



วารสารควบคุมโรค

DISEASE CONTROL JOURNAL

ปีที่ 36 ฉบับที่ 2 เมษายน - มิถุนายน 2553

Volume 36 No. 2 April - June 2010



- การประเมินคุณภาพการให้บริการสสโลไม่ติดต่อและการบาดเจ็บภายใต้โครงการจัดการทรัพยากร
นำเข้าลดเสียงสสโลไม่ติดต่อ ปีงบประมาณ 2551
- การบาดเจ็บจากภัยพิบัติ จังหวัดพังงา
- การประเมินสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของแรงงานสูงอายุในภาคใต้
- นโยบายกับแนวทางการพัฒนาการเรียนการสอนเรื่องเอดส์และเพศศึกษา
- ทัศนคติของผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- ประสิทธิภาพนโยบายกระทรวงสาธารณสุขในการเร่งรัดหยุดยั้งวัณโรคต่อแผนงานวัณโรคแห่งชาติ
- การพัฒนารูปแบบการควบคุมสถานการณ์การดื้อยาวัณโรคหลายขนานในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน
- รูปแบบการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ในศูนย์เด็กเล็ก อำเภอเมือง ในจังหวัดพัทลุงและจังหวัดตรัง



วารสารควบคุมโรค

DISEASE CONTROL JOURNAL

ISSN 1685-6481

ปีที่ 36 ฉบับที่ 2 เม.ย. - มิ.ย. 2553 Volume 36 No. 2 Apr - Jun 2010

สารบา-	หน้า	CONTENTS
นิพนธ์ต้นฉบับ	PAGE	Original Article
การประเมินคุณภาพการจัดการบริการโรคไม่ติดต่อ และการบาดเจ็บภายใต้โครงการจัดการทรัพยากร นำเข้ลดเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ ปีงบประมาณ 2551 พรณี ทิพย์ธาดล และคณะ	67	The Evaluation of Quality and Services Management of Non-Communicable Diseases in 2008 <i>Punnee Tiptaradol, et al</i>
การบาดเจ็บจากภัยสึนามิ จังหวัดพังงา เจษฎา ฉายคุณรัฐ	75	Injuries of Tsunami's victims in Phang-Nga Province <i>Jesada Chaikulrat</i>
การประเมินสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของ แรงงานสูงอายุในภาคใต้ ปัจฉิมา บัวยอม และคณะ	81	The Assessment on Health Status and Health Behaviors among Aging Workers in Southern Thai- land <i>Patchaima Buayom, et al</i>
นโยบายกับแนวทางการพัฒนาการเรียนการสอน เรื่องเอดส์และเพศศึกษา นุชนารถ แก้วดำเกิง และคณะ	90	A study of Policy for Developing AIDS and Sex Education <i>Nutchanart Kaedumkoeng, et al</i>



สารบา-	หน้า	CONTENTS
	PAGE	
ทัศนคติของผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	101	Attitude of HIV Infected Persons to the National Health Security Project
รุจิรัตน์ จาลอย		Rujirat Chaloy
ประสิทธิผลนโยบายกระทรวงสาธารณสุขในการเร่งรัดหยุดยั้งวัณโรคต่อแผนงานวัณโรคแห่งชาติ	109	The Effectiveness of Accelerating Policy of Tuberculosis Control to the National Tuberculosis Control Programme
บุ-เชิด กลัดพ่วง และคณะ		Booncherd Kladphuang, et al
การพัฒนาแบบการควบคุมสถานการณ์การดื้อยาวัณโรคหลายขนานในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน	118	Development of MDR-TB Control Model in Northern Thailand
ปิยะดา คุณาวารักษ์ และคณะ		Piyada Kunawarak, et al
รูปแบบการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ในศูนย์เด็กเล็กอำเภอเมือง ในจังหวัดพัทลุง และจังหวัดตรัง	129	Model for Prevention of Hand, Foot and Mouth Disease in Child Care Center in the City of Patthalung and Trang Province
บงกช เขียวชา-ยนต์ และคณะ		Bongkoch Chiewchanyon, et al
มูลนิธโรหดแห่งประเทศไทยมอบทุนสนับสนุนงานวิจัย	136	

วารสารควบคุมโรค

วารสารควบคุมโรค เป็นวารสารทางวิชาการ จัดพิมพ์เผยแพร่โดย

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

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

DISEASE CONTROL JOURNAL

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

Advisors: Director General, Department of Disease Control
Deputy Director General, Department of Disease Control
Senior Experts, Department of Disease Control
Director of Bureau and Institute, Department of Disease Control
Regional Directors, Offices of Disease Control

Editor: Dr. Anupong Chitwarakorn

Editorial Board: Dr. Supamit Chunsuttiwat
Dr. Saravuth Suvannadabba
Dr. Suwich Thammaphalo
Dr. Krisada Mahotarn
Dr. Pachara Sirivongrangson
Dr. Vinai Vuttivirojana
Dr. Jeeraphat Sirichaisinthop
Dr. Yuthichi Kasetjaroen
Dr. Somkiat Sirirattanapruk
Dr. Saman Futrakul

Manager: Ms. Porntip Wiriyanont

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 Thane
Tel 0-2590-3225

Publishment Quarterly: Quarterly issued per year: January-March, April-June,
July-September, October-December

Printing: Printed at the Printing House of the Argicutral Cooperatives of
Thailand, Bangkok, Tel. 0-2424-5600

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารควบคุมโรคยินดีรับบทความวิชาการหรือรายงานผลการวิจัยที่เกี่ยวกับโรคติดต่อหรือโรคติดเชื้อ และโรคไม่ติดต่อตลอดจนผลงานการควบคุมโรคต่างๆ โดยเรื่องที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์หรือกำลังรอพิมพ์ ในวารสารอื่น ทั้งนี้ ทางกองบรรณาธิการตรวจทานแก้ไขเรื่องต้นฉบับและพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องลงพิมพ์

1. บทความที่ส่งลงพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ	การเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับดังนี้ “บทคัดย่อ บทนำ วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิเคราะห์สถิติการประกาศ เอกสารอ้างอิง” ความยาวของเรื่องไม่เกิน 10 หน้าพิมพ์	บทคัดย่อ	คือการย่อเนื้อหาสำคัญ เอาเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์และเป็นร้อยแก้ว ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด และมีส่วนประกอบคือ วัตถุประสงค์ วัตถุประสงค์ และ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา และวิเคราะห์หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงบทคัดย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
รายงานผลการปฏิบัติงาน	ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ วิธีการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน วิเคราะห์สถิติการประกาศ เอกสารอ้างอิง	บทนำ	อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัยศึกษาค้นคว้าของผู้คนที่เกี่ยวข้อง และวัตถุประสงค์ของการวิจัย
บทความพินิจวิชา	ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสิ่งที่ตรวจพบใหม่ หรือเรื่องที่นำเสนอที่น่าสนใจ ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทความวิเคราะห์ สถานการณ์ โรคต่างๆ ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ ความรู้ หรือข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องที่นำมาเขียน วิเคราะห์ หรือวิเคราะห์ สรุป เอกสารอ้างอิงที่ค่อนข้างทันสมัย	วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา	อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัยโดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างและการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลหรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์
ย่อเอกสาร	อาจย่อบทความภาษาต่างประเทศ หรือภาษาไทย 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 มนตรีสวัสดิ์, สุรศักดิ์ สมบัติตะวนิช, อุบัติการณ์โรคเรื้อนระยะแรก โดยการศึกษาจุลพยาธิวิทยาคลินิกจากกวางขวางของผิวหนังผู้ป่วยที่สงสัยเป็นโรคเรื้อน 589 ราย. วารสารโรคติดต่อ 2527; 10: 101-2.

3.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

ก. การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

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

ตัวอย่าง

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

ข. การอ้างอิงบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

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

ตัวอย่าง

2. ศรีชัย หล่ออารีย์สุวรรณ. การติดยาของเชื้อมาลาเรีย. ใน: ศรีชัย หล่ออารีย์สุวรรณ, ดนัย บุณนาค, ตระหนักจิต ทะรินสุต, บรรณาธิการ, ตำราอายุรศาสตร์เขตร้อน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: รวมพรรณ; 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 ซึ่งพิมพ์ต้นฉบับเอกสาร พร้อมระบุชื่อ File และระบบที่ใช้ MSWord

4.3 ภาพประกอบ ถ้าเป็นภาพถ่ายลายเส้นต้องเขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษหนาแน่น ถ้าเป็นภาพถ่ายควรเป็นภาพสไลด์ หรืออาจใช้ภาพขาวดำขนาดโปสการ์ดแทนก็ได้ การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหาก อย่าเขียนลงในรูป

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 เรื่องที่รับไว้กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ

5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาถึงพิมพ์กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

5.3 เรื่องที่ได้รับพิจารณาถึงพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งสำเนาพิมพ์ให้ผู้เขียนเรื่องละ 30 ชุด

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารควบคุมโรค ถือว่าเป็นผลงานทางวิชาการหรือการวิจัย และวิเคราะห์ตลอดจน เป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ไม่ใช่ความเห็นของกรมควบคุมโรค หรือกองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้เขียนจำต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน

การประเมินคุณภาพการจัดการบริการลดโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ
ภายใต้โครงการจัดการทรัพยากรนำเข้ลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อ ปีงบประมาณ 2551

The Evaluation of Quality and Services Management of
Non-Communicable Diseases in 2008

พรณี ทิพย์ธาดล พยบ., ศษ.ม. (บริหารการศึกษา) Punnee Tiptaradol RN., M.Ed.

อัจฉรา บุญชุม ป.พย., วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) Achara Bunchum B.N., M.sc.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

Bureau of Non Communicable Disease

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทรัพยากรนำเข้า 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริหารจัดการ ด้านบุคลากร ด้านการสร้างความรู้ และด้านระบบงบประมาณกับคุณภาพการลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ ปี 2551 เป็นการประเมินสรุปผลเชิงคุณภาพ (Summative evaluation) และการประเมินผลลัพธ์ (Outcome evaluations) ด้วยการสัมภาษณ์ และการประเมินเชิงปริมาณด้วยการสำรวจแบบภาคตัดขวาง ประชากรที่ใช้ทำการศึกษาผู้ที่ปฏิบัติงานโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ จาก 5 จังหวัด ได้แก่ ชัยนาท ชลบุรี อุบลราชธานี เชียงใหม่ และนครศรีธรรมราช ผลการศึกษา พบว่าทรัพยากรนำเข้าทุกด้านไม่แตกต่างกัน คือ ส่วนใหญ่ มีการดำเนินงานครบทั้ง 4 ด้าน และมีคุณภาพต่อการสนับสนุนบริการลดเสี่ยง จะมีความแตกต่างกันอยู่บ้างเพียงเล็กน้อย ซึ่งจะขึ้นกับผู้บริหารสูงสุดในหน่วยงานนั้น ส่วนความพึงพอใจต่อบทบาทการทำงาน การเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ ภาพรวม พบว่าทุกหน่วยงานมีความพึงพอใจ อยู่ในระดับพอใจมาก ในด้านความสัมพันธ์ของทรัพยากรนำเข้ากับคุณภาพการลดโรคไม่ติดต่อ และการบาดเจ็บ พบว่ามีความสัมพันธ์กันในทางบวกทั้งในสำนักงานป้องกันควบคุมโรค และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด คือ ถ้าทรัพยากรนำเข้าของสำนักงานป้องกันควบคุมโรค และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทั้งสองแห่งเป็นไปในทิศทางที่ดี คุณภาพการลดโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ จะเป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้นตามไปด้วย แต่ไม่พบความสัมพันธ์กันระหว่างทรัพยากรนำเข้าระหว่างสำนักงานป้องกันควบคุมโรคและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นั่นคือ จากการสัมภาษณ์พบว่าในบางพื้นที่นโยบาย แนวทางการดำเนินงานหรือการปฏิบัติงานโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บนำไปสู่การปฏิบัติในระดับอำเภอ ตำบลไม่ครอบคลุม อาจเนื่องมาจากการประสานงานระหว่างสำนักงานป้องกันควบคุมโรคและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ยังมีช่องว่างในเรื่องการสื่อสารทั้งเชิงนโยบายและแนวทางปฏิบัติ

Abstract

This study aimed to evaluate the operational process between input resources (management, human development, knowledge management, and budget) and the outcome quality of service of Non-Communicable Diseases in 2008. The research methodology was designed as summative evaluation and outcome evaluations by cross-sectional interview and information gatherings of NCD health officers in 5 pilot provinces namely Chainat, Chonburi, Ubouratchathani, Chiangmai and Nakhon Si Thammarat. The results showed

that the process of performing service management was fully implemented and highly effective. Nonetheless, there were slightly differences during the course of the process implementation due to top-level management. The research also revealed that the satisfaction rate of NCD-staffs were at the highest. The key successes of NCD working were the support from top executives, the awareness and strong-interaction of field health operators. Finally, this study showed no significant association between the input resources the Provincial Public Health offices and Office of Disease Prevention and Control because the interview result showed that the operation process of NCD from the top management of the province to districts were not covered all of areas because there was a lack of policy and implement communications.

ประเด็นสำคัญ-

การจัดการทรัพยากร โรคไม่ติดต่อ
คุณภาพการให้บริการ

Keywords

Non-Communicable Diseases,
Quality management

บทนำ

จากการดำเนินโครงการพัฒนาระบบทรัพยากร นำเข้าเพื่อควบคุมป้องกันปัจจัยเสี่ยงสำคัญตามนโยบายโรคไม่ติดต่อในปี 2548 ผู้เชี่ยวชาญได้ระดมสมอง จัดทำกรอบแนวคิดทรัพยากรนำเข้าที่เหมาะสมในการลดปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อ ซึ่งได้ระบุทรัพยากรนำเข้าที่จำเป็นในการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อที่สำคัญที่สุดคือ องค์ความรู้ประยุกต์ ที่ผ่านการวิเคราะห์สังเคราะห์แล้ว เครือข่ายสามารถจะนำไปใช้ในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อในพื้นที่ของตนเองได้ ทั้งยังให้เครือข่ายจัดสรรทรัพยากรที่เหมาะสมต่อสถานการณ์โรคไม่ติดต่อในพื้นที่ และจากการศึกษาสถานการณ์ การจัดการการสื่อสารเชิงข่าวเตือนภัยเพื่อลดความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในกลุ่มเยาวชน⁽¹⁾ พบว่ากลวิธีการสนับสนุนทรัพยากรการดำเนินงานในพื้นที่ควรพิจารณาใน 3 มิติในการดำเนินงานสื่อสารในกลุ่มเยาวชน คือ

มิติที่ 1 ด้านการบริหาร เป็นการจัดโครงสร้างองค์กรรวมทั้งเตรียมและจัดสรรทรัพยากร การดำเนินงานด้านบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์เพื่อการจัดการการสื่อสารซึ่งเป็นการแก้ไขปัญหาที่สาร จากผลการวิจัยพบว่าทั้งโรงเรียนและชุมชนยังขาดความพร้อมด้านทรัพยากรที่จะปฏิบัติงานในพื้นที่

มิติที่ 2 ด้านวิชาการ ควรพัฒนาบุคลากรโดยฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ เทคนิคการวางแผนการสื่อสาร

องค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง การออกแบบสาร การผลิตสื่อ เพื่อให้พื้นที่มีความพร้อมที่จะขับเคลื่อนกิจกรรมการสื่อสาร ลดปัจจัยเสี่ยงทุกระดับตั้งแต่ระดับจังหวัด อำเภอ ชุมชน

มิติที่ 3 ด้านการบริการ ควรมีฐานข้อมูลของสื่อและกิจกรรมในพื้นที่ และการจัดการบริการสื่อและสารที่พร้อมจะกำหนดให้แก่กลุ่มองค์กร หรือบุคคลที่ต้องการสื่อสาร ลดปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ

ดังนั้นในปี 2551 ผู้วิจัยจึงได้ประเมินคุณภาพการบริหารลดโรคไม่ติดต่อในองค์กรพื้นที่เครือข่ายปัจจุบัน ว่ามีการสนับสนุนทรัพยากรในการปฏิบัติงานทั้งปริมาณและคุณภาพเพียงพอในการลดความเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อหรือไม่ เพื่อนำผลจากงานวิจัยเสนอเชิงนโยบายเป็นแนวทางสนับสนุนองค์กรและเครือข่ายที่เกี่ยวข้องโดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อวัดระดับทรัพยากรนำเข้า ด้านการบริหารจัดการและระบบสนับสนุน ด้านบุคลากร ด้านการสร้างองค์ความรู้ ด้านระบบงบประมาณและการเงิน และคุณภาพการให้บริการลดโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ

2. เพื่อวิเคราะห์ความสามารถในการอธิบายความผันแปรระหว่างทรัพยากรนำเข้า ด้านการบริหารจัดการและระบบสนับสนุน ด้านบุคลากร ด้านการสร้างองค์ความรู้ด้านระบบงบประมาณและการเงิน กับคุณภาพการให้บริการลดโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการประเมินสรุปรวมเชิงคุณภาพ (Summative evaluation) และการประเมินผลลัพธ์ (Outcome evaluations) ด้วยการสัมภาษณ์ และการประเมินเชิงปริมาณ ด้วยการสำรวจแบบภาคตัดขวาง

โดยมีกลุ่มตัวอย่างคือ หัวหน้างานโรคไม่ติดต่อสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขตและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บใน CUP โรงพยาบาลชุมชนและหัวหน้าศูนย์สาธารณสุขชุมชน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่าง

สำนักงานป้องกันควบคุมโรค	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	CUPโรงพยาบาลชุมชน	ศูนย์สุขภาพชุมชนที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	ศูนย์สุขภาพชุมชนที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน
สคร.2	ชัยนาท	รพช.วัดสิงห์	หนองขุน	หนองนอย
สคร.3	ชลบุรี	รพช.พานทอง	บางนาง	หนองตำลึง
สคร.7	อุบลราชธานี	รพช.พิบูลย์มังสาหาร	ไร่ใต้	โนนกาหลง
สคร.10	เชียงใหม่	รพช.พร้าว	ขามส้มป่	ทุ่งหลวง
สคร.11	นครศรีธรรมราช	รพช.ปากพนัง	บ้านบนเนิน	บ้านบางช้าง

โดยเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. สร้างเครื่องมือเชิงปริมาณและแนวทางการสัมภาษณ์
2. จัดประชุมชี้แจงสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขต และนำสรุปผลการประชุมมาปรับรูปแบบการวิจัยให้เหมาะสมกับสถานการณ์ความเป็นจริงของการปฏิบัติงานในปัจจุบัน
3. เก็บรวบรวมข้อมูล มิถุนายน - กรกฎาคม 2551

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาความสัมพันธ์ระหว่างทรัพยากรนำเข้าในด้านต่างๆ กับคุณภาพการบริการลดโรคไม่ติดต่อ และการบาดเจ็บ และทรัพยากรนำเข้าของสำนักงานป้องกันควบคุมโรค กับสาธารณสุขจังหวัด โดยใช้วิธี Spearman correlation⁽²⁾

ผลการศึกษา

1. ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 กลุ่มตัวอย่างจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรค มีการศึกษาในระดับปริญญาโทมากที่สุด ต่างจากกลุ่มตัวอย่างจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน และศูนย์สุขภาพชุมชน ที่มีการศึกษา

ในระดับปริญญาตรีมากที่สุด และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีตำแหน่งเป็นนักวิชาการสาธารณสุข ยกเว้นที่มีตำแหน่งเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่วนใหญ่จะมีหน้าที่และบทบาทต่องานโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บเหมือนกัน คือจะมีมากและชัดเจนในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และมีน้อยในงานการบาดเจ็บ การควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์และยาสูบ การอบรมเกี่ยวกับงานโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บในรอบ 3 ปีที่ผ่านมากลุ่มตัวอย่างจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคและสาธารณสุขจังหวัด ส่วนใหญ่จะได้รับการอบรมเกินร้อยละ 60 ส่วนในโรงพยาบาลชุมชน และศูนย์สุขภาพชุมชนจะได้รับการอบรมในสัดส่วนที่น้อยกว่า โดยเฉพาะในงานการบาดเจ็บ การควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์และยาสูบ

1.2 ความรู้หรือทักษะที่ต้องการเพิ่ม แตกต่างกันในทุกกลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่มตัวอย่างจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ต้องการความรู้การบริหารโครงการมากที่สุด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ต้องการเรื่องการวางแผนกลยุทธ์และนโยบายมากที่สุด โรงพยาบาลชุมชน ต้องการเรื่องการจัดการและถ่ายทอดองค์ความรู้และความรู้ด้านระบาดวิทยาในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ และการบาดเจ็บมากที่สุด และจากศูนย์สุขภาพชุมชน ต้องการความรู้เรื่องระบาดวิทยาในการป้องกันควบคุม

โรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บมากที่สุด

1.3 ระดับความพึงพอใจต่อบทบาทที่ได้รับมอบหมายต่องานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค พบว่าภาพรวม ทุกกลุ่มตัวอย่างทั้งสี่แห่ง มีความพึงพอใจในระดับพอใจมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ย อยู่ในช่วง 2.2 - 2.8

2. ทรัพยากรนำเข้าด้านการบริหารจัดการ

2.1 นโยบายและแผนงาน

กลุ่มตัวอย่างทั้ง 4 กลุ่ม มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนงานและมีความชัดเจนสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้ รวมทั้งมีความเชื่อต่อการดำเนินงาน โดยเฉพาะในงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เกินร้อยละ 80 ซึ่งมากกว่างานบาดเจ็บ และการควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์และยาสูบในระดับไม่เกินร้อยละ 60

การกำหนดนโยบายและแผนงานแตกต่างกันคือ กลุ่มตัวอย่างจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคส่วนใหญ่ ทำโดยสั่งการจากกรมหรือกระทรวงโดยตรง และผู้บริหารประชุมร่วมกับเจ้าหน้าที่ แตกต่างจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยผู้บริหารประชุมร่วมกับฝ่ายแผนงานเท่านั้นและมอบหมายในฝ่ายนโยบายและแผนเป็นผู้จัดทำสำหรับกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลชุมชนและศูนย์สุขภาพชุมชนส่วนใหญ่ มีการจัดทำแผนโดยประชุมทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แต่แตกต่างกันที่วิธีเตรียมการและปฏิบัติการตามแผน คือ โรงพยาบาลชุมชนจะประชุมชี้แจงหัวหน้ากลุ่มก่อนนำไปแจ้งให้บุคลากรในกลุ่มทราบ แต่ศูนย์สุขภาพชุมชนจะรณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชน และแจ้งให้โรงพยาบาลชุมชนและศูนย์สุขภาพชุมชน ทั้งโรงพยาบาล ชุมชน และศูนย์สุขภาพชุมชนมีการรับทราบนโยบายเหมือนกัน คือประชุมชี้แจงและแจ้งผู้รับผิดชอบโดยตรง

การขอรับการสนับสนุนในการดำเนินงานให้สำเร็จ กลุ่มตัวอย่างจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคและสาธารณสุขจังหวัด เห็นว่าเป็นการพัฒนาความรู้และการจัดระบบสนับสนุนการบริการสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างจากสาธารณสุขจังหวัด เห็นว่าควรจัดตามนโยบาย และแผนของหน่วยงานกำหนด

2.2 ระเบียบและมาตรการ

ภาพรวมพบว่ากลุ่มตัวอย่างจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จะมีการแต่งตั้งคณะกรรมการ และมาตรการในการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อ และการบาดเจ็บมากกว่ากลุ่มตัวอย่าง จากสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ในส่วนของกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลชุมชน พบว่ามีการกำหนดระเบียบมาตรการโดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อครบร้อยละ 100 ต่างจากกลุ่มตัวอย่างจากศูนย์สุขภาพชุมชนภาพรวมพบว่า มีการกำหนดระเบียบและมาตรการร้อยละ 50

2.3 การกำกับ ติดตามและประเมินผล

โดยภาพรวมพบว่า ทุกกลุ่มตัวอย่างมีการกำหนดผู้รับผิดชอบประเมินผลการปฏิบัติงานในแต่ละด้าน อยู่ในช่วงระหว่างร้อยละ 60 ถึงร้อยละ 100

การมีส่วนร่วมในการกำกับติดตามและประเมินผล พบว่ากลุ่มตัวอย่างจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรค และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะมีส่วนร่วมในการกำกับนิเทศและประเมินผลมากกว่าด้านอื่น โดยเฉพาะในงานโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ เช่นเดียวกับจากโรงพยาบาลชุมชนและศูนย์สุขภาพชุมชน ที่เห็นว่ามีผลชัดเจนมาก ในการกำกับติดตามและประเมินผลในด้านโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ

2.4 วัสดุ ครุภัณฑ์

กลุ่มตัวอย่างจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรค และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตอบไม่แตกต่างกันคือการบริการเอกสารจะมีความเพียงพอมากที่สุด ส่วนในด้านความต้องการสื่อต่าง ๆ พบว่าภาพรวมในกลุ่มตัวอย่างจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรค และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต้องการคู่มือและแนวทางในการปฏิบัติงานโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ ในงานทุกด้านมากที่สุด แตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลชุมชน และศูนย์สุขภาพชุมชนที่ภาพรวมต้องการแผ่นพับในงานทุกด้านสูงสุด

3. ทรัพยากรนำเข้าด้านบุคลากร

คุณสมบัติของบุคลากร ภาพรวมพบว่าบุคลากรมีความรู้ ความสามารถ และความรับผิดชอบในงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ

มากกว่าร้อยละ 60

แหล่งค้นหาความรู้ พบว่าโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่มีการสร้างองค์ความรู้จากการประชุมวิชาการ ภายในและภายนอกหน่วยงาน แต่ศูนย์สุขภาพชุมชนมีการศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร สื่อ และสิ่งพิมพ์อื่นๆ เป็นส่วนใหญ่

การปฐมนิเทศบุคลากรก่อนปฏิบัติงาน ส่วนใหญ่ให้บุคลากรที่จะเริ่มปฏิบัติงานนั้นๆ ได้ศึกษาตามความสนใจ เช่น ศึกษาจากเอกสารต่างๆ และให้ศึกษาจากเจ้าหน้าที่คนเดิมหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น

ความต้องการคู่มือ ทุกกลุ่มต้องการคู่มือทั้งด้านการบริหารจัดการ และคู่มือปฏิบัติการสำหรับโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บทุกเรื่อง

ปัจจัยสนับสนุนให้การปฏิบัติงานเฝ้าระวังฯ บรรลุวัตถุประสงค์ส่วนใหญ่เห็นว่าปัจจัยที่สำคัญคือ องค์ความรู้ โดยงบประมาณเป็นเรื่องที่สำคัญน้อยที่สุด ที่สอดคล้ององค์กร พบว่าสำนักงานป้องกันควบคุมโรคมีความพร้อมที่จะปฏิบัติงานต่อองค์กรอย่างเต็มกำลังความสามารถมากกว่าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แต่บุคลากรสำนักงานป้องกันควบคุมโรคไม่มีความสุขในการทำงาน มากกว่าบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด การวางแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากร สำนักงานป้องกันควบคุมโรคกำหนดแนวทางการพัฒนามาตามนโยบายองค์กรมากที่สุด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดใช้วิธีจัดฝึกอบรมแก่ระดับ ให้มีศักยภาพในการปฏิบัติงานมากที่สุด

4. ทรัพยากรนำเข้าด้านการสร้างองค์ความรู้

4.1 การสนับสนุนการสร้างองค์ความรู้

สำนักงานป้องกันควบคุมโรค และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้รับการสนับสนุนในเครื่องคอมพิวเตอร์ จากองค์กรมากที่สุด ส่วนสิ่งสนับสนุนจากเครือข่าย คือ การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเอกสารรายงานต่างๆ ตามลำดับ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ได้รับข้อมูลสารสนเทศจากส่วนกลางเพียงพอ แต่สาธารณสุขจังหวัดไม่เพียงพอ

กลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลชุมชน และศูนย์สุขภาพชุมชนส่วนใหญ่ได้รับการอบรมจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมากที่สุด

4.2 การนำข้อมูลสารสนเทศไปใช้ในการวางแผน

พบว่า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีการนำข้อมูลสารสนเทศไปใช้ในการวางแผนทุกด้าน ส่วนสำนักงานป้องกันควบคุมโรค และโรงพยาบาลชุมชนจะนำไปใช้วางแผนเรื่องการคุ้มครองและป้องกันปัจจัยเสี่ยงในประชาชน/ชุมชน การเฝ้าระวังและวางแผนการควบคุมโรค และการศึกษาวิจัย และศูนย์สุขภาพชุมชนส่วนใหญ่นำไปใช้ในการวางแผนเกือบทุกด้าน ยกเว้นในด้านการศึกษาวิจัย

4.3 วิธีการออกแบบระบบสารสนเทศให้สอดคล้องกับการสร้างองค์ความรู้

พบว่าทุกแห่งมีทั้งให้บุคลากรภายในหน่วยงานดำเนินการเองและการจ้างบุคคลภายนอกให้ดำเนินการให้ แต่ยังคงต้องการให้หน่วยงานส่วนกลาง ดำเนินการออกแบบระบบสารสนเทศ เพื่อให้สอดคล้องกับการสร้างองค์ความรู้เช่นกัน

4.4 ปัญหาอุปสรรคในการใช้ระบบอินเทอร์เน็ต

โรงพยาบาลชุมชน และศูนย์สุขภาพชุมชน ส่วนใหญ่จะพบปัญหาคล้ายกันคือ ระบบช้าชงบ่อย เครื่องคอมพิวเตอร์สมรรถนะต่ำ และความเร็วอินเทอร์เน็ตต่ำ

5. ระบบงบประมาณและการเงิน

5.1 แหล่งเงินสนับสนุนการดำเนินงาน

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคส่วนใหญ่ได้รับงบประมาณจากงบประมาณประจำปี และเงินต่างประเทศ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พบว่า นอกจากงบประมาณประจำปียังได้รับงบประมาณจากกองทุนประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลชุมชนพบว่าได้รับงบประมาณหลักจากเงินบำรุงโรงพยาบาล และศูนย์สุขภาพชุมชนพบว่าได้รับงบประมาณทั้งจากกองทุนประกันสุขภาพถ้วนหน้า และจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

5.2 ความสะดวกคล่องตัวของการเบิกจ่ายเงิน

กลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลชุมชน และ

ศูนย์สุขภาพชุมชนส่วนใหญ่เห็นว่ามีความคล่องตัวในการเบิกจ่ายเงินเพื่อดำเนินการตามแผนงานฯ แต่ยังมีอีกเกือบครึ่งที่เห็นว่าไม่คล่องตัว เนื่องจากการมีระเบียบ ขั้นตอนที่ยากมาย เป็นต้น

6. การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อ และการบาดเจ็บ

6.1 การเฝ้าระวัง

1. การค้นหา

กลุ่มตัวอย่างจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรค และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ส่วนใหญ่มีวิธีการค้นหาโรคไม่ติดต่อฯ โดยการรวบรวมข้อมูลรายงานจากระดับปฏิบัติ รวมทั้งนำมาวิเคราะห์และแปลผลเพื่อทราบการกระจายของอุบัติการณ์โรคและปัจจัยเสี่ยงในประชากร

2. การดำเนินการ

กลุ่มตัวอย่างจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรค และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พบว่ามีการเสนอแนวทาง มาตรการ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมพื้นฐาน ผลการวิเคราะห์ พร้อมทั้งมีการติดตามรายงานสถานการณ์อย่างใกล้ชิด

6.2 การป้องกัน

กลุ่มตัวอย่างจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จะมีการประสานกับพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคฯ พร้อมทั้งสนับสนุนการปฏิบัติบริการตามมาตรการป้องกันการเพิ่มขึ้นของ ภาวะแทรกซ้อนและปัจจัยเสี่ยงที่เกิดขึ้น สำนักงานป้องกันควบคุมโรคจะสนับสนุนวิทยากรในการให้ความรู้ กรณีบุคลากรในพื้นที่มีอุบัติการณ์ของโรคฯ พร้อมทั้งกำกับและประเมินผลการปฏิบัติงานเป็นส่วนใหญ่

6.3 การควบคุม

กลุ่มตัวอย่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พบว่ามีการติดตามสถานการณ์เพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์การเกิดโรค ในขณะที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรค มีการประสานหน่วยปฏิบัติในพื้นที่เพื่อสนับสนุน หรือร่วมดำเนินการสอบสวนหาสาเหตุ

7. ความสัมพันธ์ระหว่างทรัพยากรนำเข้าขององค์กร เครือข่ายกับคุณภาพการให้บริการลดโรคไม่ติดต่อ

และการบาดเจ็บ

7.1 ความสัมพันธ์ของทรัพยากรนำเข้าของสำนักงานป้องกันควบคุมโรค กับคุณภาพการให้บริการลดโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ

ทรัพยากรนำเข้าสองด้านที่พบความสัมพันธ์คือ ด้านบุคลากรและงบประมาณโดยมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพการให้บริการ การเฝ้าระวัง ค้นหาโรค ป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ นั่นคือถ้าทรัพยากรนำเข้าของสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ทั้งสองด้านดีเป็นไปในทิศทางที่ดี คุณภาพการให้บริการลดโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บจะเป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้นตามไปด้วย

7.2 ทรัพยากรนำเข้าของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กับคุณภาพการให้บริการลดโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ

ทรัพยากรนำเข้าเพียงด้านเดียวที่พบความสัมพันธ์ คือด้านการบริหารจัดการโดยมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพการให้บริการ การป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ นั่นคือถ้าทรัพยากรนำเข้าของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ด้านนี้เป็นไปในทิศทางที่ดี คุณภาพการให้บริการการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บจะเป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้นตามไปด้วย คล้ายกับของสำนักงานป้องกันควบคุมโรค

7.3 ความสัมพันธ์ของทรัพยากรนำเข้าของสำนักงานป้องกันควบคุมโรค กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ภาพรวมไม่พบความสัมพันธ์กันระหว่างทรัพยากรนำเข้าระหว่างสำนักงานป้องกันควบคุมโรค และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นั่นคือ จากการสัมภาษณ์พบว่าในบางพื้นที่นโยบาย แนวทางการดำเนินงาน หรือการปฏิบัติงานลดโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บลงสู่ในระดับอำเภอ ตำบลไม่ทั่วถึง อาจเนื่องมาจากการประสานงานระหว่างสำนักงานป้องกันควบคุมโรค และสำนักงานสาธารณสุขยังไม่เข้มข้น และการประสานงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกับระดับอำเภอ ตำบลยังไม่ครอบคลุม หรือขาดการติดตามอย่างเข้มข้น

และต่อเนื่องเท่าที่ควร

8. ผลวิเคราะห์จากการสัมภาษณ์เชิงลึก

พบว่า สำนักงานป้องกันควบคุมโรคมีทรัพยากรนำเข้าได้แก่ การบริหารจัดการที่ดี องค์ความรู้ต่อระบบงบประมาณเพียงพอ และการมีทัศนคติที่ดีต่อองค์กร ส่งผลภาพรวมของคุณภาพการบริหารการลดโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บอยู่ในระดับดีและมีประสิทธิภาพ แต่ในระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทรัพยากรนำเข้าได้แก่การบริหารจัดการ องค์ความรู้ และระบบงบประมาณ ไม่มีผลต่อการจัดการบริการลดโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ ทั้งนี้เนื่องจากพื้นที่มีศักยภาพแตกต่างกันของบุคลากร ทีมงาน และศักยภาพของบุคลากรในการรับทราบนโยบาย เพื่อลงสู่การปฏิบัติ อีกทั้งมีความหลากหลายของกลุ่มงานในการดำเนินงาน และการมอบหมายงานที่เกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรัง เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดงานโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อัมพฤกษ์ อัมพาต อยู่ในงานส่งเสริมสุขภาพ หรือบางแห่งอยู่ในงานผู้สูงอายุ งานควบคุมและคุ้มครองการบริโภคยาสูบและแอลกอฮอล์อยู่ในงานคุ้มครองผู้บริโภค งานอุบัติเหตุอยู่ในรูปคณะกรรมการระดับจังหวัด ระดับ CUP โรงพยาบาลชุมชน งานอุบัติเหตุอยู่ห้องฉุกเฉิน งานคลินิกโรคเรื้อรังอยู่คลินิกพิเศษ งานควบคุมการบริโภคยาสูบและแอลกอฮอล์ อยู่กับงานคุ้มครองผู้บริโภคโดยเภสัชกร งานเยี่ยมบ้าน หรืองานคัดกรอง อยู่งานเวชปฏิบัติครอบครัว ระดับ PCU ต้องใช้ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์หลายคน จึงได้คำตอบเชิงลึกเพราะแต่ละพื้นที่ให้ความสำคัญไม่เท่ากัน จากความหลากหลายของลักษณะงานและแยกผู้รับผิดชอบจากหลายกลุ่มงาน ทำให้บางแห่งเมื่อมีนโยบาย หรือหนังสือแจ้งเวียนให้ดำเนินการ จะต้องนำเรื่องเข้าคณะกรรมการ ว่างานนี้ควรเป็นของผู้รับผิดชอบคนใด ทำให้การประสานงานไม่ดีเท่าที่ควร ตลอดจนบางพื้นที่บุคลากร มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้บริหารทำให้การนำนโยบายสู่การปฏิบัติมีปัญหา ซึ่งมีผลต่อคุณภาพการบริการลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อไม่ได้คุณภาพและไม่เป็นไปตามตัวชี้วัด

วิจารณ์

การนำนโยบายสู่การปฏิบัติจากส่วนกลางลงสู่ภูมิภาค พบว่า

- ถ้าผู้บริหารระดับจังหวัด/ อำเภอไม่เห็นความสำคัญของนโยบายหรือให้ความสำคัญน้อย การนำสู่การปฏิบัติก็ได้รับความสนใจน้อยลง

- ถ้ามีการเคลื่อนย้ายของบุคลากรระดับเขตหรือจังหวัดบ่อยๆ ซึ่งกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่ได้รับถ่ายทอดโดยตรงทั้งเชิงนโยบายและการพัฒนาองค์ความรู้จากส่วนกลาง จะมีผลกระทบต่อการนำนโยบายหรือองค์ความรู้สู่ผู้ปฏิบัติงานเพราะต้องเป็นผู้แทนควบคุมกำกับประเมินผลตามตัวชี้วัด เช่น เมื่อคัดกรองกลุ่มเสี่ยงแยกจากกลุ่มป่วยแล้ว จะเอาไปทำอะไรต่อ เป็นต้น

- ระดับโรงพยาบาลชุมชน พบว่า ผู้ที่ได้รับการพัฒนาองค์ความรู้เฉพาะด้านมักเป็นผู้ทำงานในคลินิก แต่เมื่อมีการนำสู่ชุมชนคือผู้ปฏิบัติงานในชุมชนได้รับการพัฒนาไม่เพียงพอ สู่การปฏิบัติหรือระดับศูนย์สาธารณสุขชุมชน ได้รับการพัฒนาไม่เพียงพอสู่การปฏิบัติหรือระดับศูนย์สาธารณสุขชุมชนที่มีบุคลากรน้อยคือ 1 - 2 คน ถ้าคนใดคนหนึ่งไปอบรม หลังการอบรมไม่ได้ไปถ่ายทอดต่อ หรือถ่ายทอดแต่ไม่ครอบคลุม มีผลต่อการนำความรู้สู่การปฏิบัติและการจัดการบริการได้คุณภาพลดลง

ข้อเสนอแนะ

จากผลดังกล่าวในบทบาทของกรมควบคุมโรค คือ งานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ ทำอย่างไรเพื่อให้ทั้งนโยบายและองค์ความรู้ที่เป็นปัจจุบัน จะถึงผู้ปฏิบัติที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ในเรื่องลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อในระดับประชากรคือ กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน ศูนย์สาธารณสุขชุมชนได้เพียงพอสู่การปฏิบัติ ผู้วิจัยขอเสนอแนะ ดังนี้

1. เนื่องจากสำนักโรคไม่ติดต่อทำงานในบทบาทกรมควบคุมโรค กลุ่มที่ได้รับการถ่ายทอดนโยบาย และ

องค์ความรู้จากสำนักฯ คือ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคระดับเขตจะเป็นผู้นำนโยบาย และองค์ความรู้ไปขยายผลในพื้นที่รับผิดชอบนั้น นวัตกรรมที่จะมีการประเมินผลในภาพรวมตั้งแต่จังหวัดถึงศูนย์สาธารณสุขชุมชน จะได้ทราบผลของการถ่ายทอดองค์ความรู้ว่าเพียงพอและครอบคลุมสู่การปฏิบัติหรือไม่

2. สำนักโรคไม่ติดต่อ นวัตกรรมที่จะมีการประเมินผลในภาพรวมทุกงานที่นำลงสู่การปฏิบัติเช่นกัน อย่างน้อย 1-2 ปีต่อครั้ง เพราะจะได้ทราบปัญหาในเรื่องการสื่อสารมีการผิดพลาดตรงไหน เพื่อทำความเข้าใจให้ตรงกัน และสามารถดำเนินงานก้าวไปพร้อมๆ กันได้ทันสถานการณ์และแนวโน้มของการเกิดโรคไม่ติดต่อ ซึ่งมีผลต่อการจัดบริการให้ครอบคลุมทุกกลุ่ม ได้รับองค์ความรู้เพียงพอ และเป็นปัจจุบันในการนำไปจัดการตนเองในการลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อ

3. ด้านนโยบาย แผนงาน ส่วนกลางนำที่จะบูรณาการ และร่วมพูดคุยกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมควบคุมโรค กรมอนามัย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อร่วมกันพิจารณาแนวทางการดำเนินงานตลอดจน ตัวชี้วัดในงานโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ ให้เสร็จสิ้นสมบูรณ์ ก่อนนำลงไปสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ ทั้งนี้เพื่อลดภาระงานลดความซ้ำซ้อน

4. ระบบงบประมาณ นวัตกรรมที่จะฟังความคิดเห็น และเหตุผลจากพื้นที่ ก่อนจะพิจารณาจัดงบประมาณของพื้นที่ เพราะพื้นที่สามารถรู้ปัญหาอย่างแท้จริง อนึ่ง ถ้าได้งบประมาณไม่ตรงกับงานที่จะนำไปปฏิบัติ จะทำให้งานที่ออกมาไม่มีคุณภาพ

5 จำนวนบุคลากรที่ทำงานโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บยังมีน้อย แต่เนื่องจากภาระงานมาก ทำให้บางคนต้องทำงานหลายอย่าง ประกอบกับงานบางอย่าง เช่น การควบคุมการบริโภคยาสูบ แอลกอฮอล์ และการบาดเจ็บ ยังไม่ชัดเจน และซ้ำซ้อนกับหน่วยงานต่างประเทศ จะเน้นส่วนกลางนำที่จะประสานและกำหนดบทบาทงานเหล่านี้ให้ชัดเจนและแต่งตั้งบุคลากรประจำงานนั้นๆ โดยไม่ให้ซ้ำกับงานโรคเรื้อรัง

6. ผู้บริหารระดับจังหวัด หรือ CUP นวัตกรรมที่จะให้ความสำคัญของงานโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ อันที่จะนำสู่การปฏิบัติในระดับอำเภอ และตำบลมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาโครงการ รศ.ดร.ภูษิตา อินทรประสงค์ จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลและ ผศ.ดร.จรรยา ภัทรอาชาชัย จากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต ที่ให้คำปรึกษาแนะนำให้งานวิจัยลุล่วงไปด้วยดี และแพทย์หญิงฉายศรี สุพรศิลป์ชัย ผู้ทรงคุณวุฒิด้านเวชกรรมป้องกัน กรมควบคุมโรค ที่ให้คำแนะนำเพิ่มเติมในการทำวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. การศึกษาสถานการณ์และการจัดการการสื่อสารแจ้งข่าวเตือนภัยเพื่อลดความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในกลุ่มเยาวชน. สำนักโรคไม่ติดต่อ: นนทบุรี, 2549.
2. Rank Correlation Methods. M.G. Kendall. A Charles Griffin Book. 5th Ed. 1990.

การบาดเจ็บจากภัยสึนามิ จังหวัดพังงา

Injuries of Tsunami's Victims in Phang-Nga Province

เจษฎา ฉายคุณรัฐ พบ.

Jesada Chaikulrat M.D.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา

Phang-Nga Provincial Public Health Office

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การป่วยและตายจากสึนามิ รวมทั้งลักษณะการบาดเจ็บและบาดแผล ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อรายและระยะเวลาในการพักรักษา โดยเก็บข้อมูลของผู้บาดเจ็บจากสึนามิที่ถูกส่งมาได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลตะกั่วป่า และโรงพยาบาลพังงา ในช่วงระหว่างวันที่ 26 ธันวาคม 2547 ถึง วันที่ 10 มกราคม 2548 จากเวชระเบียนรายงานของโรงพยาบาลและคำรักษาพยาบาล ผลการศึกษาพบว่าผู้บาดเจ็บที่ถูกส่งมาทั้งหมดจำนวน 3,057 ราย เข้ารับรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 96.56 และเสียชีวิต ขณะนำส่งโรงพยาบาลร้อยละ 3.44 สำหรับรายที่ได้รับการรักษา ร้อยละ 87.63 ได้รับการรักษาหาย ร้อยละ 12.19 ได้รับการส่งต่อ ร้อยละ 0.18 เสียชีวิตที่โรงพยาบาล ส่วนใหญ่พบว่ากลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป มีอัตราป่วยตายมากที่สุด ส่วนลักษณะของการบาดเจ็บ ร้อยละ 43.0 เป็น Abrasion wound รองลงมา ร้อยละ 30.3 เป็น Drowning with injury ส่วนใหญ่อยู่ในระดับบาดเจ็บเล็กน้อย ร้อยละ 75.26 ด้านค่ารักษา พบว่า ผู้ป่วยนอก มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อราย 264.36 บาท/ราย ผู้ป่วยในมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 9,947.50 บาท/ราย ค่าผ่าตัดเล็ก มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 1,798.42 บาท/ราย และค่าผ่าตัดใหญ่มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 16,792.07 บาท/ราย และวันพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนักเฉลี่ย 4.6 วัน/ราย วันพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยในเฉลี่ย 4.3 วัน/ราย ดังนั้นในการเตรียมการสถานพยาบาลเพื่อรองรับอุบัติเหตุภัยพิบัติจำนวนมาก จำเป็นต้องมีการวางแผนด้านกำลังคน ยาและเวชภัณฑ์ สถานที่รองรับการส่งต่อและต้องให้มีความพร้อมอยู่เสมอ

Abstract

This descriptive study was aimed to delineate the situations of injuries and deaths from tsunami including characteristics of injuries and wounds, daily expenses and length of hospital admission. Data of patients and expenses for treatment were collected from those patients who were injured due to Tsunami and had the treatment at Takaopa and Phang-Nga hospital during December 26, 2004 to January 10, 2005. The results revealed that total of 3,057 cases were sent to the hospitals. About 96.5 percent of them received proper treatment and 3.44 percent were died during ambulation. Both OPD and IPD cases were cured at 87.63 percent and 0.18 percent died while 12.19 percent were referred to center hospital. The age group of 60 years up had the highest case fatality rate. Most of injuries were abrasion wound (43 percent) and slightly injuries (75.26 percent). The average cost of treatment of out patients and in patients were 264.36 and 9,947.50 Baht respectively. The average cost of small wound operation and general operation were 1,798.42 and 16,792.07 Baht respectively. The average length of hospital admission in intensive care units and general wards were 4.6 and 4.3 days respectively. We learnt that hospital preparedness plan for massive injury needed to be well planned while the team, equipment, medicine and facilities including transportation should be in readiness.

ประเด็นสำคัญ-

การบาดเจ็บ ภัยสึนามิ พังงา

Keyword

Tsunami, injuries, Phang-Nga

บทนำ

เหตุการณ์ภัยพิบัติสึนามิพัดถล่มจังหวัดชายฝั่งทะเลอันดามัน ได้แก่จังหวัดพังงา ภูเก็ต กระบี่ ระนอง ตรัง และสตูล ทำให้ประชาชนและนักท่องเที่ยวในพื้นที่ได้รับผลกระทบอย่างรุนแรง มีผู้เสียชีวิตจำนวน 5,392 ราย บาดเจ็บจำนวน 8,088 รายและไร้ที่อยู่อาศัย จำนวน 12,017 ครอบครัว โดยที่จังหวัดพังงาได้รับผลกระทบรุนแรงที่สุด มีผู้เสียชีวิต จำนวน 4,224 ราย บาดเจ็บจำนวน 5,758 ราย และไร้ที่อยู่อาศัยจำนวน 2,405 ครอบครัวและเด็กกำพร้าจำนวน 250 ราย⁽¹⁾

การช่วยเหลือ ดูแล รักษาผู้บาดเจ็บจำนวนมากแยกเป็น 2 ลักษณะ คือหน่วยปฏิบัติการในพื้นที่เกิดเหตุ หรือหน่วยกู้ชีพกู้ภัย และหน่วยดูแลรักษาพยาบาล ณ ที่ตั้งคือในโรงพยาบาล ซึ่งในโรงพยาบาลจะต้องมีการเตรียมการ เตรียมพร้อม จัดรูปแบบ จัดสรรทรัพยากร จัดการติดต่อประสานงานกับเครือข่ายที่เหมาะสมกับขีดความสามารถ เพื่อให้ผู้ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้อง และสามารถจัดสรรทรัพยากรของโรงพยาบาลในขณะนั้นมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด⁽²⁾ การบาดเจ็บของผู้ป่วยที่เกิดจากภัยธรรมชาติแต่ละประเภท มีความสำคัญในการวางแผนรองรับและกำหนดแผนการรักษา เนื่องจากสึนามิที่มีผลกระทบรุนแรงเช่นนี้ ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อนในประเทศไทย ดังนั้นทำให้การเตรียมพร้อมรับในบางโรงพยาบาลมีปัญหา เนื่องจากศักยภาพของโรงพยาบาลถูกจำกัดด้วยจำนวนบุคลากร จำนวนเตียง จำนวนห้องผ่าตัด จำนวนเตียงในหอผู้ป่วยวิกฤตและปริมาณของอุปกรณ์ต่างๆ การศึกษาค้นคว้านี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การบาดเจ็บและเสียชีวิตจากสึนามิ ลักษณะการบาดเจ็บและบาดแผล และค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อราย และระยะเวลาในการพักรักษาในโรงพยาบาล เพื่อเป็นข้อมูลในการเตรียมพร้อมรับผู้ป่วยที่อาจเกิดจากสึนามิในอนาคต

วัสดุและวิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา(Descriptive Study) กลุ่มตัวอย่าง (Samples) คือผู้บาดเจ็บจากสึนามิที่ถูกส่งมารับการรักษาที่โรงพยาบาลพังงาและโรงพยาบาลตะกั่วป่า ในช่วงระหว่างวันที่ 26 ธันวาคม 2547 ถึง วันที่ 10 มกราคม 2548 เครื่องมือที่ใช้ได้แก่⁽¹⁾ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยเก็บข้อมูลทุติยภูมิจากกระเบียนรายงานของโรงพยาบาล ประกอบด้วย การเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล การส่งต่อประเภทผู้ป่วย อายุ สัญชาติของผู้ป่วย ลักษณะการบาดเจ็บ ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ ประเภทการผ่าตัด⁽²⁾ บันทึกค่ารักษาพยาบาล จากโปรแกรมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ประกอบด้วย ค่ายา ค่าวัสดุการแพทย์ ค่าตรวจชันสูตรและค่าผ่าตัด วิเคราะห์ข้อมูล⁽³⁾ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติไคส์แคว

ผลการศึกษา

1. จำนวนผู้ป่วยที่บาดเจ็บและเสียชีวิตจากสึนามิที่ถูกส่งมาที่โรงพยาบาล

ผู้บาดเจ็บจากสึนามิที่ถูกส่งมาโรงพยาบาลพังงาและตะกั่วป่าจำนวน 3,057 ราย เข้ารับรักษาในโรงพยาบาล 2,952 ราย (ร้อยละ 96.56) และเสียชีวิตขณะนำส่งโรงพยาบาล 105 ราย (ร้อยละ 95.45) และเสียชีวิตที่โรงพยาบาล 5 ราย (ร้อยละ 4.55) เมื่อจำแนกตามประเภทผู้ป่วยพบว่า ร้อยละ 75.26 เป็นผู้ป่วยนอก ร้อยละ 24.73 เป็นผู้ป่วยใน

2. ลักษณะของผู้ป่วย

เมื่อจำแนกตามสัญชาติ พบว่าส่วนใหญ่ มีสัญชาติไทยร้อยละ 49.72 รองลงมา มีสัญชาติยุโรปและอเมริกา ร้อยละ 33.13 ไม่ทราบสัญชาติร้อยละ 14.07 พม่าร้อยละ 2.77 เอเชีย ร้อยละ 0.74 และแอฟริกา ร้อยละ 0.16

เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่าส่วนใหญ่มี

อยู่ในกลุ่มอายุ 20-39 ปี จำนวน 858 คน (ร้อยละ 28.06) รองลงมาในกลุ่มอายุ 40-59 ปี จำนวน 637 คน (ร้อยละ 20.83) กลุ่มอายุ 0-19 ปี จำนวน 440 คน (ร้อยละ 14.39) กลุ่มอายุ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 162 คน (ร้อยละ 5.29) ส่วนไม่ทราบอายุ จำนวน 960 คน (ร้อยละ 31.40) และพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 1,544 คน (ร้อยละ 52.3) รองลงมาเพศหญิง จำนวน 1,408 คน (ร้อยละ 47.7)

3. ผลการรักษา

ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทั้งหมดพบว่าร้อยละ 87.63 ได้รับการรักษาหายและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เนื่องจากอาการทุเลา/หาย ส่วนร้อยละ 12.19 ได้รับการวินิจฉัยและถูกส่งต่อเนื่องจากเกินความสามารถของแพทย์ และผู้ป่วย/ญาติต้องการไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น และร้อยละ 0.18 ได้รับการรักษาและเสียชีวิตที่โรงพยาบาล สำหรับผู้บาดเจ็บจากสึนามิ ถูกส่งต่อเนื่องจากเกินความสามารถของแพทย์ และผู้ป่วย/ ญาติต้องการ ร้อยละ 51.9 ส่งไปที่โรงพยาบาล ศูนย์(นครศรีธรรมราช สุราษฎร์ธานี และหาดใหญ่)

ร้อยละ 40.3 ส่งไปที่โรงพยาบาลเอกชนต่างจังหวัด และร้อยละ 7.8 ถูกส่งต่อไปโรงพยาบาลทั่วไป (ภูเก็ต กระบี่ ระนอง และชุมพร)

4. จำแนกตามการเสียชีวิตตามการบาดเจ็บและกลุ่มอายุ

ผู้บาดเจ็บจากสึนามิ ที่ถูกส่งมารักษาในโรงพยาบาลในจังหวัดพังงา จำแนกตามการเสียชีวิตตามการบาดเจ็บและกลุ่มอายุ พบว่ากลุ่มอายุที่ได้เสียชีวิตส่วนใหญ่ร้อยละ 44.54 ไม่ทราบอายุ รองลงมาร้อยละ 16.36 มีอายุระหว่าง 20 - 39 ปี น้อยที่สุดร้อยละ 9.09 ในกลุ่มอายุ 40-59 และเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอายุกับอัตราป่วยตาย พบว่ากลุ่มอายุมีความสัมพันธ์กับอัตราป่วยตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$ โดยพบว่า กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป มีอัตราป่วยตายมากที่สุด 104.93:1,000 ประชากร น้อยที่สุดกลุ่มอายุ 40-59 ปี 15.69:1,000 ประชากร (ดังตารางที่ 1) และพบว่าผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 60.0 (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และอัตราป่วยตายของผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากสึนามิ โดยจำแนกตามกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ	จำนวนผู้บาดเจ็บ (ร้อยละ)	จำนวนผู้เสียชีวิต (ร้อยละ)	อัตราป่วยตาย:1000 ประชากร
0-19	440(14.39)	16(14.54)	36.36:1,000
20-39	858(28.06)	18(16.36)	20.97:1,000
40-59	637(20.83)	10(9.09)	15.69:1,000
60 ขึ้นไป	162(5.29)	17(15.45)	104.93:1,000
ไม่ทราบอายุ	960(31.40)	49(44.54)	51.84:1,000
รวม	2,952(100)	110(100)	

$$\chi^2 = 484.83, df = 4, p\text{-value} = 0.001$$

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ และอัตราป่วยตายของผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากสึนามิ จำแนกตามเพศ

เพศ	จำนวนผู้บาดเจ็บ (ร้อยละ)	จำนวนผู้เสียชีวิต (ร้อยละ)
ชาย	1,544(52.3)	44(40.0)
หญิง	1,408(47.7)	67(60.0)
รวม	2,952(100)	110(100)

5. ลักษณะการบาดเจ็บและบาดแผล ร้อยละ 43.0 รองลงมา Drowning with injury ร้อยละ ผู้บาดเจ็บจากสึนามิ ที่ถูกส่งมารักษาใน 30.3 และ lower Limb injury ร้อยละ 14.6 ตามลำดับ โรงพยาบาล ในจังหวัดพังงา เมื่อจำแนกตามลักษณะ (ดังตารางที่ 3)

ของการบาดเจ็บ พบว่าส่วนใหญ่ Abrasion wound

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้บาดเจ็บจากสึนามิ ที่ถูกส่งมารักษาในโรงพยาบาล ในจังหวัดพังงา จำแนกตามลักษณะ

ของการบาดเจ็บ

ลักษณะการบาดเจ็บ	จำนวน	ร้อยละ
Abrasion wound	1,315	43.0
Drowning with injury	926	30.3
lower Limb injury	447	14.6
Upper Limb injury	160	5.2
Head and Neck injury	114	3.7
Chest injury	69	2.3
Abdominal injury	26	0.9
รวม	3,057	100

เมื่อจำแนกตามระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ รักษาทันที และน้อยที่สุดร้อยละ 3.45 ระดับ 0 (ต่ำ) พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 75.26 มีระดับความรุนแรง เสียชีวิต และเมื่อจำแนกตามประเภทของการผ่าตัด ในระดับระดับ 3 (เขียว) บาดเจ็บเล็กน้อย รองลง พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 79.5 ได้รับการผ่าตัดใหญ่ รองลง มาร้อยละ 14.16 ระดับ 1 (แดง) บาดเจ็บหนัก ต้อง มาร้อยละ 20.2 ได้รับการผ่าตัดเล็ก (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้บาดเจ็บจากสึนามิ จำแนกตามระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ

ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับ 1 (แดง)		
บาดเจ็บหนัก ต้องรักษาทันที	433	14.16
ระดับ 2 (เหลือง)		
บาดเจ็บค่อนข้างหนัก รอได้	218	7.13
ระดับ 3 (เขียว)		
บาดเจ็บเล็กน้อย	2,301	75.26
ระดับ 0 (ต่ำ)		
เสียชีวิต	105	3.45
รวม	3,057	100

6. ค่าใช้จ่ายจริงเฉลี่ยต่อราย และระยะเวลา จำนวน 9,947.50 บาท ค่าผ่าตัดเล็ก มีค่าใช้จ่ายจริง ในการพักรักษา เมื่อจำแนกตามประเภทการเข้ารักษา เฉลี่ย ต่อราย จำนวน 1,798.42 บาท และค่าผ่าตัดใหญ่ พบว่าผู้ป่วยนอก มีค่าใช้จ่ายจริงเฉลี่ยต่อราย จำนวน มีค่าใช้จ่ายจริงเฉลี่ยต่อรายจำนวน 16,792.07 บาท 264.36 บาท ผู้ป่วยใน มีค่าใช้จ่ายจริงเฉลี่ยต่อราย (ดังตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้บาดเจ็บจากสึนามิ จำแนกตามประเภทการเข้ารับรักษา และค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อราย

ประเภทการเข้ารับรักษา	Mean (บาท)/ราย	Min(บาท)/ราย	Max(บาท)/ราย
ผู้ป่วยนอก	264.36	100	880
ผู้ป่วยใน	9,947.50	400	17,264
ค่าผ่าตัดเล็ก	1,798.42	450	5,000
ค่าผ่าตัดใหญ่	16,792.07	15,256	25,000

เมื่อจำแนกตามหอผู้ป่วย และวันเข้าพักรักษาเฉลี่ย/ราย พบว่าจำนวนวันพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนัก(I.C.U.) เฉลี่ย/ราย 4.6 วัน (ต่ำสุด=4 วัน สูงสุด= 6 วัน) วันพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยใน เฉลี่ย/ราย 4.3 วัน (ต่ำสุด= 4 วัน สูงสุด=13 วัน)

วิจารณ์

จากการศึกษาพบว่าสถานการณ์การบาดเจ็บและเสียชีวิตของผู้บาดเจ็บจากสึนามิที่ถูกส่งมาโรงพยาบาลในจังหวัดพังงา 3,057 ราย มีผู้ป่วยเสียชีวิต ขณะนำส่งโรงพยาบาล ร้อยละ 3.44 และเมื่อจำแนกตามระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ พบว่า ร้อยละ 14.16 ระดับ 1 (แดง) บาดเจ็บหนักต้องรักษาทันทีและน้อยที่สุดสอดคล้องกับการศึกษาของ ชาญศักดิ์ วัดฉลอง⁽⁴⁾ อาจเกิดจากกระแสวิ่งในการนำส่งโรงพยาบาล รวมทั้งข้อจำกัดของอุปกรณ์และการปฏิบัติการของเจ้าหน้าที่ช่วยชีวิต เป็นต้น และนอกจากนี้การศึกษานี้ ยังพบว่าในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป มีอัตราป่วยตายมากที่สุด ซึ่งกลุ่มนี้ เป็นกลุ่มเสี่ยงที่สามารถรอดพ้นต่อบาดแผลได้น้อยและอาจมีโรคประจำตัวทำให้อาการรุนแรงมากกว่าในกลุ่มอายุอื่น ดังนั้นโรงพยาบาลในพื้นที่เสี่ยงภัยพิบัติ ควรมีการเตรียมความพร้อม^(5, 6) ให้สอดคล้องกับประเภทของกลุ่มผู้ป่วยเสี่ยง โรงพยาบาลที่มีอุปกรณ์การแพทย์ครบถ้วนเพื่อความปลอดภัยในการส่งต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงขึ้น⁽⁷⁾ บุคลากรที่รับผิดชอบควรได้รับการฝึกอบรม ในการช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้น และจำแนกผู้ป่วย (triage) ได้เป็นอย่างดีเพื่อจะได้ประหยัดเวลา ทรัพยากรและช่วยเหลือชีวิตได้อย่างมี

ประสิทธิภาพ⁽⁸⁾ นอกจากนี้ จากการศึกษายังพบว่า ผู้บาดเจ็บจากสึนามิ ที่ถูกส่งมารักษาในโรงพยาบาลในจังหวัดพังงา เมื่อจำแนกตามลักษณะของการบาดเจ็บ พบว่า Drowning with injury ร้อยละ 30.3 ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ ธวัช ประสาทฤทธา และคณะ⁽⁹⁾ ที่ศึกษาลักษณะของบาดแผลของผู้ป่วยจากสึนามิในประเทศไทย พบว่าผู้ป่วยมีสาเหตุมาจากจมน้ำทะเล และมีบาดแผล และพบว่าการบาดเจ็บเกิดขึ้นที่ทุกบริเวณ แต่บริเวณ lower limb injury พบถึงร้อยละ 14.6 ซึ่งสูงกว่าบริเวณอื่นอย่างชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาของ ชาญศักดิ์ วัดฉลองและคณะ⁽⁴⁾ อาจเกิดจากการบาดเจ็บขณะพยายามว่ายน้ำ ถูกของมีคมขูดบาด รวมทั้งการเหยียบของมีคมปลายแหลมเช่นตะปู เศษเหล็ก เป็นต้น และเมื่อจำแนกตามค่าใช้จ่ายจริงของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยนอก มีค่าใช้จ่ายจริงเฉลี่ยต่อราย 264.36 บาท ผู้ป่วยในมีค่าใช้จ่ายจริงเฉลี่ยต่อราย 9,947.50 บาท ค่าผ่าตัดเล็ก มีค่าใช้จ่ายจริงเฉลี่ยต่อราย 1,798.42 บาท และค่าผ่าตัดใหญ่ มีค่าใช้จ่ายจริง 16,792.07 บาท และวันเข้าพักรักษาเฉลี่ย/ราย พบว่า จำนวนวันพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนัก(I.C.U.) เฉลี่ย/ราย 4.6 วัน วันพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยใน เฉลี่ย/ราย 4.3 วัน อย่างไรก็ตามผู้วิจัยไม่ได้ติดตามค่าใช้จ่ายในรายที่ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลศูนย์ ดังนั้นค่าใช้จ่ายในการศึกษาครั้งนี้ อาจจะต่ำกว่าความเป็นจริง

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้บาดเจ็บจากสึนามิ ที่ถูกส่งมาโรงพยาบาลเสียชีวิตขณะนำส่งโรงพยาบาล

หลายรายมีการบาดเจ็บในระดับ 1 (แดง) บาดเจ็บหนัก ต้องรักษาทันที ผู้ป่วยต้องพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนัก และผู้บาดเจ็บบางรายต้องได้รับการผ่าตัดใหญ่ ดังนั้นในการเตรียมการเพื่อรองรับอุบัติเหตุภัยพิบัติจำนวนมาก จำเป็นต้องมีการเตรียมการดังนี้⁽¹⁰⁾

1. ควรจัดให้มีและเพิ่มศักยภาพของทีมกู้ภัย (Rescue team) โดยมีเจ้าหน้าที่กู้ภัยที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการกู้ภัยและมีรถพยาบาล และเครื่องมือที่พร้อมจะให้การช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุเพื่อลดการสูญเสียระหว่างการนำส่งโรงพยาบาล

2. บุคลากรในโรงพยาบาลทุกแห่งควรมีศักยภาพในการช่วยฟื้นคืนชีพผู้บาดเจ็บขั้นพื้นฐาน (Basic Life Support) และแพทย์พยาบาลทุกคนควรมีทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพระดับสูง (Advance Life Support) ทุกคน

3. ต้องมีการวางแผนรองรับอุบัติเหตุ โดยคำนึงถึงลักษณะการบาดเจ็บ เตรียมยาและเวชภัณฑ์ รวมทั้งวางแผนค่าใช้จ่ายต่างๆที่เกิดขึ้นเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประหยัด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลพังงา และตะกั่วป่า ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ฝ่ายเวชระเบียน ฝ่ายการเงิน และฝ่ายยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลพังงา และโรงพยาบาลตะกั่วป่าที่ได้สละเวลาช่วยค้นคว้าข้อมูล และประสานฝ่ายต่างๆในการเก็บข้อมูลจนทำให้ผู้ศึกษาสามารถทำการศึกษาได้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Thailand Health Aspects and the Management of the Tsunami Disaster. Ministry of Public Health, Thailand. Document for WHO Conference on the Health Aspects of the Tsunami Disaster in Asia. Phuket, Thailand. 2005.

2. สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย. Disasters: Roles of Critical care.กรุงเทพมหานคร:บียอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2548.
3. ทัสสนี นุชประยูร และ เต็มศรี ชำนาญกิจ. สถิติในวิจัยทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2541.
4. C Watcharong, B Chuckpairong and B Mahaisavariya. Orthopaedic trauma following tsunami: Experience from Phang Nga, Thailand. Journal of Ortopaedic Surgery. 2005; 13: 1-2
5. คู่มือการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. L.T.Press Co.,LTD. กรุงเทพฯ: 2548.
- 6.. คู่มือการประสานงานสนับสนุนทรัพยากร เพื่อการช่วยเหลือและส่งต่อผู้ป่วย. กองสาธารณสุขภูมิภาค
7. Huda Q. Addressing Health in emergencies the context of a developing country. Bangladesh Center for Health Emergency Preparedness and Response; 2004.
8. Boroschek R. and Retamales R.Protecting. New Health Facilities from Natural Disaster: Guide-lines for the Promotion of Disaster Mitigation. PAHO/WHO Collaborating Center at the University of Chile and on the recommendations adopted at the international meeting "Hospitals in Disasters in Disaster: Handle with Care," EL Salvador; 2003.
9. ธวัช ประสาทฤทธา, รัชตะ ตั้งศิริพัฒน์, ไพโรจน์ วราษิต. The revisit of 2004 tsunami in Thailand characteristics of wounds. International Wound Journal. 2008; 5: 8-9
10. สันต์ หัตถิรัตน์.คู่มือกู้ภัยพิบัติสำหรับ โรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพมหานคร:หมอชาวบ้าน; เมษายน 2552.

การประเมินสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของแรงงานสูงอายุในภาคใต้

The Assessment on Health Status and Health Behavior among

Aging Workers in Southern Thailand

ปัจจิมา บัวยอม พย.บ., วทม.(สุขศึกษา)*

Patchaima Buayom NS., M.Sc. (Health Education)*

หทัยทิพย์ จูทอง พย.บ., ส.บ., ร.ป.ม.*

Hataitip Juthong NS., B.P.H., M.P.A. *

สุวิธ ธรรมปาโล พบ., ปร.ด(ระบาดวิทยา)*

Suwich Thammapalo M.D., Ph.D. (Epidemiology) *

ลิเลียน วิวัฒน์ วท.บ(พยาบาล), ศ.ม. **

Lilian Wiwat Sc. (Nursing), M.A. **

วันเพ็ญ แก้วปาน ส.ด.***

Wanpen Kaewpan Dr.P.H.***

* สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา

*Office of Prevention and Control 12 Songkhla

** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

** Suratthani Provincial Health Office

*** คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

*** Faculty of Public Health, Mahidol University

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของแรงงานสูงอายุ (45-60 ปี) ในเขตภาคใต้ของประเทศไทย ศึกษาในกลุ่มแรงงานสูงอายุที่ทำงานในจังหวัดสงขลาและสุราษฎร์ธานี โดยสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Random Sampling) จำนวน 314 คน โดยการตอบแบบสอบถามและการสนทนากลุ่ม ผลการวิจัยพบว่า แรงงานสูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับแข็งแรง ร้อยละ 64.9 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 43.2 ไปรับการตรวจร่างกายประจำปีทุกปี ร้อยละ 43 ระดับโคเลสเตอรอลผิดปกติ ร้อยละ 62.6 ระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติ ร้อยละ 27.3 การได้ยินผิดปกติ ร้อยละ 20.7 การมองเห็นผิดปกติ ร้อยละ 68.1 การมีฮอร์โมนเพศบกพร่องในเพศหญิงร้อยละ 63.2 และในเพศชาย ร้อยละ 30.4 พฤติกรรมเสี่ยงในรอบปีที่ผ่านมา พบค่อนข้างต่ำไม่เกินร้อยละ 10 มีความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพในระดับดี ร้อยละ 83.4 ทศนคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 89.0 สถานประกอบการมีนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพแก่คนงาน ร้อยละ 91.5 มีความสะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.9 มีสถานที่/อุปกรณ์ที่เอื้อต่อการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างเพียงพอ ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวในระดับมาก ร้อยละ 59.1 มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในภาพรวมระดับดี ร้อยละ 62.3 และพบว่า ปัจจัยได้แก่ความรู้ ทศนคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การนำนโยบายไปปฏิบัติเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและความสะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรม และการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในที่ทำงานและครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 หากนำปัจจัยดังกล่าวไปดำเนินการจะทำให้แรงงานผู้สูงอายุมีการสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น

Abstract

The objective of this study was to determine health status, health risk and health promoting behavior among aging workers (45-60 years) in southern of Thailand. Subjects (n=314) were recruited from factories in Songkhla and Suratthani by multi-stage random sampling technique. Questionnaire and focus group discussion were performed for collecting data. Results showed that 64.9 % of aging workers perceived their

health status at good level. Personal illnesses were reported at 43.2 %. Only 43.0% had history of annual health checkup examination. About 62.6% of subjects had hyperlipidemia, while 27.3 % were at risk of Diabetes mellitus. Aging workers had abnormal hearing ability and poor visual function at 20.7 and 68.1% respectively. For menopausal symptoms, 63.2% of female workers had estrogen deficiency and 30.4 % of male workers had testosterone deficiency. The aging group had risk behaviors such as regular smoking, alcohol drinking etc. at less than 10%. Most of aging workers had health promotion knowledge at good level (83.4%) and health promotion attitude at moderate level (89.0%). Most of the factories had health promotion policy (91.5%). The participation in health promotion activity was moderately convenient (51.9%) while support from family member was at high level (59.1 %). Aging workers had overall health promoting behaviors at good level (62.3 %). Predisposing factors (knowledge and attitude in health promotion), enabling factors (policy implementation, participation convenience) and reinforcing factors (support from personnel in work place and family members) as well as perceived health status were significantly related to health promoting behaviors ($p<0.05$). These factors should be considered to improve the health status and health behaviors of aging workers in the further.

ประเด็นสำคัญ-

การประเมินสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ
แรงงานสูงอายุ ภาคใต้

Keyword

Health status, health behavior,
aging workers, southern Thailand

บทนำ

แรงงานช่วงอายุ 45-59 ปี เป็นวัยแรงงานสูงอายุ ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป⁽¹⁾ และเป็นช่วงวัยทองตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข⁽²⁾ ซึ่งเป็นช่วงวัยกลางคน และเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ชรา มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ และเสี่ยงต่อการเป็นโรคมากขึ้น ส่วนใหญ่เกิดจากการลดลงของฮอร์โมน^(3,4) จากการศึกษาของจันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ⁽⁵⁾ เกี่ยวกับสถานะสุขภาพของผู้ชายไทย อายุ 45 ปีขึ้นไป พบว่าสาเหตุการตายที่สำคัญสำหรับผู้ชายที่มีอายุมากกว่า 45 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังและโรคติดต่อ ผู้ชายจะมีพฤติกรรมเสี่ยงได้แก่ การสูบบุหรี่และดื่มสุรามากกว่าผู้หญิง⁽⁶⁾ และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับพอใช้ร้อยละ 50.7⁽⁷⁾ และผู้ชายมีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย และการไปพบแพทย์เพื่อการรักษาน้อยกว่าเพศหญิง⁽⁸⁾ จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพพบว่า การวิจัย

เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของแรงงานชายและหญิงกลุ่มอายุ 45-59 ปี ในสถานประกอบการในประเทศไทยมีน้อยมาก โดยศึกษาในบางจังหวัดและไม่ได้ศึกษาในกลุ่มที่ทำงานในสถานประกอบการ⁽⁹⁾ สำหรับการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของแรงงานสูงอายุในเขตภาคใต้ของประเทศไทย โดยใช้กรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED ของกรีนและครูเตอร์⁽¹⁰⁾ และใช้แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender)⁽¹¹⁾ ผู้วิจัยคาดหวังว่าข้อมูลจากการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนการจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพ ให้แก่แรงงานสูงอายุอย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางประชากร ได้แก่ แรงงานสูงอายุ ชายและ

หญิง อายุระหว่าง 45 - 60 ปี ทำงานในสถานประกอบการ
ในภาคใต้ โดยใช้จำนวนจากผู้ประกันตน ในปี พ.ศ.
2547

ขนาดตัวอย่างโดยสูตรการประมาณขนาดตัวอย่าง ดังนี้

$$\text{สูตร } n = \frac{Z^2 \sigma^2}{d^2} \quad (15)$$

n คือ จำนวนขนาดตัวอย่าง

Z คือ ค่ามาตรฐานภายใต้โค้งปกติที่

$\alpha/2$ ซึ่งเท่ากับ 1.96

σ คือ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่า
คะแนนพฤติกรรม สร้างเสริมสุขภาพของการศึกษา
นาร่องมีค่าเท่ากับ 4.09⁽¹⁴⁾

d คือ ค่าความคลาดเคลื่อนมากที่สุด
ที่ยอมรับได้กำหนดให้เท่ากับ 0.5

จากสูตรคำนวณตัวอย่างแรงงานสูงอายุได้เท่า
กับ 257 คน และเพิ่มจำนวนตัวอย่างสำหรับข้อมูล
สูญหายอีกร้อยละ 20 ดังนั้นขนาดตัวอย่างไม่น้อยกว่า
308 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

โดยวิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi - stage
random Sampling) โดยขั้นตอนที่ 1 สุ่มเลือกจังหวัดใน
เขตภาคใต้แบบเฉพาะเจาะจงโดยใช้เกณฑ์ความร่วมมือ
และพื้นที่ที่สามารถเข้าถึงได้ ได้แก่ จังหวัดสุราษฎร์ธานี
และสงขลา ขั้นตอนที่ 2 เลือกขนาดโรงงานในแต่ละ
จังหวัด คือ ขนาดใหญ่ (คนงานมากกว่า 1,000 คน)
ขนาดกลาง (คนงานมากกว่า 500 คน) ขนาดเล็ก
(คนงานน้อยกว่า 500 คน) อย่างละ 1 โรงงานในแต่ละ
จังหวัด ขั้นตอนที่ 3 สุ่มเลือกแรงงานโดยสุ่มอย่างง่าย
จากทะเบียนรายชื่อแรงงานอายุระหว่าง 45-60 ปี โดย
เพศชายและเพศหญิงอย่างละเท่ากัน ซึ่งโรงงานขนาด
ใหญ่ กำหนดขนาดตัวอย่างเท่ากับ 70 คน ขนาดกลาง
50 คน ขนาดเล็ก 40 คน รวมจำนวนตัวอย่างเท่ากับ
320 คน

เครื่องมือวิจัย มีจำนวน 2 ชุด ชุดที่ 1 เป็น

แบบสอบถามภาวะสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ
และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของแรงงานสูงอายุ
(อายุ 45-60 ปี) ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ความรู้ ทักษะ
และการปฏิบัติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของแรงงาน
โดยใช้แนวคิดเพนเดอร์⁽¹²⁾ ได้แก่ ความรับผิดชอบ
ต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย โภชนาการ ความสัมพันธ์
ระหว่างบุคคล ความสำเร็จสมบูรณ์ในชีวิต และการจัด
การความเครียด ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ผลการตรวจ
ร่างกายประจำปี และพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ
และชุดที่ 2 เป็นแบบสนทนากลุ่มเพื่อสอบถามปัญหา
และความต้องการในการรับบริการของแรงงานสูงอายุ
การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพการ
วิเคราะห์ ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดย
ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่านและวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น
โดยทดลองใช้กับกลุ่มแรงงานชายและหญิงวัยสูงอายุ
ในเขตอำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 49 คน
โดยวิธี Kuder - Richardson ในแต่ละด้านมีค่าความ
เชื่อมั่นเท่ากับ 0.76 - 0.92 ซึ่งคุณภาพเครื่องมือถือว่า
อยู่ในเกณฑ์ดี⁽¹⁴⁾

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย
ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการตอบแบบ
สอบถาม พร้อมทั้งอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม หลัง
จากนั้นแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม
ด้วยตนเอง โดยไม่จำกัดเวลา และติดต่อขอข้อมูลการ
ตรวจสอบสุขภาพประจำปีจากฝ่ายบุคคล เมื่อเรียบร้อยแล้ว
ให้ส่งคืนแก่ผู้ช่วยวิจัย สำหรับการสนทนากลุ่มได้คัดเลือก
แรงงานชาย และหญิงที่มีความสนใจในแต่ละโรงงาน
ประมาณ 5-6 คน เข้าร่วมการสนทนาประมาณ 1-2 ชั่วโมง

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป
โดยสถิติค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยมัธยฐานเลขคณิต
และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์
ระหว่างปัจจัยต่างๆ ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ด้วยค่าไคว์-สแควร์ (Chi-Square) และสัมประสิทธิ์
สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment
Correlation Coefficient)

ผลการศึกษา

แบบสอบถามได้รับคืน จำนวน 314 ชุด คิดเป็นร้อยละ 98.43 ของขนาดตัวอย่างที่กำหนดและมีผลการวิเคราะห์ดังนี้

ข้อมูลทั่วไป แรงงานสูงอายุทำงานในสถานประกอบการขนาดใหญ่ ร้อยละ 70.3 ขนาดกลาง ร้อยละ 10.9 และขนาดเล็ก ร้อยละ 18.8 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.4 เพศชาย ร้อยละ 14.6 มีอายุระหว่าง 45-50 ปีมากที่สุด ร้อยละ 74.0 (อายุเฉลี่ย = 49.1 SD = 3.5) สถานภาพสมรสแล้ว ร้อยละ 73.4 มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 45.2 จบระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 61.8 มีระยะเวลาทำงานนาน 11-15 ปี ร้อยละ 27.6 (= 12.3 SD = 7.6) มีตำแหน่งเป็นผู้ปฏิบัติงาน ร้อยละ 87.0 ลักษณะงานส่วนมากทำงานในเวลาปกติ ร้อยละ 92.5 เข้ายกะ ร้อยละ 7.5 และทำงานล่วงเวลา ร้อยละ 66.9 โดยชั่วโมงการทำงานล่วงเวลาประมาณ 1-5 ชั่วโมง มากที่สุด

การรับรู้ภาวะสุขภาพ ส่วนใหญ่ประเมินภาวะสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับแข็งแรง ร้อยละ 64.9 และมีสุขภาพไม่ดี ร้อยละ 1.3 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 43.2 โดยมีอาการปวดหลังมากที่สุด ร้อยละ 46.3 รองลงมาได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 44.8 ส่วนใหญ่จะไปรับการรักษาโรค ร้อยละ 98.5 โดยสถานที่รักษาโรคประจำตัว ได้แก่ โรงพยาบาลที่พนักงานมีสิทธิเบิกจากสำนักงานประกันสังคม ร้อยละ 98.0

การประเมินภาวะสุขภาพจากการตรวจร่างกาย พบว่าไปรับการตรวจร่างกายประจำปีทุกปี ร้อยละ 43.0 ไม่ได้ตรวจร้อยละ 17.5 เพศหญิงได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 66.1 ตรวจเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 62.9 ส่วนเพศชายมีการตรวจมะเร็งต่อมลูกหมาก ร้อยละ 5.3 และตรวจเพื่อเฝ้าระวังมะเร็งลำไส้ ร้อยละ 10.5

ผลการตรวจสุขภาพจากแบบบันทึกผลการตรวจสุขภาพประจำปี พบว่าส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการน้ำหนักเกิน ร้อยละ 49.7 และอ้วน ร้อยละ 8.4 มีระดับความดันโลหิตสูง ร้อยละ 11.6 ผลการตรวจเลือด พบว่าระดับไขมัน (ระดับโคเลสเตอรอล) ผิดปกติ ร้อยละ 62.6 ไตรกลีเซอไรด์ ผิดปกติ ร้อยละ 75.0 มีระดับไขมัน

HDL ผิดปกติ ร้อยละ 20.0 ระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติ (มีความเสี่ยงเบาหวาน) ร้อยละ 27.3 ผลการตรวจเอ็กซเรย์ปอด ผิดปกติ ร้อยละ 1.1 การตรวจสุขภาพช่องปากและฟันผิดปกติ ร้อยละ 9.5 ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบผิดปกติ ร้อยละ 2.3 ผลการตรวจความหนาแน่นของมวลกระดูกไม่พบผิดปกติ พนักงานมีสมรรถภาพปอดผิดปกติ ร้อยละ 2.4 มีการได้ยินผิดปกติ ร้อยละ 20.7 การมองเห็น มีความผิดปกติ ร้อยละ 68.1 อาการเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยทอง ในเพศหญิงมีอาการภาวะหมดประจำเดือนโดยขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนในระดับผิดปกติ ร้อยละ 63.2 ในเพศชายมีภาวะฮอร์โมนเพศชายบกพร่อง ร้อยละ 30.4 และมีอาการภาวะต่อมลูกหมากโตรุนแรง ในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 75.0

การสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพ ในด้านกายภาพ มีการสัมผัสของร้อนจัดเป็นประจำ ร้อยละ 28.5 สัมผัสเสียงดังมากจนคุยไม่รู้เรื่องเป็นประจำ ร้อยละ 37.3 และทำงานสัมผัสของเย็นจัดเป็นประจำ ร้อยละ 22.4 ด้านชีวภาพ มีการสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งเป็นประจำ ร้อยละ 2.0 สัมผัสแหล่งแพร่กระจายพาหะนำโรค ร้อยละ 4.0 ด้านเคมี มีการสัมผัสสารเคมีในขณะทำงานเป็นประจำ ร้อยละ 22.9 ต้องยกเคลื่อนย้ายวัสดุ โดยการยกขึ้นยกลง ผลักตึง ลากอย่างต่อเนื่องเป็นประจำ ร้อยละ 28.8 ต้องบิดเอี้ยวตัวหรือโค้งขณะยืน / ทำงาน ร้อยละ 32.9 และนั่งหรือยืนทำงานโดยไม่ค่อยเคลื่อนไหวร่างกายเป็นประจำ ร้อยละ 36.6 ด้านจิตวิทยาสังคมมีการทำงานค่อนข้างเครียดตลอดเวลาเป็นประจำ ร้อยละ 5.9 การบาดเจ็บจากการทำงานในรอบปีที่ผ่านมา พบว่าประสบอุบัติเหตุจากการทำงาน ร้อยละ 7.8 โดยลักษณะการบาดเจ็บ ได้แก่ ลื่นล้ม น้ำยากะเด็นเข้าตา และข้อมือหัก อวัยวะที่บาดเจ็บมากที่สุด คือบริเวณนิ้วมือ

พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ พบว่าสูบบุหรี่ทุกวัน ร้อยละ 5.8 ดื่มสุราทุกวัน ร้อยละ 3.3 และดื่มเครื่องดื่มบำรุงกำลังที่มีคาเฟอีนผสมทุกวัน ร้อยละ 6.5 พักผ่อนไม่เพียงพอโดยนอนน้อยกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 23.2 มีเพศสัมพันธ์กับผู้อื่นที่ไม่ใช่คู่สมรส ร้อยละ 7.8 และไม่ใช่ผู้สูงอายุอนามัยในการป้องกันเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับผู้อื่นที่ไม่ใช่คู่สมรส ร้อยละ 8.3

ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่ามีความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพในระดับดี ร้อยละ 83.4 พอใช้ ร้อยละ 14.0 และยังไม่ดี ร้อยละ 2.5 โดยขาดความรู้เรื่องอาการผิดปกติที่พบในสตรีวัยทอง ได้แก่ การเกิดภาวะกระดูกพรุน การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การเลือกใช้น้ำมันปรุงอาหารที่เหมาะสม ทศนคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 89.0 และ ระดับดี ร้อยละ 11.0

ปัจจัยเอื้อ พบว่า สถานประกอบการมีนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพแก่คนงาน ร้อยละ 91.5 และ ส่วนใหญ่นำมาปฏิบัติในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.8 โดยพนักงานมีส่วนร่วมมากที่สุดได้แก่ โครงการปลอดบุหรี่ ความสะดวกในการรับบริการส่งเสริมสุขภาพพบว่ามีอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.9 น้อย ร้อยละ 14.9 และมาก ร้อยละ 33.1 การมีสถานที่/อุปกรณ์เอื้อต่อการปฏิบัติกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ พบว่าในด้านบอร์ดความรู้ อุปกรณ์เวชภัณฑ์ สถานที่ให้แพทย์ตรวจรักษา การจัดสถานที่สูบบุหรี่ การมีโรงอาหารที่ถูกต้องลักษณะ และสถานที่อุปกรณ์ในการออกกำลังกายอย่างเพียงพอ ร้อยละ 53.5 71.2 56.9 70.6 และ 24.5 ตามลำดับ

ปัจจัยเสริม ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากหัวหน้างานในระดับน้อย ร้อยละ 44.2 จากเพื่อนร่วมงาน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และสื่อในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.7 42.6 และ 52.4 ตามลำดับ ส่วนบุคคลในครอบครัวได้รับในระดับมาก ร้อยละ 59.1 โดยบุคคลใน

ครอบครัวเตือนให้ไปพบแพทย์เมื่อมีปัญหาสุขภาพเป็นประจำ ร้อยละ 72.5 การออกกำลังกาย การได้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การผ่อนคลายความเครียด และการวางแผนเป้าหมายเพื่อประสบผลสำเร็จในชีวิต อยู่ในระดับเป็นประจำ ร้อยละ 57.0 72.6 62.1 39.2 และ 66.4 ตามลำดับ

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 62.3 พอใช้ ร้อยละ 37.1 และไม่ดี ร้อยละ 0.7 ตามลำดับ เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในด้านความสำเร็จสมบูรณ์ในชีวิต การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล อยู่ในระดับดี ร้อยละ 79.7 64.9 62.7 และ 48.7 ตามลำดับ ส่วนความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.3 และ 57.6 ตามลำดับ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะประชากร ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ ทศนคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การนำนโยบายไปปฏิบัติเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ความสะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรม การได้รับการสนับสนุนจากหัวหน้างาน เพื่อนร่วมงาน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข บุคคลในครอบครัว และสื่อมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 คำสัมพันธ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของแรงงานสูงอายุ

ปัจจัย	n	r	p-value
1. ปัจจัยนำ			
1.1 ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ	302	0.234	0.000*
1.2 ทศนคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ	296	0.224	0.000*
2. ปัจจัยเอื้อ			
2.1 การนำนโยบายไปปฏิบัติเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ	296	0.204	0.000*
2.2 ความสะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรม	302	0.139	0.015*
2.3 การมีสถานที่ / อุปกรณ์ในการปฏิบัติ การสร้างเสริมสุขภาพ	302	0.172	0.003*
3. ปัจจัยเสริม			
3.1 การได้รับสนับสนุนจากหัวหน้างาน	254	0.371	0.000*
3.2 การได้รับสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน	262	0.255	0.000*
3.3 การได้รับสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	256	0.288	0.000*
3.4 การได้รับสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว	292	0.275	0.000*
3.5 การได้รับสนับสนุนจากสื่อต่าง ๆ	250	0.287	0.000*

ผลการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการในการรับบริการ พบว่า แรงงานสูงอายุในเขตภาคใต้มีอายุเกษียณการทำงานแตกต่างกันตามนโยบายที่โรงงานกำหนด เช่น กำหนดไว้ที่อายุ 55 หรือ 60 ปี หรือหลังจาก 60 ปี การจัดบริการด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่มีพยาบาลประจำเวรเช้า บางแห่งไม่มีพยาบาลประจำ เนื่องจากสถานประกอบการที่อยู่ใกล้สถานบริการสาธารณสุข การตรวจสุขภาพประจำปี ส่วนใหญ่ทุกแห่งมีการจัดบริการตรวจสุขภาพประจำปีแก่พนักงาน โดยรับบริการทั้งจากโรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลของรัฐสลับกัน แล้วแต่ความพึงพอใจต่อการบริการของโรงงานที่มีต่อการบริการของสถานบริการนั้น สำหรับการตรวจพิเศษแก่วัยทองไม่มีการตรวจพิเศษเฉพาะ นอกจากนี้แรงงานสูงอายุ ได้ให้ทัศนะว่าการตรวจคัดกรองเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อค้นหาความผิดปกติ และควรดำเนินการตั้งแต่แรกเริ่ม ดังนั้นเสนอแนะว่า ควรจัดเป็นบริการที่จำเป็นแก่แรงงานผู้สูงอายุและเพิ่มเติมจากที่กำหนด เช่น การตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือดระดับไขมัน การตรวจมะเร็งเต้านม การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การตรวจหาความหนาแน่นกระดูก เป็นต้น โดยพิจารณาตาม ความเสี่ยงทางสุขภาพที่เกิดขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยทอง โดยแรงงานเพศชายคนหนึ่งให้ความเห็นว่า "ผมเองก็เสี่ยงคนหนึ่ง น่าจะจัดให้ผมด้วย" สะท้อนให้เห็นว่าแรงงานสูงอายุมีความต้องการได้รับการดังกล่าว เพื่อการจัดการเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย ส่วนใหญ่เห็นว่าสำนักงานประกันสังคม ควรมีบทบาทเป็นผู้รับผิดชอบเรื่องค่าใช้จ่าย โดยจัดเป็นบริการที่จำเป็นสำหรับผู้มีอายุ 45 ปี ขึ้นไป ในด้านคุณภาพการบริการ แรงงานสูงอายุเห็นว่าบริการที่ได้รับจากโรงพยาบาล เมื่อเจ็บป่วย ถ้าเป็นโรงพยาบาลของรัฐจะได้รับบริการล่าช้า รอนาน ได้รับยาที่มีคุณภาพไม่ดี และมีความเชื่อว่าเป็นยาที่มีราคาถูก และคุณภาพในการรักษาต่ำกว่ายาที่ผู้ป่วยเสียเงิน หรือยาที่ได้รับจากโรงพยาบาลเอกชน แรงงานสูงอายุรู้สึกไม่ประทับใจต่อการบริการที่ได้รับจากโรงพยาบาลรัฐ โดยจากการสนทนากลุ่มพบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงรายหนึ่ง ระบุว่า "ยาที่ได้รับเป็นยา

คนละเกรด ไปเอกชนดีกว่า เพราะยามีคุณภาพดีกว่า" "ไปโรงพยาบาลแต่เช้า รอหมอนานมาก หมอมาตรวจ 9 โมง 10 โมง รอหมอจนเป็นลม รู้สึกเบื่อ" นอกจากนี้มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมว่าควรเพิ่มค่าใช้จ่ายเรื่องอัตราค่าห้องพิเศษ เพิ่มอัตราค่าบริการด้านบริการทันตกรรม และควรมีการจัดอบรม มีโครงการสร้างเสริมสุขภาพ การสอนสุขศึกษาเรื่องโรคที่พบบ่อยในวัยทอง และแนวทางการดูแลตนเองในวัยทองในโรงงาน รวมทั้งให้สถานบริการมีการจัดบริการเรื่องสุขภาพเชิงรุกในโรงงาน

วิจารณ์

ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ และทัศนคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของแรงงานสูงอายุ สอดคล้องกับผลการศึกษาของศิริพร จันทรไพศรี⁽¹⁵⁾ และสุพร เหล่าสวัสดิ์⁽¹⁶⁾ ที่ศึกษาพบว่า เจตคติต่อการสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของชายวัยทอง และสอดคล้องกับแนวคิดของกรีน และครูเตอร์⁽¹⁷⁾ ที่ระบุว่าปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้และเจตคติ ว่าเป็นปัจจัยพื้นฐานของบุคคลและเป็นแรงจูงใจให้บุคคลเกิดการปฏิบัติพฤติกรรม นอกจากนี้บุลุม และคณะ⁽¹⁸⁾ ยังระบุว่า พฤติกรรมการเรียนรู้จะสมบูรณ์และมีแนวโน้มนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง เมื่อบุคคลมีความรู้และใช้สติปัญญา ในการดำเนินกิจกรรมทั้งระดับความรู้ ความเข้าใจ การนำไปใช้วิเคราะห์ และสังเคราะห์ด้วยปัจจัยเอื้อ ได้แก่ มีการนำนโยบายไปปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพสอดคล้องกับแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา ข้อที่ 1 ซึ่งระบุว่า การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพจะเอื้อต่อการมีสุขภาพ มีเพราะนโยบายเป็นข้อความแสดงเจตจำนงขององค์กรให้ดำเนินการตามนโยบายต่อการมีสุขภาพดี และจะเอื้อให้มีการสร้างสรรค์กิจกรรมเพื่อการมีสุขภาพดี ผลการศึกษาสอดคล้องกับชัชวาล นฤพนธ์จิรกุล⁽¹⁹⁾ ที่พบว่ากรมนโยบายสร้างเสริมสุขภาพมีอิทธิพลและ

สามารถทำนายพฤติกรรม สร้างเสริมสุขภาพของผู้บริหารได้และมนัสศรี ไพบุลย์ศิริ⁽²⁰⁾ รวมทั้ง พิพัฒนพงศ์ เข็มปัญญา⁽²¹⁾ ที่พบว่านโยบายสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตเมืองจังหวัดปทุมธานีและชายวัยทองในโรงเรียนประถมศึกษา จังหวัดนครพนม แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของอรไท แดงชาติ⁽²²⁾ ที่พบว่านโยบายการสร้างเสริมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ของบุคลากรในโรงพยาบาลตำรวจ

ปัจจัยด้านความสะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรม และการมีสถานที่และอุปกรณ์ในการปฏิบัติกิจกรรม สร้างเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของชื่นชม เจริญยุทธ⁽²³⁾ ที่ระบุว่าในการรับบริการ ผู้รับบริการ จะต้องมีความสะดวกเพื่อเอื้อให้บุคคลสามารถไปใช้บริการได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของอรไท แดงชาติ⁽²²⁾ ที่ระบุว่าสถานที่ออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ด้านปัจจัยเสริมพบว่า การสนับสนุนจากบุคคลในสถานประกอบการ ได้แก่ เพื่อนร่วมงานและหัวหน้างาน รวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคคลในครอบครัว และสื่อต่างๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของแรงงานสูงอายุ สอดคล้องกับแนวคิดของ นอร์เบค⁽²⁴⁾ ที่ระบุว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความจำเป็นในการช่วยเหลือสนับสนุนให้บุคคลเผชิญปัญหาได้ดี และเพนเดอร์ และคณะ⁽²⁵⁾ ระบุว่าแหล่งสนับสนุนทางสังคมของบุคคลได้แก่ เพื่อนจะให้คำแนะนำในด้านประสบการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเข้าใจ และแก้ปัญหาได้ กลุ่มผู้ดูแลสุขภาพจะเป็นองค์กรทางวิชาชีพที่ให้การช่วยเหลือ และมีทักษะในการให้บริการในเรื่องเฉพาะเจาะจงได้ดี โดยเฉพาะกลุ่มแพทย์และพยาบาล ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ อรไท แดงชาติ⁽²²⁾ วณดา ทองใบ⁽²⁶⁾ วิไลดา คักดีบัณฑิตสกุล⁽²⁷⁾ วาสนา สารการ⁽²⁸⁾ ไพโรจน์ พรหมพันธุ์⁽²⁹⁾ เอมอร โพธิ์ประสิทธิ์⁽³⁰⁾ และจรัสรัตน์ เพชรทอง⁽³¹⁾ ที่ศึกษาพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม

จากสื่อบุคคลใกล้ชิดและบุคคลที่เกี่ยวข้องมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มบุคคล

ข้อเสนอแนะ

1. การจัดบริการ ควรมีการจัดบริการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่พบบ่อยในวัยทองและการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีแก่แรงงานสูงอายุ ทั้งรายบุคคล โดยพยาบาลประจำโรงงาน หรือจัดสอนผ่านสื่อ เช่น เสียงตามสาย จัดนิทรรศการ เป็นต้น และมีกิจกรรมการเสริมสร้างสุขภาพโดยใช้กลุ่มเพื่อน บุคคลในครอบครัว และควรจัดบริการตรวจร่างกาย และคัดกรองพิเศษ เช่น การตรวจหาความหนาแน่นกระดูก การตรวจมะเร็ง เป็นต้น ควรมีการระบุเพิ่มเติม ในระเบียบปฏิบัติการตรวจร่างกายประจำปีแก่พนักงานตามกฎหมายแรงงาน

2. เชิงนโยบาย ควรศึกษาเชิงนโยบายเกี่ยวกับแนวทางการจัดบริการด้านสุขภาพและความปลอดภัยแก่แรงงานสูงอายุในสถานประกอบการ เพื่อเป็นการเตรียมการด้านการดูแลสุขภาพสวัสดิการและการสร้างเสริมสุขภาพ แก่คนงานที่อยู่ในวัยแรงงานสูงอายุในอนาคตและกระตุ้นผู้บริหารในสถานประกอบการเห็นความสำคัญในเรื่องนี้

3. ในการวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาในกลุ่มแรงงานสูงอายุในภาคอื่นๆ โดยเลือกจำแนกเฉพาะประเภทอุตสาหกรรม เช่น เฟอร์นิเจอร์ และควรศึกษาในแรงงานนอกระบบ ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ โดยใช้กระบวนการกลุ่มจากบุคคลใกล้ชิดเพื่อช่วยส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมให้ดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่องภาวะสุขภาพพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของแรงงานสูงอายุ (45-60 ปี) ซึ่งได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากสำนักงานประกันสังคม ปี 2550 ขอขอบคุณผู้บริหารโรงงานและกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่อนุเคราะห์เอื้อเฟื้อในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Aging and work capacity, report of a WHO study group, WHO technical report series 835, World Health Organization., Geneva. 1993.
2. ภักดี โพธิศิริ. Health Policies Issues For The Aging Male in Thailand ในสายัณห์ สวัสดิ์ศรี และคณะ (บรรณาธิการ). คลินิกชายวัยทอง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ปิยอนด์ เอ็นเตอร์ไพรส์ จำกัด. 2545.
3. หะทัย เทพพิสัย. ผู้ชายวัยทอง ในสายัณห์ สวัสดิ์ศรี และคณะ คลินิกวัยทองโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ปิยอนด์ เอ็นเตอร์ไพรส์ จำกัด. 2540.
4. ชื่น เตชามหาชัย. ความสำคัญในการดูแลส่งเสริมสุขภาพชายวัยทอง. ในสำนักส่งเสริมสุขภาพ. กรุงเทพฯ: องค์การส่งเสริมสุขภาพผ่านศึก. 2544.
5. จันทรเพ็ญ ชูประภาวรรณ. สถานะสุขภาพคนไทยปี พ.ศ. 2543. กรุงเทพฯ : อุษาการพิมพ์. 2543.
6. Lantz , J.M.F., Judith T. Harshburger , Ryan J. and Sadle, Georgia R. Promoting Screening and early detection of cancer in men .Nursing and Health Sciences, 2001; 3: 189 - 196.
7. วันเพ็ญ แก้วปาน สุรินทร์ กลัมพากรและพิพัฒน์ ลักษณะวัลกุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพชายวัยทองในประเทศไทย. ม.ป.ท. 2548.
8. ปราณี อีโรโสภณ และ สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล. รายงานการวิจัยเรื่องภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ชายวัยทอง. สนับสนุนทุนวิจัยโดยสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2545.
9. จินตนา ศรีธรรมมา และ วันเพ็ญ แก้วปาน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของชายวัยทองในจังหวัดขอนแก่น. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2547; 18(2): 52-65.
10. Green ,L.W.&Kreuter, M.W. Health Promotion Planning an Education and Ecological Approach. 3rd ed. California : Mayfield. 1999.
11. Pender, N.J, Calolyn, L.M&Mary,A.P. Health promotion in nursing practice. 4th ed. New Jersey : Pearson Education. 2001.
12. Pender, N.J. Health promotion in nursing practice. 2nd ed. Norwalk Connecticut : Appleton and Lange. 1987.
13. Walker S.N, Sechrist, K.R., Pender N.J. Health Promoting Lifestyle Profile II Development and Psychometric characteristics. Nursing Research. 1987; 6: 76-81.
14. Polit , D. F., Hungler, B.P . Nursing Research: Principle and method. 3 rd ed. Philadelphia: Lippincott. 1987.
15. ศิริพร จันทรไพโรศรี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ชายไทยวัยกลางคน จังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. 2548.
16. สุพร เหล่าสวัสดิ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของชายวัยทอง : กรณีศึกษาในข้าราชการตำรวจชั้นประทวนเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. 2548.
17. Green L.W. and Kreuter M.W. Health Promotion Planning: An educational and envoronentml approach. 2nd ed. Mountain View, CA: Mayfield. 1991.
18. ประภาเพ็ญ สุวรรณ และคณะ. พัฒนาทักษะชีวิตเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อในเด็กและเยาวชน. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข. 2536.

19. ชัชวาล นฤพนธ์จิรกุล. แบบแผนการดำเนินชีวิตเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อของผู้บริหารจังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. 2540.
20. มนัสศรี ไพบุลย์ศิริ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตเมือง จังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา) สาขาสุศึกษา ภาควิชาพลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. 2545.
21. พัทธมนพงศ์ เข็มปัญญา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของครูชายวัยทองในโรงเรียนประถมศึกษา จังหวัดนครพนม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. 2548.
22. อรไท แดงชาติ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรในโรงพยาบาลตำรวจ. วิทยานิพนธ์ปริญญา วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา) สาขาสุศึกษา ภาควิชาพลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. 2548.
23. ชื่นชม เจริญยุทธ. ปัจจัยที่กำหนดการเลือกใช้บริการสาธารณสุข ประเภทต่างๆ. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์ การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. 2522.
24. Norbeck, K. The use of social support in clinical practice. Journal of psychosocial nursing and mental health science. 1982; 20(December): 22 - 29.
25. Pender N.J, Murdaugh.L.C and Parson A.M. Health promotion in nursing practice. 4th ed. Upper Saddle River, NJ : Prentice - Hall. 2006.
26. วณดา ทองใบ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพคนงานสตรีในโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอจังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. 2540.
27. วไลดา ศักดิ์บัณฑิตสกุล. การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรี ที่ใช้แรงงานในโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. 2541.
28. วาสนา สารการ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมตัดเย็บเสื้อผ้าสำเร็จรูป. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์) สาขาวิชาการพยาบาลสตรี บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2544.
29. ไพโรจน์ พรหมพันธุ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนงานในโรงงานอุตสาหกรรมในจังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอก สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. 2540.
30. เอมอร โพธิ์ประสิทธิ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากร โรงพยาบาลบางแพ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา) สาขาสุศึกษา ภาควิชาพลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. 2548.
31. จุรีรัตน์ เพชรทอง. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการส่งเสริมสุขภาพข้าราชการตำรวจภูธรจังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. 2540.

นโยบายกับแนวทางการพัฒนาการเรียนการสอนเรื่องเอดส์และเพศศึกษา

Policy for Developing AIDS and Sex Education

นุชนารถ แก้วดำเกิง พย.บ.,วท.ม.,

Nuchanart Kaeodumkoeng B.N.S.,M.sc.,

ชีวันท์ เลิศพิริยสุวัฒน์ พ.บ.,สม.,

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

สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

Bureau of AIDS, TB and STIs

กรมควบคุมโรค

Department of Disease Control

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อเปรียบเทียบนโยบายและแนวทางการปฏิบัติในส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค ในเรื่องการจัดการเรียนการสอนเรื่องเอดส์และเพศศึกษา และอธิบายรูปแบบและวิธีการดำเนินงาน รวมถึงค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเรียนการสอนเรื่องเอดส์และเพศศึกษาในระดับต่าง ๆ เก็บข้อมูล ในสถานศึกษาที่สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานของกระทรวงศึกษาธิการ โดยการสัมภาษณ์ เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลสำคัญด้วยแบบสอบถามที่มีโครงสร้าง รวม 30 ราย ซึ่งถูกสุ่มเลือกกระจายตามภาค ได้แก่ ผู้บริหาร ศึกษาธิการเขต และเจ้าหน้าที่ฝ่ายส่งเสริมการจัดการศึกษาของสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา (สพท.) ผู้บริหาร สถานศึกษาและครูผู้สอนเรื่องเอดส์และเพศศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า ด้านนโยบายและแนวทางการปฏิบัติในส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค ในเรื่องการจัดการเรียนการสอนเรื่องเอดส์และเพศศึกษา มีการถ่ายทอดนโยบายไปสู่ สพท. 185 เขต แต่ไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ขาดการติดตามประเมินผลที่ต่อเนื่อง ทำให้การดำเนินงานในพื้นที่ไม่ครอบคลุม รูปแบบและวิธีการดำเนินงาน ในเรื่องการจัดการเรียนการสอนขึ้นอยู่กับสถานศึกษาเป็นผู้กำหนดเอง ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการจัดการเรียนการสอน ได้แก่ 1. มีนโยบาย 2. หลักสูตรที่สามารถดำเนินงานได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ 3. การพัฒนาศักยภาพครูผู้สอน 4. การติดตามผลการดำเนินงาน 5. มีงบประมาณสนับสนุน 6. มีสื่อประกอบการสอน 7. การให้ข้อมูลกับกลุ่มผู้ปกครอง จึงควรมีนโยบายการจัดการเรียนการสอนเรื่องเอดส์และเพศศึกษาที่เป็นรูปธรรม และครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมายที่เป็นเยาวชน ทั้งในและนอกระบบการศึกษา มีการพัฒนาศักยภาพครูผู้สอนและผู้เกี่ยวข้องให้มีทัศนคติที่ดีต่อการจัดการเรียนรู้เรื่องเอดส์และเพศศึกษา และสามารถถ่ายทอดความรู้ให้แก่เยาวชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ การส่งเสริมและสร้างความเข้าใจกับผู้บริหารในพื้นที่ สังคมให้ยอมรับครูผู้สอนในสถานศึกษา และเห็นถึงประโยชน์ของการเรียนการสอนเรื่องเอดส์และเพศศึกษา และให้การสนับสนุนการดำเนินงานในทุกระดับอย่างต่อเนื่อง

Abstract

This study was a qualitative research which aimed to compare AIDS and sex education policy and practice between central and region, to explain pattern and method including related factors of AIDS and sex education in each level. Data was collected from schools under Office of The Basic Education Commission, Ministry of Education by conducting in-depth interview from thirty key informants sampled by region with using semi-structured questionnaire. They consisted of deputy directors, supervisors of supervisor section and

officers of promotion education section of Education service Area Office, school principals and teachers teaching AIDS and sex education. It was found that the policy and practices of AIDS and sex education in central and regions were transferred to 185 Education Service Area Offices but they had no clear practical guidelines, lacked continuous monitoring and evaluation, so its implementation in local areas didn't cover in every level. Pattern and method to teach AIDS and sex education in schools depended on directors of school and their team work. Crucial factors effecting achievement of AIDS and sex education were, 1 concrete policy, 2 curricula appropriated to local context , 3 capacity developing of teacher, 4.monitoring and evaluation, 5 budget support, 6 teaching media/tool and 7 giving information to parents. This study recommended to have concrete AIDS and sex education policy which covers all in-and-out of school youths, capacity building of teachers and their team to have positive attitude to AIDS and sex education and to deliver knowledge to youths effectively, local directions and community to accept teacher, promoting and developing understanding of realize advantage of AIDS and sex education and support continuously its implementation in every level

ประเด็นสำคัญ-

นโยบาย การจัดการเรียนการสอนเอดส์และเพศศึกษา

Keyword

Policy, AIDS and sex education

บทนำ

แหล่งข้อมูลจาก The Asia Epidemic Model (AEM) Projections for HIV/AIDS in Thailand 2005-2025⁽¹⁾ ได้คาดประมาณตัวเลขผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทยโดยในปี พ.ศ.2552 คาดว่า จะมีผู้ที่ติดเชื้อเอดส์สะสมประมาณ 1,127,168 ราย เป็นผู้ที่เสียชีวิต ประมาณ 613,510 ราย และยังมีชีวิตอยู่ ประมาณ 516,632 ราย และมีผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อเอดส์ รายใหม่ประมาณ 11,753 ราย ในปี พ.ศ.2552 คาดว่า จะมีสัดส่วนของผู้ติดเชื้อรายใหม่ส่วนใหญ่เป็นหญิงวัยรุ่น และหญิงแม่บ้านที่ติดเชื้อจากสามีประมาณ ร้อยละ 45 และชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ร้อยละ 20

ผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีของสำนักโรคติดต่อทั่วไปพบว่า ในปี 2548-2551⁽²⁾ กลุ่มนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย เคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว ร้อยละ 17.9 ร้อยละ 21.0 ร้อยละ 21.2 และร้อยละ 24.1 ตามลำดับ และในกลุ่มนักเรียนหญิงระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย เคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว ร้อยละ 8.7 ร้อยละ 12.2 ร้อยละ 12.9 และ 14.7 ตามลำดับ ในปีที่ผ่านมาเยาวชนชายส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์

กับแฟนหรือคนรัก ร้อยละ 12.0 ร้อยละ 14.3 ร้อยละ 13.7 และร้อยละ 15.2 แต่มีการใช้ถุงยางอนามัยต่ำเพียง ร้อยละ 21.9 ร้อยละ 27.8 ร้อยละ 25.0 และร้อยละ 27.3 ในขณะที่พบว่าเยาวชนหญิงมีเพศสัมพันธ์กับแฟนหรือคนรัก ร้อยละ 5.5 ร้อยละ 8.8 ร้อยละ 9.9 และร้อยละ 10.5 แต่มีการใช้ถุงยางอนามัย เมื่อมีเพศสัมพันธ์เพียง ร้อยละ 16.0 ร้อยละ 20.7 ร้อยละ 19.7 และร้อยละ 20.4 โดยสาเหตุที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ที่พบได้บ่อยที่สุดตามลำดับ ได้แก่ การอยู่ลำพังกับเพศตรงข้าม การอยากลอง การอยากสนุก ความรู้สึกกลัวแฟนไม่รัก สู้ปลุกเร้าอารมณ์ เมาสู่รา เพศตรงข้ามแต่งกายหล่อแหลม การเที่ยวสถานเริงรมย์ ต้องการทำสถิติ และปัจจัยอื่นๆ นอกจากนี้เยาวชนยังได้รับสื่อปลุกเร้าทางเพศจากหนังสือการ์ตูนมากที่สุด รองลงไปได้แก่ วีดีโอ/ดีวีดี อินเทอร์เน็ต ภาพโป๊ โฆษณา นิตยสาร และอื่นๆ

จากรายงานสถานการณ์เอดส์ในกลุ่มเยาวชนและประชากรกลุ่มต่างๆ พบว่ายังมีพฤติกรรมเสี่ยงเพิ่มขึ้น เช่น อายุที่มีเพศสัมพันธ์น้อยลง อัตราการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ไม่ถึงร้อยละ 50 ทำให้

มีผู้ติดเชื้อรายใหม่เกิดขึ้นในปี 2552 ประมาณ 11,753 ราย จากสภาพปัญหาดังกล่าวข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่า เด็กและเยาวชนอยู่ในสภาพน่าเป็นห่วง จำเป็นต้องได้รับการดูแล และแก้ไขอย่างเร่งด่วนจากทุกภาคส่วน ไม่ว่าจะเป็น บ้าน โรงเรียน ชุมชน หน่วยงานภาครัฐ หรือเอกชน ต้องช่วยเหลือกันอย่างเต็มกำลังและความสามารถในการเรียนการสอนในเรื่องเอดส์และเพศศึกษา เป็นนโยบายหนึ่งของกระทรวงสาธารณสุขที่ให้ความร่วมมือกับกระทรวงศึกษาธิการโดยผลักดันให้สถานศึกษาจัดและส่งเสริมการเรียนรู้ เรื่องเอดส์และเพศศึกษา⁽³⁾ เพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจ และมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการป้องกันเอดส์ ตลอดจนมีการดำเนินการป้องกันโรคเอดส์อย่างต่อเนื่อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและค่านิยมที่ถูกต้องให้นักเรียนนักศึกษา โดยนำกระบวนการเรียนรู้ ทักษะชีวิต และเพศศึกษามาใช้ให้นักเรียน/นักศึกษาได้ฝึกทักษะ รู้จักคิดรอบด้านอย่างเป็นระบบ ตระหนักรู้ถึงคุณค่าของตนเอง เรียนรู้การอยู่ในสังคมร่วมกันกับผู้อื่นเป็นไปโดยให้เรียนรู้ถึงพัฒนาการทางเพศตามวัยอันเหมาะสม การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น การใช้ทักษะส่วนบุคคล การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรักษาสุขภาพทางเพศตลอดจนเรียนรู้การใช้ชีวิตตามสังคม และวัฒนธรรม⁽⁴⁾ ปัจจุบันในการศึกษาขั้นพื้นฐาน มีการจัดการเรียนการสอนเรื่องเอดส์และเพศศึกษาได้เริ่มมาตั้งแต่ปี 2548 โดยเริ่มขึ้นในระดับประถมศึกษา จนถึงมัธยมศึกษา วิธีการเรียนการสอนมีการบูรณาการเนื้อหา ลงในสาระวิชาต่างๆ ได้แก่ สาระสุขศึกษาและพลศึกษา วิทยาศาสตร์ สังคมศึกษา แขนง เป็นต้น การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบนโยบายและแนวทางการปฏิบัติในส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค ในเรื่องการจัดการเรียนการสอนเรื่องเอดส์และเพศศึกษา

2. เพื่ออธิบายรูปแบบและวิธีการดำเนินงานในเรื่องการจัดการเรียนการสอนเรื่องเอดส์และเพศศึกษา

3. เพื่อค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเรียนการสอนเอดส์และเพศศึกษาในระดับต่างๆ

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยคัดเลือกผู้รับผิดชอบงานด้านการเรียนการสอนเอดส์ และเพศศึกษา และรู้ข้อมูลมาให้สัมภาษณ์ เพื่อให้ได้ผลการศึกษที่ตรงตามความเป็นจริง โดยการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informant) ได้แก่ ผู้บริหาร ศึกษาธิการเขตและเจ้าหน้าที่ฝ่ายส่งเสริมการจัดการศึกษา ของ สพท. ผู้บริหารสถานศึกษาและครูผู้สอน จำนวน 5 คน ต่อจังหวัด วิธีการสุ่มเลือก สพท. และสถานศึกษา แบ่งเป็นขั้นตอนหลายขั้นตอน (Multi stage sampling) ดังนี้

ขั้นที่ 1 แบ่งจังหวัดที่มีการดำเนินงานในการจัดการเรียนการสอนเรื่องเอดส์และเพศศึกษาร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) ในปี 2548-2551 ออกเป็นกลุ่มภาค ดังนี้

ภาคกลาง: ปทุมธานี กาญจนบุรี ตราด นครนายก สระแก้ว ลพบุรี

ภาคเหนือ: เชียงใหม่ เชียงราย แม่ฮ่องสอน แพร่ ลำปาง นครสวรรค์ ตาก เพชรบูรณ์ พะเยา

ภาคใต้: นครศรีธรรมราช กระบี่ ยะลา ระนอง พัทลุง สงขลา

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ: อุตรดิตถ์ อุบลราชธานี สุรินทร์ หนองคาย นครพนม กาฬสินธุ์ นครราชสีมา ขอนแก่น ศรีสะเกษ

ขั้นที่ 2 สุ่มเลือกจังหวัดในแต่ละภาค แบบ simple random sampling ภาคเหนือ ภาคใต้ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคละ 1 จังหวัด ภาคกลาง 3 จังหวัด รวมเป็น 6 จังหวัด

ขั้นที่ 3 แต่ละจังหวัดสุ่มเลือก สพท. 1 แห่ง รวม 6 สพท.

ขั้นที่ 4 สพท. ที่สุ่มเลือกได้ สุ่มเลือก โรงเรียนตามระดับความเข้มข้นของการจัดการเรียนการสอนความเข้มข้นมาก จำนวน 2 โรงเรียน ความเข้มข้นปานกลาง จำนวน 2 โรงเรียน และความเข้มข้นน้อย จำนวน 2 โรงเรียน รวมทั้งหมด 6 โรงเรียน รวมกลุ่มตัวอย่าง 30 ตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่

1. แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview Guideline) ซึ่งใช้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิดเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องอย่างละเอียด โดยแนวทางการสัมภาษณ์นี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษา ตำรา แนวความคิดและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีความครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์การวิจัย และกรอบแนวคิดในการวิจัย ออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้บริหาร ได้แก่ ผู้บริหาร สพท. ผู้บริหารสถานศึกษา

กลุ่มที่ 2 ประกอบด้วย ศึกษานิเทศก์และเจ้าหน้าที่ฝ่ายส่งเสริมการศึกษา ของ สพท.

กลุ่มที่ 3 ครูผู้สอนเรื่องเอดส์และเพศศึกษา

2. เครื่องบันทึกเสียง ใช้บันทึกข้อมูลในการสัมภาษณ์ระดับลึก

3. แบบบันทึกข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่ออธิบายถึงความเข้าใจในนโยบาย และสรุปประเด็นตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย หาลักษณะร่วมและเลือกข้อมูลที่เป็นกุญแจสำคัญ ประมวลผลความคิดจากข้อมูลที่ได้สรุปเป็นความเข้าใจ

ผลการศึกษา

การศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่สัมภาษณ์ในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนพฤษภาคม 2552 พบว่า เป็นกลุ่มเพศหญิง จำนวน 12 คน (40.0%) และเพศชาย จำนวน 18 คน (60.0%) อายุตั้งแต่ 26-59 ปี อายุเฉลี่ย 48 ปี อยู่ในพื้นที่ สพท. เขต 1 จำนวน 3 แห่ง และ สพท. เขต 2 จำนวน 2 แห่ง และ สพท. เขต 3 จำนวน 1 แห่ง

สถานการณ์ในกลุ่มเยาวชน

กลุ่มผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด ได้มีความคิดเห็นต่อสถานการณ์เยาวชนในปัจจุบันมีความเสี่ยงมาก และเกือบทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างให้ความคิดเห็นสอดคล้องกันว่าทุกคนต้องร่วมมือกันแก้ไขปัญหาของเยาวชนและมีความจำเป็นในการจัดการ

เรียนการสอนเรื่องเอดส์และเพศศึกษาให้กับเยาวชน

นโยบายเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนเรื่องเอดส์ และเพศศึกษา

จากการเก็บข้อมูลในกลุ่มผู้บริหาร พบว่า มี 3 วิธี ดังนี้

1. การดำเนินงานผ่านการรับนโยบายที่ไม่เป็นลายลักษณ์อักษรจาก สพฐ. ผ่านมาเป็นทอดๆ โดยจัดประชุมและชี้แจงนโยบายผ่านที่ประชุม

2. การจัดทำหนังสือสั่งการให้สถานศึกษาในพื้นที่รับผิดชอบ ดำเนินงานจัดการเรียนการสอนเรื่องเอดส์และเพศศึกษา

3. สถานศึกษาและเขตพื้นที่ การศึกษา ได้รวมเป็นคณะทำงานเอดส์ในระดับจังหวัด และที่ผ่านมา มีการดำเนินงานเรื่องเอดส์ ตอนหลังได้มีเรื่องเพศศึกษาเข้ามาในพื้นที่ จึงดำเนินงานต่อเนื่องเพราะเห็นความสำคัญ และความจำเป็นในการดำเนินงาน เนื่องจากสถานการณ์ของเยาวชนในพื้นที่ และสื่อต่างๆ ที่แวดล้อมเยาวชน

แนวทางในการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอน เรื่องเอดส์และเพศศึกษา

กลุ่มผู้บริหารส่วนใหญ่เห็นด้วย แต่การกำหนดแนวทางไปสู่การปฏิบัติได้มอบหมายให้ฝ่ายศึกษานิเทศก์ และเจ้าหน้าที่ฝ่ายส่งเสริมการศึกษาร่วมกันกับสถานศึกษาในการกำหนดแนวทางในการปฏิบัติ โดยสามารถบอกแนวทางในการปฏิบัติว่าแบ่งออกเป็น

1. การบูรณาการในทุกสาระวิชา
2. การบูรณาการในวิชาสุขศึกษา และพลศึกษา วิทยาศาสตร์ และสังคมศึกษา

วิธีการนำไปปฏิบัติเกี่ยวกับเรื่องการเรียนรู้ การสอน เรื่องเอดส์และเพศศึกษา พบว่ามีแนวทางดังนี้

1. นำนโยบายที่ได้รับมา ร่วมวางแผนการดำเนินงานในสถานศึกษา

2. จัดทำโครงการเพื่ออบรม ชี้แจง ทำความเข้าใจในระหว่างครูผู้สอนในสาระวิชาที่เกี่ยวข้อง และสาระวิชาอื่นๆ

3. จัดอบรมผู้เกี่ยวข้องในสถานศึกษา

อันได้แก่ ครูผู้สอน แกนนำนักเรียน ผู้ปกครอง

กลุ่มศึกษานิเทศก์และเจ้าหน้าที่ฝ่ายส่งเสริมการจัดการศึกษา ผลการศึกษาพบว่า มีแนวทางการดำเนินงานโดยนำนโยบายมาวิเคราะห์ และวางแผนการขยายผลไปยังสถานศึกษา เช่น ระดับชั้น จำนวน สถานศึกษา

ครูผู้สอน มีความคิดเห็นว่า สามารถดำเนินงานได้โดยบูรณาการในสาระวิชาสุขศึกษาและพลศึกษา และเห็นความสำคัญ ครูผู้สอน มีความต้องการในการอบรมพัฒนาศักยภาพในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเอดส์และเพศศึกษา เพื่อจะได้นำความรู้ไปจัดการเรียนการสอนได้ตามความต้องการของเยาวชนบางท่านใช้วิธีการค้นหาข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต เพราะไม่มีแหล่งความรู้ในรูปแบบวิชาการ สำหรับโรงเรียนที่อยู่นอกเมืองได้รับการจัดสรรสื่อการเรียนการสอนไม่เพียงพอ

ความเข้าใจในเรื่องเพศศึกษา

กลุ่มผู้บริหารและกลุ่มศึกษานิเทศก์และเจ้าหน้าที่ฝ่ายส่งเสริมการจัดการศึกษา ส่วนใหญ่มีความเข้าใจในเรื่องเพศศึกษาเพียงเล็กน้อย ไม่ครอบคลุมทุกประเด็นสำคัญของเพศศึกษา

ครูผู้สอน ให้ความหมายและความเข้าใจในเรื่องเพศศึกษา ครูผู้สอน ได้อธิบายความหมายของเพศศึกษาอย่างเข้าใจ ในสาระสำคัญของเพศศึกษา 6 ด้าน ซึ่งประกอบด้วย 1. พัฒนาการทางเพศ 2. สุขอนามัยทางเพศ 3. พฤติกรรมทางเพศ 4. สัมพันธภาพระหว่างบุคคล 5. ทักษะส่วนบุคคล 6. สังคมและวัฒนธรรม นอกจากนี้ยังรวมไปถึงบทบาททางเพศ ความเหมือน หรือความแตกต่างระหว่างตนเองและผู้อื่น ความภูมิใจในตนเอง

แนวคิดในการจัดการเรียนการสอนเรื่องเอดส์และเพศศึกษา

กลุ่มตัวอย่างทั้ง 30 คน ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวคิดที่สอดคล้องกันว่า เรื่องเอดส์และเพศศึกษา ควรสอดแทรกอยู่ในหลักสูตรการเรียนการสอนของสถานศึกษา ซึ่งสถานศึกษาสามารถดำเนินงานได้เอง และสถานศึกษาทั้ง 6 แห่ง ได้ดำเนินงานอยู่แล้ว

และส่วนใหญ่มีการบูรณาการในสาระวิชาสุขศึกษาและพลศึกษา และแนวนอกจากนี้ยังมีการบูรณาการในกิจกรรม พัฒนา ผู้เรียน เช่น ชั่วโมงโฮมรูม เป็นต้น

ความครอบคลุมของการดำเนินงานด้านเอดส์และเพศศึกษาในกลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มผู้บริหาร ส่วนใหญ่ให้นโยบายกับสถานศึกษาครอบคลุมทุกสถานศึกษา แต่การดำเนินงานแล้วแต่สถานศึกษาว่าจะกำหนดอย่างไร

กลุ่มศึกษานิเทศก์และเจ้าหน้าที่ฝ่ายส่งเสริมการจัดการศึกษา ให้ข้อมูลว่า การจัดการเรียนการสอนควรเริ่มตั้งแต่ช่วงชั้นที่ 2 แต่จะไปเน้นที่ช่วงชั้นที่ 3 ควรเริ่มตั้งแต่เด็กคือให้เด็กได้เรียนรู้เร็วขึ้น ดังนั้นควรปรับหลักสูตรเพราะพัฒนาการของเด็กเร็วขึ้น ให้บรรจุอยู่ในช่วงชั้นต้น การดำเนินการด้านเอดส์และเพศศึกษาเราไม่ควรเน้นเรื่องเอดส์เพียงอย่างเดียว ควรเน้นให้เด็กดูแลสุขภาพของตนเองด้วยซึ่งการศึกษาพบว่ามีการจัดการเรียนการสอนเริ่มที่ช่วงชั้นที่ 2 และ 3 และมีแนวทางการดำเนินงาน ดังนี้

1. รับนโยบายจากเขตพื้นที่การศึกษา
2. หัวหน้ากลุ่มสาระประชุมว่าจะสอดแทรกในกลุ่มสาระไหนบ้าง
3. ประชุมในแต่ละกลุ่มสาระ
4. การจัดกิจกรรมทุกคนต้องมาร่วมกัน

รับผิดชอบ ครูทุกคนต้องมาร่วมกัน

รูปแบบและวิธีการจัดการเรียนการสอนเรื่องเอดส์และเพศศึกษา

กลุ่มผู้บริหาร พบว่า วิธีการที่ดำเนินงานในแต่ละโรงเรียนอาจมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับสถานศึกษาเป็นผู้กำหนดเอง เช่น การสอนในห้อง การพาไปศึกษาดูงาน การใช้สื่อที่มีการสาธิตให้เห็นของจริง เห็นรูปภาพ สื่อซีดี มีอธิบายขั้นตอนต่างๆ สื่อที่เฉพาะสำหรับนักเรียนในแต่ละระดับ และอธิบายขั้นตอนต่างๆ สามารถเปิดศึกษาเองได้ สอนตามหลักสูตรและสื่อการเรียน การสอนเรื่องเอดส์และเพศศึกษา โดยใช้แนวทางการพัฒนาครูผู้สอนและผู้ที่เกี่ยวข้อง

กลุ่มศึกษานิเทศก์และเจ้าหน้าที่ฝ่ายส่งเสริม

การจัดการศึกษา ให้ข้อมูลว่าครูผู้สอนจะเป็นคนรู้ว่า ควรจัดแบบไหน สาทิต หรือสอนอย่างเดียว แต่จากการ แลกเปลี่ยนกับครูผู้สอนพบว่า ให้มีการเรียนรู้แบบสาทิต หรือแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างครูกับประสบการณ์ ของนักเรียน นักเรียนจะให้ความสนใจว่าการสอน เพียงอย่างเดียว การทำกิจกรรมในห้องเรียนเด็กจะ จำได้กว่าประทับใจ และความรู้จะติดตัวมากกว่า การสอนในตำราเพียงอย่างเดียว

กลุ่มครูผู้สอน ให้ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบและ วิธีการจัดการเรียนการสอนเรื่องเอดส์และเพศศึกษา ดังนี้

1. เป็นวิชาเพิ่มเติมอีกวิชาหนึ่ง
2. สอดแทรกหรือบูรณาการในวิชาสุขศึกษา และพลศึกษา
3. สอนสอดแทรกในวิชาอื่นๆ เช่น สังคม ศึกษา วิทยาศาสตร์

ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการเรียนการสอน เรื่องเอดส์และเพศศึกษา

กลุ่มผู้บริหาร มีความคิดเห็นว่า ครูเป็น ผู้จัดการเรียนรู้ เป็นผู้นำ เป็นผู้จัดประกาย ถ้าครูมี ความสามารถ จะสามารถจัดการเรียนการสอนได้อย่าง มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ ประสบความสำเร็จ ได้แก่

1. นโยบายให้มีการดำเนินงานอย่างจริงจัง โดยมีการกำหนดจากหน่วยงานหลัก คือ สพฐ.และ นโยบายของสถานศึกษาที่สอดคล้องกัน
2. หลักสูตรที่สามารถดำเนินงานในสถาน ศึกษาได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่
3. การอบรมครูทุกคน ให้ครูเกิดความ ตระหนัก ครูผู้สอนต้องตามทันต่อสถานการณ์และรู้ ข้อมูล เพื่อส่งต่อหรือให้ข้อมูลต่อคนอื่นรับทราบด้วย หรือเล่าให้เด็กฟังว่ามีข่าวอย่างไร
4. การติดตามผลการดำเนินงาน จะใน รูปแบบใดก็ได้ หรือฝากให้หน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น สถานีอนามัยติดตามก็ได้
5. มีงบประมาณสนับสนุน จะช่วยให้งานบรรลุ

ตามวัตถุประสงค์มากขึ้น

6. การให้ความรู้ ความเข้าใจกับกลุ่มผู้ ปกครอง เครือข่ายผู้ปกครอง คณะกรรมการจัดการ ศึกษา คณะกรรมการเครือข่ายผู้ปกครอง มีความ สำคัญมากในการช่วยเชื่อมโยงปัญหาในครอบครัว เสริมสร้างความเข้าใจให้กับเยาวชนมากขึ้น

กลุ่มศึกษานิเทศก์และเจ้าหน้าที่ฝ่าย ส่งเสริมการจัดการศึกษา มีความคิดเห็นว่ นโยบาย จากผู้บริหารมีความสำคัญมากที่สุด นอกจากนี้ การให้ ความรู้ ความเข้าใจกับผู้ปฏิบัติงาน เพื่อถ่ายทอดไป ยังระดับปฏิบัติในสถานศึกษาเป็นปัจจัยที่สำคัญเช่นกัน

กลุ่มครูผู้สอน ให้ข้อมูลว่า มีปัจจัย 2 ด้าน ปัจจัยทางบวก คือ 1. ผู้บริหารถ้าเห็นความ สำคัญการจัดการเรียนการสอนเรื่องเอดส์และเพศศึกษา จะไปได้ด้วยดี 2. ครูและบุคลากรสนับสนุน 3. เรื่อง งบประมาณ เพื่อช่วยในการสนับสนุนการดำเนินงาน การ พัฒนาครูผู้สอน 4. ต้องมีสื่อที่ทันสมัยให้กับครูผู้สอน เพราะครูบางคนไม่ทราบ และไม่มีเวลาในการพัฒนา สื่อที่ทันสมัย หรือดึงดูดความสนใจของเยาวชน และจะ ต้องมีหลักสูตรการเรียนด้วย นอกจากนี้ครูผู้สอนให้ ข้อมูลว่าการติดตามประเมินผลมีความสำคัญมาก ทั้ง กระทรงวสาธารณสุข กระทรงวศึกษาธิการจะช่วยให้ งานดำเนินได้อย่างต่อเนื่อง

ส่วนปัจจัยด้านลบ ได้แก่ ทศนคติของครูอื่นๆ ที่ส่งผลกระทบต่อการจัดการเรียนการสอนเรื่องเอดส์และ เพศศึกษาที่มองว่าการจัดการเรียนการสอนไม่เหมาะสม และเข้าใจเพศศึกษาไม่ครอบคลุมประเด็นและสาระสำคัญ นอกจากนี้ ยังมีความคิดเห็นว่ น่าจะมีกิจกรรมอื่นๆ สอด แทรกให้กับกลุ่มเยาวชนด้วย

หลักสูตรที่ใช้ประกอบการเรียนการสอน เรื่องเอดส์และเพศศึกษา

ผลการเก็บข้อมูล พบว่ามีหลักสูตรที่ใช้ ประกอบ การเรียนการสอน อยู่ 2 หลักสูตร คือ

1. หลักสูตรของสพฐ. ซึ่งประกอบด้วยเนื้อหา แนวทางการจัดการเรียนรู้ 4 ช่วงชั้น
2. หลักสูตรก้าวย่างอย่างเข้าใจขององค์การ

แพธ (PATH)

แผนงาน/โครงการ เกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนเรื่องเอดส์และเพศศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า ได้รับงบประมาณส่วนน้อยจาก สพฐ. ซึ่งจัดสรรมาให้ เช่น ใช้ในการณรงค์ พัฒนาครู พัฒนาการเรียนการสอน มีงบประมาณบางส่วนมาจากทางด้านสาธารณสุข โดยได้มาจากการเสนอโครงการไปที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด บางครั้งก็ได้ บางครั้งก็ไม่ได้รับการสนับสนุน หรือประชุมร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ และได้รับจัดสรรงบประมาณมาดำเนินการสำหรับในปี 2552 ไม่มีงบประมาณมาสนับสนุน

การประเมินผลการเรียนการสอน

กลุ่มผู้บริหาร จากการเก็บข้อมูลพบว่ารูปแบบการประเมินผลความสำเร็จ มีวิธีการดังนี้

1. การสัมภาษณ์ครูผู้สอน
2. สัมภาษณ์ผู้บริหารที่จัดโครงการ
3. สัมภาษณ์เด็กที่เข้าร่วมโครงการ
4. การรายงานการดำเนินการทุกเรื่องจะต้อง

รายงานผลการดำเนินงาน

5. ผลที่ได้จากการที่ศึกษานิเทศก์ลงพื้นที่ติดตามการทำงานของโรงเรียน

กลุ่มศึกษานิเทศก์และเจ้าหน้าที่ฝ่ายส่งเสริมการจัดการศึกษา พบว่ามีการประเมินผลที่ไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากการนิเทศงานเป็นบทบาทหน้าที่ของเฉพาะศึกษานิเทศก์ และการนิเทศงานมีเนื้อหาสาระที่ต้องดูมาก การนิเทศงานไม่ครบถ้วนทุกสถานศึกษา เนื่องจากมีบุคลากรน้อย ภาระงานมาก

กลุ่มครูผู้สอน พบว่ามีรูปแบบการประเมินผลในกลุ่มนักเรียน ดังนี้ 1. การให้ทำแบบฝึกหัด 2. แบบทดสอบ 3. การทำรายงาน 4. การพูดหน้าชั้นเรียนแต่ละหัวข้อที่ไปศึกษามาแล้วมาพูดให้เพื่อนฟัง

การดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ

กลุ่มผู้บริหาร จากการเก็บข้อมูล มีความคิดเห็นว่า ควรจะมีการกำหนดเป็นนโยบายให้ชัดเจนว่าจะจัดการเรียนการสอนแบบใด เช่น วิชาแยกเฉพาะหรือ อยู่ในวิชาสุขศึกษา การจัดการเรียนการสอนในห้อง

อย่างเดียวไม่ค่อยน่าสนใจ ควรจะมีรูปแบบ และกิจกรรมที่หลากหลาย มีสื่อที่ดึงดูดความสนใจ มีแผนกำหนดมาให้ครูผู้สอนสามารถดำเนินการตามนั้นแล้วเก็บข้อมูลหรือจัดกิจกรรมตามนั้น เช่น กิจกรรมทัศนศึกษา การเชิญบุคคลภายนอกมาให้ความรู้ ต้องใช้รูปแบบการสอนที่หลากหลายเด็กเยาวชนจึงจะสนใจ เพราะเด็กนักเรียนจะสนใจระยะสั้น ควรต้องเปลี่ยนกิจกรรมไปเรื่อย ๆ ครูผู้สอนแต่ละโรงเรียนจะรู้ว่าเด็กในโรงเรียนควรจะทำกิจกรรมรูปแบบใดนักเรียน จึงจะน่าสนใจ นอกจากนี้ควรมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในเรื่องการกำกับติดตาม และการประเมินผล เพื่อให้ข้อชี้แนะแนวทางในการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพและเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ปฏิบัติงาน

กลุ่มศึกษานิเทศก์และเจ้าหน้าที่ฝ่ายส่งเสริมการจัดการศึกษา จากการเก็บข้อมูลพบว่าการทำงานที่มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย

1. การอบรมครู เพื่อให้ครูมีการเคลื่อนไหวเกิดการเรียนรู้ตลอดเวลา บางทีครูรู้แต่สิ่งที่ปฏิบัติต้องมีการนำทฤษฎีกับการปฏิบัติมาใช้ควบคู่กันไปใช้หลักการและวิธีการต่าง ๆ

2. โรงเรียนต้องมีแผนงาน/โครงการรองรับเพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

3. ต้องมีตัวชี้วัดและยุทธศาสตร์ของกระทรวงศึกษาธิการ เพื่อจะได้เกิดการดำเนินงานและนำไปสู่การจัดทำคำของบประมาณของหน่วยงาน ตลอดจนสามารถให้เกิดการบูรณาการงาน งบประมาณ ผลงาน และรายงานผลความสำเร็จ

4. นโยบายจาก สพฐ. เพราะมีผลต่อการดำเนินงานที่ต่อเนื่อง และครอบคลุมทุกสถานศึกษา

5. รูปแบบกิจกรรมที่หลากหลาย เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจให้กับนักเรียนและการอบรมให้ความรู้ ไม่ควรมีจำนวนนักเรียนมากเกินไป เช่น ฐานกิจกรรม บทบาทสมมุติ การแสดงละคร

กลุ่มครูผู้สอน จากการเก็บข้อมูลมีความคิดเห็นว่า การเรียน การสอนที่มีประสิทธิภาพ นอกจาก

โรงเรียนแล้วผู้ปกครองมีส่วนสำคัญอย่างมาก

สื่อการเรียนการสอนที่ใช้ในการจัดการเรียนการสอน (เก็บข้อมูลเฉพาะในกลุ่มครูผู้สอน) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน มีความคิดเห็นว่า สื่อการเรียนการสอนที่เหมาะสม ประกอบด้วย

1. หลักสูตร/แนวทาง /คู่มือ ที่ให้เนื้อหาและประเด็นของเพศศึกษา ที่ครูผู้สอนสามารถอ่านและได้รับหลักการของเพศศึกษา ตลอดจนรูปแบบ วิธีการจัดการเรียนรู้ที่สามารถนำไปปฏิบัติได้

2. สื่อประกอบของการจัดการเรียนรู้ เพื่อสร้างบรรยากาศ ดึงความสนใจของผู้เรียน เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

การวัดความสำเร็จในการดำเนินงานเรื่องจัดการเรียนการสอนเรื่องเอดส์และเพศศึกษา

จากการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด พบว่าความสำเร็จในการดำเนินงาน อยู่ที่พฤติกรรมของเยาวชน ซึ่งการจัดการเรียนการสอนในระยะเวลาสั้นๆ อาจไม่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเยาวชนที่ได้รับอิทธิพลจากสื่อที่แวดล้อมในปัจจุบัน แต่ความสำเร็จอาจดูได้จาก

1. นักเรียนมีความรู้ความเข้าใจที่จะป้องกันตนเอง สามารถดูแลตนเองได้เหมาะสมและปลอดภัย

2. โรงเรียนลดภาระเรื่องการแก้ปัญหาเด็กเหมือนเราสร้างภูมิคุ้มกันให้ แทนที่จะมีปัญหारेื่องเอดส์เพศศึกษามาก

ป-หาอุปสรรคในการดำเนินงาน/การบรรลุลงในหลักสูตรของสถานศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่บอกว่าไม่มีปัญหาในการบรรจุการเรียนการสอนเรื่องเอดส์และเพศศึกษาลงในหลักสูตรของสถานศึกษา แต่ปัญหาอยู่ที่ทัศนคติของผู้เกี่ยวข้อง เช่น ครูผู้สอน กลุ่มผู้ปกครอง เป็นต้น นอกจากนี้มีปัญหาก็เกี่ยวกับ

1. การเปลี่ยนเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบบ่อยทำให้เกิดความไม่ต่อเนื่องของงาน

2. ปัญหาเรื่องสถานที่ เช่น ไม่มีห้องเฉพาะที่ใช้จัดกิจกรรม โดยเฉพาะบางกิจกรรมที่ต้องใช้

โสตทัศนูปกรณ์ เช่น เครื่องเสียง คอมพิวเตอร์

3. เรื่องของตัวบุคคล ครูผู้สอนไม่มีความมั่นใจในการจัดการเรียนการสอน

4. เรื่องสื่อการเรียนการสอนที่มีน้อยและไม่มีความหลากหลาย ครูผู้สอนมีความต้องการสื่อการเรียนการสอนที่หลากหลายรูปแบบ เพื่อดึงดูดความสนใจของผู้เรียน และสร้างความรู้ความเข้าใจมากขึ้น

5. ปัญหาของสิ่งแวดล้อม/แหล่งอบายมุขที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทั่วรอบๆ สถานศึกษาและสังคมภายนอก ทำให้วิธีการจัดการเรียนรู้ ไม่ทันกับสภาพความเปลี่ยนแปลง

6. งบประมาณในการดำเนินงานที่ยังไม่ครอบคลุมและต่อเนื่อง

กลุ่มครูผู้สอน ผลการศึกษาพบว่ามีปัญหาอุปสรรคในการจัดการเรียนการสอนอยู่ที่ตัวเอง เช่น ความไม่มั่นใจในการสื่อสารกับนักเรียน ไม่มั่นใจในเนื้อหาที่ซับซ้อน ไม่มีเทคนิคการสอนที่จะดึงดูดความสนใจของเด็กนักเรียน และยังมีความเกี่ยวข้องกับทัศนคติของผู้เกี่ยวข้องเช่น ครูผู้สอนอื่นๆ ผู้ปกครอง

วิจารณ์

กลุ่มผู้บริหารทั้งใน สพท. และผู้บริหารสถานศึกษาทุกคน ซึ่งมีบทบาทในการกำหนดนโยบายที่ชัดเจน และส่งต่อนโยบายไปยังผู้ปฏิบัติ มีการมอบหมายให้ครูผู้สอนไปดำเนินงานจัดการเรียนการสอน เปิดโอกาสให้ครูผู้สอนพัฒนาศักยภาพ สนับสนุนการดำเนินงานในฐานะผู้บริหาร และได้มีความคิดเห็นตรงกันว่าถึงเวลาที่ต้องมีการจัดการเรียนการสอน เรื่องเอดส์และเพศศึกษา มีผู้บริหารสถานศึกษาเพียง 1 แห่งที่ผู้บริหารมีส่วนร่วมในการกำหนดรูปแบบวิธีการ และร่วมในการติดตามประเมินผล เป็นวิทยากรเรื่องเอดส์และเพศศึกษา ทำให้การดำเนินงานของสถานศึกษามีความครอบคลุมทุกระดับชั้น มีผู้รับผิดชอบชัดเจน มีผลงานจนเป็นที่ยอมรับ

ฝ่ายศึกษานิเทศก์ของ สพท. ซึ่งมีบทบาทในการกำกับติดตามประเมินผลการดำเนินงานของ

สถานศึกษา ยังไม่มีการดำเนินงานเรื่องการจัดการเรียนการสอนเรื่องเอดส์และเพศศึกษาที่เป็นรูปธรรม บางเขตพื้นที่การศึกษา มีการพัฒนาครูผู้สอน ผู้เกี่ยวข้องเป็นระยะๆ แต่ไม่ต่อเนื่องและผู้ใช้สัมภาษณ์บางรายให้ข้อมูลว่าเป็นหน้าที่ของงานด้านสาธารณสุข หรืองบประมาณเป็นปัจจัยที่สำคัญในการดำเนินงาน ถ้าไม่มีงบประมาณเฉพาะก็ทำงานไม่ได้

เจ้าหน้าที่ฝ่ายส่งเสริมการจัดการศึกษา สพท. มีการจัดกิจกรรมด้านเอดส์ในสถานศึกษาในรูปแบบของการณรงค์ การสร้างแกนนำนักเรียน การประสานงานในระหว่างหน่วยงานที่ดำเนินงานด้านเอดส์และเพศศึกษากับสถานศึกษามีน้อย บุคลากรมีความเข้าใจในเรื่องการจัดการเรียนการสอน เรื่องเอดส์และเพศศึกษาน้อย และไม่ครอบคลุมประเด็นของเพศศึกษา

ครูผู้สอนส่วนใหญ่มีการดำเนินงานตามนโยบาย แต่ครั้งหนึ่งไม่ได้รับการอบรมและมีการเรียนการสอน โดยการศึกษาด้วยตนเอง ไม่มีความมั่นใจในการสอนเรื่องเอดส์และเพศศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของกรมอนามัย⁽⁵⁾ ที่ได้วิเคราะห์ไว้ว่าทัศนคติของตัวผู้สอนที่ยังคงเชื่อว่าเรื่องเพศเป็นสิ่งที่น่าอายไม่ควรเปิดเผย ประกอบการกับการสอนเพศศึกษาเป็นสิ่งที่ละเอียดอ่อน ที่ความเชื่อ ค่านิยมของผู้สอนจะมีผลต่อการจัดกิจกรรมการเรียนรู้อย่างมาก ทำให้ผู้ที่ได้รับมอบหมายให้สอนเพศศึกษา ไม่สะดวกใจในการที่จะสอน การเลือกเฉพาะเนื้อหาที่สร้างความสะดวกใจแก่ผู้สอน แต่ไม่ตรงกับ ความสนใจในตัวผู้เรียน ครูผู้สอนส่วนใหญ่ต้องการสื่อการเรียนการสอนที่สามารถดึงดูดความสนใจของเด็กนักเรียน และช่วยสนับสนุนการเรียนการสอนในชั้นเรียน ต้องการสื่อประเภทวีซีดี ที่มีการโต้ตอบหรือให้ข้อมูลด้านต่างๆ เช่น พัฒนาการของมนุษย์ วิวัฒนาการของเชื้อโรค วิธีการติดต่อของโรคเอดส์ อนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่น เป็นต้น

การดำเนินงานในเรื่องการจัดการเรียนการสอนเรื่องเอดส์และเพศศึกษา เป็นยุทธศาสตร์หนึ่งที่ระบุไว้ในแผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหา

เอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554 ซึ่งมุ่งเน้นบทบาทของกระทรวงศึกษาธิการ ในการจัดการเรียนการสอนเรื่องเอดส์และเพศศึกษา บรรจุลงในหลักสูตรการศึกษาแต่ละระดับแก่เยาวชนทั้งในและนอกระบบโรงเรียน รวมทั้งพัฒนาศักยภาพครูผู้สอน โดยเป็นการเรียนรู้ที่นำไปสู่การปรับพฤติกรรมของเยาวชน เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และยอมรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี⁽⁸⁾ ซึ่งที่ผ่านมากระทรวงศึกษาธิการ ได้ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมผลักดันให้เกิดการปฏิบัติการ ดังจะเห็นได้จากรายงานการติดตามผลการดำเนินงานโครงการพัฒนาประสิทธิภาพการจัดการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาสำหรับเด็กและเยาวชนของสำนักวิชาการและมาตรฐานการศึกษา สพฐ.⁽³⁾ เก็บข้อมูลโรงเรียนนำร่อง 21 โรงเรียน พบว่าผู้บริหารและบุคคลที่เกี่ยวข้องส่วนใหญ่เห็นด้วยกับกิจกรรมการเรียนการสอน เห็นได้จากโรงเรียนมีการวางแผนการสอน มีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงาน มีการจัดประชุมครู ผู้ปกครอง และบุคคลในชุมชนเพื่อสร้างความตระหนักในการสอนเพศศึกษา มีการบริหารจัดการที่แตกต่างกันในแต่ละโรงเรียน เช่น ให้สอศแทรกจัดการเรียนการสอนเพศศึกษาในกลุ่มสาระที่เกี่ยวข้องอย่างจริงจัง

อย่างไรก็ตาม การศึกษาขององค์การแพธ⁽⁸⁾ พบว่า ถึงแม้ว่าการประกาศเป็นนโยบายจากกระทรวงศึกษาธิการ ให้สถานศึกษาทุกแห่งจัดให้มีการเรียนการสอน แต่ยังไม่เห็นผลการนำไปปฏิบัติอย่างจริงจัง การจัดการเรียนการสอนเรื่องเอดส์และเพศศึกษาในสถานศึกษายังไม่ครอบคลุม และยังไม่เป็นการจัดการเรียนรู้ที่รอบด้าน ซึ่งเน้นการพัฒนาเยาวชนเกิดทักษะที่จำเป็นในการดำเนินชีวิต ได้แก่ การให้คุณค่ากับสิ่งต่างๆ การสื่อสาร การรับฟัง การแลกเปลี่ยนความรู้สึกนึกคิดที่สอดคล้องหรือแตกต่าง การตัดสินใจ การต่อรอง การรักษาหรือยืนยันในความเป็นความเป็นตัวเอง สามารถแสดงความรู้สึก ความต้องการของตนเองโดยเคารพในสิทธิของผู้อื่น การจัดการกับแรงกดดันจากเพื่อน สิ่งแวดล้อมและอคติทางเพศ รวมไปถึงการแสวงหาคำแนะนำ ความช่วยเหลือ การจำแนกแยกแยะ

ข้อมูลที่ต้องออกจากที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งองค์การแพธได้กำหนดไว้ว่านักเรียนทุกคนในทุกระดับชั้นให้เรียนเพศศึกษาปีการศึกษาละไม่น้อยกว่า 16 ชั่วโมงอย่างต่อเนื่อง

ข้อมูลจากการเก็บรายงานความก้าวหน้า ระดับประเทศ ตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณี เรื่องเอชไอวี/เอดส์ United Nation General Assembly Special Session on HIV/AIDS (UNGASS) ตัวชี้วัดที่ 11 ที่วัดการให้การศึกษาเรื่องเอชไอวีบนฐานของทักษะชีวิตในโรงเรียนที่ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการฝึก เพื่อสอนด้านพฤติกรรมให้เยาวชน โดยกำหนดว่าสถานศึกษาที่ให้การศึกษาเรื่องเอชไอวีบนฐานของทักษะชีวิต ในปีการศึกษาที่ผ่านมาในแต่ละระดับอย่างน้อย 30 ชั่วโมง พบว่าในปี พ.ศ. 2550 จากรายงานความก้าวหน้าระดับประเทศตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่อง เอชไอวี/เอดส์⁽⁹⁾ ประเทศไทยมีหน่วยงานต่างๆ เข้าไปดำเนินงานในเรื่องการจัดการเรียนการสอน พบว่า ได้อย่างมากที่สุดสอดคล้องกับองค์การแพธ คือ จำนวน 16 ชั่วโมง เนื่องจากไม่สามารถบรรจุลงในเป็นสาระวิชาแยกเฉพาะได้ไม่เหมือนกับการดำเนินของสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา ที่สามารถจัดเป็นวิชาบังคับเลือกให้กับนักเรียน ระดับ ปวช. ชั้นปีที่ 1 สามารถเรียนได้ตลอด 1 เทอมของปีการศึกษา ข้อมูลการรายงานการติดตามผลการดำเนินงานโครงการพัฒนาประสิทธิภาพการจัดการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาสำหรับเด็กและเยาวชนของสำนักวิชาการและมาตรฐาน การศึกษา สพฐ. พบว่าโรงเรียนส่วนใหญ่จัดกิจกรรมการเรียนการสอนในรูปแบบบูรณาการกับกลุ่มสาระ การเรียนรู้ต่างๆ รวมทั้งกิจกรรมพัฒนาผู้เรียน จัดกิจกรรมให้นักเรียนได้รู้จักการคิดวิเคราะห์และตัดสินใจตามสถานการณ์ตัวอย่างหรือกรณีศึกษาใช้กระบวนการกลุ่ม และให้นักเรียนมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ บางโรงเรียนเชิญวิทยากรภายนอกจากหน่วยงานสาธารณสุขอำเภอ จังหวัด หรือสถานื่อนามัย มาสร้างความรู้ ความเข้าใจให้กับนักเรียน หรือมาสาธิตการสอนเพศศึกษาให้กับครูและบุคลากร บางโรงเรียนมีการจัดนิทรรศการ ป้ายนิเทศ ให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาตามโอกาสอันควร บางโรงเรียนจัดในลักษณะการประชุม

อบรมนักเรียนแกนนำหรือจัดกิจกรรมสนับสนุนในรูปแบบต่างๆ

จากการศึกษาพบว่ายังขาดการติดตามประเมินผลการเรียนการสอนเรื่องเอดส์และเพศศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลการรายงานการติดตามผลการดำเนินงานโครงการพัฒนาประสิทธิภาพการจัดการเรียนรู้ เรื่อง เพศศึกษาสำหรับเด็กและเยาวชน ของสำนักวิชาการและมาตรฐานการศึกษา สพฐ. เก็บข้อมูลโรงเรียนนำร่อง 21 โรงเรียน พบว่าร้อยละ 100 ของสถานศึกษานำร่อง 21 แห่ง⁽³⁾ มีการนิเทศ กำกับ ติดตามการจัดการเรียนการสอนของครูผู้สอน ในปี 2548 ต่อมาในปี 2549 สถานศึกษาจำนวน 30 แห่ง มีการนิเทศ กำกับ ติดตามการจัดการเรียนการสอนของครูผู้สอนจำนวน 7 แห่ง ข้อมูลแสดงถึงความไม่ต่อเนื่องของระบบการติดตาม โดยใช้หน่วยงาน/ทรัพยากรที่มีอยู่ในระบบ ต่างจากการดำเนินงานขององค์กรเอกชน เช่น องค์การแพธ ที่ดำเนินงานภายใต้โครงการกองทุนโลก ใน 43 จังหวัด ในการพัฒนาระบบการติดตาม ที่เรียกว่าระบบ “โคชชิง” (Coaching) ในการให้คำแนะนำแก่ครูในลักษณะกัลยาณมิตรเป็นรายบุคคล นอกจากนี้ยังมีระบบการติดตามผลโดยใช้ทีมส่วนกลางที่มีผู้ประสานงานในแต่ละพื้นที่ ที่ทำหน้าที่ประสานงานกับองค์กรภาคีและติดตามงานภาพรวมในระดับปฏิบัติการ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีนโยบายการจัดการเรียนการสอนเรื่องเอดส์และเพศศึกษาที่เป็นรูปธรรม และครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมายที่เป็นเยาวชนทั้งในและนอกระบบการศึกษา มีการพัฒนาศักยภาพครูผู้สอนและผู้เกี่ยวข้อง ให้มีทัศนคติที่ดีต่อการจัดการเรียนรู้เรื่องเอดส์และเพศศึกษา และสามารถถ่ายทอดความรู้ให้แก่เยาวชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ส่งเสริมและสร้างความเข้าใจให้กับผู้บริหารในพื้นที่ สังคม ให้อยอมรับผู้ปฏิบัติงานของครูผู้สอน ในสถานศึกษาและเห็นถึงประโยชน์ของการเรียนการสอนเรื่องเอดส์และเพศศึกษา และให้การสนับสนุนการ

ดำเนินงานดังกล่าว รวมถึงการป้องกันเอดส์ในทุกระดับ

3. การพัฒนาสื่อ/อุปกรณ์ประกอบการเรียนรู้เรื่องเอดส์และเพศศึกษาที่สำเร็จรูปและดึงดูดความสนใจของเยาวชนในแต่ละระดับเพื่อเป็นเครื่องมือช่วยสอนสำหรับครู

4. พัฒนารูปแบบการนำนโยบายการเรียนการสอน เรื่องเอดส์และเพศศึกษาไปสู่การปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง

5. ปรับรูปแบบการเรียนการสอนเรื่องเอดส์และเพศศึกษา ให้เหมาะสมกับบริบทแต่ละพื้นที่การศึกษา

6. มีการติดตาม ประเมินผลอย่างต่อเนื่อง มีการกำหนดรูปแบบ วิธีการ ระยะเวลาที่ชัดเจน และมอบหมายให้ฝ่ายศึกษานิเทศก์ ทุกสำนักงานเขต พื้นที่การศึกษา เป็นภารกิจหลักอย่างหนึ่งในการติดตาม นิเทศผลงานของสถานศึกษา

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับความร่วมมือ ผู้บริหาร สพท. สถานศึกษา และครูผู้สอน ที่ได้ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ในการศึกษาครั้งนี้ คณะผู้ศึกษาขอขอบคุณทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

- 1 The Asia Epidemic Model (AEM) Projections for HIV/AIDS in Thailand, 2005 - 2025
- 2 สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข การเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มนักเรียน ด้วยเครื่องมือคอมพิวเตอร์มือถือ.นนทบุรี: สำนักกระบาดวิทยา, 2551
- 3 สำนักวิชาการและมาตรฐานการศึกษา สำนักงาน

คณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ รายงานการติดตามผลการดำเนินงานโครงการพัฒนาประสิทธิภาพ การจัดการเรียนรู้เพศศึกษาสำหรับเด็กและเยาวชน, 2550

- 4 องค์การแพธ.โครงการ "ก้าวอย่างอย่างมั่นใจ" คู่มือการจัดกระบวนการเรียนรู้ เพศศึกษา. กรุงเทพฯ : องค์การแพธ (Path) ภายใต้การสนับสนุนของกองทุนโลก กระทรวงสาธารณสุข, 2547
- 5 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. การสอนทักษะชีวิต กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค, 2539. สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ (ออนไลน์). แหล่งที่มา : <http://www.epi.moph.go.th>
- 6 สำนักการศึกษา กรุงเทพมหานคร. คู่มือปฏิบัติการสอนหลักสูตรเอดส์และเพศศึกษา ของกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: ส่วนอนามัยเด็กวัยเรียนและเยาวชน สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2545.
- 7 สุธิรา มั่นคง. การพัฒนารูปแบบการสอนเพศศึกษาตามความสนใจของผู้เรียนในโรงเรียนมัธยมศึกษาวิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต สาขาการวิจัยการศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. มหาสารคาม, 2549.
- 8 องค์การแพธ. แนวทางการจัดการเรียนรู้เพศศึกษารอบด้านในสถานศึกษาสำหรับผู้บริหาร. โรงพิมพ์เออร์เจนท์แทคจำกัด. กรุงเทพมหานคร, 2550
- 9 คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์. รายงานความก้าวหน้าระดับประเทศตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องเอชไอวี/เอดส์. พิมพ์ครั้งที่ 2 โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ, 2552.

ทัศนคติของผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

Attitude of HIV Infected Persons to the National Health Security Project

รุจิรัตน์ จาลอย*** สส.บ.

Rujirat Chaloy*** B.S.W.

จำนงค์ อติวัฒนสิทธิ์** ศ.ดร.

Chamnong Adivadhanasit** Ph.D

*สถาบันบำราศนราดูร

*Bamrasnaradura Infectious Disease Institute

**คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

**Faculty of Social Sciences Kasetsart University

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ ความเข้าใจ ทัศนคติของผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับการตรวจตามนัดในช่วง 1- 31 กรกฎาคม 2552 ที่สถาบันบำราศนราดูร จำนวน 290 คน ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการวิจัย ผลการวิจัยพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระดับสูง มีทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระดับปานกลางและความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

Abstract

This research study aimed to compare levels of knowledge, understanding and attitudes of HIV Infected Persons to the National Health Security Project and investigate the relationship between knowledge, understanding and attitudes of HIV Infected Persons to the National Health Security Project. Samples used in this study were 290 HIV Infected Persons who had been checked by the appointment during 1-31 July, 2009 at Bamrasnaradura Institute. Data were collected by using questionnaires and analyzed by using computer. The study results showed that HIV Infected Persons had a high understanding on the National Health Security Project. A level of attitude towards the National Health Security Project was moderate, and there was negative relationship between knowledge, understanding and attitudes towards the National Health Security Project at .01

ประเด็นสำคัญ-

ทัศนคติของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

Keyword

Attitude of HIV Infected Persons

National Health Security Project

บทนำ

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นกลวิธีหนึ่งของการปฏิรูประบบสุขภาพของรัฐบาลที่ได้ดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนทุกคนโดยเฉพาะผู้ยากไร้ได้มีหลักประกันสุขภาพ ได้รับบริการรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค ซึ่งจำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตที่มีคุณภาพได้มาตรฐานและเท่าเทียมกัน⁽¹⁾ ในระยะแรกของการดำเนินงานโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านี้ได้รับเสียงตอบรับจากประชาชนในทางบวกเป็นส่วนใหญ่ ประชาชนเห็นว่าโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้ประชาชนได้รับความเสมอภาคเท่าเทียมกัน คือได้รับยาดี เท่ากันกับข้าราชการ ได้รับบริการต่อเนื่องโดยไม่ต้องกังวลค่าใช้จ่าย เจ้าหน้าที่สามารถให้บริการแก่ประชาชนทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน และเห็นว่าประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง⁽²⁾ และข้อมูลจากการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนทั่วประเทศ ต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าพบว่าประชาชน ร้อยละ 73.2 เห็นด้วยกับโครงการ⁽³⁾ แม้ว่าประชาชนส่วนใหญ่จะเห็นด้วยกับโครงการ แต่จากการศึกษาที่พบว่ายังมีประชาชนอีกส่วนหนึ่งที่ไม่เห็นด้วย ซึ่งแสดงให้เห็นว่าประชาชนไม่พึงพอใจต่อการบริการภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังจะเห็นได้จากการสำรวจความพึงพอใจจากการใช้บริการประชาชน ร้อยละ 6.5 ไม่พอใจกับบริการที่ได้รับ และร้อยละ 45.6 ไม่พอใจในการรักษา เช่นการได้รับยาที่มีคุณภาพต่ำ และมีปริมาณน้อย และต้องรอรับบริการเป็นเวลานาน⁽⁴⁾ ส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยกับการกำหนดให้ใช้บริการได้เฉพาะสถานบริการที่ระบุไว้ในบัตรเท่านั้น⁽²⁾ ประชาชน ร้อยละ 16.2 เห็นว่าการบริการของสถานบริการตามโครงการไม่ดีไม่มีคุณภาพ ไม่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ยาที่ได้รับไม่มีคุณภาพ และต้องเข้าคิวรอรับบริการนาน⁽³⁾ การเข้าถึงบริการสุขภาพภายหลังการดำเนินงานตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชนในชนบทกลุ่มต่างๆ พบว่ายังมีความ

ไม่เท่าเทียมกันในการรับบริการสุขภาพ แม้จะเป็นการบริการขั้นพื้นฐานก็ตาม⁽⁵⁾ ซึ่งข้อมูลและปัญหาที่กล่าวมานั้นสะท้อนว่าประชาชนส่วนหนึ่งเห็นว่าการบริการสุขภาพ แก่ประชาชนภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังมีปัญหาความไม่เท่าเทียมในด้านการรับบริการจากสถานบริการสุขภาพของรัฐ

สถาบันบำราศนราดูร เป็นสถานพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เปิดให้บริการรักษาพยาบาลทั้งโรคติดต่ออันตราย โรคติดต่อและโรคทั่วไป มีผู้ป่วยนอกมารับบริการประมาณวันละ 600 ราย เป็นผู้ป่วยนอกโรคติดต่อเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ เฉลี่ยวันละ 135 ราย⁽⁶⁾ จากการทำงานที่งานสังคมสงเคราะห์ พบว่ายังมีผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ใช้สิทธิการรักษาพยาบาล ไม่ถูกต้อง จึงได้มีการเก็บข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยในงานสังคมสงเคราะห์ พบว่าการให้บริการสงเคราะห์ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ ในปีงบประมาณ 2549 จำนวน 2,580 ราย เป็นเงินกว่า 12 ล้านบาท⁽⁷⁾ และจากการประเมินผลการดำเนินงานสังคมสงเคราะห์ สถาบันบำราศนราดูร ในปีพ.ศ. 2550 พบว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และได้รับคำแนะนำเรื่องการไปรับการรักษาตามสิทธิแล้วยังกลับมาขอรับการสงเคราะห์ค่ารักษาพยาบาลอีกกว่าร้อยละ 50⁽⁸⁾ การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ ความเข้าใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
2. เพื่อศึกษาระดับทัศนคติของผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
3. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

วัสดุและวิธีการศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า อายุระหว่าง 18-60 ปี มารับการรักษาพยาบาลตามนัดในช่วง 1 เดือน

ระหว่างวันที่ 1-31 กรกฎาคม 2552 ที่แผนกผู้ป่วยนอก อายุรกรรม สถาบันบำราศนราดูร จำนวนทั้งสิ้น 1,180 คน⁽⁶⁾ ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น หรือการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งเป็นชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) โดยการเทียบสัดส่วนเพื่อหากลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในแต่ละแผนกที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมารับการตรวจ ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 290 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย 4 ส่วน คือส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติของผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและส่วนที่ 4 เป็นแบบทดสอบปลายเปิดเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาโดยคณะกรรมการวิจัยสถาบันบำราศนราดูร ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการขั้นตอน การเข้าร่วมโครงการ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโครงการพร้อม ลงนามยินยอมแล้วจึงดำเนินการสัมภาษณ์ ทั้งนี้ไม่มีการระบุชื่อผู้ป่วย ข้อมูลที่ได้ถูกจัดเก็บเป็นความลับและใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัยเท่านั้นตามระบบมาตรฐานการวิจัยของสถาบันบำราศนราดูร

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติพรรณนา ใช้อธิบายข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient)

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่า

เพศหญิง มีอายุระหว่าง 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.5 รองลงมามีอายุระหว่าง 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.1 อายุเฉลี่ย 39.74 ปี กลุ่มตัวอย่างมีอาชีพรับจ้างมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 43.5 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 43.5 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 53.1 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนระหว่าง 5,000-10,000 บาทมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.0 รายได้เฉลี่ย 7844.03 บาท และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 55.5 เคยไปใช้บริการตามโรงพยาบาลในสิทธิบัตรประกันสุขภาพ (ตารางที่ 1)

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ .74 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจในระดับสูงเกือบทุกข้อ โดยข้อ 16 การผ่าตัดเสริมความงามเช่นเสริมจมูกเสริมหน้าอก และข้อ 6 ยาต้านไวรัสเอดส์ มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ .97 รองลงมาคือข้อ 15 การผ่าตัดแปลงเพศ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ .96 และข้อ 12 อุบัติเหตุเนื่องจากการประสาธน์จากกรด มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด เท่ากับ .09 (ตารางที่ 2)

จากการศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านสถานที่ ด้านเจ้าหน้าที่ และด้านคุณภาพบริการที่ได้รับภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพในโรงพยาบาลตามบัตรทอง ผลการศึกษาพบว่าทัศนคติของผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.02 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในด้านโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสูงสุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.50 รองลงมาคือด้านเจ้าหน้าที่ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.01 และด้านคุณภาพบริการที่ได้รับภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในโรงพยาบาลตามบัตรทองน้อยที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.69 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

(n=290)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	165	56.9
	หญิง	125	43.1
อายุ (ปี)	น้อยกว่า 30	17	5.9
	30 - 39	126	43.5
	40 - 49	122	42.1
	50 ปีขึ้นไป	25	8.5
	$\bar{X} = 39.74$ S.D. = 7.158 Min. = 18 Max. = 60		
อาชีพ	เกษตรกรกรรม	14	4.8
	รับจ้าง	126	43.5
	ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	96	33.1
	ว่างงาน	54	18.6
ระดับการศึกษา	ไม่ได้เรียนหนังสือ	7	2.4
	ประถมศึกษา	86	29.7
	มัธยมศึกษา	126	43.5
	อนุปริญญา	39	13.4
	ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	32	11.0
สถานภาพสมรส	โสด	59	20.3
	คู่	154	53.1
	หม้าย / หย่า / แยกกันอยู่	77	26.6
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน(บาท)	ไม่มีรายได้	41	14.1
	น้อยกว่า 5,000	79	27.2
	5,000-10,000	142	49.0
	มากกว่า 10,000	28	9.7
	$\bar{X} = 7844.03$ S.D. = 9258.588 Min. = 0 Max. = 70,000		
ประสบการณ์การใช้บริการ	ไม่เคย	129	44.5
	เคย	161	55.5

ตารางที่ 2 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.	(n=290) ระดับความรู้ความเข้าใจ
1. การตรวจและการฝากท้อง ดูแลหญิงตั้งครรภ์	.92	.276	สูง
2. การดูแลสุขภาพเด็กและภาวะโภชนาการเด็ก รวมถึงการให้ภูมิคุ้มกันโรค เช่น การฉีดวัคซีน	.93	.260	สูง
3. การตรวจสุขภาพของประชาชนทั่วไป เช่น วัดความดัน	.94	.229	สูง
4. การไปรับบริการวางแผนครอบครัว	.84	.363	สูง
5. การถอนฟัน การอุดฟัน ขูดหินปูน ผ่าฟันคุด	.83	.378	สูง
6. ยาต้านไวรัสเอดส์	.97	.183	สูง
7. การตรวจ viral load ปีละ 1 ครั้ง	.55	.498	ปานกลาง
8. การตรวจ CD4 ปีละ 2 ครั้ง	.44	.497	ปานกลาง
9. การตรวจวินิจฉัย การรักษาและการฟื้นฟูทางการแพทย์	.91	.286	สูง
10. การเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน	.29	.456	ต่ำ
11. การผสมเทียมในผู้มีบุตรยาก	.89	.318	สูง
12. อุบัติเหตุเนื่องจากการประสบภัยจากรถ	.09	.281	ต่ำ
13. โรคจิตที่ต้องรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในเกินกว่า 15 วัน	.74	.437	สูง
14. ค่าอาหารและค่าห้องสามัญในการนอนพักรักษาตัว	.33	.471	ต่ำ
15. การผ่าตัดแปลงเพศ	.96	.191	สูง
16. การผ่าตัดเสริมความงามเช่นเสริมจมูก เสริมหน้าอก	.97	.164	สูง
17. การให้คำปรึกษาแนะนำในการส่งเสริมสุขภาพ	.92	.271	สูง
18. ยาและเวชภัณฑ์ตามบัญชียาหลักแห่งชาติ	.95	.222	สูง
19. รับยาได้ทุกชนิดไม่มีข้อยกเว้นใด ๆ	.77	.424	สูง
20. กรณีฉุกเฉินสามารถใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าในทุกแห่งที่ใกล้จุดเกิดเหตุ	.46	.499	ปานกลาง
21. ไปรักษากับแพทย์เฉพาะทางโดยไม่ผ่านการส่งตัวจากโรงพยาบาลที่ระบุในบัตร	.75	.433	สูง
22. แพทย์ส่งตัวให้ไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่นเนื่องจากเกินขีดความสามารถของโรงพยาบาลเดิม	.87	.342	สูง
23. แพทย์เห็นว่าสิ้นสุดการรักษาแต่ไม่มีญาติคอยดูแลที่บ้าน ต้องการให้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อนอนโรงพยาบาลต่อ	.68	.469	สูง
ระดับความรู้ความเข้าใจเฉลี่ย	.74	.08834	สูง

ตารางที่ 3 ระดับทัศนคติของผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.	(n=290) ระดับทัศนคติ
1. ด้านโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	3.50	.43	ปานกลาง
2. ดานสถานที่	2.88	.50	ปานกลาง
3. ดานเจ้าหน้าที่	3.01	.81	ปานกลาง
4. ดานคุณภาพบริการที่ได้รับภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในโรงพยาบาลตามบัตรทอง	2.69	.50	ปานกลาง
โดยภาพรวม	3.02	.42	ปานกลาง

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าพบว่าระดับความรู้ความเข้าใจต่อโครงการหลักประกันสุขภาพ

ถ้วนหน้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (n=290)

ตัวแปร	ทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	
ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	r	p
	-170	.002**

วิจารณ์

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระดับสูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการที่โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นโครงการประชานิยมในสมัยรัฐบาลพันตำรวจโททักษิณ ชินวัตร เป็นนายกรัฐมนตรี ซึ่งรัฐบาลได้ให้ความสำคัญกับโครงการดังกล่าว ดังนั้นจึงมีการประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของโครงการที่ต้องการสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนที่ยังไม่มีหลักประกันใดๆ รวมทั้งการประชาสัมพันธ์ในเรื่องสิทธิประโยชน์โดยให้สามารถเข้าถึงบริการได้โดยทั่วถึงและเท่าเทียมกัน ซึ่งการประชาสัมพันธ์มีหลายรูปแบบ เช่น การประชาสัมพันธ์ทางวิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ ป้ายโฆษณา โปสเตอร์ ใบปลิว แผ่นพับ และอื่นๆ อีกหลายรูปแบบ จึงทำให้ประชาชนรู้จัก และมีความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระดับสูง สอดคล้องกับการประเมินผลการดำเนินงานโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จังหวัดปัตตานีที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นอย่างดี และการทราบข่าวสารในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือที่ประชาชนได้ยินคำว่าโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคนั้น ประชาชนส่วนใหญ่ทราบจากโทรทัศน์ รองลงมาคืออาสาสมัครสาธารณสุข หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข⁽⁹⁾

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพในภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยของระดับทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั้ง 4 ด้านเท่ากับ 3.02 และเมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่าด้านโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีคะแนนมากที่สุดคือ 3.50 รองลงมาคือด้านเจ้าหน้าที่มีคะแนนเฉลี่ย 3.01 ด้านสถานที่มีคะแนนเฉลี่ย 2.88 และด้านคุณภาพบริการที่ได้รับภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพในโรงพยาบาลตามบัตรทองมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ 2.69 ซึ่งอาจจะเป็นเพราะว่าแม้ว่านโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะออกมาเพื่อลดความวิตกกังวลในการเข้ารับการรักษาพยาบาลก็ตาม แต่ตามระบบสาธารณสุขในปัจจุบันนั้นจะมีโรงพยาบาลและสถานพยาบาลต่างๆ ของรัฐกระจายครอบคลุมไปทั่วจังหวัดแต่ขีดความสามารถในการให้บริการตามระดับ คือมีโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปอยู่ในจังหวัด มีโรงพยาบาลชุมชนในทุกอำเภอและมีสถานีนอนมัยในทุกตำบล ตามแนวนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งต้องให้ประชาชนไปรับบริการจากสถานพยาบาลใกล้บ้านหรือในชุมชนนั้น แต่ในบริบทของผู้ติดเชื้อเอชไอวีซึ่งไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม ถูกสังคมรังเกียจ⁽¹⁰⁾ ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ไม่กล้าเปิดเผยตนเองให้บุคคลรอบข้างรู้⁽¹¹⁾ ทำให้ไม่สามารถไปรับการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลตามสิทธิได้ และนอกจากนี้การที่โรงพยาบาลชุมชนหรือสถานีนอนมัยในต่างจังหวัด

ไม่มีเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ทันสมัยก็ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่มีความมั่นใจในการไปรับบริการรวมถึงการที่เจ้าหน้าที่แสดงกิริยาไปสุภาพ ไม่เต็มใจให้บริการ ส่งผลให้ระดับทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับแนวคิดของ ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์⁽¹²⁾ ที่ว่าทัศนคติเป็นเรื่องของความรู้สึกชอบ ไม่ชอบ ความลำเอียง ความคิดเห็นที่ฝังใจต่อสิ่งหนึ่ง มักจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลรับรู้และประเมินค่าจากสิ่งนั้น เกิดอารมณ์ตามความคาดหวังควบคู่ไปกับการรับรู้ และส่งผลต่อความคิด รวมทั้งเกิดปฏิกิริยาในใจของเรา ดังนั้นทัศนคติจึงเป็นพฤติกรรมภายนอกที่อาจสังเกตได้จากกิริยาท่าทาง คำพูดหรือเป็นพฤติกรรมในใจไม่สามารถสังเกตเห็นได้โดยง่าย แต่มีแนวโน้มที่เป็นพฤติกรรมภายในมากกว่าพฤติกรรมภายนอก และจากการประเมินผลการดำเนินงานโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจังหวัดปัตตานีที่พบว่าประชาชนมีทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพในระดับปานกลาง⁽⁹⁾

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับทัศนคติต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากปัจจัยด้านวัตถุประสงค์ของโครงการที่มุ่งเน้นว่าหลักประกันสุขภาพจะต้องมีความเสมอภาค มีประสิทธิภาพ ประชาชนมีทางเลือกในการใช้บริการ และนอกจากนี้แนวคิดและปรัชญาของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ระบุว่าหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นสิทธิของประชาชนคนไทยทุกคนที่จะได้รับบริการที่มีมาตรฐานอย่างเสมอหน้าด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน⁽¹³⁾ แต่ปัญหาและอุปสรรคของผู้ติดเชื้อเอชไอวีจากการไปรับบริการที่พบว่าผู้ป่วยต้องรอนานมากกว่าจะได้ตรวจ ขั้นตอนการให้บริการมีความซับซ้อน ระบบการส่งต่อก่อให้เกิดความยุ่งยากในการใช้บัตร รวมทั้งไม่มั่นใจในคุณภาพของบริการที่ได้รับเพราะเห็นว่าไม่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรค ขาดอุปกรณ์และเครื่องมือที่ทันสมัย และนอกจากนี้ยังกลัวว่าความลับ

จะถูกเปิดเผย ด้วยทัศนคติของคนในสังคมที่ขาดความรู้ความเข้าใจจึงทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ไม่อาจอยู่ร่วมกับคนในสังคมได้อย่างปกติ การถูกปฏิเสธจากคนรอบข้าง⁽¹¹⁾ ซึ่งสามารถอธิบายโดยอาศัยทฤษฎีทางทัศนคติ โดยสืบเนื่องจากองค์ประกอบทัศนคติด้านความรู้ความเข้าใจ ส่งผลต่อองค์ประกอบทัศนคติด้านความพึงพอใจ⁽¹⁴⁾ ทำให้ไม่พึงพอใจและก่อให้เกิดทัศนคติทางด้านความตั้งใจต่อพฤติกรรม โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่ยอมไปใช้บริการตามโครงการเพราะได้ยาที่มีคุณภาพต่ำ รักษาโรคไม่หาย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลไม่กระตือรือร้นในการให้บริการ ซึ่งเป็นการปลุกฝังทัศนคติ เชิงลบต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากการทบทวนแนวความคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้ 1) รัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรประชาสัมพันธ์ในส่วนของสิทธิประโยชน์สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่จะได้รับจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความเข้าใจที่ถูกต้อง 2) ควรสร้างเสริมจิตสำนึกที่ดีต่องานบริการสุขภาพ และมีความตั้งใจจริงที่จะให้บริการแก่ผู้ป่วยทุกคนอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม โดยที่ไม่เลือกปฏิบัติว่าจะป่วยเป็นอะไร เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความประทับใจและไม่รู้สึกเบื่อหน่ายที่จะไปใช้บริการตามสิทธิบัตรทอง 3) สถานพยาบาลต้องสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีในเรื่องศักยภาพ และคุณภาพของสถานพยาบาล โดยบริหารจัดการให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าถึงบริการทางด้านสาธารณสุขได้อย่างเสมอภาค และเป็นธรรมตามสิทธิที่มีโดยไม่ถูกเลือกปฏิบัติและพิจารณาการส่งต่อผู้ป่วยในกรณีที่ไม่สามารถดูแลรักษาได้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ตรงกับกรเจ็บป่วยและเป็นประโยชน์สูงสุด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณศาสตราจารย์ จ่านงค์ดิวัฒน์สิทธิ์ รองศาสตราจารย์ ดร.สากร สติวิทยานันท์ ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำ ตลอดจนให้ความช่วยเหลือในการแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ขอขอบพระคุณบุคลากรสถาบัน

บำราศนราดูร ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือในเรื่องการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอขอบคุณผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. กรอบแนวคิดระบบสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ดีไซน์จำกัด; 2544.
2. จิราพร ชีตดี. ความคิดเห็นของผู้ถือบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการให้บริการของศูนย์สุขภาพชุมชนสถานีอนามัยหัวฝาย อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2545.
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. สรุปผลการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนต่อโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค, อ้างอิงจาก www.nso.go.th. 11 มีนาคม 2551.
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2551. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2551.
5. สันทิต เสริมศรี. การใช้สถานพยาบาลของรัฐของคนจนในชนบท. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์; 2546.
6. สถาบันบำราศนราดูร. รายงานประจำปี 2551.
7. โชติรส เพ็ชรกิจ. ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยใช้สิทธิการรักษาพยาบาลไม่ถูกต้อง. ไม่ปรากฏแหล่งพิมพ์; 2549
8. งานสังคมสงเคราะห์ สถาบันบำราศนราดูร. รายงานประจำปี 2550. ไม่ปรากฏแหล่งพิมพ์; 2551
9. อู่สัท พึ่งภารา, นงนิตย์ จงจิระศิริและเปรมจิต หงส์อำไพ. การประเมินผลการดำเนินงานโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จังหวัดปัตตานี. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2545; 12: 11-12
10. วิลาวลัย เสนารัตน์และคณะ. การพัฒนาศักยภาพบุคคล ครอบครัว และชุมชนในการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์. รายงานการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2542
11. จามจุรี แซ่หลู่. การรับรู้สุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ดำรงชีวิตอยู่ได้มากกว่า 7 ปี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2543
12. ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์. จิตวิทยาอุตสาหกรรม. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์สื่อเสริมกรุงเทพฯ; 2543
13. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2551. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2551
14. สร้อยตระกูล อรรถมานะ. พฤติกรรมองค์กร: ทฤษฎีและการประยุกต์. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2542.

ประสิทธิผลนโยบายกระทรวงสาธารณสุขในการเร่งรัดหยุดยั้งวัณโรค

ต่อแผนงานวัณโรคแห่งชาติ

Effectiveness of Accelerating Policy of Tuberculosis Control to the National Tuberculosis Control Programme

บุญเชิด กลัดพัว วทม.

Booncherd Kladphuang MSc.

วรรณเพ็ญ จิตต์วิวัฒน์ วทม.

Wannapen Jitwiwatana MSc.

ยุธนา พุนพานิช พบ.

Yuthana Punpanich M.D.

สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค

Bureau of Tuberculosis, Department of Disease Control

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็น Intervention study โดยการสร้างกระแสและกำหนดกิจกรรม ให้การควบคุมป้องกันวัณโรคเป็นนโยบายเร่งรัดหยุดยั้งวัณโรคระดับกระทรวง แล้วติดตามกระบวนการดำเนินงาน ผลผลิตและข้อมูลเชิงคุณภาพ เปรียบเทียบกับช่วงเวลาที่ยังไม่เร่งรัดเชิงนโยบาย โดยดำเนินการทุกจังหวัด ผลการศึกษาพบว่าการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงเพิ่มขึ้น ร้อยละ 13.07 โดยพบผู้ป่วยวัณโรคในผู้ป่วยเบาหวาน และโรคเรื้อรังอื่น ร้อยละ 8.16 และ 6.48 ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยเสมหะพบเชื้อมีการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลร้อยละ 60.03 ในขณะที่การค้นหาผู้ป่วยในเรือนจำโดยการเอกซเรย์ปอด พบปอดผิดปกติเข้าได้กับวัณโรคร้อยละ 5.4 และตรวจเสมหะพบเชื้อร้อยละ 0.49 สำหรับผลการรักษาเบื้องต้น ผลเสมหะปราศจากเชื้อเมื่อสิ้นสุดระยะเข้มข้นร้อยละ 89.00 การเจาะเลือดเพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ในผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 79.25 เป็นร้อยละ 89.40 ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$) พบผู้ป่วยวัณโรคติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 14.52 ซึ่งใกล้เคียงกับประมาณการโดยองค์การอนามัยโลกที่ร้อยละ 17 และการเข้าถึงยาต้านไวรัสจากร้อยละ 38.59 เป็นร้อยละ 61.39 ($P<0.001$) การศึกษานี้แสดงว่าการค้นผู้ป่วยเชิงรุกควรคัดกรองและค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานด้วย และการที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้วัณโรคเป็นนโยบายเร่งรัดโดยยกระดับความสำคัญของวัณโรค ส่งผลการทำงานด้านต่างๆ ดีขึ้นอย่างชัดเจน

Abstract

This was an Intervention study aimed to demonstrate the effectiveness of policy advocacy to strengthen stopping tuberculosis. The results of study were compared with the performance of previous fiscal year. The study revealed that case detection increase to 13.07 %. Chest X-ray in prisoners showed abnormality compatible with Tuberculosis and sputum positive for Tuberculosis in prisoner were 5.4% and 0.49% respectively. Tuberculosis related with diabetes mellitus and others chronic disease were 8.16% and 6.48% respectively. The admission rate of sputum smear positive cases were 60.03%. This activity might pose a threat to health care worker in contraction tubercle bacilli, so it was extremely important to implement effective tuberculosis infection control strategy pararely. The smear conversion rate was 89.00%. Regarding to HIV/TB activities, we found the antiHIV testing among tuberculosis patients and the access to ARV

rate increased with statistic significant ($P < 0.001$) 79.25% to 89.40% and 38.59% to 61.39% respectively. This study suggested that case finding active should be done in the high risk groups such as diabetic mellitus and others chronic disease. The strong political is obviously a strong driven mechanism to TB control at large.

ประเด็นสำคัญ-

การสร้างกระแส

นโยบายเร่งรัดหยุดยั้งวัณโรค

Keywords

Advocacy

Stop Tuberculosis policy

บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้ประมาณการว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เสมหะพบเชื้อปีละ 90,000 ราย ขึ้นทะเบียนรักษาแล้ว 60,000 ราย⁽¹⁾ เท่านั้น ดังนั้นมีผู้ป่วยวัณโรคอีกจำนวนไม่น้อย ที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยและเข้าสู่ระบบการรักษา กลุ่มนี้จะแพร่เชื้อในสังคม ปีงบประมาณ 2550 การประเมินผลภาพรวมในระดับประเทศ อัตราผลสำเร็จรักษา ร้อยละ 82 ต่ำกว่าเป้าหมายร้อยละ 85 ส่วนการดื้อยาวัณโรคเป็นปัญหาสำคัญ ประเทศไทยได้ดำเนินการเฝ้าระวังการดื้อยาวัณโรคอย่างต่อเนื่อง และพบว่ามีรายงานผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่มีเชื้อวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (Multi - drug resistance TB: MDR-TB) ร้อยละ 1.6 จากสถานการณ์ของวัณโรคดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหานี้ จึงได้กำหนดนโยบายเร่งด่วนสำหรับการรักษาวัณโรค โดยเน้นการควบคุมและป้องกันวัณโรคอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ได้เน้นยุทธศาสตร์หลักด้านคุณภาพของการรักษาภายใต้การสังเกตโดยตรง หรือการบริหารยาแบบมีพี่เลี้ยงหรือ DOTS (Directly Observed Treatments) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา และป้องกันเชื้อดื้อยา⁽²⁾

วัสดุและวิธีการศึกษา

เป็น Intervention study โดยการกำหนดกิจกรรมการควบคุมป้องกันวัณโรคให้เป็นนโยบายเร่งรัดระดับกระทรวง แล้วติดตามกระบวนการดำเนินงานผลผลิตและข้อมูลเชิงคุณภาพ แสดงแนวคิดข้อเสนอ

แนะเปรียบเทียบกับช่วงเวลาที่ยังไม่เร่งรัดเชิงนโยบาย ทั้งนี้ได้กำหนดขั้นตอนในการดำเนินงานประกอบด้วย^(3,4)

1. จัดตั้งคณะกรรมการอำนวยการ คณะทำงานระดับกระทรวง

2. กำหนดให้วัณโรคเป็นนโยบายเร่งรัด ระดับกระทรวง พร้อมทั้งกำหนดแนวทางต่างๆดังนี้

2.1 เร่งรัดค้นหา ผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ เช่น ในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี, ผู้ต้องขัง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน เป็นต้น แล้วนำเข้าระบบการรักษา

2.2 ผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาแล้ว ต้องดูแลรักษา ตั้งเป้าหมายผลสำเร็จการรักษาเกินร้อยละ 90

2.3 กำหนดให้มีผู้รับผิดชอบ (Mr. TB) เป็นคนที่จะต้องมีความรู้ความเข้าใจเรื่องวัณโรคเป็นอย่างดี มีทั้งที่ระดับสาธารณสุขจังหวัด และรวมถึงโรงพยาบาล

2.4 รับผู้ป่วยเสมหะพบเชื้อในโรงพยาบาล 2 สัปดาห์

3. จัดทำโครงการเร่งรัด หยุดยั้ง วัณโรค

4. ประชาสัมพันธ์ แลงข่าว

5. ประชุมชี้แจงมอบหมายนโยบายโดยปลัดกระทรวงสาธารณสุข

6. ลงนามในบันทึกความเข้าใจ (MOU) เพื่อความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่างๆที่เกี่ยวข้อง

7. กำหนดตัวชี้วัด ติดตามประเมินผล

8. ติดตามประเมินผลทุก 3 เดือนโดยสำนักตรวจและประเมินผลกระทรวงสาธารณสุข

ผลการศึกษา

การค้นหาลูกป่วยและขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วย
โรคโศกสมหะพบเชื้อรายใหม่ พบว่าเพิ่มขึ้นจาก 22,498
ราย เป็น 25,439 ราย เฉลี่ยร้อยละ 13.07 เมื่อ

เปรียบเทียบกับช่วงเวลาที่ยังไม่ได้ดำเนินการตามโครงการ
เขตที่มีอัตราเพิ่มมากที่สุดคือเขตตรวจราชการที่ 1
คือร้อยละ 57.68 ในขณะที่เขตตรวจราชการที่
11ไม่มีอัตราเพิ่ม (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 Case notification of new PTB SS positive แยกตามเขตตรวจราชการ

เขต	Case notification PTB New SS positive					
	ช่วงดำเนินการเฝ้าระวัง				ช่วงดำเนินการปกติ	
	ปีงบประมาณ 2552(9 เดือน)				ปีงบประมาณ 2551 ช่วงเวลาเดียวกัน	
	ตค-ธค	มค-มีค	เมย-มิย	รวม	จำนวน	เพิ่มขึ้น ร้อยละ
1	496	620	587	1703	1080	57.68
2	177	213	191	581	501	15.96
3	363	475	470	1308	1049	24.69
4	405	504	496	1405	1329	5.72
5	240	272	261	773	753	2.67
6	380	463	392	1235	852	44.9
7	282	315	268	865	714	21.15
8	449	479	456	1384	1290	13.56
9	424	465	361	1250	981	27.42
10	436	540	594	1570	1182	32.83
11	201	248	174	623	627	0
12	712	838	818	2368	2292	3.32
13	575	782	840	2197	1956	12.32
14	672	929	786	2387	2147	11.18
15	512	704	606	1825	1815	0.55
16	590	675	385	1650	1722	0
17	379	478	410	1267	1197	5.85
18	311	378	359	1048	1011	3.66
รวม	7604	9378	8454	25439	22498	13.07

อัตราเสมอเปลี่ยนเป็นลบเมื่อรักษาสิ้นสุด เมื่อรักษาสิ้นสุดระยะเข้มข้นเกิน ร้อยละ 90 คือ เขต 2 ระยะเข้มข้น ภาพรวมทั้งประเทศพบว่าไม่มีความแตกต่าง 14, 11, 13, 9, 10 และ 12 คิดเป็นร้อยละ 97.08, 93.00, 92.80, 91.58, 91.15, 91.10 และ 91.00 กันเมื่อเปรียบเทียบกับช่วงเวลาที่ยังไม่ดำเนินการตาม 93.00, 92.80, 91.58, 91.15, 91.10 และ 91.00 โครงการคือ ร้อยละ 89.23 ในปี 2552 และร้อยละ ตามลำดับ (ตารางที่ 2) 88.47 ในปี 2551 เขตที่อัตราเสมอเปลี่ยนเป็นลบ

ตารางที่ 2 Conversion rate of PTB New SS positive แยกตามเขตตรวจราชการ

เขต	Conversion of PTB New SS positive					
	ช่วงดำเนินการเร่งรัด			ช่วงดำเนินการปกติ		
	ปีงบประมาณ 2552 (6 เดือน)			ปีงบประมาณ 2551 (6 เดือน)		
	จำนวนที่นำมาประเมิน	Convert	ร้อยละ	จำนวนที่นำมาประเมิน	Convert	ร้อยละ
1	1,512	1,341	88.69	1117	952	85.23
2	514	499	97.08	494	386	78
3	1,160	1,043	89.9	1061	827	82.19
4	1,237	1,117	89.7	1285	1027	79.98
5	666	599	89.94	718	633	89.23
6	1,127	986	87.49	942	805	85.43
7	739	642	86.87	717	604	84.31
8	1227	1069	87.12	1081	861	79.65
9	1,074	979	91.15	940	774	82.36
10	1,348	1,228	91.1	1182	1082	91.5
11	555	535	92.8	567	529	93.38
12	2,111	1,921	91	2313	2070	89.5
13	1701	1557	91.58	1597	1460	91.41
14	1272	1189	93	1376	1267	92.01
15	1910	1627	85.2	1654	1206	72.91
16	1819	1498	82.37	1715	1299	75.74
17	1,095	942	86.03	873	716	81.96
18	1048	901	86	1047	872	83.25
รวม	22,115	19673	89.23	19,633	17370	88.47

การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ผสมผสานวัณโรค และเอชไอวี พบว่าความครอบคลุมในการเจาะ Anti HIV ในผู้ป่วยวัณโรคภาพรวมของประเทศเฉลี่ย ร้อยละ 89.58 (เป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ 85) ในจำนวนที่ได้รับ

การเจาะ Anti HIV 30,792 พบ HIV Positive 4,991 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.52 และในจำนวนนี้ได้รับ ยาต้านไวรัส 3,064 ราย คิดเป็นร้อยละ 61.39 (ตาราง ที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลการเจาะ Anti HIV และการได้รับยาต้านไวรัส

เขต	ผลการเจาะ Anti HIV และการได้รับยาต้านไวรัส						
	จำนวน TB (All forms) ที่ขึ้นทะเบียนรักษา	จำนวน ที่ได้รับการตรวจ anti HIV	ร้อยละ TB (All forms) ที่ได้รับการตรวจ anti HIV	จำนวน TB All forms ที่ HIV Positive	ร้อยละ TB (All forms) ที่ HIV Positive	จำนวน TB - HIV Positive และได้รับ ARV	% TB ที่ HIV Positive และได้รับ ARV
1	2,517	1,999	79.42	388	15.42	174	44.85
2	840	786	93.57	149	17.74	71	47.65
3	2,345	1,982	84.5	230	9.8	112	48.6
4	1,826	1,729	94.68	315	17.25	168	53.23
5	922	834	90.45	201	21.8	138	68.66
6	1,515	1,149	75.84	369	24.38	301	81.64
7	1360	1198	88.09	256	18.8	149	58.2
8	1755	1525	86.89	354	20.2	163	46.1
9	2609	2395	91.79	429	16.44	277	64.57
10	1,688	1,559	92.36	179	10.6	126	70.39
11	884	883	99.89	89	10.06	88	98.8
12	3,114	2,826	90.75	314	10.08	223	71.1
13	2,579	2,452	95.07%	202	7.83	152	75.3
14	3220	2904	90.18	293	9.1	202	69.2
15	1726	1482	85.86	433	25.08	230	53.12
16	1,572	1,513	96.24	330	21.01	224	68.01
17	1,639	1,548	94.5	205	12.5	132	64.3
18	2261	2028	89.69	255	11.28	134	52.55
รวม	34,372	30,792	89.58	4991	14.52	3064	61.39

เมื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานระหว่าง HIV เพิ่มขึ้นร้อยละ 36.91 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปีงบประมาณ 2551 และ 2552 พบว่ากิจกรรมที่เพิ่มขึ้น (P<0.001) และ TB-HIV Positive และได้รับ ARV จากผลกระทบของโครงการคือ Case notification เพิ่มขึ้นร้อยละ 94.17 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เสมอพบเชื้อเพิ่มขึ้นร้อยละ (P<0.001) (ตารางที่ 4) 13.07 กิจกรรม TB All forms ที่ได้รับการตรวจ anti

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบผลการดำเนินงาน ระหว่างปีงบประมาณ 2551และ2552

กิจกรรม	ผลงาน ปี 2551	ผลงาน ปี 2552	จำนวน ที่เพิ่มขึ้น	ร้อยละ	Chi-square	P-value
Case notification ของผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่เสมอพบเชื้อ	22,498	25,439	2,971	13.07	-	-
ผลการรักษาเมื่อสิ้นสุดระยะเข้มข้น				-	-	-
จำนวนที่นำมาประเมิน	19,633	22,115	2,482	-	-	-
จำนวนผลเสมอพบเชื้อเมื่อสิ้นสุด ระยะเข้มข้น (Conversion rate)	17,370 (88%)	19,673 (89%)	2,303	1.00	2.36	0.122
จำนวน TB All forms ที่ได้รับการตรวจ anti HIV	22,444 (79.25%)	30,729 (89.40%)	8,285	36.91	124.10	<0.001
จำนวน TB All forms ที่ HIV Positive	4,089 (14.44%)	4991 (14.54%)	902	22.06	0.12	0.729
จำนวน TB-HIV Positiveและได้รับ ARV	1,578 (38.59%)	3,064 (61.39%)	1,486	94.17	466.65	<0.001

การดำเนินงานค้นหาวัณโรคในเรือนจำ 20 แห่ง พบว่า ผู้ต้องขังที่สงสัยวัณโรคและได้รับการเอกซเรย์ปอด ทั้งหมด 14,525 ราย ในจำนวนนี้พบผลเอกซเรย์เข้าได้ กับวัณโรคปอด 786 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.40 ปอด

ผิดปกติอื่นๆ 377 รายคิดเป็นร้อยละ 2.60 และพบผู้ป่วย วัณโรคโดยการตรวจเสมหะจำนวน 71 ราย คิดเป็น ร้อยละ 0.49 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ผลการค้นหาวัณโรคในเรือนจำ

ผลการตรวจเอกซเรย์ปอด	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนผู้ต้องขังในเรือนจำ รวม 20 แห่ง	29,605	-
จำนวนที่สงสัยวัณโรคและได้รับการเอกซเรย์ปอด	14,525	49.06
ปกติ	13,362	92.00
ผลเอกซเรย์เข้าได้กับวัณโรคปอด	786	5.40
ผิดปกติอื่นๆ	377	2.60
พบผู้ป่วยวัณโรคโดยการตรวจเสมหะ	71	0.49

สำหรับผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อสามารถ ผู้ป่วยทั้งหมด และพบว่ามีความสัมพันธ์กับเบาหวาน รับการรักษาในโรงพยาบาลได้ร้อยละ 60.03 ของจำนวน ร้อยละ 8.16 และโรคเรื้อรังอื่นๆร้อยละ 6.48 (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่รับการรักษาในโรงพยาบาลและโรคเรื้อรังที่มีความสัมพันธ์กับวัณโรค

รายการข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนผู้ป่วยเสมหะพบเชื้อ	23,836	
จำนวนที่รับไว้ในโรงพยาบาล	14,310	60.03
ตรวจพบเบาหวาน	1,947	8.16
ตรวจพบโรคเรื้อรังอื่นๆ	1,544	6.48

ตารางที่ 7 ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการซักถามและแสดงความคิดเห็น ทศนคติ ต่อนโยบายเร่งรัด หยุดยั้ง วัณโรค

ประเด็น	ข้อมูลที่ได้รับ
1. เชิงนโยบาย และบริหารจัดการ	1. วัณโรคเป็นปัญหาเชิงบริหารจัดการที่ซับซ้อน แยกยาก จากวิสัยทัศน์ของผู้บริหารทุกระดับเข้าใจ ให้ความสำคัญสื่อสารกำหนดแนวทางที่ชัดเจน และควบคุมกำกับติดตามใกล้ชิด 2. นโยบายเร่งรัด หยุดยั้ง วัณโรค เป็นนโยบายที่ก่อให้เกิดพลังขับเคลื่อน การควบคุม วัณโรคในประเทศไทยอย่างไม่เคยมีมาก่อน ทำให้ได้ร่วมกันทุ่มเททั้ง กำลังกาย กำลังใจ 3. ปี 2552 เป็นปีทอง ของการพัฒนางานวัณโรค โดยมีโจทย์ที่ท้าทาย ก่อให้เกิดการแปลงนโยบาย ไปสู่การปฏิบัติอย่างเข้มข้น และสร้าง Best practice ในระดับจังหวัดมากมาย 4. ปัญหาวัณโรคเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องเร่งดำเนินการ ต้องได้รับการสนับสนุนเชิงนโยบาย มาตรการ วิชาการ บุคลากรงบประมาณอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ขวัญและกำลังใจเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากเป็น งานคุณภาพ ต้องใช้ความสามารถ อดทน และ ความรับผิดชอบสูง 5. การกำหนดนโยบายที่ชัดเจนมีความสำคัญต่อความสำเร็จ 6. นโยบายเร่งรัดหยุดยั้งวัณโรค ส่งผลให้อัตราผลสำเร็จการรักษาวัณโรคเพิ่มขึ้น มีการทำงานเป็น ระบบ และมีการจัดสรรงบประมาณเพียงพอ
2. เครือข่ายการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน	1. มีทีมสหวิชาชีพ พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมครบวงจรที่ได้มาตรฐาน 2. เจ้าหน้าที่มีความสุขได้เป็นส่วนหนึ่งในผลงานด้วยการเป็นผู้ประสานงานวัณโรคตัวอย่าง เช่น โรงพยาบาลนครพิงค์มีเครือข่ายเชื่อมโยงกับ สสอ. สอ. อสม.และชุมชนทุกระดับเป็นรูปธรรม ชัดเจนและมีความเชื่อมโยงมากขึ้น 3. เจ้าหน้าที่ที่มีความภาคภูมิใจที่อำเภอบ้านไร่ ทำ DOT ได้ 100 %โดย พนักงงานผู้ช่วย สอ. นำยา วัณโรคไปให้ผู้ป่วยทุกวัน การมีส่วนร่วมของชุมชน ในการควบคุมวัณโรคทำให้ทีมงานทุกคน มีความ ภาคภูมิใจในความสำเร็จ แม้ทุ่มเททำ DOT ได้ 100 %

ตารางที่ 7 ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการซักถามและแสดงความคิดเห็น ทศนคต ต่อนโยบายเร่งรัด หยุดยั้ง วัณโรค

ประเด็น	ข้อมูลที่ได้รับ
	4. TB Meeting ระดับอำเภอของชะอำมีความหมายมาก ผู้ประสานงานวัณโรคทุกระดับมาร่วมด้วย ทำให้มีความร่วมมือมากขึ้น ใกล้ชิดกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ช่วยกัน แก้ปัญหา ได้ใจของเพื่อนร่วมงานและนำไปสู่ความสำเร็จ 5. ด้วยการทำงานเป็นทีมที่จังหวัดร้อยเอ็ด ทำให้อัตราการเจาะหาเชื้อเอชไอวี ในผู้ป่วยวัณโรค การเข้าถึงยาต้านไวรัสเพิ่มขึ้น เร็วขึ้นจากที่โหลได้สำเร็จ จนได้รับรางวัลดีเด่น 6. เหนืออื่นใด ความสุขของคนทำงานวัณโรค มาจากที่ได้มีส่วนช่วยให้ประชาชนชาวเชียงใหม่ มีโอกาสได้รับการค้นหาและรักษาวัณโรค ด้วยความร่วมมือจากหลายหน่วยงาน ผู้นำท้องถิ่นและ อสม.
3. ผลกระทบต่อเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานและผู้ป่วยวัณโรค	1. ตัวชี้วัดที่บรรลุเป้าหมายการควบคุมวัณโรคจังหวัดกาฬสินธุ์ คือ ร้อยยัมของผู้ป่วยวัณโรค เมื่อสิ้นสุดการรักษา สิ่งเหล่านี้เป็นบทเรียนให้เกิดการเรียนรู้ สิ่งที่ได้กลับมาคือความสุขของผู้ให้บริการ 2. ความสำเร็จการควบคุมวัณโรค อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร สะท้อนจากร้อยยัมของผู้ป่วยและครอบครัว กระบวนการกลุ่มของผู้ป่วย รวมทั้งมีรูปภาพ เชื้อมัน ศรีทรา จากผู้ป่วยและชุมชน 3. ที่จังหวัดยโสธร เราได้เห็นน้ำตาแห่งความดีใจของญาติผู้ป่วยกล่าวขอบคุณเราที่ช่วยให้ชายชรา ผอม ผิวเหลือง โอ โหกลับมาแข็งแรงอยู่ร่วมกับครอบครัว ทำให้พวกเราทุกคนพร้อมที่จะก้าวต่อไปด้วย DOT By Heart 4. บทเรียนการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ที่ดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ คือ การดูแลผู้ป่วยวัณโรคไม่ใช่ดูแลแค่ผู้ป่วยคนเดียว แต่ต้องดูแลคนรอบข้างในครอบครัวด้วย ทั้งร่างกาย และจิตใจ เนื่องจากผลกระทบจากวัณโรคและเอ็ดส์ ทำให้เสียชีวิตเกือบหมดครอบครัวเหลือเพียงเด็กหญิงเล็ก ๆ คนเดียว

การเรียนรู้ใหม่ที่ได้รับ

1. มีการใช้เครือข่ายชุมชน(อสม./อปท.) ในการควบคุมวัณโรคมากขึ้น หลายพื้นที่มีการทำบันทึกความร่วมมือในระดับท้องถิ่น

2. เพิ่มประสิทธิภาพการรักษา มีการให้ In-centive แก่ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ เช่น โครงการ Mr./Miss TB award ทำให้ผลการดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น

3. การพัฒนาคุณภาพของ DOT ในเรือนจำ มีการใช้ภาพถ่ายบันทึก ควบคุมกำกับกับการกินยา " My TB life in Photo Series" และกิจกรรม Big Cleaning day

4. ใช้เครือข่ายทีมสหวิชาชีพในการควบคุมวัณโรค

วิจารณ์

การดำเนินงานในการเร่งรัดค้นหาผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยงพบว่า การค้นหาผู้ป่วยและขึ้นทะเบียนรักษา

เพิ่มขึ้น ร้อยละ 13.07 (ตารางที่ 1) เมื่อเปรียบเทียบกับช่วงเวลาที่ยังไม่ได้ดำเนินการตามโครงการ ซึ่งเกิดจากการเร่งรัดเชิงนโยบาย การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยงสำหรับพื้นที่ที่อัตราการค้นหาผู้ป่วยไม่เพิ่มขึ้นน่าจะเป็นเพราะ ผลการดำเนินการของพื้นที่นั้น ๆ ติมาอย่างต่อเนื่องแล้ว ปัจจุบันยุทธศาสตร์ในการควบคุมวัณโรคระดับนานาชาตินอกจากจะเน้นอัตราการรักษาหาย (Success rate) ร้อยละ 85 แล้ว ยังต้องให้ความสำคัญกับการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยงควบคู่กันไปด้วย^(5,6) สำหรับผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อที่มีความสัมพันธ์กับโรคเบาหวานพบร้อยละ 8.16 ในขณะที่ผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อ ที่ป่วยร่วมกับโรคเรื้อรังอื่นๆ พบร้อยละ 6.48 (ตารางที่6) ซึ่งสูงกว่ากลุ่มเสี่ยงอื่นๆ และประชากรทั่วไป แสดงให้เห็นว่าการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง เช่น เบาหวาน เป็นมาตรการหนึ่งที่โรงพยาบาลต่างๆพึงปฏิบัติ นอกจากนี้การป่วยเป็นเบาหวานร่วมด้วยอาจจะมีผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการรักษาและ

มีโอกาสนในการรักษาล้มเหลวสูง สำหรับการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ป่วยวัณโรค ข้อมูลของประเทศปี 2551 พบร้อยละ 17 ขณะที่การดำเนินการตามโครงการเร่งรัดพบร้อยละ 14.52 (ตารางที่ 3) ซึ่งอัตราที่ใกล้เคียงกันในระบบเฝ้าระวังปกติ น่าจะเกิดจากการตรวจเลือดในผู้ป่วยวัณโรคครอบคลุมมากขึ้น การค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในเรือนจำ ผลการตรวจพบวัณโรคโดยการตรวจเสมหะ (เสมหะพบเชื้อ ตามตารางที่ 5) ร้อยละ 0.49 ในขณะที่ข้อมูลของประเทศในปี 2549 ร้อยละ 1.2 (12 ต่อ 1000 ประชากร) การที่อัตราการตรวจพบต่ำ มีความเป็นไปได้ว่าสถานการณ์ที่พบมีจำนวนเท่านี้จริง และก็มีความเป็นไปได้เช่นกันที่เครื่องมือในการคัดกรองยังมีความไว (Sensitivity) และความจำเพาะ (Specific) ไม่ดีพอ โดยเฉพาะในกลุ่มที่ป่วยเป็นวัณโรคและมีการติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย ดังนั้นควรเพิ่มข้อบ่งชี้ในแบบคัดกรองมากขึ้น เช่น การมีอาการไอ น้ำหนักลด ไข้ตอนกลางคืน เป็นต้น ควรใช้ Mobile X-Ray ในการค้นหาในเรือนจำ โดยเฉพาะมีการส่งเสมหะเพื่อการเพาะเชื้อด้วย

สำหรับนโยบายการรับผู้ป่วยเสมหะพบเชื้อไว้รักษาในโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยเสมหะพบเชื้อรับไว้รักษาในโรงพยาบาลภาพรวมทั้งประเทศร้อยละ 60.03 (ตารางที่ 6) ของจำนวนผู้ป่วยระยะแพร่เชื้อทั้งหมด ต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ตามนโยบาย (ผู้ป่วยเสมหะพบเชื้อทุกราย) เนื่องจากมีข้อจำกัดเช่น ห้องแยกสำหรับผู้ป่วยระยะแพร่เชื้อไม่เพียงพอ ผู้ป่วยและญาติบางรายปฏิเสธการรักษาในโรงพยาบาล เพราะจะสูญเสียรายได้หากต้องพักค้างโรงพยาบาล การรับไว้ในโรงพยาบาลมีข้อดีคือ สามารถที่จะสังเกตดูแลภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้นโดยเฉพาะระยะแรกของการกินยาป้องกันการเสียชีวิตในผู้สูงอายุ ในผู้ขาดสารอาหาร และที่สำคัญคือสามารถสัณนิษฐานการกินยาต่อหน้า (DOT) ทำให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจความสำคัญของการกินยาต่อหน้า แต่ข้อสำคัญต้องมีมาตรการด้านการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในโรงพยาบาล (Infection Control) และห้องแยกที่เหมาะสมและดำเนินการคู่ขนานกันไป

ผล Sputum conversion rate พบว่า ภาพรวมของประเทศร้อยละ 89 (ปี 2551 ร้อยละ 88) ซึ่งไม่แตกต่างกับช่วงก่อนดำเนินการ ($P>0.122$) เนื่องจากประสิทธิภาพการรักษาในระยะเข้มข้นก่อนดำเนินการสูงอยู่ก่อนแล้ว การเร่งรัดเชิงนโยบายจึงไม่มีผลกระทบต่อกิจกรรมนี้มากนัก และที่สำคัญระบบยาที่นำมาใช้มีประสิทธิภาพดีในการรักษาวัณโรค การประเมิน Sputum conversion rate เป็นการประเมินประสิทธิภาพการรักษาเบื้องต้นเท่านั้น เพื่อสังเกตความสม่ำเสมอในการกินยา (Compliance) การแพทย์ และประเมินปัญหาในการรักษาผู้ป่วย แต่การที่มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งเสียชีวิตในระยะเข้มข้นและขาดการรักษา ซึ่งอาจเป็นเพราะว่าเข้าถึงบริการช้า มีภาวะการเจ็บป่วยที่รุนแรง สูงอายุ การกระตุ้นให้ชุมชนตระหนักในอาการของวัณโรคอย่างต่อเนื่องจะช่วยลดปัญหาการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่ล่าช้าได้ ส่วนปัญหาการตายระหว่างการรักษา หากเกิดในผู้สูงอายุ การรับไว้ในโรงพยาบาลจะช่วยแก้ปัญหาได้ แต่ถ้าเกิดจากการติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย การให้ยาต้านไวรัสในเวลาที่รวดเร็วอย่างเหมาะสมจะเป็นคำตอบที่สำคัญ

การเจาะเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี ในผู้ป่วยวัณโรค พบว่าจำนวนวัณโรคทั้งหมดที่ได้รับการตรวจเอชไอวีเพิ่มขึ้น จากช่วงระยะเวลาที่ยังไม่เร่งรัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากร้อยละ 79.25 เป็นร้อยละ 89.40 ($P<0.001$) และความครอบคลุมในการตรวจเชื้อเอชไอวี ภาพรวมของประเทศร้อยละ 89.58 (เป้าหมายมากกว่าร้อยละ 85) และพบผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 14.52 ในจำนวนนี้ เข้าถึงยาต้านไวรัสจากร้อยละ 38.59 เป็นร้อยละ 61.39 ($P<0.001$) (ตารางที่ 3 และ 4) ผลจากนโยบายเร่งรัดทำให้โรงพยาบาลหลายแห่งให้ความสำคัญและเร่งรัดกิจกรรม มีการเพิ่มมาตรการและศักยภาพในการให้คำปรึกษา ซึ่งข้อดีคือการทำ anti HIV Testing มากกว่าร้อยละ 85 จะทำให้สามารถประมาณการณ์ทางด้านระบาดวิทยาของอัตราชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ป่วยวัณโรค (HIV Prevalence) ได้โดยไม่ต้องทำ Sentinel surveillance⁽⁷⁾ ควรตรวจเจาะเลือดหา HIV ในผู้ป่วยวัณโรค

ตั้งแต่เดือนแรกที่ขึ้นทะเบียนวัณโรค เพื่อค้นหาและเข้าถึงยาต้านไวรัสภายใน 2 เดือนแรก จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่าผู้ปฏิบัติมีความเข้มงวดและตระหนักเรื่อง การบูรณาการงานวัณโรคและเอดส์มากขึ้น การตายจากวัณโรคที่มีการติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย จะลดอัตราการเสียชีวิตลง 7 เท่า หากผู้ป่วยมีโอกาสเข้าถึงยาต้านไวรัสเร็วขึ้น⁽⁸⁾

จากตารางที่ 7 พบว่าการที่กระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้วัณโรคเป็นนโยบายเร่งรัด ถือว่าเป็นการยกระดับความสำคัญของวัณโรค เกิดการยอมรับนโยบาย มี Political commitment ที่เป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการดำเนินงานควบคุมวัณโรค ภายใต้กลวิธี DOTS⁽⁹⁾ และสอดคล้องกับมติที่ประชุมสมัชชาองค์การอนามัยโลก ครั้งที่ 62 ในส่วนของวัณโรค ที่ให้ความสำคัญกับการกำหนดยุทธศาสตร์และประกาศ เป็นนโยบาย ผลที่ตามมาคือ เกิดเครือข่ายในการทำงาน มีการระดมทรัพยากร อื่น ๆ งบประมาณ⁽⁴⁾ และที่ชัดเจน คือการพัฒนาบุคลากรทุกระดับ มีการกำหนดผู้รับผิดชอบงานวัณโรคโดยตรง มีอาสาสมัครชุมชนดูแลผู้ป่วยมากขึ้นในระดับพื้นที่ ผู้ตรวจราชการทุกเขตยกระดับให้วัณโรคเป็นวาระของเขตที่จะต้องแก้ไขปัญหาวัณโรค ให้ได้มาตรฐานองค์การอนามัยโลก ดังนั้นกล่าวได้ว่าในช่วงที่กระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้วัณโรคเป็นนโยบายเร่งรัดที่ต้องดำเนินการ ก่อให้เกิดการยอมรับและเร่งรัดกิจกรรมตามนโยบายค่อนข้างสูงในหน่วยงานระดับต่าง ๆ เพื่อการแก้ไขปัญหาวัณโรค

โดยสรุป โครงการเร่งรัดหยุดยั้งวัณโรคปีงบประมาณ 2552 ส่งผลกระทบเชิงบวกต่อแผนงานวัณโรคแห่งชาติชัดเจน ทำให้หน่วยงานต่างๆ ทั้ง สำนักตรวจราชการ กรมควบคุมโรค สาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล มีความตื่นตัวและดำเนินการไปในทิศทางเดียวกัน ทำให้ผลการดำเนินการในด้านต่างๆ ที่เกี่ยวกับการควบคุมวัณโรคดีขึ้นอย่างชัดเจน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ แพทย์หญิงศวีรรรณา พูลสรรพสิทธิ์ หัวหน้าสำนักวิชาการกระทรวงสาธารณสุข นายแพทย์ ยุทธิชัย เกษตรเจริญ ผู้อำนวยการสำนักวัณโรค เจ้าหน้าที่สำนักวัณโรค สำนักตรวจและประเมินผลที่มีส่วนในการติดตามประเมินผล นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่ง และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. Global Tuberculosis Control – Surveillance Planning Financing Report, 2009.
2. WHO. The Stop TB Strategy, 2006.
3. WHO. Advocacy, Communication and Social Mobilization (ACSM) for Tuberculosis Control. A Handbook for country programme, 2007.
4. WHO. Advocacy, Communication and Social Mobilization to Fight TB, 2005.
5. WHO. The Global Plan to Stop TB, 2006–2015.
6. WHO. The Regional Strategic Plan for TB Control: 2006–2015 South-East Asia, New Delhi, January 2003.
7. WHO. TB/HIV. A Clinical Manual Guideline, 2004.
8. กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค สำนักวัณโรค แนวปฏิบัติการผสมผสานวัณโรคและโรคเอดส์ พ.ศ. 2552. กรุงเทพฯ. โรงพิมพ์ศาสนา: 2522
9. กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค สำนักวัณโรค แนวทางการควบคุมวัณโรคแห่งชาติ พ.ศ. 2551 กรุงเทพฯ. โรงพิมพ์ศาสนา: 2511

การพัฒนารูปแบบการควบคุมสถานการณ์การดื้อยาวัณโรคหลายขนาน

ในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน

Development of MDR-TB Control Model in Northern Thailand

ปิยะดา คุณาวารักษ์ * วท.ม (วิทยาการระบาด)	Piyada Kunawarak , M.Sc. (Epidemiology)
ศักรินทร์ จันทวงศ์ *วท.ม (จุลชีววิทยา)	Sakarin Chantawong , M.Sc
พัฒนา โพธิแก้ว * ส.ม.	Patana Pokeaw , MPH.
อนงค์พร ประพันธ์วงศ์ * วท.บ	Anongporn Prapanwong ,B.Sc.(Public Health Nurse)
สุนิสา สิริ * ภ.บ.	Sunisa Siri , B.Ph.
ทรงวุฒิ หุตามัย * พบ. สม	Songwut Hutamai , M.D., MPH.
ศุภชัย ถกษณาม **พบ., วว. (กุมารเวชศาสตร์)	Supachai Rerks-Ngarm , M.D., Diploma of Pediatrics
* สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่	Office of Disease Prevention and Control ,10th
** กรมควบคุมโรค	Department of Disease Control

บทคัดย่อ

ประเทศไทยได้นำเอากลยุทธ์ DOTS มาใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมวัณโรค ตั้งแต่ ปี 2540 อย่างไรก็ตาม จนถึงปัจจุบันก็ยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่สำคัญตามตัวชี้วัดในการควบคุมวัณโรคขององค์การอนามัยโลก ซึ่งรวมถึงอัตราการดื้อยาหลายขนานของเชื้อวัณโรค โดยเฉพาะในพื้นที่ภาคเหนือตอนบนที่สูงขึ้นเกินระดับ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบรูปแบบการควบคุมสถานการณ์การดื้อยาวัณโรคหลายขนานในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน โดยกำหนดรูปแบบการควบคุมสถานการณ์การดื้อยาวัณโรคหลายขนานเป็น 2 รูปแบบ ซึ่งรูปแบบที่ 1 มี 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 นำเสมหะที่ตรวจพบเชื้อวัณโรคทุกราย ณ วันที่ตรวจพบเชื้อจากโรงพยาบาลทุกแห่งในเขต 3 จังหวัด ภาคเหนือตอนบน(เชียงใหม่ ลำพูนและพะเยา) ตั้งแต่ เมษายน 2551 - กันยายน 2552 มาตรวจคัดกรองแยกผู้ป่วยที่ไม่ใช่ วัณโรคปอด ขั้นตอนที่ 2 ทดสอบความไวต่อเชื้อวัณโรคทุกรายโดยทราบผลภายใน 1 เดือน ขั้นตอนที่ 3 ให้บริการดูแลรักษาตามแนวทางแห่งชาติสำหรับการรักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนาน โดยวิธีปกติ ส่วนรูปแบบที่ 2 มี 3 ขั้นตอนเช่นเดียวกัน แต่เสริมบริการสื่อสารเตือนผู้ป่วยให้กินยาทุกมื้อโดยใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ ในขั้นตอนที่ 3 นี้ใช้การศึกษาทดลองแบบ Randomized controlled trial เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่ดื้อยาหลายขนาน ระหว่างรูปแบบที่ 1 และรูปแบบที่ 2 โดยผู้ป่วยวัณโรคที่ดื้อยาจะถูกสุ่มตัวอย่างแบบง่ายให้อยู่ในกลุ่มรูปแบบที่ 1 และรูปแบบที่ 2 อย่างต่ำกลุ่มตัวอย่างละ 19 ราย โดยติดตามทุกรายจนครบ 18 เดือนจึงประเมินผล พบว่ารูปแบบที่ 2 มี conversion rate ที่เดือนที่ 1 เป็นร้อยละ 84.2 เดือน 3 เป็น ร้อยละ 89.5 เดือนที่ 5 เป็น ร้อยละ 100 ในขณะที่กลุ่มรูปแบบที่ 1 มี conversion rate ที่เดือนที่ 1 ร้อยละ 57.9 เดือนที่ 2 เป็นร้อยละ 73.7 เดือนที่ 3 กับ 5 เป็นร้อยละ 84.2 และ 94.7 ตามลำดับ และเป็นร้อยละ 100 ณ เดือนที่ 9 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p < 0.001$ อัตราการรักษาสำเร็จของรูปแบบที่ 2 สูงกว่ารูปแบบที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.024$) โดยรูปแบบที่ 2 พบการรักษาสำเร็จสูงถึงร้อยละ 100 ในขณะที่ กลุ่มรูปแบบที่ 1 มีการรักษาสำเร็จเพียงร้อยละ 73.7 สำหรับอัตราการดื้อยาหลายขนานในพื้นที่ศึกษา มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 4.1 ในช่วงเมษายน-กันยายน 2551 เป็นร้อยละ 3.3 ในช่วงตุลาคม

2551- มีนาคม 2552 และคงเหลือร้อยละ 1.8 ในช่วงเดือน เมษายน-กันยายน 2552 จากผลสำเร็จของรูปแบบที่ 2 ถือว่าเป็นกลยุทธ์สำคัญที่ช่วยให้อัตรา การดื้อยาหลายขนานในพื้นที่ 3 จังหวัดภาคเหนือตอนบนที่เคยมีอัตรา การดื้อยาหลายขนานสูง ลดลง ต่ำกว่าระดับ Hot Spot ได้ในระยะเวลาเพียง 1 ปี จึงเห็นว่า กลวิธี DOTS -PLUS ที่เสริมด้วยโทรศัพท์เคลื่อนที่ ตามรูปแบบที่ 2 เป็นสิ่งที่ควรสนับสนุนให้มีการขยายพื้นที่ดำเนินการเพื่อให้ การควบคุมวัณโรคของประเทศไทยมีประสิทธิภาพ และสามารถประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย Millennium Development Goals พ.ศ.2558

Abstract

Thailand has implemented DOTS strategy to increase TB control program efficacy since 1997. However, Thailand couldn't achieve key TB control program indicators as indicated by the WHO. The MDR-TB rate in northern Thailand has increased above hot spot level. The objective of this study was to compare new MDR-TB control program strategy to the conventional one in upper northern Thailand. We defined two MDR-TB control models. The first model had 3 steps. For step 1, all AFB positive sputum specimens from all hospitals located in 3 upper northern provinces (Chiang Mai, Lumphoon, and Phayao), were screened for Non Tuberculous Mycobacterium. For step 2, all MTB specimens were tested for drug sensitivity testing to identify MDR-TB cases with 1 month turn around time. For step 3, the patients would then be taking care with routine DOTS strategy. There were also 3 steps for the second model. The first two steps were the same as in model 1. But for the third steps, the patients would be communicated via mobile phone from the care giver to remind them about the medication time. In this third step, the MDR-TB patients were randomized to either be in model 1 or model 2. There were at least 19 patients in each arm. We followed the patients 18 months for measuring the treatment outcomes. It was found that the second model had significantly better sputum conversion rates when compared to the first model ($p < 0.001$). The conversion rates of model 2 were 84.2%, 89.5%, and 100% at month 1, 3, and 5 respectively. For model 1, the conversion rates were 57.9, 73.7, 84.2, and 94.7 at month 1, 2, 3, 5 and 9 respectively. The treatment success rate of model 2 (100%) was also significantly higher than model 1 (73.7%) ($p = 0.024$). The MDR-TB rates in the region were decreased from 4.1% during April-September 2008, to 3.3% during October 2008-March 2009, and to 1.8% during April-September 2009. Successfulness of model 2 could be seen as an important strategy to decrease MDR-TB rate in 3 provinces of northern Thailand below hot spot level within 1 year. The DOT-PLUS strategies together with mobile phone communication as used in model 2 should be promoted in phase manner in order to improve TB control program efficacy. This could lead to achieve the Millennium Development Goals in 2015

ประเด็นสำคัญ-

รูปแบบการควบคุมการดื้อยาวัณโรคหลายขนาน
ภาคเหนือตอนบน

Keywords

MDR-TB control model
Northern Thailand

บทนำ

วัณโรคได้กลับมาเป็นปัญหาสาธารณสุขอีกครั้งหนึ่ง สาเหตุจากการแพร่ระบาดของโรคเอดส์และการเคลื่อนย้ายของประชากรที่มีการติดเชื้อวัณโรค ก่อให้เกิดการขาดการใส่ใจของผู้บริหาร องค์การอนามัยโลก ได้รายงานไว้ ประมาณ 1 ใน 3 ของประชากรทั่วโลกติดเชื้อวัณโรค และมีผู้ป่วยวัณโรคในขณะนี้อยู่ประมาณ 16 - 20 ล้านคน โดยที่ประมาณร้อยละ 50 เป็นกลุ่มที่กำลังแพร่เชื้อ รวมทั้งในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยใหม่เกิดขึ้นอีกกว่า 8 ล้านคน เสียชีวิตอีกปีละเกือบ 2 ล้านคน โดยที่ ร้อยละ 95- 98 อยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา จึงเป็นสาเหตุให้ องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้วัณโรคอยู่ในภาวะฉุกเฉินที่ต้องการการแก้ไขอย่างเร่งด่วน⁽¹⁾ และโดยที่ องค์การอนามัยโลกได้จัดประเทศไทยอยู่ในลำดับที่ 18 จาก 22 ประเทศทั่วโลกที่มีปัญหาวัณโรค⁽²⁾ ทั้งที่ ประเทศไทยได้นำกลยุทธ์การรักษาวัณโรคด้วยสูตรยามาตรฐานระยะสั้น ภายใต้การสังเกตโดยตรง (Directly Observed Treatment, Short course หรือ DOTS) มาใช้ในแผนงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ (NTP) ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2540 ถึงปัจจุบัน⁽³⁾ แต่พบว่ายังไม่สามารถเพิ่มอัตราการรักษาหายในผู้ป่วยวัณโรคให้สูงขึ้นบรรลุเป้าหมายขององค์การอนามัยโลก หรือลดอัตราการดื้อยาหลายขนานได้ชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดของโรคเอดส์สูง คือ มีผู้ป่วยเอดส์สูงถึงร้อยละ 30⁽⁴⁾ จึงเป็นพื้นที่ที่ต้องประสบปัญหาวัณโรคหลายด้าน กล่าวคือ มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่เสียชีวิตสูงเกือบร้อยละ 30⁽⁵⁾ มีการติดเชื้อเอดส์และติดเชื้อกลุ่ม NTM (Non Tuberculous Mycobacteria) ซึ่งไม่สามารถแยกออกอย่างชัดเจนจากวัณโรคปอด (Mycobacterium tuberculosis) โดยการตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์หาเชื้อ Acid Fast Bacilli (AFB) อีกทั้งอัตราการดื้อยาวัณโรคหลายขนาน ก็เพิ่มสูงขึ้นทั้งประเภท Primary drug resistance และ Acquired drug resistance กล่าวคือ อัตราการดื้อยา MDR-TB ในผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกัน

ควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่ สูงถึงร้อยละ 4⁽⁶⁾ และจากการศึกษาของ Yoshiyama T⁽⁷⁻⁸⁾และคณะฯ ซึ่งศึกษาถึงอัตราการดื้อยาวัณโรคในพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคเอดส์สูงของประเทศไทยคือ ในพื้นที่จังหวัดเชียงราย พบว่า อัตราการดื้อยาวัณโรคหลายขนานมีสูงถึง ร้อยละ 6.3 และการรักษาวัณโรคในกลุ่มผู้ที่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนพบว่ามีโอกาสดื้อยาหลายขนานสูง

กลยุทธ์ DOTS-Plus for MDR-TB⁽⁹⁾ ที่องค์การอนามัยโลกแนะนำ ซึ่งถือว่าเป็นกลยุทธ์ที่เพิ่มผลสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรค โดยทำการเพาะเชื้อและทดสอบความไวของเชื้อวัณโรค ร่วมกับการจัดหายาสำรองที่ใช้ในการรักษาวัณโรคดื้อยาที่เพียงพอ การจัดสูตรยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งควรดำเนินการในพื้นที่ที่มีความชุกของเชื้อวัณโรคดื้อยาหลายชนิดสูง และมีพื้นฐานการทำDOT ที่ดี จึงเหมาะสมที่จะนำมาพัฒนาใช้แก้ไขปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยและทีมงานของศูนย์วัณโรค เขต 10 ได้ประเมินผลแล้วว่า ในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน มีการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคโดยกลยุทธ์ DOT ที่ดี จนเป็นที่ยอมรับของทีมงานองค์การอนามัยโลกที่มาติดตามประเมินผล⁽¹⁰⁾ ขณะเดียวกันศูนย์วัณโรคเขต 10 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่ มีศักยภาพด้านขั้นสุดที่สามารถตรวจทดสอบความไวของเชื้อวัณโรคที่ให้ผลรวดเร็วใน 1 เดือน และข้อมูลจากการศึกษาของทันตแพทย์สุรสิงห์ วิศรุตรัตน์ ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ เรื่อง การใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่เพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค⁽¹¹⁾ ใน 2 พื้นที่ คือ อำเภอสันป่าตอง และอำเภอสาร์ภี พบว่า ให้ผลสำเร็จในการให้การรักษาคือที่น่าพึงพอใจ คือ ทำให้การรักษาหายขาดเพิ่มสูงขึ้น ดังนั้น DOTS-Plus และการใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่สื่อสารกับผู้ป่วยให้กินยาอย่างสม่ำเสมอ จึงเป็นแนวคิดที่น่าจะส่งผลให้การควบคุมสถานการณ์การดื้อยาวัณโรคหลายขนานในพื้นที่ภาคเหนือตอนบนดีขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบรูปแบบการควบคุมสถานการณ์การดื้อยาวัณโรคหลายขนานในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษานี้ได้กำหนดรูปแบบเพื่อการควบคุมสถานการณ์การดื้อยาวัณโรคหลายขนานออกเป็น 2 รูปแบบ คือ

รูปแบบที่ 1

ขั้นตอนที่ 1 คือ คัดกรองผู้ป่วย NTM ออกจากผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อ AFB

ขั้นตอนที่ 2 คือ ดำเนินการทดสอบความไวต่อเชื้อวัณโรค Drug Sensitivity Test (DST)

ขั้นตอนที่ 3 คือ ให้บริการดูแลรักษาตามแนวทางขององค์การอนามัยโรค⁽¹²⁾ สำหรับการรักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ด้วยวิธี DOT ปกติ

รูปแบบที่ 2

มี 3 ขั้นตอนเช่นเดียวกับรูปแบบที่ 1 แต่แตกต่างกัน ตรงขั้นตอนที่ 3 ที่มีการเสริมบริการสื่อสารเตือนผู้ป่วยให้กินยาทุกมื้อ โดยโทรศัพท์เคลื่อนที่

วิธีการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 1-2 เป็นกระบวนการวัดผลลัพธ์ของรูปแบบในการควบคุมสถานการณ์การดื้อยาวัณโรคหลายขนาน

ขั้นตอนที่ 3 เป็นส่วนของการศึกษาเชิงทดลองแบบ True Experimental study (Randomized controlled trial) เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่ดื้อยาหลายขนานระหว่างรูปแบบที่ 1 และรูปแบบที่ 2

ประชากรศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยวัณโรคที่เสมหะพบเชื้อวัณโรค (AFB) ทุกราย ของโรงพยาบาลในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ ลำพูน และพะเยา ตั้งแต่ เมษายน 2551 ถึงกันยายน 2552 โดยเสมหะที่ตรวจพบเชื้อ ทุกราย จะถูกคัดกรองเชื้อวัณโรคที่ไม่ใช่วัณโรคปอดออก และได้รับการตรวจทดสอบความไวของยารักษาวัณโรค กรณีที่พบมีการดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB) จะได้รับการคัดเลือกเข้าโครงการศึกษาวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย เข้าโครงการคือ มีอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยเป็นผู้ป่วย MDR-TB ที่ไม่เคยได้รับการรักษาด้วย Second-line drug (ผู้ป่วย MDR-

TB ใหม่) มีการ Identify ว่าเป็นวัณโรคปอด Mycobacterium tuberculosis รวมทั้งมีผลการตรวจ DST ที่พบว่ามีการดื้อยารักษาวัณโรค MDR-TB (ดื้อยา HR, HRS, HRE, HRSE) มีผลการตรวจ HIV และมีผลตรวจเลือดเพื่อดูสภาพการทำงานของตับ ซึ่งต้องมีค่าไม่เกิน 2 เท่าของค่าปกติ โดยมีการยกเว้นผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์ ผู้ป่วยที่มีการดื้อยา XDR ผู้ป่วยที่มีประวัติเป็น Epilepsy และ Alcoholism รวมถึงผู้ป่วยที่ไม่สามารถพูดจาโต้ตอบกับผู้วิจัยได้เข้าใจ และไม่สามารถเข้ารับการรักษาจนครบกำหนดการรักษา

ขนาดตัวอย่างประชากรศึกษา

$$\text{คำนวณจากสูตร}^{(13)} N = \left\{ \frac{Z\alpha\sqrt{2pq} + Z\beta\sqrt{P_1[1+R-P_1^{(1+R^2)}]}}{\{P_1^{(1-R)}\}^2} \right\}^2$$

ได้ขนาดตัวอย่างของแต่ละกลุ่ม อย่างต่ำที่สุดกลุ่มละ 19 ราย เมื่อค่า Relative Risk = 2 ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดเลือกเข้าโครงการจะถูกสุ่มเป็น 2 กลุ่มโดยวิธี simple random sampling โดย

กลุ่มรูปแบบที่ 1 จะเป็นกลุ่มอาสาสมัครที่มีผลตรวจ DST (Drug Sensitivity test) พบว่าดื้อยาวัณโรคหลายขนานและได้รับการยินยอมเข้าร่วมโครงการ ซึ่งจะได้รับการรักษาด้วยสูตรยาตามแนวทางของแผนงานวัณโรคของประเทศไทย ในการรักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนาน⁽¹⁷⁾ คือ 6K₅OPEZ/12OPEZ ถ้าผู้ป่วยดื้อยา HR, HRS และหากผู้ป่วยดื้อยา HRE หรือ HRSE จะให้การรักษาด้วยสูตรยา 6K₅OPEZ/12OPEZ โดยผู้ป่วยจะต้องมารับยาที่โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป ในพื้นที่จังหวัดที่อาศัยของผู้ป่วยหรือศูนย์วัณโรคเขต 10 เชียงใหม่ ทุกราย และได้รับการเยี่ยมบ้านจากอาสาสมัครวัณโรคเดือนละ 1 ครั้ง มีการนัดให้ไปฉีดยา ณ สถานบริการใกล้บ้าน และติดตามตรวจเสมหะและร่างกายทุก 1 เดือน จนครบกำหนดการรักษา คือ 18 เดือน

กลุ่มรูปแบบที่ 2 จะเป็นกลุ่มที่มีการให้การดูแลรักษาวัณโรคเช่นเดียวกับกลุ่มรูปแบบที่ 1 ทุกประการ แต่จะได้รับคำปรึกษาพร้อมเตือนให้กินยาด้วยโทรศัพท์เคลื่อนที่ทุกมื้อที่ต้องรับประทานยา จาก

เจ้าหน้าที่ของศูนย์วัณโรคเขต 10 เชียงใหม่ โดยกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีโทรศัพท์ ผู้ป่วยจะได้รับโทรศัพท์พร้อม SIM Card ที่จะสามารถรับโทรศัพท์เตือนการกินยา หรือให้คำปรึกษากรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาต่อยาที่กินทุกมื้อ และนัดให้มาติดตามรับยาและตรวจเสมหะทุกเดือน โดยมีการชี้แจงให้ผู้ป่วยรับทราบและเข้าใจว่าจะมีเจ้าหน้าที่โทรศัพท์ไปเตือนให้กินยาทุกมื้อ ขอให้ผู้ป่วยเปิดโทรศัพท์มือถือตลอดเวลา

ขั้นตอนการดำเนินงาน

มีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อชี้แจงขั้นตอนการดำเนินงานและการกรอกแบบฟอร์มของโครงการศึกษาวิจัยฯ แก่เครือข่ายที่เข้าร่วมโครงการ คือ

ขั้นตอนที่ 1 การคัดกรองผู้ป่วย NTM โดยใช้เทคนิคทางโมเลกุล⁽¹⁴⁻¹⁶⁾จะดำเนินการที่ศูนย์วัณโรคเขต 10 เชียงใหม่ เมื่อได้รับเสมหะที่พบเชื้อ AFB จากโรงพยาบาลในพื้นที่ศึกษา

ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการทดสอบความไวของยารักษาวัณโรค โดยใช้วิธี Proportional Method ของ National Committee for Clinical Laboratory Standards (NCCLS) ซึ่งจะมียาทั้ง First line drugs และ Second Line Drugs คือ ยา ไอโซไนอาซิด (H) ไรแฟมพิซิน (R) สเตรปโตมัยซิน (S) อีแอมบูทอล (E) กานามัยซิน (K) และโอฟลอกซาซิน (O) โดยมีการดำเนินการที่ศูนย์วัณโรคเขต 10 เชียงใหม่ และกระบวนการในขั้นตอนที่ 1 และ 2 จะใช้เวลา 1 เดือน

ขั้นตอนที่ 3 โรงพยาบาลในพื้นที่ศึกษาให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย กรณีที่พบว่าผู้ป่วยมีผลการดื้อยาวัณโรคหลายขนานและได้รับการสุ่มเข้าโครงการ เมื่อผู้ป่วยเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ จึง enroll ผู้ป่วยเข้าโครงการ และให้บริการดูแลรักษาตามแนวทางของแผนงานวัณโรคแห่งชาติสำหรับการรักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ด้วยวิธี DOT ปกติในกลุ่มรูปแบบที่ 1

และ DOT โดย โทรศัพท์เคลื่อนที่ ในกลุ่มรูปแบบที่ 2 และมีการให้ คำปรึกษา แก่แพทย์ เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบดูแลคลินิกวัณโรคของโรงพยาบาลในพื้นที่ ศึกษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ทางโทรศัพท์ กรณีพบว่ามีปัญหาในการดูแลรักษาตลอดเวลา

นิยาม

1. การดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB) หมายถึง การดื้อยาวัณโรคอย่างน้อย 2 ขนานที่สำคัญ คือ HR โดยอาจมีการดื้อยาชนิดอื่นๆที่ไม่ใช่ XDR(HR, HRS,HRE,HRSE) ร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้

2. DOTS-Plus for MDR-TB หมายถึง การดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคเพื่อแก้ไขและลดปัญหา MDR-TB ด้วยการให้ยา Second line ภายใต้ระบบ DOTS ที่มีอยู่เดิมเป็นหลัก โดยมีผลการทดสอบความไวของผู้ป่วยแต่ละรายมาใช้ประกอบการพิจารณาเลือกสูตรยา (ในการศึกษานี้เพิ่มเติมการ Identify แยกผู้ป่วย NTM ออกก่อนเข้าสู่ระบบการรักษา MDR-TB และเพิ่มกระบวนการให้การดูแลรักษา โดย Mobile phone)

3. DOT โดยระบบปกติ หมายถึง การเตือนให้ผู้ป่วยกินยา โดยบุคคลในครอบครัวและมีอาสาสมัครคอยเตือนให้มารับยาและนำเสมหะส่งตรวจ ทุกเดือน

4. Treatment Outcome⁽¹⁷⁾ใช้เกณฑ์ตามแนวทางแห่งชาติสำหรับการรักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ดังนี้

4.1 Cured หมายถึง ผู้ป่วยระบบยา CAT4 ที่กินยาครบตามแนวทางแผนงานวัณโรคแห่งชาติ มีผลเสมหะด้วยวิธีเพาะเชื้ออย่างน้อย 5 ครั้ง ติดต่อกันในช่วง 12 เดือนสุดท้ายของการรักษา โดยที่เสมหะต้องเก็บห่างกันไม่น้อยกว่า 30 วัน

4.2 Treatment completed หมายถึง ผู้ป่วยระบบยา CAT4 ที่กินยาครบตามแนวทางแผนงานวัณโรคแห่งชาติ แต่ไม่มีหรือมีไม่ครบ ผลตรวจเสมหะยืนยัน ด้วยวิธีเพาะเชื้อว่าเป็นลบในช่วง 12 เดือนสุดท้ายของการศึกษา

4.3 Dead หมายถึง ผู้ป่วยระบบยา CAT4

ที่ตายระหว่างการรักษาไม่ว่าด้วยสาเหตุใด

4.4 Failed หมายถึง ผู้ป่วยระบบยา CAT4 ที่มีผลเพาะเชื้อเป็นบวก ไม่น้อยกว่า 2 ครั้ง ใน 5 ครั้ง ติดต่อกัน ในช่วง 12 เดือนสุดท้ายของการรักษา หรือ มีผลเพาะเชื้อเป็นบวก 1 ครั้ง ใน 3 ครั้งสุดท้ายของการรักษา หรือแพทย์ให้หยุดยา เนื่องจากไม่สนองการรักษา

4.5 Success rate หมายถึง ผลรวมของ

Cure rate และ Complete rate

การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลผลการเฝ้าระวังการดื้อยาวัณโรคจากฐานข้อมูล access จากโปรแกรม TB system ของ Thailand MOPH -U.S. CDC Collaboration (TUC) และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา โดยดูอัตราการดื้อยา

หลายขนาน ด้วยโปรแกรม Epi Info ส่วนข้อมูลของกลุ่มศึกษาที่ดื้อยาทุกราย จะถูกเก็บรวบรวมในโปรแกรม Epi Info และนำมาวิเคราะห์ เพื่อดูประสิทธิผลของการรักษาของทั้ง 2 กลุ่ม สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล คือ Chi-Square, Survival ของ Kaplan-Meier, และค่าร้อยละของ Treatment outcome คือ Cure rate, Complete rate, Success rate, Failure rate, Death rate และ Conversion rate

ผลการศึกษา

ขั้นตอนที่ 1-2 จากการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคที่เสมหะพบเชื้อวัณโรค โดยวิธีทางกล้องจุลทรรศน์ตั้งแต่ เมษายน 2551 ถึง กันยายน 2552 จำนวนทั้งหมด 3993 ราย พบว่าพบเชื้อ NTM 264 ราย คิดเป็น ร้อยละ 6.6 ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผลการตรวจคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อวัณโรค (AFB) ที่ติดเชื้อ NTM ในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 ในช่วงระยะเวลา เมษายน 2551 - กันยายน 2552

ผลการตรวจ	จำนวน (ราย) N =3993	ร้อยละ
No growth	495	12.3
Contaminate	174	4.4
ติดเชื้อ NTM	264	6.6
ผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่ติดเชื้อ NTM	3060	76.6

และจากจำนวนทั้งหมดที่คัดแยก NTM พบอัตราการดื้อยาหลายขนานทั้งหมด 87 ราย คิดเป็น ร้อยละ 2.8 รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อวัณโรค (AFB) และเพาะเชื้อ พบการดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB) ในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 ในช่วงระยะเวลา เมษายน 2551 - กันยายน 2552

จังหวัด	จำนวน		ร้อยละ
	ตรวจ	MDR-TB	
รวม 3 จังหวัด	3060	87	2.8

ขั้นตอนที่ 3 จากจำนวนผู้ป่วยที่ดื้อยาวัณโรคหลายขนาน MDR-TB จำนวน 87 ราย สามารถ Enroll

เข้าโครงการได้เป็นจำนวน 38 ราย โดยแยกตามกลุ่มศึกษา และลักษณะประชากรได้ ตามตารางที่ 3

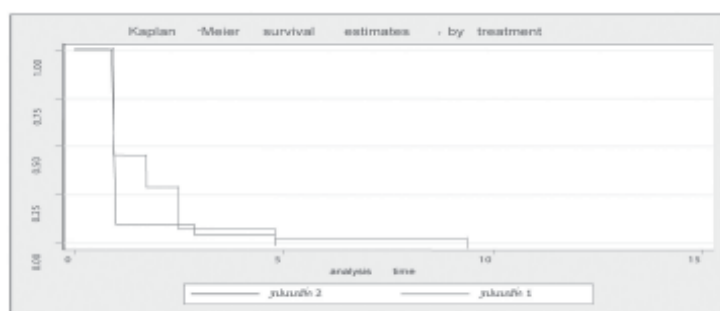
ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามกลุ่มศึกษาและลักษณะประชากร

คุณลักษณะกลุ่มตัวอย่าง		กลุ่มรูปแบบที่ 2	กลุ่มรูปแบบที่ 1
1. เพศ	ชาย	12(63.2%)	12(63.2%)
	หญิง	7(36.8%)	7(36.8%)
2. อายุ	15-34 ปี	8(42.1%)	5(26.3%)
	35-54 ปี	8(42.1%)	9(47.4%)
	55-64 ปี	2(10.5%)	3(15.8%)
	> 64 ปี	1(5.3%)	2(10.5%)
3. การติดเชื้อ HIV	ติดเชื้อ	2(10%)	1(5%)
	ไม่ติดเชื้อ	17(90%)	18(95%)
4. ป่วยเป็นเบาหวาน	ป่วย	5(25%)	2(10%)
	ไม่ป่วย	14(75%)	17(90%)

ทั้งนี้ โดยพบว่า ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ไม่แตกต่างกัน ยกเว้น คุณลักษณะของการป่วยเป็นเบาหวาน ซึ่งพบว่ากลุ่มรูปแบบที่ 2 จะพบอัตราการป่วยเป็นเบาหวานสูงกว่ากลุ่มรูปแบบที่ 1

เมื่อติดตามผลการรักษาผู้ป่วยที่ enroll

รูปที่ 1 แสดงผลเปรียบเทียบระยะเวลาที่เริ่มต้นการรักษา จนถึงเสมอเปลี่ยนจากบวกเป็นลบของการรักษาวัณโรคดื้อยา MDR-TB ระหว่างกลุ่มรูปแบบที่ 1 และกลุ่มรูปแบบที่ 2



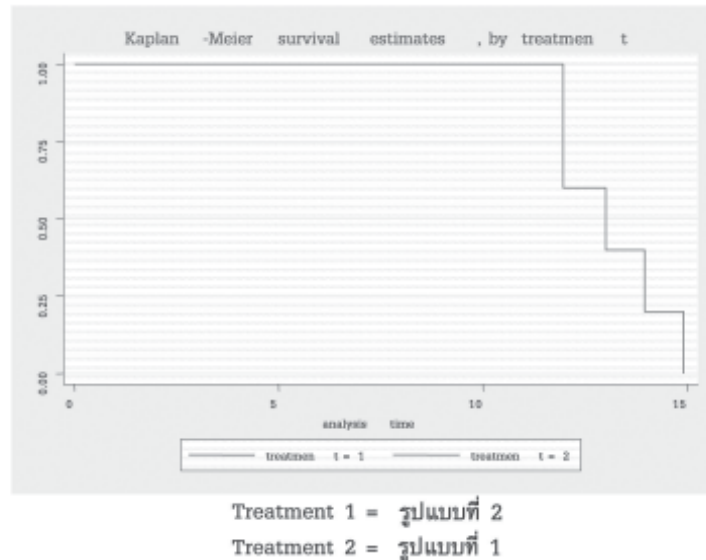
เมื่อติดตามผลการรักษา (Treatment Outcome) ของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีการรักษาครบ 18 เดือน จำนวนทั้งสิ้น 38 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มรูปแบบที่ 2 พบอัตราการรักษาสำเร็จ (Success rate) สูงถึงร้อยละ 100 ในขณะที่กลุ่มรูปแบบที่ 1 พบ Success rate สูงเพียง ร้อยละ

73.7 โดยที่กลุ่มรูปแบบที่ 2 ไม่พบการล้มเหลวของการรักษาเลย ในขณะที่กลุ่มรูปแบบที่ 1 พบความล้มเหลวของการรักษา (Failure rate) สูงถึงร้อยละ 26.3 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P=0.024$ ตามผลในรูปที่ 2 และตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงผล Treatment Outcome ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดแยกตามรูปแบบ

ผลการรักษา	กลุ่มรูปแบบที่ 2	กลุ่มรูปแบบที่ 1
(Treatment out come)	(N = 19 ราย)	(N = 19 ราย)
1. Cure rate	19(100%)	6(31.6%)
2. Complete rate	0(0%)	8(42.1%)
3. Failure rate	0(0%)	5(26.3%)
4. Success rate	19(100%)	14(73.7%)

รูปที่ 2 เปรียบเทียบผลการล้มเหลวของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน(MDR-TB)ระหว่างกลุ่มรูปแบบที่ 1 และกลุ่มรูปแบบที่ 2



และเมื่อติดตามแนวโน้มของการดื้อยาวัณโรค พบแนวโน้มของสถานการณ์การดื้อยาหลายขนานลดลงหลายขนาน (MDR-TB) ในเขตภาคเหนือ ตอนบน ตามรายละเอียดในตารางที่ 5 ตั้งแต่ เมษายน 2551 จนถึง กันยายน 2552

ตารางที่ 5 ร้อยละของอัตราการดื้อยาหลายขนานแยกรายจังหวัด และช่วงระยะเวลาที่ตรวจพบจังหวัด ร้อยละของการดื้อยาหลายขนาน

	เมย51-กย51	ตค51-มีค52	เมย52-กย52
เชียงใหม่	4.6	4.7	2.5
ลำพูน	2.2	0	0
พะเยา	3.7	2.2	1.8
รวม 3 จังหวัด	4.1	3.2	1.8

โดยสรุปจากผลการวิเคราะห์การศึกษาเชิงทดลองแบบ True Experimental study (Randomized controlled trial) เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่ดื้อยาหลายขนานระหว่างรูปแบบที่ 1 และรูปแบบที่ 2 พบว่า

1. รูปแบบที่ 2 สามารถช่วยให้ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อกลับเป็นไม่พบเชื้อได้ในระยะเวลาอันสั้นที่เดือนที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระดับความเชื่อมั่นที่ $P= 0.0003$

2. รูปแบบที่ 2 ช่วยลดการรักษาล้มเหลว หรือเพิ่มอัตราการรักษาสำเร็จได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $P= 0.024$

วิจารณ์

จากผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้น พบว่า DOTS-Plus และการใช้ reminding phone ทำให้สถานการณ์การดื้อยาวัณโรคหลายขนาน ในเขตภาคเหนือตอนบนมีแนวโน้มลดลง จากร้อยละ 4.1 เมื่อช่วงเดือนเมษายน

2551-กันยายน 2551 เป็นร้อยละ 1.8 ในช่วงเดือน เมษายน 2552 - กันยายน 2552 ฉะนั้นวิธีการดังกล่าว จึงเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยเสริมการแก้ปัญหาการดื้อยา หลายขนาน ในพื้นที่เขตภาคเหนือตอนบน ที่เคยมีอัตรา การดื้อยาหลายขนานสูงมาก ให้ลดต่ำกว่าระดับ Hot spot โดยเฉพาะอย่างยิ่ง DOTS-Plus ในรูปแบบที่ 2 ซึ่งมีการสื่อสารเพื่อเตือนให้ผู้ป่วยกินยาทุกมื้อ และ มีการตรวจร่างกายพร้อมตรวจเสมหะ และรับยาไปกิน อย่างต่อเนื่องทุกเดือน โดยใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ เป็น กระบวนการที่เสริมให้การรักษามีประสิทธิผลมากขึ้น เพราะสามารถเพิ่มผลการรักษาสำเร็จ (Success rate) ได้ ถึงร้อยละ 100 เมื่อเปรียบเทียบกับรูปแบบที่ 1 ที่มีผล สำเร็จของการรักษาเพียงร้อยละ 73.7 อีกทั้งยังช่วยทำ ให้อัตราเสมหะเปลี่ยนจากบวกเป็นลบ (conversion rate) ได้เร็วขึ้น กล่าวคือ ในเดือนที่ 1 สูงถึงร้อยละ 84.2 ในขณะที่กลุ่มรูปแบบที่ 1 ซึ่งดำเนินการตามระบบบริการ สาธารณสุขปกติ และมีอาสาสมัครคอยเตือนให้ กินยานั้น พบว่า (conversion rate) ในเดือนที่ 1 สูง เพียงร้อยละ 57.9 ทั้งนี้เนื่องจากกระบวนการใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ สื่อสารนั้น ได้ช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ของผู้ป่วยดังนี้

1) ช่วยเตือนให้ผู้ป่วยนำเสมหะมาตรวจได้ อย่างมีคุณภาพอย่างสม่ำเสมอ โดยพบว่า ผู้ป่วยในกลุ่ม รูปแบบที่ 2 มีผลการตรวจเสมหะเพาะเชื้อครบทุกเดือน ซึ่งต่างจากกลุ่มรูปแบบที่ 1 โดยสังเกตในผลการประเมิน cure rate และ complete rate หากมีผลการตรวจเสมหะ ครบ complete rate ต่ำ แต่ cure rate จะสูง

2) ช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหยุดกินยาเอง จากการเข้าใจผิดคิดว่าอาการดีขึ้น และเสมหะก็ตรวจ ไม่พบเชื้อเป็น กินยาสม่ำเสมอตามคำแนะนำของแพทย์

3) ช่วยลดการหลงลืมกินยา หรือการกินยา ไม่ครบในแต่ละมื้อ ซึ่งมีตัวอย่างของผู้ป่วยกลุ่มรูปแบบ ที่ 2 1 ราย ที่มีกิจกรรมทำงานเพลิน หากไม่โทรศัพท์ เตือนก็จะลืมกินยาในช่วงระยะหลัง 6 เดือน

4) ช่วยลดพฤติกรรมการเล่นการกินยา บางขนาน ที่เข้าใจว่ากินแล้วจะรู้สึกไม่สบายตนเอง ทำให้ได้รับยาไม่ครบ ซึ่งทำให้ประสิทธิภาพยาลดลง

โดยพบในผู้ป่วยรูปแบบที่ 1 จำนวน 1 ราย

5) ช่วยเสริมความตั้งใจและเข้าใจเหตุผล ในการกินยาเพื่อให้ผลการรักษามีประสิทธิภาพ โดย เกิดในผู้ป่วยกลุ่มรูปแบบที่ 2 เกือบทุกราย

6) เป็นการลดการถูกรังเกียจของผู้ป่วย และ เป็นการรักษาความลับของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ใน สังคมได้อย่างปกติ ทั้งนี้เห็นได้จากตัวอย่างของผู้ป่วยใน รูปแบบที่ 2 ที่ผู้ป่วยให้ความร่วมมือกินยาครบและมีผล เสมหะตรวจครบทุกระยะ และไม่พบมีการรักษาล้มเหลว ในขณะที่ ในรูปแบบปกติ หรือรูปแบบที่ 1 พบว่ามีผล การรักษาล้มเหลวถึง ร้อยละ 26.3 โดยมีตัวอย่างของ กลุ่มศึกษาในรูปแบบที่ 1 จำนวน 1 ราย ซึ่งเจ้าหน้าที่มี การติดตามและเอาใจใส่ที่จะให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างสม่ำเสมอ ติดตามให้ญาติ และครูที่โรงเรียนช่วยดูแลให้กินยา แต่ครูได้แสดงความต้องการที่จะให้นักเรียนที่ป่วยหยุด เรียน ทำให้นักเรียนไม่สบายใจ จนพบว่านักเรียนคนนี้ มีผลการรักษาล้มเหลว ซึ่งประเด็นตรงนี้มีมีความสำคัญ มาก คือ การคำนึงถึงความรู้สึกของผู้ป่วย ซึ่งจะสอดคล้อง กับการศึกษา ของทันตแพทย์สุรสิงห์ วิศวรัตน์ ผชชว. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่⁽¹¹⁾ เรื่องการใช้ โทรศัพท์เคลื่อนที่ เพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค ที่พบว่า เมื่อใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ติดตามผู้ป่วยผู้ป่วย จะรู้สึกอบอุ่นใจที่ไม่ถูกทอดทิ้ง ไม่ถูกรังเกียจและ ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะดูแลตนเองจนมีสุขภาพที่ดี

จากการประมวลผลในภาพรวมแล้ว การศึกษานี้ ประสบความสำเร็จสูง เพราะผลของการดูแลรักษาใน กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ดื้อยา ซึ่งผู้ป่วยกินยานานเพียง 6 เดือน และยาที่กินมีจำนวนและอาการข้างเคียงไม่มากเท่ากับของ กลุ่มที่ดื้อยา ในภาพรวมของภาคเหนือตอนบน สามารถ ดำเนินการโดยมี Success rate สูงเพียง ร้อยละ 72⁽¹⁸⁾ ซึ่งต่ำกว่าระดับที่องค์การอนามัยโลกตั้งเป้าหมายไว้ อีกทั้งเมื่อเปรียบเทียบกับผลการศึกษาเรื่อง DOTS-Plus ในระดับต่างๆ ในหลายประเทศ ตามการสรุป วิเคราะห์ผลเรื่อง Treatment of MDR-TB :TRC Ex-perience (1980-2005) ของ Tuberculosis Centre Chennai⁽¹⁹⁾ พบว่าการรักษาหายขาด (Cure rate)

อยู่ในระดับต่ำ เฉลี่ยที่ร้อยละ 65 ซึ่งต่ำกว่าผลของรูปแบบที่ 2 และรูปแบบที่ 1 ของการศึกษานี้ อีกทั้งเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาขององค์การอนามัยโลกที่ประเทศฟิลิปปินส์ เอสโธเนีย และรัสเซีย ถึงประสิทธิภาพของการดำเนินการโดยกลวิธี DOTS-Plus ซึ่งเปรียบเทียบช่วงที่ยังไม่ได้ดำเนินการกับช่วงที่ดำเนินการ DOTS-Plus⁽²⁰⁻²²⁾ พบว่าหลังดำเนินการ Cure rate สูงขึ้นมาในระดับ ร้อยละ 60-75 (กลุ่มผู้ป่วยใหม่จะสูงกว่ากลุ่มที่เคยได้รับการรักษามาก่อน) โดยที่กระบวนการ DOTS-Plus เน้นที่การเลือกสูตรยา ตามผลการดื้อยาของผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งให้ผลใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้ตามรูปแบบที่ 1 โดยแม้ว่า จะต่ำกว่ารูปแบบที่ 2 แต่ก็ให้ผลที่คุ้มค่าที่องค์การอนามัยโลก เห็นควรให้ดำเนินการต่อไป จึงเห็นควรสนับสนุนให้

1) พัฒนาเอากระบวนการใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ สื่อสารเตือนผู้ป่วย เนื่องจากมีความเป็นไปได้สูงเพราะ ผู้ป่วยในโครงการกว่าร้อยละ 80 มีโทรศัพท์เคลื่อนที่ใช้งาน และค่าใช้จ่ายของ call center ในการสื่อสารกับผู้ป่วยก็สูงไม่เกิน 500 บาทต่อเดือนโดยใช้วิธีเหมาะสมรายเดือน

2) นำขบวนการในรูปแบบที่ 2 ไปขยายต่อในพื้นที่ที่มีอัตราการดื้อยาหลายขนานสูง

3) เสนอให้มีการศึกษาถึง Cost benefit และ feasibility ในการนำเอาโทรศัพท์เคลื่อนที่ไปพัฒนาใช้ต่อไป ทั้งนี้เพื่อให้การควบคุมวัณโรคในเขตพื้นที่ภาคเหนือตอนบน และประเทศไทย ประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย Millinium Development Goals พ.ศ.2558

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ แพทย์ พยาบาล เกษัชกร เจ้าหน้าที่ด้านชันสูตรของโรงพยาบาลในจังหวัดเชียงใหม่ ลำพูน พะเยา เชียงราย แพร่ และน่าน ที่ได้ให้ความร่วมมือในการส่งตัวอย่างมารับการตรวจอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ยุทธชัย เกษตรเจริญ ที่สนับสนุนให้มีการศึกษาครั้งนี้ นายแพทย์เกรียงไกร ศรีธวัชวิบูลย์ชัย ที่ให้ข้อเสนอแนะรูปแบบของการศึกษา

นายแพทย์เจริญ ชูโชติถาวร ที่ให้คำปรึกษาแก่แพทย์ พยาบาล ในด้านการให้การรักษาผู้ป่วยด้วยดีตลอดโครงการ

เอกสารอ้างอิง

1. Global tuberculosis control: planning, financing. WHO report 2007. Geneva, World Health Organization (WHO/HTM/TB/2007.376)
2. Global Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, financing. WHO Report 2008. Geneva, World Health Organization
3. เอกสารการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรค โดยสำนักงานบริหารโครงการกองทุนโลกด้านวัณโรค
4. <http://203.157.19.193/aids/aidatab8.html>.
5. เอกสารรายงานการกำกับติดตามประเมินผลงาน วัณโรคระดับชาติ ปีงบประมาณ 2544-2548 . รายงานการขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค ประจำปี 2548 (1 ตุลาคม 2547- 30 กันยายน 2548)
6. Kunawararak P, Chanwong S, Pokeaw P, Siri S, Prapanwong A, Lergngarm S, The situation of nontuberculous mycobacterium (NTM) in Upper North of Thailand. Abstract : 9th International conference on AIDS in Asia and the Pacific, Bali, Indonesia 9-13 August 2009.
7. Yoshiyama T, Supawitkul S, Kunyanone N, et al. Prevalence of drug-resistance tuberculosis in an area with human immunodeficiency virus epidemics in northern Thailand. Int J Tuberc Lung Dis. 2001; 5: 32-39
8. Yoshiyama T, Yanai H, Rhiengtong D, Palittapong ampim P, Nampaisan O, Supawitkul S, Uthairorawit W, Mori T. Development of acquired drug resistance in recurrent tuberculosis patients with various previous treatment outcomes. Int J Tuberc Lung Dis. 2004; 8(1): 31-37
9. Tuberculosis Control in the South-East Asia

- Region: Advocacy and planning, WHO Support to TB Control in Region . The Regionnal Report: New Delhi, WHO : 2006
10. เอกสารสรุปรายงานการประเมินผลการดำเนินงานควบคุมวัณโรค ของ Team องค์การอนามัยโลกในประเทศไทย เดือนกันยายน 2550
 11. สุรสิงห์ วิศรุตรัตน์ และคณะ. การใช้ Mobile phone เพื่อช่วยการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค : สรุปรายงานเบื้องต้น. หนังสือพิมพ์ The Nation : Bangkok, 28 มกราคม 2550
 12. Treatment of drug-resistance tuberculosis in special condition and situation . Guidelines for the programmatic management of drug-resistance tuberculosis, Geneva, WHO. 2006
 13. ทศนีย์ นุชประยูร, เต็มศรี ชำนิจารกิจ. การวิจัยชุมชนทางการแพทย์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; พิมพ์ครั้งที่ 2 :2533
 14. Boom R, Soi CIA, Salimans MMM, et al. Rapid and simple method for purification of nucleic acids. J Clin Microbiol; 1990; 28: 495-503
 15. Van Der Vliet G, Schukkink R, van Gemen B, et al. Nucleic acid sequence-based amplification (NASBA) for the identification of mycobacterie J General Microbiol. 1993; 139: 2423-2429.
 16. Tyagi,S. and Kramer,F.R. Molecular beacons: Probes that fluoresce upon hybridaization. Nature Biotechnol. 1996; 14: 303-308
 17. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางแห่งชาติสำหรับการรักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB). 2551: 1-30.
 18. <http://203.157.45.99/epinorth/tb/tb.pdf>
 19. Tuberculosis Research Center Chennai; India. Low rate of Emergence of drug resistance in sputum positive patients treated with short course chemotherapy. International Journal of Tuberculosis and Lung Disease. 2001; 5(1): 40-45
 20. Nathanson E, Lambregts-van Weezenbeek C, Rich ML, Gupta R, Bayona J, et al. Multidrug-resistant tuberculosis management in resource-limited settings. Emerg Infect Dis. 2006; 12: 1389-1397.
 21. Tupasl TE, Gupta R, Quelapio MID, Orillaza RB, Mira NR, et al. Feasibility and cost-effectiveness of treating multidrug-resistant tuberculosis: A cohort study in the Philippines. Plos Med 3:e352.doi:10.1371/journal.pmed.0030352
 22. World Health Organization. The feasibility and efficiency of controlling MDR -TB using the DOTS-Plus strategy in the Russian Federation. WHO/HTM/TB/2005.357c. Available: http://whqlibdoc.who.int/hq/2005/WHO_HTM_TB_2005.357_3_eng.pdf. Accessed 2 october 2007.

รูปแบบการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ในศูนย์เด็กเล็กอำเภอเมือง

ในจังหวัดพัทลุงและจังหวัดตรัง

Model for Prevention of Hand, Foot and Mouth Disease in

Child Care Center in the city of Patthalung and Trang Province

บงกช เชี่ยวชาญนัต วท.ม

Bongkoch Chiewchanyon M.sc.

ปรีชา หนูฟอง วท.ม

Preecha Nufong M.sc.

สุนีย์ เหมพัฒน์ ป.ผู้ช่วยพยาบาล

Suneey Hamphat Cert. in PN

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา

Office of Disease Prevention and Control 12 Songkhla

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษารูปแบบ ในการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ในศูนย์เด็กเล็ก โดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา (R&D) ดำเนินการในศูนย์เด็กเล็กจำนวน 36 แห่ง ครูพี่เลี้ยง จำนวน 230 คน เด็กจำนวน 3,086 คน ดำเนินการระหว่างปี 2550 - 2551 ขั้นตอนการศึกษาแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1) การพัฒนากระบวนการ 5 ด้าน ได้แก่ ความรู้พฤติกรรม สภาพแวดล้อม บทบาทเครือข่าย และการเฝ้าระวังโรค 2) การประเมินผลโดยใช้แบบบันทึกสุขภาพเด็ก และการสังเกต การสัมภาษณ์ก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมพัฒนา พบว่า ได้รูปแบบเชิงรุกการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ที่ดำเนินการโดยครูพี่เลี้ยง โดยประกอบไปด้วยกิจกรรมการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการเพื่อค้นหาผู้ป่วยสงสัย พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ สภาพแวดล้อม การเฝ้าระวังโรค และบทบาทเครือข่าย เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลจากการป่วยพบว่า ก่อนร่วมโครงการมีผู้ป่วยจำนวน 18 รายใน 2 เดือน (เดือนละ 9 ราย) หลังดำเนินการพบผู้ป่วยจำนวน 11 รายในช่วงเวลา 1 ปี (เดือนละ 1 ราย) เปรียบเทียบผลการพัฒนากิจกรรม และสภาพแวดล้อมในศูนย์เด็กเล็ก ก่อนและหลังดำเนินการ ($x=35.74\pm5.77$ และ $x=43.67\pm4.87$) พบว่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีความพึงพอใจผลการดำเนินงานที่สามารถลดการเกิดโรคในศูนย์เด็กเล็กได้ การศึกษานี้ทำให้ได้รูปแบบคัดกรองโรคมือ เท้า ปาก โดยครูพี่เลี้ยงสามารถดำเนินการได้ด้วยตนเอง

Abstract

The objective of this study was to develop a model for preventing of hand, food and mouth disease in child care center. The samples were purposively sampling from 36 child care centers which included 230 of staffs and 3,086 of children. The research was implemented during the year 2007 - 2008. The research procedure consisted of 3 parts, the first was training part, the second was pre-evaluation and post-evaluation part, the third was pre-interview and post-interview of the project stake holder. The result showed the score of development activity and environmental evaluation of the child care center was significantly difference between prescore ($x = 35.74\pm5.77$) and post implemented ($x = 43.67\pm4.87$), This study revealed that child care staff had ability for screening and follow-up of suspected case. There were 18 cases within 3 months before project conducted compared to 11 cases after project implementation, The stake holder was

satisfied with the usefulness and respond to their concern. In conclusion we demonstrated a feasible model for hand, foot and mouth screening in child care center and kindergarten school.

ประเด็นสำคัญ-

รูปแบบเชิงรุก การป้องกันโรคมือ เท้า ปาก
ศูนย์เด็กเล็ก

Key word

Active model hand, foot and mouth disease
Child care center

บทนำ

โรคมือ เท้า ปาก เป็นกลุ่มอาการที่พบได้ในเด็กเล็ก สาเหตุเกิดจากการติดเชื้อ Enterovirus ตระกูล Picornaviridae สายพันธุ์พบบ่อย ได้แก่ ไวรัสกลุ่ม Coxsackievirus (A16, A5, A9, A10 ,B1-B3, และ B5) และ Enterovirus 71 ติดต่อผ่านการสัมผัสกับน้ำมูก น้ำลายหรืออุจจาระของผู้ป่วย มีระยะเวลาฟักตัว 3-7 วัน⁽¹⁾ ผู้ป่วยมักมีอาการไข้ เจ็บปาก และมีผื่นเป็นลักษณะตุ่มน้ำใส หรือเม็ดแดงๆ บริเวณฝ่ามือ ฝ่าเท้า บางครั้งอาจมีตามลำตัว แขน ขา ได้ แผลในปากจะเป็น ulcer กลมเล็กกระจายที่ลิ้น เหงือก กระพุ้งแก้ม และเพดาน เด็กจะกินอาหารไม่ค่อยได้ และอาการทั่วไป มักไม่รุนแรง อาการไข้มักจะหายใน 2-3 วัน และผื่นจะค่อยๆ ตีขึ้นใน 7-10 วัน รายที่มีอาการแทรกซ้อนรุนแรง มักมีภาวะปอดบวม น้ำเย็บปล้น สมออักเสบบ หัวใจล้มเหลว⁽²⁾

ในประเทศไทย โรคมือ เท้า ปาก ถูกกำหนดให้เป็นโรคที่ต้องรายงานเป็นครั้งแรก ในปี 2544 ระหว่างปี 2545-2549 มีรายงานผู้ป่วยโรค 769-4,646 ราย ในปีพ.ศ. 2550 เป็นปีที่มีการระบาดของโรค พบว่ามีรายงานผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก ทั้งสิ้น จำนวน 16,846 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 26.77 ต่อแสนประชากร⁽³⁾ สำหรับในพื้นที่ภาคใต้ตอนล่างพบว่า ในปี 2550 มีการรายงานการเกิดโรคตั้งแต่ต้นปี จังหวัดพัทลุง มีอัตราป่วยสูงสุด 47.52 ต่อแสนประชากร รองลงมาได้แก่ จังหวัดตรัง มีอัตราป่วย 19.22 ต่อแสนประชากร

จากผลการทบทวนรายงานการสอบสวนการระบาดของโรคมือ เท้า ปาก ในประเทศไทยปี 2550 พบว่า สถานที่เกิดการระบาดส่วนใหญ่อยู่ในศูนย์เด็กเล็ก และโรงเรียนร้อยละ 54.24 ครอบครัวหรือชุมชน ร้อยละ

44.07⁽⁴⁾ ซึ่งในศูนย์เด็กเล็กหรือโรงเรียนจะเป็นจุดที่มีประชากรกลุ่มเสี่ยงมารวมกันจำนวนมาก ถ้าหากบิดาล้างแวล้อมที่ไม่ดี ผู้บริหารและครูพี่เลี้ยง ขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องธรรมชาติของการเกิดโรคและการป้องกันควบคุมโรค การรายงานโรคล่าช้า ล้วนเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดการระบาดของโรค^(1 4 5) จากการทบทวนเอกสารที่ผ่านมา พบว่าการดำเนินงานในเชิงรุกเพื่อการป้องกันโรคในศูนย์เด็กเล็ก/โรงเรียนยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนส่วนใหญ่จะเป็นมาตรการในการสอบสวนและควบคุมโรค ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการศึกษารูปแบบเชิงรุกการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ในศูนย์เด็กเล็ก เพื่อลดการป่วยด้วยโรคมือ เท้า ปาก ของเด็กวัยก่อนเรียนในศูนย์เด็กเล็ก

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษาเป็นการใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา (R&D) โดยวัดผลก่อนและหลังการดำเนินงานในศูนย์เด็กเล็ก เลือกดำเนินการในศูนย์เด็กเล็กของอำเภอเมือง จังหวัดตรัง และอำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง จำนวนรวม 36 แห่ง มีเด็ก จำนวน 3,086 ราย/เดือน ซึ่งทีมวิจัยเลือกศูนย์เด็กเล็กโดยวิธีเฉพาะเจาะจงดำเนินการในระหว่างปี 2550 - 2551

ขั้นตอนการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 1 ประสานผู้รับผิดชอบงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อร่วมกันวิเคราะห์การรับรู้ ข้อมูลสถานการณ์ สภาพปัญหาโรคมือ เท้า ปาก ในพื้นที่ และแนวทางการแก้ไขปัญหา

ขั้นตอนที่ 2 ประสานศูนย์เด็กเล็กและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เพื่อสมัครเข้าร่วมโครงการ

ขั้นตอนที่ 3 อบรมความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก ให้แก่ครูพี่เลี้ยงและผู้บริหารศูนย์เด็กเล็ก ดำเนินการ 3 เดือน

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินสภาพแวดล้อมและบริบทของศูนย์เด็กเล็ก และให้ข้อเสนอแนะในการจัดกิจกรรมการป้องกันควบคุมโรค การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลเด็ก สนับสนุนสื่อ วัสดุอุปกรณ์

ขั้นตอนที่ 5 ประเมินผล หลังการดำเนินงาน โดยใช้เครื่องมือต่อไปนี้

1. แบบบันทึกสุขภาพเด็ก บันทึกโดยครูพี่เลี้ยง สำหรับเด็กรายคน/รายวัน

2. แบบประเมินกิจกรรมการพัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ประเมินโดยทีมวิจัยก่อนดำเนินการและหลัง

ตารางที่ 1 จำนวนศูนย์เด็กพัฒนาเด็กเล็กที่เข้าร่วมโครงการ

พื้นที่	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (แห่ง)		จำนวนเด็ก (คน/เดือน)	จำนวนครูพี่เลี้ยง (คน)
	ทั้งหมด	เข้าร่วมโครงการ		
อำเภอเมือง จ.พัทลุง	32	32	2,494	166
อำเภอเมือง จ.ตรัง	22	4	592	64
รวม	54	36	3,086	230

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป นำเสนอผลโดยใช้จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและสถิติ t-test

ผลการศึกษา

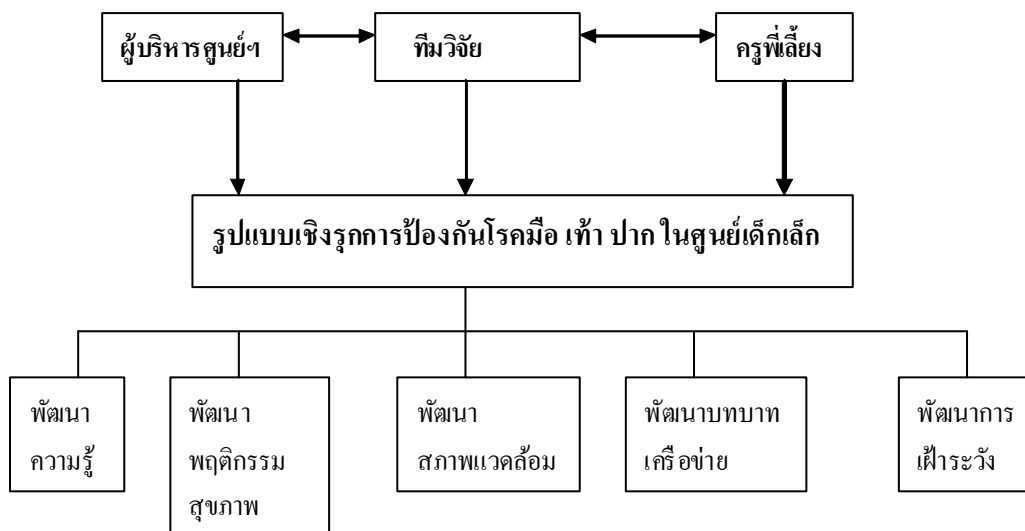
กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กวัยก่อนเรียนของศูนย์เด็กเล็ก ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง จำนวน 32 แห่งในเขตอำเภอเมือง จังหวัดตรัง จำนวน 4 แห่ง รวมทั้งหมด 36 แห่ง มีครูพี่เลี้ยง จำนวน 230 คน เด็กวัยก่อนเรียนจำนวน 3,086 รายต่อเดือน ดังตารางที่ 1

ก. ด้านกระบวนการดำเนินงาน

ทีมวิจัย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตัวแทนครูพี่เลี้ยง ได้ร่วมระดมสมอง เพื่อกำหนดกรอบการศึกษาเพื่อลดการเกิดโรคมือ เท้า ปาก ในเด็กวัยก่อนเรียน ดังรูปที่ 1

และได้จัดกิจกรรมการอบรมครูพี่เลี้ยงเพื่อให้ความรู้เรื่องโรค และธรรมชาติของโรค สาธิตวิธีการตรวจคัดกรองโรค และแนวทางการพัฒนาสภาพแวดล้อมและพฤติกรรมสุขภาพในศูนย์เด็กเล็ก

รูปที่ 1 กรอบการศึกษารูปแบบเชิงรุกการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ในศูนย์เด็กเล็ก



หลังการอบรม ทีมวิจัยได้ออกติดตามผล พบว่า ครูพี่เลี้ยงได้ดำเนินการดังต่อไปนี้

1. การตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยสงสัย

ในช่วงเช้าเมื่อรับเด็กจากผู้ปกครอง ครูพี่เลี้ยงได้มีการซักถามผู้ปกครองเกี่ยวกับสุขภาพเด็ก และตรวจหาตุ่ม ผื่น จุดของโรคมือ เท้า ปาก โดยให้เด็กอ้าปาก แลบลิ้น เพื่อดูในปาก และมือ ทั้งนี้ เนื่องจากที่ผ่านมา ครูพี่เลี้ยงยังขาดความรู้ ความเข้าใจ เรื่องโรคและธรรมชาติการเกิดโรค ซึ่งในวันเริ่มป่วยจะมีเพียงอาการไข้ต่ำๆ ทานอาหารได้น้อยลง อาจมีตุ่มขึ้นเล็กน้อย ไม่มีอาการอื่นๆ ผู้ปกครองก็ยังคงให้เด็กมาเรียนตามปกติจนกว่า 2-3 วัน ต่อมา เด็กมีอาการมากขึ้น มีตุ่มขึ้นชัดเจนในปาก บริเวณมือ เจ็บปาก น้ำลายไหล ทานอาหารไม่ได้ จึงให้เด็กหยุดเรียน ซึ่งในช่วงเวลา 2-3 วัน กว่ที่อาการของโรคจะปรากฏชัดเจน เชื่อโรคสามารถแพร่ไปยังเพื่อนนักเรียนคนอื่นๆ แล้ว ดังนั้นการที่ครูพี่เลี้ยงตรวจคัดกรองกลุ่มอาการของโรค จะทำให้สามารถตรวจจับการเกิดโรคได้เร็วขึ้น และนำไปสู่มาตรการการป้องกันควบคุมโรคโดยให้เด็กป่วยหยุดเรียน เผื่อระวังโรคอย่างต่อเนื่อง และเข้มงวดในเรื่องการทำลายเชื้อมากขึ้น

สำหรับผู้ปกครอง ครูพี่เลี้ยงจะอธิบายและแจกสื่อ แผ่นพับให้ความรู้เรื่องโรคมือ เท้า ปาก ซึ่งมีภาพลักษณะของตุ่ม ผื่นโรค ที่ชัดเจน เพื่อใช้ประกอบการสังเกตเด็กเบื้องต้น

2 การติดตามข้อมูลการเกิดโรค

ครูพี่เลี้ยงติดตามข้อมูลการขาดเรียนของเด็กที่ผ่านมาเมื่อผู้ปกครองพบว่า เด็กมีอาการป่วยจะนำเด็กไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลภาครัฐ หรือคลินิกเอกชน และจะไม่มีการส่งต่อข้อมูลการป่วยโรคมือ เท้า ปากไปยังครูพี่เลี้ยง ทำให้ขาดข้อมูลเพื่อดำเนินการป้องกันควบคุมโรคในศูนย์เด็กเล็กอย่างทันทั่วถึง จึงทำให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคไปยังเด็กรายอื่นๆ ในศูนย์เด็กเล็ก หรือชุมชน

3 การกระจายข้อมูลไปยังเครือข่าย

เมื่อครูพี่เลี้ยงทราบว่า มีเด็กในห้องเรียนป่วยด้วยโรคมือ เท้า ปาก ก็จะแจ้งให้หัวหน้าศูนย์เด็กเล็ก

ทราบ เพื่อแจ้งครูพี่เลี้ยงคนอื่นๆ ผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้รับผิดชอบของเทศบาล หรือองค์การบริหารส่วนตำบล

4 การพัฒนาพฤติกรรมและสภาพแวดล้อม

4.1 การพัฒนาเด็กให้เด็กมีความรู้และสุขอนามัยส่วนบุคคลที่ดี ได้แก่ สอนให้เด็กปิด ปาก จมูก เมื่อไอจาม การใช้ผ้าเช็ดหน้าหรือกระดาษทิชชูเช็ดหน้า จมูก การล้างมือด้วยน้ำและสบู่ หลังทำกิจกรรมต่างๆ

4.2 การพัฒนาสภาพแวดล้อม

- การแยกของใช้ส่วนตัวของเด็ก ได้แก่ ผ้าเช็ดตัว แปรงสีฟัน ที่นอน แก้วน้ำ รวมทั้งทำความสะอาด และแยกเก็บอย่างเหมาะสม
- การทำความสะอาดของเล่น พื้นห้อง ห้องน้ำ ห้องส้วม ด้วยน้ำยาทำความสะอาด
- การล้างมือก่อนและหลังทำกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ หลังเปลี่ยนผ้าเบื่อนจากการขับถ่าย หลังสัมผัสสารคัดหลั่ง น้ำมูก น้ำลาย อาเจียน อุจจาระ ปัสสาวะ ก่อนจัดหรือป้อนอาหารให้เด็ก เป็นต้น

ซึ่งการจัดกิจกรรมและสภาพแวดล้อมเหล่านี้จะเป็นการป้องกันการแพร่กระจายของโรคโดยวิธีลดโอกาสการปนเปื้อนของเชื้อโรคในศูนย์เด็กเล็ก ทำให้ลดการแพร่ระบาดของโรคได้ระดับหนึ่ง ในช่วงระยะเวลาการพักตัวของเชื้อโรค หรือในเด็กติดเชื้อที่ไม่มีอาการหรือหลังป่วย แต่ยังมีเชื้อไวรัสในลำไส้ซึ่งสามารถแพร่เชื้อต่อไปได้อีก

ด้านประเมินผล

1. ข้อมูลการป่วยของเด็ก เนื่องจากศูนย์เด็กเล็ก ไม่ได้เก็บบันทึกรวบรวมข้อมูลการป่วยโรคมือ เท้า ปาก ก่อนเข้าร่วมโครงการไว้อย่างเป็นระบบ จึงเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนดำเนินการ เป็นเวลา 2 เดือน พบว่ามีผู้ป่วยทั้งสิ้นจำนวน 18 ราย ในบางเหตุการณ์ของการระบาดของโรคจะมีผู้ป่วยต่อเนื่องกันหลายราย และเก็บข้อมูลหลังดำเนินการเป็นระยะเวลาประมาณ 1 ปี พบว่ามีผู้ป่วยทั้งสิ้นจำนวน 11 ราย และจำนวนรายป่วยในแต่ละเหตุการณ์ส่วนใหญ่จะพบผู้ป่วยเพียง 1- 2 ราย

ตารางที่ 2 จำนวนป่วยด้วยโรคมือเท้าปาก ก่อนและหลังดำเนินการ

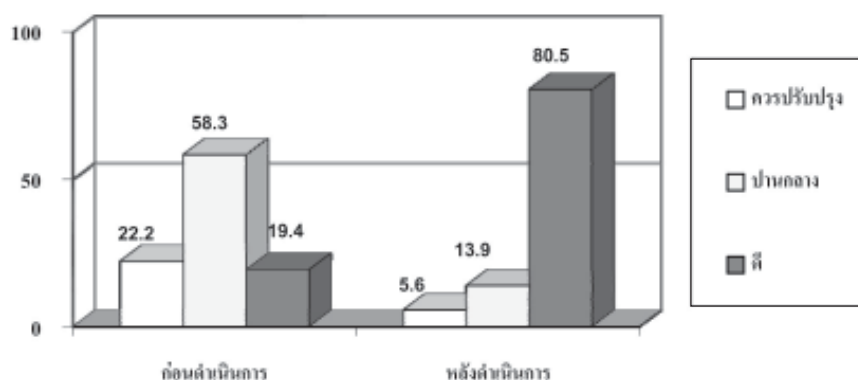
การป่วยด้วยโรคมือ เท้า ปาก ในศูนย์เด็กเล็กที่ทำการศึกษ	ก่อนดำเนินการ (ราย) (ระยะเวลา 2 เดือน)	หลังดำเนินการ(ราย) (ระยะเวลา 1 ปี)
ศูนย์เด็กเล็กจังหวัดพัทลุง(32 แห่ง)	11	1
ศูนย์เด็กเล็กจังหวัดตรัง(4 แห่ง)	7	10
รวม	18	11
จำนวนป่วย/ต่อเดือน	9	1

2. กิจกรรมการพัฒนาศูนย์เด็กเล็ก พบว่า โดยทีมงาน ได้ใช้ค่าคะแนนเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน ก่อนดำเนินการจากคะแนนเต็ม..... จากการประเมินกิจกรรมและสภาพแวดล้อม ก่อน-หลัง ดำเนินการ ตามแนวทางป้องกันโรคหวัดและโรคมือ เท้า ปากในสถานรับเลี้ยงดูแลเด็ก⁽⁶⁾ ในการจัดระดับการประเมินการพัฒนากิจกรรมและสภาพแวดล้อมของศูนย์เด็กเล็ก

ระดับควรปรับปรุง	ค่าคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ	35	คะแนน
ระดับปานกลาง	ค่าคะแนนเท่ากับ	36-40	คะแนน
ระดับดี	ค่าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ	41	คะแนน

ซึ่งพบว่า ก่อนดำเนินการกิจกรรมและสภาพ พบว่า ศูนย์เด็กเล็กส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 80.5) แวดล้อมของศูนย์เด็กเล็ก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาได้แก่ ระดับปานกลาง และควรปรับปรุง (ร้อยละ 58.3) รองลงมา ได้แก่ ควรปรับปรุง และดี (ร้อยละ 13.9 และร้อยละ 5.6) ดังรูปที่ 2

รูปที่ 2 ผลการประเมินการพัฒนากิจกรรมและสภาพแวดล้อมของศูนย์เด็กเล็ก



เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนกิจกรรมและสภาพแวดล้อมของศูนย์เด็กเล็กก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ

($p < 0.001$) โดยหลังดำเนินการมีกิจกรรม และสภาพแวดล้อม ดีวก่อนดำเนินการ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนกิจกรรมและสภาพแวดล้อมของศูนย์เด็กเล็ก

คะแนน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t	df	p-value
ก่อนดำเนินการ	35.74	5.77	11.569	35	<0.001
หลังดำเนินการ	43.67	4.87			

3. ความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ครูพี่เลี้ยง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ก่อนดำเนินการพบว่า ส่วนใหญ่รู้สึกเห็นดีเห็นชอบ และยังไม่เห็นทางออก หลังดำเนินการพบว่า รูปแบบการดำเนินงานที่อาศัยการกำหนดโจทย์ปัญหาและการแก้ปัญหาพร้อมกันระหว่างทีมวิจัยและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทำให้ได้รับความร่วมมือและพัฒนาไปด้วยกัน มีการประเมินผลและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นรูปธรรมให้ผู้บริหารรับทราบชัดเจน ทำให้ได้รับการสนับสนุนเป็นอย่างดี เช่น นายกเทศมนตรี "จะซื้ออะไรจะทำอะไรเพิ่ม บอกเจ้าหน้าที่ได้" สสอ./โรงพยาบาล "มีเวลา มากขึ้น ได้ทำงานอื่นๆ" ครูพี่เลี้ยง "เด็กป่วยน้อยลง ผู้ปกครองให้ความเชื่อถือ และรับฟังเรามากขึ้น"

วิจารณ์

โรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อคอกซากิไวรัส ซึ่งเป็นสาเหตุของการติดเชื้อที่มีมือ เท้า ปาก เป็นโรคซึ่งพบได้ในศูนย์เด็กเล็ก เนื่องจากศูนย์เด็กเล็กเป็นที่รวมของเด็กจำนวนมาก จึงมีโอกาสดังกล่าวจะเกิดการแพร่กระจายเชื้อได้มาก ซึ่งปัจจัยที่ทำให้เด็กในศูนย์เด็กเล็กมีโอกาสติดเชื้อง่าย^(8, 9, 10) ได้แก่ เด็กมีการสัมผัสกันใกล้ชิด มีพฤติกรรมอนามัยส่วนบุคคลไม่ดี ภูมิคุ้มกันโรคยังทำงานได้ไม่เต็มที่ ทำให้เด็กมีภูมิไวต่อการติดเชื้อ บุคลากรมีสุขอนามัยส่วนบุคคลไม่ดี สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมไม่ดี สัดส่วนของผู้ดูแลเด็กต่อจำนวนเด็กไม่เพียงพอ ผู้ปกครองมีการปกปิดข้อมูลการเจ็บป่วยของบุตร

ข้อจำกัดของการศึกษารังนี้คือไม่สามารถใช้ตัวเลขผู้ป่วยโรคมือเท้าปาก ภายหลังการดำเนินงาน มาเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยก่อนการดำเนินงาน เนื่องจากลักษณะของการระบาดจะเป็นไปในลักษณะที่เว้นว่าง หลังปีที่มีการระบาดใหญ่ และการวัดคะแนนก่อนเปรียบเทียบกับหลังดำเนินการ แต่รูปแบบในการป้องกันโรค มือ เท้า ปาก ส่งผลต่อการพัฒนาการ

ป้องกันโรค ดังนี้

1. ศูนย์เด็กเล็กได้รับการพัฒนาทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคและสุขอนามัยของครูพี่เลี้ยง ด้านสุขาภิบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านสุขอนามัยส่วนบุคคลของเด็ก ทำให้ลดความเสี่ยงในการเกิดโรคได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาลักษณะของศูนย์เด็กเล็กที่ก่อให้เกิดการระบาดของโรคได้ง่ายของเทเกอร์และคณะ⁽¹⁰⁾ และจากการสรุปผลการสอบสวนโรคระบาดของในศูนย์เด็กเล็กหลายเหตุการณ์ ได้แก่ การระบาดของโรคคางทูม จังหวัดแพร่⁽¹¹⁾ โรคไขหวัดใหญ่ จังหวัดหนองคาย⁽¹²⁾ ที่สรุปว่าสาเหตุการเกิดโรค เนื่องจากมีสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและสุขอนามัยส่วนบุคคลที่ไม่ดี

2. การพัฒนาศักยภาพ โดยใช้เทคนิค Empowerment ให้ครูพี่เลี้ยงมีศักยภาพมากขึ้น และใช้กระบวนการ Knowledge management เพื่อบูรณาการประสบการณ์การป้องกันควบคุมโรคของครูพี่เลี้ยงกับองค์ความรู้ด้านวิชาการจากทีมวิจัย ได้แก่ วิเคราะห์จัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยสงสัย โรคมือ เท้า ปาก ที่หลังจากทีมวิจัยอบรมความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติการเกิดโรคและวิธีการติดต่อของโรค ทำให้ครูพี่เลี้ยงที่เคยมีประสบการณ์การระบาดของโรค และได้รับผลกระทบของโรคจนต้องปิดศูนย์ฯ เกิดความคิดด้วยตนเองว่า ควรจะตรวจหาเด็กที่สงสัยเป็นโรคให้เร็วขึ้น จึงเริ่มตรวจหาตุ่มแผลจากมือและปาก ทุกวันในตอนเช้าก่อนเข้าเรียน เมื่อสงสัยก็ส่งเด็กไปพบแพทย์ และให้หยุดเรียนถ้าได้รับการยืนยันจากแพทย์ ทำให้สามารถลดการระบาดของโรคในศูนย์ฯได้ และสามารถให้ความรู้กับผู้ปกครองให้สังเกตอาการของโรคได้

3. ผู้บริหารระดับสูงขององค์กรทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและศูนย์เด็กเล็กเอกชน เห็นประโยชน์ของกิจกรรม ผลการตรวจคัดกรองและสกัดกั้นไม่ให้เด็กที่ป่วยนำเชื้อโรคมือ เท้า ปาก แพร่ไปยังเด็กคนอื่นๆ รวมทั้งการปรับปรุงบริบทของสภาพแวดล้อมทำให้เกิดโรคในศูนย์เด็กเล็กลดลง เป็นผลที่ตอบสนองได้ตรงใจ

ผู้บริหาร จึงนำไปสู่การสนับสนุนนโยบายและทรัพยากร

4. การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคร่วมกันระหว่างครูพี่เลี้ยงเด็ก ผู้บริหารฯ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ปกครอง จะนำไปสู่การพัฒนาเครือข่ายการป้องกันโรคในศูนย์เด็กเล็ก

ข้อเสนอแนะ

1. การตรวจคัดกรองโดยใช้กลุ่มอาการของโรคในการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก เป็นการลดโอกาสการแพร่ระบาดโดยใช้ต้นทุนไม่สูง ดำเนินการได้ด้วยตัวของครูพี่เลี้ยง ควรมีการขยายผลไปยังพื้นที่เสี่ยงที่มีการระบาด

2. แนวทางการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ใช้วิธีการลดการปนเปื้อนเชื้อโรคในสิ่งแวดล้อมที่เด็กมีโอกาสสัมผัส ซึ่งสามารถลดการแพร่ของโรคติดต่อจากการสัมผัส เช่น โรคหวัด โรคคางทูม โรคหัด เป็นต้น

3. ศูนย์เด็กเล็กเป็นแหล่งที่มีโอกาสการระบาดของโรคต่างๆ ได้สูง จึงควรพัฒนาการเฝ้าระวังโรค ให้สามารถแจ้งข่าวเตือนภัย เพื่อให้สามารถดำเนินการได้ทันต่อเหตุการณ์

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ คุณจุฑารัตน์ ถาวรนนท์ ที่เป็นแรงบันดาลใจ และทำให้ผลงานวิชาการนี้ได้รับรางวัลผลงานวิชาการดีเด่น ในการประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2552

เอกสารอ้างอิง

1. โรคมือ เท้า ปาก. บันทึกการเฝ้าระวังและสอบสวนทางระบาดวิทยา. นนทบุรี: เสงี่ยมอ้อม; 2551.
2. สถาพร จันทร์ส่อง. โรคมือ เท้า ปาก ในผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลศรีสะเกษ พ.ศ.2549-2551. วารสารกรมควบคุมโรค. 2551; 34: 226-232
3. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค 2549. กรุงเทพมหานคร; 2550.
4. ดารินทร์ อารีย์โชคชัย, วรรณ หาดูเชาว์กุล สุชาติ

จันทสิทธิ์กร, บวรธรรม ดิเรกโชค, ปวีณา วงศ์สวรรค์, กมลชนก เทพสิทธิ์ และคณะ. ผลการทบทวนรายงานการสอบสวนการระบาดของโรคมือ เท้า ปาก ประเทศไทย ปี พ.ศ.2550 ใน: โรคมือ เท้า ปาก บันทึกการเฝ้าระวังและสอบสวนทาง ระบาดวิทยา. นนทบุรี: เสงี่ยมอ้อม; 2551 : 29-54

5. แนวทางการปฏิบัติงานโรคมือ เท้า ปาก และโรคติดต่อเอนเทอโรไวรัส 71 สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2550.
6. บงกช เชี่ยวชาญยนต์ กรรณิการ์ จิตบรรเจิดกุล สุนีย์ เหมพัฒน์ ศรัณย์วิทย์ ขุนหมวก. แนวทางป้องกันโรคหวัดและโรคมือ เท้า ปาก ในสถานรับเลี้ยงดูและเด็ก. สงขลา: นีโอ พ้อยท์; 2550.
7. บุญชัย ภูมิบ่อพลับ, บงกช เชี่ยวชาญยนต์. รูปแบบการลดโรคติดต่อเฉียบพลันระบบหายใจในศูนย์เด็กเล็ก จังหวัดสงขลา. วารสารกรมควบคุมโรค. 2551; 34:47-52
8. Van , R., Morrow, A.I., Revas, R.R & Pickering, L.M. (1991). Environmental contamination in child day care centres. Am. J. Epidemiol. 133: 460 - 470.
9. Ferson , M.J. Infections in day care. Current opinion in Pediatric. 1993; 5 (1): 35 - 39.
10. Thacker, S.B., Addiss, D.G., Goodman, R.A., Holloway . B.R., and Spencer , H.C. Infectious and injuries in child day care. JAMA. 1992; 268: 1720-6.
11. ชนินันท์ สนธิไชย. การสอบสวนการระบาดของโรคคางทูมในโรงเรียนเอกชนแห่งหนึ่ง จังหวัดแพร่. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำปีสัปดาห์ปีที่ 40 ฉบับที่ 1: 10 มกราคม 2552.
12. ดวงสมร บุณยะปิยะวงศ์. การสอบสวนการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ จังหวัดหนองคาย. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำปีสัปดาห์ ปีที่ 38 ฉบับที่ 15: 20 เมษายน 2550.



มูลนิธิโรคหืดแห่งประเทศไทยมอบทุนสนับสนุนงานวิจัย



ศาสตราจารย์นายแพทย์สุชัย เจริญรัตนกุล

ประธานมูลนิธิโรคหืดแห่งประเทศไทย

อดีตรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

มูลนิธิโรคหืดแห่งประเทศไทย เป็นองค์กรเพื่อสาธารณประโยชน์ที่ไม่แสวงหากำไร ก่อตั้งมาตั้งแต่ ปี พ.ศ.2541 โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะสนับสนุนและเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการด้านโรคภูมิแพ้ ถุงลมโป่งพอง มลพิษ ในอากาศ อนุรักษ์สิ่งแวดล้อมและภาวะโลกร้อน

มูลนิธิโรคหืดแห่งประเทศไทย ได้จัดสรรทุนเพื่อสนับสนุนงานวิจัยแก่บุคลากรทางการแพทย์, นักวิทยาศาสตร์และนักวิชาการทุกระดับในวงเงินสูงสุดทุนละ 200,000 บาท โดยมีหลักเกณฑ์จัดสรรทุนดังนี้

1. ผู้มีสิทธิขอรับทุนได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ และนักวิชาการทุกระดับ
2. ถ้าเป็นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย โครงการวิจัยต้องผ่านการอนุมัติของ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในหน่วยงานที่จะทำการวิจัยนั้น และถ่ายสำเนา ของหนังสืออนุมัติให้คณะกรรมการวิจัย 4 ชุด
3. ผู้เสนอขอรับการจัดสรรงบประมาณมีสิทธิได้รับการพิจารณาปีละหนึ่งครั้ง
4. ถ้าผู้เสนอขอรับทุนได้รับทุนจากแหล่งทุนอื่นแล้วไม่สามารถขอทุนจากมูลนิธิได้อีก

ผู้สนใจขอรับทุน เขียนโครงการวิจัยในหน้ากระดาษ A4 ความยาวไม่เกิน 8 หน้า

พร้อมประวัติของ ผู้ร่วมวิจัยทุกท่าน ส่งมาที่มูลนิธิโรคหืดแห่งประเทศไทย

เลขที่ 1281 ถนนพหลโยธิน แขวงสามเสนใน เขตพญาไท กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์.0-2617-0649 , 081-810-6638 โทรสาร. 0-2617-0649

E-mail address pirom@asthma.or.th