



วารสารควบคุมโรค

DISEASE CONTROL JOURNAL

ปีที่ 35 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน 2552

Volume 35 No. 3 July - September 2009



- ราชประชาสมาสัย ๕๐ ปีแห่งการสนองพระราชปณิธาน
- พื้นฐานทางทฤษฎีของแนวคิดการจัดการภาครัฐกับการยกระดับศักยภาพการบริหารในหน่วยงานควบคุมโรค
- บทบาทของโรงพยาบาลในการสนับสนุนโครงการบริการผู้ป่วยหลอดเลือดสมองของชุมชน
ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล
- คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ สถาบันบำราศนราดูร
- การพัฒนารูปแบบการประชาสัมพันธ์โรคปอดบวมในเด็ก
- การศึกษาความไวต่อสารที่มีฟอสของลูกน้ำยุงลายบ้านในจังหวัดสมุทรสาคร
- ความคงทนของทรายเคลือบสารที่มีฟอส 1 % ในการกำจัดลูกน้ำยุงลายบ้าน ในอำเภอหันคา
จังหวัดชัยนาท
- การระบาดของโรคเลปโตสไปโรซิส (Leptospirosis) ในกลุ่มทหารประจำการในค่ายทหารแห่งหนึ่ง
จังหวัดนครนายก วันที่ 14 พฤศจิกายน - 28 ธันวาคม 2550



วารสารควบคุมโรค

DISEASE CONTROL JOURNAL

ISSN 1685-6481

ปีที่ 35 ฉบับที่ 3 ก.ค. - ก.ย 2552 Volume 35 No. 3 Jul - Sep 2009

สารบา-	หน้า	CONTENTS
	PAGE	
บทความพิเศษ		
ราชประชาสมาสัย ๕๐ ปี แห่งการสนองพระราชปณิธาน	151	
จรู- ปรียะวราภรณ์		
นิพนธ์ต้นฉบับ		
Original Article		
พื้นฐานทางทฤษฎีของแนวคิดการจัดการภาครัฐ กับการยกระดับศักยภาพการบริหารในหน่วยงาน ควบคุมโรค	159	Public Management Concepts: Implication for Capacity Building for Disease Control Organizations
พชรา โรจนพิทยาการ		Pachira Rojanapithayakorn
บทบาทของโรงพยาบาลในการสนับสนุนโครงการ บริการผู้ป่วยหลอดเลือดสมองของชุมชนในเขต พื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล	169	The Role of Hospitals in Supporting the Community Project for Stroke Patient Services in Greater Bangkok
เกรียงศักดิ์ ชือเลื่อม และคณะ		Kriengsak Sueluerm, et al
คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ สถาบันบำราศนราดูร	176	Quality of Life of HIV/ADS Patients who receiving HAART at Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute
ถนอมจิตต์ ดวนด้วน และคณะ		Tanomchit Duanduan, et al



สารบา-	หน้า	CONTENTS
	PAGE	
การพัฒนารูปแบบการประชาสัมพันธ์โรคปอดบวม ในเด็ก	187	Development of a Model for Public Information and Education on Prevention and Control of Childhood Pneumonia
สมนึก เลิศสุโกวณิชย์ และคณะ		Somnuek Lertsuphotvanit, et al
การศึกษาความไวต่อสารที่มีฟอสของลูกน้ำ ยุงลายบ้านในจังหวัดสมุทรสาคร	195	The Study on Susceptibility to Temephos 1 % sg of Aedes aegypti L. Larvae in Samutsakhon Province
อนุสรณ์ ภาณุตานันท์ และคณะ		Anusorn Pawaputanun, et al
ความคงทนของทรายเคลือบสารที่มีฟอส 1 % ในการกำจัดลูกน้ำยุงลายบ้าน ในอำเภอหันคา จังหวัดชัยนาท	200	Persistence of Temephos 1% Sand Granule Against Aedes aegypti L. Larvae in Amphoe Hankha, Chainat Province
เกรียงศักดิ์ เจตนะจิตร และคณะ		Kriengsak Jettanachit, et al
การสอบสวนโรค		Outbreak Investigation
การระบาดของโรคเลปโตสไปโรซิส (Leptospirosis) ในกลุ่มทหารประจำการในค่ายทหารแห่งหนึ่ง จังหวัดนครนายก วันที่ 14 พฤศจิกายน-28 ธันวาคม 2550	206	Leptospirosis Outbreak at Military Camp Nakhonnayok: 14 Nov-28 Dec 2007
เบ-จวรรณ ระลึก และคณะ		Benjawan Raluek, et al

วารสารควบคุมโรค

วารสารควบคุมโรค เป็นวารสารทางวิชาการ จัดพิมพ์เผยแพร่โดย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์	1. เพื่อเผยแพร่วิทยาการที่เกี่ยวกับการควบคุมโรคติดต่อ และโรคไม่ติดต่อ 2. เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ ผลงานวิจัยของบุคลากรในหน่วยงานสังกัด กรมควบคุมโรค กรมอื่น ๆ ในกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานทางวิชาการอื่น ๆ 3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการติดต่อและประสานงานระหว่างผู้ที่สนใจหรือปฏิบัติงาน เกี่ยวกับการควบคุมโรค
คณะที่ปรึกษา	อธิบดีกรมควบคุมโรค รองอธิบดีกรมควบคุมโรค ผู้ทรงคุณวุฒิกรมควบคุมโรค ผู้อำนวยการสำนักและสถาบันในสังกัดกรมควบคุมโรคทุกท่าน ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 -12
บรรณาธิการ	นายแพทย์อนุพงศ์ ชิตวารการ
กองบรรณาธิการ	นายแพทย์ศุภมิตร ชุณหสัทธิวัฒน์ นายแพทย์สราวุธ สุวัฒน์ทัพพะ นายแพทย์สุวิษ ธรรมปาโล นายแพทย์กฤษฎา มโหทาน แพทย์หญิงพัชรา ศิริวงศ์รังสรรค์ นายแพทย์วินัย วุฒิตวีโรจน์ นายแพทย์จิรพัฒน์ ศิริชัยสินธพ นายแพทย์ยุทธิชัย เกษตรเจริญ นายแพทย์สมเกียรติ ศิริรัตนพฤษ์ 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 Thammapalo
Dr. Krisada Mahotarn
Dr. Pachara Sirivongrangson
Dr. Vinai Vuttivirojana
Dr. Jeeraphat Sirichaisinthop
Dr. Yuthichi Kasetjaroen
Dr. Somkiat Sirirattanapruk
Dr. Saman Futrakul

Manager: Ms. Porntip 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 Thanee
Tel 0-2590-3225

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

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

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารควบคุมโรคยินดีรับบทความวิชาการหรือรายงานผลการวิจัยที่เกี่ยวกับโรคติดต่อหรือโรคติดเชื้อ และโรคไม่ติดต่อตลอดจนผลงานการควบคุมโรคต่างๆ โดยเรื่องที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์หรือกำลังรอพิมพ์ ในวารสารอื่น ทั้งนี้ ทางกองบรรณาธิการตรวจทานแก้ไขเรื่องต้นฉบับและพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องลงพิมพ์

1. บทความที่ส่งลงพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ	การเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับดังนี้ “บทคัดย่อ บทนำ วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิเคราะห์สถิติการประจักษ์ 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 วิเคราะห์สถิติการประจักษ์ เอกสารอ้างอิง	บทนำ	อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัยศึกษาค้นคว้าของผู้คนที่เกี่ยวข้อง และวัตถุประสงค์ของการวิจัย
บทความพินิจ	ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสิ่งที่ตรงพบใหม่ หรือเรื่องที่นำสนใจที่ ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทความวิเคราะห์ สถานการณ์โรคต่างๆ ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ ความรู้ หรือข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องที่นำมาเขียน วิเคราะห์ หรือวิเคราะห์ สรุป เอกสารอ้างอิงที่ค่อนข้างทันสมัย	วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา	อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัยโดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างและการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลหรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์
ย่อเอกสาร	อาจย่อบทความภาษาต่างประเทศหรือภาษาไทย ที่ตีพิมพ์ไม่เกิน 2 ปี	ผลการศึกษา	อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์

2. การเตรียมบทความเพื่อลงพิมพ์

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

2) การอ้างอิงเอกสารใดให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลข โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อตามลำดับ แต่ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม

3) เอกสารอ้างอิงหากเป็นวารสารภาษาอังกฤษให้ใช้ชื่อย่อวารสารตามหนังสือ Index Medicus การใช้เอกสารอ้างอิงไม่ถูกแบบจะทำให้เรื่องที่ส่งมาเกิดความล่าช้าในการพิมพ์ เพราะต้องมีการติดต่อผู้เขียนเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมครบตามหลักเกณฑ์

3. รูปแบบการเขียนวารสาร

(โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอนในทุกตัวอย่าง)

3.1 การอ้างอิงเอกสาร

ก. ภาษาอังกฤษ

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

ในกรณีที่มีผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรกแล้วตามด้วย et al.

ตัวอย่าง

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

ข. ภาษาไทย

ใช้เช่นเดียวกับภาษาอังกฤษ แต่ชื่อผู้แต่งให้เขียนเต็มเต็มตามด้วยนามสกุล และใช้ชื่อย่อวารสารเป็นตัวเต็ม

ตัวอย่าง

2. ธีระ รามสูตร, นิวัติ มนตรีสวัสดิ์, สุรศักดิ์ สมบัติตะวนิช, อุบัติการณ์โรคเรื้อนระยะแรก โดยการศึกษาจุลพยาธิวิทยาคลินิกจากทางขวางของผิวหนังผู้ป่วยที่สงสัยเป็นโรคเรื้อน 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

1. ศรีชัย หล่ออารีย์สุวรรณ. การติดยาของเชื้อมาลาเรีย. ใน: ศรีชัย หล่ออารีย์สุวรรณ, ดนัย บุนนาค, ตระหนักจิต ทะรินสุต, บรรณาธิการ, ตำราอายุรศาสตร์เขตร้อน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: รวมพรรณ; 2533. น. 115-20

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

4. การส่งต้นฉบับ

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

4.2 ใช้กระดาษพิมพ์ตัดขนาด A4 พิมพ์หน้าเดียวและส่งเอกสารมาพร้อมกับแผ่น Diskette ซึ่งพิมพ์ต้นฉบับเอกสารพร้อมระบุชื่อ File และระบบที่ใช้ MSWord

4.3 ภาพประกอบ ถ้าเป็นภาพถ่ายลายเส้นต้องเขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษหนาแน่น ถ้าเป็นภาพถ่ายควรเป็นภาพสไลด์หรืออาจใช้ภาพขาวดำขนาดโปสการ์ดแทนก็ได้ 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

ราชประชาสมาสัย ๕๐ ปีแห่งการสนองพระราชปณิธาน



เจริญ ปิยะวารการณ
นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค
กระทรวงสาธารณสุข

บอกกล่าวที่มา

ในโอกาสครบรอบ 50 ปีของการก่อตั้งสถาบันราชประชาสมาสัย ในวันที่ 16 มกราคม พ.ศ. 2553 และครบรอบ 50 ปีของมูลนิธิราชประชาสมาสัยใน วันที่ 10 เมษายน 2554 อันเป็นปีแห่งมหามงคลอีกวาระหนึ่งที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว จะทรงเจริญพระชนมพรรษา 7 รอบ 84 พรรษา ในวันที่ 5 ธันวาคม 2554 รัฐบาลได้มีมติให้จัด "งานเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสพระราชพิธีมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 7 รอบ 5 ธันวาคม 2554 (The Celebration on the Auspicious Occasion of His Majesty the King's 7th Cycle Birthday Anniversary 5th December 2011)" คณะกรรมการมูลนิธิราชประชาสมาสัย นำโดยท่านผู้หญิงสุมาลี จาติกวณิช ประธานกรรมการบริหารมูลนิธิฯ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข รองประธานกรรมการบริหาร และ อธิบดีกรมควบคุมโรค ในฐานะประธานกรรมการ ฝ่ายวิชาการ ได้เห็นชอบให้จัดกิจกรรมถวายและจัดพิมพ์หนังสือที่ระลึกทูลเกล้าถวายและเพื่อน้อมรำลึกในพระมหากรุณาธิคุณที่ทรงมีต่องานควบคุมโรคเรื้อนในประเทศไทย โดยมีกระทรวงสาธารณสุข มูลนิธิราชประชาสมาสัย ในพระบรมราชูปถัมภ์ ตลอดจน มูลนิธิ และองค์กรสงเคราะห์ผู้ป่วยโรคเรื้อนต่างๆ ทั่วประเทศ ได้ร่วมกันสนองพระราชดำริ จัดทำกิจกรรมบริจาคทรัพย์ ให้การสงเคราะห์ผู้ป่วยทั้งการบำบัด รักษา การประกอบอาชีพ สวัสดิการสงเคราะห์ต่างๆ รวมถึงให้ทุนการศึกษาบุตรผู้ป่วยโรคเรื้อนตามเจตนารมณ์ของแต่ละองค์กรและมูลนิธิ เป็นเวลาหลายทศวรรษที่ผ่านมา บางสถาบันมูลนิธิ และองค์กรทางคริสต์จักร เช่น สถานพยาบาลแมคเคน โรงพยาบาลคริสเตียนมโนรมย์

เป็นต้น ก็มีประวัติว่าได้มีบทบาทในการรักษาและสงเคราะห์ผู้ป่วยโรคเรื้อนมาตั้งแต่ครั้งพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวและจนถึงรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว สมเด็จพระศรีสวรินทราบรมราชเทวี สมเด็จพระพันวัสสาอัยยิกาเจ้ามีรับสั่งให้ก่อสร้างสำนักคนป่วยโรคเรื้อนพระประแดงที่เป็นหน่วยงานภาครัฐ ขึ้นเมื่อปีพ.ศ. 2464 ภายหลังใช้ชื่อว่าโรงพยาบาลพระประแดง ต่อมาจึงได้รวบรวมกิจการกับกองโรคเรื้อนตามนโยบายการปฏิรูปโครงสร้างราชการ และปัจจุบันเปลี่ยนชื่อเป็น “สถาบันราชประชาสมาสัย”

ประวัติและหลักฐานที่ยังปรากฏให้เห็นทั้งอาคารและบ้านพักผู้ป่วยที่มีชื่อผู้ร่วมบริจาคโดยเสด็จพระราชกุศลภายในสถานพยาบาลแมคเคนและสถาบันราชประชาสมาสัย แสดงให้เห็นถึงพระเมตตา พระบารมี และพระมหากรุณาธิคุณของพระราชวงศ์ที่ทรงมีต่อผู้ป่วยโรคเรื้อนมีมาตั้งแต่สมัยสมเด็จพระพันวัสสาอัยยิกาเจ้า จนถึงปีพ.ศ. 2503 พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวในรัชกาลปัจจุบันพระราชทาน พระราชดำริ การควบคุมโรคเรื้อนตามแนวทางสากลอย่างเป็นระบบให้แก่กระทรวงสาธารณสุขนับเป็นโครงการพระราชดำริลำดับที่ 2 ต่อจากโครงการเวชพหุพัน โดยมีภารกิจสำคัญ ตั้งแต่การค้นหาลูกป่วยในชุมชน การรักษาผู้ป่วยที่บ้าน (Domiciliary Treatment) เพื่อจะได้ไม่ต้องกักกันในนิคมและการดูแลสงเคราะห์แบบองค์รวม (Holistic Approach) ในวโรกาสเดียวกันยังพระราชทานพระราชทรัพย์จากกองทุนอันธมพิทล สำหรับก่อสร้างอาคารฝึกอบรมและวิจัย และพระราชทานมณฑลนาม คำว่า “ราชประชาสมาสัย” ให้เป็นชื่อของสถาบันและมูลนิธิที่ทรงรับไว้ในพระบรมราชูปถัมภ์ โดยทรงอธิบายความหมายไว้ว่า “ราชประชาสมาสัย” หมายถึง พระราชาและประชาชนย่อมพึ่งพาอาศัยกัน”

มูลนิธิราชประชาสมาสัยที่ให้การสนับสนุนงานโรคเรื้อนของกระทรวงสาธารณสุข เมื่อแรกเริ่มเป็นมูลนิธิที่ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้เริ่มต้นไว้และทรงรับไว้ในพระบรมราชูปถัมภ์ ครั้นต่อมาได้มีการเปลี่ยนประธานกรรมการตามวาระและด้วยความเข้มแข็งของประธานกรรมการมูลนิธิลำดับต่อมา ผู้บริหารกระทรวงและกรมและคนทั่วไปจึงมักก็เข้าใจว่าเป็นมูลนิธิของท่านผู้หญิงฯ ซึ่งในสมัยท่านผู้หญิงดุจฎิมาลา มาลากุล จนถึงท่านผู้หญิงสุมาลี จาติกวณิชประธานกรรมการมูลนิธิวาระปัจจุบัน พยายามหาสถานที่ใช้ห้องประชุมกระทรวงในการจัดประชุมและเพื่อสะดวกแก่ปลัดกระทรวง ผู้บริหารกรม ก็ประสงค์ให้รำลึกถึงพระมหากรุณาธิคุณและตระหนักว่าภารกิจของมูลนิธินี้เป็นของกระทรวงสาธารณสุข

ราชประชาสมาสัย...พระราชาและประชาชนย่อมพึ่งพาอาศัยกัน

ปี พ.ศ. 2500 เป็นปีที่ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ ได้พระราชทานพระราชดำริเกี่ยวกับงานโรคเรื้อน แก่นายแพทย์สวัสดิ์ แดงสว่าง อธิบดีกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น ณ พระที่นั่งอัมพรสถาน พระราชวังดุสิต และให้เป็นโครงการในพระราชดำริ จนถึงวันที่ 16 มกราคม พ.ศ. 2501 เป็นวันที่เสด็จพระราชดำเนินวางศิลาฤกษ์อาคารสำหรับใช้ฝึกอบรมและวิจัยโรคเรื้อนพร้อมด้วยสมเด็จพระนางเจ้าพระบรมราชินีนาถ ในบริเวณโรงพยาบาลพระประแดง ในวันนั้นเองได้ทรงพระราชทานนาม “สถาบันราชประชาสมาสัย” ให้ไว้ อันเป็นมณฑลนาม ทรงอธิบายความหมายไว้ว่า “พระราชาและประชาชนย่อมพึ่งพาอาศัยกัน”



จุดเริ่ม.....มูลนิธิราชประชาสมาสัย

หลังจากนั้นอีกประมาณ 2 ปีจึงเสด็จพระราชดำเนินเป็นครั้งที่สอง ในพิธีเปิดอาคารพร้อมด้วยสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี เมื่อวันที่ 16 มกราคม 2503 และทรงรับกองทุนราชประชาสมาสัยที่จัดตั้งด้วยเงินเหลือจ่ายจากการก่อสร้างอาคารพระตำหนักนคราตุรโวในพระบรมราชูปถัมภ์ยกขึ้นเป็น “มูลนิธิราชประชาสมาสัย” เมื่อวันที่ 10 เมษายน 2504 โดยมีนายแพทย์กำธร สุวรรณกิจ อธิบดีกรมอนามัยเป็นประธานกรรมการมูลนิธิฯ คนแรก

โรคเรื้อน...พระมหากรุณาธิคุณจากทุกพระองค์

อันที่จริงแล้วในอดีตก็ได้เคยเกิดเหตุการณ์ที่เป็น “ราชประชาสมาสัย” แล้ว เป็นครั้งแรกที่จังหวัดเชียงใหม่ เมื่อครั้งที่ สมเด็จพระมหาธีรราชเจ้าได้พยานายแพทย์ James W. McKaen แพทย์มิชชันนารีชาวอเมริกันที่มาแจกยาควินินเม็ดรักษาผู้ป่วยไข้มาลาเรียที่ประตูละแวกหรือให้ยาที่จังหวัดเชียงใหม่และภาคเหนือระหว่างปี พ.ศ. 2430-2450 เข้าเฝ้ากราบบังคมทูลพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวและถวายคำแนะนำ จากประสบการณ์ประเทศแถบยุโรปที่ให้ก่อสร้างสถานที่แยกกักกันผู้ป่วยโรคเรื้อนไว้ไม่ให้แพร่ระบาดสู่ชุมชน เพราะสมัยนั้นยังไม่มียาใช้รักษาโรคเรื้อนที่ทันสมัย

ด้วยพระเมตตาต่อผู้ป่วยโรคเรื้อนพิการที่มีกว่าหลายร้อยคนในเชียงใหม่ พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวมีพระบรมราชโองการเมื่อวันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2451 พระราชทานที่ดินบริเวณเกาะกลางริมแม่น้ำปิง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่จำนวน 400 ไร่ และก่อสร้างบ้านพักผู้ป่วยหลังเล็กๆ สำหรับผู้ป่วยแต่ละครอบครัวจำนวนหนึ่งและเรือนแปรมัน้ำให้ผู้ป่วยได้อยู่อาศัยและใช้น้ำ โดยมีพระบรมวงศานุวงศ์ และคณะทูตต่างชาติ มิชชันนารี ก็ร่วมบริจาคโดยเสด็จพระราชกุศลจำนวนมาก ปัจจุบันยังมีหลายหลังให้พบเห็นว่า หน้าอาคารบ้านผู้ป่วยหลังเล็ก ดังกล่าวจะมีป้ายชื่อผู้ร่วมบริจาคอาทิเช่น *กรมหลวงสงขลานครินทร์ กรมพระยาดำรงราชานุภาพ* และผู้แทนองค์กรต่างประเทศ ฯลฯ นับได้ว่าเป็นเหตุการณ์สำคัญที่เป็นความหมายของ “ราชประชาสมาสัย” เป็นครั้งแรก ทั้งที่ยังไม่มีศัพท์คำนี้ในขณะนั้น และพระเมตตาของ *พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว* ในครั้งนั้นน่าจะเป็นต้นแบบให้สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชเทวี พระพันวัสสาอัยยิกาเจ้า มีรับสั่งให้จัดตั้งสถานพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อนที่เป็นของรัฐเพิ่มอีกแห่งหนึ่งเป็นแห่งที่สาม ต่อจากสถาบันแมคเคน ที่เชียงใหม่ (พ.ศ.2451) และโรงพยาบาลคริสเตียนมโนรมย์ จังหวัดชัยนาท (พ.ศ.2464) โดยใช้สถานที่ที่ป้อมปู้เจ้าสมิงพราย อำเภอ พระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ ซึ่งกระทรวงนครบาล

สมัยนั้นได้อนุญาตให้ใช้มีเนื้อที่ 86 ไร่ 3 งาน 68 ตารางวา ในการก่อสร้างนี้ สมเด็จพระพันวัสสาอัยยิกาเจ้าและพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัวได้พระราชทาน พระราชทรัพย์ส่วนพระองค์โดยมีข้าราชการบริพาร พ่อค้าคหบดี ร่วมบริจาคโดยเสด็จพระราชกุศล ได้เงินรวมทั้งสิ้น 124,626.22 บาทและเมื่อก่อสร้างแล้วเสร็จ สมเด็จพระพันวัสสาอัยยิกาเจ้าโดยเสด็จเป็นองค์ประธานในวันพิธีเปิด "สำนัก คนป่วยโรคเรื้อนพระประแดง" ด้วยพระองค์เองและยังพระราชทานเงินบำรุงจากสภาอากาศไทยอุดหนุนปีละ 25,000 บาทนับเป็นเหตุการณ์ที่เป็น "ราชประชาสมาสัย" ครั้งที่สองก็ว่าได้

จากสภาอากาศไทย.....สู่กระทรวงสาธารณสุข

ตราบจนถึง เมื่อปีพ.ศ. 2484 ได้มีการกำหนดขยายโครงสร้างและบทบาทองค์กรให้ กรมสาธารณสุข เป็นกระทรวงสาธารณสุข และทางการเมืองโดยการจัดตั้งนิคมโรคเรื้อน 13 แห่งทั่วประเทศต่อจากนิคมแม่ลาว เชียงราย(พ.ศ.2478) นิคมโนนสมบูรณ์ ขอนแก่น(พ.ศ.2481) นิคมพุดตางาม นครศรีธรรมราช(พ.ศ.2484) จนถึง นิคมสุดท้ายคือนิคมแพร่ชาหยัง จันทบุรี(พ.ศ.2502) และมีการออกพระราชบัญญัติโรคเรื้อนขึ้นในปีพ.ศ. 2486 เพื่อใช้บังคับกักกันผู้ป่วยโรคเรื้อน ตอบสนองนโยบายการแยกกักกันผู้ป่วยไว้ในนิคมหรือสถานพยาบาล (Institutional or Isolation Approach) ตามแนวทางสากลของประเทศอารยะแถบยุโรปเพื่อยับยั้งการแพร่ระบาดของโรคในสมัยที่ยังไม่มียารักษาที่ทันสมัย จะมีก็แต่สารละลายยาDapsoneในน้ำมันกระเบาใช้ฉีดเข้ากล้ามเนื้อทุกสองสัปดาห์ ซึ่งถือว่าเป็นพัฒนาการสูงสุดของยุคที่ไม่มียารักษาที่ทันสมัยให้ผู้ป่วยกินยารักษาที่บ้าน การปรับโครงสร้างนี้ได้ส่งผลให้โรงพยาบาลโรคเรื้อนพระประแดงถูกโอนกิจการจากสภาอากาศไทยไปสังกัดกองควบคุมโรคเรื้อน กระทรวงสาธารณสุข (มีหลวงพิจิตรภักดีการเป็นผู้อำนวยการกองควบคุมโรคเรื้อนคนแรก) และเปลี่ยนชื่อเป็น "โรงพยาบาลโรคเรื้อนพระประแดง"(ปัจจุบันนี้ได้เปลี่ยนชื่อเป็นสถาบันราชประชาสมาสัย) แต่นั่นมา

สถานที่นี้จึงเป็นประวัติศาสตร์และอนุสรณ์สถานที่สำคัญและทุกวันที่ 16 มกราคม กระทรวงสาธารณสุข และมูลนิธิราชประชาสมาสัยพร้อมด้วยคณะผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้ร่วมกันจัดงาน "วันราชประชาสมาสัย" ติดต่อกันมาตลอดมาทุกปีจนนับได้เป็นปีที่ 50 ในวันที่ 16 มกราคม 2553 นี้กระทรวงสาธารณสุข มูลนิธิราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค ผู้แทนหน่วยงานต่างๆ และผู้ป่วยโรคเรื้อนในทุกนิคมจึงได้ร่วมจัดกิจกรรม งาน "ราชประชาสมาสัย ๕๐ ปีแห่งการสนองพระราชปณิธาน" จนถึงมหามงคลสมัยที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวจะทรงเจริญพระชนมพรรษาครบ 7 รอบ เพื่อน้อมรำลึกถึงพระมหากรุณาธิคุณและถวายเป็นพระราชกุศล

ร่วมโดยเสด็จพระแม่ฟ้าหลวง.....ห่วงใยผู้ป่วยและครอบครัว

ในช่วงก่อนกำเนิดและ พระราชทานนาม สถาบันและมูลนิธิราชประชาสมาสัย ได้มีคหบดีภาคประชาชนที่จังหวัดลำปางร่วมกันก่อตั้งมูลนิธิช่วยคนโรคเรื้อนจังหวัดลำปาง อยู่ก่อนแล้วโดยมีประวัติเริ่มต้นจากการที่ ศาสตราจารย์ฟรานซิส แบร์ดเบิร์น คณะอเมริกันเพรสไบทีเรียนมิชชันประจำจังหวัดลำปาง เห็นว่าในลำปางมีผู้คนที่สนใจงานสาธารณสุขมากขึ้นได้ชักชวนคณะบุคคลที่ประสบความสำเร็จในการหาทุนก่อสร้างตึกพยาบาลในโรงพยาบาลแขวงวัด จังหวัดลำปางเมื่อปีพ.ศ. 2495 มาร่วมก่อตั้งอาทิเช่น หลวงกัมปนาทแสนยากร ขณะที่ดำรงตำแหน่งผู้ว่าราชการภาค 5 นายสุวรรณ รื่นยศ ผู้ว่าราชการจังหวัดลำปางในสมัยนั้น และพ่อค้าคหบดีที่ใจบุญมีคุณหมอรสมี สุทธิคำ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแขวงแขวงวัด อาจารย์แจ่มจิตต์ นิมนานเหมินทร์ และคุณวิชัย เลหาวัฒน์ และคุณต้น สุวรรณศรี เป็นคณะบุคคลที่มีส่วนสำคัญในการก่อตั้งมูลนิธิช่วยคนโรคเรื้อนจังหวัดลำปาง โดยเสนอความเห็นไปยังคณะกรรมการมูลนิธิสงเคราะห์ผู้ป่วยโรคเรื้อนแห่งประเทศไทยที่จังหวัดเชียงใหม่ จนถึงวันที่

2 มิถุนายน 2497 มูลนิธิช่วยคนโรคเรื้อรังจังหวัดลำปางในพระอุปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี จึงได้ก่อตั้งขึ้นโดยคณะบุคคลดังกล่าวยังได้เข้าร่วมเป็นกรรมการบริหารงานของมูลนิธิอีกด้วย. การดำเนินงานของมูลนิธิได้ช่วยสนับสนุนทุนประกอบอาชีพและสงเคราะห์ปัจจัย สนับสนุนการคุมกำเนิดผู้ป่วยโรคเรื้อรังในนิคม 3 แห่ง นอกจากนี้ยังให้การดูแลบุตรผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยก่อสร้าง บ้านจิตตอารี^(*) ขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2499 และรับบุตรผู้ป่วยโรคเรื้อรังจากจังหวัดต่างๆทางภาคเหนือเข้ามาอุปการะครั้งแรกเมื่อวันที่ 5 ธันวาคม 2500 ต่อมาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนีทรงรับมูลนิธิและโรงเรียนจิตตอารี ไว้ในพระอุปถัมภ์ เมื่อ พ.ศ. 2505. ปีต่อมาคือ พ.ศ. 2506 โรงเรียนเปิดรับนักเรียนภายนอกจากหมู่บ้านใกล้เคียงมาเรียนสมทบด้วยในปี พ.ศ. 2514 ได้ขยายเปิดสอนถึงประถม 7 และรับบุตรผู้ป่วยไว้ในความอุปถัมภ์ของมูลนิธิรวมทั้งสิ้น 102 คน

ราชประชาสมาสัย....นำพระทัยหลังรินจากฟ้า

ในปี พ.ศ. 2501 เป็นยุคเร่งรัดค้นหาผู้ป่วยและให้การรักษาที่บ้าน(Domiciliary Treatment) เริ่มต้นโดยหลังจากพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลปัจจุบันพระราชทานพระราชดำริให้แก่กระทรวงสาธารณสุขแล้ว มีพระกระแสรับสั่งให้กระทรวงสาธารณสุขเร่งรัดงานปราบโรคเรื้อรัง โดยใช้เวลาน้อยลงกว่าที่นายแพทย์ สวัสดิ์ แดงสว่าง(อธิบดี)เสนอ จึงมีพระราชดำริให้เร่งอบรมสร้างบุคลากร ออกค้นหาผู้ป่วยมารักษา โดยพระราชทานพระราชทรัพย์จากทุนอานันทมหิดล มีผู้ร่วมบริจาคโดยเสด็จพระราชกุศลจำนวนมาก สำหรับใช้ก่อสร้างอาคารวิจัยและฝึกอบรมวิชาโรคเรื้อรังในบริเวณของโรงพยาบาล รวมทั้งสิ้นเป็นเงินทั้งสิ้น 1,236,600 บาท และในวันเสด็จพระราชดำเนินทรงวางศิลาฤกษ์เมื่อวันที่ 16 มกราคม 2501 ได้พระราชทานนาม “สถาบันราชประชาสมาสัย” เป็นหน่วยงานในสังกัดกองโรคเรื้อรัง เป็นเหตุการณ์แห่งราชประชาสมาสัยครั้งที่สาม และทรงอธิบายความหมายมงคล นามว่า“ราชประชาสมาสัย” หมายถึง “พระราชและประชาชนย่อมพึ่งพาอาศัยกัน” ความหมายของคำๆ นี้ ต่อมาได้มีหลายเหตุการณ์ที่สะท้อนพิสูจน์ถึงพระบารมีกล่าวคือปรากฏว่ามีหลายมูลนิธิ กองทุนต่างๆ และภาคประชาชนได้ร่วมสนองพระราชดำริ อาทิ เช่น ปี พ.ศ. 2506 ก่อเกิดมูลนิธิสงเคราะห์ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสังฆราชูปถัมภ์ ที่มีสมเด็จพระสังฆราชวัดมกุฏกษัตริย์(จวน)เป็นประธานสนับสนุนการก่อสร้างอาคารกรณานิคมิตในบริเวณวัดมกุฏกษัตริย์ เพื่อให้บริการผู้ป่วยโรคผิวหนังและโรคเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานครจนทุกวันนี้

ราชประชาสมาสัย.....ที่ไม่เลือกเชื้อชาติ ศาสนาและอาชีพ

ไม่เพียงแต่ศาสนาจารย์จากสภาคริสตจักรและมหาเถรสมาคมคณะสงฆ์ไทยที่พร้อมใจจัดกิจกรรมหรือบริจาคสมทบกิจกรรมในโครงการพระราชดำรินี้เท่านั้น อิสลามิกชนนำโดยท่านจุฬาราชมนตรีในขณะนั้น (นายท่วน สุวรรณศาสน์) ยังได้จัดกิจกรรมกำหนดให้วันที่ 14 สิงหาคม พ.ศ. 2505 เป็นวันสงเคราะห์คนเป็นโรคเรื้อรังทั่วประเทศสำหรับอิสลามิกชน ให้ประกอบพิธีแสดงธรรมและให้คณะกรรมการอิสลามประจำมัสยิดรวบรวมเงินบริจาคส่งสำนักจุฬาราชมนตรี เพื่อรวบรวมส่งคณะกรรมการกลางประสานงานระหว่างมูลนิธิเพื่อสงเคราะห์คนเป็นโรคเรื้อรังอีกด้วย

หมายเหตุ: (*) (จิตตอารี มาจากชื่อของหม่อมงามจิตต์ บุรฉัตร แจ่มจิตต์ เลขาหัวหน้า และคุณหญิง อาร์พันธ์ สุณาวินวิวัฒน์ ผู้ริเริ่มหาทุนสร้างอาคารโรงเรียน) โรงเรียนจิตตอารีเปิดสอนเป็นโรงเรียนราษฎร์ เมื่อเดือนพฤษภาคม 2502 โดยเปิดสอนเฉพาะบุตรผู้ป่วยโรคเรื้อรังชั้นอนุบาล-ประถม 4 คุณแจ่มจิตต์ เลขาหัวหน้า ซึ่งจบอักษร ศาสตรจากจุฬาฯ และสอบได้ประกาศนียบัตรประโยคครูมัธยม (ป.ม.) ได้อาสาสมัครทำหน้าที่ครูใหญ่ และผู้จัดการ โรงเรียนคนแรก

ต่อมาได้มีการจัดตั้งมูลนิธิชีวิตใหม่ในพระอุปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนีจังหวัดเชียงใหม่ จดทะเบียนเมื่อวันที่ 10 กันยายน 2507 มูลนิธิชีวิตใหม่นี้เริ่มจาก Mr. Robert M. Wufe อาสาสมัครชาวอเมริกัน หลังจากมาช่วยปฏิบัติงานที่สถาบันแมคเคนได้พิเศษ เกิดความคิดว่าเมื่อมียาใหม่ๆ ใช้อย่างไรแล้วป้องกันไม่ให้ติดต่อได้ และการควบคุมผู้ป่วยในโรงพยาบาลก็ไม่จำเป็นอีก จึงได้แนะนำให้ผู้ป่วยที่หายแล้วไปจัดตั้งเป็นหมู่บ้านขึ้น เพื่อให้มีระบบช่วยเหลือตนเอง และอยู่กันเป็นครอบครัวและชุมชน (Community Based) อย่างมีความสุข Mr. Robert M. Wufe ได้ตั้งชื่อหมู่บ้านแรกว่า “ไตรสภาวะคาม” อำเภอเชียงดาว เพื่อให้ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งได้อาศัยและประกอบอาชีพต่อมา Mr. Robert M. Wufe ได้ติดต่อขอเงินจาก U.S.O.M. (United States Overseas Mission) สนับสนุนการก่อสร้างหมู่บ้านที่อำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่ และอำเภอฝาง จังหวัดลำพูนตามลำดับ ปัจจุบันมูลนิธินี้มีคุณหญิงบุษพัทธ์ นิมนานเหมินท์ เป็นประธาน เมื่อหมู่บ้านได้พัฒนามีความเจริญ เป็นที่ยอมรับของชุมชนช่วยเหลือตัวเองได้แล้ว ทางมูลนิธิก็จะหยุดให้ความช่วยเหลือ นอกจากนี้ยังมีอาสาสมัครผู้ใจบุญ กลุ่มแม่ชีแคทอลิกจัดตั้งนิรมลคลินิกที่ขอนแก่น กองทุนฉันทมิตร เป็นต้นเหล่านี้ล้วนสะท้อนถึงสัมฤทธิ์ผลของคำว่า “ราชประชาสมาสัย” ที่ขยายผลโดยไม่เลือก เชื้อชาติ ศาสนาและอาชีพ เป็นที่อัศจรรย์

ความเรียงเกี่ยว.....อดีตที่ฝังลึก

ช่วงหลังจากปีพ.ศ.2500 นี้ดีขึ้นกว่าสมัยกักกันก็ในช่วงที่เป็นยุคที่ยา Dapsone ชนิดรับประทานได้นำเข้ามา แล้วทำให้มีการระดมสรรพกำลังแพทย์และเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรมแล้วออกสำรวจ ค้นหาและจ่ายยาให้ผู้ป่วยไปกินเองที่บ้าน (Specialized or Vertical Control Programme with Domiciliary Treatment) หลายท่านที่ยังมีชีวิตอยู่คงจำได้ถึงคำว่า “การชุมนุมใต้ต้นพญา-หรือ Gathering Under the Tree” เป็นคำศัพท์ซึ่ง ศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระ รามสูต (อดีตอธิบดีกรมควบคุมโรคติดต่อ) บัญญัติไว้เพื่อปลูกปลอบใจทีมงานและอีกนัยหนึ่งก็สะท้อนถึงความเรียงเกี่ยวของสังคมที่ แม้แต่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลของรัฐก็ไม่เต็มใจให้ไปตั้งจุดตรวจรักษาภายในโรงพยาบาล ต้องใช้วิธีนัดผู้ป่วยไปชุมนุมกันใต้ร่มไม้ บริเวณวัดหรือโรงรถของสถานพยาบาล อาจเป็นเพราะผื่นแดงจ้ำ แผลที่เน่าเหม็นส่งกลิ่นและความพิการบนใบหน้าแขนขา เวลาผู้ป่วยมาพบแพทย์ คราวละ 50-100 คน พวกเราก็เห็นใจเข้าใจความรู้สึกแพทย์และเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลได้จากคำพูดว่า “ถ้าให้ขึ้นมาเดี๋ยวคนไข้ทั่วไปหนักล้นหมด”

ในช่วงเวลาหนึ่งที่ผมอยู่ในทีมสำรวจประเมินผลทางระบาดวิทยาในหลายจังหวัดที่องค์การอนามัยโลก และมูลนิธิซาซา กวาระประเทศญี่ปุ่นให้การสนับสนุน หรือแม้แต่ช่วงปีพ.ศ.2527-2529 ที่เราทดลองประเมินผลการรักษาและอาการข้างเคียงในภาคสนามจากการใช้ยาผสม (MDT-Mutidrug Therapy) โดยมียา Rifampicin เป็นยาฆ่าเชื้อที่สำคัญ ทีมรักษาต้องนัดตรวจอาการเพื่อติดตามผลการรักษาโดยใช้สถานที่ใต้ต้นพญาหรือโรงรถเหมือนสิบปีก่อน ตำนานที่เป็นความทรงจำละเอียดและบทบาทแต่ละตัวละครในยุคต่างๆ นี้ มีละเอียดมาก ซึ่งต้องขอบพระคุณศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระ รามสูต ที่ท่านอุตสาหะรวบรวมพิมพ์เป็นเล่มไว้ในหนังสือ “๕๐ ปีของการบุกเบิก และพัฒนาสู่ความสำเร็จของการกำจัดโรคเรื้อนในประเทศไทย พ.ศ. 2541” หากท่านใดสนใจรายละเอียดสามารถหาได้จากหนังสือ “๕๐ ปี พ.ศ.2541” ดังกล่าว

สัมฤทธิ์ผลอันเนื่องจาก..... ราชประชาสมาสัย

ผลจากการร่วมแรงร่วมใจสนองพระราชดำริจากหน่วยงานทุกภาคส่วน และภาคประชาชนนี้เอง ทำให้ งานควบคุมโรคเรื้อนของประเทศไทยประสบความสำเร็จต่อเนื่องโดยลำดับ อาทิเช่น หลังจากที่มีพระราชดำริ

ให้ก่อสร้างสถาบันราชประชาสมาสัย (พ.ศ. 2503) ทรงกำหนดให้เป็นโครงการในพระราชดำริที่ 2 (ถัดจากโครงการเวชภัณฑ์) และทรงรับมูลนิธิราชประชาสมาสัยไว้ในพระบรมราชูปถัมภ์ (2504) ข้อมูลสะสม ในปี พ.ศ. 2513 คือ 10 ปี หลังจากกระทรวงสาธารณสุขได้จัดอบรมผลิตเจ้าหน้าที่ รวม 8,500 คน ออกปฏิบัติงานเร่งรัดการค้นหาผู้ป่วยในหมู่บ้านของ 40 จังหวัด ที่มีโรคเรื้อนชุกชุมในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ และภาคกลาง สามารถค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อน และให้การรักษที่บ้านไป รวมทั้งสิ้น 111,722 คน ในจำนวนนี้สามารถจำแนกจากทะเบียนการแผ้วรังเพราะหายขาดจากโรครวม 33,653 คน ในด้านระบาดวิทยา การควบคุมโรคสามารถลดขนาดของปัญหาจากอัตราความชุก 50 ต่อ 10,000 ประชากร ในปี พ.ศ. 2496 เหลือ 12.47 ต่อ 10,000 ประชากรในปี พ.ศ. 2513 หลังจากนั้น การดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อนโดยทุกภาคส่วนได้ดำเนินอย่างต่อเนื่องตลอดมาจนถึงปี พ.ศ. 2524-2527 กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาแนวทางการรักษาด้วยยาผสมระยะสั้น เพื่อลดระยะเวลาการรักษาในภาคสนาม (Multidrug Therapy) คู่ขนานไปกับการเร่งสำรวจค้นหาผู้ป่วยในทุกอำเภอหมู่บ้าน ส่งผลให้สามารถจำแนกผู้ป่วย ลดอัตราความชุกของโรคเฉลี่ยทั้งประเทศจนเหลือ 0.9 ต่อ 10,000 ประชากร บรรลุเป้าหมายต่ำกว่าเกณฑ์สากลที่เป็นปัญหาสาธารณสุข (1 ต่อ 10,000 ประชากร) ตั้งแต่ พ.ศ. 2537 เป็นต้นมา นับเป็นความสำเร็จที่หน่วยงานต่าง ๆ ทุกภาคส่วนได้ร่วมกันสนองพระราชปณิธานที่สำคัญยิ่งกว่าคือพระราชดำริและพระมหากรุณาธิคุณนี้เอง ได้ช่วยให้ผู้ป่วยนับแสนคนที่หลบซ่อนหรือไม่รู้ว่ตนเองป่วยได้รับการตรวจรักษาจนหายขาดไม่พิการและผู้ที่พิการรวมถึงบุตรผู้ป่วยก็ได้รับการดูแลตามสมควร จนได้รับการรับรองจากองค์การอนามัยโลกเป็นประเทศที่มีการดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อนในลักษณะองค์รวมจนประสบความสำเร็จเช่นทุกวันนี้

“ราชประชาสมาสัย”....พระราชปรีชาที่ลึกซึ้ง

“ราชประชาสมาสัย” คำๆนี้ใครที่ทราบที่มาน่าจะสงวนไว้เป็นปรัชญาหรือทฤษฎีของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ที่สามารถไปประยุกต์ใช้กับการบริหารการพัฒนาผู้นำผู้ปกครองสำหรับกิจการที่เป็นประโยชน์ต่อสาธารณะและงานของราชการที่ต้องเข้าถึงประชาชน เช่นเดียวกับคำว่า “ทศพิธราชธรรม” เนื่องจากมีแต่คนที่เข้าถึงทศพิธราชธรรมอย่างลึกซึ้ง มีบารมีที่เกิดจากความตั้งใจไม่หวังประโยชน์หรือฉ้อฉลจากกิจกรรมจึงจะทำให้การใช้ “ราชประชาสมาสัย” มีสัมฤทธิ์ผล เพราะราชประชาสมาสัยกับทศพิธราชธรรมเป็นเรื่องเดียวกัน

ครั้งหนึ่งทรงอธิบายความหมายคำว่า “จาคะ” ไว้ว่าหมายถึงการ “เสียสละ” นั้นมีสามระดับ “เสียสละ” นั้นแค่ขั้นต้นเท่านั้น จะให้ดีขึ้นต้องตัดคำว่า “เสีย” ทิ้งไปก็จะเหลือคำว่า “สละ” และหากจะดีที่สุดก็ต้องตัด “ส” ออกเหลือคำว่า “ละ” ดังนั้น หากให้ความสำคัญในการใช้แนวคิดราชประชาสมาสัยให้เกิดคุณค่า เพิ่มไม่รู้จักเป็น Value Creation ในการสร้างเครือข่ายชุมชนที่เข้มแข็ง สร้างรากฐานความผูกพันระหว่างประชาชนและสถาบันกษัตริย์ โดยราชการเป็นฝ่ายเติมเต็มความรู้และภูมิปัญญา รวมถึงเพิ่มศักยภาพการสื่อสารความเสี่ยงให้กับเครือข่ายท้องถิ่น ชุมชนให้เกิดพลัง และภูมิคุ้มกันของชุมชนได้สำเร็จแม้ว่าอนาคตผู้ป่วยโรคเรื้อนพิการหมดไปหรือสมมุติว่าไม่มีมูลนิธิราชประชาสมาสัยแล้วแต่ยังจะเหลือคำว่า “ราชประชาสมาสัยให้กับกระทรวงสาธารณสุข” เนื่องจากท่านพระราชทานให้ผู้บริหารกระทรวงฯ ซึ่งหากคิดให้เชื่อมโยงแล้ว ทุกๆ การกิจที่เป็นโครงการพระราชดำริที่เกี่ยวกับทุกสุขด้านสุขภาพของประชาชน ถ้าผู้บริหารกระทรวงทุกระดับได้นำไปกำหนดเป็นนโยบายสำคัญเป็น Strategic Focused Policy ผลลัพธ์ที่ได้ไม่เพียงแค่การลดโรค ลดอุบัติเหตุหรือปัญหาสุขภาพเท่านั้น จะเป็นกลยุทธ์การพัฒนาเครือข่ายสังคมที่สำคัญ หากมีการประสานงานที่ดีต่อเนื่องระหว่างภาครัฐกระทรวงสาธารณสุข สปสช.

กรมสนับสนุนบริการและกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นและนำหลักการแห่ง “ราชประชาสมาสัย” ไปใช้ผลิตและผลลัพธ์คือเราจะเห็นภาพเครือข่ายราชประชาสมาสัยในระดับตำบลหมู่บ้านที่ ทุกๆ อบต. และ อสม. ร่วมกันพัฒนาคุณค่าเครือข่ายราชประชาสมาสัย เพื่อให้การดูแลสุขภาพของผู้พิการจากโรคเรื้อน โรคเอดส์ การให้การศึกษาแก่เด็กกำพร้าอันเนื่องมาจากเอดส์ ผู้พิการจากโรคเบาหวาน จากทุกสาเหตุ รวมถึงผู้ประสบพิบัติภัย และหากทุกหมู่บ้าน ตำบล ร่วมใจขยายผลสนับสนุนดูแลทุกโครงการในพระราชดำริเพื่อรำลึกถึงพระมหากรุณาธิคุณ รักษาไว้สัมพันธ์แห่ง “พระราชและประชาชนย่อมพึ่งพาอาศัยกัน” นี้ไว้ตลอดไปได้แล้ว

ในอนาคตประเทศไทยอาจประสบปัญหาโรคติดต่อหรือปัญหาสังคมใหม่ๆ แม้ว่าอาจไม่น่ารังเกียจเหมือนโรคเรื้อน แต่เพียงไข้หวัดใหญ่ 2009 ที่เกิดขึ้นไม่นานนี้ก็ยั้งสะท้อนไปถึงรัฐบาลหลายประเทศ ปรัชญาและหลักการ “ราชประชาสมาสัย” นี้เองจะสามารถช่วยสร้างเครือข่ายชุมชนให้มีภูมิคุ้มกัน ช่วยสร้างเครือข่ายระบบการเฝ้าระวังโรคและระบบเตือนภัยสุขภาพในชุมชน เกิดสังคมที่ไม่ดูดาย เป็นชุมชนสังคมที่พึ่งพาอาศัยกันผู้สูงอายุ ผู้พิการจากโรคเรื้อน เบาหวาน และเอดส์ได้รับความเอาใจใส่ดูแลในชุมชน ก็จะช่วยให้เป้าหมายการพัฒนาสังคมของประเทศบรรลุสัมฤทธิ์ผลและสร้างเสริมภูมิคุ้มกันของชุมชนได้ตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

ดังนั้น เพื่อน้อมเกล้าน้อมกระหม่อม สำนึกในพระมหากรุณาธิคุณที่ทรงรับโครงการควบคุมโรคเรื้อนของประเทศไทย ไว้เป็นโครงการพระราชดำริลำดับที่ 2 ตั้งแต่ พ.ศ. 2503 ซึ่งจะครบรอบ 50 ปี ในวันที่ 16 มกราคม ปี 2553 หน่วยงาน และองค์กรที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข มูลนิธิราชประชาสมาสัย ในพระบรมราชูปถัมภ์ และองค์กรอาสาสมัครต่าง ๆ จึงได้ร่วมกันจัดกิจกรรมและโครงการ “ราชประชาสมาสัย ๕๐ ปี แห่งการสนองพระราชปณิธาน” ขึ้นตลอดจนกิจกรรมดูแลรักษาผู้พิการในนิคม ต่างๆ จนถึง วันที่ 16 มกราคม 2554 เพื่อถวายเป็นพระราชกุศล จึงขอเชิญชวนผู้บริหารหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในส่วนกลางและภูมิภาค ได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมเฉลิมพระเกียรติครั้งนี้ร่วมกัน

พื้นฐานทางทฤษฎีของแนวคิดการจัดการภาครัฐกับการยกระดับศักยภาพการบริหาร ในหน่วยงานควบคุมโรค

Public Management Concepts: Implication for Capacity Building for Disease Control Organizations

พชรา โรจนพิทยากร วท.บ., พบ., วว วิทยุฯ,

Pachira Rojanapithayakorn B.Sc., M.D.,

ร.ม., Ph.D. Candidate

Dip. Board in Anesthesiology, M.A., Ph.D. Candidate

คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

Faculty of Political Science, Ramkamhang University

บทคัดย่อ

ระบบการควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพต้องการความรู้ทางวิชาการ ความสามารถในการประสานงาน การสื่อสารกับประชาชน และศักยภาพในการบริหารจัดการ ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานควบคุมโรคส่วนใหญ่เป็นนักวิชาการ หน่วยงานควบคุมโรคจึงมีลักษณะเฉพาะตัว โดยนักวิชาการมีบทบาทในการตัดสินใจ กำหนดนโยบาย และกลยุทธ์ในการควบคุมโรค แต่การดำเนินงานยังคงเป็นไปตามกฎ ระเบียบ และการควบคุมจากส่วนกลาง ตามแบบแผนของระบบราชการ แนวคิดการจัดการภาครัฐมีที่มาจากความต้องการยกระดับศักยภาพในการจัดการ และเป็นหลักการพื้นฐานในการปฏิรูประบบราชการในประเทศต่างๆ รวมทั้งประเทศไทย บทความนี้ได้ทบทวน การศึกษาด้านการจัดการภาครัฐในสามด้าน คือ การสำรวจพื้นฐานด้านปรัชญา พัฒนาการอันเป็นที่มาทางทฤษฎี และการประยุกต์ใช้ในหน่วยงานควบคุมโรค การสำรวจพื้นฐานทางปรัชญาแบ่งกลุ่มปรัชญาของการจัดการภาครัฐ เป็นสี่สำนักคิด ซึ่งมีกระบวนทัศน์และแนวทางการแสวงหาความรู้ของการจัดการที่แตกต่างกัน พัฒนาการทางทฤษฎี ของแนวคิดการจัดการภาครัฐมีที่มาจากทฤษฎีรัฐประศาสนศาสตร์ โดยแนวคิดที่มีอิทธิพลสูงคือทฤษฎีทางเลือก สาธารณะ และทฤษฎีการจัดการในระยะต้น แนวคิดนี้มุ่งเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ด้านโครงสร้างและการใช้อำนาจของรัฐ ในเวลาต่อมาได้เพิ่มความสนใจในเทคนิคการจัดการ บทบาทของผู้บริหาร และสนับสนุนให้ใช้รูปแบบการจัดการของภาคเอกชน ทำให้แนวคิดนี้มีจุดเน้นที่แตกต่างกันสองด้าน ด้านแรกเน้นการใช้หลักโครงสร้าง และเหตุผล ด้านที่สองเน้นที่คนในองค์กรตามทฤษฎีของสำนักมนุษยนิยม การประยุกต์ใช้ในหน่วยงานด้าน ควบคุมโรคจึงต้องการ ความเข้าใจพื้นฐานทางทฤษฎีและเลือกใช้เฉพาะส่วนที่เหมาะสมกับคุณสมบัติของหน่วยงาน ที่มีความเป็นวิชาชีพสูง การปรับบทบาท ภารกิจ และขนาดของหน่วยงาน การปรับปรุงระบบการจัดการ ทำให้เกิด กระบวนการจัดการแบบใหม่ ซึ่งซับซ้อนขึ้นเป็นหน่วยงานวิชาการและการจัดการทรัพยากรมนุษย์ตามรูปแบบของ ภาคเอกชนเข้าด้วยกัน

Abstract

Disease control management is a system of coordinated health care interventions and communications for people, which needs technical skill, social skill and management capacity. In disease control organizations, professionals play a major role in organizing and providing disease control programs. However, the organizations are also controlled by the government. This form of the organizations has to follow many bureaucratic rules and strong professional control over the management process. The effectiveness of disease control management depends on management capacity to integrate all resources together.

Public management is the subject of a rapidly growing science that is international in scope and multifarious in contents. This article presents the finding of literature review on philosophical investigation, theoretical origin and implication of public management concepts for disease control organizations. The philosophical investigation identify competing philosophical paradigm that underpin contending perspective on what constitutes good public management. It then reviews the evolving literature on the development of administration taught which have theoretical influence from public choice theory and management theory. The earliest conception of public management was as a structure of governance, that is, a formal means for constraining and overseeing the exercise of state authority by public managers, in recent decades, increasing emphasis has been placed on public management as a craft practiced by specific individuals in specific managerial roles. New Public Management (NPM) represent infusion of private style management idea and technique into public services. There are different subtypes reflecting distinct managerial school of taught; 'hard NPM' and 'soft NPM'. The public management concepts move locus of control and absorb professionals into a new management function, 'Soft NPM', associated with human relation school of private sector management rather than account logic, which some implication to disease control organization.

ประเด็นสำคัญ-

การจัดการภาครัฐ
หน่วยงานควบคุมโรค

Keywords

Public management concepts,
Disease control organization

บทนำ

งานควบคุมโรคเป็นงานในลักษณะการปฏิบัติการและประสานงาน เพื่อนำความรู้ในการควบคุมโรคต่างๆ สู่สารกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและกับประชาชนผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานควบคุมโรค ส่วนใหญ่เป็นนักวิชาการซึ่งมีบทบาทในการตัดสินใจ กำหนดนโยบาย และกลยุทธ์ในการควบคุมโรค อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานของหน่วยงานควบคุมโรคของรัฐยังคงเป็นไปตามแบบแผนของกฎ ระเบียบ และการควบคุมจากส่วนกลาง ระบบการควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพจึงต้องการทักษะด้านวิชาการ ทักษะทางสังคม และศักยภาพในการจัดการ

แนวคิดการจัดการภาครัฐเป็นความรู้สาขารัฐประศาสนศาสตร์ ที่ต้องการยกระดับประสิทธิภาพ และศักยภาพการบริหารของหน่วยงานของรัฐ อันเป็นหลักการสำคัญในการปฏิรูประบบราชการในประเทศต่างๆ ทั่วโลก ซึ่งทำให้มีการเปลี่ยนแปลงปรัชญา

กระบวนการ กลยุทธ์ และเทคนิคสองแนวทาง คือ การปรับบทบาท ภารกิจ และขนาดของหน่วยงานของรัฐ และการปรับปรุงระบบการทำงานของรัฐ⁽¹⁾ แนวคิดการจัดการภาครัฐเป็นการรวบรวมความรู้ด้านการจัดการอย่างกว้างๆ และกล่าวถึงสิ่งที่เปี่ยมคุณธรรมสูง ผู้ปฏิบัติต้องทำความเข้าใจ และประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับสภาพของหน่วยงาน คือ “รู้จักจริง” “เลือกใช้เป็น” และ “หลีกเลี่ยงการไหลตามกระแส”⁽²⁾ หากผู้ปฏิบัติมีความเข้าใจพื้นฐานในทางทฤษฎีผสมผสานกับประสบการณ์จริงที่ได้เรียนรู้จากการทำงานในชีวิตประจำวัน ย่อมทำให้เกิดการยกระดับศักยภาพในการบริหารตามวัตถุประสงค์ของการปฏิรูประบบราชการ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะทบทวนเกี่ยวกับพื้นฐานทางปรัชญา พัฒนาการของทฤษฎี และแนวคิดการจัดการภาครัฐ เพื่อให้เข้าใจถึงที่มาอันเป็นพื้นฐานของการปฏิรูประบบราชการ และวิเคราะห์ถึงรูปแบบการนำแนวคิดนี้มาประยุกต์ใช้ในหน่วยงานควบคุมโรค

ซึ่งมีรูปแบบการทำงานที่มีลักษณะเฉพาะในด้านความเป็นหน่วยงานวิชาการ ขณะเดียวกันก็ต้องสามารถสื่อสารกับหน่วยราชการอื่นและประชาชนทุกระดับอย่างทั่วถึงเพื่อให้ระบบการควบคุมโรคมีศักยภาพและมีประสิทธิภาพ

แรงกดดันจากปี-หาของระบบราชการ

นักวิชาการได้กล่าวถึงปัญหาของระบบราชการนานาประการ คือ (1) การบริหารราชการมีจุดอ่อนจากการยึดหลักโครงสร้างและหน้าที่ ซึ่งมองมนุษย์เป็นเพียงกลไกของโครงสร้าง จึงไม่ส่งเสริมการใช้ปัญญาและมีความเคยชินกับความไร้ประสิทธิภาพ (2) ข้อต่อจากการยึดกฎระเบียบ ซึ่งทำให้ข้าราชการที่มีศักยภาพและความกระตือรือร้นถูกจำกัดบทบาทจากการที่ระบบไม่ยืดหยุ่น ไร้ประสิทธิภาพ ปรับตัวตามสถานการณ์ได้ยาก และเกิดการเบี่ยงเบน ทำให้กระบวนการกลายเป็นเป้าหมาย (3) ข้อต่อที่เกิดจากแนวโน้มนการรวมอำนาจและสร้างอาณาจักร (4) หน่วยงานภาครัฐไม่สามารถใช้รางวัลและสิ่งจูงใจที่เพียงพอในการกระตุ้นให้ข้าราชการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นอีกหลายประการ อันเป็นมูลเหตุของความล้มเหลวของรัฐเช่นกัน อาทิเช่น การผูกขาดผลประโยชน์ส่วนตน การแย่งชิงงบประมาณเพื่อผลประโยชน์หน่วยงานของตนเองเพื่อให้มีอำนาจ และสถานภาพสูงขึ้นไป รวมถึงระบบการเมืองที่ไม่สมบูรณ์ด้วยลักษณะทั้งหมดนี้จึงเป็นแรงผลักดันที่ทำให้รัฐจำเป็นต้องปรับปรุงตนเอง⁽³⁻⁵⁾

การแสวงหาความรู้เพื่อยกระดับการบริหารของรัฐผ่านกระบวนการทัศน์ทางรัฐประศาสนศาสตร์ มีกลุ่มแนวคิดที่มีอิทธิพลในหลังทศวรรษที่ 1980 ซึ่งเรียกว่า “แนวคิดการจัดการภาครัฐแนวใหม่” (New Public Management-NPM) ซึ่งต่อมาได้ใช้คำเรียกอื่นๆ จนเป็นที่แพร่หลายในวงการวิชาการด้านรัฐประศาสนศาสตร์ว่า การจัดการภาครัฐ (public management) กระบวนทัศน์หลังระบบราชการ (post bureaucratic paradigms) การยกระดับระบบราชการ (reinventing government) หรือการบริหารที่อิงหลัก

กลไกตลาด (market related model) อันเป็นการรวมปรัชญา ค่านิยม แนวทางการจัดการ และข้อควรปฏิบัติที่สนับสนุนให้ลดความแตกต่างระหว่างการจัดการในภาครัฐกับภาคเอกชนลง⁽⁶⁻⁸⁾

ปรัชญาของแนวคิดการจัดการภาครัฐสี่สำนัก ความคิด ในปี พ.ศ. 2548 Dixon and Dogan ได้รวบรวมแนวทางปรัชญา วิธีการมองปัญหา และแบบแผนที่ใช้ในการศึกษาการจัดการภาครัฐ เขียนเผยแพร่เป็นบทความเรื่อง “The contending perspectives on public management: a philosophical investigation”⁽⁹⁾ ผู้เขียนจัดกลุ่มสำนักความคิดเป็นสี่กลุ่ม ซึ่งต่างมีสิ่งที่ต้องการศึกษา และแนวทางการศึกษาที่ชัดเจนในแบบแผนของตน คือ (1) สำนัก Naturalist Structuralism ซึ่งมองการจัดการภาครัฐในฐานะของกระบวนการทำงานระเบียบวิธีการบริหาร และการควบคุม (2) สำนัก Naturalist Agency ซึ่งมองแนวคิดการจัดการภาครัฐในฐานะผู้ประกอบการที่ต้องการผลลัพธ์ และต้องการการกระจายอำนาจ การมีขอบเขตการตัดสินใจที่มากพอเพื่อทำให้องค์การมีผลผลิตสูง (3) สำนัก Hermeneutic Structuralism ซึ่งมองแนวคิดการจัดการในฐานะของเครื่องมือการจัดการที่ยืดหยุ่นที่และพันธกิจองค์การจึงมีลักษณะที่ไม่ซับซ้อน มีระดับการบังคับบัญชาชั้นน้อย และไม่มีการรวมศูนย์อำนาจผู้บริหารทำหน้าที่ โดยการสร้างเป้าหมายร่วมกัน และคนในองค์การต่างรู้หน้าที่และบทบาทของตน (4) สำนัก Hermeneutic Agency ซึ่งมององค์การในฐานะองค์การที่ต้องทำงานเพื่อความอยู่รอด มีอำนาจการจัดการแบบรวมศูนย์ และเต็มไปด้วยความขัดแย้ง บทบาทของบุคคลต่างๆ สันนิบาไปตามสถานการณ์ ความจำเป็นสำหรับแนวคิดนี้ ค่านิยมและความมีประสิทธิภาพ เป็นสิ่งที่เลื่อนลอยและกระบวนการต่างๆ ถูกกำกับด้วยรางวัลและการลงโทษ

ที่มาของทฤษฎีแนวคิดการจัดการภาครัฐ

พัฒนาการทางทฤษฎีของแนวคิดการจัดการภาครัฐเป็นไปในรูปแบบของวงจร คือ การนำเสนอ

แนวคิดการนำไปใช้ ความตื่นตัวกับรูปแบบใหม่ และการค้นพบแนวทางที่ดีที่สุด ตามด้วยการเกิดผลที่บางครั้งอาจ มิได้เป็นไปตามความคาดหวัง จนในที่สุดเป็นการแก้ไข และพัฒนาต่อไป ทำให้แนวคิดการจัดการภาครัฐ ในเวลาต่อมาเปลี่ยนจุดเน้นไปสนใจปัญหาเฉพาะให้ความสำคัญกับบริบททางวัฒนธรรม และศึกษาหลักในรายละเอียดภายในองค์กรมากขึ้น⁽¹⁰⁾

แนวคิดการจัดการภาครัฐสนับสนุนให้หน่วยงานปรับเปลี่ยนวิธีการทำงานภายใต้การบริหารที่อิงหลักการตลาด ซึ่งใช้หลักการจูงใจแทนการควบคุม และเลือกใช้วิธีการจัดการรูปแบบอื่นๆ ที่แตกต่างไปจากวิธีที่เคยใช้ในระบบราชการ เช่น การจ่ายค่าตอบแทนตามผลงาน (performance related pay) หรือการควบคุมการทำงานด้วยความสัมพันธ์เชิงสัญญา (contractual relationship)⁽¹¹⁾

เมื่อปี 2544 Gruening ได้อธิบายคุณลักษณะของแนวคิดการจัดการภาครัฐแนวใหม่ว่าเป็นผลของพัฒนาการของความรู้ในทางรัฐประศาสนศาสตร์โดยมีการนำแนวคิดในด้านต่างๆ มารวมกันเพื่อแก้ไขจุดอ่อนของระบบราชการและพัฒนาจนเป็นจุดตั้งต้นของแนวคิดการจัดการภาครัฐแนวใหม่ ซึ่งมาจากรากฐานทางรัฐประศาสนศาสตร์สาขาต่างๆ⁽¹²⁾ อันประกอบด้วยกลุ่มนักวิชาการทางรัฐประศาสนศาสตร์ในยุคต้น กลุ่ม Neoclassic กลุ่ม public choice กลุ่ม modern institution economics กลุ่ม property right theory กลุ่ม principal-agent theory กลุ่ม transaction costs economics กลุ่ม New Public Administration--NPA กลุ่ม constitutionalism กลุ่ม comunitarianism และกลุ่ม discourse theory กลุ่มวิเคราะห์นโยบาย และกลุ่มการจัดการภาครัฐ

กลุ่มนักวิชาการทางรัฐประศาสนศาสตร์ยุคต้นต้องการแก้ไขความไร้ประสิทธิภาพ และการคอร์รัปชัน นำเสนอหลักการแยกการบริหาร และการจัดการ หรือ politics-administration dichotomy เสนอให้ใช้ความรู้ที่อิงศาสตร์การบริหารทฤษฎีองค์กร และหลักการจัดการในหน่วยงานภาครัฐ

นักรัฐประศาสนศาสตร์ในกลุ่ม Neoclassic ระบุถึงปัญหาด้านการตัดสินใจของระบบราชการ โดยมักใช้สามัญสำนึกแทนการคิดอย่างวิทยาศาสตร์ ทำให้มีการใช้หลักพฤติกรรมศาสตร์ หลักการจัดโครงสร้างตามหน้าที่ (structural functionalism) และหลักการของทฤษฎีระบบในการตัดสินใจของหน่วยงานของรัฐมากขึ้น ทำให้ระบบราชการเข้มแข็งขึ้นระดับหนึ่ง จุดเปลี่ยนที่สำคัญคือการปรับปรุงระบบงบประมาณ อิทธิพลของแนวคิดดังกล่าวทำให้มีการศึกษาวิจัยอย่างเป็นระบบ พบว่าความเป็นไปต่างๆ ขององค์กรนั้นซับซ้อน และมีการขยายตัวของความรู้ โดยเฉพาะการยอมรับ "ความจริง" และ "ค่านิยม" เพื่อประโยชน์ของประชาชนโดยรวม

นักทฤษฎีด้าน public choice มีอิทธิพลสูงต่อแนวคิดการจัดการภาครัฐแนวใหม่ นักวิชาการกลุ่มนี้ยอมรับและนำธรรมชาติความเป็นมนุษย์มาเป็นปัจจัยหนึ่งในการศึกษาวิจัยเพื่ออธิบายปรากฏการณ์ทางสังคม หลักเหตุผลในการตัดสินใจจึงรวมถึงผลประโยชน์เฉพาะตนของมนุษย์ และนำมาอธิบายข้อต่อที่เกิดจากแนวโน้มการรวมอำนาจ สร้างอาณาจักร และความไร้ประสิทธิภาพของระบบราชการจากการผูกขาดผลประโยชน์ส่วนตน การแย่งชิงงบประมาณเพื่อให้หน่วยงานของตนมีอำนาจและสถานภาพสูงขึ้น โดยมีกลุ่มนักวิชาการที่สนับสนุนระบบการบริหารที่มีศูนย์กลางการปกครองหลายศูนย์ (polycentric administrative system) ข้อเสนอของนักวิชาการกลุ่มนี้ต้องการปรับปรุงการทำงานของภาครัฐด้วยการกระจายอำนาจในการบริหารแทนการบริหารแบบรวมศูนย์ ซึ่งใช้หลักการแข่งขันในการจัดหาบริการสาธารณะแก่ประชาชน โดยรัฐมีหน้าที่สร้างระบบการเงินที่เอื้ออำนวยต่อการจัดหาบริการดังกล่าว

Gruening ได้อ้างถึงนักวิชาการในกลุ่มอื่นๆ ได้แก่ กลุ่ม modern institution economics ซึ่งมีความเห็นในทิศทางเดียวกับกลุ่มนักวิชาการด้าน public choice แต่ให้น้ำหนักต่อความต้องการของปัจเจกบุคคลอันเป็นปัจจัยความเป็นมนุษย์มากขึ้น และ

คัดค้านการจัดสวัสดิการสังคม นักวิชาการกลุ่ม property right theory ซึ่งมีฐานคิดว่าประชาชนเป็นผู้มอบสิทธิในทรัพย์สินของตน และของส่วนรวมเป็นการชั่วคราวให้กับผู้ปกครอง เพื่อปกครองและสนใจการจัดการทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ นักวิชาการกลุ่ม principal-agent theory มีมุมมองในการวิเคราะห์ว่าควรมีการแบ่งแยกระหว่างเจ้าของและฝ่ายบริหารเสนอให้ใช้ระบบการจูงใจและกำกับดูแลหน่วยงานของรัฐโดยใช้หลักความสัมพันธ์แบบนายจ้าง (agency relationship) และนักวิชาการในกลุ่ม transaction costs economics ซึ่งสนใจในประเด็นของการใช้กลไกตลาดในการเพิ่มประสิทธิภาพและผลผลิตของหน่วยงานภาครัฐ

ทฤษฎีอีกด้านหนึ่งซึ่งนำมาใช้เสริมกับทฤษฎีในกลุ่ม public choice ได้แก่ (1) แนวคิดการจัดการแบบมนุษยนิยม (humanistic management) ซึ่งประกอบด้วยทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการ (hierarchy of needs) ของ Maslow ที่ให้ความสำคัญกับความต้องการความสำเร็จของมนุษย์ และแนวคิดของ Douglas McGregor ที่ให้ความสำคัญต่อ “คน” ในฐานะศูนย์กลางในการบริหารจัดการ โดยเชื่อว่าความต้องการมีชีวิตที่ดีงามและมีความสุข และคนในองค์กรสามารถพัฒนาตนเองได้หากมีบรรยากาศการทำงานที่ดี (2) แนวคิดที่ยึดบรรทัดฐานที่ควรเป็นของการปกครองตามแนวทางของ NPA ซึ่งเกิดขึ้นในเวลาที่มีความรู้ทางรัฐประศาสนศาสตร์ขาดเอกลักษณ์และผันผวน และมีอิทธิพลต่อแนวคิดในเวลาต่อมาโดยได้ถูกเถียงถึงบรรทัดฐานและค่านิยมในทางรัฐประศาสนศาสตร์ และพัฒนาต่อมาเป็นกลุ่ม Blacksberrg perspective เช่น Gary L. Wamsley และ James F. Wolf และกลุ่ม constitutionalism เช่น John Rhor (3) กลุ่มนักวิชาการที่เน้นถึงบรรทัดฐาน และสิ่งที่ควรเป็นอีกกลุ่มหนึ่ง คือ กลุ่ม comunitarianism ซึ่งเชื่อว่าการอยู่ร่วมกันของคนในสังคมมีลักษณะของสังคมการเมือง โดยความเป็นคนที่สมบูรณ์จะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อสามารถมีส่วนร่วมทางการเมืองได้เท่านั้น จึง

สนับสนุนการเปลี่ยนแปลงไปสู่การมีส่วนร่วมในทางการเมือง และการบริหารมากขึ้น เช่น Terry Cooper และ Benjamin R. Barber ส่วนนักวิชาการกลุ่ม discourse theory เช่น Fox and Miller สนับสนุนการใช้แนวทางใหม่ในรูปแบบของเครือข่ายด้านนโยบาย เพื่อสร้างข้อถกเถียงและหาข้อสรุปทางนโยบายที่สามารถสร้างสมดุลระหว่างผลประโยชน์ส่วนตนและผลประโยชน์ของส่วนรวมให้เกิดขึ้น⁽¹²⁾

ความรู้ในกลุ่มวิเคราะห์นโยบาย (policy analysis) ซึ่งแตกแขนงจากรัฐประศาสนศาสตร์ในทศวรรษที่ 1970 ได้กลับมาเป็นส่วนหนึ่งของพื้นฐานของแนวคิด NPM แนวทางของการวิเคราะห์นโยบายในยุคต้นได้ใช้วิธีการวิเคราะห์นโยบายเพื่อค้นหาวิธีการที่มีส่วนได้ส่วนเสีย และผู้ได้รับผลของนโยบาย (analysis of policy) กับการวิเคราะห์สำหรับกำหนดนโยบายเพื่อหาวิธีที่ดีที่สุดในการแก้ปัญหาของสังคม (analysis for policy) ซึ่งต้องการข้อมูลและวิธีการที่เป็นวิทยาศาสตร์ในการกำหนดนโยบาย ปัญหาที่พบคือการขาดข้อมูลที่เพียงพอในการตัดสินใจด้านนโยบาย และความล้มเหลวของรัฐจากการเมืองที่ไม่สมบูรณ์⁽¹²⁾

กลุ่มของนักวิชาการตามแนวคิดการจัดการภาครัฐเห็นว่าความรู้ในกลุ่มวิเคราะห์นโยบายนั้นยังไม่เพียงพอสำหรับใช้ในการทำงานของรัฐ กลุ่มความรู้นี้มีแนวทางคล้ายกับทฤษฎีการจัดการ และมีพัฒนาการในทางวิชาการเป็นสองแนวทาง แนวทางแรกสนับสนุนการจัดการตามหลักเหตุผล (rational or mechanistic public management) เช่น หลักการใช้หลักงบประมาณฐานศูนย์ (zero based budgeting) วิธีการจัดการอย่างมีเป้าหมาย (management by objective) การตรวจสอบและการวัดผลงานการประยุกต์ใช้หลักการตลาด ซึ่งทั้งหมดที่กล่าวมาเป็นการรวบรวมข้อมูลมาใช้วิเคราะห์เพื่อแสวงหาทางออกของปัญหาในการจัดการ การวัดผลงาน และการให้ตอบแทนตามบริการหรือตามผลงาน แนวทางที่สองสนับสนุนแนวคิดการจัดการแบบองค์การที่มีชีวิต (organic and humanistic public management) เช่น การพัฒนาองค์การ (organization

development) การจัดการคุณภาพ (total quality management) หรือการจัดการด้านวัฒนธรรม (culture-oriented strategic management)

จากการวิเคราะห์ของ Gruening คุณลักษณะต่างๆ ของแนวคิดการจัดการภาครัฐได้ปฏิเสธความรู้ทางรัฐประศาสนศาสตร์ที่เคยมีมาก่อน แต่จัดแบบแผนใหม่โดยได้รับอิทธิพลจากทฤษฎี principal-agent theory และทฤษฎีเศรษฐศาสตร์สถาบันใหม่ (New Institution Economics, NIE) ซึ่งสามารถจัดกลุ่มรูปแบบการทำงานของรัฐ ได้ดังนี้

1. การลดงบประมาณ และการแปรรูป ซึ่งจำเป็นต้องทำเนื่องจากปัญหาทางเศรษฐกิจของประเทศ อันเป็นข้อเสนอของกลุ่ม Public Choice กลุ่มที่สนับสนุนแนวทางของระบบเศรษฐกิจเสรีนิยม (Austrian school) กลุ่ม Property Right และกลุ่มแนวทางการจัดการตามหลักเหตุผล

2. การแยกผู้ซื้อและผู้จัดหาบริการออกจากกัน เป็นข้อเสนอของกลุ่ม polycentrical administrative system และกลุ่มที่สนับสนุนการจัดการตามหลักเหตุผล รูปแบบที่ใช้ ได้แก่ การจัดซื้อจัดจ้างจากภายนอก การเก็บค่าธรรมเนียมและคูปองอุดหนุน การให้ความสำคัญต่อลูกค้า

3. การแข่งขัน เป็นข้อเสนอของกลุ่ม public choice โดยมีหลักในการทำงาน คือ การให้อิสระในการทำงานแก่ผู้นำ เพื่อให้เกิดความยืดหยุ่น และความคล่องตัว

4. การแยกการเมืองจากการบริหาร เป็นข้อเสนอของกลุ่มนักวิชาการรัฐประศาสนศาสตร์ดั้งเดิม และกลุ่มนโยบายสาธารณะ รูปแบบการทำงาน คือ การกระจายอำนาจซึ่งนักรัฐประศาสนศาสตร์ Neoclassic กลุ่ม public choice กลุ่ม transaction cost economics และกลุ่ม NPA ได้สนับสนุนแนวทางนี้เช่นกัน

5. การตรวจสอบได้ของหน่วยงานภาครัฐ (accountability) มีที่มาจากแนวคิดรัฐประศาสนศาสตร์ดั้งเดิม นักรัฐประศาสนศาสตร์ neoclassic กลุ่ม public choice กลุ่มวิเคราะห์นโยบาย กลุ่มการจัดการที่อิงหลักเหตุผล ซึ่งสนับสนุนการใช้วิธีการจัดการในรูปแบบของภาคเอกชน และกลุ่ม principal-agency theory

6. การวางแผนกลยุทธ์และการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการบริหารเป็นข้อเสนอของกลุ่มการจัดการที่อิงหลักเหตุผล และความต้องการปรับปรุงการจัดการด้านทรัพยากรมนุษย์และวิธีการในการจูงใจของกลุ่ม humanistic management

7. การจัดการด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศ เป็นหลักการอันเกิดจากความต้องการในทางปฏิบัติ ที่ต้องการนำเทคโนโลยีมาใช้เพิ่มความสะดวกและประสิทธิภาพในการทำงาน

8. การลดข้อจำกัดด้านงบประมาณมีที่มาจากข้อเสนอของกลุ่ม public choice

9. การปรับปรุงกฎ ระเบียบ มีที่มาจากข้อเสนอของกลุ่ม property right theory และกลุ่ม public choice

10. การใช้หลักเหตุผลและระบบความยุติธรรม และการจัดโครงสร้างทางกฎหมาย เป็นวิธีการของนักวิชาการรัฐประศาสนศาสตร์ดั้งเดิม ซึ่งยังคงใช้ในหลักการของการจัดการภาครัฐ โดยเฉพาะในด้านการวิเคราะห์ และประเมินนโยบาย

11. หลักประชาธิปไตยและการมีส่วนร่วม เป็นแนวคิดหลักของกลุ่ม NPA และกลุ่มที่นำแนวคิดนี้ไปพัฒนาในระยะต่อมา เช่น กลุ่ม Blacksborg perspective กลุ่ม communitarian และกลุ่ม discourse theory รูปแบบของการจัดการภาครัฐซึ่งจัดกลุ่มตามองค์ประกอบ และที่มาในทางทฤษฎีของแนวคิดการจัดการภาครัฐ แบ่งเป็น 24 รูปแบบ ดังนี้ (ดูตาราง 1)

ตารางที่ 1 องค์ประกอบและที่มาในทางทฤษฎีของแนวคิดการจัดการภาครัฐ (15) รูปแบบการจัดการกลุ่มทฤษฎี

รูปแบบการจัดการ	กลุ่มทฤษฎี										
	ทฤษฎีรัฐประศาสนศาสตร์ยุคต้น	ทฤษฎีรัฐประศาสนศาสตร์ Neoclassic	กลุ่ม public choice	เศรษฐกิจเสรีนิยม	กลุ่มที่สนับสนุนแนวทางของระบบเศรษฐกิจเสรีนิยม	กลุ่ม Principal-agent theory	กลุ่ม Property right	กลุ่ม Transactional cost	กลุ่ม New public administration	กลุ่ม Constitutionalism	กลุ่ม Communitarism
1. การลดงบประมาณ	X	X	X	X							X
2. การแปรรูป			X	X		X				X	X
3. การแยกผู้ซื้อและผู้จัดหาบริการ			X		X		X				
4. การจัดซื้อจัดจ้างจากภายนอก			X	X			X		X		X
5. การเก็บค่าธรรมเนียมและ คูปองอุดหนุน											X
6. การให้ความสำคัญต่อลูกค้า								X			X
7. การแข่งขัน			X								X
8. ความยืดหยุ่นในการจัดการ										X	X
9. การแยกการเมืองจากการบริหาร	X	X								X	X
10. การตรวจสอบผลงาน	X	X			X						X
11. การกระจายอำนาจ	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
12. การวัดผลงาน	X	X			X						X
13. การปรับปรุงระบบการตรวจสอบ การจัดการด้านการเงิน	X	X			X						X
14. การดำเนินการตรวจสอบ	X	X			X						X
15. การวางแผนและดำเนินกลยุทธ์		X									X
16. การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการบริหาร		X						X			X
17. การจัดการทรัพยากรมนุษย์					X						X
18. การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ											
19. การลดข้อจำกัดด้านงบประมาณ			X								
20. การปรับปรุงกฎระเบียบ			X								
21. การใช้หลักเหตุผลและระบบ ความยุติธรรม	X	X								X	X
22. การใช้หลักเหตุผลในการ จัดโครงสร้าง		X								X	X
23. การวิเคราะห์และประเมิน		X								X	X

การติดตามผลการปฏิรูประบบราชการใน
ระยะ 20 ปี ที่ผ่านมา พบว่า มีทั้งความสำเร็จ
ความผิดพลาด และความแปรเปลี่ยนไปจากแนวคิด
ต้นแบบ ซึ่ง Hood and Peters (2004, p. 267) เรียกว่า

“การกลายพันธุ์” (traits or variants) ในบทความที่เขียน
ขึ้นในปี 2004 เรื่อง The Middle Aging of New Public
Management: Into the Age of Paradox? ⁽¹³⁾
บทบาทของผู้บริหารหน่วยงานภาครัฐ ซึ่งหลาย

บทบาทหน้าที่ทั้งในด้านความสัมพันธ์กับการเมืองภายนอก และหน้าที่การจัดการภายในองค์กรยังมีส่วนจำกัดนาาประการ เช่น วิธีการตัดสินใจ ความมีอิสระ ความยืดหยุ่นในการจัดการ ทำให้ข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์ และอธิบายในการสร้างสมดุลระหว่างการเมือง นโยบาย และการจัดการภายในของหน่วยงานจึงยังมีไม่เพียงพอ อย่างไรก็ตามมีการศึกษาอีกจำนวนหนึ่งพบว่า มีการพัฒนาในทางที่ดีขึ้นในด้านความเป็นผู้ประกอบการความกระตือรือร้น และผลงานของหน่วยงานภาครัฐ สิ่งที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน คือ การศึกษาเกี่ยวกับการจูงใจ โดยพบว่าหน่วยงานของรัฐมีข้อจำกัดทางโครงสร้างในการใช้สิ่งจูงใจ เช่น การจ่ายค่าตอบแทน และความก้าวหน้า การจูงใจในภาครัฐส่งผลถึงผลผลิตได้น้อยกว่าภาคเอกชน สิ่งที่น่าสนใจมากกว่า คือ ปัจจัยตัวมีอิทธิพลต่อผลการปฏิบัติงาน และพฤติกรรมของคนในองค์กร อย่างไรก็ตามจะเพิ่มหรือกระตุ้นแรงจูงใจด้วยวิธีการใด และรัฐจะแก้ปัญหข้อจำกัดในการสร้างแรงจูงใจได้อย่างไร หากหน่วยงานของรัฐใช้วิธีกระตุ้นและจูงใจรูปแบบใหม่ๆ จะทำให้ทัศนคติและพฤติกรรมแตกต่างจากเดิมได้หรือไม่⁽¹⁴⁾ นอกจากนั้นการศึกษายังชี้ชัดติดตามประเมินผลการปฏิรูปในประเทศไทยกำลังพัฒนา แสดงให้เห็นว่าคุณสมบัติความเป็นระบบราชการของแต่ละประเทศ มีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อความสำเร็จ ความล้มเหลว หรือการเกิดผลข้างเคียงที่มีได้คาดหมาย⁽¹⁵⁾

การประยุกต์ใช้ในหน่วยงานด้านควบคุมโรค

หน่วยงานด้านควบคุมโรค มีคุณสมบัติเฉพาะเนื่องจากเป็นหน่วยงานวิชาการซึ่งมีหน้าที่ประสานงานในการใช้เครื่องมือและวิธีการควบคุมโรคต่างๆกับประชาชนโดยตรง ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานควบคุมโรคส่วนใหญ่เป็นนักวิชาการ หน่วยงานควบคุมโรคจึงมีลักษณะเฉพาะตัว โดยนักวิชาการมีบทบาทในการตัดสินใจกำหนดนโยบาย เลือกใช้กลยุทธ์และเทคนิคในการควบคุมโรค แต่การดำเนินงานยังคงเป็นไปตามกฎระเบียบ และการควบคุมจากส่วนกลางตามแบบแผน

ของระบบราชการ

การเพิ่มศักยภาพในการบริหารตามแนวคิดการจัดการภาครัฐทำให้มีการเปลี่ยนแปลงปรัชญาการจัดการแนวทางในการปฏิบัติด้านกลยุทธ์ และบทบาทของผู้บริหาร ปรัชญาการจัดการทำหน้าที่เป็นกรอบควบคุมบทบาทความสัมพันธ์ของกระบวนการดำเนินงานอันเป็นเครื่องมือในทางนโยบาย สิ่งที่เป็นรูปธรรม คือการปรับเปลี่ยนโครงสร้างและอำนาจของรัฐด้วยนโยบายกระจายอำนาจและการปรับโครงสร้างส่วนในภาคปฏิบัติ สิ่งที่เปลี่ยนแปลงคือการยอมรับและประยุกต์ใช้รูปแบบการจัดการของภาคเอกชน

มีการศึกษาและข้อถกเถียงการใช้รูปแบบการจัดการของภาคเอกชน ภาครัฐ ในด้านความเหมือนและความแตกต่างของหน่วยงานทั้งสองรูปแบบโดยมีทั้งผู้สนับสนุนและผู้ที่ไม่เห็นด้วย อย่างไรก็ตามมีข้อมูลที่ยืนยันว่าหน่วยงานภาครัฐมีผลการปฏิบัติงานด้านบริการต่ำกว่าและเปลี่ยนแปลงได้ยากกว่าภาคเอกชน แต่การสำรวจทัศนคติด้านการพัฒนาองค์กรใน 270 หน่วยงาน ในปี 1985 พบว่า ได้รับความสำเร็จกว่าร้อยละ 80 ทั้งยังพบนวัตกรรมต่างๆ ในหน่วยงานภาครัฐมิได้แตกต่างไปจากภาคเอกชน⁽¹⁶⁾ ความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลง และนวัตกรรมแสดงให้เห็นว่า ข้อสรุปถึงความไม่ยืดหยุ่นของหน่วยงานภาครัฐนั้น เป็นข้อสรุปที่อาจจะมากเกินไป (over-generalize harmfully)⁽¹⁴⁾ การประยุกต์ใช้วิชาการจัดการในรูปแบบของภาคเอกชนในหน่วยงานควบคุมโรคจำเป็นต้องเลือกใช้ในส่วนที่มีความเหมาะสมกับคุณสมบัติของหน่วยงานภาครัฐใช้หลักการบังคับบัญชา กฎ ระเบียบ และความเป็นทางการ ส่วนภาคเอกชนใช้หลักความยืดหยุ่น ความสามารถในการปรับตัว และความคิดสร้างสรรค์ การนำมาประยุกต์ใช้ผสมผสานไปกับระบบราชการในแบบดั้งเดิม จึงต้องการความเข้าใจของผู้ปฏิบัติก่อนที่จะแปรรูปไปเป็นกลยุทธ์ มาตรการ เทคนิคการบริหาร และสิ่งที่สำคัญยิ่ง คือ การคงค่านิยมที่สำคัญของรัฐ ได้แก่ ความเท่าเทียม จริยธรรม และความยุติธรรม ท่ามกลางบริบทที่มีความซับซ้อน ผันผวน เต็มไปด้วยการแข่งขัน และความไม่เท่าเทียม⁽¹⁷⁾

Ferlie และ Geraghty ได้รวบรวมการศึกษาเกี่ยวกับความเป็นองค์การด้านวิชาชีพจากมุมมองของนักวิชาการด้านนโยบายสาธารณะ ด้านทฤษฎีองค์การและด้านเศรษฐศาสตร์การเมือง ในบทความเรื่อง professionals in public service organization⁽¹⁸⁾ สรุปได้ว่าลักษณะของหน่วยงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข เช่น ในหน่วยงานด้านควบคุมโรคเป็นองค์การที่มีความเป็นวิชาชีพสูง คุณลักษณะดังกล่าวมีอิทธิพลต่อระบบการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน ทั้งในระดับนโยบายและระดับการจัดการในองค์การ

ในด้านนโยบาย ผู้ที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพและการแพทย์มักเป็นผู้มีความรู้ทางวิชาชีพเฉพาะด้าน และมีการรวมกลุ่มเป็นองค์การเฉพาะทางเช่นเดียวกับนักกฎหมาย หรือนักวิทยาศาสตร์ จากตัวอย่างของประเทศสหรัฐอเมริกา วัฒนธรรมของกลุ่มวิชาชีพมีอิทธิพลค่อนข้างสูงต่อนโยบาย โดยแพทย์ผู้มีอาวุโสมีอิทธิพลต่อเครือข่ายด้านนโยบาย (iron triangles) อันเป็นความสัมพันธ์ในระดับนโยบายด้านสาธารณสุข

ในระดับองค์การข้าราชการซึ่งทำงานในหน่วยงานควบคุมโรคจะทำงานในตำแหน่งถูกกำหนดด้วยวุฒิการศึกษา และยังมีคุณลักษณะเฉพาะของบุคคลซึ่งเกิดขึ้นในระหว่างกระบวนการเรียนรู้ก่อนที่จะเป็นผู้มีวิชาชีพเต็มตัว ทำให้วัฒนธรรมของวิชาชีพมีอิทธิพลค่อนข้างสูง องค์การในรูปแบบนี้ เรียกว่า “bureau-professionalism” โดยผู้ใช้วิชาชีพที่มีอาวุโสจะมีอิทธิพลสูง ความเป็นไปในองค์การจะถูกกำหนดจากกฎเกณฑ์ของระบบราชการ และการควบคุมทางวิชาชีพในเวลาเดียวกัน ซึ่งมาตรฐานทางวิชาชีพจะเป็นเสมือนสิ่งป้องกันข้าราชการกลุ่มนี้จากระบบการจัดการตามปกติของระบบราชการ และหากหน่วยงานภาครัฐใดมีศักยภาพในการจัดการต่ำ การควบคุมหรือสั่งการจากระดับบนจะทำได้ยากและอาจถูกต่อต้าน

ในด้านเศรษฐศาสตร์การเมือง กลุ่มผู้ใช้วิชาชีพหรือนักวิชาการในหน่วยงานของรัฐ จะมีฐานะ เสมือนเป็น “ผู้ผูกขาด” ซึ่งผู้บริโภคมิมีทางเลือกอื่น ผลคือกลไกตลาดหลักทางเลือกของผู้ใช้บริการ และกลไกราคา จึงใช้

ไม่ได้กับระบบเช่นนี้⁽¹⁹⁾ นอกจากนั้นอำนาจในการควบคุมการเคลื่อนไหวของแรงงานก็มีได้เป็นไปตามกลไกเสรี โดยนักวิชาการจะเป็นผู้ควบคุมกลไกต่างๆ ในตลาดแรงงานเกือบทั้งหมด จึงต้องมี วิธีการอื่นๆ มาใช้ในการจัดการและเสนอแนะให้นำความรู้สาขาหนึ่งที่แตกแขนงจากแนวทางของการจัดการภาครัฐ ซึ่งเรียกว่า soft NPM และ indirect managerialization

แนวคิดการจัดการภาครัฐด้าน soft NPM สนับสนุนให้ใช้วิธีการพัฒนาคุณภาพ การส่งเสริมความรู้และพัฒนาบุคลากร การจัดการด้านทรัพยากรมนุษย์ในเชิงการสร้างความรู้ผูกพันและแนวทางด้านวัฒนธรรมร่วมกับวิธีการ ซึ่งนักวิชาการ ในกลุ่ม principal-agent theory เสนอแนะ คือ การใช้ความสัมพันธ์เชิงสัญญา หรือ วิธีการจูงใจ เพื่อทำให้องค์การรูปแบบนี้ดำเนินการให้สอดคล้องตามนโยบายของรัฐ⁽¹⁸⁾

การใช้รูปแบบการจัดการของภาคเอกชนในหน่วยงานด้านควบคุมโรคซึ่งเป็นองค์การที่มีความเป็นวิชาชีพสูง จึงควรเลือกนำมาใช้เพียงบางส่วน ในมุมมองของผู้ทบทวนวรรณกรรม การบริหารงานและชีวิตประจำวัน หน่วยงานด้านควบคุมโรคมิได้อยู่นิ่งเพื่อคอยรับการชี้นำจากส่วนกลาง และมีได้เป็นผ้าขาวที่แนวคิดใดจะเข้าไปขีดเขียนในแนวทางที่ต้องการ หากแต่เป็นองค์การที่มีความรู้ และมีศักยภาพในการตอบสนองความต้องการของตนเอง มีพื้นฐานทางวัฒนธรรม ทั้งในทางบวกและในทางลบ ตลอดจนมีประสบการณ์ของการทำงานอย่างยาวนาน และได้ผ่านการทดสอบทั้งด้านผิดและด้านถูกจนเป็นแหล่งความรู้ทางการจัดการอันเป็นผลของการใช้ภูมิปัญญาชั้นสูงของมนุษย์เพื่อความอยู่รอด ซึ่งในที่สุดจะสามารถกลั่นกรอง ถ่ายทอด และเพิ่มพูนเป็นความรู้ได้ในที่สุด⁽²⁰⁾ ทางเลือกในการยกระดับศักยภาพ การบริหาร จึงอยู่ที่การมีพื้นฐานความรู้ที่แม่นยำ ความตั้งใจจริง และการใช้ภูมิปัญญาของผู้บริหารเพื่อเลือกใช้ความรู้เหล่านี้ในการยกระดับศักยภาพในการบริหารซึ่งจะนำไปสู่ความสำเร็จของงานควบคุมโรคในที่สุด

เอกสารอ้างอิง

1. จุไรรัตน์ จุลจักรวัฒน์. ความคิดในการปฏิบัตินิเทศการของข้าราชการไทยกับการจัดการภาครัฐแนวใหม่. คุษณินิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรดุษฎีบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.
2. Bowornwathana B. Putting new public management in good use: autonomous public organization in Thailand. In: Pollitt C, Talbot C, eds. Unbundled government: a critical analysis of the global trend to agencies, quangos and contractualisation. Oxon, UK: Routledge, 2005. p.247-63.
3. Merton RK. Bureaucratic structure and personality. In: Shafritz JM, Ott JS, eds. Classics of organization theory, 5th ed. New York: Harcourt College, 1957. p.103-11.
4. Peters BG. Future of governing, 2nd ed. Lawrence, KS: University Press of Kansas, 1996.
5. Barzelay M. Breaking through bureaucracy: a new vision for managing in government. Berkeley, CA: University of California Press, 1992.
6. Hood C. A public management for all seasons? Public Administration 1991; 69: 3-19.
7. Osborne D, Gaebler T. Reinventing government: how the entrepreneurial spirit is transforming the public sector. Reading, MA: Addison-Wesley, 1992.
8. Beckett J. The government should run like a business mantra. The American Review of Public Administration, 2000; 30: 185-204.
9. Dixon J, Dogan R. The contending perspectives on public management: a philosophical investigation. International Public Management Journal. 2005; 8: 1-21.
10. Pollitt C, Bouckaert G, editors. Public management reform: a comparative analysis, 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 2004.
11. Walsh K. Public services and market mechanisms: competition, contrasting and the new public management. London: Macmillan, 1995.
12. Gruening G. Origin and theoretical basis of the new public management. International Public Management Journal 2001; 4: 1-25.
13. Hood C, Peters BG. The middle aging of new public management: into the age of paradox? Journal of Public Administration Research and Theory, 2004; 14: 267-82.
14. Rainey H.G. Public management: recent research on the political context and managerial roles, structures, and behaviors. Journal of Management, 1989; 15: 229-50.
15. Pierre J, Rothstein B. How should state behave? The new public management versus the new weberianism. Working paper presented at the conference on "New Public Management and the Quality of Government" at the University of Gothenburg, 13-14 November 2008.
16. Golembiewski RT. Humanizing public organization. Mt. Airy, MD: Lomond, 1985.
17. Wagenaar H. Knowing the rules: administrative work as practice. Public Administration Review, 2004; 64: 643-54.
18. Ferlie E, Geraghty KJ. Professionals in public sector organization: implication for public sector reforming. In: Ferlie E, Lynn LE, Pollitt C, editors. The Oxford handbook of public management. Oxford: Oxford University Press, 2007. p.422-5.
19. Friedman M. Capitalism and freedom. Chicago: University of Chicago Press, 1962.
20. Berger PL, Luckmann T. The social construction of reality: a treatise in the sociology of knowledge. New York: Garden City, Anchor Books, 1967.

บทบาทของโรงพยาบาลในการสนับสนุนโครงการบริการผู้ป่วยหลอดเลือดสมองของชุมชน ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล

The Role of Hospitals in Supporting the Community Project for Stroke Patient Services in Greater Bangkok

เกรียงศักดิ์ ชือเลื่อม ศศ.ม. (พัฒนาชนบทศึกษา)

Kriengsak Sueluerm M.A. (Rural Development Studies)

จิราพร ชมพิกุล (ชีวสถิติ)

Jiraporn Chompikul Ph.D. (Biostatistics)

ปราณี สุทธิสุคนธ์ ศศ.ม. (พัฒนาสังคม)

Pranee Suthisukhon M.A. (Social Development)

สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน

ASEAN Institute for Health Development

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองมีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากปี ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาระค่าใช้จ่ายการดูแลของผู้ดูแลและค่าบริการทางการแพทย์ของประเทศที่สูงขึ้น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และสภากายภาพบำบัด จึงได้ดำเนินโครงการบริการผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกระยะแรกในชุมชนในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2550 การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินโครงการ ปัญหาอุปสรรค และเสนอแนะแนวทางการให้บริการผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่เหมาะสมและยั่งยืน โดยสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มกับผู้บริหารหรือผู้แทนของโรงพยาบาล 4 แห่ง และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ผลการศึกษาพบว่า จำนวนผู้รับบริการมีเพียง 408 ราย ร้อยละ 34 จากเป้าหมายที่ตั้งไว้ 1,200 ราย โครงการได้ขยายการติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาลอีก 16 แห่ง เพื่อเพิ่มจำนวนผู้รับบริการ แต่ก็ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ เนื่องจากความร่วมมือของโรงพยาบาลในการส่งต่อผู้ป่วยเข้าโครงการมีน้อย ไม่มีนโยบายที่เป็นรูปธรรมจากส่วนกลาง ขาดการประสานงานอย่างต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลและโครงการ บางแห่งเป็นช่วงเปลี่ยนผู้บริหารทำให้ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน บุคลากรทางด้านการแพทย์มีจำนวนจำกัด ขาดเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ทันสมัย ขาดงบประมาณสนับสนุน รวมทั้งจำนวนผู้ป่วยหลอดเลือดในโรงพยาบาลยังมีจำนวนน้อย

ข้อเสนอแนะ คือ การปรับปรุงนโยบายการให้บริการตั้งแต่การคัดกรอง ส่งต่อ และเยี่ยมบ้าน ควรขยายความร่วมมือกับโรงพยาบาลอื่นเพิ่มขึ้น เพิ่มประสิทธิภาพการติดต่อประสานงานระหว่างโรงพยาบาล โครงการและผู้ป่วย และผลักดันเรื่องการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองบรรจุในแผนพัฒนาแห่งชาติ รวมทั้งจัดตั้งศูนย์กายภาพบำบัดชุมชนครบวงจร เพื่อดูแลสุขภาพและส่งเสริมอาชีพแก่ผู้ป่วยได้อย่างทั่วถึง

Abstract

The increase in the number of stroke patients affected the medical treatment and care expenses of the nation. The Nation Health Security Office (NHSO) and Physical Therapy Council established the Community Project for Stroke Patient Services in Greater Bangkok. The objectives of this study were to evaluate this project, assessing the problems connected with project administration and recommend how to improve and sustain stroke patient services. Data was taken from in-depth interviews and focus groups with hospital

administrators and delegates from four hospitals for analysis according to the project goals. The results of the study report that there were 408 patients (only 34% of the project's set at 1,200 cases). The project attempted to include 16 other hospitals in order to increase the number of patients served, but this was still not able to reach the project goal. There were problems in the referral system with some hospitals because of a lack of formal hospital policy to refer patients to the project, lack of sustained contact by the project with the hospitals, changing in administrators which exacerbated the problem, the limited numbers of doctors, lack of modern medical equipment, lack of funding and lower number of stroke patients.

The study recommends an adjustment of the service policy of the project in terms of patient screening, stronger referral of stroke patients from participating hospitals to the project, greater effort at patient-hospital-project coordination and advocacy for addressing the problems of stroke patients in the next National Development Plan which would include the establishment of a center specializing in community-based holistic physiotherapy to provide care and enhance vocational concerns of stroke victims.

ประเด็นสำคัญ-

การให้บริการ การดูแลสุขภาพ
ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง

Keywords

Health care service
Stroke Patients

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง ตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก หมายถึง กลุ่มอาการที่ประกอบด้วยลักษณะความผิดปกติของระบบประสาทที่เกิดขึ้นทันทีทันใด มีอาการแสดงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง และมีสาเหตุมาจากหลอดเลือดเป็นจุดก่อเหตุทำให้เกิดสมองตายจากการขาดเลือดไปเลี้ยงหรือหลอดเลือดในสมองแตกและเพื่อให้ครอบคลุมกับคำว่า Stroke อาจหมายถึงโรคของหลอดเลือดในสมองที่เกิดขึ้นเอง อาจเป็นการอุดตัน ตีบ หรือแตก และอาจมีอาการทั้งเฉียบพลันและค่อยๆ เกิดอาการทีละน้อย⁽¹⁾

โรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ โรคหลอดเลือดสมองแตก และโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน มักพบมากในผู้ที่มีอายุ 45 ปีขึ้นไป พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อาการที่พบ คือ แขนขาอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง พูดไม่ชัด พูดไม่ได้ หรือฟังไม่เข้าใจทันทีทันใด เดินเซ เวียนศีรษะทันทีทันใด รวมไปถึงตามองเห็นภาพซ้อนหรือมีดมัวข้างใดข้างหนึ่งทันทีทันใด การป้องกันโรคนี้อยู่ที่การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ คือ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ภาวะไขมันในเลือดสูง รวมไปถึงการออกกำลังกายสม่ำเสมอ ควบคุมน้ำหนักให้เหมาะสม งดสูบบุหรี่ ตรวจสุขภาพประจำปี

เพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ถ้าพบปัจจัยเสี่ยงต้องรักษาและพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ การรักษาแบ่งออกเป็น การรักษาทางยาโดยรับประทานยาต้านเกร็ดเลือด ยาต้านลิ่มเลือด รวมทั้งรักษาโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง การรักษาทางการแพทย์ตลอดจนการรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อลดความพิการ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนคือ ทำกายภาพบำบัด โดยฝึกให้ผู้ป่วยทรงตัว นั่งยืนเดิน ประกอบกิจวัตรประจำวัน ใส่เสื้อผ้า ล้างหน้าแปรงฟัน และเข้าห้องน้ำ ฝึกให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ หรือฝึกให้ผู้ป่วยออกเสียงพูดคล่องขึ้น ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ตามศักยภาพของผู้ป่วย เข้าสู่สังคมได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น⁽²⁾

อุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองในประเทศทั่วโลก มีความชุก 690 ต่อ 1000,000 ประชากร และประมาณการว่ามีผู้ป่วยโรคนี้ปัจจุบัน จำนวน 427,800 คนต่อประชากร 62 ล้านคน ในประเทศไทยพบว่า มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 11 ต่อ 100,000 ประชากร และมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้นเรื่อยๆ ทั้งอัตราป่วยและอัตราตาย ทั้งนี้เนื่องจากแนวโน้มของปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวกับความชุกสูงขึ้น ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ และการดื่มเหล้า⁽¹⁾ จากการศึกษาข้อมูล

และสถิติสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2548 ของกระทรวงสาธารณสุข ในเรื่องอัตราการตายด้วยสาเหตุสำคัญด้านต่างๆระหว่างปีพ.ศ. 2544-2548 พบว่า โรคความดันโลหิตสูง/ โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคที่เป็นสาเหตุการตายอันดับที่สาม รองลงมาจากโรคมะเร็ง/เนื้องอกและอุบัติเหตุ โดยมีอัตราเพิ่มขึ้นใน 4 ปีแรก และลดลงในปี พ.ศ. 2548 คือ 24.5 26.6 34.5 34.8 และ 29.2 ต่อ 100,000 คนตามลำดับ⁽³⁾ สำหรับผู้ชายได้เปลี่ยนทั้งสัดส่วนและอันดับ คือ จากร้อยละ 9.3 ในปี พ.ศ. 2542 เป็นร้อยละ 9.7 และปรับขึ้นมาเป็นอันดับแรก ใน ปี พ.ศ. 2548 สัดส่วนในผู้หญิงอยู่ในระดับสูงถึงร้อยละ 15 ในปี พ.ศ. 2542 ไต่ลดลงมาเป็นร้อยละ 12.3 ในปี พ.ศ. 2548 แต่ยังคงอยู่ในระดับเสี่ยงเช่นเดิม⁽⁴⁾

ผู้ป่วยโรคนี้แม้จะไม่เสียชีวิตก็มักจะพบว่ามีความพิการหลงเหลืออยู่ถึงร้อยละ 30 ซึ่งต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้อื่นตลอดชีวิต และร้อยละ 70 จะมีปัญหาด้านการพูดและการสื่อสารกับผู้อื่น⁽¹⁾

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่าแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง นับวันยังมีอัตราเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยต่ำลง และสูญเสียระยะเวลาของการมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านร่างกาย รวมถึงส่งผลกระทบต่อภาระการให้การดูแลของผู้ดูแล ญาติ ครอบครัว และสังคมโดยรวม นอกจากนี้แล้ว ยังส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่เฉลี่ยคนละ 3,117 บาทต่อเดือน และค่าใช้จ่ายก็จะเพิ่มขึ้น เมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรงขึ้นหรือมีจำนวนโรคที่ป่วยร่วมเพิ่มขึ้น⁽⁵⁾ ซึ่งส่งผลกระทบต่อวงการแพทย์และสาธารณสุข เรื่องค่าบริการทางการแพทย์ของประเทศที่เพิ่มสูงขึ้นด้วย ดังนั้น สภาสุขภาพแห่งชาติ กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2550 ขึ้น โดยได้ประสานความร่วมมือกับโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ

เพื่อดำเนินการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้าร่วมโครงการให้ได้รับประโยชน์จากการให้บริการฟื้นฟูรักษา และดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง หลังกลับมารักษาตัวที่บ้านอย่างเหมาะสม เพื่อที่จะได้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขมากที่สุด รวมทั้งช่วยลดภาระค่าใช้จ่าย และการดูแลผู้ป่วยให้กับผู้ดูแล ญาติ และครอบครัวอีกด้วย⁽⁶⁾ หลังจากโครงการได้ดำเนินงานระยะหนึ่ง สภาสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จึงเห็นสมควรให้มีการประเมินผลโครงการ เพื่อทราบถึงความก้าวหน้า ผลสำเร็จ และปัญหาอุปสรรคของการดำเนินโครงการ โดยมีสถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล ในฐานะหน่วยงานกลางทำหน้าที่ประเมินผลโครงการ โดยในมิติของโรงพยาบาล สถาบันฯ จะประเมินบทบาทของโรงพยาบาลในการสนับสนุนโครงการปัญหาอุปสรรคในการทำงาน และให้ข้อเสนอแนะแนวทางสำหรับการให้บริการผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่เหมาะสมและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และสนทนากลุ่ม (Focus Group) ระหว่างวันที่ 4 กันยายนถึงวันที่ 1 ตุลาคม 2550 โดยทำการคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ให้กระจายและครอบคลุมพื้นที่เขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล รวมทั้งคำนึงถึงความพร้อมของผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ผู้บริหารหรือผู้แทนโรงพยาบาล ทั้งภาครัฐและเอกชนที่ได้เชิญเข้าร่วมโครงการ จำนวน 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ คือ โรงพยาบาลพระราม 2 และโรงพยาบาลตากสิน และโรงพยาบาลที่ยังไม่เข้าร่วมโครงการ คือ โรงพยาบาลศิริราช 1 และโรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ซึ่งมีแนวคำถามเกี่ยวกับนโยบาย ขั้นตอนการให้บริการ การจัดสรรบุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ในการให้บริการการเชื่อมโยงเครือข่ายการทำงาน การติดตามผลการให้บริการ

ผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการทำงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหาที่ได้จากการถอดเทปข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ ตรวจสอบความถูกต้องครอบคลุมของเนื้อหาที่ต้องการ สรุปอภิปรายผล และนำเสนอข้อมูลตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ข้างต้น

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า ผู้รับบริการที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้มีจำนวน 1,200 คน แต่จำนวนผู้รับบริการทั้งหมดมีเพียง 408 คน (ร้อยละ 34) ถึงแม้ว่าโครงการจะมีการขยายพื้นที่การให้บริการเพิ่มขึ้นเป็น 16 แห่งโดยประสานงานกับโรงพยาบาล แต่ก็ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ผลการศึกษาได้นำเสนอเป็น 7 ส่วนดังรายละเอียดต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 นโยบายในการให้บริการ

โรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน มีนโยบายให้บริการผู้ป่วยที่มีบัตรประกันสุขภาพ 30 บาทรักษาทุกโรค เข้ารับการรักษาทุกคน ซึ่งไม่เฉพาะผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง เท่านั้น

ส่วนแนวโน้มในอนาคต สำหรับการพัฒนาโรงพยาบาลให้เป็นสถานที่สำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดสมองนั้น จะมีนโยบายขยายการดำเนินงานการให้บริการผู้ป่วยเพิ่มขึ้น โดยวางแผนการดำเนินงานร่วมกับสภากายภาพบำบัดในการเยี่ยมบ้านและรักษาผู้ป่วย หรืออาจจะจัดตั้งเป็นศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพ ให้ผู้ป่วยได้พักอาศัยและฟื้นฟูสภาพร่างกายภายในโรงพยาบาล โดยมีแพทย์ผู้ชำนาญการเฉพาะด้าน และเจ้าหน้าที่รับผิดชอบโดยตรง มีกิจกรรมการกวดจุดและการนวดสปา (Spa) ซึ่งจะมีการสอนและสาธิตให้กับญาติผู้ป่วยได้นำไปปฏิบัติเองที่บ้านด้วย

ส่วนที่ 2 ขั้นตอนการให้บริการ

การให้บริการผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง แบ่งออกเป็น 2 กรณี คือ กรณีแรกผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล และกรณีที่สองผู้ป่วยกลับมารักษาตัวที่บ้านตามโครงการ โดยในกรณีนี้มีขั้นตอนการให้

บริการที่สำคัญ 3 ขั้นตอนหลัก คือ

2.1 การคัดกรองผู้ป่วย โดยแพทย์ตรวจวินิจฉัยอาการของผู้ป่วย แล้วส่งต่อไปกับนักกายภาพบำบัด ประเมินสภาพและอาการ ซึ่งมีเกณฑ์สำคัญ คือ เป็นผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง (Acute Stroke) พักอาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล รวมทั้งญาติ ผู้ดูแล หรือผู้ใกล้ชิด ต้องเซ็นเอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการและสามารถรับข้อมูล และวิธีปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยตัวจากนักกายภาพบำบัดที่เยี่ยมบ้านและให้คำแนะนำปรึกษา

2.2 การส่งต่อ โรงพยาบาลจะติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ของโครงการเพื่อขอรับผู้ป่วยเข้าโครงการไปดูแล มีการประชุมวางแผนการดำเนินงานร่วมกัน ตลอดจนเยี่ยมบ้านพร้อมกันระหว่างนักกายภาพบำบัดของโรงพยาบาลกับนักกายภาพบำบัดของโครงการ

2.3 การเยี่ยมบ้าน เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลจะลงเยี่ยมบ้านพร้อมกับนักกายภาพบำบัดของโครงการอย่างน้อย 1 ครั้ง โดยโรงพยาบาล 1 แห่ง (โรงพยาบาลศรีวิชัย 1) มีนโยบายเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ 30 บาท โดยกำหนดไว้ทุกบ่ายวันพุธและวันศุกร์ ส่วนอีกจำนวน 3 แห่ง (โรงพยาบาลพระราม 2 โรงพยาบาลตากสิน และโรงพยาบาลหลวงพ่อบุญศรี) ยังไม่ได้ดำเนินการ เนื่องจากโรงพยาบาลมีการกักตุนในการรักษาผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล และยังไม่มีความพร้อมทั้งทางด้านบุคลากร (นักกายภาพบำบัด) และงบประมาณ

ส่วนที่ 3 การจัดสรรบุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ในการให้บริการ

บุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ในการให้บริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง นักกายภาพบำบัดส่วนใหญ่มีจำนวนจำกัด ซึ่งเพียงพอกับภารกิจหลักของโรงพยาบาลเท่านั้น โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญ คือ ประเมินสภาพและอาการของผู้ป่วย เพื่อจะได้ให้โปรแกรมการรักษาอย่างถูกวิธี และเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลแล้ว หากอาการยังไม่ดีขึ้นก็จะลงเยี่ยมบ้าน ส่วนโรงพยาบาลที่ไม่มีการเยี่ยมบ้าน จะดำเนินการส่งต่อผู้ป่วยให้กับ

ศูนย์บริการสาธารณสุข ในเขตพื้นที่รับผิดชอบดูแลต่อไป การสร้างองค์ความรู้และพัฒนาทักษะในการให้บริการ พบว่ามีการประชุมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ถึงปัญหาอุปสรรคในการทำงานระหว่างผู้บริหารระดับสูง และเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบ เพื่อจะได้ปรับเปลี่ยนแผนการทำงานได้ทันต่อเหตุการณ์ ส่วนการพัฒนาทักษะในการให้บริการของนักกายภาพบำบัด ได้พัฒนาตนเอง จากการอบรมสัมมนา ประกอบกับการเรียนรู้จากการ ปฏิบัติงานจริง ใช้ประสบการณ์การทำงานมาปรับแผน การฟื้นฟูรักษาสภาพอาการของผู้ป่วย นอกจากนี้แล้วยังได้มีการจัดทำสื่อเอกสารขึ้นเองเกี่ยวกับท่าเคลื่อนไหวร่างกายพื้นฐานง่ายๆ สำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ด้วยวิธีทางกายภาพบำบัดด้วย

ส่วนที่ 4 การเชื่อมโยงเครือข่ายในการทำงาน

การเชื่อมโยงเครือข่ายในการทำงาน พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่ได้รับการติดต่อจากโครงการ แต่มีแห่งเดียวที่ได้รับการติดต่อประสานงานเพียงครั้งเดียว คือ โรงพยาบาลหลวงพ่อบุญศรี ซึ่งเป็นช่วงของการ เปลี่ยนผู้บริหารระดับสูง คือ ผู้อำนวยการ ทำให้ขาด ความต่อเนื่องในการติดต่อประสานงาน จึงทำให้ยังไม่ได้ เข้าร่วมโครงการส่วนการเชื่อมโยงเครือข่ายในการทำงาน ระดับอื่นๆ มีทั้งการส่งต่อผู้ป่วยให้กับศูนย์บริการ สาธารณสุขที่อยู่ในเขตรับผิดชอบดูแล และประสานกับ ผู้นำชุมชน เพื่อจัดกิจกรรมให้ความรู้กับผู้ป่วยที่เป็น โรคต่างๆ มารวมตัวกันในชุมชน ไม่เฉพาะผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง เท่านั้น

ส่วนที่ 5 การติดตามผลการให้บริการผู้ป่วย

ผู้ดูแล และครอบครัว โรงพยาบาลบางแห่ง มีระบบการติดตามผลการให้บริการผู้ป่วย ผู้ดูแลและ ครอบครัว ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นลักษณะการติดต่อ ประสานงาน โดยใช้โทรศัพท์สอบถามอาการ และตามตัว ผู้ป่วยเมื่อถึงเวลาที่แพทย์นัดหมาย มีการจดบันทึกระดับ อาการของผู้ป่วย และการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

ส่วนที่ 6 ปัญหาอุปสรรคในการให้บริการผู้ป่วย ในชุมชน

การให้บริการผู้ป่วยในชุมชนของโครงการ

ไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ เนื่องจากสาเหตุสำคัญ คือ 1) ปัญหาไม่มั่นคงนโยบายการสนับสนุนการดำเนินงาน ที่เป็นรูปธรรมจากส่วนกลาง 2) ปัญหาการเปลี่ยนแปลง ผู้บริหารของโรงพยาบาลบางแห่ง ทำให้ขาดความ ต่อเนื่องในการดำเนินงาน เช่น เรื่องการส่งมอบงาน เป็นต้น 3) ปัญหาบุคลากรทางด้านการแพทย์ขาดแคลน ไม่ว่าจะเป็นนักกายภาพบำบัด และแพทย์ผู้ชำนาญการ เฉพาะด้าน จึงทำให้ไม่สามารถทำงานได้อย่างเต็มที่ 4) ปัญหาขาดงบประมาณสนับสนุนในการดำเนินงาน เช่น การเยี่ยมบ้านผู้ป่วย 5) ปัญหาขาดการประสานงาน อย่างต่อเนื่องจากโครงการ ทั้งกับโรงพยาบาลและชุมชน และ 6) ปัญหาขาดเครื่องมือและอุปกรณ์ในการดำเนินงานที่ทันสมัย

ส่วนที่ 7 ข้อเสนอแนะในการทำงาน

ข้อเสนอแนะที่สำคัญในการทำงาน คือ ควรมีการประชุมปรึกษาหารือกันระหว่างโรงพยาบาลกับ โครงการอย่างต่อเนื่อง เพื่อวางแผนการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วย ควรมีหน่วยงานที่ดูแลรับผิดชอบโดยตรงในการรณรงค์ป้องกัน การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และสนับสนุนให้เกิดการประสานความร่วมมือในการ ดำเนินงานจากทุกภาคส่วน ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐบาล เอกชน และศูนย์บริการสาธารณสุข นอกจากนี้แล้ว สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ควรกำหนดเป็นนโยบายและทิศทางในการดำเนินงานเกี่ยวกับผู้ป่วยหลอดเลือดสมองให้ชัดเจน และสนับสนุน ด้านงบประมาณดำเนินงานด้านสถานที่ตั้งหรือ สำนักงานที่เป็นสัดส่วน และด้านเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ ที่จำเป็นต่างๆ เช่น อุปกรณ์ในการทำกายภาพบำบัด ยานพาหนะ ตู้เก็บเอกสาร และแฟ้มเอกสาร เป็นต้น

วิจารณ์

การให้บริการผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพสำหรับ โรงพยาบาลนั้น ปัจจัยที่สำคัญขึ้นอยู่กับ การกำหนด เป้าหมายและนโยบายการให้บริการว่า จะดำเนินงาน ไปในทิศทางใด ตั้งแต่การคัดกรอง ส่งต่อ เยี่ยมบ้าน และฟื้นฟูผู้ป่วย ตลอดจนการบริหารจัดการด้าน

ต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นกำลังคน กำลังใจ และกำลังทรัพย์ ควรมีการเตรียมความพร้อมอย่างไร ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของกิตติยา สาริสุต⁽⁷⁾ และสุตารัตน์ แก้วกาญจนารัตน์⁽⁸⁾ ที่กล่าวไว้เช่นเดียวกันว่าการดำเนินงานให้บริการผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ จะต้องมีการเตรียมความพร้อมและอำนวยความสะดวกในเรื่องสถานที่ทำงาน เครื่องมือเครื่องใช้ วัสดุอุปกรณ์ ยานพาหนะ และการจัดสวัสดิการในการปฏิบัติงานส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาล รวมทั้งควรมีการติดตามช่วยเหลือจากหัวหน้างาน และทีมงานหรือเพื่อนร่วมงาน เมื่อมีปัญหาในการทำงาน นอกจากนี้แล้ว ควรได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารระดับโรงพยาบาล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และกระทรวงสาธารณสุขอีกด้วย

นโยบายที่สำคัญอีกประการหนึ่ง ก็คือ นโยบายเรื่องคนคือหัวใจในการให้บริการ การกระตุ้นให้บุคลากรกระตือรือร้น มีหัวใจในการให้บริการอย่างแท้จริง การสร้างจิตสำนึกที่ดีสำหรับการให้บริการของเจ้าหน้าที่ ทำอย่างไรให้คิดดี จิตใจดี ทำดี ตั้งใจจริง มุ่งมั่น เสียสละอดทน และรักในงานและวิชาชีพ นอกจากนี้แล้ว การเสริมสร้างจิตสำนึกและการมีส่วนร่วมของญาติ ผู้ดูแล ครอบครัว และสังคมในการดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วย ก็เป็นอีกแนวทางหนึ่งที่จะช่วยทำให้ผู้ป่วยคิดว่า ตนเองยังมีคุณค่า มีคนเอาใจใส่ดูแล และไม่ได้อยู่โดดเดี่ยวเพียงลำพัง โดยที่ไม่ปล่อยให้เป็นการะหนัาที่หรือความรับผิดชอบของโรงพยาบาลหน่วยงานเดียวเท่านั้น ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จของโครงการได้เช่นกัน สำหรับเรื่องการประสานความร่วมมือกับโรงพยาบาลต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการนั้น หากได้มีการประชุมหารือและวางแผน เพื่อสร้างความเข้าใจและกำหนดแนวทางในการทำงานร่วมกัน ตลอดจนมีการติดต่อสื่อสารและประสานงานที่ดีระหว่างโรงพยาบาลกับโครงการแล้ว ก็สามารถนำไปสู่การให้ความช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของนัยนา เตโชพาร⁽⁹⁾ ที่ศึกษาเปรียบเทียบการปฏิบัติงานกับโรงพยาบาลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการ พบว่าการปฏิบัติงานในการดูแลรักษาผู้ป่วยกับโรงพยาบาล

ที่เข้าร่วมโครงการ จะอยู่ในระดับดีและสูงกว่าโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการ ประเด็นดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า หากขาดการติดต่อสื่อสารและประสานงานที่ดีแล้ว ย่อมก่อให้เกิดปัญหาอุปสรรคต่างๆ ในการปฏิบัติงานได้ ส่วนการบริหารจัดการทรัพยากรที่ไม่มีประสิทธิภาพ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องคน งบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ เป็นต้น ก็จะส่งผลกระทบต่อการทำงานของบุคลากร ความสำเร็จ และพื้นที่พหุวิชาชีพและการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่ล่าช้าอีกด้วย

ดังนั้น รูปแบบการให้บริการผู้ป่วยที่เหมาะสมและยั่งยืน นอกจากการให้บริการผู้ป่วยให้ได้รับความช่วยเหลือ ดูแล และฟื้นฟูสุขภาพและอาการป่วยที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นแล้ว ประเด็นสำคัญอีกประการหนึ่งก็คือ โรงพยาบาลต้องมีการกำหนดเป้าหมายและนโยบายที่ชัดเจน ที่จะช่วยสร้างความพึงพอใจในการให้บริการผู้ป่วยกับผู้ดูแล ญาติ หรือครอบครัวในเรื่องอื่นๆ ได้แก่ การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและสะดวกรวดเร็ว ความสะดวกสบายและความปลอดภัยในการให้บริการความสามารถ ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางและความน่าเชื่อถือของบุคลากร ตลอดจนการได้รับการตอบสนองอย่างรวดเร็ว ทั้งจากโรงพยาบาลและบุคลากรต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ นักกายภาพบำบัด หรือเจ้าหน้าที่อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผู้วิจัย แบ่งออกเป็น 2 ประเด็นสำคัญ คือ

1. ข้อเสนอแนะแนวทางพัฒนาการให้บริการ เริ่มตั้งแต่การปรับปรุงนโยบายการให้บริการ ได้แก่ การคัดกรองที่แม่นยำ การส่งต่อรวดเร็ว เพิ่มความถี่ในการให้บริการ และเยี่ยมผู้ป่วย ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการขยายความร่วมมือไปยังโรงพยาบาลอื่นๆ เติมรูปแบบ และเพิ่มประสิทธิภาพการติดต่อประสานระหว่างโรงพยาบาลกับผู้ป่วยให้รวดเร็วและต่อเนื่อง เพื่อลดความเสี่ยงเรื่องความพิการของผู้ป่วย สามารถให้การดูแลรักษาอย่างถูกวิธี ซึ่งส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสฟื้นตัวเร็วขึ้น ส่วนเรื่องการประเมินผลโครงการ ควร

ดำเนินงานเป็นระยะๆ คือ ก่อนดำเนินโครงการระหว่าง
ดำเนินโครงการ หลังดำเนินโครงการ และมีการติดตาม
ประเมินผลด้วย

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ประกอบด้วย
การสนับสนุนให้ภาครัฐ เอกชน และองค์กรท้องถิ่น
(ศูนย์บริการสาธารณสุข) ได้เข้ามามีส่วนร่วมกันในการ
ผลักดันเรื่องเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง
ให้บรรจุในแผนพัฒนาแห่งชาติ การประชาสัมพันธ์
เชิงรุก ไปยังชุมชนและองค์กรท้องถิ่นให้ครอบคลุมสื่อ
ประเภทต่างๆ ทั้งจำนวนและความถี่ เช่น สื่อสิ่งพิมพ์
วิทยุโทรทัศน์ บอร์ดประชาสัมพันธ์ และสื่อตัววิ่ง เป็นต้น
เพื่อให้ประชาชนมีความตระหนักในการดูแล และป้องกัน
ตนเองจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้แล้ว
ควรจัดตั้ง "ศูนย์กายภาพบำบัดชุมชนครบวงจร" เพื่อ
ดูแลสุขภาพและส่งเสริมอาชีพสำหรับให้บริการ
ผู้ป่วยอย่างทั่วถึง ซึ่งเป็นการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยมี
กำลังใจในการใช้ชีวิตต่อไปอย่างมีความสุข

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ สำนักงานหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ (สปสช.) และสภากายภาพบำบัด ผศ. ดร.
วิมลวรรณ เที่ยงแก้ว ผศ. ดร.มณฑนา วงศ์ศิริวรรัตน์
คุณรอรอง หมาเย็น นักกายภาพบำบัดของโครงการ
ผู้บริหารและผู้แทนโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่ง ผู้ป่วย ญาติ
ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยทุกท่าน
ที่ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลต่างๆ อันเป็นประโยชน์
ต่อการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ทองดี ยนจอหอ และคณะ. โครงการดูแลผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมองแบบสหวิชาชีพ. ตึกอายุรกรรม
5 สถาบันบำราศนราดูร; 2550.
2. สถาบันประสาทวิทยา. โรคหลอดเลือดสมอง.
[ออนไลน์]. (เข้าถึงได้เมื่อวันที่ 20 ตุลาคม 2552)
เข้าถึงได้จาก <http://pni.go.th/pnigoth/?p=848>.
3. สมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย. ปฏิทินสาธารณสุข.
กรุงเทพมหานคร : สหประชาพาณิชย์การพิมพ์;
2550.
4. เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และคณะ. โครงการพัฒนา
คุณภาพสาเหตุการตายในประเทศไทย พ.ศ.
2548-2551. กรุงเทพมหานคร : จรัสสินทวงศ์
การพิมพ์; 2552.
5. วิวรรณ มุ่งเขตกลาง. ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาวิทยาการระบาด (วิทยาการระบาด).
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2542.
6. วิมลวรรณ เที่ยงแก้ว และมณฑนา วงศ์ศิริวรรัตน์.
โครงการบริการผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกระยะแรกใน
ชุมชนในเขต พื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ
2550. สภากายภาพบำบัด ศิริราชพยาบาล :
มหาวิทยาลัยมหิดล ; 2550.
7. กิตติยา สาริสต์. ปัจจัยบางประการที่มีความ
สัมพันธ์กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานส่งต่อผู้ป่วย
ของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์.
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลสาธารณสุข (สาธารณสุขศาสตร์).
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
8. สุตารัตน์ แก้วกาญจนรัตน์. ปัจจัยที่มีผลต่อความ
พึงพอใจในการดำเนินงาน การบริหารเพื่อคุณภาพ
ทั้งองค์กรของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลศูนย์/
โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง
สาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข (สาธารณสุข
ศาสตร์). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล;
2542.
9. นัยนา เตโชฬาร. การปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ใน
การดูแลรักษาผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ
ในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการ
พัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ของ
กระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหาร
การพยาบาล. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2542.

คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์

สถาบันบำราศนราดูร

Quality of Life of HIV/ADS Patients receiving HAART at

Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute

ถนอมจิตต์ ดวนดวง พย.บ., พบ.ม.

Tanomchit Duanduan NS., MPA

กรุณา ลิ้มเจริญ พย.บ., ส.ม.

Karuna Limjaroen, NS., MPH.

สถาบันบำราศนราดูร

Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

Department of Disease Control, Ministry of Public Health

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทั่วไป กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการ แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันบำราศนราดูร ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม - 30 มิถุนายน 2552 จำนวน 400 คน ซึ่งจากการคัดเลือกแบบมีระบบตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดไว้ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปและแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อ (WHOQOL-BREF-THAI) สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าพิสัย สถิติทดสอบ ใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการศึกษา พบว่า คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมอยู่ในระดับกลาง คิดเป็นร้อยละ 65.0 โดยมีระดับคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 90.36 คะแนน (S.D.=12.05, Range=54-121) จากคะแนนเต็ม 130 คะแนน เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างกับคุณภาพชีวิต พบว่า ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษาที่ใช้ระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวี ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ และปริมาณเม็ดเลือดขาว CD4 หลังได้รับยาต้านไวรัสเอดส์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต โดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้มีข้อเสนอแนะให้แก่งานบริหารและทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส ควรมุ่งเน้นให้เห็นความสำคัญของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เช่น การส่งเสริมด้านอาชีพและการดูแลตนเอง ทั้งนี้ควรมีการกำหนดนโยบายและปรับปรุงระบบการดูแลสุขภาพพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ให้สามารถดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุข

Abstract

The objectives of this cross-sectional descriptive research were to study quality of HIV/AIDS patients' life who receiving HAART at Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute and to examine the association between respondents socio-demographic and quality of their life. The sample was 400 HIV/

AIDS patients who receiving HAART and attending the Out Patient Department of the Institute during May 1st to June 30th, 2009. The two types of self-administered questionnaire were used to collect data from samples. The questionnaires were data of socio-demographic and WHOQOL-BREF-THAI. The statistics were frequency, percentage, mean, standard deviation, range and Pearson use to examine the association. The results showed that quality of HIV/AIDS patients' life was reported at moderate level at 65%. The mean score was 90.36 from 130 (S.D.=12.05, Range=54-121). There was a statistically significant relationship between quality of HIV/AIDS patients' life and their socio-demographic characteristic which were level of education, occupation, income, health insurance, duration of HIV/AIDS infection, duration of received HAART and CD4 counts after received HAART ($p < 0.05$).

This study found many factors that had impact on quality of HIV/AIDS patients' life. Therefore, administrative team and health team needed to assure the factors influence of quality of HIV/AIDS patients' life especially, access to ART, encouraged of self-care that concerned in health care setting to improve the quality of their life. It would also improve the quality of health care service itself and to develop the health care workers' competency of caring on HIV/AIDS patients

ประเด็นสำคัญ-

คุณภาพชีวิต ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์
ยาด้านไวรัส

Keywords

Quality of life, HIV/AIDS, HAART

บทนำ

จากสถานการณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของ UNAIDS/WHO ในปี พ.ศ. 2551 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเอดส์ทั่วโลก 33 ล้านคน⁽¹⁾ มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ประมาณ 4.5 - 5.8 ล้านคน ผู้ป่วยเอดส์ที่เสียชีวิตจำนวน 2.5 - 3.5 ล้านคน ซึ่งส่วนใหญ่ร้อยละ 95 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนาสำหรับประเทศไทยโดยสำนักกระบวนวิทยา กรมควบคุมโรค (31 ธันวาคม 2552)⁽²⁾ พบว่าจำนวนผู้ป่วยเอดส์ยอดสะสมทั้งสิ้น 341,730 ราย เสียชีวิต จำนวน 92,600 ราย สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค มีภารกิจหลักในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในปี พ.ศ. 2551 จำนวนประมาณ 8,704 ราย จำนวนผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาด้านไวรัสจำนวน 7,848 ราย คิดเป็นร้อยละ 90.2⁽³⁾ แนวโน้มของผู้ป่วยเอดส์ และเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ลดลงกว่าในอดีตที่ผ่านมา เนื่องจากการรักษาผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาด้านไวรัส ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาว⁽⁴⁾ การเข้าถึงบริการการรักษาด้วยยา

ต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ผู้ใหญ่และเด็กในปัจจุบันขยายกว้างอย่างถื่นหนาจาก ร้อยละ 41 ในปี พ.ศ. 2549 เป็น ร้อยละ 52.9 ในปี พ.ศ. 2550 ได้แก่ โครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โครงการผู้ประกันตนของสำนักงานประกันสังคม โครงการสวัสดิการข้าราชการ โครงการสนับสนุนจากกองทุนโลก เป็นต้น⁽³⁾ สถาบันบำราศนราดูรให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งยาด้านไวรัสเอดส์จะช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์มีชีวิตที่ยืนยาวมากขึ้น แต่ผลข้างเคียงของยาด้านไวรัสก็ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพใหม่ เพื่อให้ร่างกายมีการตอบสนองต่อการรักษา ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน การรักษาล้มเหลว หรือภาวะดื้อยา เพื่อส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

คุณภาพชีวิตที่ดีเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา ไม่ว่าจะอยู่ในภาวะปกติหรือเจ็บป่วย แต่คุณภาพชีวิตที่ดี

เป็นเป้าหมายสำคัญในการดำรงชีวิตของมนุษย์ คุณภาพชีวิตจะบ่งบอกถึงสภาพความเป็นอยู่ที่ดี ความรู้สึกปกติสุขในการดำรงชีวิตของแต่ละบุคคลและสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ⁽⁵⁾ คุณภาพชีวิตยังเป็นเรื่องของ การรับรู้ของศักยภาพ หรือประสิทธิภาพของตนเอง เพื่อควบคุมและจัดการสถานการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองทั้งด้านจิตใจ อารมณ์ ความนึกคิด สังคม และการดูแลรักษา⁽⁶⁾ มีการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วย พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง การยอมรับจากสังคม และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวเป็นความสัมพันธ์เชิงบวก⁽⁷⁾ พบว่า อาชีพและรายได้มีความสัมพันธ์กับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยพบว่าอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากกว่ากลุ่มอาชีพอื่นๆ ($p < 0.05$)⁽⁸⁾ ปัจจัยด้านสูตรยาต้านไวรัสเอดส์ เพศ และระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ในการทำนายคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 33.4⁽⁹⁾ ปัจจัยด้านอายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี⁽¹⁰⁾

การติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์เป็นปัญหาเชื่อมโยงกับปัญหาอื่นๆ ของคนในสังคมและชุมชน อีกทั้งส่งผลต่อชีวิตความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้นๆ ด้วย⁽¹¹⁾ ในปัจจุบันการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จะได้รับการสนับสนุนจากทุกภาคส่วนไม่ว่าด้านการพัฒนาระบบบริการ การเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งในด้านคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีความจำเป็นที่ทีมสุขภาพต้องมีส่วนร่วมในการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของสังคม การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ในสถาบันบำราศนราดูร

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษาที่ใช้ ระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวี ระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวีถึงรับยาต้านไวรัสเอดส์ ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 ก่อนได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ และปริมาณเม็ดเลือดขาว ชนิด CD4 หลังได้รับยาต้านไวรัสเอดส์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นวิจัยแบบตัดขวางเชิงพรรณนา (Cross-sectional descriptive study) ประชากรศึกษาเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ที่เขามาปรึกษาในสถาบันบำราศนราดูร ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม - 30 มิถุนายน 2552 กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 400 ราย คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างคือ 1) เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี อายุ 15 ปี ขึ้นไปไม่จำกัดเพศ 2) ยินยอมเข้าร่วมโครงการ 3) มีความสามารถในการติดต่อสื่อสาร และอ่านภาษาไทยได้ดี เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systemic random sampling) กลุ่มตัวอย่างกรอกแบบสอบถามด้วยตัวเองโดยเน้นความเป็นอิสระ เครื่องมือการวิจัยในครั้งนี้ใช้แบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษาที่ใช้ ระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวี ระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวีถึงรับยาต้านไวรัสเอดส์ ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ปริมาณเม็ดเลือดขาว ชนิด CD4 ก่อนได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ และปริมาณเม็ดเลือดขาว ชนิด CD4 (Cluster of differentiation: CD4) หลังได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ส่วนที่ 2 แบบสอบถาม เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทยเป็นหลัก (WHOQOL-BREF THAI)⁽¹¹⁾ ซึ่งผ่านการทดสอบแล้วว่ามีความเที่ยงและแม่นยำ ข้อคำถามแบ่งเป็น 2 ชนิด คือ แบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย

(Self-report subjective) องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตมี 4 ด้าน จำนวน 24 ข้อ คือ 1) ด้านร่างกาย (Physical domain) จำนวน 7 ข้อ 2) ด้านจิตใจ (Psychological domain) จำนวน 6 ข้อ 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationship) จำนวน 3 ข้อ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) จำนวน 8 ข้อ แบบประเมินเป็นมาตรา ส่วนประมาณค่า 5 อันดับจาก 1 (ไม่เลย) ถึง 5 (มากที่สุด) มีค่าคะแนนรวมระหว่าง 26-130 เกณฑ์การให้คะแนนใช้แบบอิงกลุ่ม การแปลความหมายคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ คุณภาพชีวิตที่ดี ปานกลาง และไม่ดี ข้อมูลที่ได้นำมาคำนวณโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าพิสัย และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ลักษณะทั่วไปกับคุณภาพชีวิต ด้วยสถิติทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการศึกษา

1. ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นเพศชาย ร้อยละ 59.3 เพศหญิง ร้อยละ

40.7 มีช่วงอายุระหว่าง 31-40 ปี มากที่สุด ร้อยละ 45.5 อายุเฉลี่ย 41.3 ปี ระดับการศึกษาสูงสุด ส่วนใหญ่ ร้อยละ 22.0 จบปริญญาตรี รองลงมาคือ มัธยมศึกษา และอนุปริญญา ร้อยละ 19.5 และ 19.3 ตามลำดับ สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่สมรสคู่ ร้อยละ 45.5 ในด้านประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่รับจ้าง (พนักงานบริษัทประจำ) ร้อยละ 26.5 รองลงมาธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 20.3 สำหรับรับจ้าง (ลูกจ้างรายวัน) รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ และไม่ได้ทำงาน พบว่า มีอัตราใกล้เคียงคือ ร้อยละ 18.5, 17.6 และ 17.3 ตามลำดับ มีรายได้ต่อคนอยู่ในช่วง 5,000-9,999 บาท ร้อยละ 23.5 เมื่อพิจารณาสิทธิการรักษา พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างใช้สิทธิการรักษาของประกันสังคม ร้อยละ 42.4 ผลการตรวจปริมาณเม็ดเลือดขาว CD4 ก่อนได้รับยาต้านไวรัสส่วนใหญ่อยู่ในช่วงน้อยกว่าหรือเท่ากับ 200 เซลล์/ลบ.มม. ค่าเฉลี่ย 141.8 เซลล์/ลบ.มม. แต่หลังจากได้รับยาต้านไวรัส พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 45.8 มีปริมาณเม็ดเลือดขาว CD4 มากกว่า 350 เซลล์/ลบ.มม. ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะทั่วไป (n = 400)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)	ลักษณะทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ		อาชีพ	
ชาย	237 (59.3)	ไม่ได้ทำงาน	69 (17.2)
หญิง	163 (40.7)	รับจ้างประจำ (พนักงานบริษัท)	106 (26.5)
อายุ (ปี)		รับจ้างรายวัน	74 (18.5)
>20	1 (0.3)	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	70 (17.5)
21-30	24 (0.6)	ธุรกิจส่วนตัว	81 (20.3)
31-40	182 (45.5)	รายได้ (บาท/เดือน)	
41-50	146 (36.5)	ไม่มีรายได้	49 (12.2)
51-60	35 (8.8)	น้อยกว่า 5,000	56 (14.0)
> 60	12 (3.0)	5,000-9,999	94 (23.5)
$\bar{X} = 41.3$, Range = 16-70, SD = 8.13		10,000-14,999	74 (18.5)
ระดับการศึกษาสูงสุด		15,000-19,999	54 (13.5)
ไม่ได้เรียน	6 (1.5)	มากกว่า 20,000	73 (18.3)
ประถมศึกษา	65 (16.2)	สิทธิการรักษาที่ใช้	
มัธยมศึกษาตอนต้น	78 (19.5)	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	84 (21.0)
มัธยมศึกษาตอนปลาย	72 (18.0)	สิทธิประกันสังคม	170 (42.4)
อาชีวศึกษา/อนุปริญญา	77 (19.3)	สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	79 (19.8)
ปริญญาตรี	88 (22.0)	จ่ายเงินเอง	69 (16.8)
สูงกว่าปริญญาตรี	14 (3.5)		

(ต่อ) ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะทั่วไป (n = 400)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน(ร้อยละ)	ลักษณะทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
สถานภาพสมรส		ปริมาณ CD4 ก่อนได้รับยาต้านไวรัส (เซลล์/ลบ.มม.)	
โสด	99(24.8)	0-200	300 (75.0)
คู่	226 (56.5)	201-350	58 (14.5)
หม้าย/หย่า/แยก	75 (18.7)	> 350	42 (10.5)
		ไม่ได้ตรวจ	0 (0.0)
		$\bar{X}=141.18$, Range 0-1239, SD 172.43	
ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัสเอ็ดส์ (เดือน)		ปริมาณเม็ดเลือดขาว CD4 หลังได้รับยาต้านไวรัส (เซลล์ลบ.มม.)	
< 12	12(3.0)	0-200	101 (25.3)
12-59	127(31.8)	201-350	86 (21.5)
60-119	247(61.8)	> 350	183 (45.8)
≥120	14(3.5)	ไม่ได้ตรวจ	30 (7.4)
$\bar{X} = 64$, Range= 7-184, SD =30		$\bar{X}360.14$, Range 0-1076, SD 235.87	
ระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวี (เดือน)		ระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวีถึงรับยาต้านไวรัสเอ็ดส์ (เดือน)	
< 12	7(1.8)	< 12	233(58.3)
12-59	80(20.0)	12-59	99(24.8)
60-119	217(54.3)	60-119	57(14.3)
120-179	81(20.3)	120-179	10(2.5)
≥180	15(3.8)	≥180	1(0.3)
$\bar{X} = 90$, Range= 7-252, SD =43		$\bar{X} = 25$, Range=36-184, SD =36	

2. คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า องค์ประกอบคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวม ร้อยละ 65.0 อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 90.36 (S.D. = 12.05, Range = 54-121) จากคะแนนเต็ม 130 คะแนน สำหรับคุณภาพชีวิต

รายด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง แต่เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตในระดับดี พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 44.0 มีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจมากกว่าด้านอื่นๆ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับคะแนนองค์ประกอบคุณภาพชีวิต

ในภาพรวมและรายด้าน (n = 400)

องค์ประกอบคุณภาพชีวิต	จำนวน	ร้อยละ	ระดับคะแนน	ค่าพิสัย
ระดับคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม				
26 - 60	2	0.5	ไม่ดี	54 - 56
61 - 95	260	65.0	ปานกลาง	61 - 95
96 - 130	138	34.5	ดี	96 - 120
$\bar{X}=90.36$, S.D.=12.05, Range=54 -121				
ระดับคะแนนด้านสุขภาพร่างกาย				
7 - 16	0	0	-	
17 - 26	261	65.3	ปานกลาง	17 - 26
27 - 35	139	34.8	ดี	27 - 35
$\bar{X}=25.18$, S.D.=3.33, Range=17-35				
ระดับคะแนนด้านจิตใจ				
6 - 14	13	3.3	ไม่ดี	10 - 14
15 - 22	211	52.8	ปานกลาง	15 - 22
23 - 30	176	44.0	ดี	23 - 30
$\bar{X}=21.73$, S.D.=3.70, Range= 10- 30				

(ต่อ) ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับคะแนนองค์ประกอบคุณภาพชีวิต
ในภาพรวมและรายด้าน (n = 400)

องค์ประกอบคุณภาพชีวิต	จำนวน	ร้อยละ	ระดับคะแนน	ค่าพิสัย
ระดับคะแนนสัมพันธภาพทางสังคม				
3 - 7	40	10.0	ไม่ดี	4 - 7
8 - 11	285	71.3	ปานกลาง	8 - 11
12 - 15	75	18.8	ดี	12 - 15
$\bar{X}=9.79$, S.D.=2.00, Range= 4 - 15				
ระดับคะแนนด้านสิ่งแวดล้อม				
8 - 18	10	2.5	ไม่ดี	15 - 18
19 - 29	296	74.0	ปานกลาง	19 - 29
30 - 40	94	23.0	ดี	30 - 38
$\bar{X}=26.86$, S.D.=4.12, Range= 15 - 38				

3. ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างกับคุณภาพชีวิตรายด้าน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตรายด้านทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.01$ ได้แก่ อาชีพ และรายได้ เมื่อพิจารณาคูณภาพชีวิตรายด้าน พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม อายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้าน

สิ่งแวดล้อม ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย และสิทธิการรักษาที่ใช้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3. ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทั่วไปกับคุณภาพชีวิตรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง (n = 400)

ลักษณะทั่วไป	คุณภาพชีวิต							
	ด้านสุขภาพร่างกาย		ด้านจิตใจ		ด้านสัมพันธภาพทางสังคม		ด้านสิ่งแวดล้อม	
	Chi-square	p	Chi-square	p	Chi-square	p	Chi-square	p
1. เพศ	.123	.749	.998	.607	6.376**	.041	2.670	.263
2. อายุ	2.643	.450	5.765	.450	3.093	.797	15.182**	.019
3. ระดับการศึกษา	21.390**	.002	16.338	.176	23.256*	.026	35.047**	.000
4. สถานภาพสมรส	11.886*	.036	13.296	.208	4.761	.907	6.662	.757
5. อาชีพ	16.260**	.012	34.677**	.001	27.778**	.006	23.835**	.021
6. รายได้	.24.802**	.000	32.193**	.000	25.827**	.004	23.853**	.008
7. สิทธิการรักษาที่ใช้	9.008*	.029	7.919	.244	12.296	0.56	10.466	.106

** p-value < 0.01 , *p-value < 0.05

จากตารางที่ 4 เมื่อพิจารณาคูณภาพชีวิตรายด้านพบว่า ด้านสุขภาพร่างกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวี ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ และปริมาณเม็ดเลือดขาว CD4

หลังได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ และปริมาณเม็ดเลือดขาว CD4 หลังได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ

ตารางที่ 4. ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทั่วไปกับคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง ในรูปของเมตริกสัมพัทธ์ (n = 400)

ลักษณะทั่วไป	คุณภาพชีวิต							
	ด้านสุขภาพร่างกาย		ด้านจิตใจ		ด้านสัมพันธภาพทางสังคม		ด้านสิ่งแวดล้อม	
	r	p	r	p	r	p	r	p
1. ระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวี	.102*	.042	.082	.102	.059	.243	.068	.175
2. ระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวีถึงรับยาต้านไวรัสเอดส์	.026	.609	.048	.335	.002	.968	.008	.874
3. ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์	.118*	.018	.062	.218	.081	.104	.087	.081
4. ปริมาณเม็ดเลือดขาว CD4 ก่อนได้รับยาต้านไวรัสเอดส์	-.012	.810	-.066	.186	.014	.779	-.036	.468
5. ปริมาณเม็ดเลือดขาว CD4 หลังได้รับยาต้านไวรัสเอดส์	.130*	.012	.120*	.020	.055	.288	.065	.212

* P < 0.05

4. ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างกับคุณภาพชีวิตในภาพรวม

จากตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตในภาพรวม ได้แก่ ระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวี ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ และปริมาณ

เม็ดเลือดขาว CD4 หลังได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ในระดับน้อย ($r = .099$, $r = .112$ และ $r = .125$) เมื่อพิจารณาระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวีถึงรับยาต้านไวรัสเอดส์และปริมาณเม็ดเลือดขาว CD4 ก่อนได้รับยาต้านไวรัส พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตทุก ๆ ด้าน

ตารางที่ 5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั่วไปกับคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง ในรูปของเมตริกสัมพัทธ์ (n = 400)

ปัจจัย	1	2	3	4	5	6
1. คุณภาพชีวิตโดยรวม	1					
2. ระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวี	.099*	1				
3. ระยะเวลาตั้งแต่ติดเชื้อเอชไอวีถึงได้รับยาต้านไวรัสเอดส์	0.026	.726**	1			
4. ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์	.112*	.610**	-.102*	1		
5. ปริมาณเม็ดเลือดขาว CD4 ก่อนได้รับยาต้านไวรัสเอดส์	-.010	0.03	-0.058	.110*	1	
6. ปริมาณเม็ดเลือดขาว CD4 หลังได้รับยาต้านไวรัสเอดส์	.125*	.246*	-0.021	.379**	.319**	1

** p < 0.01, * p < 0.05

รหัส 1 = คุณภาพชีวิตโดยรวม 2 = ระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวี, 3 = ระยะเวลาตั้งแต่ติดเชื้อเอชไอวีถึงได้รับยาต้านไวรัสเอดส์, 4 = ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์, 5 = ปริมาณเม็ดเลือดขาว CD4 ก่อนได้รับยาต้านไวรัสเอดส์, 6 = ปริมาณเม็ดเลือดขาว CD4 หลังได้รับยาต้านไวรัสเอดส์

วิจารณ์

1. คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ชีวิตของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมทุกองค์ประกอบอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษารายงานต่าง ๆ^(7,9-11-19) ซึ่งหมายความว่ากลุ่มตัวอย่างมีสถานะทางสุขภาพ และความพึงพอใจใน

ชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับพอควร ทั้งนี้เนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งมีผลกระทบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ทุกด้าน ตั้งแต่ระยะแรกที่ทราบผล ระยะการรักษาหรือมีอาการป่วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสโดยผู้ติดเชื้อเอชไอวี

และผู้ป่วยเอดส์มักจะมีอาการวิตกกังวลและกลัวตาย ร่วมกับการรังเกียจจากสังคมจึงไม่กล้าเปิดเผยตนเอง ทำให้ต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว⁽¹¹⁾ เหตุผลอีกประการหนึ่ง คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้และประเมินส่วนบุคคลที่อาจแปรเปลี่ยนตามกาลเวลา ขณะเดียวกันโรคเอดส์เป็นโรคที่สังคมให้การยอมรับน้อย⁽¹¹⁾ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณชัย คำปาแสง⁽²⁰⁾ รสสุคนธ์ วาริตสกุล⁽²¹⁾ และอุตร ศรีสุวรรณ⁽²²⁾ เหตุผล เพราะเป็นการศึกษาเจาะจงในกลุ่มประชากรผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานไวรัส เป็นสมาชิกชมรมผู้ติดเชื้อทั้งหมด เป็นผลให้สมาชิกมีโอกาสได้ระบายความรู้สึกลงถึงเครียด กดดัน ลดความวิตกกังวล มีความสบายใจ มีกำลังใจ ในการดำรงชีวิต และทำประโยชน์ต่อสังคมต่อไป มีเพื่อนและที่ปรึกษาทำให้รู้สึกอบอุ่น ชมรมมีกิจกรรม ที่ทำประโยชน์ให้กับผู้ติดเชื้อเอดส์ ครอบครัว และสังคม จึงทำให้เกิดผลดีในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่ม ผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยเอดส์มาจนถึงปัจจุบันนี้ รัตนภรณ์ ตั้งยีนยง อ้างในชุดิวัตรณจันคามิ⁽⁹⁾ นอกจากนี้ผู้ติดเชื้อ บางส่วนที่มีอาการของโรคเอดส์ และการติดเชื้อฉวย โอกาส เช่น เชื้อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา ทำให้เกิด อาการปวดศีรษะเป็นระยะๆ หรือ รายที่เป็นโรคที่ ทำให้เกิดรอยโรคที่ผิวหนังหรือไม่สุขสบายกายและใจ เนื่องจากภาวะอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัสเอดส์ สอดคล้องกับการศึกษาของแรกซ์เดลและมอร์โรว์⁽⁹⁾ (Ragsdale Morrow) พบว่า ระยะของโรคมีผลต่อ คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และมีผลกระทบ ต่อผู้ที่ปรากฏอาการแสดงของโรคเอดส์มากกว่าผู้ยังไม่ ปรากฏอาการ

สำหรับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างตามองค์ ประกอบรายด้าน พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมี องค์ประกอบคุณภาพชีวิตรายด้าน ได้แก่ ด้านจิตใจ ด้าน สัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ใน ระดับกลาง เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตระดับดี พบว่า ด้านจิตใจอยู่ในระดับดี จำนวน 176 ราย (44.0%) โดยเฉพาะรายข้อ องค์ประกอบเกี่ยวกับความรู้สึกว่าชีวิต มีความหมายสูงสุดอยู่ในระดับดี ซึ่งสนับสนุนกับข้อมูล

ลักษณะทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การได้รับการรับ รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ทำให้ลดปริมาณของเชื้อ ไวรัสเอดส์ในกระแสเลือดได้ดี โดยมีปริมาณเม็ดเลือด CD4 หลังรับประทานไวรัสเอดส์ ในช่วงระหว่าง 201-350 เซลล์/ลบ.มม. จำนวน 86 ราย (ร้อยละ 21.5) และมากกว่า 350 เซลล์/ลบ.มม. จำนวน 183 ราย (ร้อยละ 45.8) มีอายุส่วนใหญ่ อยู่ในช่วง 31-40 ปี ซึ่งเป็นวัยทำงาน โดยพบว่า ร้อยละ 82.8 มีงานทำ หรือประกอบอาชีพ ถึงแม้ค่อนข้างน้อย จึงทำให้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 23.5 มีรายได้ ระหว่าง 5,000-9,999 บาท แต่เนื่องจากเป็นการศึกษาใน โรงพยาบาลของรัฐ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83.2) เป็นกลุ่มที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยมีสิทธิการ รักษาที่ได้จากรัฐ (อาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 19.8 ใช้สิทธิประกันสังคม ร้อยละ 42.4) และหน่วยงาน ของเอกชน โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายในการรักษา ดังนั้นการ มาตรวจแต่ละครั้งจึงไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการซื้อยา หรือการตรวจพิเศษต่างๆ สอดคล้องกับการศึกษา ของถวิล สังฆมณี⁽⁸⁾ ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม ที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องการได้รับมาก คือการช่วยเหลือ ในรูปการรักษาฟรี เช่นเดียวกับการศึกษาของเปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย อ้างในชุดิวัตรณ จันคามิ⁽⁹⁾ พบว่า ผู้ที่มีการ ประกอบอาชีพ มีรายได้เป็นของตนเอง และมีคุณภาพ ชีวิตดีกว่าผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ทำให้บุคคลบรรลุถึง เป้าหมายในชีวิตและมีความรู้สึกประสบความสำเร็จใน การประกอบอาชีพมากกว่าผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ⁽⁹⁾ หรืออาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 19.8 ประกอบ อาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจเป็นอาชีพที่สังคมให้การ ยอมรับเป็นกลุ่มที่มีการศึกษาในระดับดี มีรายได้มั่นคง จึงมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจและด้าน สัมพันธภาพทางสังคม⁽⁸⁾

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่างกับคุณภาพชีวิต ผลการศึกษา พบว่า อาชีพ รายได้ มีความสัมพันธ์ทางเชิงบวกกับคุณภาพชีวิต รายด้านของกลุ่มตัวอย่างในช่วงระยะเวลา 2 สัปดาห์ ที่ผ่านมามีความมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$)

ดังตารางที่ 3 นั่นคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ที่ประกอบอาชีพ หรือมีงานทำ และมีรายได้มากจะมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นด้วยสอดคล้องกับการศึกษาของพิกุล นันทชัยพันธ์⁽²⁴⁾ พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่มีรายได้ของตนเอง สามารถที่จะใช้จ่ายในการอุปโภคและบริโภคเพื่อการดูแลตนเองให้มีสุขภาพที่ดี และส่งผลถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีแต่พบว่าไม่สอดคล้องกับการศึกษาของฉวิล สังขมณี⁽⁸⁾ ที่พบว่าปัจจัยด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรสคู่ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่ทราบผลเลือด และการเปิดเผยตน ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ทั้งนี้เนื่องจากคุณภาพชีวิต เป็นกระบวนการทางด้านจิตใจที่สามารถตีความ โดยผ่านตัวกรองต้นความคิด ประกอบด้วยความคลาดเคลื่อนจากการมองที่หลากหลาย อันเนื่องมาจากประสบการณ์พื้นฐานความรู้ คุณภาพชีวิตที่ดีหรือดีกว่า นั้นย่อมเป็นการยอมรับและกำหนดคุณค่า โดยบุคคลในสังคมเดียวกัน ซึ่งมักเป็นชนชั้นกลางของสังคม ความคิดที่ก่อให้เกิดความเข้าใจในความเจริญของงาม และพัฒนาการของมนุษย์ การมีอายุยืนยาว กระบวนการทางด้านจิตใจล้วนอยู่ภายใต้อิทธิพลขององค์ประกอบต่างๆ รวมทั้งค่านิยมด้วย⁽⁸⁾

เมื่อพิจารณาปัจจัยอื่นๆที่มีความสัมพันธ์ด้านคุณภาพชีวิตแต่ละด้านของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าระดับการศึกษาระยะเวลาติดเชื้อเอชไอวี ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ และระดับภูมิคุ้มกัน CD4 หลังได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.005$) ปริมาณ CD4 ย้อนหลัง 1 รอบ จากวันเก็บข้อมูลมีความสัมพันธ์กับทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .119, p\text{-value} < 0.05$) แสดงให้เห็นว่าการรักษาด้วยยาต้านไวรัสสูตรหลายขนาน(High Active Anti-retroviral Treatment: HAART) สามารถยับยั้งกระบวนการเพิ่มเชื้อเอชไอวี

ไม่ให้ทำลายภูมิคุ้มกันโรค ทำให้ระดับ CD4 ในกระแสเลือดสูงขึ้นลดการติดเชื้อฉวยโอกาส และมีสุขภาพแข็งแรงขึ้น สามารถประกอบกิจกรรมต่างๆได้ ตามปกติจัดการและควบคุมชีวิตของตนเองโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ส่วนระดับการศึกษาและรายได้มีผลต่อสุขภาพชีวิตนั้น อธิบายได้ว่าระดับการศึกษาเป็นองค์ประกอบหนึ่งในแหล่งประโยชน์ บุคคลที่มีการพัฒนาความรู้และทักษะ เมื่อมีเหตุการณ์ในชีวิตเกิดขึ้นจะสามารถช่วยให้พวกเขาพบความความหวังของตัวเอง นำพาตนเองสู่ความสุข หรือคุณภาพชีวิตได้⁽²⁸⁾ ในทำนองเดียวกันบุคคลที่มีการศึกษาสูง จะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูลตลอดจนรู้จักแหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่า⁽²⁹⁾

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านบริหาร

1.1 ผู้บริหาร ควรกำหนดนโยบายในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ เป็นระยะยาว อย่างต่อเนื่อง หากพบมีความบกพร่องด้านคุณภาพชีวิต ควรร่วมวางแผนกับบุคลากรในทีมสหวิชาชีพ และโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคม การสนับสนุนทางสิ่งแวดล้อมในการมีหน่วยงานของกลุ่มการพยาบาลช่วยในการให้คำแนะนำปรึกษาทางโทรศัพท์ หรือมีการเยี่ยมบ้านร่วมกับหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรง รวมทั้งให้การช่วยเหลือผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่อง

1.2 ในการดำเนินการพัฒนาหรือส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ควรพิจารณาตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตมาพิจารณาเป็น การส่งเสริมคุณภาพชีวิตดังกล่าว ซึ่งในภาพรวมแล้วควรส่งเสริมการให้ความรู้และแนวทางการดูแลรักษาด้วยวิธีที่เข้าใจง่าย สามารถทำความเข้าใจกับเรื่องการรักษา การรับประทานยา การดูแลสุขภาพ ด้วยความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตามได้ถูกต้อง เพราะจากการศึกษาครั้งนี้

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีการศึกษาระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น ตอนปลาย อาชีวศึกษา/อนุปริญญา ในอัตราใกล้เคียงกันซึ่งถือว่ามีความรู้ระดับต่ำ อาจไม่สามารถเข้าใจหรือปฏิบัติตามแผนการรักษาที่ซับซ้อน

2. ด้านบริการ

2.1 ควรให้บริการในเชิงรุกที่มีสิ่งจูงใจให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ได้ร่วมเข้าเป็นสมาชิกชมรมผู้ติดเชื้อให้เพิ่มขึ้น ควรส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อได้ตระหนักถึงการสร้างเครือข่าย และแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ไว้วางใจได้ เพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการเข้าร่วมโครงการ

3. ด้านการศึกษาและวิจัย

3.1 ควรมีการศึกษาคุณภาพชีวิตเชิงเจาะลึกเพื่อให้ได้ข้อมูลเพิ่มเติม

3.2 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาฟรี กับกลุ่มที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเอง

3.3 สำหรับหลักสูตรนักศึกษาพยาบาล ควรจัดให้มีหลักสูตรที่มีเนื้อหาที่เน้นประเด็นสำคัญของคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และปัจจัยการส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี เพื่อเพิ่มศักยภาพ และให้ความรู้เกี่ยวกับให้การพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์มีคุณภาพชีวิตที่ดี

3.4 ควรจัดให้พยาบาลในกลุ่มการพยาบาลที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ไปเรียนหลักสูตรเฉพาะทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ให้ครอบคลุม

เอกสารอ้างอิง

1. UNAIDS. Report on the global AIDS epidemic 2008. WHO Library Cataloguing in Publication Data. 2008.
2. รู้ทันเอดส์. สำนักงานอนามัย กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ 2552 ; 17(87).
3. สถาบันบำราศนราดูร. รายงานประจำปี 2551.
4. วิเคราะห์สถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทย.

สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, อ้างอิงจาก <http://www.aidsthailand.org/main.php>.13 ธ.ค.2551

5. สุเทพ รักเมือง. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอดส์ในเขต 11. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเวชศาสตร์ชุมชน บัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.
6. Ragsdale D, Kotarba J.A. & Morrow J.R Quality of Life of hospitalize person with AIDS. IMAGE: Journal of Nursing Scholarsip 1992; 24(4): 259-265.
7. จันทนา บุญเดชา, สมพร เนติรัฐกร. คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารโรคเอดส์ 2550; 19 (2): 102-113.
8. ถวิล สังฆมณี. คุณภาพชีวิต ศักยภาพของการดูแลตนเอง และความต้องการแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในเขตสาธารณสุขที่ 4. วารสารโรคติดต่อ 2543; 26 (2): 107-117
9. ชุตีวรรณ จันทามิ. ความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม ดัชนีชี้วัดภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ในโครงการพัฒนาการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสระดับชาติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาการพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2550.
10. พิมพ์สุรางค์, เตชะบุญเสริมศักดิ์, โชคชัย หมั่นแสงทรัพย์, สิริทัย จารุพูนผล, วิทยา จารุพูนผล. คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ ในกรุงเทพมหานคร. ภาควิชาอนามัยชุมชน. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2552. (บทคัดย่อ)
11. กุสละวี วิวัฒน์ชีวิน, พิกุล นันทชัยพันธ์, ศิริพร เปลี่ยนผดุง. ผลของการสะท้อนคิดด้วยตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์. วารสารวิจัยทางการแพทย์ 2542; (2): 173-191.

12. สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุด 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่, 2540.
13. ศดานนท์ ปิยะกุล. คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลสันป่าตองและโรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา สังคมศาสตร์ การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.
14. ภัสพร ขำวิชา, กาญจนา ศิริเจริญวงศ์, กาญจน์ องค์กรานนท์. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2543; 18 (4): 51-60.
15. สุสันหา ยิ้มแย้ม, วิลาวัลย์ เสนารัตน์, พิกุล นันทชัยพันธ์, ประสิทธิ์ แซ่ตั้ง. คุณภาพชีวิตของสมาชิกในครอบครัวผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในชนบทภาคเหนือของประเทศไทย. วารสารสภาการพยาบาล 2548; 20 (1): 49-64.
16. ผกากรอง พันธุ์โพธิ์จั่น และคณะ. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มารับบริการในโรงพยาบาลสงขลา. โรงพยาบาลสงขลา. 2549.
17. ณิชกมล เปียอยู่. การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลท่าวุ้ง อำเภอท่าวุ้ง จังหวัดลพบุรี. วิทยานิพนธ์ ปริญญาศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี, 2549. (บทคัดย่อ)
18. ณัฐชา ช้อนคำ, ประณิต ส่งวัฒนา, กิตติกร นิลมานต์. คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ภายใต้ระบบการดูแลอย่างครบถ้วนและต่อเนื่องในภาคใต้ตอนล่าง วารสารโรคเอดส์ 2551; 20 (1): 46-57.
19. ปริมิวิชญา อินตะกัน. คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ณ คลินิกพิเศษ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2551. (บทคัดย่อ)
20. วรณชัย คำป่าแลว. คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในชมรมผู้ติดเชื้อ อำเภอเมือง ลำปาง. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
21. รสสุคนธ์ วาริตสกุล. การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตใน ผู้ติดเชื้อเอดส์ที่อยู่ร่วมกับครอบครัว. พิษณุโลก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2545. (บทคัดย่อ)
22. อุดร ศรีสุวรรณ, โอภาส การย์กวินพงศ์. คุณภาพชีวิตและการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ในเขต 7. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 อุบลราชธานี, 2548.
23. ธนอมศักดิ์ ทองมัน. การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ ในโครงการธรรมรักษันเเวคน จังหวัดลพบุรี. มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์, 2547. (บทคัดย่อ)
24. พิกุล นันทชัยพันธ์. การดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อ: การศึกษาคุณภาพ. คณะพยาบาลศาสตร์. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2539.
25. เกียรติ รัชรัฐธรรม. Advance on AIDS Pathogenesis and Therapy. ใน: สิริ เชื้อวชาญวิทย์ (บรรณาธิการ). Color Atlas of HIV Infection. กรุงเทพมหานคร: พีบี ฟอเรนส บุค เวเนเตอร์. 2541.
26. บุศดี ศรีคำ, เพ็ญพักตร์ อุทิศ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเปิดเผยตัวเอง การสนับสนุนทางสังคม ความหวัง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2547; 16 (2): 65-78.
27. วนิดา รัตนานนท์, สุริพร ธนศิลป์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2546; 15(3): 72-83.
28. Orem D.E. Nursing : Concept of Practice 6th ed St. Louis: Mosby; 2001.
29. Muhlenkamp A.F. & Sayles J.A Nursing Research 1986; 35 (6): 334-38.

การพัฒนารูปแบบการประชาสัมพันธ์โรคปอดบวมในเด็ก

Development of a Model for Public Information and Education
on Prevention and Control of Childhood Pneumonia

สมนึก เลิศสุโภชนิชย์ สม.(สุขศึกษา)
อมรา บาลยอ ศศม.(วัฒนธรรมศึกษา)
วัชรีย์ สาริบุตร วทม.(ระบาดวิทยา)
อาจารย์ อิงคะวณิช ป.พส.
สุนันตา สิริโท ศศม.
สำนักโรคติดต่อทั่วไป

Somnuek Lertsuphotvanit M.PH(Behavioral science)
Amara Balyore M.A (Cultural studies)
Watcharee Sareebutara M.Sc (Epidemiology)
Ajaree Ingkavanit (Cert. Nursing and midwifery)
Sunanta Sritho M.A(Social Science)
Bureau of General Communicable Diseases

บทคัดย่อ

โรคปอดบวมเป็นโรคที่พบบ่อยในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุข เนื่องจาก อัตราป่วยและอัตราตายยังคงสูงในบางพื้นที่ จากการประเมินผลในชุมชนที่ผ่านมา พบว่า พ่อแม่และผู้ดูแลเด็ก มีความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคและการดูแลลูกที่บ้านต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด รวมทั้งการใช้ยาปฏิชีวนะ ในโรคหวัดยังสูงอยู่ จึงได้มีการพัฒนาต้นแบบสื่อสำหรับสื่อมวลชนวิทยุ เพื่อใช้ในการเผยแพร่ความรู้ให้กับพ่อแม่ ผู้ดูแลเด็กและประชาชน คือ “คู่มือสำหรับวิทยุกระจายเสียง เรื่อง โรคปอดบวมในเด็ก” ซึ่งประกอบด้วยสปีดวิทยุ สารคดีวิทยุ และบทความความรู้ พร้อมทั้งมีการทดสอบสื่อคู่มือฯ ในกรุงเทพมหานครและ 3 จังหวัด ก่อนนำไปใช้จริง ในการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ในงานวันเด็กแห่งชาติและในช่วงฤดูกาลของการเกิดโรค รวมทั้งประเมินผลการดำเนินงาน โดยสำรวจการนำสื่อไปใช้และความพึงพอใจของผู้จัดรายการทางวิทยุ พบว่า ผู้จัดรายการวิทยุส่วนใหญ่ได้นำ ความรู้เรื่อง “โรคปอดบวมในเด็ก” จากคู่มือฯ ไปออกอากาศในช่วงเดือนกรกฎาคม - กันยายน 2551 ร้อยละ 98.2 และมีความพึงพอใจต่อคู่มือฯ ร้อยละ 98.2 ส่วนผลสำรวจการรับรู้และพฤติกรรมของพ่อแม่ ผู้ดูแลเด็ก และประชาชน พบว่า ผู้ฟังรายการวิทยุส่วนใหญ่รู้จักโรคปอดบวม ร้อยละ 94.7 โดยแหล่งที่รู้จักส่วนใหญ่เป็นสื่อทางวิทยุ ร้อยละ 68.5 พฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กเมื่อมีเด็กป่วยที่คิดว่าเป็นโรคปอดบวมจะพาไปพบแพทย์ หรือคลินิก หรือโรงพยาบาล ร้อยละ 100.0 และผู้ฟังรายการวิทยุที่รู้จักโรคปอดบวมส่วนใหญ่จะนำความรู้เรื่องโรคปอดบวมไปพูดคุยกับคนใน ครอบครัว หรือเพื่อนบ้าน ร้อยละ 98.9

จากผลการศึกษาดังกล่าว พบว่า เครือข่ายสื่อมวลชนวิทยุให้ความสนใจและสนับสนุน นำความรู้ไป เผยแพร่ให้กับพ่อแม่ ผู้ดูแลเด็ก และประชาชนได้ตระหนัก รับรู้ และมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม ดังนั้นจึงควรเร่ง ส่งเสริมการดำเนินงานเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ทางวิทยุอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในปีต่อไปควรขยายผลการดำเนินงาน โดยลงสู่วิทยุชุมชนทั่วประเทศ โดยร่วมมือกับเครือข่ายที่จะช่วยรณรงค์และขยายผล เช่น เครือข่ายเยาวชน เครือข่ายองค์กรเอกชน สถานศึกษา ชมรมแม่บ้าน ชมรมผู้สูงอายุ และเครือข่ายสื่อมวลชน เป็นต้น ควรพิจารณา ความเป็นไปได้ของการบูรณาการร่วมกับโรคติดต่ออื่นๆตามฤดูกาลเกิดโรคด้วย

Abstract

Pneumonia was a public health problem and often found among children under 5 years old. Based on some community surveys, the level of knowledge and behavior on disease prevention and child care among parents and caretakers of children was lower than the target level. In addition, use of antibiotics without prescription was still high. This project therefore developed a model package of media for public information and education through radio broadcast so that radio stations and presenters/announcers could use the package to inform and educate parents, caretakers of children and the public. The model package was called, "Media package for radio broadcast on childhood pneumonia." It consisted of radio spots, radio documentaries and knowledge programs. The Media package was pre-tested in Bangkok and 3 provinces before use. It was broadcasted on the National Children Day and during the months of the disease high prevalence. An evaluation was conducted among radio presenters/announcers. It was found that majority of the radio presenters/announcers (98.2 percent) broadcasted the subject using the Media package during July-September and 98.2 percent were satisfied with the Media package. The evaluation conducted among radio audience who were parents, caretakers of children and the public finding that 94.7 percent of them knew of childhood pneumonia, 68.5 percent of the radio audience heard it from radio, 100 percent of the audience said they would take the children who they thought had pneumonia to see a doctor or to a clinic or a hospital and 98.9 percent of those who know of pneumonia would share knowledge on pneumonia with their family members or neighbors.

In conclusion, it was found that the radio media network was interested and supportive and used the media package to provide public information and education which resulted in awareness, knowledge and appropriate behavior among parents, caretakers of children and the public concerning childhood pneumonia. Therefore, this project should be expanded and sustained. In the following years, for example, the project should cover networks of community radios throughout the country in addition to other networks that could advocate and help scaling up public information and education on prevention and control of childhood pneumonia such as youth networks, NGO networks, education institutions, housewives clubs, elderly clubs and mass media networks. Finally, possibility should be explored to integrate prevention and control of childhood pneumonia with the prevention and control efforts of other diseases that often spread during the same period of the year.

ประเด็นสำคัญ-

การประชาสัมพันธ์ สื่อมวลชนวิทยุ
โรคปอดบวมในเด็ก

Keywords

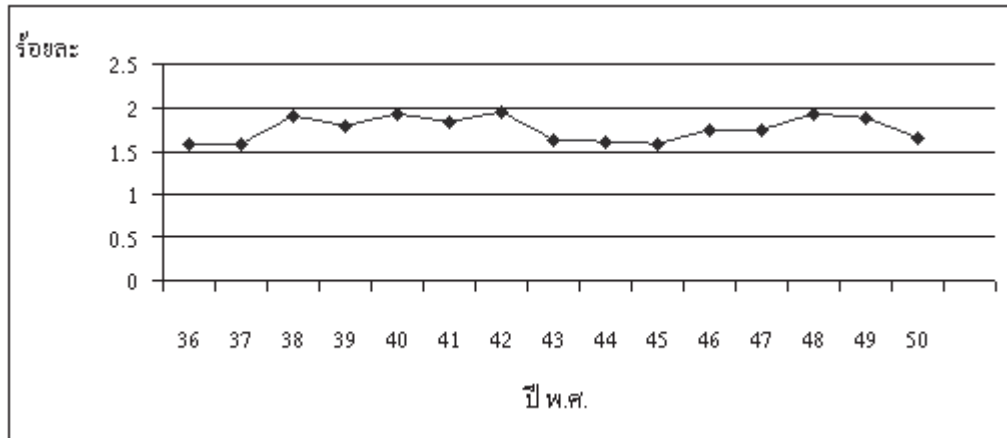
Public information and education,
radio presenters/announcers, childhood pneumonia

บทนำ

โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก ในอดีตที่ผ่านมา พบว่า โรคปอดบวม ยังเป็นปัญหา เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุข จากการวิเคราะห์ รุนแรงในบางพื้นที่ ในแต่ละปีจะพบผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ตั้งแต่ สถานการณ์ของโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก เดือนมิถุนายน และพบมากที่สุดในช่วงเดือนกรกฎาคม

ถึงเดือนกันยายน⁽¹⁾ ซึ่งจากรายงานของสำนัก ต่ำกว่า 5 ปี จำนวน 66,784 ราย อัตราป่วย 1.64 ต่อ
ระบาดวิทยา ปี 2550 พบผู้ป่วยปอดบวมในเด็กอายุ ร้อยประชากร⁽²⁾ ดังรูปที่ 1

รูปที่ 1 อัตราป่วยด้วยโรคปอดบวมในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี พ.ศ. 2536-2550



แหล่งที่มา : สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

จากการประเมินผลการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ เชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ใน
ชุมชน ในปี 2548 พบว่า ความรู้ของผู้ดูแลเด็ก เรื่อง
อาการขึ้นอันตรายของโรคมีเพียง ร้อยละ 48.0 ซึ่งต่ำ
กว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ ร้อยละ 85 พฤติกรรมการ
ป้องกันโรคถูกต้องเพียง ร้อยละ 5.4 เท่านั้น ส่วน
พฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยที่บ้านตามอาการถูกต้อง
ร้อยละ 57.1 ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ ร้อยละ
85 อีกทั้งอัตราการเข้าปฎิชีวนะในโรคหวัดยังสูงถึง
ร้อยละ 50.2⁽³⁾ ซึ่งกลวิธีหนึ่งของการดำเนินงานนี้ คือ การ
ส่งเสริมความรู้แก่ประชาชนผ่านสื่อศึกษาประชาสัมพันธ์
ต่างๆ เพื่อให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการ ได้ทั่วถึง
และเน้นการเผยแพร่ทางสื่อมวลชน (Mass Media) ได้แก่
โทรทัศน์ วิทยุ และหนังสือพิมพ์ ซึ่งจากผลการสำรวจ
การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน
ปี 2549 พบว่า ช่องทางหรือแหล่งข้อมูลข่าวสารที่
ประชาชนได้รับส่วนใหญ่เป็นโทรทัศน์ ร้อยละ 84.16
รองลงมาได้แก่ วิทยุ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ
44.59 และ 32.57 ตามลำดับ⁽⁴⁾ ดังนั้นเพื่อเป็นการ
เพิ่มช่องทางการสื่อสารและพัฒนาประสิทธิภาพของ
การประชาสัมพันธ์โรคปอดบวมในเด็ก สำนัก

โรคติดต่อทั่วไป จึงได้ทำการพัฒนาต้นแบบสื่อความรู้
สำหรับสื่อมวลชนวิทยุ ซึ่งเป็นสื่อที่เข้าถึงประชาชนได้
มากที่สุดคุ้มค่า ประหยัดงบประมาณและสะดวกในการ
นำไปใช้เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ต่อไป

วัสดุและวิธีการศึกษา

1. จัดทำต้นแบบสื่อความรู้ “คู่มือสำหรับ วิทยุกระจายเสียง เรื่อง โรคปอดบวมในเด็ก”

- ประชุมผู้เชี่ยวชาญ และทีมคณะทำงาน
- จัดเตรียมเรียงเนื้อหาเพื่อทำฉบับร่าง
- ประชุมสื่อมวลชนวิทยุจากกรมประชาสัมพันธ์

เพื่อร่วมพิจารณารูปแบบและภาษา พร้อมทั้งขอ
ความร่วมมือในการดำเนินงานต่อไป

- ทดสอบคู่มือฯ (Try out) โดยออกแบบ
สัมภาษณ์ผู้จัดรายการวิทยุ และเลือกกลุ่มตัวอย่างโดย
การจับฉลากจังหวัดใน 4 ภาคฯ ละ 1 จังหวัด ได้แก่
กรุงเทพมหานคร นครราชสีมา เชียงใหม่ และสุราษฎร์ธานี
ในแต่ละจังหวัดเลือกสถานีวิทยุสังกัดกรมประชาสัมพันธ์
ซึ่งเป็นเครือข่ายใหญ่ 1 สถานี และสถานีวิทยุสังกัด
อื่นที่มีเครือข่ายเล็กรองลงมาอีก 2 เครือข่ายฯ ละ 1
สถานี รวมจังหวัดละ 3 สถานี ยกเว้น กรุงเทพมหานคร

เลือกทั้งสังกัดกรมประชาสัมพันธ์และสังกัดอื่น 6 สถานี (กรุงเทพฯ มีสถานีวิทยุหลายแห่งและหลายสังกัด) รวม 15 สถานี ในแต่ละสถานีเลือกผู้จัดรายการวิทยุที่มีประสบการณ์ในการจัดรายการทางวิทยุเป็นอย่างดีและยินดีให้ข้อมูล สถานีละ 1 คน รวมจำนวน 15 คน ซึ่งคณะทำงานจากส่วนกลางเป็นผู้ออกเก็บข้อมูลเอง

- รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ และสรุปผลการทดสอบคู่มือฯ

- ปรับแก้ไข และตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน

- จัดทำสื่อคู่มือฯ ฉบับสมบูรณ์ เพื่อเป็นสื่อต้นแบบ ซึ่งประกอบด้วย ซีดีสโตนวิทยุ ซีดีสารคดีวิทยุ ภาพพลีสารคดีวิทยุ และบทความความรู้เรื่องโรคปอดบวมในเด็ก

- ผลิตคู่มือฯ เพื่อเผยแพร่ให้กับผู้จัดรายการทางสถานีวิทยุทั้ง 524 แห่ง

2. เผยแพร่ประชาสัมพันธ์

เผยแพร่ความรู้เรื่องโรคปอดบวมในเด็ก โดยขอความร่วมมือจากหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องผ่านทางสถานีวิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร และเว็บไซต์ของสำนักโรคติดต่อทั่วไป โดยเน้นหนักใน 2 ช่วง คือ

2.1 งานวันเด็กแห่งชาติ (มกราคม)

- อธิบัติแถลงข่าวโรคติดต่อทางเดินหายใจในเด็ก

- เขียนบทความ และจัดทำสโตนซีดี เพื่อเป็นสื่อความรู้ให้กับผู้จัดรายการของสถานีวิทยุ และขอความร่วมมือในการเผยแพร่ความรู้ผ่านช่องทางต่างๆ

- สัมภาษณ์แพทย์ทางวิทยุ

2.2 ช่วงฤดูกาลของการเกิดโรค

(กรกฎาคม - สิงหาคม)

- ขอความร่วมมือสื่อมวลชนวิทยุ 524 แห่งทั่วประเทศ ให้นำความรู้เพื่อเผยแพร่ออกอากาศทางวิทยุ

- เผยแพร่ประชาสัมพันธ์บทความรู้

ผ่านช่องทางต่างๆ

- สัมภาษณ์แพทย์ทางวิทยุ

3. ประเมินผลโครงการรณรงค์ป้องกันควบคุมโรคติดต่อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก

- ออกแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้จัดรายการวิทยุ และแบบสัมภาษณ์การรับรู้ของผู้ฟังรายการวิทยุ

- ประชุมทีมคณะทำงานและปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ

- ปรับแก้ไขแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์

3.1 สำรวจพฤติกรรมและความพึงพอใจของผู้จัดรายการทางวิทยุ

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้จัดรายการวิทยุสังกัดหน่วยงานภาครัฐ 524 แห่ง ที่ยินดีให้ข้อมูล สถานีละ 1 คน รวม 524 คน และส่งแบบสอบถามพร้อมคู่มือฯ เก็บข้อมูลในระหว่างเดือนกรกฎาคม - สิงหาคม 2551 โดยสำนักโรคติดต่อทั่วไปและสำนักงานป้องกันควบคุมโรคร่วมติดตามแบบสอบถามที่ยังไม่ส่งกลับมาตามกำหนดเวลา

3.2 สำรวจการรับรู้และพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กและประชาชน

โดยส่วนกลางได้ประสานขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลกับสถานีวิทยุในเขตกรุงเทพมหานคร 4 สถานี และประสานขอความร่วมมือสำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.5) นครราชสีมา สคร.8 นครสวรรค์ และสคร.11 นครศรีธรรมราชในการออกเก็บข้อมูลการรับรู้ของประชาชนร่วมกับสถานีวิทยุในจังหวัดพื้นที่รับผิดชอบที่ถูกเลือก ได้แก่ สถานีวิทยุในจังหวัด นครราชสีมา จังหวัดนครสวรรค์ และจังหวัดสุราษฎร์ธานี ออกเก็บข้อมูลในเดือนสิงหาคม 2551 โดยสำนักโรคติดต่อทั่วไป จัดหาของรางวัลสำหรับประชาชนที่โทรศัพท์เข้ามาร่วมรายการ

- รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ และสรุปผลการประเมิน

ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงานด้านกิจกรรมที่ได้ดำเนินการ และผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของโครงการณรงค์ป้องกันควบคุมโรคติดต่อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก ดังนี้

1. การจัดทำต้นแบบสื่อความรู้ “คู่มือสำหรับวิทยุกระจายเสียง เรื่อง โรคปอดบวมในเด็ก”

มีกระบวนการจัดทำ คือ

1.1 จัดทำคู่มือฯ ฉบับร่าง

- ศึกษาค้นคว้า และรวบรวมเนื้อหาความรู้เรื่องโรคปอดบวมในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี
- ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านสุขศึกษาประชาสัมพันธ์ ด้านภาษาศาสตร์ และด้านวิชาการ รวมทั้งผู้เชี่ยวชาญด้านสื่อมวลชนวิทยุจากกรมประชาสัมพันธ์
- ประชุมทีมคณะทำงานจากส่วนกลาง ผู้เชี่ยวชาญ และที่ปรึกษาของโครงการ
- เรียบเรียงเนื้อหาของคู่มือฯ เพื่อจัดทำฉบับร่าง ซึ่งประกอบด้วยซีดีสโปตวิทยุ สารคดีสั้น (ความยาว 1 - 2 นาที) และบทความความรู้ (ความยาว 3 - 5 นาที)
- ประชุมสื่อมวลชนวิทยุ และคณะทำงาน จำนวน 2 ครั้ง ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - มีนาคม 2551

ครั้งที่ 1 เพื่อพิจารณารูปแบบของคู่มือฯ และขอความร่วมมือจากสื่อมวลชนวิทยุในการดำเนินงานต่อไป

ครั้งที่ 2 เพื่อปรับปรุงแก้ไขคู่มือฯ ฉบับร่าง และเตรียมนำไปทดสอบที่สถานีวิทยุ

1.2 ทดสอบคู่มือสำหรับวิทยุกระจายเสียง เรื่อง “โรคปอดบวมในเด็ก”

การทดสอบคู่มือสำหรับวิทยุกระจายเสียง เรื่อง “โรคปอดบวมในเด็ก” ชุดนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเนื้อหา และรูปแบบของคู่มือฯ ให้มีประสิทธิภาพ และเหมาะสม สำหรับผู้จัดรายการวิทยุในการนำความรู้ เรื่อง “โรคปอดบวมในเด็ก”

ออกอากาศเผยแพร่ให้กับพ่อแม่ ผู้ดูแลเด็กและประชาชนได้รับทราบ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้จัดรายการวิทยุ จำนวน 14 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการจับฉลากจังหวัดใน 4 ภาค ภาคละ 1 จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพมหานคร นครราชสีมา เชียงใหม่ และสุราษฎร์ธานี โดยในแต่ละจังหวัดสุ่มเลือกสถานีวิทยุสังกัดกรมประชาสัมพันธ์ ซึ่งเป็นเครือข่ายใหญ่ 1 สถานี และสถานีวิทยุสังกัดอื่นที่มีเครือข่ายรองลงมาอีก 2 สถานี รวมจังหวัดละ 3 สถานี ยกเว้น กรุงเทพมหานคร เลือกทั้งสังกัดกรมประชาสัมพันธ์และสังกัดอื่น รวม 6 สถานี (กรุงเทพมหานคร มีสถานีวิทยุหลายแห่งและหลายสังกัด) แต่ละจังหวัดให้ทีมทั้งระบบ FM. และ AM. รวมสถานีวิทยุที่ทำการทดสอบคู่มือฯ ในครั้งนี้ จำนวน 14 สถานี ในแต่ละสถานีเลือกผู้จัดรายการวิทยุที่มีประสบการณ์ในการจัดรายการทางวิทยุกระจายเสียงเป็นอย่างดีและยินดีให้ข้อมูลสถานีละ 1 คน ทำการเก็บข้อมูล ระหว่างวันที่ 14 - 25 มีนาคม 2551 เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์ผู้จัดรายการวิทยุ ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ความคิดเห็นเกี่ยวกับซีดีสโปตวิทยุ สารคดีสั้น สารคดียาว และรูปแบบโดยรวมของชุดคู่มือฯ

ผลการศึกษา พบว่า ผู้จัดรายการวิทยุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.4 จัดรายการสุขภาพ ร้อยละ 14.3 จัดรายการอื่นๆ (รายการเพลง / ข่าว / สารคดี / ธรรมะ) ร้อยละ 85.7 ซึ่งผู้จัดรายการวิทยุส่วนใหญ่เห็นด้วยกับรูปแบบและเนื้อหาของซีดีสโปตวิทยุ สารคดีสั้น สารคดียาว ส่วนรายละเอียดที่ควรปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม เช่น เสียงของซีดีสโปตวิทยุเรียบเกินไป สารคดีสั้นบางตอนเนื้อหาสั้นไป สารคดียาวควรปรับให้เป็นบทความรู้และจัดทำเป็นรูปเล่มเพื่อความสะดวกในการนำไปใช้ เป็นต้น และรูปแบบโดยรวมของชุดคู่มือฯ ได้แก่ ขนาด สี ตัวหนังสือ รูปภาพ และความสะดวกในการนำไปใช้ส่วนใหญ่เห็นด้วย และคิดว่าหากได้รับคู่มือฯ นี้จะนำไปใช้เผยแพร่ออกอากาศทางวิทยุ

1.3 จัดทำคู่มือฯ ฉบับสมบูรณ์

โดยได้ต้นแบบสื่อความรู้ “คู่มือสำหรับวิทยุกระจายเสียง เรื่อง โรคปอดบวมในเด็ก” ซึ่งประกอบด้วย

1) สปอตวิทยุ มีทั้งหมด 5 สปอต แต่ละสปอตมีความยาวประมาณ 20 - 40 วินาที

2) สารคดีวิทยุเรื่องโรคปอดบวมในเด็ก มี 8 ตอน แต่ละตอนมีความยาวประมาณ 1-2 นาที มี 2 แบบ คือ ซีดีสารคดีวิทยุ ภาพพลิกสารคดีวิทยุ

3) บทความรู้เรื่องโรคปอดบวมในเด็ก มี 4 เรื่อง แต่ละเรื่องมีความยาวประมาณ 3-5 นาที

2. การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์

งานวันเด็กแห่งชาติ : มีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเดินหายใจผ่านทางวิทยุโทรทัศน์ และหนังสือพิมพ์

ช่วงฤดูกาลของการเกิดโรค ได้ดำเนินการเผยแพร่ความรู้ให้กับผู้ดูแลเด็กและประชาชนทั่วไปทางสื่อมวลชนวิทยุสังกัดหน่วยงานภาครัฐ 524 แห่ง มีการสัมภาษณ์แพทย์ทางวิทยุ ส่งบทความลงหนังสือพิมพ์ เติลินิวส์ นิตยสารสยามรัฐรายสัปดาห์ นิตยสารไลฟ์&โฮม จุลสารกรมควบคุมโรค และเว็บไซต์ของสำนักโรคติดต่อทั่วไป

3. การประเมินผลโครงการรณรงค์ป้องกันควบคุมโรคติดต่อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก

3.1 สำรวจพฤติกรรมและความพึงพอใจของผู้จัดรายการทางวิทยุกระจายเสียง

กลุ่มตัวอย่างในการวัดระดับความสำเร็จของโครงการรณรงค์ฯ เป็นผู้จัดรายการวิทยุ 524 แห่ง แต่เนื่องจากมีการย้ายที่อยู่หรือยกเลิกกิจการกระจายเสียงจำนวน 13 แห่ง ดังนั้น กลุ่ม-ตัวอย่างในการศึกษานี้จึงมีจำนวน 511 แห่งๆ ละ 1 คน รวมจำนวน 511 คน ซึ่งจำนวนแบบสอบถามที่ได้รับการตอบกลับมีจำนวน 172 ชุด คิดเป็นร้อยละ 33.7 เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามผู้จัดรายการวิทยุ ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการออกอากาศและความคิดเห็นต่อคู่มือสำหรับวิทยุกระจายเสียง เรื่อง โรคปอดบวมในเด็ก

ผลการศึกษา พบว่า ผู้จัดรายการวิทยุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.8 สังกัดสถานีวิทยุกระจายเสียงแห่งประเทศไทย ร้อยละ 41.8 ส่วนใหญ่จัดรายการในระบบ FM ร้อยละ 61.0 จัดรายการสุภาพ

ร้อยละ 24.7 จัดรายการอื่นๆ (รายการข่าว / สาร / วาไรตี้ / เพลง) ร้อยละ 51.2 กลุ่มผู้ฟังรายการส่วนใหญ่มีมากกว่า 1 กลุ่ม (กลุ่มวัยรุ่น / วัยทำงาน / แม่บ้าน / ผู้สูงอายุ) ร้อยละ 85.6 ซึ่งผู้จัดรายการวิทยุได้นำความรู้เรื่อง “โรคปอดบวมในเด็ก” จากคู่มือฯ ไปออกอากาศในช่วงเดือนกรกฎาคม - กันยายน 2551 ร้อยละ 98.2 และผู้จัดรายการวิทยุมีความพึงพอใจต่อคู่มือฯ ร้อยละ 98.2

3.2 สำรวจการรับรู้และพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กและประชาชน

ส่วนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาการรับรู้เรื่อง โรคปอดบวมในเด็ก เป็นพ่อแม่ ผู้ดูแลเด็กและประชาชนที่รับฟังรายการทางวิทยุกระจายเสียง เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการจับสลากจังหวัดใน 4 ภาค ๆ ละ 1 จังหวัด (ในภาคที่ได้กลุ่มตัวอย่างน้อยกว่า 20 ราย ให้จับสลากเลือกจังหวัดเพิ่มจนกว่าจะได้กลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 20 ราย) ได้แก่ กรุงเทพมหานคร นครราชสีมา นครสวรรค์ พิจิตร และสุราษฎร์ธานี ซึ่งในแต่ละจังหวัดเลือกสถานที่ยินดียิ่งร่วมประเมินผลการรับรู้อย่างน้อย 1 สถานี ได้สถานีที่ร่วมประเมินผลการรับรู้ครั้งนี้ รวมจำนวน 9 สถานี ได้แก่ สถานีวิทยุกระจายเสียงแห่งประเทศไทย FM 92.5 สถานีวิทยุกระจายเสียงแห่งประเทศไทยเพื่อการศึกษาส่วนกลาง AM 1467 สถานีวิทยุทหารอากาศ 06 กรุงเทพมหานคร AM 1251 สถานีวิทยุ 919 กรป.กลาง FM 99.5 สถานีวิทยุกระจายเสียงแห่งประเทศไทย จังหวัดนครสวรรค์ FM 93.25 สถานีวิทยุกระจายเสียงแห่งประเทศไทย จังหวัดพิจิตร FM 93.5 สถานีวิทยุกระจายเสียงแห่งประเทศไทย FM 105.25 สถานีวิทยุกองทัพภาคที่ 2 AM 1134 จังหวัดนครราชสีมา และสถานีวิทยุกองทัพภาคที่ 4 สุราษฎร์ธานี FM 92.25 ในแต่ละสถานีเลือกรายการที่ออกอากาศสดหรือบันทึกเทป มีช่วงเวลาการออกอากาศอย่างน้อย 30 นาที ขึ้นไป ผู้จัดรายการวิทยุยินดีเป็นผู้ประเมินผลการรับรู้และสุ่มเลือกผู้ดูแลเด็กและประชาชนที่รับฟังรายการ โดยเลือกทุกคนที่โทรศัพท์เข้ามาตอบคำถามในรายการ (อาจตอบทางไปรษณียบัตร

หรือจดหมายก็ได้) ซึ่งจำนวนแบบสัมภาษณ์ที่ได้รับการตอบกลับมีจำนวน 94 ชุด เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์ประชาชนที่ฟังรายการวิทยุ ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป และการรับรู้เรื่องโรคปอดบวมในเด็ก

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ฟังรายการวิทยุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.5 ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 40 ปี ร้อยละ 61.3 มีอาชีพอื่น ๆ เช่น แม่บ้าน พนักงาน/รับจ้าง/ลูกจ้าง ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 29.8 รองมาเป็นอาชีพค้าขาย ร้อยละ 28.6 ส่วนใหญ่มีเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีอยู่ในความดูแล ร้อยละ 63.4 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นหลาน ร้อยละ 70.9 ซึ่งผู้ฟังรายการวิทยุส่วนใหญ่รู้จักโรคปอดบวม ร้อยละ 94.7 โดยแหล่งที่รู้จักส่วนใหญ่เป็นสื่อทางวิทยุ ร้อยละ 68.5 การปฏิบัติเมื่อมีเด็กป่วยเป็นโรคปอดบวมจะพาไปพบแพทย์/คลินิก/โรงพยาบาลทุกราย และผู้ฟังรายการวิทยุที่รู้จักโรคปอดบวม ส่วนใหญ่จะนำความรู้เรื่องโรคปอดบวมไปพูดคุยกับคนในครอบครัว/เพื่อนบ้าน ร้อยละ 98.9

วิจารณ์

โครงการรณรงค์ป้องกันควบคุมโรคติดต่อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กปี 2551 ได้วางแผนการดำเนินงานตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ 2551 มีการปรับแก้ไขและเพิ่มรายละเอียดของกิจกรรมการดำเนินงานเพื่อให้เกิดความชัดเจนมากขึ้น โดยมุ่งเน้นเฉพาะโรคปอดบวมในเด็ก โดยมีกลุ่มเป้าหมาย คือ สื่อมวลชนทางสถานีวิทยุกระจายเสียงสังกัดหน่วยงานภาครัฐทั่วประเทศจำนวน 524 แห่ง และขอความร่วมมือในการเผยแพร่ความรู้ให้กับผู้ดูแลเด็กและประชาชนทั่วไป โดยเฉพาะในงานวันเด็กแห่งชาติและช่วงฤดูกาลของการเกิดโรค (เดือนกรกฎาคม - กันยายน) ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี มีการเผยแพร่ความรู้ทางวิทยุกระจายเสียง เป็นสเปดวิทยุ เพื่อกระตุ้นให้ประชาชนเกิดความตระหนักในเรื่องโรคปอดบวมในเด็ก รวมทั้งได้มีการปรับสื่อต้นแบบให้เป็นรูปแบบ Package ที่มีทั้งสเปด สารคดี และบทความรวมเป็นชุดเดียวกัน และมีการนำสื่อต้นแบบ ดังกล่าวออกไปทดสอบ แล้วนำ

มาแก้ไขปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ซึ่งการดำเนินงานดังกล่าว ประสบผลสำเร็จได้เพราะได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากสื่อมวลชนวิทยุตั้งแต่การประสานงาน การประชุมร่วมกันเพื่อวางแผนกระจายสื่อ และติดตามผลการดำเนินงาน รวมทั้งการเผยแพร่ความรู้ให้กับผู้ดูแลเด็ก และประชาชนทั่วไป

สำหรับงบประมาณที่ได้ใช้ในการดำเนินงาน ก็มีการปรับใช้ตามกิจกรรมที่เพิ่มขึ้นจากเดิม โดยผู้บริหารเห็นความสำคัญจึงให้การสนับสนุนงบประมาณเพิ่มขึ้นด้วย ซึ่งงบประมาณที่ได้รับทั้งหมดนำไปใช้ในการดำเนินกิจกรรมตามโครงการได้อย่างประหยัด คุ่มค่า และเกิดประโยชน์สูงสุด

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน คือ

1. เนื่องจากมีการปรับแผนการดำเนินงานโครงการฯ เป็นระยะๆ ทำให้งบประมาณไม่เพียงพอ
2. มีการติดกลับของสื่อที่ส่งไปยังสถานีวิทยุบางแห่ง เนื่องจากที่อยู่ไม่เป็นปัจจุบันมีการย้ายที่อยู่หรือยกเลิกกิจการกระจายเสียง จำนวน 13 แห่ง (ส่งทั้งหมด 524 แห่ง) ทำให้ไม่สามารถกระจายสื่อคู่มือสำหรับวิทยุกระจายเสียงได้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย
3. จากการประสานงานกับสถานีวิทยุบางแห่งพบว่า มีบริษัทเอกชนเช่าซื้อเวลาในการออกอากาศ ทำให้ไม่สามารถทราบที่อยู่ของบริษัทที่จะส่งสื่อไปได้
4. สถานีวิทยุบางแห่งต้องเช่าซื้อเวลาเท่านั้น และดำเนินงานเชิงธุรกิจ ทำให้ไม่ได้รับความร่วมมือในการเผยแพร่ออกอากาศ

ข้อเสนอแนะ

1. การดำเนินงานเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ทางวิทยุ เรื่อง โรคปอดบวมในเด็กนั้น ควรจัดให้มีการดำเนินการตามโครงการอย่างต่อเนื่องชัดเจนตามแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงาน 5 ปี (ปี 2551 - ปี 2555) เพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง ซึ่งในปีต่อไป ควรขยายผลการดำเนินงาน โดยลงสู่วิทยุชุมชนทั่วประเทศ โดยร่วมมือกับเครือข่ายที่จะช่วยรณรงค์และขยายผล เช่น

เครือข่ายเยาวชน เครือข่าย NGO สถานศึกษา ชมรมแม่บ้าน ชมรมผู้สูงอายุ และเครือข่ายสื่อมวลชน เป็นต้น ซึ่งการดำเนินงานนี้ควรจะมีการประเมินเป็นระยะๆ เพื่อแก้ไขปรับปรุงและพัฒนาให้ดีขึ้น

2. ควรประสานขอความร่วมมือในการประชาสัมพันธ์ทางวิทยุกระจายเสียง โดยเฉพาะสถานีวิทยุที่มีเครือข่ายใหญ่ (มีเครือข่ายครอบคลุมทั่วประเทศ หรือครอบคลุมหลายจังหวัด) หรือสถานีวิทยุ ที่ต้องการข้อมูลด้านสุขภาพ และยินดีให้ความร่วมมือจะช่วยให้การดำเนินงานเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ได้กว้างขวางขึ้น และสามารถติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เป็นการใช้งบประมาณอย่างประหยัด คุ่มค่า และเกิดความยั่งยืนต่อไป

3. ควรจัดทำทำเนียบสถานีวิทยุเครือข่ายสุขภาพ และจัดส่งข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ทันสถานการณ์ หรือตามช่วงฤดูกาลเกิดโรคให้กับสถานีวิทยุเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง

4. รูปแบบนี้อาจนำไปใช้บูรณาการร่วมกับโรคติดต่ออื่นๆ เช่น โรคอุจจาระร่วง โรคมือ เท้า ปาก โรคไขเลือดออก และโรคอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ซึ่งแต่ละโรคจะมีฤดูกาลของการเกิดโรคที่แตกต่างกันออกไป เพื่อเป็นข้อมูลให้กับผู้จัดรายการวิทยุใช้ประชาสัมพันธ์ให้กับประชาชนได้อย่างต่อเนื่อง ตามช่วงฤดูกาลของการเกิดโรค

5. หากนโยบายและการจัดหาทรัพยากรเพื่อการดำเนินงานที่เหมาะสมและเพียงพอ จะช่วยให้การดำเนินงานเผยแพร่ประชาสัมพันธ์โรคติดต่อเฉียบพลันระบบหายใจ ในเด็กเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์ นางรัตนพร แพนลา นางพัชรินทร์

เชยกลิ่นเทศ นางสาวศิวพร ศรีดี นางสาวประไพ ยั่งยืน และนายแพทย์พรชนก รัตนดิลก ณ ภูเก็ต ที่ให้คำปรึกษาและชี้แนะแนวทางการดำเนินงาน ขอขอบคุณผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 นครศรีธรรมราช ที่ให้ความร่วมมือในการออกแบบทดสอบคู่มือ รวมทั้งผู้จัดรายการวิทยุที่ได้ทดลองใช้และให้ข้อคิดเห็น ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่จากสถานีวิทยุกระจายเสียงแห่งประเทศไทยเพื่อการศึกษา และจากสถานีวิทยุทั้ง 524 แห่งที่ให้ความร่วมมือในการเผยแพร่ความรู้ให้กับประชาชน ตอบแบบสอบถาม ออกอากาศทางวิทยุ สัมภาษณ์ผู้ฟังรายการทางวิทยุ รวมถึงผู้ที่ให้สัมภาษณ์ทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือจนการศึกษาครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค. แนวทางการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2550.
2. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค 2550. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์, 2550.
3. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค. การประเมินผลการป้องกันควบคุมโรคติดต่อเฉียบพลันระบบหายใจและโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในชุมชนปี 2548. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
4. สำนักงานเผยแพร่และประชาสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. การศึกษาการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชนปี 2549. เอกสารอัดสำเนา. 2549.

การศึกษาความไวต่อสารที่มีฟอสของลูกน้ำยุงลายบ้านในจังหวัดสมุทรสาคร

The Study on Susceptibility to Temephos 1 % sg of *Aedes aegypti* L. Larvae in Samutsakhon Province

อนุสรณ์ ภาวภูตานันท์* ส.ม.(อนามัยสิ่งแวดล้อม)

Anusorn Pawaputanun* M.P.H.(Environmental Health)

ประทุมพร เล่าห์ประเสริฐ** Ph.D.(Biological Sciences) Prachumporn Lauprasert** Ph.D.(Biological Sciences)

พรรณเกษม แผ่พร*** ปร.ด.(อายุรศาสตร์เขตร้อน) Phankasaem Phaeporn*** Ph.D.(Tropical Medicine)

*สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี *Office for Disease Prevention and Control No 4

**มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

**Mahasarakham University

***กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

***Department of Medical Sciences

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบความไวของลูกน้ำยุงลายบ้านที่มีต่อสารที่มีฟอส ใช้ลูกน้ำยุงลายบ้านจากพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร และลูกน้ำยุงลายบ้านสายพันธุ์ห้องปฏิบัติการ และทดสอบความไวของลูกน้ำยุงตามวิธีขององค์การอนามัยโลก (WHO,1981) โดยใช้ความเข้มข้นของที่มีฟอสในการทดสอบ 5 ความเข้มข้น ได้แก่ 0.00125 0.0025 0.005 0.01 และ 0.02 มิลลิกรัมต่อลิตร ผลการทดลองพบว่า อัตราการตายของลูกน้ำยุงลายบ้านสายพันธุ์สมุทรสาครและสายพันธุ์ห้องปฏิบัติการในทุกความเข้มข้น พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน และที่ระดับความเข้มข้น 0.02 มิลลิกรัมต่อลิตรซึ่งเป็นระดับมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก อัตราตายของลูกน้ำยุงลายบ้านสายพันธุ์สมุทรสาครและสายพันธุ์ห้องปฏิบัติการคิดเป็นร้อยละ 99 และร้อยละ 100 ตามลำดับ

Abstract

The study aimed to examine the susceptibility of *Aedes aegypti* L. larva to Temephos 1% sg. The Samutsakhon strain and laboratory strain larva were prepared for testing which following the WHO standard recommendation (1981). The 5 concentrations of Temephos , 0.00125, 0.0025, 0.005, 0.01 and 0.02 mg/l, were prepared , the 25 larva were tested in each concentration and the test was replicated 4 times. The results showed that mortality of Samutsakhon strain and laboratory strain larva in each concentration of Temephos were not significantly different. The standard concentration at 0.02 mg/l , the Samutsakhon and laboratory strain larva had mortality rate of 99% and 100%, respectively.

ประเด็นสำคัญ-

ลูกน้ำยุงลายบ้าน ที่มีฟอส
จังหวัดสมุทรสาคร

Keywords

Aedes aegypti L. Larvae, Temephos
Samutsakhon Province

บทนำ

การควบคุมยุงลายทำได้ผลดีและมีประสิทธิภาพ คือ การควบคุมลูกน้ำยุงลาย ซึ่งทำได้ทั้งวิธีทางกายภาพ ชีวภาพ และเคมีสำหรับทางเคมีนั้น มีการใช้ทรายที่มีฟอส ในการควบคุมลูกน้ำยุงลายมาตั้งแต่ ปี 2511⁽¹⁾ ทรายที่มี ฟอสเป็นผลิตภัณฑ์ที่มีสารเคมี พวก Organophosphate Compound เคลือบเม็ดทราย ความเข้มข้นของสาร ออกฤทธิ์ 1% SG โดยใช้ในขนาด 1 กรัม ต่อน้ำ 10 ลิตร และ ได้รับการรับรองความปลอดภัยจากองค์การอนามัยโลก⁽²⁾ มีการใช้กันแพร่หลายจนถึงปัจจุบัน ทั้งนี้เนื่องจากใช้ง่าย และเห็นผลเร็ว แต่ปัญหาการใช้ทรายที่มีฟอสที่พบบ่อย คือ การใช้ไม่ได้ตามปริมาณที่กำหนด⁽³⁾ ซึ่งจะทำให้ ลูกน้ำยุงลายไม่ตายและสามารถพัฒนาให้มีความทน (Tolerance) หรือดื้อ (Resistance) ต่อสารที่มีฟอสได้ จากการทดสอบความไวของลูกน้ำยุงลายต่อสารเคมี ที่มีฟอสทั่วทุกภูมิภาคของประเทศ พบว่ามีรายงานการ ดื้อต่อสารเคมีที่มีฟอสของลูกน้ำยุงลายในบางพื้นที่ ได้แก่ อำเภอมะสอ จังหวัดตาก และอำเภอท่าชนะ จังหวัด สุราษฎร์ธานี⁽⁴⁾ ส่วนในภาคกลางได้แก่ จังหวัดราชบุรี ไม่พบการดื้อต่อสารเคมีที่มีฟอส⁽⁵⁾ จากข้อมูลดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาระดับความไวของ ลูกน้ำยุงลายบ้านในพื้นที่จังหวัดสมุทรสาคร ซึ่งเป็นพื้นที่ ที่มีการใช้ทรายที่มีฟอส 1%SG อย่างแพร่หลาย และ เป็นพื้นที่ ที่มีการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกอย่าง ต่อเนื่อง

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับ ความไวของลูกน้ำยุงลาย ในพื้นที่จังหวัดสมุทรสาครและ ลูกน้ำยุงลายสายพันธุ์ห้องปฏิบัติการที่มีต่อสารละลาย ที่มีฟอสที่ระดับความเข้มข้นต่างๆ

วัสดุและวิธีการศึกษา

(1.) สารเคมีที่ใช้ สารเคมีที่มีฟอสจาก WHO test kit ความเข้มข้น 156.25 mg/l, 31.25 mg/l, 6.25 mg/l และความเข้มข้น 1.25 mg/l

(2.) ลูกน้ำยุงลายที่ใช้ทดสอบ

2.1 ลูกน้ำยุงลายบ้านสายพันธุ์จังหวัด สมุทรสาครระยะที่ 3 ตอนปลาย ที่เกิดจากการเพาะ เลี้ยงในห้องปฏิบัติการรุ่นที่ 1 (รุ่น F1) จำนวน 625 ตัว

2.2 ลูกน้ำยุงลายบ้านสายพันธุ์ ห้อง ปฏิบัติการระยะที่ 3 ตอนปลาย จำนวน 625 ตัว

(3.) อุปกรณ์ที่ใช้ในการศึกษา

3.1 สารเคมีที่มีฟอส จาก WHO test kit ความเข้มข้น 156.25 mg/l, 31.25 mg/l, 6.25 mg/l และความเข้มข้น 1.25 mg/l

(4.) วิธีการศึกษา

1. การเตรียมลูกน้ำสายพันธุ์จังหวัดสมุทรสาคร

1.1 เก็บตัวอย่างลูกน้ำยุงลายบ้านในพื้นที่ เป้าหมายจำนวน 9 หมู่บ้านในเขตเทศบาล โดยสุ่มเลือก ตำบลละ 3 หมู่บ้าน ได้แก่ ตำบลโกรกกราก ตำบลมหาชัย และตำบลท่าฉลอม อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร

1.2 เก็บตัวอย่างลูกน้ำยุงลายบ้าน จาก บ้านจำนวน 50 หลัง ต่อ 1 หมู่บ้านโดยวิธีสุ่มตัวอย่าง แบบไม่จำเพาะเจาะจง

1.3 เก็บตัวอย่างลูกน้ำยุงลาย จำนวน 500 ตัว ต่อ 1 หมู่บ้าน

1.4 นำลูกน้ำยุงลายบ้านที่เก็บจากพื้นที่ มาเลี้ยงภายในห้องปฏิบัติการจนเป็นตัวยุงแล้ววางไข่รุ่นที่ 1 (F1) แล้วเพาะจนได้ลูกน้ำยุงลายระยะที่ 3 ตอนปลาย

2. การเตรียมลูกน้ำสายพันธุ์ห้องปฏิบัติการ นำมาจากห้องปฏิบัติการสถาบันวิจัยทางด้านสาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เพาะเลี้ยงจนได้ลูกน้ำยุงลาย ระยะที่ 3 ตอนปลาย

3. เตรียมสารละลายที่มีฟอสในน้ำ 250 มิลลิลิตร ที่ความเข้มข้นต่างกัน 5 ระดับ ได้แก่ 0.00125, 0.0025, 0.005, 0.01 และ 0.02 มิลลิกรัมต่อลิตร

4. นำลูกน้ำยุงลายบ้านระยะที่ 3 ตอนปลาย ทั้งสายพันธุ์ สมุทรสาครและห้องปฏิบัติการ สายพันธุ์ละ 25 ตัว ใส่ในบีกเกอร์ ซึ่งมีสารละลายที่มีฟอสตามระดับ ความเข้มข้นที่กำหนดไว้

5. ดำเนินการทดสอบ 4 ชั่วโมงทุกระดับความเข้มข้น ที่กำหนดเปรียบเทียบกับชุดควบคุม (Control)

ที่ใช้สารละลายเอทานอล 2% (ethanol 2 %) แทนการใส่สารละลายที่มีฟอส

6. นับจำนวนการตายของลูกน้ำยุงลายบ้าน หลังการทดสอบครบ 24 ชั่วโมง

7. คำนวณอัตราการตายและหาความเข้มข้นที่ทำให้เกิดการตาย(Lethal concentration)ร้อยละ 50 (LC50) และร้อยละ 95 (LC95) โดยวิธี Probit analysis⁽⁶⁾

8. การแปรผลระดับความไวตามหลักการขององค์การอนามัยโลก

อัตราตายระหว่างร้อยละ 98-100 หมายถึง มีความไวต่อสารเคมีในระดับสูง

อัตราตายระหว่างร้อยละ 80- 97 หมายถึง มีความไวต่อสารเคมีในระดับปานกลาง

อัตราตายต่ำกว่าร้อยละ 80 หมายถึง มีความไวต่อสารเคมีในระดับต่ำ หรือต้านต่อสารเคมี

ทั้งนี้ หากอัตราการตายของลูกน้ำยุงลายชุดควบคุมอยู่ระหว่างร้อยละ 5 - 20 ให้ปรับค่าอัตราตาย ของยุงทดสอบด้วยสูตร Abbott's formula ดังนี้
อัตราตายที่ถูกต้อง = (อัตราตายของลูกน้ำยุงลายทดสอบ - อัตราตายของลูกน้ำยุงลายควบคุม) x 100
100 - อัตราตายของลูกน้ำยุงลายควบคุม

9.หาค่า RR (Resistance Ratio) หมายถึง อัตราส่วนของค่าความเป็นพิษเฉียบพลัน Lethal con-

centration (LC50 และ LC95) ของลูกน้ำยุงลายที่ใช้ในการทดสอบต่อลูกน้ำยุงลายสายพันธุ์ห้องปฏิบัติการ⁽⁷⁾ มีการแปลผลดังนี้ ถ้าค่า RR มีค่ามากกว่า 10 แสดงว่าลูกน้ำยุงลายที่ใช้ทดสอบมีความไวต่อสารเคมีที่มีฟอส

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาความไวของลูกน้ำยุงลายบ้านสายพันธุ์สมุทรสาคร โดยใช้ น้ำที่มีทรายที่มีฟอสระดับความเข้มข้นต่าง ๆ พบว่า อัตราการตายของลูกน้ำยุงลายบ้านสูงขึ้น ตามระดับความเข้มข้น และมีอัตราการตายร้อยละ 99 ที่ระดับความเข้มข้น 0.02 มิลลิกรัมต่อลิตร ซึ่งเป็นค่าที่องค์การอนามัยโลกกำหนดให้เป็นค่ามาตรฐานในการตรวจสอบความต้านทานของลูกน้ำยุงลาย ซึ่งถือว่ามีความไวต่อสารเคมีในระดับสูง (ตารางที่ 1) จากการวิเคราะห์หาค่า ความเป็นพิษเฉียบพลัน Lethal concentration (LC50 และ LC95) โดยวิธีProbit analysis เท่ากับ 0.00325 และ 0.01120 (ภาพประกอบที่ 1) ตามลำดับ และค่า RR (Resistance Ratio) เทียบกับลูกน้ำยุงลายบ้านสายพันธุ์ห้องปฏิบัติการ (ตารางที่ 2) พบว่า ลูกน้ำยุงลายบ้านสายพันธุ์จังหวัดสมุทรสาคร ไม่มีความไวต่อสารเคมีที่มีฟอส เนื่องจากค่า RR มีค่าน้อยกว่า 10

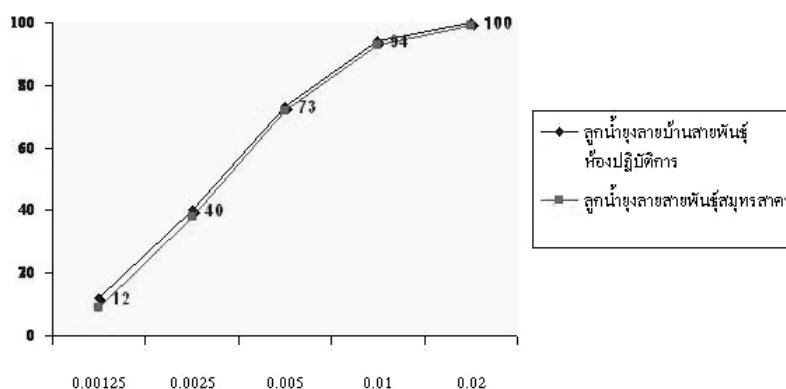
ตารางที่ 1 อัตราการตายของลูกน้ำยุงลายสายพันธุ์สมุทรสาคร เปรียบเทียบกับสายพันธุ์ห้องปฏิบัติการที่มีต่อสารละลายที่มีฟอส หลังการทดสอบที่ 24 ชั่วโมง

ความเข้มข้น (มิลลิกรัมต่อลิตร)	ชุดควบคุม	สายพันธุ์ สมุทรสาคร	สายพันธุ์ ห้องปฏิบัติการ	การแปรผลตามองค์การอนามัยโลก
0.00125	0	9	12	-
0.0025	0	38	40	-
0.005	0	72	73	-
0.01	0	93	94	-
0.02	0	99	100	มีความไวต่อสารเคมีในระดับสูง

ตารางที่ 2 ค่าความเป็นพิษเฉียบพลัน Lethal concentration (LC50 และ LC95) โดยวิธี Probit analysis และค่า RR (Resistance Ratio) ที่ 24 ชั่วโมง

ค่า LC	สมุทรสาคร	ห้องปฏิบัติการ	RR	การแปลผลค่า RR
LC50 mg/l	0.00325	0.00305	1.06	ไม่ดื้อต่อสารเคมีที่มีฟอส
LC95 mg/l	0.01120	0.01043	1.07	ไม่ดื้อต่อสารเคมีที่มีฟอส

ภาพประกอบที่ 1 อัตราการตายของลูกน้ำยุงลายบ้านสายพันธุ์จังหวัดสมุทรสาคร ที่มีต่อสารละลายที่มีฟอส หลังการทดสอบที่ 24 ชั่วโมง



วิจารณ์

การศึกษาความไวต่อสารละลายที่มีฟอสของลูกน้ำยุงลายสายพันธุ์สมุทรสาคร พบว่ามีความไวอยู่ในระดับสูง และค่า RR (Resistance Ratio) เทียบกับยุงลายสายพันธุ์ห้องปฏิบัติการ แสดงว่ายุงลายสายพันธุ์สมุทรสาครไม่มีความดื้อต่อสารเคมีที่มีฟอส ซึ่งผลการทดลองสอดคล้องกับการเฝ้าระวังความไวของยุงลายตัวเต็มวัยและลูกน้ำ (Aedes aegypti Linn.)⁽⁸⁾ พบว่าลูกน้ำยุงลายในจังหวัดพิจิตร กำแพงเพชร อุทัยธานี และนครสวรรค์ ยังมีความไวต่อสารเคมีในระดับสูง และการทดสอบความไวของลูกน้ำยุงลายจากจังหวัดต่าง ๆ ต่อสารเคมีกำจัดแมลงที่ใช้ควบคุมโรคไข้เลือดออก⁽⁵⁾ พบว่ากรุงเทพมหานครฯ นนทบุรี นครสวรรค์ ราชบุรี นครราชสีมา บุรีรัมย์ สุราษฎร์ธานี ระนอง พังงา ภูเก็ต และกระบี่ ลูกน้ำยุงลายมีความต้านทานต่อสารเคมีที่มีฟอสอยู่ในระดับต่ำ และจากการศึกษาโครงการเฝ้า

ระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง และประเมินผลสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ⁽⁹⁾ พบว่าอัตราการตายของลูกน้ำยุงลายสายพันธุ์นนทบุรี ต่อการทดสอบกับสารละลาย ที่มีฟอส ที่ความเข้มข้น 0.02 mg. / L เท่ากับ ร้อยละ 100 แสดงว่ายุงลายในและนอกเขตเทศบาลนครนนทบุรี ยังมีความไวต่อสารเคมีชนิดนี้เช่นกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการเฝ้าระวังและติดตามศึกษาเพื่อดูความไวของลูกน้ำยุงลายในพื้นที่ที่ทำการศึกษาย่างต่อเนื่องทุกปี โดยดำเนินการปีละ 1 ครั้ง
2. ควรมีการแนะนำให้ประชาชนใช้สารเคมีที่มีฟอสที่ได้ตามมาตรฐานเพื่อประสิทธิภาพสูงสุดในการควบคุมลูกน้ำยุงลายในชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจาก “เงินทุนอุดหนุนการวิจัยงบประมาณเงินรายได้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ประจำปี 2552” ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการสำนักงาน ป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี คณะเจ้าหน้าที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร และศูนย์ ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงที่ 4.4 จังหวัดราชบุรี ขอขอบคุณอาจารย์บุญเสริม อ่วมอ่อง ที่ให้คำปรึกษา และขอบคุณบริษัทเวลโครเปอเรชั่นจำกัด ที่ให้การ สนับสนุนด้านสารเคมี

เอกสารอ้างอิง

- ศิริพร ยงชัยตระกูล และคาวิณี ฝาสันเทียะ. ประสิทธิภาพการใช้สารเคลือบทรายที่มีฟอสใน รูปแบบที่แตกต่างกันเพื่อควบคุมลูกน้ำยุงลายใน ชุมชน. วารสารโรคติดต่อฯ โดยแมลง 2547; 3:53-58
- WHO/VBC/81.807. Instructions for determining the susceptibility or resistance of mosquito larvae to insecticides. Geneva: World Health Organization.
- วลีรัตน์ พูลผล และเพ็ชรบูรณ์ พูลผล. ประสิทธิภาพทรายเคลือบสารเคมีที่มีฟอสที่มีความเข้มข้นต่ำกว่ามาตรฐานต่อลูกน้ำยุงลาย *Aedes aegypti* ในห้องปฏิบัติการ. วารสารโรคติดต่อฯ โดยแมลง 2547; 2 :65-72
- Alongkot Ponlawat, Jefery G.scott and Laurac C. Harrington. Insecticide susceptibility of *Aedes aegypti* and *Aedes albopictus* across Thailand .Department of Entomology, Cornell University, New York J Med. Entomol 2005;42(5):821-825
- พรรณเกษม แผ่พร. เอกสารประกอบการบรรยาย เรื่อง การทดสอบความไวของลูกน้ำยุงลายจาก จังหวัดต่างๆ ต่อสารเคมีกำจัดแมลงที่ใช้ควบคุม โรคไข้เลือดออก. กลุ่มงานกีฏวิทยา สถาบันวิจัย วิทยาศาสตร์สาธารณสุข: กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, 2546.
- WHO/VBC/81.806. Instructions for determining the susceptibility or resistance of adult mosquito to organocholine organophosphate and carbamate insecticide -Diagnostic test. Geneva: World Health Organization, 1976.
- วาสนา สอนเพ็ง และมนัสนันท์ ลิ้มปิตยากุล. การประเมินประสิทธิภาพของที่มีฟอส 1% ต่อ ลูกน้ำยุงลาย.วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี 2550; 5(1): 30-37
- กลุ่มโรคติดต่อทั่วไปและแมลง สำนักงานป้องกัน ควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดนครสวรรค์. การเฝ้าระวัง ความไวของยุงลายตัวเต็มวัยและลูกน้ำ (*Aedes aegypti* Linn.).2549.
- สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ , โครงการ เฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงและ ประเมินผล สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ .2550.

ความคงทนของทรายเคลือบสารที่มีฟอส 1 % ในการกำจัดลูกน้ำยุงลายบ้าน
ในอำเภอห้วยคต จังหวัดชัยนาท

Persistence of Temephos 1% Sand Granule Against *Aedes aegypti* L. Larvae
in Amphoe Hankha, Chainat Province

เกรียงศักดิ์ เจตนะจิตร์* ส.ม.(อนามัยสิ่งแวดล้อม) Kriengsak Jettanachit* M.P.H (Enviromental Health)
ประชุมพร เล่าห์ประเสริฐ** Ph.D(Biologicl Sciences) Prachumporn Lauprasert** Ph.D(Biologicl Sciences)
พรรณเกษม แพพร*** ปร.ด.(อายุรศาสตร์เขตร้อน) Pungasem Paeporn*** Ph.D.(Tropical Medicine)
*สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี *Office for Disease Prevation and Control No 4
**มหาวิทยาลัยมหาสารคาม **Mahasarakam University
***กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ***Department of Medical Sciences

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้คือเพื่อทดสอบความคงทนของทรายเคลือบสารที่มีฟอส ร้อยละ 1 ที่มีต่อลูกน้ำยุงลายสายพันธุ์ห้องปฏิบัติการ และ ลูกน้ำยุงลายสายพันธุ์จังหวัดชัยนาท ในการทดสอบกับน้ำประปา และน้ำฝน ซึ่งมีลักษณะการใช้น้ำอย่างสม่ำเสมอในภาชนะทดสอบขนาดความจุ 200 ลิตร (ความเข้มข้นของที่มีฟอสไม่คงที่) และไม่มีการใช้น้ำในภาชนะทดสอบ (ความเข้มข้นของที่มีฟอสคงที่) และทดสอบความคงทนที่ระยะเวลา 16 สัปดาห์ ผลการทดลองพบว่าความคงทนของทรายเคลือบสารที่มีฟอส ร้อยละ 1 ออกฤทธิ์ ร้อยละ 100 ในการกำจัดลูกน้ำยุงลายสายพันธุ์ห้องปฏิบัติการในน้ำประปา และน้ำฝน (ที่น้ำมีการใช้น้ำอย่างสม่ำเสมอ) นาน 5 และ 1 สัปดาห์ ตามลำดับ ส่วนความคงทนของทรายเคลือบสารที่มีฟอส ร้อยละ 1 ออกฤทธิ์ร้อยละ 100 ในการกำจัดลูกน้ำยุงลายสายพันธุ์ห้องปฏิบัติการในน้ำประปา และน้ำฝน (ที่ไม่มีการใช้น้ำในภาชนะทดสอบ) นาน 8 และ 7 สัปดาห์ตามลำดับ ความคงทนของทรายเคลือบสารที่มีฟอส ร้อยละ 1 ออกฤทธิ์ ร้อยละ 100 ในการกำจัดลูกน้ำยุงลายสายพันธุ์จังหวัดชัยนาทในน้ำประปา (ที่น้ำมีการใช้น้ำอย่างสม่ำเสมอ) นาน 4 สัปดาห์ ส่วนความคงทนของทรายเคลือบสารที่มีฟอส ร้อยละ 1 ออกฤทธิ์ร้อยละ 100 ในการกำจัดลูกน้ำยุงลายสายพันธุ์จังหวัดชัยนาทในน้ำประปา และ น้ำฝน (ที่ไม่มีการใช้น้ำในภาชนะทดสอบ) นาน 2 และ 1 สัปดาห์ตามลำดับ

Abstract

This research objective was to examine the persistence of Temephos 1% sand granulea against *Aedes aegypti* (L.) laboratory strain and Chainat – field strain larvae. Both tap and rain water were used in 200-liter containers. Usability of water was divided into 2 groups: regularly used (Temephos concentration was not stable) and never used (Temephos concentration was stable). Persistent time was examined from 1 to 16 weeks. The results showed that in laboratory strain: Temephos 1 % activated 100 percent-larvae killed in regularly used tap and rain water were 5 and 1 weeks respectively. Temephos 1 % activated 100 percent-larvae killed in never used tap and rain water were 8 and 7 weeks respectively. In Chainat – field strain: Temephos 1 % activated 100 percent-larvae killed in regularly used tap water was 4 weeks. Temephos 1 % activated 100 percent-larvae killed in never used tap and rain water were 2 and 1 weeks respectively.

ประเด็นสำคัญ-

ความคงทน ทรายเคลือบสารที่มีฟอส
ลูกน้ำยุงลายบ้าน

Keywords

Persistence, Temephos Sand Granule,
Aedes aegypti (L.) Larvae

บทนำ

โรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ เริ่มแรกระบาดในปี พ.ศ. 2501 ที่กรุงเทพมหานคร และได้มีการระบาดกระจายไปทั่วทุกภูมิภาคทั้งในเขตเมืองและชนบท⁽¹⁾ สำหรับอำเภอห้วยคต จังหวัดชัยนาท ก็ได้ประสบปัญหาการระบาดของโรคนี้เช่นกัน จากการศึกษาข้อมูลทางด้านระบาดวิทยา พบว่าในปี 2546- 2550 มีผู้ป่วยเฉลี่ยปีละ 25 คน คิดเป็นอัตราป่วยเฉลี่ย 45.77 ต่อแสนประชากร⁽²⁾ การควบคุมยุงลายพาหะนำโรคไข้เลือดออกที่ได้ผลดีที่สุดคือ การกำจัดลูกน้ำยุงลายทำได้ทั้งทางกายภาพ ชีวภาพ และทางเคมี โดยเฉพาะวิธีทางกายภาพ เป็นวิธีประหยัดและไม่ยุ่งยาก ประชาชนสามารถปฏิบัติได้เองและมีความยั่งยืน⁽³⁾ อย่างไรก็ตามการใช้ทรายกำจัดลูกน้ำเป็นอีกวิธีหนึ่งที่ใช้อย่างแพร่หลายมาตั้งแต่ปีพ.ศ. 2511⁽⁴⁾ ปัญหาของการใช้ทรายที่มีฟอสกำจัดลูกน้ำมักเกิดจากการใช้เป็นเวลานาน และการใช้ในปริมาณที่ต่ำกว่ากำหนดจะทำให้ลูกน้ำยุงลายสามารถพัฒนาตัวมันเองให้มีความทน(Tolerance) หรือดื้อ(Resistance)ต่อสารเคมีชนิดนี้ได้⁽⁵⁾ ประกอบกับปัจจัยหลายอย่างที่มีผลต่อการคงทนของฤทธิ์ฆ่าลูกน้ำของทรายที่มีฟอส สำหรับในประเทศไทย เคยมีการศึกษาเกี่ยวกับความไวต่อสารที่มีฟอส และความคงทนของทรายที่มีฟอส 1%sg พบว่ามีรายงานการต้านทานต่อสารที่มีฟอสในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนของประเทศไทย ได้แก่ จังหวัดหนองบัวลำภู และจังหวัดเลยที่ลูกน้ำยุงลาย มีความต้านทานในระดับสูง⁽⁶⁾ ส่วนการศึกษาประสิทธิภาพและฤทธิ์คงทนของ Temephos 1%sg ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 อุบลราชธานี ใน 4 หมู่บ้านพบว่า

มีฤทธิ์คงทนสามารถกำจัดลูกน้ำยุงลายได้มากกว่าร้อยละ 50 นาน 12 สัปดาห์ในภาชนะน้ำเก็บ และ 8 สัปดาห์ในภาชนะน้ำใช้⁽⁷⁾ ซึ่งในอำเภอห้วยคต จังหวัดชัยนาท หน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องได้มีการใช้ทรายที่มีฟอส 1 % sg อย่างแพร่หลายมาเป็นเวลานาน แต่ไม่ทราบความคงทนของฤทธิ์ของทรายที่มีฟอส 1%sg ในการควบคุมลูกน้ำยุงลาย ดังนั้นผู้วิจัยต้องการที่จะทดสอบความคงทนของทรายที่มีฟอส 1 %sg ที่มีต่อลูกน้ำยุงลายสายพันธุ์จังหวัดชัยนาท และสายพันธุ์ห้องปฏิบัติการในสภาวะต่างๆ เช่น ในน้ำประปาและน้ำฝน ลักษณะการใช้น้ำ และทดแทนอย่างสม่ำเสมอกับการไม่ใช้น้ำ เป็นต้น

วัสดุและวิธีการศึกษา**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

1 ลูกน้ำยุงลายบ้านระยะที่ 4 รุ่นที่ 1 (F1) สายพันธุ์ห้องปฏิบัติการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และสายพันธุ์ในพื้นที่ของอำเภอห้วยคต จังหวัดชัยนาท

2. อุปกรณ์ที่ใช้ในการทดลอง

2.1 โอ่งน้ำขนาดความจุ 200 ลิตร

2.2 กระชังสำหรับลอยลูกน้ำขนาด

7 X 7 X 7 เซนติเมตร มีท่อนโฟมติด
อยู่ด้านข้างทั้งสองข้าง

2.3 กรงเลี้ยงยุงลาย

2.4 ภาชนะดินเผาทรงกลมแบนเส้น

ผ่านศูนย์กลาง 8 เซนติเมตร

สูง 3 เซนติเมตรสำหรับให้ยุงลาย

วางไข่

3. สารเคมีที่ใช้คือ ทรายเคลือบสารเคมีที่มีฟอส ร้อยละ 1 sg

การเตรียมการทดลอง

1. การเตรียมลูกน้ำยุงลายสายพันธุ์จังหวัดชัยนาท

1.1 เก็บตัวอย่างลูกน้ำยุงลายบ้านในพื้นที่เป้าหมายจำนวน 12 หมู่บ้านในพื้นที่อำเภอหันคา สุ่มเลือกตำบลละ 3 หมู่บ้าน ได้แก่ ตำบลวังโกเถื่อน ตำบลบ้านเขย็น ตำบลเด่นใหญ่ ตำบลโพธิ์นกยูง

1.2 เก็บตัวอย่างลูกน้ำยุงลายบ้าน จากบ้าน จำนวน 50 หลังคาเรือน ต่อ 1 หมู่บ้าน โดยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบไม่จำเพาะเจาะจง

1.3 เก็บตัวอย่างลูกน้ำยุงลายบ้าน จำนวน 500 ตัว ต่อ 1 หมู่บ้าน

1.4 นำลูกน้ำยุงลายในพื้นที่มาเพาะเลี้ยงในกรงที่เตรียมไว้ ให้เจริญเติบโตเป็นยุงลายตัวแก่เลี้ยงยุงลายตัวแก่ด้วยเลือดหนูแฮมสเตอร์ เพื่อให้วางไข่ในภาชนะดินเผาที่ใส่น้ำฝนไว้ในกรงยุง นำไข่ที่ได้มาเพาะเลี้ยงในภาชนะพลาสติกโดยใส่น้ำให้ท่วมภาชนะดินเผา เพื่อให้ไข่ยุงลายฟักเป็นตัวลูกน้ำยุงลาย(Larva) เลี้ยงลูกน้ำที่ฟักจากไข่มาแล้ว จนได้ลูกน้ำยุงลายระยะที่ 4 ในส่วนของไข่ยุงลายที่ได้จากสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข นำไปเพาะเลี้ยงในภาชนะพลาสติกเช่นเดียวกับลูกน้ำยุงลาย ในพื้นที่จนได้ลูกน้ำยุงลายระยะที่ 4 เช่นเดียวกัน

2. เตรียมโอ่งที่มีขนาดความจุ 200 ลิตร จำนวน 18 ใบ โดยใส่น้ำฝนจำนวน 9 ใบ ใส่น้ำประปาจำนวน 9 ใบ โดยโอ่งที่ใส่น้ำฝนนั้นใส่ทรายเคลือบสารเคมีที่มีฟอส 1% sg จำนวน 20 กรัม จำนวน 8 ใบ และโอ่งที่ใส่น้ำประปาก็ใส่ทรายเคลือบสารเคมีที่มีฟอส 1% sg จำนวน 20 กรัม จำนวน 8 ใบ รวมโอ่งที่ใส่ผลิตภัณฑ์ จำนวน 16 ใบ เหลือโอ่งที่ใส่น้ำฝน และโอ่งที่ใส่น้ำประปาอย่างละ 1 ใบ เพื่อเป็นภาชนะที่ใช้ควบคุมในการทดลอง อีก จำนวน 2 ใบ

วิธีการทดลอง

1. นำลูกน้ำยุงลายสายพันธุ์ห้องปฏิบัติการ และลูกน้ำยุงลายในพื้นที่ระยะที่ 4 ที่เตรียมไว้ใส่ใน

กระชังขนาด 7 X 7 X 7 เซนติเมตร อย่างละ 25 ตัวแบ่งออกเป็นลูกน้ำยุงลายสายพันธุ์ห้องปฏิบัติการจำนวน 18 ใบ และลูกน้ำยุงลายในพื้นที่ จำนวน 18 ใบ เพื่อนำไปลอยในโอ่งที่เตรียมน้ำไว้แล้วดังนี้

-โอ่งน้ำประปาที่ใส่ทรายเคลือบสารเคมีที่มีฟอส 1 % sg (20 กรัม) จำนวน 8ใบ

-โอ่งน้ำฝนที่ใส่ทรายเคลือบสารเคมีที่มีฟอส 1 % sg (20 กรัม) จำนวน 8 ใบ (โอ่งที่เป็นน้ำใช้งานคือมีการเปลี่ยนถ่ายน้ำทุกวัน การเปลี่ยนน้ำจะเปลี่ยนเพียงครึ่งหนึ่งของน้ำในโอ่ง แล้วเติมน้ำตามประเภทของโอ่งที่บรรจุน้ำประปา หรือน้ำฝนในโอ่งนั้นๆ เข้าไปแทนที่ในปริมาณเท่าเดิม)⁽⁷⁾

-โอ่งน้ำประปาที่ไม่ใส่ผลิตภัณฑ์ จำนวน 1 ใบ

-โอ่งน้ำฝนที่ไม่ใส่ผลิตภัณฑ์ จำนวน 1 ใบ

โดยโอ่งทั้งหมดจำนวน 18 ใบ ลอยลูกน้ำทั้งสองชนิดลงไปเพื่อทำการทดสอบผลิตภัณฑ์

2. ทำการทดสอบทุก 7 วัน จำนวน 16 สัปดาห์

3. บันทึกผลการตายของลูกน้ำยุงลายที่เกิดขึ้นที่เวลา 24 ชั่วโมง

การวิเคราะห์ข้อมูล

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของลูกน้ำระยะที่ 4 ทั้งสองสายพันธุ์ ที่ตายในน้ำประปา และน้ำฝนทั้งที่ใช้อย่างสม่ำเสมอและไม่ได้ใช้ของแต่ละสัปดาห์โดยใช้สถิติ t-test

ผลการศึกษา

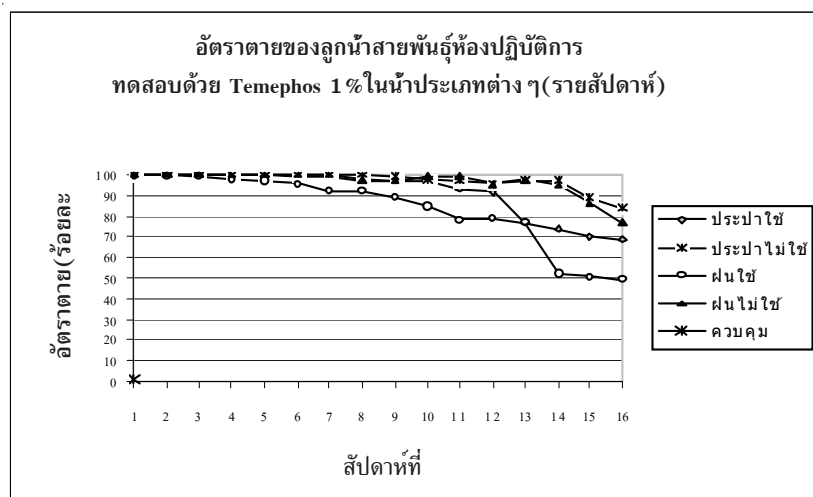
การทดสอบความคงทนของทรายที่มีฟอส ร้อยละ 1 sg ที่มีผลต่อลูกน้ำยุงลายระยะที่ 4 ทั้งสายพันธุ์ห้องปฏิบัติการ และลูกน้ำยุงลายสายพันธุ์จากพื้นที่ในน้ำประปา และน้ำฝนทั้งที่ใช้สม่ำเสมอและไม่ได้ใช้งานโดยพิจารณาจากอัตราการตาย หลังจากนำลูกน้ำยุงลายสัมผัสน้ำที่ใส่ทรายที่มีฟอส ร้อยละ 1 sg ในเวลา 24 ชั่วโมง ในช่วงเวลาต่างๆ พบว่าอัตราการตายของลูกน้ำยุงลายระยะที่ 4 สายพันธุ์ห้องปฏิบัติการในน้ำประปาที่ใช้สม่ำเสมอได้ ร้อยละ 100 นาน 5 สัปดาห์ และได้มากกว่า 90 นาน 7 สัปดาห์ ส่วนน้ำประปา

ที่ไม่ได้ใช้สามารถออกฤทธิ์ในการกำจัดลูกน้ำยุงลาย ร้อยละ 100 ได้นาน 8 สัปดาห์ และได้มากกว่า ร้อยละ 90 นาน 6 สัปดาห์ สำหรับน้ำฝนที่ใช้สม่ำเสมอ ทรายที่มีฟอส ร้อยละ 1 sg ออกฤทธิ์ในการกำจัดลูกน้ำยุงลายได้ ร้อยละ 100 เพียง 1 สัปดาห์ และได้ร้อยละ 90 นาน 7 สัปดาห์ ในน้ำฝนที่ไม่ได้ใช้ออกฤทธิ์ในการกำจัดลูกน้ำยุงลายได้ ร้อยละ 100 นาน 7 สัปดาห์ และได้ ร้อยละ 90 นาน 7 สัปดาห์ และเมื่อนำเปรียบเทียบกับความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของลูกน้ำยุงลายสายพันธุ์

ห้องปฏิบัติการในน้ำประปาใช้สม่ำเสมอกับน้ำประปาที่ไม่ได้ใช้พบว่า อัตราการตายเฉลี่ยในน้ำประปาที่ใช้สม่ำเสมอลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p -value < 0.05) ตั้งแต่ สัปดาห์ที่ 7 เป็นต้นไป ในขณะที่ค่าเฉลี่ยของลูกน้ำยุงลายสายพันธุ์ห้องปฏิบัติการในน้ำฝนที่ใช้สม่ำเสมอกับน้ำฝนที่ไม่ได้ใช้ พบว่าอัตราการตายเฉลี่ยในน้ำฝนที่ใช้ สม่ำเสมอ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 3 เป็นต้นไป

ดงภาพที่ 1

ภาพที่ 1 กราฟแสดงผลการทดสอบความคงทนของทรายที่มีฟอส 1 % sg ที่มีผลต่ออัตราการตายของ ลูกน้ำยุงลาย (*Aedes aegypti* L.)สายพันธุ์ห้องปฏิบัติการ ในสภาวะต่าง ๆ



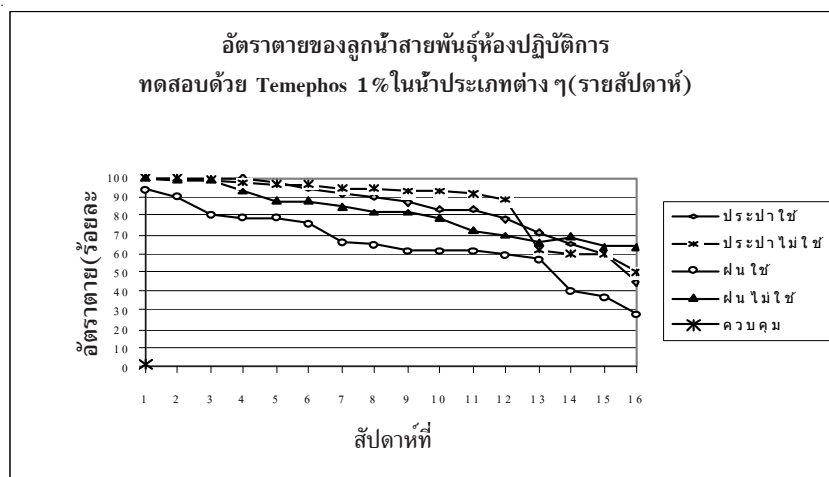
ส่วนการออกฤทธิ์ในการกำจัดลูกน้ำยุงลายสายพันธุ์ชยันนาท ระยะที่ 4 สามารถออกฤทธิ์กำจัดลูกน้ำยุงลาย ในน้ำประปาที่มีการใช้สม่ำเสมอได้ ร้อยละ 100 นาน 4 สัปดาห์ และได้มากกว่า ร้อยละ 90 นาน 4 สัปดาห์ ส่วนน้ำประปาที่ไม่มีการใช้งานออกฤทธิ์ ในการกำจัดได้ ร้อยละ 100 นาน 2 สัปดาห์ และได้ มากกว่า ร้อยละ 90 นาน 9 สัปดาห์ สำหรับน้ำฝนที่ใช้สม่ำเสมอ นั้น ทรายที่มีฟอส ร้อยละ 1 sg สามารถ ออกฤทธิ์ในการกำจัดลูกน้ำยุงลายได้มากกว่า ร้อยละ 90 นานเพียง 1 สัปดาห์ ส่วนน้ำฝนที่ไม่มีการใช้งาน สามารถออกฤทธิ์

ในการกำจัดลูกน้ำยุงลายได้ ร้อยละ 100 นาน 1 สัปดาห์ และได้มากกว่า ร้อยละ 90 นาน 6 สัปดาห์

เมื่อนำเปรียบเทียบกับความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของลูกน้ำยุงลายสายพันธุ์จากพื้นที่ในน้ำประปาใช้สม่ำเสมอกับน้ำประปาที่ไม่ได้ใช้พบว่าอัตราการตายเฉลี่ยในน้ำประปาที่ใช้สม่ำเสมอ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p -value < 0.05) ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 3 เป็นต้นไป ในขณะที่ค่าเฉลี่ยของลูกน้ำยุงลายสายพันธุ์ห้องปฏิบัติการในน้ำฝนที่ใช้ร่วมกับน้ำฝนที่ไม่ได้ใช้งาน พบว่าอัตราการตายเฉลี่ยในน้ำฝนที่ใช้ อย่างสม่ำเสมอ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p -value

< 0.05) ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 1 เป็นต้นไป ดังภาพที่ 2

ภาพที่ 2 กราฟแสดงผลการทดสอบความคงทนของทรายที่มีฟอส 1 % sg ที่มีผลต่ออัตราการตายของ ลูกน้ำยุงลาย



(*Aedes aegypti* L.) สายพันธุ์ชยันนาท
ในสถานะต่าง ๆ

วิจารณ์และสรุปผล

การทดสอบความคงทนของทรายที่มีฟอส ร้อยละ 1 sg พบว่า ความคงทนในการออกฤทธิ์ กำจัดลูกน้ำยุงลายสายพันธุ์ห้องปฏิบัติการในน้ำประปา ที่ใช้สม่ำเสมอได้ ร้อยละ 90-100 นาน 12 สัปดาห์ และในน้ำฝนที่ใช้สม่ำเสมอ ได้ ร้อยละ 90-100 นาน 8 สัปดาห์ ในขณะที่การออกฤทธิ์ในการกำจัด ลูกน้ำยุงลายสายพันธุ์ชยันนาทในน้ำประปาที่ใช้สม่ำเสมอได้ ร้อยละ 90-100 นานเพียง 8 สัปดาห์ และใน น้ำฝนที่มีการใช้สม่ำเสมอออกฤทธิ์ได้ ร้อยละ 90-100 นานเพียง 1 สัปดาห์เท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสมใจ ทองเผือกและคณะ(2547) ที่ว่าทราย ที่มีฟอส ร้อยละ 1 sg สามารถป้องกันการเกิด ลูกน้ำยุงลายได้ในช่วงประมาณ 1 - 2 เดือน⁽⁸⁾

สำหรับในน้ำที่มีการใช้ในชีวิตประจำวัน อย่าง ต่อเนื่อง ทั้งนี้อัตราการตายของลูกน้ำยุงลายระยะที่ 4 ทั้งสองแหล่งนั้นเมื่อระยะเวลาผ่านไป 16 สัปดาห์ พบว่าทรายที่มีฟอสร้อยละ 1 sg สามารถกำจัดลูกน้ำ

ยุงลาย ระยะที่ 4 สายพันธุ์ห้องปฏิบัติการในน้ำประปา ประเภทที่มีการใช้งานและไม่ได้ใช้งานได้มากกว่า ร้อยละ 90 นาน 12 และ 14 สัปดาห์ตามลำดับ และ ออกฤทธิ์ในการกำจัดลูกน้ำยุงลายสายพันธุ์จากพื้นที่ใน น้ำประปาที่ใช้ใช้งาน และไม่ได้ใช้งานได้มากกว่า ร้อยละ 90 นาน 8 และ 11 สัปดาห์ตามลำดับ ซึ่งมีความคงทนได้นานกว่าในน้ำฝน ทั้งใช้งานและไม่ได้ใช้งาน และเหตุ ที่ความคงทนในน้ำฝน ต่างจากน้ำประปา ซึ่งไม่ใช้งาน เหมือนกัน น่าจะเป็นเพราะมีปัจจัยอื่นๆที่มีผลต่อความ คงทน ของผลิตภัณฑ์ชนิดนี้ ในการกำจัดลูกน้ำยุงลาย เช่น คุณภาพของน้ำ ปริมาณความชื้น อุณหภูมิ ตะไคร่น้ำ แสงแดด อินทรีย์สารที่อยู่ในน้ำ รวมถึงคุณสมบัติส่วนตัว ของผลิตภัณฑ์เองว่า นอกจากจะปล่อยที่มีฟอสออกมา ในน้ำได้แล้วจะสามารถดูดซับสารอื่นๆที่มีอยู่ในน้ำได้ หรือไม่ และมีผลต่อการลดความคงทนในการควบคุม ลูกน้ำยุงลาย หรือไม่อย่างใด ดังนั้นจึงควรทำการศึกษาถึง ปัจจัยอื่นๆ อย่างละเอียดเพิ่มเติม⁽⁹⁾

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการติดตามศึกษา เพื่อดูความคงทน

ของลูกน้ำยุงลายในพื้นที่ที่ทำการศึกษาย่างต่อเนื่องทุกปี โดยทำการศึกษานี้ปีละ 1 ครั้ง

2. การควบคุมและป้องกันลูกน้ำยุงลายควรแนะนำให้ประชาชน ใช้หลักวิธีการผสมผสาน ได้แก่ วิธีการกายภาพ ชีวภาพ และสารเคมี สลับหมุนเวียนเพื่อลดและตัดวงจร การต้านทานสารเคมีของลูกน้ำยุงลาย

3. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆที่มีผลต่อความคงทนด้วย เช่นคุณภาพน้ำ ความชื้น อุณหภูมิ ตะไคร่น้ำ แสงแดด อินทรีย์สารที่อยู่ในน้ำ รวมถึงคุณสมบัติของทรายที่มีฟอส

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้ได้รับเงินทุนอุดหนุนการวิจัยงบประมาณเงินรายได้ ประจำปี 2552 มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และเงินทุนอุดหนุนการวิจัยงบประมาณเงินรายได้ ประจำปี 2552 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารอ้างอิง

1. สีวิกา แสงธาราทิพย์. การควบคุมและกำจัดลูกน้ำยุงลาย. สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง ม.ป.ป. < <http://dhf.ddc.moph.go.th>. > 2551.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท. สถานการณ์โรคไข้เลือดออก. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท 2551. < <http://province.moph.go.th/2chainat2index1.html> > 2551.
3. World Health Organization. Equipment for Vector Control. Geneva: World Health Organization; 1990.
4. ศิริพร ยงชัยตระกูล และคาวุฒิ ฝาสันเทียะ. ประสิทธิภาพการใช้สารเคลือบทรายที่มีฟอสในรูปแบบที่แตกต่างกันเพื่อควบคุมลูกน้ำยุงลายในชุมชน. วารสารโรคติดต่อฯ โดยแมลง 2547; 3: 53-58.
5. มโนชัย กิรติกสิกร. หลักการป้องกันกำจัดแมลงศัตรูพืช. ขอนแก่น: โครงการผลิตสิ่งตีพิมพ์ทางการเกษตร คณะเกษตรศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2528.
6. ลักษณะ หลายทวีวัฒน์ และคณะ. ระดับความต้านทานของลูกน้ำยุงลาย (*Aedes aegypti*) ต่อสารที่มีฟอส ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนของประเทศไทย. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น 2550; 2: 92-101.
7. มนัสนันท์ ลิ้มปิตยากุล และวาสนา สอนเพ็ง. ประสิทธิภาพและฤทธิ์ความคงทนของ Temephos 1% sg และ Pyriproxyfen 0.5% g ต่อลูกน้ำยุงลายบ้าน. วารสารโรคติดต่อฯ โดยแมลง. 2549; 1: 18-26.
8. สมใจ ทองเผื่อ และคณะ. ประสิทธิภาพของทรายที่มีฟอส 1 % ในภาชนะน้ำขังที่ใช้หมุนเวียนในชุมชนตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ปี 2547. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2547.
9. ศิริพร ยงชัยตระกูล และคาวุฒิ ฝาสันเทียะ. การศึกษาประสิทธิภาพของสารเคมีเม็ดเกล็ดละลายเคลือบที่มีฟอสความเข้มข้น 1% ที่พบในพื้นที่สาธารณสุขเขต 2 ต่อลูกน้ำยุงลาย *Aedes aegypti* Linnaeus. วารสารมาลาเรีย 2546; 3: 119-123.

การสอบสวนโรค

Outbreak Investigation

การระบาดของโรคเลปโตสไปโรซิส (Leptospirosis) ในกลุ่มทหารประจำการ

ในค่ายทหารแห่งหนึ่ง จังหวัดนครนายก

วันที่ 14 พฤศจิกายน-28ธันวาคม 2550

Leptospirosis Outbreak at Military Camp in Nakhonnayok: 14 Nov-28 Dec 2007

เบญจวรรณ ระลึก* พบ. ,
พจมาน ศิริอารายาภรณ์ * พบ. PhD,
ธีรศักดิ์ ชักนำ* สพบ. ,
ดารินทร์ อารีโชคชัย* พบ.,
ดิเรก สุดแดน* พบ.,
จริยานกร เกวี ** พบ.,
วรลักษณ์ ตั้งคณะกุล*** พบ.

Benjawan Raluek* MD.,
Potjaman Siriarayaporn* MD.DrPH.,
Teerasak Chaknam* DVM.,
Darin Areechokchai* MD. Msc.,
Derek Suddan* MD. MPH,
Jariyanart Kevee** PhD,
Waralak Tangkanakul*** MD. MPH

*สำนักโรคติดต่อทั่วไป

* Bureau of Epidemiology

**สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร กองทัพบก

**Arms Force Research Institute of Medical Science,

***สำนักโรคติดต่อทั่วไป

***Bureau of General Communicable Disease

บทคัดย่อ

สำนักโรคติดต่อทั่วไป ได้รับรายงานในวันที่ 27 พฤศจิกายน 2550 จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก ว่ามีผู้ป่วยซึ่งเป็นทหารเกณฑ์เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลค่ายทหารแห่งหนึ่งในจังหวัดนครนายก ด้วยอาการที่แพทย์สงสัยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส (Leptospirosis) จำนวน 3 ราย ในจำนวนนี้เสียชีวิต 1 ราย และในวันที่ 27 พฤศจิกายน - 28 ธันวาคม 2550 สำนักโรคติดต่อทั่วไป และสำนักงานควบคุมป้องกันโรคที่ 3 AFRIMS และ SRRT จังหวัดนครนายก ได้ออกสอบสวนโรคร่วมกัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อยืนยันการวินิจฉัย และการระบาด ศึกษาลักษณะของการระบาด หาแหล่งรังโรคและปัจจัยเสี่ยง และเพื่อดำเนินการควบคุมป้องกันโรค โดยการทบทวนรายงานผู้ป่วยที่สงสัยเลปโตสไปโรซิสในค่ายทหาร และการค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมโดยการสัมภาษณ์ทหารเกณฑ์จำนวน 255 คนจากทั้งหมด 271 คน (94.09%) ส่วนการศึกษาระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์นั้นได้ทำการศึกษาแบบ Retrospective cohort ในกลุ่มทหารเกณฑ์ 255 คนเช่นกัน ผลการศึกษา: จากทหาร 255 คน มี 48 คนที่เข้าได้กับนิยามผู้ป่วยของการศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา โดยเป็นผู้มีอาการ 37 ราย ร้อยละ 77.08 ในจำนวนนี้เสียชีวิต 1 ราย ไม่มีอาการ 11 ราย ร้อยละ 22.9 มัธยฐานของอายุ 21 ปี (พิสัย 21-29 ปี) ทั้งหมดเป็นผู้ชาย โดยอาการส่วนใหญ่คือ มีไข้ ไอ เจ็บคอ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ หนาวสั่น และปวดศีรษะรุนแรง ประวัติการกลืนบ่อนบ่อนในวันที่ทหารทั้งหมดถูกลงโทษวันที่ 13 พฤศจิกายน 2550 เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคอย่างมีนัยสำคัญ (adjusted RR 2.72 ร้อยละ 95 CI 1.53-4.82) ขณะที่การมีแผลก่อนถูกลงโทษก็เป็นปัจจัยเสี่ยงเช่นกัน แต่ไม่มีนัยสำคัญ (adjusted RR 1.63 ร้อยละ 95 CI 0.97-2.73) ตรวจพบเชื้อ *Leptospira* โดยวิธี Real time PCR (LipL32) จากน้ำที่เก็บจากบ่อนบอ บ่อบัว และคลองหน้าวัด ในส่วนของหนูที่ตักจับได้ 9 ตัวอย่าง ตรวจเลือดพบเป็นผลบวกต่อเชื้อ *Leptospira* โดยวิธี Real time PCR (LipL32) 2 ตัวอย่างจากหนูที่ตักจับได้ที่ข้างบ่อนบอ ผล serogroups ในคนส่วนใหญ่เป็น Australis และ Icterohaemorrhagiae ส่วนผลเลือดและปัสสาวะในวัวไม่พบเชื้อ *Leptospira* สำนักโรคติดต่อทั่วไปได้ดำเนินการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และการเฝ้าระวังโรคในค่ายทหารแห่งนี้เพื่อป้องกันการเกิดการระบาดซ้ำ

Abstract

On 27 Nov 2007, Bureau of Epidemiology (BOE) was notified from Nakonnayok provincial health office that there were 3 patients admitted at a military camp hospital suspected of having leptospirosis and one of them had died due to massive hemoptysis. BOE together with Nakonnayok SRRT, AFRIMS, DPC 3 performed the investigation on the same day in order to verify the diagnosis and also to investigate and describe epidemiological characteristic of the outbreak, source and risk factor and to recommend prevention and control measures. We reviewed medical record of suspected leptospirosis cases at the military camp hospital and performed active case finding by face to face interviewing of 255 out of totally 271 conscripts (94.09%). A retrospective cohort was performed among all conscripts with the same case definition as descriptive study except the dead case. It was found that 48 conscripts met the case definition (attack rate 18.8%) of descriptive study, with 37 symptomatic (77.08%) and 11 asymptomatic cases (22.9%). Median age was 21 years (range 21-29 years) and all of them were male. Main symptoms were fever, cough, sore throat, severe myalgia, chill and severe headache. Among them, 10 were admitted and 1 died. History of laying down on mud of Pond C during punishment on 13/11/2007 was significant risk factor (adjusted RR 2.72, 95%CI 1.53-4.82) while having wound before punishment at Pond C also increased risk (adjusted RR 1.63, 95%CI 0.97-2.73). Letospires were found by real time PCR (LipL32) from Pond C, Pond B and Canal A. The main serogroups of human cases were Australis and Icterohaemorrhagiae. From rodent data and rodents that trapped from nearby Pond C were positive for Leptospires by real time PCR (LipL32) but did not identify for serogroup. The result of blood and urine testing from cows at livestock area were all negative for Letospires. Strengthening the surveillance and proper education to military camp were implemented after the investigation.

ประเด็นสำคัญ-

การระบาดของเลปโตสไปโรซิส ค่ายทหาร
จังหวัดนครนายก

Keywords

Leptospirosis outbreak, Military camp,
Nakonnayok,

บทนำ

วันที่ 27 พฤศจิกายน 2550 สำนักระบาดวิทยา ได้รับรายงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายกว่ามีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลค่ายทหารแห่งหนึ่ง จังหวัดนครนายก ด้วยอาการที่แพทย์สงสัยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิสจำนวน 3 ราย ในจำนวนนี้เสียชีวิต 1 ราย ในวันที่ 27 พฤศจิกายน - 28 ธันวาคม 2550 สำนักระบาดวิทยา สำนักโรคติดต่อทั่วไป สำนักงานควบคุมป้องกันโรคที่ 3 สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร (AFRIMS) และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก ได้ออกสอบสวนโรคร่วมกัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อยืนยัน

การวินิจฉัย และการระบาดของโรค ค้นหาแหล่งรังโรค ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค และเพื่อหาแนวทางในการควบคุมป้องกันโรค

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา โดยทบทวนเวชระเบียนและรายงานผู้ป่วยที่โรงพยาบาลค่ายทหาร และค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมโดยการสัมภาษณ์และเจาะเลือดทหารประจำการ โดยมีนิยามผู้ป่วยคือ "ทหารประจำการในหน่วยฝึกทหารใหม่ ที่อยู่ในค่ายทหารจังหวัดนครนายก ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน ถึง 28 ธันวาคม 2550 ที่มีผล paired serum ELISA หรือ paired serum MAT เป็นผลบวกต่อเชื้อเลปโตสไปโรซิส หรือ

เสียชีวิตจากอาการสงสัย เลปโตสไปโรซิส และมีความเชื่อมโยงกับผู้ป่วยยืนยัน"

การศึกษาระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์ ใช้รูปแบบการศึกษาแบบ Retrospective cohort ในกลุ่มทหารประจำการของค่ายทหาร จังหวัดนครนายก โดยมีนายผู้ป่วยเช่นเดียวกับการศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนาก่อนไม่รวมข้อมูลของผู้ป่วยรายที่เสียชีวิต

การศึกษาทางสิ่งแวดล้อม โดยสำรวจสภาพแวดล้อมโดยทั่วไปในค่ายทหาร ทบพวงกิจกรรมที่ทหารประจำการทำร่วมกันก่อนเริ่มมีผู้ป่วย

การศึกษาทางห้องปฏิบัติการในผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลจำนวน 10 ราย (รวมรายที่เสียชีวิต) ตรวจ serum Immunoblot ที่คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เก็บตัวอย่างเลือดของทหารประจำการ 255 รายตรวจ paired serum ELISA ที่สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร และในรายที่ ELISA ให้ผลเป็นบวกจะส่ง ตรวจ MAT ที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เก็บตัวอย่างเลือด ปัสสาวะในหนูและวัวในบริเวณที่เกี่ยวข้องส่งตรวจ DNA PCR ที่สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร

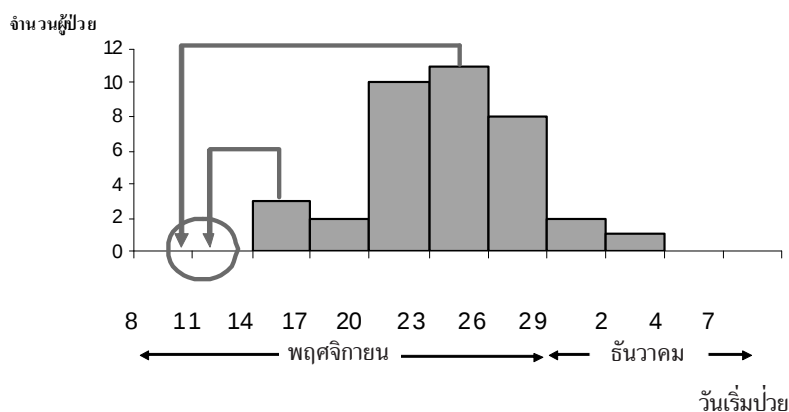
ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป ค่ายทหารอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครนายก มีพื้นที่ประมาณ 21,000 ไร่ ทหารรุ่นนี้

เข้าประจำการเมื่อวันที่ 1 พฤศจิกายน 2550 มีทั้งหมด 271คนแบ่งเป็น 4 หมวด แต่ละหมวด มีทหาร 68 คน ยกเว้นหมวด 4 มีทหาร 67 คน รายงานผู้ป่วย Leptospirosis ในจังหวัดนครนายก โดยเฉลี่ยเดือนละ 1-2 รายในระยะเวลาอย่างน้อย 4 ปี

ขนาดและการกระจายของผู้ป่วย จากการสัมภาษณ์ทหารประจำการ 255 คนจากทั้งหมด 271 คน (ร้อยละ 94.04) พบผู้ป่วย 48 ราย เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 10 ราย(รวมรายที่เสียชีวิต) และผู้ป่วยที่ค้นพบเพิ่มในหน่วยฝึกทหารใหม่ 38 ราย คิดเป็นอัตราป่วย ร้อยละ 17.3 (รูปที่ 1) เป็นอัตราป่วยแยกตามหมวดได้ดังนี้ หมวด 1 จำนวน 15 ราย (อัตราป่วยร้อยละ 22.05) หมวด 2 จำนวน 16 ราย (อัตราป่วยร้อยละ 23.52) หมวด 3 จำนวน 2 ราย (อัตราป่วยร้อยละ 3) หมวด 4 จำนวน 14 ราย (อัตราป่วยร้อยละ 17.91) โดยผู้ป่วยทั้งหมดเป็นเพศชาย มีฐานของอายุ 21 ปี (พิสัย 21-29 ปี) จากข้อมูลของผู้ป่วยยืนยันพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ มีไข้ (ร้อยละ 100) ไอ (ร้อยละ 63) เจ็บคอ (ร้อยละ 63) ปวดเมื่อยตามตัว (ร้อยละ 58) ปวดศีรษะ (ร้อยละ 53) ส่วนอาการที่ค่อนข้างจำเพาะกับ Leptospirosis พบเพียงเล็กน้อยเช่น ตาแดง (11%) ตัวเหลืองตาเหลือง ปัสสาวะออกน้อย ไอเป็นเลือดพบเพียงอย่างเดียว ร้อยละ 5

รูปที่ 1 แสดงจำนวนผู้ป่วยเลปโตสไปโรซิสในค่ายทหารแห่งหนึ่ง จังหวัดนครนายกแยกตามวันเริ่มป่วย



ช่วงเวลาที่คาดว่าจะได้รับปัจจัยเสี่ยง: 10-12 พฤศจิกายน

ตารางที่ 1 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเลปโตสไปโรซิสในค่ายทหารแห่งหนึ่ง จังหวัดนครนายก

ปัจจัยเสี่ยง	สัมผัส		ไม่สัมผัส		Relative Risk	95%CI
	ป่วย	ไม่ป่วย	ป่วย	ไม่ป่วย		
ร่วมกิจกรรมที่บ่อบอน	47	203	0	4	คำนวณไม่ได้	-
- การกลิ้งบนเลน	33	84	14	118	2.66	1.5-4.72
- การกลิ้งบนน้ำ	29	104	18	98	1.41	0.82-2.39
- การวิ่งบนเลน	35	133	12	67	1.41	0.77-2.56
- การวิ่งบนพื้นแห้ง	11	55	36	147	0.85	0.46-1.57
- การวิ่งบนน้ำ	39	173	8	29	0.85	0.43-1.67
- มีแผลก่อนลงบ่อบอน	16	46	31	156	1.56	0.91-2.65
- มีแผลหลังลงบ่อบอน	36	158	11	44	0.93	0.51-1.70
ร่วมกิจกรรมที่คลองหน้าวัด	18	95	29	112	0.77	0.45-1.32
- สัมผัสเลนคลองหน้าวัด	4	12	14	83	1.73	0.65-4.6
- การสัมผัสน้ำคลองหน้าวัด	11	48	7	47	1.44	0.60-3.44
- อยู่บนพื้นแห้งคลองหน้าวัด	12	60	6	35	1.14	0.46-2.08
- มีแผลก่อนลอกคลองหน้าวัด	8	31	6	28	1.16	0.45-3.02
- มีแผลหลังลอกคลองหน้าวัด	5	19	9	40	1.13	0.43-3.02

เมื่อคำนวณหาระยะสัมผัสโรค (Exposure period) จากระยะพักตัวของเชื้อที่สั้นที่สุดคือ 2 วัน และระยะพักตัวเฉลี่ยของเชื้อคือ 15 วันพบว่า ระยะที่คาดว่าจะได้รับปัจจัยเสี่ยง (Exposure period) อยู่ในช่วงวันที่ 10-12 พฤศจิกายน 2550

ข้อมูลผู้ป่วยรายที่เสียชีวิต เป็นผู้ป่วยชาย อายุ 21 ปีหมวด 4 เริ่มมีอาการป่วยเมื่อวันที่ 22 พฤศจิกายน 2550 ด้วยอาการ ไข้ ไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก ตาแดง ปวดศีรษะมาก รับประทานยาจากครูฝึกแล้ว อาการไม่ดีขึ้นจึงมาโรงพยาบาลในวันที่ 26 พฤศจิกายน 2550 แพทย์รับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาล เวลา 19.00 น. โดยการวินิจฉัยเบื้องต้นคือ Influenza R/O Leptospirosis การรักษาเบื้องต้นได้ให้ Amoxicillin-clave (1g), Doxycycline(100) โดยวิธีรับประทานและ Ceftriazone โดยการให้ทางเส้นเลือด ในเวลา 21.00 น.ผู้ป่วยเริ่มมีอาการหอบเหนื่อยหายใจเร็วและมีอาการไอ เป็นเลือดสดๆ ความดันโลหิตเริ่มต่ำลงและผู้ป่วยได้เสียชีวิตในเวลา 9.00 น.ของวันที่ 27 พฤศจิกายน 2550 ผลการศึกษาระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์ เมื่อใช้ค่าระยะสัมผัสโรคที่คำนวณได้จากกราฟแสดงจำนวนผู้ป่วยแยกตามวันเริ่มป่วย (Epidemic curve) ซึ่งพบว่าอยู่ในช่วง

ระหว่าง วันที่ 10-12 พฤศจิกายน 2550 กิจกรรมที่ทหารประจำการทำร่วมกันในช่วงนี้คือวันที่ 13 พฤศจิกายน 2550 ที่ทหารทุกคนทำกิจกรรมร่วมกันที่บ่อบอน และการขุดลอกคลองหน้าวัดของทหารประจำการหมวด 4 และหมวดอื่นๆบางส่วน จึงนำเอาปัจจัยเสี่ยงเพียง 2 แห่งนี้มาทำการศึกษา พบว่าปัจจัยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมากที่สุด คือการสัมผัสกับโคลนเลนในบ่อบอน (Crude RR 2.66 และ 95% CI 1.50-4.72) ดังแสดงผลในตารางที่ 1

เมื่อนำปัจจัยเสี่ยงที่มีค่า Relative risk สูง และค่อนข้างมีนัยสำคัญทางสถิติวิเคราะห์แบบ stratified analysis จะพบว่าค่า Relative risk ของการกลิ้งบนเลนที่บ่อบอนมีค่าสูงขึ้น (Adjusted RR 2.72 และร้อยละ 95 CI 1.53-4.82) การมีแผลก่อนลงบ่อบอนก็ให้ค่าที่เกือบมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adjusted RR 1.63 และร้อยละ 95 CI 0.97-2.73)

ผลการศึกษาสภาพแวดล้อม สภาพแวดล้อมโดยทั่วไปบริเวณหน่วยฝึกทหารใหม่ กองพันทหารราบค่ายทหาร สะอาดและเป็นระเบียบ โดยในช่วงวันที่ 4-25 พฤศจิกายน 2550 ได้มีการทำกิจกรรมต่างๆ ซึ่งมีการสัมผัสสระน้ำและโคลนเลนหลายๆ แห่งในค่าย

ทหารแห่งนี้ ทั้งนี้ในช่วงวันที่ 8-12 พฤศจิกายน 2550 ไม่มีการทำกิจกรรม เริ่มมีกิจกรรมอีกครั้งวันที่ 13 พฤศจิกายน 2550 คือการลงกลิ้ง วิ่งในบ่อบอนซึ่งมีลักษณะคล้ายเป็นหนองน้ำตื้นๆ ระดับน้ำอยู่เหนือข้อเท้าเล็กน้อย และมีพีชน้ำจืดจากบ่อนและวัชพืชปกคลุมอยู่ทั่วไป และในช่วงบ่ายของวันเดียวกันมีทหารส่วนหนึ่งได้ช่วยกันขุดลอกคลองหน้าวัด โดยกิจกรรมเหล่านี้เป็นกิจกรรมที่ทำต่อเนื่องมาเป็นประจำทุกปี จากการสอบสวนพบว่า ในบริเวณค่ายทหารมีการเลี้ยงโคเนื้อโดยมีการจัดตั้งเป็นชมรมโคเนื้อเพื่อกำล้างพลและสืบทราบว่าเป็นเวลาาก่อนเกิดการระบาดของ Leptospirosis มีโคเนื้อส่วนหนึ่งป่วย และฝูงโคเหล่านี้มีการลงเล่นน้ำในคลอง ที่มีทางเชื่อมต่อกับคลองหน้าวัดที่ทหารประจำการส่วนหนึ่งลงทำความสะอาด

ผลการศึกษาการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจ paired serum ELISA ทหารประจำการทั้งหมด 255 ราย มี 4-fold raising จำนวน 45 ราย นอกจากนี้ได้นำ serum ที่ให้ผลบวกในการตรวจ ELISA ครั้งแรก มาตรวจ MAT ที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ต่อให้ผล paired serum positive ต่อ MAT จำนวน 45 ราย นอกจากนี้มีผู้ที่ MAT positive แต่ ELISA negative 1 รายและ ELISA positive แต่ MAT negative 1 ราย รวมเป็นผู้ป่วย 47 (เป็นผู้ป่วยที่มีอาการ 36 ราย ไม่มีอาการ 11 ราย รวมรายที่นอนโรงพยาบาล แต่ไม่รวมรายที่เสียชีวิต) ผลการตรวจ Serogroup โดยวิธี MAT ในคนพบว่าส่วนใหญ่เป็นชนิด Australis ร้อยละ 66 และ Icterohaemorrhagiae ร้อยละ 57.5

ตัวอย่างน้ำในแหล่งที่เป็นปัจจัยเสี่ยงจากการเก็บตัวอย่างน้ำทั้งหมด 13 ตัวอย่าง ตรวจพบ LipL32 for Letospires 3 ตัวอย่าง ส่วนผลการตรวจ DNA PCR ในหนูตรวจ PCR LipL32 พบผลบวกต่อ Letospires ในหนูที่ดักจับได้ ผลการตรวจเลือดและปัสสาวะของฝูงโคที่เลี้ยงในค่ายทหารแห่งนี้ไม่พบเชื้อเลปโตสไปโรซิส ทั้งหมดนี้สามารถแปลผลได้ว่าพบ pathogenic Letospires ในสิ่งแวดล้อมของค่ายทหารแห่งนี้

วิจารณ์

เลปโตสไปโรซิสเป็นโรคติดต่อจากสัตว์สู่คน โดยเฉพาะในเขตร้อน โดยมีสัตว์นำโรคคือสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมโดยเฉพาะหนู วัว และสัตว์ฟันแทะ ติดต่อกันได้โดยการสัมผัสกับน้ำหรือโคลนเลนที่ปนเปื้อนปัสสาวะของสัตว์ที่มีเชื้อ หรือสัมผัสกับปัสสาวะของสัตว์ป่วยโดยตรงโดยธรรมชาติของเชื้อจะอาศัยในน้ำ หรือโคลนเลน และเชื้อจะตายอย่างรวดเร็วหากสัมผัสแสงแดด อากาศของเลปโตสไปโรซิสไม่จำเพาะ เป็นได้ตั้งแต่อาการคล้ายไข้หวัดใหญ่คือไข้ ปวดเมื่อยตามตัว จนถึงอาการรุนแรงมีตัวเหลืองตาเหลือง ไตวาย และมีเลือดออกตามอวัยวะต่างๆ โดยเฉพาะเลือดออกที่ปอด⁽¹⁾ การวินิจฉัยโรคที่แน่นอนอาศัยการแยกเชื้อได้จากเลือด ปัสสาวะหรือเนื้อเยื่อของผู้ป่วยแต่เป็นวิธีที่ยุ่งยาก ซับซ้อน ต้องใช้อาหารเลี้ยงเชื้อที่จำเพาะและใช้เวลานานในการเพาะเชื้อ การตรวจวินิจฉัยโดยการตรวจซีรัม ด้วย ELISA หรือ MAT จึงเป็นอีกวิธีที่มีความสำคัญ ซึ่งทั้ง ELISA และ MAT ถือเป็นวิธีมาตรฐาน (Gold standard)⁽²⁾ การศึกษาครั้งนี้เลือกใช้ ELISA (Pan Bio, Brisbane Australia) ซึ่งค่าความไวและความจำเพาะอยู่ที่ร้อยละ 80 และร้อยละ 90⁽³⁾ ตามลำดับ ส่วน MAT นั้น ใช้เป็นการตรวจที่ใช้อ้างอิงผล⁽⁴⁾ ผลการศึกษาในครั้งนี้ ทั้งเชิงพรรณนาและเชิงวิเคราะห์พบว่าปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดโรคคือการสัมผัสโคลนเลน บริเวณบ่อบอนหน้าหน่วยฝึกทหารใหม่ในช่วงวันที่ 13 พฤศจิกายน 2550 เมื่อพิจารณาสิ่งแวดล้อมของบ่อบอนซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญพบว่า ในบ่อบอนเป็นบ่อน้ำตื้นๆ ระดับน้ำเหนือข้อเท้าเล็กน้อย มีพีชน้ำเล็กๆ ขึ้นปกคลุมอยู่ทั่วไป ทำให้เกิดร่มเงาในบ่อบอนซึ่งเป็นปัจจัยเอื้อต่อการอาศัยอยู่ของเชื้อได้เป็นอย่างดีต่างจากบ่อหรือสระอื่นๆ ส่วนการที่การสัมผัสโคลนเลนมีความเสี่ยงมากกว่าการสัมผัสน้ำในบ่อเดียวกันนั้นยังไม่มีหลักฐานที่ชัดเจนว่า โคลนเลนมีจำนวนเชื้อหรือปัจจัยอื่นๆ ที่สนับสนุน ซึ่งทำให้เกิดความเสี่ยงมากกว่าการสัมผัสน้ำด้วยเหตุผลใด แต่ในการศึกษา ครั้งนี้พบว่า

ลักษณะกิจกรรมคือการกลิ้งในโคลนเลน ซึ่งใช้เวลากว่าครึ่งชั่วโมง น่าจะทำให้มีโอกาสทำให้เกิดแผล และมีผลให้มีความเสี่ยงในการรับเชื้อได้มากกว่ากิจกรรมอื่นๆ จากการทบทวนการศึกษาอื่นๆ ที่ทำการศึกษาในกลุ่มทหารในลักษณะเดียวกันพบว่า กิจกรรม หรือลักษณะของการปฏิบัติงานของกลุ่มทหารในการเดินป่า และลุยน้ำลุยโคลน มีความเสี่ยงอย่างมากต่อการเกิดการระบาดของโรคเลปโตสไปโรซิส⁽⁵⁾

ในส่วนของการเฝ้าระวังและการควบคุมป้องกันโรคนั้น หลังจากได้ดำเนินการสอบสวนโรคทางสำนักโรคระบาดวิทยาได้แนะนำให้โรงพยาบาลค่ายทหารเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีอาการไข้ ปวดเมื่อยตามตัว และอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ต่อไปอีกในช่วงที่อาจเป็นระยะฟักตัวของเชื้อ (30 วัน) และห้ามไม่ให้ผู้ใดลงสัมผัสน้ำในบ่อและคลอง ที่สงสัยว่าจะเป็นแหล่งปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค จนกว่าการระบาดของโรคสงบลงและไม่พบผู้ป่วยเพิ่มเติม

ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากกิจกรรมต่างๆ ในค่ายทหารแห่งนี้ เป็นกิจกรรมที่ทำต่อเนื่องมาทุกปี เพื่อป้องกันการเกิดการระบาดในปีต่อไป ควรเร่งจัดการสิ่งแวดล้อมให้ปลอดจากสัตว์พาหะนำโรค โดยเฉพาะการควบคุมและจำกัดหนู และห้ามนำโคกระบือรวมทั้งสัตว์อื่นๆ มาเลี้ยงหรือลงบ่อในพื้นที่สำหรับการทำกิจกรรมหรือการฝึกของทหาร⁽⁶⁾ หากยังไม่สามารถกำจัดความเสี่ยงเหล่านี้ได้ อาจจำเป็นต้องให้ยาป้องกันโรคหลังจากมีกิจกรรม และควรมีการเฝ้าระวังโรคหลังจากที่ทำการกิจกรรมต่างๆ ในลักษณะนี้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก สำนักงานควบคุมป้องกันโรคที่ 3 จังหวัด

ชลบุรี ค่ายทหารจังหวัดนครนายก สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร (AFRIMS) กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข สถาบันสุขภาพสัตว์ บางเขน และสำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค

เอกสารอ้างอิง

1. Andrew M. Luks., Sambasiva Lakshminarayanan and Jan V. Hirschmann. Leptospirosis Presents as Diffuse Alveolar Hemorrhage: A case report and literature review. Chest 2003; 123: 639-643
2. Judith Green-McKenzie, et al, Leptospirosis in Human; [Http://www.emedicine.com](http://www.emedicine.com)
3. P. Cumerland., C.O.R. Everard and P.N. Levett. Assessment of the efficacy of an IgM ELISA and Microscopic Agglutination Test (MAT) in Diagnosis of Acute Leptospirosis. A J. Trop. Med. Hyg. 1999; 61(5): 731-734
4. Angela P. Brandao., Eide D. Camargo, Emilson D. DA Silva., et al. Microscopic Agglutination Test (MAT) For Rapid Diagnosis of Human Leptospirosis. Journal of Clinical Microbiology 1998; 3138-3142
5. E. Hadad, A. Pirogovky, C. Bartal, J. Gilad, A. Barnea, S. Yitzhaki, et al. An outbreak of leptospirosis among Israeli troops near the Jordan River. A J. Trop. Med. Hyg. 2006; 74(1): 127-131
6. WHO 2003. Human leptospirosis: Guidance for Diagnosis, Surveillance and Control. International Leptospirosis Society. (cited December 2007); Available from: URL: <http://www.who.int>

