2)	23 (10.8)
คอแดง เจ็บคอ	0 (0.0)	4 (5.3)	11 (10.7)	3 (9.7)	18 (8.5)
ปวดเมื่อยตัว ปวดขา ปวดศีรษะ	0 (0.0)	0 (0.0)	7 (6.8)	5 (16.1)	12 (5.7)
จุดเลือดออก	0 (0.0)	2 (2.6)	2 (1.9)	0 (0.0)	4(1.9)
ตัวและแขนขาอ่อน พลิกตัวไม่ได้	0 (0.0)	3 (3.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (1.4)
ร้องกวน	0 (0.0)	2 (2.6)	1 (1.0)	0 (0.0)	3 (1.4)
เลือดออกตามไรฟัน	0 (0.0)	1 (1.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (0.9)
ปากแห้ง	0 (0.0)	1 (1.3)	1 (1.0)	0 (0.0)	2 (0.9)
หายใจเร็ว หัวใจเต้นเร็ว	0 (0.0)	1 (1.3)	1 (1.0)	0 (0.0)	2 (0.9)
ตัวเหลือง	1 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.5)
ปลายมือปลายเท้าเขียว	1 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.5)

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยตรวจ CBC ร้อยละ 72.6 ตรวจ IgM ร้อยละ 8.4 และตรวจ RT-PCR ร้อยละ 1.4 ส่วนใหญ่ร้อยละ 94.2 มีปริมาณเม็ดเลือดขาวมากกว่า 5,000 เซลล์ต่อ

ลูกบาศก์มิลลิเมตร ร้อยละ 54.4 มี Lymphocyte ร้อยละ 1- 25 ร้อยละ 80.9 มี Neutrophil มากกว่าร้อยละ 40 มากกว่าร้อยละ 90 มีเกล็ดเลือดปริมาณมากกว่า 100,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร และมี Hct มากกว่าร้อยละ 30.0 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงผลตรวจทางห้องปฏิบัติการทั่วไป (n = 212)

การตรวจทางห้องปฏิบัติการทั่วไป	ผู้ป่วย	
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
CBC		
ปริมาณ WBC (เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร)		
< 5,000	9	5.8
> 5,000	145	94.2
Lymphocyte		
ร้อยละ 1 - 25	84	54.5
ร้อยละ 26 - 50	66	42.9
ร้อยละ 51 - 75	3	1.9
ร้อยละ 76 - 100	1	0.6
Neutrophil		
< ร้อยละ 40	29	19.1
> ร้อยละ 40	123	80.9
Platelets (เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร)		
< 100,000	3	1.9
> 100,000	151	98.1
ค่าความเข้มข้นของโลหิต		
< ร้อยละ 30	26	16.9
> ร้อยละ 30	128	83.1
RT-PCR		
ผลบวก	1	33.7
ผลลบ	2	66.7
ตรวจภูมิคุ้มกันชนิด IgM		
ผลบวก	4	22.2
ผลลบ	14	77.8

สรุป

โรคชุกุนญาในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรงพยาบาลศูนย์ตั้งจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 212 ราย ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเด็กอายุ 1-3 ปี ร้อยละ 48.6 เป็นเพศชายร้อยละ 53.3 สองในสามเป็นผู้ป่วยในทุกรายมีประวัติมีไข้ ร้อยละ 93.8 มีไข้สูงมากกว่า 38.5 รองลงมา มีผื่นแดงและปวดบวมที่ข้อ เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่ามีอาการไม่แตกต่างกัน ยกเว้นในเด็กเล็กอายุ 1 เดือน-3 ปี มีอาการชักมากกว่า ส่วนใหญ่มีผื่นแดงและปวดบวมที่ข้อพร้อม ๆ กับมีไข้ การตรวจทาง

ห้องปฏิบัติการทั่วไป มากกว่าร้อยละ 70.0 ตรวจ CBC ซึ่งให้ผลการตรวจอยู่ในเกณฑ์ปกติ และมีการตรวจเฉพาะ เช่น RT-PCR และ IgM เพียงร้อยละ 1.4 และ 8.4 ตามลำดับ ร้อยละ 91.5 เข้ารับการรักษาวันที่ 1-3 ของการมีไข้ ส่วนใหญ่ร้อยละ 50.4 พักรักษาในโรงพยาบาล 1-2 วัน ตามนิยามการเฝ้าระวังโรค ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสงสัย (suspected case) ร้อยละ 46.7 มีผู้ป่วยยืนยัน (confirmed case) เพียงร้อยละ 1.4 การรักษาส่วนใหญ่จะเป็นการรักษาตามอาการ

วิจารณ์

โรคชิคุนกุนยา เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ และมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัวและเศรษฐกิจโดยรวม จากการศึกษาผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นชิคุนกุนยา จำนวน 212 ราย ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ตั้ง ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 15 สิงหาคม 2552 พบว่าส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเด็กอายุ 1-3 ปี ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าอาการ และอาการแสดงที่มีความจำเพาะกับโรคนี้อยู่ที่ร้อยละ 100 มีไข้ รองลงมา มีผื่นแดงร้อยละ 87.7 ปวด/บวมที่ข้อ ร้อยละ 34.4 ข้อ ร้อยละ 22.6 และคลื่นไส้ อาเจียน ร้อยละ 20.8 สอดคล้องกับองค์ความรู้เดิมทางระบาดวิทยาของโรคนี้นี้ที่มีอาการเริ่มต้นด้วยเป็นไข้คล้ายโรคไข้เลือดออก มีผื่น และปวดบวมที่ข้อ⁽¹⁾ สำหรับอาการชัก มักเกิดจากอาการไข้สูงโดยเฉพาะในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ⁽¹⁻²⁾ และอาการซึม ซึ่งอาจจะแยกได้ยากจากภาวะติดเชื้อในเลือดซึ่งพบมากในเด็กอายุน้อยกว่า 1 ปี⁽³⁾ นอกจากนี้ อาการในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี มีอาการแตกต่างจากในผู้ใหญ่คือ อาการปวดข้อในผู้ใหญ่มีอาการรุนแรงมากกว่า และเป็นนานกว่า จากการศึกษาอาการและอาการแสดงทางคลินิกในผู้ป่วยชิคุนกุนยาในพื้นที่อำเภอ ยี่งอและจากสถานพยาบาลในจังหวัดนราธิวาส^(4,5)

ผู้ป่วยโรคชิคุนกุนยาร้อยละ 91.5 เข้ารับการรักษาวันที่ 1-3 ของการมีไข้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุจิตรา นิมนานนิตย์และเพทาย แม่นสุวรรณ⁽²⁾ ที่พบว่าร้อยละ 70 ของผู้ป่วยชิคุนกุนยามาโรงพยาบาลเร็ว เนื่องจากไข้สูง ซึ่งมากกว่าร้อยละ 93 ไข้สูงมากกว่า 38.5 องศาเซลเซียส และในชิคุนกุนยามีไข้สูงเกิดขึ้นอย่างฉับพลันกว่าในผู้ป่วยไข้เลือดออก⁽²⁾ ทำให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเร็วขึ้น แตกต่างกับผู้ป่วยไข้เลือดออก ที่ ปุณณดา สุโลมานและคณะ⁽⁷⁾ ศึกษาที่โรงพยาบาล สงขลา นครินทร์ พบว่าผู้ป่วยจะมาเข้ารับการรักษาในวันที่ 4-5 ของการมีไข้ การตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 72.6 ตรวจCBCซึ่งเป็นการตรวจ

เลือดทั่วไป ส่วนการตรวจที่จำเพาะ เช่น RT-PCR และ IgM มีเพียงร้อยละ 1.4 และ 8.4 ตามลำดับ ซึ่งน้อยมากที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันว่าเป็นโรคนี้อย่างแท้จริง เนื่องจากว่า RT-PCR ต้องเจาะเลือดผู้ป่วย 2 ครั้ง ห่างกัน 1 - 2 สัปดาห์ และกระบวนการตรวจค่อนข้างยุ่งยาก และใช้เวลานานกว่าจะทราบผลและราคาแพง ดังนั้น แพทย์ส่วนใหญ่จึงมิได้ส่งเลือดผู้ป่วยตรวจผลการตรวจCBC มีจำนวนเม็ดเลือดขาว และเกล็ดเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติซึ่งแตกต่างจากการตรวจพบในผู้ป่วยไข้เลือดออก⁽⁶⁾ การรักษาส่วนใหญ่จะเป็นการรักษาตามอาการเนื่องจากเป็นโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัส และไม่มียาด้านไวรัส เช่น ให้อาบน้ำเย็นเช็ดตัว ปวดข้อ และการพักผ่อน⁽⁶⁻⁸⁾ อนึ่งในด้านการเฝ้าระวังโรค และการรายงานทางระบาดวิทยา นิยามผู้ป่วยโรคชิคุนกุนยาที่มีไข้ร่วมกับอีก 2 อาการใน 5 อาการดังนี้ ปวดข้อ/ข้อบวม/ข้ออักเสบ หรือมีผื่น หรือปวดกล้ามเนื้อหรือปวดศีรษะ หรือปวดกระบอกตา⁽⁹⁾ ส่วนใหญ่เข้าได้กับผู้ใหญ่ ดังนั้นทำให้ส่วนหนึ่งของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ไม่เข้านิยามนี้

ข้อเสนอแนะ

1.

อาการของโรคชิคุนกุนยาในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีค่อนข้างรุนแรง โดยเฉพาะมีอาการชักและซึม ร่วมด้วย ดังนั้นควรเน้นการป้องกันเด็กในกลุ่มนี้ไม่ให้ยุ่งกั

2.

เมื่อผู้ป่วยเป็นโรคนี้นี้ ในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ควรอยู่ในการดูแลของแพทย์ และหากอนุญาตให้กลับบ้าน ผู้ดูแล/ผู้ปกครองจะต้องระมัดระวัง พยายามเช็ดตัวให้เด็กให้ไข้ลดลงเนื่องจากอาจมีอาการชักได้

3.

ให้การอบรมแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยชิคุนกุนยา โดยแพทย์ที่มีประสบการณ์การดูแลรักษา

4.

สำหรับนิยามผู้ป่วยโรคชิคุนกุนยา ของสำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข ควรมีการทบทวนให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะเช่น เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี หญิงตั้งครรภ์ เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีโดยความอนุเคราะห์จากหลายท่าน ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ตรังและเจ้าหน้าที่งานเวชระเบียนที่ให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. Penny Lewthwaite, et al. Chikungunya Virus and Central Nervous System Infections in Children, India. Emerging infections Diseases. www.cdc.gov/eid. 2009; 15(2): 329.
2. Suchitra Nimmannitya, Pethai Mansuwan. Comparative Clinical and Laboratory Findings in Confirmed Dengue and Chikungunya Infections. Bull WHO. 1966; 35: 42-43.
3. Valampampil JL, Chirakkarot S, Letha S, jayakumar C, Gopinathan KM. Clinical profile of Chikungunya in infants. Indian J of pediatr. 2009; 76(2): 151-155
4. Pisittawoot Ayood, Thonchai Leatvilairatapong, Suwit Thumapalo, Jariya Naratippaput, Sawanya Juntutanon, Sulapee Anuntaprecha et al. Risk factors and Chikungunya viral sero-survey in a village, Yi-gno District, Narathiwat Province, October 2008. Monday meeting; 2009 May 4; Bureau of Epidemiology, Nonthaburi; 2009.
5. ธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์. Technical Consultation on the Reemergence of Chikungunya Fever; วันที่ 26-28 สิงหาคม 2552; ณ ห้องประชุมโรงแรมเกรซแลนด์, ภูเก็ต. 2552
6. สัจจิตรา นิมมานนิตย. Chikungunya Infection . ใน : ศิริศักดิ์ วรันทราวาท, คำนวน อึ้งชูศักดิ์, ชไมพันธ์ สันติกาญจน์, นฤมล ศิลารักษ์, ประวิทย์ ชุมเกษียร, อองอาจ เจริญสุข, และคณะ, บรรณาธิการ. รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์. ปีที่ 27 ฉบับที่ 7. 16 กุมภาพันธ์ 2539 กรุงเทพมหานคร: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2539. หน้า 77- 87
7. ปุณณดา สุไลมาน และคณะ. โรคไข้เลือดออกในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์, คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2544.
8. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน เฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคชิคุนกุนยา. เอกสารอัดสำเนา, 2552.
9. กระทรวงสาธารณสุข. นิยามในการเฝ้าระวังโรคไข้ชิคุนกุนยา. เอกสารอัดสำเนา; 2553.

คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุไทย

Quality of Life in Thai Elderly

เกรียงศักดิ์ ช่อเลี่ยม* ศศ.ม.(พัฒนาชนบทศึกษา Kriengsak Sueluerm* M.A.(Rural Development Studies)
สมชาย วิริภิรมย์กุล* ศศ.ม. (สิ่งแวดล้อม) Somchai Viripromgool* M.A.(Environment)
ปราณี สุทธิสุนทร* ศศ.ม.(พัฒนาสังคม) Pranee Suthisukon* M.A.(Social Development)
จำรูญ มีชนอน** พบ.รปม.(เกียรตินิยม) Jumroon Mikanorn** D.P.H.(RCP.London & REC.England)
*นักวิจัย สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน *Researcher, ASEAN Institute for Health Development,
มหาวิทยาลัยมหิดล Mahidol University
**ที่ปรึกษาอาวุโส สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน **Senior Adviser, ASEAN Institute for Health Development,
มหาวิทยาลัยมหิดล Mahidol University

บทคัดย่อ

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีความสุข ความพอใจตามอัตภาพ โดยองค์ประกอบของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การมีสุขภาพที่ดีทั้งกาย จิต สังคม และปัญญา การมีงานทำเพื่อยังประโยชน์ต่อตนเอง ผู้อื่น ชุมชน และสังคม ตลอดจนการมีหลักประกันความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ความมั่นคงในชีวิตและทรัพย์สิน และความมั่นคงในครอบครัว รวมถึงสิ่งแวดล้อม ดังนั้น การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี จึงจำเป็นต้องมีการเตรียมตัวเรื่องการดูแลตนเองแต่เนิ่นๆ ตั้งแต่อยู่ในวัยหนุ่มสาว บุตรหลานควรมีความกตัญญูต่อเวลาที่ เกื้อหนุน และดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุ รวมทั้งมีการเสริมสร้างความเข้มแข็ง และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตามยุทธศาสตร์ของการสาธารณสุขมูลฐาน โดยมุ่งบูรณาการแนวคิดบริการเชิงรุก (Service oriented) และแนวคิดของการพัฒนา (Development oriented) ภายในชุมชนเพื่อประสิทธิภาพของผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง

Abstract

Quality of life of the elderly, as equivalent to expression stated by the World Health Organization as "Active and Healthy Aging" which means "Sufficiency Happiness" comprising physically, mentally, socially and spiritually healthy as well as capability to live with productive life and independently capable to perform interpersonal contribution to one another among their neighbors within their communities. They should be assurance of their security in relation to health, family, environment and community. These scenarios for the quality of life of the elderly needed to be well prepared since the earlier ages of the people at least when they were school children or teenagers. The teenagers should be empowered to know how to actively engage in responsibilities of taking care of the elderly in their own families as well as their own communities.

ประเด็นสำคัญ-

คุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ

Keywords

Quality of Life, Elderly

บทนำ

การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 9.2 ในปี พ.ศ. 2543 เป็นร้อยละ 10.4 หรือประมาณ 6 ล้านคนเศษ ในปี พ.ศ. 2548 และคาดว่าจะสูงถึงร้อยละ 11.3 ในปี พ.ศ. 2552⁽¹⁾ ผู้สูงอายุจะเพิ่มจำนวนขึ้นจากร้อยละ 15.4 ในปี พ.ศ. 2560 เป็นร้อยละ 21.2 ในปี พ.ศ. 2568 และร้อยละ 22.7 ในปี พ.ศ. 2570 ตามลำดับ⁽²⁾ เมื่อถึงปี พ.ศ. 2578 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น 16 ล้านคน หรือร้อยละ 25 ซึ่งเท่ากับเพิ่มขึ้นเกือบ 3 เท่าตัวในเวลาราวๆ 30 ปีเท่านั้น⁽³⁾ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุจะต้องเผชิญกับปัญหาในลักษณะที่สอดคล้องกัน คือ ปัญหาด้านสุขภาพ ภาวะความเจ็บป่วย ทูพลภาพ และเสียชีวิต ปัญหาด้านจิตใจเศร้าหมอง รู้สึกโดดเดี่ยว ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ถูกออกจากงาน ไม่มีเงินใช้ และปัญหาด้านครอบครัว ขาดการดูแลจากบุตรหลาน ซึ่งปัญหาเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตความเป็นอยู่ และความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน หรือที่เรียกว่า "คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ" จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น ประกอบกับการได้รับแรงบันดาลใจจากการเข้าร่วมประชุมวิชาการ เรื่อง "การพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน" โดยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และภาคร่วมผู้เขียนจึงได้ศึกษาข้อมูล และรวบรวมเนื้อหาสาระต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล ให้เกิดประโยชน์ต่อแวดวงวิชาการสำหรับใช้วางแผนงาน มาตรการ และนโยบายสำหรับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยต่อไป

วัสดุและวิธีการศึกษา

ศึกษา ค้นคว้า และรวบรวมข้อมูลจากหนังสือ บทความวิชาการ และเอกสารงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จากการประชุมวิชาการ ห้องสมุด และฐานข้อมูลการวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ ระหว่างปี พ.ศ. 2532-2553 โดยทบทวน

เอกสารใน 2 ประเด็นหลัก คือ ความหมายของคำว่า คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ และองค์ประกอบของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ และนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้อง และความครอบคลุมของข้อมูลแล้ว นำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและสังเคราะห์ข้อมูล

ผลการศึกษา

1. ความหมายของ "คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ"

"คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ" ซึ่งองค์การอนามัยโลก ใช้คำว่า "Active Aging"⁽⁴⁾ หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีหรือผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ⁽⁵⁻⁶⁾ โดยนักวิชาการได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิต และผู้ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีดังนี้

คุณภาพชีวิต คือ สภาพการดำรงชีวิตที่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้อย่างเหมาะสมกับอัตภาพ อยู่ในกรอบและระเบียบแบบแผนวัฒนธรรมที่ติงตามมาตรฐานที่ยอมรับของสังคมทั่วไป และพร้อมที่จะพัฒนาตนเองให้เหมาะสมตามการเปลี่ยนแปลงของสังคม⁽⁷⁾

บุคคลที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี หมายถึง บุคคลที่มีความสุขความพอใจจากการได้รับการตอบสนองต่อสิ่งที่มีความจำเป็น และความต้องการของร่างกายและจิตใจอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ ภายใต้สภาพแวดล้อมและค่านิยมที่สังคมยอมรับ หรือในความหมายที่สิ้นที่สุด คือ การมีสุขภาพกายสุขภาพจิตดี และมีสติปัญญาที่สมบูรณ์⁽⁸⁾

ดังนั้น การที่ผู้สูงอายุจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น คือ ผู้สูงอายุที่มีความสุขความพอใจตามอัตภาพ สามารถทำประโยชน์ทั้งต่อตนเอง ต่อผู้อื่น ต่อชุมชน และต่อสังคม เพื่อที่จะนำไปสู่การได้รับค้ำยกย่องและสรรเสริญจากสังคมโดยรวม

2. องค์ประกอบของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

สิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่เป็นสุข คือ การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งอาจขึ้นอยู่กับปัจจัยหรือองค์ประกอบของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุครบถ้วนทั้ง 3 องค์ประกอบ ได้แก่⁽⁵⁻⁶⁾

2.1 การมีสุขภาพดี หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา โดยเชื่อมโยงเป็นองค์รวมอย่างสมดุล ประกอบด้วย

2.1.1 สุขภาพกายที่ดี หมายถึง การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงผลกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหว และการรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าตนไม่ต้องพึ่งพายาต่างๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่นๆ เป็นต้น⁽⁹⁾

นอกจากนี้แล้ว อาจหมายรวมถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้านปัจจัยสี่ สุขภาพอนามัย สิ่งอำนวยความสะดวก ภาวะแวดล้อมที่ปราศจากมลภาวะ ทรัพยากรที่จำเป็นในการดำรงชีวิต การคมนาคมสะดวก โอกาสทางการศึกษา การประกอบอาชีพเท่าเทียมกัน ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน⁽⁸⁾ โดยจะต้องดูแลรักษาร่างกายอย่างสม่ำเสมอ พักผ่อนให้เพียงพอ ออกกำลังกายเป็นประจำตามสมควร และเลือกรับประทานอาหารที่มีคุณค่าปริมาณพอดี รวมทั้งควรรู้จักกับสถานพยาบาลต่างๆ ว่ายน้ำปกติและยามฉุกเฉิน⁽¹⁰⁾ ดังนั้น การมีสุขภาพร่างกายที่ดี ผู้สูงอายุต้องพึ่งตนเองให้มากที่สุด อย่าหวังที่จะพึ่งพิงบุตรหลาน อย่าหวังพึ่งหมอรหรือพยาบาล ตามหลักสัจธรรมของชีวิตมนุษย์ที่ นายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช ได้กล่าวไว้ว่า “คนเราเกิดมาแล้วก็ต้องแก่ แก่แล้วก็ต้องเจ็บ เจ็บแล้ว ก็ต้องตาย เป็นธรรมดา ทำอย่างไรถึงจะทำให้เกิด การบริหารเวลา ในช่วงที่เจ็บให้สั้นที่สุด”

2.1.2 สุขภาพจิตที่ดี หมายถึง การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลอื่นมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้าหรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่างๆ ของตนที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น

การรับรู้ถึงความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่นๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรคต่างๆ เป็นต้น⁽¹⁰⁾ โดยมีสิ่งบ่งชี้ถึงคุณภาพชีวิตด้านความคิดจิตใจอื่นๆ เช่น ความมีระเบียบวินัย ค่านิยมทางวัฒนธรรม ความรู้และสติปัญญา ความสามารถป้องกันแก้ปัญหาในระดับบุคคล ครอบครัวและชาติ การสร้างความสำเร็จและการมีเป้าหมายชีวิต ความซื่อสัตย์สุจริต ความเอื้ออารีต่อกัน ความกตัญญู การเสียสละ การจงรักภักดี ความศรัทธาในศาสนา และการละเว้นอบายมุข⁽⁸⁾ นอกจากนี้แล้ว ด้านธรรมะและสมาธิ ควรเตรียมตัวเตรียมใจที่จะยอมรับความเจริญและความเสื่อมของสังขาร และสรรพสิ่งรอบตัว ฝึกจิตใจให้เข้มแข็ง ทำจิตใจให้ปลอดวาง และกล้าเผชิญต่อทุกสิ่งเพื่อนำมาซึ่งความสุขสงบแก่ตนเองและครอบครัว⁽⁹⁾

2.1.3 สุขภาพทางสังคมที่ดี หมายถึง การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าตนได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย⁽¹⁰⁾ การแสดงอารมณ์ที่เป็นผลจากความสัมพันธ์ในครอบครัวและชุมชน ความรักในหมู่คณะ⁽⁸⁾ การมีเพื่อนหรือไม่มีเพื่อน ก็เป็นสุขภาพของสังคมอย่างหนึ่ง⁽¹¹⁾

2.1.4 สุขภาพทางปัญญาที่ดี อาจค่อนข้างเข้าใจยาก โดยไม่ได้หมายความว่า “ฉลาด” แต่ตรงกับคำศัพท์ภาษาอังกฤษคำว่า “Wisdom” ซึ่งหมายถึงความสำนึกที่ดี รู้เท่าทัน เข้าใจในเหตุผลและคุณธรรม เข้าใจในความสอดคล้องกับธรรมชาติ สิ่งต่างๆ ได้ดี สามารถแยกแยะได้แห่งเหตุผลความดีความชั่ว มีบาปบุญคุณโทษ เป็นกุศลเป็นอกุศล ซึ่งนำไปสู่จิตใจที่ติงาม การแบ่งปัน และเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่กัน แต่ในสังคมปัจจุบัน ส่วนของปัญญานั้น คนเรายังไม่สามารถที่จะแยกแยะได้ว่า อะไรดี อะไรไม่ดี อะไรเป็นกุศล และอะไรเป็นอกุศล⁽⁵⁻⁶⁾

2.2 ต้องร่วมแรงร่วมใจกันทำงาน คือ มีส่วนร่วมในการประกอบกิจการงานต่างๆ ตามอัธยาศัย

โดยยังประโยชน์ต่อตนเองและประโยชน์ต่อผู้อื่น สมเป็นสัปบุรุษ(คนดี) กล่าวคือ ต้องเตรียมตัว เตรียมใจยอมรับสภาพการณ์ในชีวิต ควรจะหางานอดิเรก หรือกิจกรรมต่างๆ ทำเพื่อประโยชน์ต่อตนเอง และผู้อื่น เช่น การอ่านเขียนหนังสือ ทำบุญทำทาน ออกกำลังกาย การรดน้ำต้นไม้ และเก็บกวาดบ้าน เป็นต้น⁽⁹⁾ ดังนั้น ผู้สูงอายุต้องทำงาน เพื่อเป็นการพักผ่อนให้มากที่สุด และอย่าพึ่งคนอื่นเป็นดีที่สุด

2.3 มีความมั่นคงในชีวิต คือ มีหลักประกัน ในชีวิต ประกอบด้วยความมั่นคงใน 3 เรื่อง ได้แก่⁽⁵⁻⁶⁾

2.3.1 ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ กล่าวคือ มีเงินใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน โดยจะต้องรู้จักเก็บออมตั้งแต่วัยหนุ่มสาวเพื่อไว้ใช้ยามชรา และทำประกันสวัสดิการสังคมไว้ด้วย⁽⁹⁾ ดังนั้น การสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ จะต้องเริ่มที่ตัวเราเองก่อน เราต้องคิด ต้องเริ่มทำ และต้องรู้จักเก็บหอมรอมริบตั้งแต่วันนี้ เพื่อจะได้มีไว้ใช้อนาคต ทั้งยามปกติ ยามชรา และยามเจ็บป่วย

2.3.2 ความมั่นคงในชีวิตและทรัพย์สิน กล่าวคือ มีการรับรู้ว่ามีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่างๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพ และสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น⁽¹⁰⁾ สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปลอดภัย ไปไหนมาไหนไม่มีใครมาทำร้ายร่างกาย รวมไปถึงการมีที่อยู่อาศัยที่เป็นส่วนตัว สงบเงียบบรรยากาศธรรมชาติที่ดี มีเครื่องมือเครื่องใช้ที่จำเป็น สะอาด ปลอดภัย ลูกหลานสามารถไปเยี่ยมเยียนดูแลได้สะดวก และสม่ำเสมอ⁽⁹⁾

2.3.3 ความมั่นคงในครอบครัว ชุมชน และสิ่งแวดล้อม กล่าวคือ มีครอบครัวที่ดี ครอบครัวต้องอยู่ร่วมกันด้วยความร่มเย็นเป็นสุข หรือเรียกว่า "ครอบครัวร่มเย็นเป็นสุข" เมื่อครอบครัวดี ร่มเย็นเป็นสุข ชุมชนก็จะดี ร่มเย็นเป็นสุข เมื่อชุมชนดี ร่มเย็นเป็นสุข ประเทศชาติก็ดี ร่มเย็นเป็นสุขเช่นกัน รวมไปถึงการมีสิ่งแวดล้อมที่ดีก็จะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย⁽⁵⁻⁶⁾

นอกจากนี้แล้ว ผู้สูงอายุยังต้องปรับตัว ต้องรู้จักตนเอง และเข้าใจเด็กวัยลูกหลาน เพื่อที่จะทำให้ผู้สูงอายุ และลูกหลาน อยู่ร่วมกันอย่างปกติสุข⁽⁹⁾

จากองค์ประกอบของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุนั้น พบว่า มีความสอดคล้องกับแนวคิดของ นายแพทย์เสนอ อินทรสุขศรี ที่ได้สรุปว่า ผู้สูงอายุจะมีความสุขได้ขึ้นอยู่กับสิ่งบ่งชี้ในคุณภาพชีวิตที่ดี 4 เรื่อง ประกอบด้วย⁽¹²⁾

1. จะต้องรักษาตนเองให้มีสุขภาพดีเสมอ ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต กล่าวคือ ทั้งกายและใจต้องดี
2. จะต้องภูมิใจในตัวของตัวเอง พอใจในตนเอง พึงพอใจในสภาพของตัว งานของตัว ฐานะของตัว และก็ต้องพยายามหาเวลาที่จะเข้าสังคม รู้จักมีอารมณ์ขัน และอารมณ์สุนทรีย์อย่างพอดี
3. จะต้องรู้จักตัวเอง ต้องรักตัว ต้องรักคนอื่น เขา ต้องรักสังคม และที่สำคัญก็คือ อย่าละทิ้งความสามารถของตัว มีอะไรทำได้ก็ทำ ต้องทำตัวให้มีความมีประโยชน์ต่อผู้อื่นเขา จะได้มีความสุข
4. จะต้องมีเพื่อนรอบข้าง ต้องรู้จักเลือกคบหาสมาคมกับผู้หนึ่งผู้ใดบ้างอย่างเหมาะสม ด้วยการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี ทำให้ไม่ว่างเหว และไม่หงอยเหว

วิจารณ์

คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ คือ การมีสุขภาพที่ดีเหมาะสมกับสถานภาพตามวัย มีจิตใจที่เป็นสุข ตลอดจน มีสถานภาพด้านความเป็นอยู่และด้านสังคมที่ได้มาตรฐาน โดยเป็นความรับผิดชอบร่วมกันของผู้สูงอายุ ครอบครัว และสังคม ซึ่งเน้นการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุ การพึ่งพากันและกันภายในครอบครัว และการพึ่งพาบริการจากฝ่ายรัฐ ฝ่ายการเมือง และองค์กร ชุมชนต่างๆ⁽¹³⁾ ประเทศไทยมีพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 และสิทธิประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุที่พึงได้รับ ซึ่งเป็นปัจจัยที่เสริมสร้าง หรือเป็นหลักประกันในการดำรงชีวิตให้แก่ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยครอบคลุมการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุ โดยมีหน่วยงานของภาครัฐทำหน้าที่หรือ

มีบทบาทจัดการในเรื่องต่างๆ จำนวน 13 ด้าน อาทิเช่น การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่สะดวกและรวดเร็วโดยกระทรวงสาธารณสุข การส่งเสริมที่เบียดเบียนอย่างทั่วถึงและเป็นธรรมโดยกระทรวงมหาดไทย และการส่งเสริมจัดการศพตามประเพณีโดยกระทรวงการพัฒนาสังคมฯ เป็นต้น⁽¹⁴⁾ สำหรับ อบจ. เทศบาล และ อบต. เข้ามามีบทบาทในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจนขึ้น คือ การมอบเบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุ จำนวน 500 บาทต่อเดือน และนอกจากนี้ อบท. ยังให้ความสำคัญกับกิจกรรมด้านประเพณีวัฒนธรรม ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านเศรษฐกิจและการเงิน เช่น งานวันผู้สูงอายุ ประเพณีสงกรานต์ การให้ความรู้ด้านสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ การจัดกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ รวมไปถึงการมอบเบี้ยยังชีพสิ่งของ และวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ สำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของมลฤดี ศรีสุข⁽¹⁵⁾ เมื่อวิเคราะห์แล้วพบว่า การจัดกิจกรรมดังกล่าวยังเป็นลักษณะฉาบฉวย ผิดแผกและไม่ถึงถึง ดังนั้น การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในมิติด้านจิตใจ จึงเป็นกิจกรรมที่ควรดำเนินงานให้เป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น โดยวางแผนบูรณาการเข้ากับมิติด้านร่างกาย สังคม และเศรษฐกิจ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การผลักดันให้เกิดกิจกรรมที่เป็นการช่วยสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้สูงอายุกับสมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน และคนในชุมชน เพื่อนำไปสู่แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน และเมื่อมองภาพลึกลงในระดับชุมชนท้องถิ่น ประเด็นความร่วมมือของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกชุมชน ไม่ว่าจะเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานีอนามัย ชุมชนท้องถิ่น และผู้สูงอายุเองก็เป็นปัจจัยเสริมที่เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเช่นกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ตัวผู้สูงอายุเองจะต้องรับผิดชอบในการพัฒนาตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์อย่างสม่ำเสมอ ทั้งในเรื่องการกินนอนพักผ่อน การออกกำลังกาย การดูแลรักษาจิตใจให้สงบ ไม่ปล่อยตนเอง

ให้เครียดจนเกินไป พบปะพูดคุยกับคนสนิทที่เข้าใจพร้อมที่จะรับฟัง สนใจดูแลปรับปรุงที่อยู่อาศัยของตนเท่าที่จะทำได้ ส่วนผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวควรต้องเรียนรู้และเข้าใจอาการโรค รู้วิธีการใช้ยา และวิธีแก้ไขอาการที่กำเริบขึ้นได้ในเบื้องต้นได้อย่างรวดเร็ว และเหมาะสมต่อไป⁽¹³⁾

ปัญหาอุปสรรคและข้อจำกัดในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่สำคัญ คือ การบริหารจัดการที่เกิดความซ้ำซ้อนของการทำงานของหน่วยงานและองค์กรต่างๆ ในหลายภาคส่วน เช่น การถ่ายโอนภารกิจการทำงานด้านสาธารณสุขไม่ชัดเจนว่า หน่วยงานใดเป็นผู้รับผิดชอบ จึงส่งผลทำให้ขาดทิศทางการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุที่ชัดเจน รวมไปถึงขาดแคลนบุคลากรที่มีความรู้และความเข้าใจในงานด้านผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของมลฤดี ศรีสุข⁽¹⁵⁾ ที่พบว่า ปัญหาและอุปสรรคในการบริหารงานสวัสดิการผู้สูงอายุของ อบต. คือ งบประมาณไม่เพียงพอ ขาดบุคลากรที่มีความรู้ การประสานงานเกิดความซ้ำซ้อนของกิจกรรม การวางแผนขาดการมีส่วนร่วมและแนวทางที่ชัดเจน ดังนั้น การบริหารจัดการด้านบุคลากรจึงมีความสำคัญเป็นลำดับแรก เพราะการทำงานกับผู้สูงอายุ จะต้องเป็นคนที่มีความรัก ตั้งใจ เสียสละ อดทน และมีความคิดในเชิงบวกว่า การทำงานด้านผู้สูงอายุเป็นโอกาสที่จะได้ทำบุญให้ทานแก่เพื่อนมนุษย์ หรือบำเพ็ญประโยชน์แก่สังคมได้อีกทางหนึ่งด้วย และ ผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยในขณะนี้ดำรงชีพอยู่ภายใต้ภาวะความเสี่ยง หรือขาดหลักประกันที่สำคัญ ทั้งด้านการเงิน ที่อยู่อาศัย การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร การเดินทางและคมนาคม รวมทั้งการได้รับการดูแลเมื่อถึงระยะต้องพึ่งพา นอกจากนี้แล้ว การที่ผู้สูงอายุขาดความรู้ความเข้าใจในการเอาใจใส่ดูแลสุขภาพตนเอง ผู้สูงอายุในชุมชนถูกทอดทิ้งให้อยู่บ้านตามลำพัง และไม่มีกรรวมกลุ่มทำกิจกรรมร่วมกันของผู้สูงอายุ ตลอดจนการขาดฐานข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ก็ล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนเช่นกัน⁽¹⁶⁾

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุนั้น ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการบูรณาการแนวคิด รูปแบบ และวิธีการดำเนินงานอย่างเหมาะสม โดยประสานความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายหลักที่ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ คือ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดมาตรการ แผนงาน หรือนโยบายต่างๆ สำหรับให้การดูแลช่วยเหลือและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พร้อมทั้งกระจายหน้าที่ความรับผิดชอบในภาคส่วนต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีบทบาทในการกำหนดระบบบริหารจัดการรูปแบบและวิธีการดำเนินงาน ตลอดจนให้การสนับสนุนทรัพยากรดำเนินงาน เครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ และงบประมาณสำหรับการจัดระบบดูแลและให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีครอบคลุมทุกมิติ ส่วนข้อเสนอแนะสู่การปฏิบัติ เพื่อที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากบุคคลและหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทุกระดับ ตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยเห็นสมควรให้มีข้อเสนอแนะ สำหรับใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย 3 ระดับ คือ

1. ระดับปัจเจก ควรมีการเตรียมความรู้และการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพตั้งแต่วัยเด็กต่อเนื่องถึงวัยสูงอายุ เพื่อเป็นผู้สูงอายุที่กระฉับกระเฉง สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของครอบครัวและชุมชน รวมทั้งเตรียมออมเงินหรือสะสมเงินเข้ากองทุนตั้งแต่วัยทำงาน เพื่อเอื้อต่อการเป็นผู้สูงอายุที่สามารถพึ่งตนเองได้

2. ระดับครอบครัว บุตรหลานและสมาชิกครอบครัวทุกคนควรมีความกตัญญูตเวที ให้ความรัก ความอบอุ่น เลี้ยงดู เกื้อหนุนช่วยเหลือ และดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุ ทั้งนี้ สมาชิกในครอบครัวควรมีความรู้ ข้อมูลข่าวสาร และคำแนะนำที่เป็นประโยชน์สำหรับการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพกับผู้สูงอายุ มีการปรับปรุงสภาพแวดล้อมทางกายภาพทั้งภายในและบริเวณบ้าน

ตลอดจนสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและชุมชน

3. ระดับชุมชน เน้นหลักการเสริมสร้างศักยภาพ ความเข้มแข็ง และการมีส่วนร่วมระหว่างสมาชิกของชุมชน ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตามยุทธศาสตร์ของการสาธารณสุขมูลฐาน โดยมุ่งบูรณาการแนวคิดบริการเชิงรุก (Service oriented) และแนวคิดของการพัฒนา (Development oriented) ภายในชุมชน เพื่อประสิทธิภาพของผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง โดยสนับสนุนและกระตุ้นผู้นำชุมชน เพื่อนบ้าน และประชาชนร่วมคิดร่วมวางแผนร่วมสร้างกิจกรรมตามความต้องการ และสอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ โดยอาศัยต้นทุนทางสังคมที่มีอยู่ ทั้งนี้จะต้องได้รับการสนับสนุนอย่างใกล้ชิดจากระบบบริการประชาชนจากทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ และองค์กรพัฒนาเอกชนที่มีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช สำหรับแรงบันดาลใจในการเขียนบทความวิชาการนี้ และขอขอบพระคุณ นายแพทย์จัญญู มีชนอน สำหรับความอนุเคราะห์ในการพิจารณา ตรวจสอบ และแก้ไข บทความวิชาการนี้ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2549). ผู้สูงอายุกับการทำงาน. กรุงเทพมหานคร.
2. ชาย โพธิสิตา และสุชาติ ทวีสิทธิ์ (2552). ประชากร และสังคม 2552 : ครอบครัวไทยในสถานการณ์เปลี่ยนผ่านทางสังคมและประชากร. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
3. กฤตยา อาชวนิจกุล และวรชัย ทองไทย: บรรณาธิการ (2549). ภาวะการตาย ภาวะสะท้อนความมั่นคงของประชากร. กรุงเทพมหานคร: บริษัท

- แปลนพรีนติ้ง จำกัด.
4. World Health Organization, Active and Healthy Aging. Report of a Regional Consultation. Thiruvananthapuram, Kerala, India, 6-8 December 2007.
 5. บรรลุ ศิริพานิช (2553). บรรยายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. การประชุมเวทีสาธารณะ เพื่อให้ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะต่อชุดโครงการวิจัยเรื่อง "การพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน". โดยผู้วิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และภาควิชาสังคม. วันจันทร์ที่ 22 มีนาคม 2553 เวลา 8.30-16.00 น. ณ ห้องประชุมภาณูรังษีบอลรูม โรงแรมรอยัลริเวอร์ กรุงเทพมหานคร.
 6. บรรลุ ศิริพานิช (2553). บรรยายพิเศษเรื่อง "การทำงานอาชีพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ". การประชุมระดมความคิดเห็น "การสร้างโอกาสการทำงาน: การจัดการเพื่ออนาคต" โดยแผนงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พัฒนาพื้นที่ต้นแบบและปัจจัยสำคัญ (สสส.) มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). วันศุกร์ที่ 2 เมษายน 2553 เวลา 8.30-12.00 น. ณ ห้องประชุมสถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ กรุงเทพมหานคร.
 7. ศิริ ฮามสุโพธิ์ (2543). ประชากรกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์.
 8. ฤดี กรุดทอง (2540). ประชากรกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต. คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ สถาบันราชภัฏสวนดุสิต.
 9. สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (2540). เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกทุก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่.
 10. มารศรี นุชแสงพลี (2532). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ : ศึกษากรณีผู้สูงอายุในชุมชนบ่อนไก่ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะสังคมวิทยาและมนุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
 11. สมศักดิ์ ชุณหรัศม์ (2550). การระดมความคิดเพื่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ. หน้า 85. ใน ถอดบทเรียนจากเวทีสาธารณะ เรื่อง ปรับแนวคิดเพื่อชีวิตผู้สูงอายุ. เครือข่ายการวิจัยเพื่อพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยมหิดล. โรงพิมพ์สามลดา.
 12. เสนอ อิศรสุขศรี (2550). การระดมความคิดเพื่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ. หน้า 83-84. ใน ถอดบทเรียนจากเวทีสาธารณะ เรื่อง ปรับแนวคิดเพื่อชีวิตผู้สูงอายุ. เครือข่ายการวิจัยเพื่อพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยมหิดล. โรงพิมพ์สามลดา.
 13. ธนูชาติธนานนท์. บทความปริทัศน์ เรื่อง ความเข้าใจเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. ปีที่ 20 ฉบับที่ 2 เม.ย.-มิ.ย. 2540.
 14. พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546
 15. มลฤดี ศรีสุข (2545). การบริหารงานสวัสดิการผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนตำบลในเขตจังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาตรีประเทศาสนศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา.
 16. สถาบันวิถิใหม่ คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และ UNDP, Bangkok (2550). เล่มที่ 10 การจัดสวัสดิการสังคมและส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (ประเด็นปัญหา : การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน). [ออนไลน์]. (เข้าถึงได้เมื่อวันที่ 9 มิถุนายน 2554). เข้าถึงได้จาก http://www.polsci.chula.ac.th/initiatives/book10_gd7.htm.